

Szerkesztőségi köszöntő

A 2021-es évfolyam negyedik számában hét eredeti közlemény jelenik meg.

Horváth-Labancz Eszter és munkatársai a Personality Inventory for DSM-5 kérdőívvel szerzett tapasztalataikat mutatják be. Eredményeik megerősítik a dimenzionális személyiségmodell alkalmazhatóságát.

Oláh Julianna és Koronczai Beatrix – angol nyelvű közleményükben – a nemi különbségeket vizsgálják a vallásosság és a spiritualitás jólléttel és depresszióval való kapcsolatában.

Sulyok Róza Sára és munkatársai a Viselkedéses Gátlás Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzőit vizsgálták. A kérdőív magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköz.

Kalapos Miklós Péter a magyar pszichiátriai betegellátás helyzetét tekinti át az OPNI bezárása és a kórházi ágyszámcsökkentés tükrében. Megállapítja, hogy mind a felnőtt, mind a gyermekpszichiátriai járóbeteg-ellátásban csökkent a forgalom. Bemutatja a befejezett öngyilkosságok számának változását.

Bérdi Márk az öngyilkossági kockázat szűrésének elméleti és gyakorlati kérdéseivel foglalkozik. Kiemeli, hogy mind a rövid skáláknak, mind a szisztematikus interjúknak fontos szerepe van.

Gazdag Gábor és munkatársai az elektrokonvulzív kezelés klinikai alkalmazásának és kutatásának etikai kérdéseit tárgyalják.

Sebe Barbara és munkatársai – angol nyelvű közleményükben – a szkizofréniával élő betegeket gondozók terheit vizsgálták Bulgáriában, Csehországban, Magyarországon és Oroszországban. Megállapítják, hogy a gondozás megterhelő feladat, amely befolyásolja a gondozó személy társadalmi és gazdasági helyzetét, valamint mentális és fizikai egészségét.

Eigner Bernadett esettanulmányában egy komplex fejlődési zavart mutató gyermek integratív játékerápiáját mutatja be.

Fórum rovatunkban három írást közlünk. *Tényi Tamás* *Michel Foucault* orvos diagnózisait tekinti át. *Osváth Péter* a pécsi pszichiátriai-pszichoterápiás iskola megalapítóiról ír. *Tényi Tamás és munkatársai* a szkizofrénia fenomenológiai kutatásához kapcsolódó, „Precox-Gefhül” jelenségét foglalják össze.

Tényi Tamás Somogyi Erikával készített interjúja a Hipnoword applikáció klinikai alkalmazását ismerteti.

Könyvismertetés zárja a számot.

A 2021-es év utolsó számában mondunk köszönetet valamennyi szerzőnknek és lektorunknak munkájukért és folyóiratunk támogatásáért.

*Tényi Tamás
Fekete Sándor*

Psychiatria Hungarica

a Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata

36. évfolyam, 4. szám

A szerkesztőbizottság elnöke

Fekete Sándor

Felelős szerkesztő

Tényi Tamás

Szerkesztőbizottság Balázs Judit, Bagdy Emőke, Bitter István, Faludi Gábor, Frecska Ede, Gerevich József, Janka Zoltán, Kálmán János, Kelemen Gábor, Kelemen Oguz, Kéri Szabolcs, Kurimay Tamás, Lehóczky Pál, Molnár Károly, Németh Attila, Ozsváth Károly, Pisztora Ferenc, Purebl György, Réthelyi János, Rihmer Zoltán, Simon Lajos, Szendi István, Szekeres György, Szűcs Attila, Tringer László, Túry Ferenc, Vandlík Erika, Varga Gábor, Vetró Ágnes

Szerkesztőség

Harmatta János szerkesztő

Herold Róbert szerkesztő

Jeges Sára statisztikai szerkesztő

Kastaly Ildikó olvasószerkesztő

Lazáry Judit szerkesztő

Osváth Péter szerkesztő

Ott Péter szerkesztőségi titkár, informatikus

Simon Mária szerkesztő

Vörös Viktor szerkesztőségi konzulens

Tanácsadó testület Bán Tamás, Bánki M. Csaba, Czobor Pál, Fűredi János, Gárdos György, Haynal András, Jádi Ferenc, Keitner Gábor, Salvendy János, Ungvári Gábor

A lapot alapítása óta szerkesztették:

Buda Béla (1986–1990)

Bitter István (1991–1994)

Gerevich József (1994–2002)

Degrell István (2002–2009)

Indexed by **MEDLINE, PsychINFO, Excerpta Medica** (EMBASE) and **Mental Health Abstracts**

Printed on acid-free paper

Kiadja a Magyar Pszichiátriai Társaság. Felelős kiadó: Balázs Judit
Levelezési cím: Tényi Tamás, Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, 7623 Pécs, Rét u. 2.

E-mail: kk.ph@pte.hu

Megjelenik háromhavonta. Előfizethető: Magyar Pszichiátriai Társaság Titkársága
1021 Bp., Hűvösvölgyi u. 75/A. Postacím: 1281 Bp., 27. Pf. 41. Tel. 275-0000

A lap terjesztésével kapcsolatos problémákkal az MPT Titkársága kereshető a fenti elérhetőségeken.

Fedélterv és tipográfia: magus design studio

HU ISSN 0237-7896

Nyomda: Új Berea Kft.

Felelős vezető: a Kft. ügyvezető igazgatója

Tartalom

- 465 **Szerkesztőségi köszöntő**
- Eredeti közlemények**
- 469 HORVÁTH-LABAN CZ ESZTER, BALÁZS KATALIN, KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ:
Patológias személyiségvonások és nemi sajátosságok feltárása a Personality Inventory for DSM-5 kérdőívvel pszichiátriai és normál mintán
- 479 JULIANNA OLÁH, BEATRIX KORONCZAI:
Gender differences in the relationship between religion/spirituality, well-being and depression
- 494 SÜLYOK RÓZA SÁRA, GYÖRE SZANDRA, JAKUBOVITS LILI, MIKLÓSI MÓNIKA:
Viselkedéses Gátlás Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői
- 504 KALAPOS MIKLÓS PÉTER:
A magyar pszichiátriai betegellátás az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása és a kórházi ágyszámcsökkentés tükrében.
Másfél évtized görcső alatt
- 518 BÉRDI MÁRK:
Egy cél, két megközelítés: az öngyilkossági kockázat szűrésének elméleti és gyakorlati dilemmái
- 536 GAZDAG GÁBOR, ASZTALOS MÁRTON, KOVÁCS JÓZSEF:
Az elektrokonvulzív kezelés klinikai alkalmazásának és kutatásának etikai kérdései
- 546 BARBARA SEBE, ÁGOTA BARABÁSSY, KRISZTINA BUKSA, ISTVÁN LASZLOVSZKY, ZSÓFIA BORBÁLA DOMBI, GYÖRGY NÉMETH, PETER FALKAI:
The burden of caring for someone with schizophrenia: A cross country report from Bulgaria, the Czech Republic, Hungary and Russia
- Esettanulmány**
- 557 EIGNER BERNADETT:
A hópihe család – környezet indukálta komplex fejlődési zavart mutató, traumatizált gyermek integratív játékterápiája. Esettanulmány
- Fórum**
- 597 TÉNYI TAMÁS:
„Miért is ne?” – Michel Foucault orvosi diagnózisai

Contents

- Editorial**
- Original Articles**
- ESZTER HORVÁTH-LABAN CZ, KATALIN BALÁZS, KURITÁRNÉ ILDIKÓ SZABÓ:
Assessment of pathological personality traits and gender characteristics by Personality Inventory for DSM-5 in a psychiatric and a normal sample
- JULIANNA OLÁH, BEATRIX KORONCZAI:
Gender differences in the relationship between religion/spirituality, well-being and depression
- RÓZA SÁRA SÜLYOK, SZANDRA GYÖRE, LILI JAKUBOVITS, MÓNIKA MIKLÓSI:
Psychometric properties of the Hungarian version of the Behavioral Inhibition Questionnaire
- MIKLÓS PÉTER KALAPOS:
Hungarian psychiatric care in the light of the closure of the National Institute of Psychiatry and Neurology, and the reduction of the number of hospital beds.
A decade and a half under investigation
- MÁRK BÉRDI:
One goal, two approaches: the theoretical and practical dilemmas of suicide risk screening
- GÁBOR GAZDAG, MÁRTON ASZTALOS, JÓZSEF KOVÁCS:
Ethical questions in the clinical use and research of electroconvulsive therapy
- BARBARA SEBE, ÁGOTA BARABÁSSY, KRISZTINA BUKSA, ISTVÁN LASZLOVSZKY, ZSÓFIA BORBÁLA DOMBI, GYÖRGY NÉMETH, PETER FALKAI:
The burden of caring for someone with schizophrenia: A cross country report from Bulgaria, the Czech Republic, Hungary and Russia
- Case Report**
- BERNADETT EIGNER:
The snowflake family – Integrative play therapy for traumatized child with complex developmental disorder induced by family environment. Case study
- Forum**
- TAMÁS TÉNYI:
„Why not?” – The medical diagnoses of Michel Foucault

Tartalom

605 OSVÁTH PÉTER:
A múlt örök(sége) – emlékek és gondolatok
a 100 éves pécsi klinikáról

615 TÉNYI TAMÁS, CSULAK TÍMEA, HEROLD MÁRTON,
KOVÁCS MÁRTON ÁRON:
„Praecox-Gefühl” – Rövid rátekintés

Interjú

619 A Hipnoword applikáció alkalmazása
a klinikumban (Tényi Tamás interjúja
Somogyi Erika pszichoterapeutával)

Könyvismertetés

626 Kelemen Gábor: Pulzáló párhuzamosok
(*Fekete Sándor*)

627 **Útmutatás a szerzőknek**

Contents

PÉTER OSVÁTH:
Memories and thoughts on the 100-year-old
Pécs Psychiatric Clinic

TAMÁS TÉNYI, TÍMEA CSULAK, MÁRTON HEROLD,
MÁRTON ÁRON KOVÁCS:
„Praecox-Gefühl”. A brief look

Interjú

The Hipnoword application in clinical practice –
an interview with Erika Somogyi M.D.,
psychotherapist (*Tamás Tényi*)

Book Review

Gábor Kelemen: Pulzáló párhuzamosok
(*Sándor Fekete*)

Instructions for Authors

Patológiás személyiségvonások és nemi sajátosságok feltárása a Personality Inventory for DSM-5 kérdőívvel pszichiátriai és normál mintán*

Horváth-Labancz Eszter^{1,3}, Balázs Katalin², Kuritárné Szabó Ildikó^{1,3}

¹ Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

² Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet

³ Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola

Összefoglalás: Bevezetés: A DSM-5 a személyiségzavaroknak kétféle osztályozását írja le: egy kategorikus személyiségzavar klasszifikációt, valamint egy dimenzionális osztályozáson alapuló személyiségzavar modellt. A DSM-5 alternatív személyiségzavar modellje új diagnosztikus kritériumokat határoz meg a személyiségzavarokra vonatkozóan, ahol a B kritérium patológiás személyiségvonások jelenlétét írja elő. Ezen patológiás domainek és facetek mérésére hozták létre a Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) kérdőívet.

Módszerek: Kutatásunkban pszichiátriai ellátásban részesülő vizsgálati személyek (n=239) és egy normál minta (n=226) vett részt. A két minta nem különbözött egymástól szignifikánsan a nem, a kor és az iskolai végzettség szerinti eloszlásban. A patológiás domainek és facetek feltárására a PID-5 kérdőívet alkalmaztuk.

Eredmények: A pszichiátriai betegek szignifikánsan magasabb értékeket mutattak, mint az átlagpopuláció tagjai az öt PID domain közül négyben. A PID facetek tekintetében 25-ből 18 esetben szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között. Nemi különbségeket a PID domainekben és facetekben csak a klinikai mintában tártunk fel: a nőkre jellemzőbb a Negatív affektivitás, míg a férfiaknál az Antagonizmus a dominánsabb karakterisztikum. A pszichiátriaián kezelt nők esetén hangsúlyosabb személyiségvonás az Emocionális labilitás és a Szorongásosság, míg a férfiaknál a Manipulativitás, az Álnokság, az Érzéketlenség és a Kockázatvállalás.

Következtetés: Eredményeink megerősítik a dimenzionális személyiségmodell alkalmazhatóságát. A PID-5 kérdőív képes differenciálni a pszichiátriai és a normál minta között. A férfi és a női nem tradicionális jellemzői eltűntek az átlagpopuláció tagjainál, miközben úgy tűnik, hogy a pszichiátriai betegek a hagyományos nemi szerepeket őrzik tovább.

Kulcsszavak: PID-5; DSM-5; patológiás személyiségvonások; pszichiátriai minta

Summary: Introduction: The DSM-5 describes two types of classification of personality disorders: a categorical and a dimensional classification. The alternative model of personality disorders in the DSM-5 determines new diagnostic criteria for personality disorders with a criterion B describing the presence of pathological personality facets. For the assessment of these domains and facets, the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) was created.

Methods: A sample of patients receiving psychiatric care (n=239) and a normal sample (n=226) were involved in the study. The two samples did not differ significantly regarding gender, age, and the levels of education. The PID-5 was applied to assess the pathological domains and facets.

Results: Psychiatric patients scored significantly higher on four out of five PID domains compared to the members of the general population. Regarding the PID facets, the two study groups differed significantly in 18 out of 25 facets. Regarding the PID domains and facets, gender differences were found in the clinical sample: Negative Affectivity was more typical for women, while Antagonism was more dominant for men. Women receiving psychiatric care were characterized by Emotional Lability and Anxiousness, while Manipulativeness, Deceitfulness, Callousness and Risk Taking were more dominant for men of the clinical sample.

Conclusion: Our results confirmed the applicability of the dimensional personality model. The PID-5 can discriminate between psychiatric and normal samples. Our findings suggested that in the case of the general population, traditional gender characteristics disappeared, while psychiatric patients seemed to preserve the traditional gender roles.

Keywords: PID-5; DSM-5; pathological personality facets; psychiatric sample

* Kutatásunk részben az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 „Az orvos-, egészségügyi- és gyógyszerész-képzés tudományos műhelyeinek fejlesztése” pályázat támogatásával valósult meg.

Bevezetés

470

A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének ötödik kiadása (DSM-5) (1) 2013-ban jelent meg. A DSM-5 a személyiségzavaroknak kétféle osztályozását tartalmazza: a DSM-IV-ben (2) található kategorikus személyiségzavar klasszifikációt, valamint egy dimenzionális osztályozáson alapuló személyiségzavar modellt. Számos kritika illette a kategorikus osztályozási rendszert: a diagnosztikus kategóriák küszöbértékei mesterségesen meghatározottak; a súlyosságot nem képes kifejezni; az egyes kategóriákon belül nagymértékű a heterogenitás; magas a komorbid diagnózisok és az MNO személyiségzavar diagnózisok aránya; továbbá egyes személyiségzavarok validitása és időbeli stabilitása is megkérdőjelezhető (3–5). Ugyanakkor számos fenntartás fogalmazódott meg a tisztán dimenzionális osztályozásra való áttérésre vonatkozóan is, melyek többek között a klinikai használhatóságról és az átállás nehézségeiről szóltak (6–7). Ezek eredményeképp jött létre egy hibrid modell a DSM-5-ben. A személyiségzavarok dimenzionális osztályozása az Emerging Measures and Models fejezetben kapott helyet, míg a gyakorlati alkalmazásban a kategoriális osztályozás megmaradt.

A DSM-5 alternatív személyiségzavar modellje új általános kritériumokat határoz meg a személyiségzavarokra vonatkozóan. Az *A* kritérium a személyiségfunkciók jelentős károsodását, a *B* kritérium patológiás személyiségvonások jelenlétét írja elő. Konkrétabban az *A* kritérium az énfunkciók (identitásérzet és önirányítottság),

valamint az interperszonális funkciók (empátia és intimitáskészség) károsodásának jellegét és súlyosságát írja elő, a *B* kritérium pedig a patológiás személyiségvonások mentén a károsodás kifejeződési módját tartalmazza. Mindkét feltétel szükséges, de önmagában egyik sem elégséges a személyiségzavar diagnózis megadásához (1). Az új diagnosztikus kritériumok specifikus módon ragadják meg a személyiségzavarokra jellemző működésmódokat, valamint a mögöttes személyiségvonás-szerveződést (8).

A DSM-5 dimenzionális személyiségmodelljében meghatározott öt patológiás domain az Öt-faktoros modellben (FFM) – más néven Big Five modellben – leírt domainek (Neuroticizmus, Extraverzió, Barátságosság, Lelkiismeretesség, Nyitottság) maladaptív variánsainak tekinthetők (9). A patológiás domainek a maladaptív, míg a Big Five domainek az adaptív vonástartományokról képesek információt adni (10).

Az amerikai Personality and Personality Disorders munkacsoport a patológiás domainek és facetek mérése céljából összeállított egy 37 facetből álló listát, melyet klinikailag meghatározónak ítélt a szakirodalom alapján. A feltáró faktoranalízisből kiderült, hogy a 37 facet összevonható egy kedvezőbb, 25 facetet tartalmazó struktúrába, melyek öt faktorba rendeződnek (11) az 1. ábrán látható módon. A domainek a viselkedések széles skáláját írják le, míg a facetek a viselkedések egy szűkebb, specifikusabb körét jelentik (1).

A Negatív affektivitás domaint a negatív érzelmek gyakori és intenzív megéléseként, az Elidegenedést a társas interakcióktól való visszahúzódként definiálták. Az Antagonizmus olyan

1. ábra

A 25 facet öt domainbe történő rendeződése

Negatív affektivitás	Elidegenedés	Antagonizmus	Gátolatlanság	Pszichoticizmus
Emocionális labilitás Szorongásosság Szeparációs bizonytalanság Perszeveráció Szubmisszivitás Hosztilitás Depresszivitás Gyanakvás	Korlátozott affektivitás Visszahúzódkás Anhedónia Intimitáskerülés	Manipulativitás Álnokság/hamisság Grandiozitás Figyelemkeresés Érzéketlenség	Felelőtlenység Impulzivitás Elterelhetőség Kockázatvállalás Rigid perfekcionizmus	Szokatlan hiedelmek vagy élmények Excentrikusság Kognitív és perceptuális diszreguláció

attitűdöket és viselkedésformákat takar, melyek konfliktusos kapcsolatokhoz vezetnek. A Gátolatlanlás olyan azonnali kielégülést célzó viselkedéseket foglal magában, melyek kapcsán az egyén figyelmen kívül hagyja múltbéli tapasztalatait, és a lehetséges jövőbeni következményeket. Ezen a domainen belül a Rigid perfekcionizmus vonás a kényszerességre utal, így ennek hiánya jellemzi a Gátolatlanlást. A Pszichotizmus szokatlan vagy bizarr viselkedéseket, kogníciókat és élményeket foglal magában (1).

A Big Five domáinak és a DSM-5-ben meghatározott patológiás domáinak közötti összefüggéseket számos vizsgálat alátámasztotta, melyek erős pozitív kapcsolatot találtak a Neuroticizmus és a Negatív affektivitás, erős negatív kapcsolatot az Extraverzió és az Elidegenedés, a Barátságosság és az Antagonizmus, valamint a Lelkiismeretesség és a Gátolatlanlás között (12–14). Ellentmondásosak viszont az eredmények a Nyitottság és a Pszichotizmus kapcsolatát tekintve ($r = 0,02$ [13]; $r = 0,31$ [15]).

A patológiás domáinak és facetek mérésére hozták létre a Personality Inventory for DSM-5-öt (PID-5), mely egy 220 itemből álló önkitöltős kérdőív, ahol négyfokú Likert-skálán értékeli a kitöltő, hogy mennyire igazak rá az állítások (11). A PID-5 kérdőív felnőtt változatának további két formája is elérhető: egy rövidített, 25 tételt tartalmazó verzió (Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form, PID-5-BF) – mely csak az öt domain mérésére alkalmas –, valamint egy olyan 220 tételű változat, melyben a válaszadó nem a páciens, hanem egy családtag vagy akár az őt kezelő klinikus (Personality Inventory for DSM-5 – Informant Form, PID-5-IRF). Emellett a PID-5 gyermekeknek szánt verziója is szabadon hozzáférhető teljes és rövidített formában, mely 11 és 17 éves kor között használható. A felsorolt változatok mindegyike letölthető angol nyelven az APA hivatalos honlapjáról.

Maples és mtsai (16) elsőként vizsgálták, hogy a PID-5 itemszáma csökkenthető-e úgy, hogy az továbbra is megbízhatóan tudja mérni az öt domain mellett mind a 25 facetet, hiszen ezek különösen informatívak lehetnek a klinikusok számára. Kutatásuk eredményeként született meg a PID-5 100 tételű változata (100-Item

Personality Inventory for DSM-5 Short-Form, PID-5-SF), mely vonásonként négy állítást tartalmaz.

A PID-5 kérdőív releváns információkat nyújt a páciensek személyiségéről (17). Eredetileg a személyiségzavarban szenvedők személyiségvonásainak feltárására hozták létre. Újabb kutatásokban azonban a DSM-IV I-es tengely zavarai-val (szorongásos és depressziós tünetek, problémás kábítószer-fogyasztás, alkohol-abúzus) összefüggésben is vizsgálták (12, 14). Al-Dajani, Gralnick és Bagby (17) hangsúlyozzák azon kutatásoknak a fontosságát is, melyek nem kapcsolódnak az I-es tengely zavarokhoz, ide értve a kezelés motivációját, a kognitív képességeket és az életminőséget egyaránt.

Tudomásunk szerint a PID-5 kérdőív 220 itemes felnőtt változatát 2013-tól napjainkig 16 nyelvre fordították le és validálták. Hazánkban a patológiás domáinak vizsgálatára alkalmas rövidített, 25 itemes PID-5 kérdőív magyar nyelvű fordítását Birkás, Kállai, Hupuczsi, Bandi és Láng (18) készítették el, valamint vizsgálták annak megbízhatóságát és validitását egy mentális problémáktól relatíve mentes normál mintán.

Tanulmányunk célja a magyar nyelvű PID-5 kérdőív 220 itemes felnőtt változatának vizsgálata. Jelen cikk keretében tárgyaljuk, hogy a kérdőív képes-e differenciálni a pszichiátriai és az egészséges minta között, ahol a két csoport hasonló eloszlást mutatott a nem, a kor és az iskolai végzettség szerint. Emellett feltártuk a PID domáinokon és faceteken mutatott nemi különbségeket külön a klinikai és a normál mintán. Saját kutatásunk egyéb eredményei, a faktorszerkezet, a reliabilitás, illetve a konvergens validitás vizsgálata egy korábbi cikkünkben (19) olvasható.

Noha a PID-5 kérdőív elsődleges célcsoportja a klinikai populáció (20), mégis a legtöbb kutatás ez idáig leggyakrabban kényelmi mintavételt használt, jellemzően észak-amerikai, gyakran egyetemista minta bevonásával (21). Kiemelten fontos, hogy a PID-5 kérdőív reliabilitását és validitását minél több nyelven és kultúrában vizsgálják klinikai és kontroll minta bevonásával, ezzel is facilitálva az áttérést a személyiség-

zavarok dimenziális szemléletére, és meg- erősítve az eszköz klinikai hasznosságát (22).

Módszerek

472

Minta és eljárás

Kutatásunkban pszichiátriai ellátásban része- sülő vizsgálati személyek (n=239), valamint egy egészséges kontrollcsoport (n=226) vett részt, melynek tagjai önbevallásuk alapján mentális zavartól mentesek voltak. A két alminta nem- ben, korban és iskolai végzettségben hasonló eloszlást mutatott.

A klinikai mintát fekvőbeteg- vagy nappali kórházban ellátásban részesülő pszichiátriai be- tegek (n=239) alkották. Beválogatási kritérium a 18 és 60 év közötti életkor volt, míg kizárásra azon személyek kerültek, akik akut pszichoti- kus állapotban voltak, mentális retardáció vagy demencia diagnózissal rendelkeztek. A kérdő- ívek felvétele kétszemélyes helyzetben történt. A minta nemi megoszlása kiegyenlített, a nők aránya 51,9% (n=124), a páciensek átlagéletko- ra 43,7 év (SD=11,8) volt. A legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlás a következők sze- rint alakult: a páciensek 12,6%-a alapfokú vagy annál alacsonyabb végzettséggel, 68,2%-a kö- zépfokú és 19,2%-a felsőfokú végzettséggel ren- delkezett. A 239 pszichiátriai beteg összesen 592 aktuális klinikai diagnózissal szerepelt az orvo- si dokumentációban. A diagnózisok a BNO-10 alapján legnagyobb számban szerhasználati zavarok (29,9%), hangulatzavarok (24,5%), va- lamint neurotikus, stresszhez társuló és szoma- toform zavarok (26%) voltak. A vizsgálati sze- mélyek 23,8%-a rendelkezett személyiségzavar diagnózissal.

A kontrollcsoport (n=226) önbevallottan men- tális zavartól mentes személyekből állt, akiket hólabda módszerrel gyűjtöttünk. A beválogatás feltétele a 18 és 60 év közötti életkor volt, míg kizárási kritériumként a korábban vagy jelenleg fennálló mentális zavart/pszichiátriai kezelést határoztuk meg. A vizsgálati személyek önállóan töltötték ki a kérdőívcsomagot, de terjedelme és összetettsége miatt az alacsony iskolai vég- zettséggű személyek esetén indokoltnak láttuk, hogy kétszemélyes helyzetben a vizsgálatvezető segítse a kérdőívek kitöltését. A kontrollcsoport- ban a nők aránya 50,4% volt (n=114), az átlag- életkor 41,9 év (SD=13,1). Alapfokú vagy annál alacsonyabb végzettséggel a minta 8%-a, közép- fokú végzettséggel 68,1%-a, felsőfokú végzett- séggel 23,9%-a rendelkezett.

Az adatok gyűjtése papír-ceruza módszerrel történt. A kutatásban való részvétel önkéntes volt. A vizsgálati személyek a kutatásetikai irányelveknek megfelelően részesültek tájékoz- tatásban (23), és informált beleegyezésüket ad- ták írásban a kutatásban való részvételbe. A vizs- gált személyek részvételükért nem kaptak jutal- mat. A vizsgálatot a Helsinki Nyilatkozattal össz- hangban, intézményi, regionális (4838-2017) és országos kutatási engedélyek (45770-4/2017/ EKV) birtokában végeztük.

Eszközök

PID-5. A PID-5 egy 220 itemet tartalmazó önkí- tőtős kérdőív, mely 25 patológiás facetet és öt domaint mér, melyek a következők: Negatív Af- fektivitás, Elidegenedés, Antagonizmus, Gátolat- lanság és Pszichotocizmus (11). Az egyes domai- nek értékének kiszámításánál 3–3 facet átlagér- tékeit vettük figyelembe (24), ahogy az az 1. táb-

1. táblázat

A domáinek értékének meghatározásához használt facetek

Domáinek	Domáinekhez tartozó speciális vonáshármasok
Negatív affektivitás	Emocionális labilitás, Szorongásosság, Szeparációs bizonytalanság
Elidegenedés	Visszahúzódság, Anhedónia, Intimitáskerülés
Antagonizmus	Manipulativitás, Álnokság/hamisság, Grandiozitás
Gátolatlanság	Felelőtlenység, Impulzivitás, Elterelhetőség
Pszichotocizmus	Szokatlan hiedelmek vagy élmények, Excentrikusság, Kognitív és perceptuális diszreguláció

lázatban látható. Az állításokat négyfokú Likert-skálán kell megítélni (0=*alig vagy egyáltalán nem igaz*, 3=*teljes mértékben igaz*). A magasabb pontszám a vonás megemelkedettségét jelzi. Az egyes facetekhez tartozó itemek száma 4 és 14 közé esik. A magyar fordítást a Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársai végezték. Az angol nyelvre történő visszafordítást hivatásos angol fordító készítette. Az angol nyelvű változatok egyezőségét egy angol anyanyelvű klinikai szakpszichológus ellenőrizte. A fordítási eltérések felülvizsgálatát megtettük, majd elkészítettük a kérdőív magyar változatát. A mérőeszköz magyar változatának pszichometriai jellemzői megfelelőek, egyedül a 177. item kivétele volt indokolt (19).

Statisztikai módszerek

Az adatelemzés során az RStudio statisztikai programot használtuk.

A pszichiátriai és normál minta demográfiai jellemzők mentén történő összevetésekor a nem és a legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlást Khí-négyzet próbával vizsgáltuk. Az életkor változó nem követett normál eloszlást, ezért Mann-Whitney U-próbával hasonlítottuk össze az életkor mediánjait a két csoportban. Mivel a PID domainek és facetek nem követtek normál eloszlást, így Mann-Whitney U-próbával vetettük össze a pszichiátriai és a normál mintát a domainek és a facetek medián értékei mentén. Ezt követően szintén Mann-Whitney U-próbával vizsgáltuk a nemek közötti különbségeket a PID domainekben és facetekben, külön a pszichiátriai és a normál minta esetén.

Eredmények

A klinikai és a kontrollcsoport nem tér el egymástól sem a nemek arányában ($\chi^2(1) = 0,097$, $p = 0,756$), sem a legmagasabb iskolai végzettséget tekintve ($\chi^2(2) = 3,535$, $p = 0,171$). A klinikai (46) és a kontrollcsoport életkorának mediánjai (45) között sem volt szignifikáns különbség ($U = 28947,5$, $p = 0,180$).

A két minta domainek és facetek szintjén történő összevetésével vizsgáltuk, hogy a PID-5 kérdőív mennyire képes differenciálni a pszichiátriai ellátottak és a normál minta között a patológiás személyiségjellemzők tekintetében. A 2. táblázatban mintánként a domainek átlagértéke, szórása és mediánja található. Négy domain esetében (Negatív affektivitás, Elidegenedés, Gátolatlanság, Pszichoticizmus) szignifikáns eltérés volt a két csoport között. A 2. ábrán a 25 facet medián értékeit ábrázoltuk mintánként, melyek közül 18 facetre vonatkozóan mutatkozott szignifikáns különbség. Módosított szignifikancia szintet ($\alpha=0,05/25=0,002$) alkalmaztunk az összehasonlítások nagy száma miatt az elsőfajú hiba csökkentése érdekében.

Mann-Whitney U-próba alkalmazásával feltártuk, hogy a patológiás személyiségvonások tekintetében mutatkozik-e nemi különbség külön a klinikai és a normál minta esetén. A 3. táblázatban látható a domainek és facetek átlagértéke, szórása és mediánja a nők és a férfiak csoportjára nézve a klinikai mintában. A Mann-Whitney U-próba szignifikanciájából látszik, hogy két esetben mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között a domaineket (Negatív affektivitás és Antagonizmus), míg hat esetben a faceteket tekintve (Emocionális labilitás, Szó-

2. táblázat

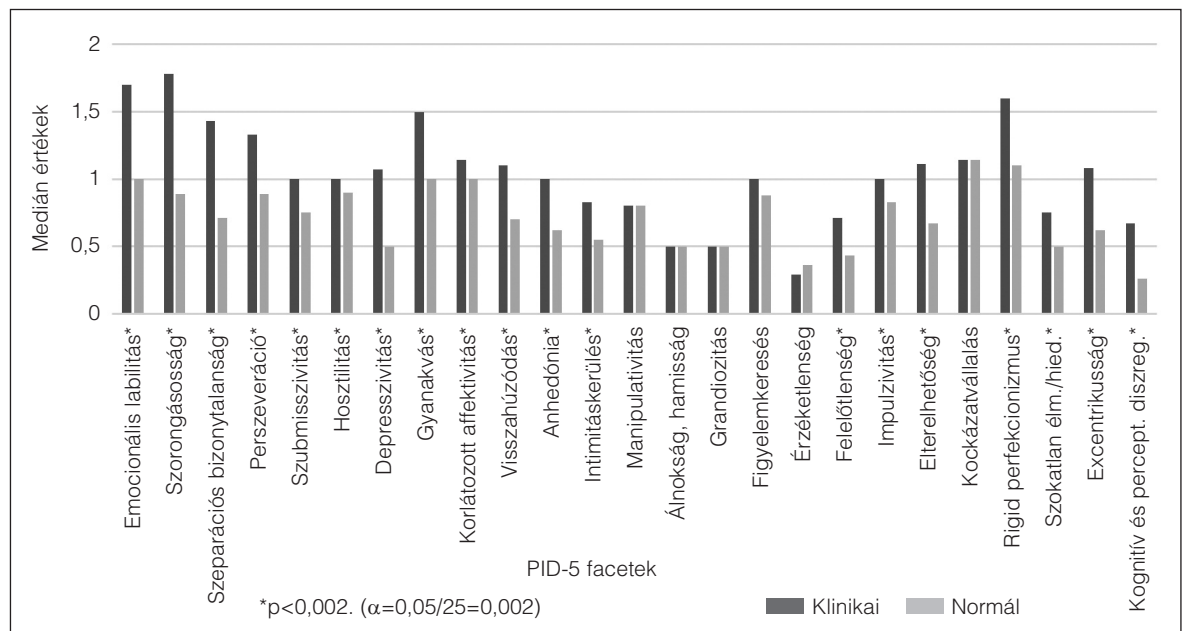
A domainek átlagai, szórásai és középértékeinek eltérései a klinikai és a normál mintában

Domainek	Klinikai		Normál		U-érték
	Átlag (SD)	Medián	Átlag (SD)	Medián	
Negatív affektivitás	1,58 (0,64)	1,62	0,93 (0,49)	0,89	42487*
Elidegenedés	1,08 (0,64)	1,02	0,65 (0,42)	0,66	37695*
Antagonizmus	0,71 (0,53)	0,60	0,66 (0,38)	0,61	26801
Gátolatlanság	1,04 (0,56)	0,96	0,69 (0,38)	0,69	37146*
Pszichoticizmus	0,90 (0,55)	0,92	0,53 (0,41)	0,46	37723*

* $p < 0,002$ ($\alpha = 0,05/25 = 0,002$)

2. ábra

A facetek középértékeinek eltérései a klinikai és normál mintában



474

3. táblázat

A domainek és facetek átlagainak, szórásainak és a középértékek eltéréseinek nemi különbségei a klinikai mintában

Domainek/facetek	Férfi (klinikai)		Nő (klinikai)		U-érték
	Átlag (SD)	Medián	Átlag (SD)	Medián	
Negatív affektivitás	1,41 (0,63)	1,38	1,75 (0,60)	1,84	4897*
Elidegenedés	1,03 (0,64)	0,94	1,14 (0,65)	1,11	6460
Antagonizmus	0,86 (0,56)	0,84	0,56 (0,47)	0,51	9493,5*
Gátolatlanság	1,05 (0,57)	1,04	1,04 (0,55)	0,95	7214
Pszichoticizmus	0,91 (0,54)	0,94	0,89 (0,57)	0,89	7465
Emocionális labilitás	1,48 (0,69)	1,57	1,78 (0,70)	1,86	5356*
Szorongásosság	1,48 (0,82)	1,56	1,94 (0,80)	2,17	4836*
Szeparációs bizonytalanság	1,26 (0,75)	1,29	1,52 (0,73)	1,57	5756,5
Perszeveráció	1,28 (0,61)	1,33	1,38 (0,65)	1,33	6565,5
Szubmisszivitás	0,98 (0,71)	1,00	1,12 (0,85)	1,00	6578,5
Hosztilitás	1,01 (0,64)	1,00	0,99 (0,64)	0,95	7225,5
Depresszivitás	1,10 (0,71)	1,07	1,27 (0,73)	1,14	6176
Gyanakvás	1,42 (0,60)	1,50	1,45 (0,67)	1,50	6936
Korlátozott affektivitás	1,27 (0,55)	1,29	1,14 (0,51)	1,14	8087,5
Visszahúzóds	1,12 (0,78)	1,10	1,10 (0,70)	1,05	7129,5
Anhedónia	1,09 (0,72)	0,88	1,31 (0,75)	1,25	5889
Intimitáskerülés	0,89 (0,77)	0,67	1,00 (0,86)	0,83	6683,5
Manipulativitás	1,01 (0,69)	1,00	0,65 (0,64)	0,50	9461,5*
Álnokság, hamisság	0,80 (0,66)	0,80	0,43 (0,45)	0,30	9571*
Grandiozitás	0,77 (0,60)	0,67	0,61 (0,59)	0,50	8462
Figyelemkeresés	1,13 (0,68)	1,12	0,94 (0,59)	0,88	8308,5
Érzéketlenség	0,57 (0,52)	0,50	0,32 (0,35)	0,21	9243,5*
Felelőtlenség	0,91 (0,60)	0,86	0,69 (0,56)	0,57	8680
Impulzivitás	1,17 (0,71)	1,17	1,12 (0,73)	1,00	7547
Elterelhetőség	1,06 (0,68)	1,00	1,29 (0,75)	1,22	5820,5

Kockázatvállalás	1,44 (0,60)	1,43	1,00 (0,58)	1,00	10031*
Rigid perfekcionizmus	1,57 (0,56)	1,60	1,58 (0,67)	1,60	7090
Szokatlan hiedelmek vagy élmények	0,74 (0,56)	0,75	0,83 (0,65)	0,75	6730,5
Excentrikusság	1,27 (0,80)	1,31	1,06 (0,77)	0,92	8233
Kognitív és perceptuális diszreguláció	0,74 (0,58)	0,58	0,78 (0,57)	0,67	6801

* $p < 0,002$. ($\alpha = 0,05/25 = 0,002$)

rongósosság, Manipulativitás, Álnokság, Érzéketlenség, Kockázatvállalás).

értéke, szórása és mediánja található nemek szerinti bontásban a normál mintára vonatkozóan. Látható, hogy a Mann-Whitney U-próba

A 4. táblázatban a domaineik és facetek átlag-

4. táblázat

A domaineik és facetek átlagainak, szórásainak és a középértékek eltéréseinek nemi különbségei a normál mintában

Domaineik/facetek	Férfi (normál)		Nő (normál)		U-érték
	Átlag (SD)	Medián	Átlag (SD)	Medián	
Negatív affektivitás	0,82 (0,46)	0,89	1,02 (0,50)	0,90	6571,5
Elidegenedés	0,64 (0,42)	0,66	0,66 (0,42)	0,66	6541
Antagonizmus	0,68 (0,40)	0,66	0,63 (0,36)	0,60	6774,5
Gátolatlanság	0,70 (0,40)	0,74	0,67 (0,37)	0,63	7126
Pszichotizmus	0,50 (0,35)	0,50	0,56 (0,45)	0,40	7125,5
Emocionális labilitás	0,89 (0,50)	1,07	1,14 (0,55)	1,00	6910,5
Szorongásosság	0,82 (0,54)	0,94	1,15 (0,63)	0,89	6801,5
Szeparációs bizonytalanság	0,76 (0,52)	0,71	0,78 (0,56)	0,71	6208,5
Perszeveráció	0,79 (0,47)	0,89	0,87 (0,51)	0,78	7192,5
Szubmisszivitás	0,66 (0,54)	0,75	0,68 (0,54)	0,62	6803,5
Hosztilitás	0,90 (0,54)	0,90	0,96 (0,53)	0,89	6907,5
Depresszivitás	0,56 (0,44)	0,50	0,60 (0,45)	0,46	6829,5
Gyanakvás	1,00 (0,47)	1,00	1,04 (0,49)	1,00	6255,5
Korlátozott affektivitás	1,08 (0,42)	1,00	0,90 (0,43)	1,00	6199
Visszahúzóódás	0,71 (0,56)	0,70	0,64 (0,49)	0,60	6466
Anhedónia	0,68 (0,44)	0,62	0,64 (0,45)	0,62	6345
Intimitáskerülés	0,54 (0,44)	0,67	0,70 (0,58)	0,50	6540
Manipulativitás	0,78 (0,48)	0,80	0,79 (0,50)	0,80	6429,5
Álnokság, hamisság	0,67 (0,44)	0,60	0,53 (0,38)	0,50	7058,5
Grandiozitás	0,58 (0,45)	0,67	0,60 (0,43)	0,50	6869,5
Figyelemkeresés	0,91 (0,50)	0,81	0,79 (0,42)	0,88	6541,5
Érzéketlenség	0,50 (0,39)	0,36	0,39 (0,36)	0,29	7290
Felelőtlenység	0,57 (0,39)	0,57	0,52 (0,36)	0,43	7169
Impulzivitás	0,85 (0,54)	0,83	0,81 (0,50)	0,83	6817
Elterelhetőség	0,70 (0,47)	0,78	0,68 (0,45)	0,56	7027,5
Kockázatvállalás	1,20 (0,45)	1,14	1,08 (0,42)	1,14	6599
Rigid perfekcionizmus	1,15 (0,52)	1,10	1,16 (0,55)	1,10	6512
Szokatlan hiedelmek vagy élmények	0,48 (0,40)	0,50	0,59 (0,51)	0,38	7182
Excentrikusság	0,66 (0,49)	0,69	0,65 (0,58)	0,54	7127,5
Kognitív és perceptuális diszreguláció	0,37 (0,36)	0,33	0,45 (0,43)	0,25	7085,5

* $p < 0,002$ ($\alpha = 0,05/25 = 0,002$)

értéke sem a domainek, sem a facetek szintjén nem mutat nemek közötti szignifikáns eltérést a normál mintában.

Megbeszélés

476

Kutatásunkban a pszichiátriai és a normál minta nemben, korban és iskolai végzettségben hasonló eloszlást követett a két csoport jobb összehasonlíthatósága érdekében.

A pszichiátriai és a normál minta összevetésének eredménye mutatja, hogy a pszichiátriai betegek szignifikánsan magasabb értékeket adtak, mint az átlagpopuláció tagjai a PID domainek és facetek szintjén egyaránt, habár nem minden esetben volt szignifikáns az eltérés. A klinikai mintára inkább jellemző a patológiás személyiségvonások jelenléte. A két csoport eredményeinek mintázatai közel párhuzamos lefutásúak, a Negatív affektivitás és a Gátolatlanság domainhez tartozó facetek képviselik a legmagasabb pontszámokat mind a pszichiátriai, mind az egészséges minta esetében, ahogy ez több kutatásban megfigyelhető (25–29). Kivéteklént az Antagonizmus domain és a hozzá tartozó összes facet, valamint a Kockázatvállalás facet jelent meg, ezek esetén ugyanis nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. Ez az eredmény a dán kutatók eredményeihez hasonló (21).

Az Antagonizmus domain tekintetében az eltérés hiányáért a pszichiátriai minta válaszadási hajlandósága lehet felelős, ugyanis a pszichiátriai minta a többi domainhez képest meglepően alacsony értéket mutatott az Antagonizmus domainen. Ennek oka lehet, hogy az Antagonizmus domainhez tartozó itemek olyan attitűdökre és viselkedésekre kérdeznek rá, melyeknek a személyekre nézve nem kívánatos jelentéstartalma könnyen átlátható, és így a szociális kívánatosság fenntartása érdekében kevésbé hajlandóak elismerni azt. Úgy tűnik, hogy a pszichiátriai betegek azok, akik kevésbé hajlamosak a saját szociálisan nem kívánatos viselkedésük bevallására (pl. „*Tisztességtelen is tudok lenni, hogy elérjem, amit akarok.*”), miközben az állapotuk PID-ben tükröződő egyéb aspek-

tusait, például a szubjektív szenvedést, a kapcsolati elzárkózást vagy a viselkedéskontroll meggyengülésére való hajlamukat felismerik és bevallják. Feltételezhetően ez utóbbiak jobban illeszkednek a sérülékeny, segítségre szoruló betegszerephez. Mivel a PID-5 kérdőív nem rendelkezik validitászkalával, csak feltételezéseink lehetnek a vizsgálati személyek válaszadási őszinteségére vonatkozóan.

Nem találtunk továbbá különbséget a pszichiátriai betegek és az átlagpopuláció tagjai között a Kockázatvállalás vonás tekintetében. Látható, hogy a normál minta értéke a Kockázatvállalás faceten magas a többi vonással összehasonlítva. Eredményünk összhangban áll dán kutatók korábbi eredményeivel (21). A jelenség magyarázata lehet, hogy a Kockázatvállalás vonáshoz tartozó itemek olyan attitűdöket és viselkedéseket írnak le, melyek nem szükségszerűen hordoznak negatív jelentéstartalmat, sőt akár kívánatosnak minősülhetnek a sikeres élethez (pl. „*Szeretek kockázatot vállalni.*”).

Vizsgáltuk a patológiás domainekben és facetekben mutatkozó nemi jellegzetességeket külön a pszichiátriai és a normál mintán. Míg az átlagpopuláció tagjai esetén nem található eltérés a nemek között, addig a klinikai mintában feltártunk nemi különbségeket. A pszichiátriai minta esetén a domainek szintjén látható, hogy a nőkre jellemzőbb a Negatív affektivitás, míg a férfiaknál az Antagonizmus dominánsabb karakterisztikum. Mindez a facetek vonatkozásában a következőképpen alakul: a nők esetén jellemzőbb az Emocionális labilitás és a Szorongásosság, míg a férfiaknál a Manipulativitás, az Álnokság, az Érzéketlenség és a Kockázatvállalás meghatározóbb vonás. Eredményeink összhangban vannak holland kutatókéval (30), akik pszichiátriai betegek körében szintén azt találták, hogy a nők esetén magasabb Negatív affektivitás, míg a férfiaknál magasabb Antagonizmus érték jellemző. Korábbi, Big Five domainekre irányuló, normál mintával végzett vizsgálatok (31–34) is egybehangzóak ezen eredményekkel, ugyanis azt jelzik, hogy a női nem karakterisztikuma a magas Neuroticizmus és Barátságosság érték.

Eredményeink azt jelzik, mintha a férfi és a

női nem tradicionális karakterisztikumai nem tükröződnének hangsúlyosan az átlagpopuláció tagjainál. Nincsenek a nemek közötti attitűdbeli és szerepkülönbségek, mindkét nemnek eleget kell tennie a korábban a másik nemre jellemző szerepelvárásoknak is. Eredményeink alapján, a normál minta tagjai sikerebben alkalmazkodnak a sokrétűvé vált társadalmi szerepelvárásokhoz, míg a pszichiátriai betegek elmaradnak tőlük e tekintetben. Utóbbiak a hagyományos nemi szerepeket őrzik tovább.

Mindezek mellett a leíró statisztikai értékek vizsgálatából látható, hogy a normál minta esetén nem csak az átlag, hanem a szórás értékek is alacsonyabbak, mint a klinikai mintában. Vagyis a normál populáció tagjai hasonlóbbak egymáshoz a vizsgált személyiségvonásokat illetően. A patológiás vonások extrém variánsai kevésbé jellemzőek rájuk, a variabilitás szélső értékeit kevésbé képviselik.

Eredményeink megerősítik a dimenziális személyiségmodell alkalmazhatóságát, hiszen azonos dimenziók használatával egyaránt leírható az adaptív és maladaptív funkcionálást lehetővé tevő személyiségstruktúra, ahol a pszichiátriai betegek a dimenzió szélsőbb értékeit

foglalják el. Valamely adott személyiségzavarban szenvedő csoport feltehetőleg specifikusabb, mintázott profilt mutatna, vagyis a személyiségpatológiájukra jellemző vonásokon magasabb pontszámot érne el. Jelen kutatásban a vegyes diagnózisú betegek az átlag felé közelítést okozzák, így specifikusabb mintázatok kevésbé rajzolódhatnak ki.

Kutatásunk nem vállalkozhatott az egyes diagnosztikus kategóriák személyiségbeli sajátosságainak feltárására a túlzott diagnosztikus heterogenitás és a komorbid zavarok magas aránya miatt. Kutatásunk korlátjának tekinthető továbbá, hogy a normál minta pszichiátriai kórelőzményére vonatkozó adatokat önbevallás útján gyűjtöttük, így lehetnek köztük diagnosztizálatlan mentális zavarral rendelkezők.

Összességében az empirikus vizsgálat eredményei alapján kijelenthetjük, hogy a PID-5 magyar változata képes differenciálni a klinikai és a normál minta között, továbbá képes feltárni a nemekre jellemző személyiségvonásokat pszichiátriai betegek körében. Eredményeink megerősítik a mérőeszköz klinikai alkalmazhatóságát.

Irodalom

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- CLARK LA: Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol.* 2007; 58:227–257. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190200
- TRULL TJ, DURRETT CA: Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1:355–380. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- WIDIGER TA, TRULL TJ: Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol.* 2007; 62(2):71–83. doi:10.1037/0003-066X.62.2.71
- FIRST MB: Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114(4):560–564. doi:10.1037/0021-843X.114.4.560
- SHEDLER J, BECK A, FONAGY P, GABBARD GO, GUNDERSON J, KERNBERG O ET AL: Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry.* 2010; 167(9):1026–1028. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050746
- KURITÁRNÉ SZI: A személyiségzavarok klinikuma és osztályozásuk a DSM-5-ben. In: Tényi T (szerk.): Személyiségzavarok – klinikum és kutatás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2017; 11–56.
- TRULL TJ: The Five-Factor Model of personality disorder and DSM-5. *J Pers.* 2012; 80(6):1697–1720. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00771.x
- SUZUKI T, SAMUEL DB, PAHLEN S, KRUEGER RF: DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *J Abnorm Psychol.* 2015; 124(2):343–354. doi:10.1037/abn0000035
- KRUEGER RF, DERRINGER J, MARKON KE, WATSON D, SKODOL AE: Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med.* 2012; 42(9):1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674
- FEW LR, MILLER JD, ROTHBAUM AO, MELLER S, MAPLES J, TERRY DP ET AL: Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *J Abnorm Psychol.* 2013; 122(4):1057–1069. doi:10.1037/a0034878
- QUILTY LC, AYEART L, CHMIELEWSKI M, POLLOCK BG, BAGBY RM: The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment.* 2013; 20(3):362–369. doi:10.1177/1073191113486183
- ZIMMERMANN J, ALTENSTEIN D, KRIEGER T, HOLTORTH MG, PRETSCH J, ALEXOPOULOS J ET AL: The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings

- from two German-speaking samples. *J Pers Disord*, 2014; 28(4):518–540. doi:10.1521/pedi_2014_28_130
15. STRUS W, ROWINSKI T, CIECIUCH J, KOWALSKA-DABROWSKA M, CZUMA I, ŻECHOWSKI C: The Pathological Big Five: An attempt to build a bridge between the psychiatric classification of personality disorders and the trait model of normal personality. *Roczniki Psychologiczne*, 2017; 20(2):451–472. doi:10.18290/rpsych.2017.20.2-6en
16. MAPLES JL, CARTER NT, FEW LR, CREGO C, GORE WL, SAMUEL DB ET AL: Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychol. Assess*, 2015; 27(4):1195–1210.
17. AL-DAJANI N, GRALNICK TM, BAGBY RM: A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *J Pers Assess*, 2016; 98(1) 62–81. doi:10.1080/00223891.2018.1433405
18. BIRKÁS B, KÁLLAI J, HUPUCZI E, BANDI SZA, LÁNG A: A Personality Inventory for DSM-5 Brief Form kérdőív magyar változatának validálásával szerzett tapasztalatok: a személyiségzavarok bejósolhatósága önkítöltős kérdőívvel. *Psychiatr Hung*, 2018; 33(3):270–281.
19. LABAN CZ E, BALÁZS K, KURITÁRNÉ SZI: The psychometric properties of the Hungarian version of the Personality Inventory for DSM-5 in a clinical and a community sample. *Curr Psychol*, 2020. doi:10.1007/s12144-020-00831-z
20. GUTIÉRREZ F, ALUJA A, PERI JM, CALVO N, FERRER M, BAILLÉS E ET AL: Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 2017; 24(3):326–336. doi:10.1177/1073191115606518
21. BACH B, SELBOM M, SIMONSEN E: Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. *Assessment*, 2018; 25(7):815–825. doi:10.1177/1073191117709070
22. BO S, BACH B, MORTENSEN EL, SIMONSEN E: Reliability and hierarchical structure of DSM-5 pathological traits in a Danish mixed sample. *J Pers Disord*, 2016; 30(1): 112–129. doi:10.1521/pedi_2015_29_187
23. SZENTMIKLÓSI JA: Az orvostudományi kutatások etikai engedélyezése: elméleti és gyakorlati szempontok. In: Bereczky Zs, Muszbek L (szerk.): A klinikai kutatások tervezése és kivitelezése: elméleti és módszertani alapok. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2011:179–193.
24. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Online Assessment Measures: The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adults. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#> Personality. Elérés: 2016. szeptember.
25. AL-ATTIYAH AA, MEGREYA AM, ALRASHIDI M, DOMINGUEZ-LARA SA, AL-SHEERAWI A: The psychometric properties of an Arabic version of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) across three Arabic-speaking Middle Eastern countries. *Int J Cult Ment Health*, 2017; 10(2):197–205. doi:10.1080/17542863.2017.1290125
26. DE FRUYT F, DE CLERCQ B, DE BOLLE M, WILLE B, MARKON K, KRUEGER RF: General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 2013; 20(3):295–307. doi:10.1177/1073191113475808
27. FOSSATI A, KRUEGER RF, MARKON KE, BORRONI S, MAFFEI C: Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 2013; 20(6):689–708. doi:10.1177/1073191113504984
28. FOWLER JC, PATRIQUIN MA, MADAN A, ALLEN JG, FRUEH BC, OLDHAM JM: Incremental validity of the PID-5 in relation to the five factor model and traditional polythetic personality criteria of the DSM-5. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2017; 26(2): e1526. doi:10.1002/mpr.1526
29. PIRES R, SOUSA FERREIRA A, GUEDES D: The psychometric properties of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5. *Scand J Psychol*, 2017; 58(5):468–475. doi:10.1111/sjop.12383
30. BASTIAENS T, CLAES L, SMITS D, DE CLERCQ B, DE FRUYT F, ROSSI G ET AL: The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 personality disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment*, 2016; 23(1): 42–51. doi:10.1177/1073191115575069
31. COSTA P, TERRACCIANO A, MCCRAE RR: Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol*, 2001; 81(2):322–331.
32. GOODWIN RD, GOTLIB IH: Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Res*, 2004; 126(2):135–142. doi:10.1016/j.psychres.2003.12.024
33. SCHMITT DP, REALO A, VORACEK M, ALLIK J: Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *J Pers Soc Psychol*, 2008; 94(1):168–182. doi:10.1037/0022-3514.94.1.168
34. WEISBERG YJ, DEYOUNG CG, HIRSH JB: Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Front Psychol*, 2011; 2:1–11. doi:10.3389/fpsyg.2011.00178

Gender differences in the relationship between religion/spirituality, well-being and depression*

Julianna Oláh¹, Beatrix Koronczai²

479

¹ Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London

² Department Institute of Psychology of Developmental and Clinical Child Psychology, Institute of Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary

Summary: *Background and aims:* Numerous studies report the positive effects of religion/spirituality on mental health, including the positive association of religion/spirituality with well-being and negative association with depressive symptoms. However, few studies focus on how gender influences the relationship between religion/spirituality and mental health, and to date, no research has been conducted on this aspect among emerging adults. This study aims to test the qualitative and quantitative gender differences in the relationship between religion/spirituality and depression and well-being among emerging adults.

Method: In this mixed methodological study, data (N=523; women=62%, age=18–28) were collected with a questionnaire including CES-D-R (depression), WBI-5 (well-being), BMMRS (multidimensional measurement of religion/spirituality) and two open-ended qualitative questions on the perceived negative and positive effects of religion/spirituality among emerging adults.

Results: Results show a moderate relationship between religion/spirituality and well-being, as well as between religion/spirituality and depression among women, and a weak relationship between these variables among men. The dimensions of religion/spirituality which showed a significant association with well-being and depression varied by gender. According to the qualitative data, both genders conceptualize the effects of religion/spirituality on their lives in the same way; yet, a significant gender difference was found in the frequency of five qualitative codes.

Conclusion: Findings highlight the importance of dimensional approach towards religion/spirituality in research and suggest gender differences in the effect-mechanism of religion/spirituality on the mental health of emerging adults. Besides, still unreported forms of the perceived negative and positive effects of religion/spirituality were found.

Keywords: religiousness and spirituality; well-being; depression; emerging adulthood; gender differences

Összefoglalás: *Bevezetés:* Számos tanulmány számol be a vallásosság/spiritualitás mentális egészségre gyakorolt pozitív hatásáról, ezen belül is a vallásosság/spiritualitás jólléttel való pozitív, és a depressziós tünetekkel való negatív kapcsolatáról. Kevés kutatás foglalkozik azonban a vallásosság/spiritualitás mentális egészségre gyakorolt hatásában fellépő nemi eltérésekkel, fiatal felnőttek körében pedig eddig nem végeztek kutatásokat ezzel kapcsolatban. A tanulmány célja a kvalitatív és kvantitatív nemi eltérések tesztelése a vallásosság/spiritualitás kapcsolatában a depresszióval és pszichológiai jólléttel.

Módszerek: Vegyes módszertanú vizsgálatban fiatal felnőtteket kérdeztünk nyitott, kvalitatív kérdésekkel a vallásosság/spiritualitás személyesen észlelt pozitív és negatív hatásairól (N= 523, nők=62%, kor=18–28), és depressziós tüneteit, (CES-DR), jóllétét (WBI-5), vallásosság és spiritualitás dimenzióinak mértékét (BMMRS) mértük fel kvantitatív kérdőíves adatokkal.

Eredmények: Az eredmények a vallásosság/spiritualitás és a jóllét között, valamint a vallásosság/spiritualitás és a depresszió között mérsékelt kapcsolatot mutattak nők, és gyenge kapcsolatot férfiak esetén. A vallásosság/spiritualitás azon dimenziói, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a jólléttel és a depresszióval, nemenként eltértek. A kvalitatív adatok szerint – bár mindkét nem azonos módon konceptualizálja a vallásosság/spiritualitás életükre gyakorolt hatását – szignifikáns nemi különbségeket találtunk több említett témakör gyakoriságában.

Következtetés: Az eredmények rávilágítanak a vallásosság/spiritualitás dimenziális és nemspecifikus megközelítésének fontosságára és azt sugallják, a vallásosság/spiritualitás a fiatal felnőtt nők és férfiak mentális egészségét más-más módon és mértékben befolyásolja. A vallásosság/spiritualitás észlelt negatív és pozitív hatásainak eddig nem dokumentált formáit tártuk még fel, amelyek további kutatást igényelnek.

Kulcsszavak: vallásosság; spiritualitás; pszichológiai jóllét; depresszió; fiatal felnőttkor, nemi különbségek

* Funding sources: ÚNKP-18-2 New National Excellence Program of the Ministry of Human Capacities. János Bolyai Research Fellowship awarded by the Hungarian Academy of Sciences ÚNKP-20-5 New National Excellence Program of the Ministry of Human Capacities.

Introduction

A growing number of data show a positive association between religion, religious beliefs, spirituality and mental health (1–3). The most robustly investigated aspects of this relationship are the positive association between religion/spirituality (R/S) and well-being (4–6) and the inverse association between R/S and depression (1, 6). Although these two associations of R/S to mental health are well supported by empirical data, several questions still need to be answered, starting from whether they can be generalized or not.

Religion, spirituality in emerging adulthood

One of the often-overlooked problems is generalizing these relationships to every age-group. Besides the theoretical frameworks presupposing a spiritual development in life (7) many empirical studies suggest that there are notable differences between age-groups in the magnitude¹, role, and therefore in the potential effects of R/S (8–12). Might because of the increased level and importance of religious/spiritual beliefs reported in elder ages (10–13), little attention has been paid to their aspects in younger ages, including emerging adulthood (14).

This shortage is a notable limitation, as studies show that drawing consequences to young adults from studies conducted on the average or elderly population can be problematic. Emerging adults have specific spirituality-related characteristics, like having a unique and individualized religious image (15,16) even within the same religious group, becoming more spiritual and less religious (17, 18), and preferring personal spiritual activities to public ones (18). This age-related specificity also involves the relationship between religiousness/spirituality

and mental health which proved to be weaker in this age-group than in younger and older populations, although religious and existential doubts still can be very good predictors of life satisfaction and religiosity among young adults too (18–22). Considering these findings, the question arises whether religion and spirituality can be as beneficial for emerging adults as for the general population. And if they can, in what way can the new, not affiliation linked forms of spirituality and religious faith be beneficial for them?

Gender differences

Another emerging issue related to the generalization of these relationships is gender differences. Several studies have reported that the quality and quantity of faith, spirituality, and religion show differences by gender already from childhood (22–28). Generally speaking, girls and women tend to formulate spirituality and religion concerning relationships and connectivity and embrace the emotional and intuitive elements of religion rather than the logical, reasoning side of it. Boys and men tend to describe God more as a legislative force and feel His guidance more often, while girls and women emphasize His love and acceptance, and typically feel His presence. Besides qualitative differences in the approach of R/S, women's attachment to religion and the church is stronger; they consider themselves more religious, they go to church and follow private religious/spiritual practices more often (29–30).

In addition to the differences in the quality and intensity of R/S, gender might also play a difference-making role in the relationship between R/S and certain psychological outcomes.

A study based on national survey data in the USA (31) found that although R/S are linked to the widely used indicators of health and well-

¹ Based on the latest statistics, at age 20–29, 20% of the Hungarian population were said to be religious and 15% of them were said to be non-religious, while at age 60–69, 28% of the population were said to be religious and only 7% them said that they are non-religious. In Hungary, the gender ratio appears to be well-balanced in every age group (12).

being both in men and women, the strength of the relationship between the different aspects of spirituality and the indicators of well-being differed considerably in the two genders. In a study following depressed patients, *Strawbridge, Shema, Cohen, & Kaplan* (32) found that the depression score was more likely to be below the clinical level when participants took part in religious services (eg. worship, prayer group); however, this was only true to women. Similarly, in women, belief in higher powers is more closely connected to the sense of meaningfulness of life and well-being than in men (33). Another study suggested that in the US, religion may play a more integral part in the self-development of women than in that of men (34). However, research on the possible interaction between gender and R/S and psychological outcomes is limited and the topic is particularly neglected in the case of emerging adults (35, 36). Furthermore, even if we accept the hypothesis that the effect of R/S on the mental health differs between genders, it remains unclear what stands behind this difference. It can be a simple quantitative difference like one gender is more sensitive for the effect of R/S. Alternatively, it can be a qualitative difference in how R/S have an impact on mental health in different genders.

Current study

Objectives

This study aims to qualitatively and quantitatively test the gender differences in the relationship between R/S and depression and well-being in emerging adults. In the first part of the study, we used a qualitative approach to explore how emerging adults formulate the influence of R/S on mental health and whether there are gender differences in these influences. In the second part of the study, we applied standardized quantitative measurements of R/S, well-being and depression to check gender differences quantitatively. To cover the widest range of spiritual experience, a dimensional approach

towards R/S was used. This modern approach developed and validated by the *Fetzer Group* in 1999, considers religiousness and spirituality as two phenomenologically different, interrelated construct with several different but might relating dimensions (37). It enables to measure the diverse aspects of R/S independent of each other and also enables participants to differentiate between these aspects which makes this approach well-suited to the various spiritual beliefs, views and experiences of youth. Also, this holistic approach can explain some of the contradictions around the relation of R/S and mental health by parallelly representing and distinguishing the beneficial and potentially harmful aspects of them. While most dimensions of R/S like „Personal religious activity” or „Daily spiritual experiences” have a positive relationship with mental health, some dimensions like „Negative religious coping” or „Negative interaction in the church” can relate inversely to it (38). Last but not least, if the effect of R/S differs between gender according to dimensions but not according to overall effect sizes, dimensional approach is able to reveal it.

Hypotheses

- (1) There will be qualitative differences in the conceptualization of the perceived positive and negative effects of R/S by gender.
- (2) R/S will have an overall positive relationship with well-being. Specified for dimensions of R/S, the following ones: “Daily spiritual experiences”, “Values/Beliefs”, “Forgiveness”, “Personal religious activity”, “Public religious activity”, “Positive religious/spiritual coping” will show a positive relationship to well-being, while the dimensions “Negative religious/spiritual coping” and “Negative interactions” will show a negative relationship to well-being.
- (3) R/S will have an overall negative relationship with depression. Specified for dimensions of R/S, the following ones: “Daily spiritual experiences”, “Values/Beliefs”, “Forgiveness”, “Personal religious activity”, “Public

religious activity”, “Positive religious/spiritual coping”, “Religious support” will show a negative relationship, while the dimensions “Negative religious/spiritual coping” and “Negative interactions” will show a positive relationship to depressive symptoms.

(4) The dimensions of R/S which predict well-being and depression will vary by gender.

Method

Participants and procedure

A cross-sectional, survey-based, mixed design was used. 18 to 28-year-old Hungarian emerging adults (see Table 1) were recruited to take part in the study on a voluntary and anonymous basis. Data were collected online and offline using convenience and a snowball sampling procedure. In the snowball procedure, partici-

pants were recruited from online and offline religious groups and communities, from religious online forums and from online platforms which share spirituality and/or religiosity-related contents and which were recommended by participants. In the convenience sampling procedure, participants were collected from three university campuses.

523 participants completed a standardized questionnaire, and from this sample, 162 persons answered the first qualitative question (“If religion or spirituality plays an active role in your life, why do you feel that it helped you? Give a specific example.”), referring to the perceived advances of S/R, and 96 answered the second one (“Have you had a time in your life when your religion/spirituality made your life difficult? Give a specific example.”), which relates to the perceived disadvantages of S/R.

The research was approved by the Research Ethics Committee of the author’s institution.

Table 1
Descriptives of the samples

	Quantitative sample	Qualitative sample	
		Positive aspects	Negative aspects
N	523	162*	96*
Mean of age	20.61 (SD = 0.104)	21.4 (SD = 2.1)	20.9 (SD = 1.8)
Women	62%	59%	58%
Religiousness/spirituality			
Very religious/ Very committed spiritually	16% / 16%	30% / 31%	32.5% / 34%
Moderately religious/ Moderately committed spiritually	33% / 28%	43% / 42%	37% / 41%
A little religious/A little committed spiritually	22% / 29%	14% / 15%	13% / 10%
Non-religious/Not committed spiritually	29% / 25%	13% / 13%	17% / 15%
Religious preference			
No religious preference or atheist	24%	12%	14.5%
Spiritual	0.6%	1%	4.2%
Follow their own, unique religious faith	2.2%	4.2%	2%
Agnostic	0.8%	0%	0%
Buddhist	0.6%	2%	3%
Christian:	72%	83%	76%
Catholic	45%	46%	56%
Calvinistic	4%	6%	8%
Lutheran	1.2%	2%	1%
Baptist	0.6%	2%	3%
Undefined protestant	21%	27%	8%

* from the quantitative sample

Measures

Depression

The Center for Epidemiologic Studies-Depression-Revised (CES-D-R) (39) was designed to assess to what extent the symptoms of depression are present in an individual. We applied CES-D-R Hungarian adaptation (40) ($\alpha=0.838$, $\omega=0.872$ on the presented sample).

Well-being

The WHO Five well-being index (41) examines the positive and negative aspects of well-being on an one-dimensional scale, and the questions relate to the respondent's experience over the previous two weeks. The Hungarian adaptation proved to be a valid and reliable tool for studying the positive quality of life (42) ($\alpha=0.767$, $\omega=0.767$ on the presented sample).

Religiousness/Spirituality

The Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (BMMRS) questionnaire examines 12 dimensions of R/S, which have been selected based on their health relevance (37). The dimensions of the Hungarian form of the Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (43) involved in this study are the following:

- *Daily spiritual experiences* (e.g.: "I feel God's presence.") ($\alpha=0.884$, $\omega=0.892$)
- *Values/Beliefs*; (e.g.: "My spiritual beliefs give my life a sense of significance and purpose.") ($\alpha=0.772$, $\omega=0.813$)
- *Forgiveness*; (e.g.: "I believe that God has forgiven me for things I have done wrong.") ($\alpha=0.693$, $\omega=0.700$)
- *Personal religious activity*; (e.g.: "How often do you pray privately in places other than a church or a synagogue?") ($\alpha=0.826$, $\omega=0.780$)
- *Public (organizational) religious activity*; (e.g.: "How often do you attend religious services?") ($\alpha=0.813$, $\omega=0.743$)

- *Positive and negative religious/spiritual coping*; (e.g.: "Worked together with God as partners." or "I feel that stressful situations are God's way of punishing me for my sins or lack of spirituality.") ($\alpha=0.782$, $\omega=0.734$; $\alpha=0.878$, $\omega=0.855$)
- *Religious support and criticism/negative interactions* (e.g.: "If you were ill, how much would the people in your congregation be willing to help out?" or "How often are the people in your congregation critical of you and of the things you do?") ($\alpha=0.835$, $\omega=0.855$; $\alpha=0.851$, $\omega=0.815$)

The examination of each dimension is divided into several statements that can be assessed on the Likert scales, which measure the frequency of certain events or the level of agreement with the statements.

To measure how emerging adults conceptualize the effect of R/S on their lives, the participants were asked two open-ended questions. They were asked to give examples, if possible, of cases when their religion, spirituality made their life easier or more difficult ("If religion or spirituality plays an active role in your life, why do you feel that it helped you? Give a specific example."; "Have you had a time in your life when your religion/spirituality made your life difficult? Give a specific example.").

Statistical analyses

To test hypothesis 1, qualitative answers were gathered, separated into positive and negative aspects, and a code system was created from them based on Grounded-theory (44). Three independent coders (a practising Christian, a non-religious Christian, an atheist) coded the answers, discussing the code in case of disagreement. The frequency of each code was grouped by gender, and the significance of deviations was tested by Chi-square test. (Explanation of code system see in Supplementary material.)

To test hypothesis 2–4, quantitative data were analyzed, separated by gender. In a multiple

linear regression analysis, the independent variables were age, residence, the nine above detailed dimension of R/S. The dependent variables were well-being and depression. Outliers outside 3 standard deviations were excluded from the analysis to avoid bias. The residence was coded as 1=capital, 2=city, 3=town, 4=village; age was measured in years, and R/S variables were measured and coded according to the Hungarian form of Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (43). Assumptions for multiple regression analysis were tested by scatterplot (homoscedasticity, linear relationship), by Q-Q-plot (multivariate normality), by Variance Inflation Factor (VIF) (multicollinearity), by Durbin-Watson test (autocorrelation), and were found to be appropriate.

Data were analyzed by IBM SPSS v.21.

Results

Sample

Data were normally distributed on all variables. According to Independent Sample T-test, there were no significant gender differences in the demographic variables at the level of depression,

well-being, reported religious and spiritual commitment and the total score on BMMRS. However, there were small, significant differences in the case of two subscales: “Negative interactions” ($M_{\text{males}}=3.59$, $SD=1.87$; $M_{\text{females}}=3.12$, $SD=1.55$; $t(232)=2.24$, $p=.03$) and “Organizational religious activity”, on which men gained higher scores ($M_{\text{males}}=5.73$, $SD=3.34$; $M_{\text{females}}=5.10$, $SD=3.06$; $t(363)=2.03$, $p=.04$).

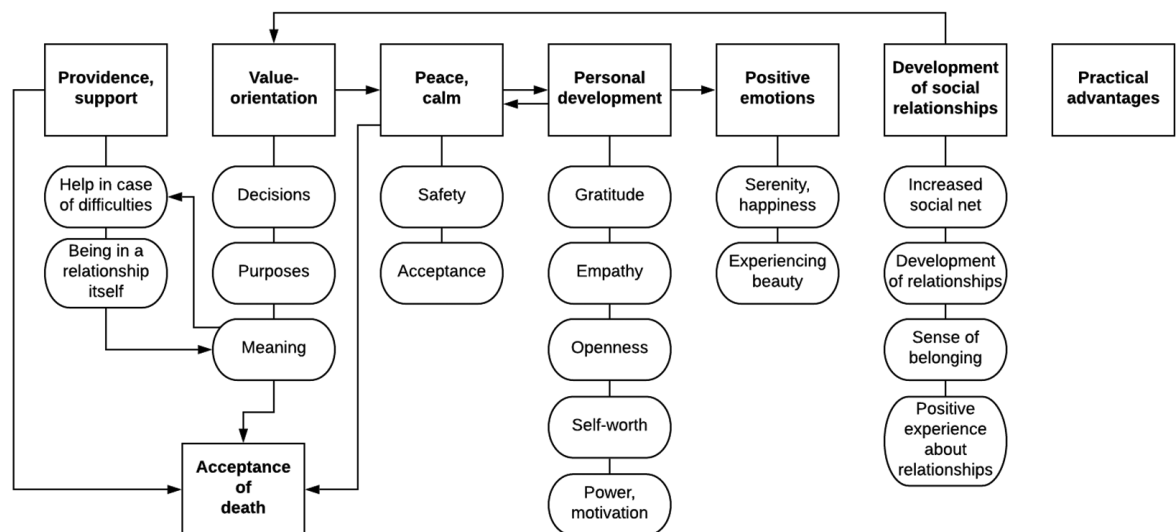
Qualitative data

In the qualitative analysis, 8 core conceptual categories emerged related to the positive aspects of R/S, most of which have subcategories (Figure 1)

- “Providence, support”, which refer to the emotional or instrumental help and the supporting, reinforcing presence of God/personalized transcendent power, especially at harsh times;
- “Value orientation” refers to a mental and spiritual framework which helped the respondents to make decisions, create a meaning-system, set goals and interpret the unpleasant or unexpected events of their lives;
- “Peace and calm” refer to inner harmony

Figure 1

Structure of codes related to the positive aspects of religiousness and spirituality



and the sense of safety gained by one's religious/spiritual views or actions;

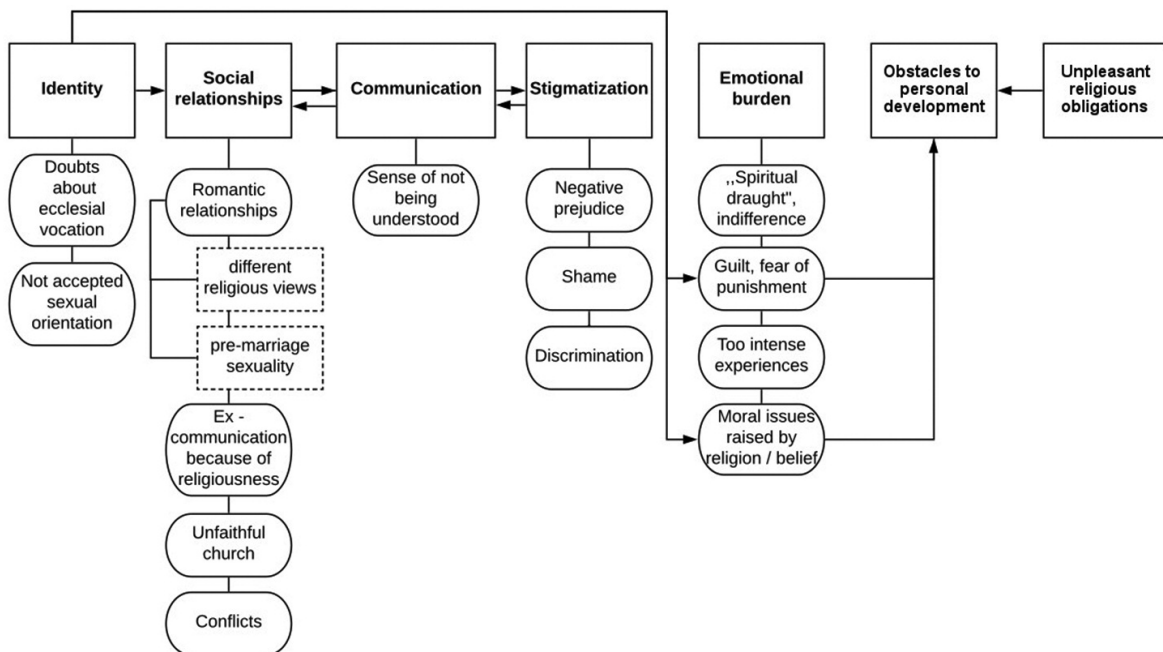
- “Acceptance of death” refers to the emphasized role of R/S in the acceptance of the death of loved ones or its role in coping with the frightening thought of one's death;
- “Personal development” covers the enrichment of the personality due to R/S on a wide range of fields;
- “Positive emotions” refer to the increased frequency or intensity of pleasant feelings;
- “Development of social relationships” refers to the advancement of relationships in quantity as well as in quality and the positive change in one's mental representations about them;
- “Practical advantages” refer to the additional benefits of R/S when personal faith can be used as a tool to achieve a goal, through support from religious organizations or by making use of the positive qualities generally associated with religious people.

- “Identity” refers to the doubts, questions or disapprovals which are rooted in one's religious and spiritual views and influence the whole personality;
- “Social relationships” refer to the conflicts, doubts and difficulties arising from religious/spiritual views and differences in one's social and romantic life due to religious faith;
- “Communication” refers to the difficulties of conveying one's religious and spiritual experiences/beliefs in a both authentic and easily understandable way;
- “Stigmatization” refers to prejudice, disapproval, discrimination against openly religious people;
- “Emotional burden” refers to any extra affective demand arising from R/S ranging from moral issues to spiritual struggles or strains;
- “Obstacles to personal development” refer to answers which explicitly stated that religious/spiritual rules/views prevented maturation or thriving;
- “Unpleasant religious obligations” refer to accidental and non-pervasive incidents when acting in line with religious rules/views was perceived as forced or unnecessary

7 core conceptual categories emerged about the negative aspects of R/S with many subcodes (Figure 2)

Figure 2

Structure of codes related to the negative aspects of religiousness and spirituality



The categories were mostly connected (e.g. “Experience of providence” can play a meaning-making role in one’s life, and this might result in inner “Peace and calm”, creating a good basis for “Personal development”. Similarly, the “Experience of meaning and the personal strengths” gained can help in coping with tragedies such as the death of loved ones, and participants often reported a stronger feeling the presence of God at harsh times like that), and some were more elaborate than others (e.g. “Unpleasant religious obligations” as opposed to the difficulties in “Social relationships”). Even though not all codes were equally frequent in the case of both genders, the same code system can be applied to both.

Among the positive aspects of R/S, the frequency of the code of reported “Providence and support” was the highest in both genders, followed by the code of “Personal development” among men and “Value orientation” among women (Figure 3). According to the Chi-square Test, a significant difference was found in the case of “Personal development” (e.g. gaining inner power and motivation) ($\chi^2 (1, N=100)=18.92, p<.001$), which was more likely to be reported by men than by women (Figure 3).

In the case of negative aspects, difficulties in “Social relationships” was the most frequent code among women, followed by “Emotional burden” caused by R/S. “Emotional burden” was the most frequent code among men, followed by “Unpleasant religious obligations” and “Social relationships” (Figure 4). According to the Chi-square test of independence, a significant gender difference was found in the case of “Unpleasant religious obligations” ($\chi^2 [1, N=100]=20.38, p<.001$), “Communication”, ($\chi^2 [1, N=100]=6.35, p=.012$), “Social relationships” ($\chi^2 [1, N= 100]=18.91, p<.001$), and “Identity” ($\chi^2 [1, N=100]=6.45, p=.012$). Men were more likely to report a burden of unpleasant religious obligations (e.g. attending mass or religious practices forced by parents) and mention doubts or attacks they must cope concerning their identity (e.g. start an ecclesial vocation which rules out marriage), while women were more likely to report difficulties related to communication (e.g. the challenge of being understood by non-religious friends) or to their social relationships (e.g. different views about pre-marital sexual activity in romantic relationships) (Figure 4).

Figure 3

Distribution of perceived positive aspects of religion/spirituality among young adults by gender

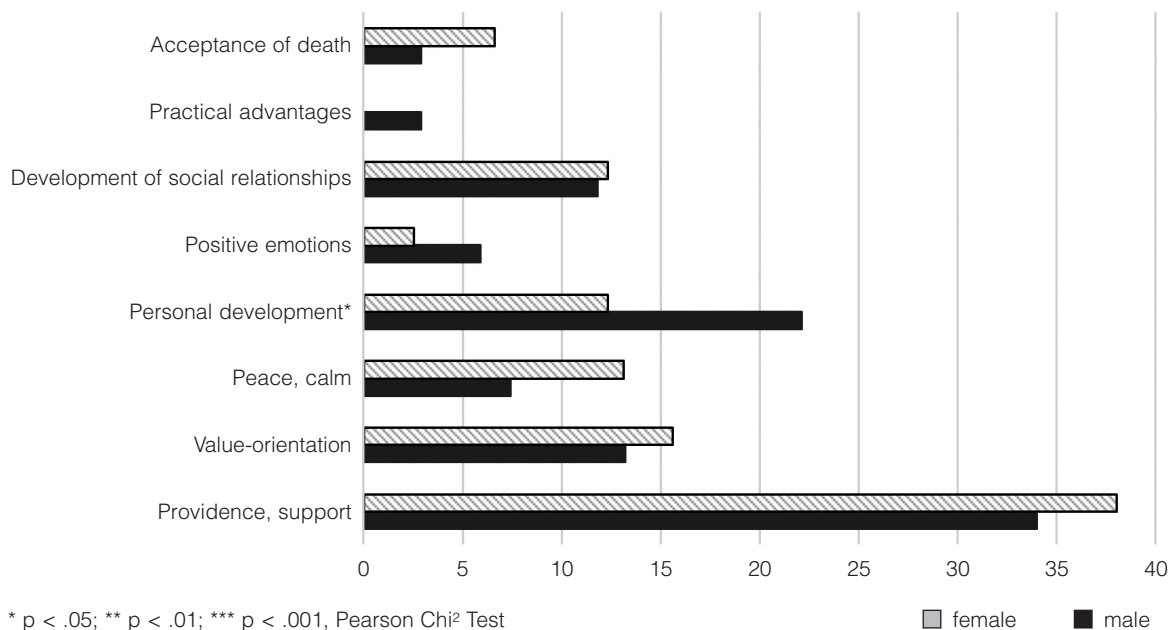
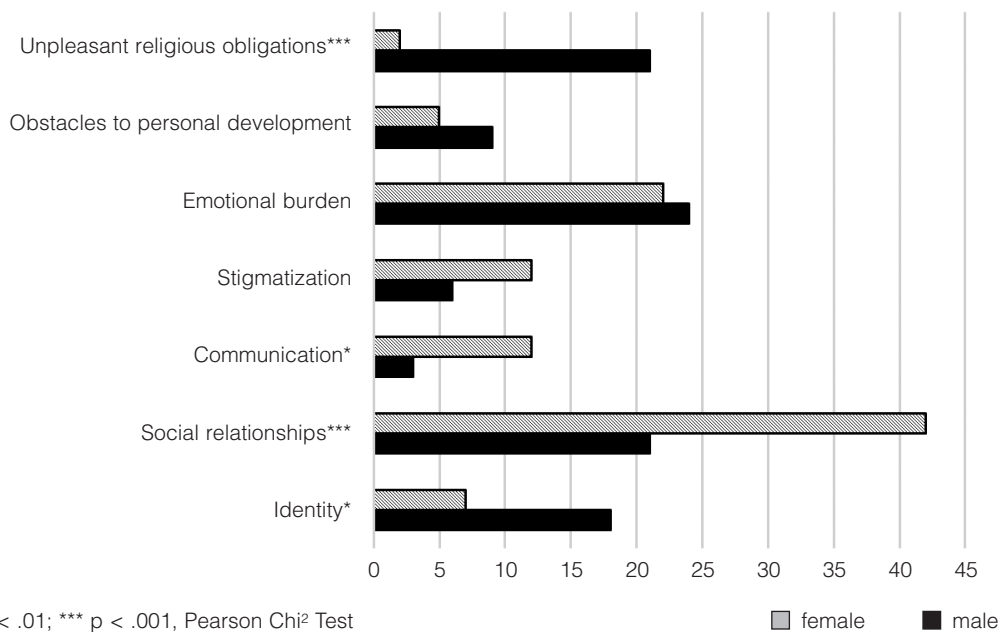


Figure 4

Distribution of perceived negative aspects of religion/spirituality among young adults by gender



* p < .05; ** p < .01; *** p < .001, Pearson Chi² Test

■ female ■ male

Quantitative data

In the multiple linear regression calculated to predict well-being based on age, residence and dimensions of R/S among women, a significant regression equation was found (F[11.309]=6.929, p<.001), with an R² of .20 and an Adj. R² of 0.17 (Fisher’s Z= 0.438) (Table 2). The strength

of the relationship was moderate (Cohen’s f²=0.25). The observed power of analysis was 99%. In the same multiple linear regression among men, a significant regression equation was found (F[11.189]=2.299, p=.012), with an R² of .12 and an Adj. R² of .07 (Fisher’s Z= 0.271) (Table 2). The strength of the relationship was weak (Cohen’s f²=0.14). The observed power of

Table 2

Links of well-being and religion/spirituality dimensions based on linear regression model

	Women		Men	
	β	B	β	B
daily spiritual experiences	.155	.056	-.108	-.041
forgiveness	.144*	.165*	.153	.170
values/beliefs	.295**	.246**	.127	.108
private religious practices	.033	.020	.217*	.117*
negative religious/spiritual coping	-.268***	-.234***	-.030	-.028
religious support	.085	.154	.121	.221
organizational religion	-.080	-.079	-.013	-.012
positive religious/spiritual coping	-.251*	-.183*	-.205	-.151
negative interactions	.101	.255	-.211*	-.426*
residence	-.025	-.061	.038	-.129
age	-.034	-.039	-.046	.049

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

β = standardized coefficient

B = unstandardized coefficient

Table 3

Links of depressive symptoms and religion/spirituality dimensions based on linear regression model

	Women		Men	
	β	B	β	B
daily spiritual experiences	-.178	-.195	-.085	-.085
forgiveness	-.201**	-.684**	-.188	-.556
values/beliefs	.045	.108	.221	.508
private religious practices	-.065	-.113	-.252*	-.362*
negative religious/spiritual coping	.281***	.747***	.204*	.509*
religious support	-.123*	-.670*	-.036	-.177
organizational religion	.132	.393	.170	.426
positive religious/spiritual coping	.191	.419	-.042	-.082
negative interactions	-.119*	-.932*	.057	.307
residence	-.002	-.024	.059	.442
age	.013	.045	-.098	-.334

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

β = standardized coefficient

B = unstandardized coefficient

488

analysis was 94%. The dimensions of R/S which significantly predict well-being were different in the two genders. Based on the relationship between well-being and R/S was significantly weaker in men than in women (Z test statistic=1.849, $p=0.032$)

In the multiple linear regression calculated to predict depressive symptoms based on age, residence, and dimensions of R/S among women, a significant regression equation was found ($F[11.305]=5.635$, $p<.001$), with an R^2 of .17 and an Adj. R^2 of 0.14 (Fisher's $Z=0.393$) (Table 3). The observed power of the analysis was 99%. The strength of the relationship was moderate (Cohen's $f^2=0.20$). In the same regression among men, a significant regression equation was found ($F[11.185]=2.452$, $p=.007$), with an R^2 of .13 and an Adj. R^2 of .075 (Fisher's $Z=0.274$) The strength of the relationship was weak (Cohen's $f^2=0.15$). The observed power of the analysis was 95%. Except for negative religious coping, which was a significant predictor of depression in the case of both genders, the dimensions of R/S which significantly predict depressive symptoms were different by gender. The relationship between depression and R/S tended to be weaker among men than among women (Z test statistic=1.232, $p=0.109$).

Summary of results

This study aimed to explore the gender differences in the effect of R/S on depression and well-being in emerging adults.

Based on qualitative data, we found that both genders formulate the effect of R/S on their mental health similarly. Nevertheless, male participants reported the burden of unpleasant religious obligations and questions about identity significantly more often than women while women reported the negative impact of their R/S on social relationships and the difficulties of communicating about religious experiences significantly more often than man. Considering the positive aspects, men reported the positive influence of R/S on their personal development significantly more often.

The quantitative analysis suggested a moderate relationship between R/S and well-being as well as between R/S and depression among women, and a weak relationship between R/S and well-being and depression among men in emerging adults. Furthermore, when we took different dimensions of R/S into account, different dimensions of R/S were responsible for these relationships in woman than in men.

Discussion

Qualitative data did not support the first hypothesis, as there was no qualitative gender difference found in the conceptualization of the effects of R/S. At the same time, there were significant differences in the frequency of certain codes. It suggests that women and men in emerging adulthood do not experience the effects of their R/S differently, but experience certain forms of that with different frequencies, or might judge the importance of certain aspects differently. Men's answers were overrepresented in categories that involve moral judgements of some sort (undesired obligations, personal growth as an achievement, and identity-related questions were conceptualized as acceptance of a duty), while women's answers were greater in number in codes related to social functions. It might reflect the traditional gender roles of men having to make the right decisions and women having to be socially appreciated which are often emphasized and appreciated in religious communities (45, 46).

Our second and third hypothesis were supported by findings as results showed an overall moderate positive relationship between R/S and well-being and a moderate negative relationship between R/S and depression among women, and a weak positive relationship between R/S and well-being and weak negative relationship with depression among men. Our effect size indicators (Cohen's f^2) were larger than the ones reported by previous research focusing on emerging adults in a European, secularized populations, although these studies did not discriminate between genders (20, 47). The cultural background might moderate the relationship between R/S and mental health (48) as research suggests that the relationship is stronger in cultures where people socially appreciate religiousness and spirituality. It is possible that in Hungary, R/S is more supported culturally and socially than in the sample countries of former European studies resulting in higher effect sizes. However, our sample was not representative and focused on emerging adults in whose

lives R/S plays an important role which might explain the stronger relations.

Notably, the effect sizes of the examined relationships greatly varied by gender as the effect sizes appeared to be higher on the female sample than on the male one. Taken together with similar previous findings, it suggests that in the case of young women, well-being and depressive symptoms might depend on the person's spiritual well-being and R/S to a greater extent than in the case of men. Based on the results of the qualitative analysis, this difference is not caused by the qualitative difference of the perceived effects of spirituality, even if there are some effects of R/S which affect emerging adults gender-specifically.

Our hypothesis according to which the dimensions of R/S that predict well-being and depression will vary by gender was reinforced by the data. In other words, gender does play an important role in which dimensions of R/S can significantly predict well-being and depression. Our findings also suggest that there are dimensions (like "Daily spiritual experiences" or "Values/Beliefs") which cannot affect these psychological outcomes among young adults, while other dimensions (like "Forgiveness" and "Negative religious/spiritual coping" among women) are significant predictors of both depression and well-being. According to these results, if spirituality is to be integrated into the mental health of emerging adults either in the form of prevention, care or development (49–51), certain aspects of it should be promoted more than others. Also, people of different genders should receive different care/recommendations. These findings also indicate that gender is an inevitable factor in the research of R/S in emerging adulthood and measuring the link between religion, spirituality, faith and psychological outcomes should take gender difference into account. As in our sample, the level of R/S did not differ significantly, our findings also suggest that the gender difference in the links between R/S and mental health is independent of the reported level of R/S and the possible gender differences in it.

Another important finding is that, contrary to our expectations, qualitative categories do not replicate quantitative findings but rather complete them with aspects of R/S that standardized questionnaires are not designed to capture (e.g. the acceptance of death, overwhelming spiritual experiences, questions of identity and morale raised by religion/belief). Yet, these aspects seem to play an important if a not vital role in the spiritual or everyday life of emerging adults. The qualitative analysis explored still undocumented forms of the effects of R/S, particularly in the case of negative aspects. Although certain forms of these have already been addressed in the literature (52–54), there is no available standardized tools for measuring them (e.g. Obstacles to personal development, Emotional burden, Communicational problems, Doubts regarding identity, Difficulties with a wide range of social relationships). This may prevent us from measuring and accounting for the „darker” but still important side of R/S. Further research should be devoted to investigate whether these new aspects of R/S are limited to young adults or present in other age-groups too. However, in either case, there is a strong need for new forms of psychological measurements which can measure the negative aspects of R/S in a more elaborated form.

More generally, the results support the importance of a dimensional approach in R/S research. The reverse links between the different dimensions of R/S and the psychological outcomes support the theory that while certain aspects of R/S can contribute to people's mental health, others can have a negative impact on it (35, 37, 55). This consideration might be useful in the case of spiritually integrated psychological interventions, suggesting that besides fostering the advantageous forms of R/S, preventing or changing the possible deleterious forms of that might be equally important. Furthermore, the investigation of gender differences also requires a dimensional approach, since while certain aspects of R/S have significant links with psychological outcomes in one gender, they might not have significant associations in the other one, and the magnitude of these relationships

may also vary greatly. Furthermore, except for the aspects described above, the dimensions of R/S that predict well-being are different from the ones that predict depressive symptoms. This may suggest that young people use different aspects of their R/S when they are happy and when they have difficulties or are depressed. Therefore, the kind of spiritual care and support provided for young adults that aim to increase well-being and those that aim to provide help in difficult situations should focus on different dimensions of R/S (e.g. regular discussions with a spiritual leader to flourish spiritually versus psychiatric treatment).

Further unexpected findings were the significant negative relationship between “Positive religious/spiritual coping” and well-being, and between “Negative interactions” and depression among women. A possible explanation can be that the positive religious coping indicates the presence of problems the participant cannot cope in any other ways. It is harder to understand why negative interactions in the church relate negatively to women's depression scores. A possible explanation can be that the members of the church might criticize less those who are clearly in a bad mood. However, the replication and further investigation of these findings are needed.

Strengths and limitations

Although previous findings suggested the presence of a causative relationship between R/S and mental health, the cross-sectional nature of this study does not allow concluding the directions of the reported relationships. The sample was not collected representatively, which poses limits to generalizing the results. Furthermore, most of the religious participants came from a Christian religious background, which could limit their religious/spiritual experiences, and also makes it impossible to differentiate between the role of faith and the role of the church in religious/spiritual experiences. Also, it was not possible to distinguish between people with both spiritual and religious values

and people who defined themselves only as spiritual in the analysis, because the latter group was underrepresented in the sample. As for the effects of gender, it was presumed that gender-specific features are responsible for the differences; however, they might also be caused by the different levels of spiritual intelligence (56), or by the different distributions of extrinsic-intrinsic religiousness (57, 58). Regarding gender, more refined findings might be achieved by a spectrum-based approach towards masculinity and femininity than what can be achieved with the distinct coding of gender.

At the same time, the present study was conducted in an underrepresented cultural context and on an underrepresented age group. While other studies have mainly been focusing on gender differences at the level of spirituality, this study investigated the role of gender on the presumed effect of R/S on depression and well-being. Another strength of the current work is the dimensional approach towards R/S, which allowed a sophisticated investigation of its links as well as a refined review of the former robust findings. Similarly, due to the mixed methodology, the influence of gender on the links of R/S

could be tested in a complex and ecologically valid way.

Conclusion

R/S seems to have a positive link with well-being and negative link with depressive symptoms in emerging adults. However, the strengths of this relationship might be stronger in women than in men independent from the level of religiousness and spirituality. Also, might different aspects of R/S responsible for these relationship in man and women. Therefore, further studies investigating the relationship between R/S and mental health should consider specifying for gender differences. Also, gender-specific spiritual care and spirituality-religion based intervention which is sensitive for gender differences would be beneficial. The further investigation of the diverse effects which R/S can make on emerging adults is needed as currently available standardized quantitative measurements might be unable to capture them, particularly when it comes about the possible negative effects of R/S.

Acknowledgements

Julianna Oláh acknowledges the financial support of the ÚNKP-18-2 New National Excellence Program of the Ministry of Human Capacities.

Beatrix Koronczai acknowledges the financial support of the János Bolyai Research Fellowship awarded by the Hungarian Academy of Sciences and the support of the ÚNKP-20-5 New National Excellence Program of the Ministry of Human Capacities.

References

- KOENIG HG: Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009; 54 (5):283–291. doi:10.1177/070674370905400502
- LUCCHETTI G, LUCCHETTI A: Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2014; 48 (3):199–215. doi:10.2190/pm.48.3.e
- VITORINO LM, LUCCHETTI G, LEÃO FC, VALLADA H, PERES MF: The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*, 2018; 8 (1) doi:10.1038/s41598-018-35380-w
- ELLISON CG: Religious Involvement and Subjective Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 1991; 32 (1):80–89. doi:10.2307/2136801
- MOREIRA-ALMEIDA A, LOTUFO NF, KOENIG HG: Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006; 28 (3):242–250. doi:10.1590/s1516-44462006005000006
- KOPP M, SKRABSKI Á, SZÉKELY A: Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2004; 5 (2):103–125. Retrieved Feb 19, 2021, from <https://akjournals.com/view/journals/0406/5/2/article-p103.xml>
- FOWLER J: The Enlightenment and Faith Development Theory. *Journal of Empirical Theology*, 1988; 1 (1):29–42. doi:10.1163/157092588x00032
- HELWIG CC: Adolescents' and Young Adults' Conceptions of Civil Liberties: Freedom of Speech and Religion. *Child Development*, 1995; 66 (1):152–198. doi:10.2307/1131197
- KOENIG HG, COHEN HJ: Spirituality Across the Lifespan. *Southern Medical Journal*, 2006; 99 (10):1157–1158. doi:10.1097/01.smj.0000242796.62483.de
- BROWN I: Evaluation of Age-Related Effects on Spirituality and Religiousness. *PsycEXTRA Dataset*, 2010. doi:10.1037/e611412010-001

11. LUXNÉ PREHODA A, HÁMORI Á:
Igaz, hogy az idősebbek vallásosabbak?
Socio, 2020; 10 (1):25–44.
doi.org/10.18030/socio.hu.2020.1.25
12. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL:
Népszámlálás 2011–2021. Vallási felekezetek demográfiai jellemzői. 2018. Retrieved from: https://www.ksh.hu/docs/hun/xfp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_21_2011.pdf
13. AINLAY SC, SMITH DR:
Aging and Religious Participation.
Journal of Gerontology, 1984; 39 (3):357–363.
doi:10.1093/geronj/39.3.357
14. MARKIDES KS:
Aging, Religiosity, and Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology*, 1987; 38 (5):621–625.
doi:10.1093/geronj/38.5.621
15. CHATTERS LM, TAYLOR RJ:
Age Differences in Religious Participation Among Black Adults. *Journal of Gerontology*, 1989; 44 (5):183–189.
doi:10.1093/geronj/44.5.s183
16. BARRY CM, NELSON LJ, ABO-ZENA MM:
Religiousness in Adolescence and Emerging Adulthood. *Encyclopedia of Adolescence*, 2018; 3101–3126.
doi:10.1007/978-3-319-33228-4_265
17. ARNETT JJ, JENSEN LA:
A Congregation of One. *Journal of Adolescent Research*, 2002; 17 (5):451–467.
doi:10.1177/0743558402175002
18. VOAS D, CROCKETT A:
Religion in Britain: Neither Believing nor Belonging. *Sociology*, 2005; 39 (1):11–28.
doi:10.1177/0038038505048998
19. KOENIG LB:
Change and Stability in Religiousness and Spirituality in Emerging Adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 2015; 176 (6):369–385.
doi:10.1080/00221325.2015.1082458
20. ROSTA G:
Vallásosság a mai Magyarországon. *Vigília*, 2011; 76 (11):741–750. Retrieved from https://vigilia.hu/system/files/cikk_pdf/2011/11/rosta_gergely.pdf
21. PIKÓ B, KOVÁCS E, KRISTON P:
Mitől boldogok a mai fiatalok? Vallás, spiritualitás és a mentális jóllét összefüggései középiskolások körében. *Lege Artis Medicinae*, 2014; 24 (5–6):281–287. Retrieved from http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/8460/1/2014_LAM_pdf.pdf
22. PIKÓ B, KOVÁCS E, KRISTON P:
Spiritualitás–vallás–egészség: Fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2011; 12 (3):261–276.
doi.org/10.1556/Mental.12.2011.3.4
23. YONKER JE, SCHNABELRAUCH CA, DEHAAN LG:
The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 2012; 35 (2):299–314.
doi:10.1016/j.adolescence.2011.08.010
24. LERMAN S, JUNG M, ARREDONDO EM, BARNHART JM, CAI J, CASTAÑEDA SF ET AL:
Religiosity prevalence and its association with depression and anxiety symptoms among Hispanic/Latino adults. *Plos One*, 2018; 13 (2). e0185661. doi:10.1371/journal.pone.0185661
25. KRAUSE N, INGERSOLL-DAYTON B, ELLISON CG, WULFF KM:
Aging, Religious Doubt, and Psychological Well-Being. *The Gerontologist*, 1999; 39 (5):525–533. doi:10.1093/geront/39.5.525
26. TAMMINEN K:
Religious Experiences in Childhood and Adolescence: A Viewpoint of Religious Development Between the Ages of 7 and 20. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 1994; 4 (2):61–85.
doi:10.1207/s15327582ijpr0402_1
27. OZORAK EW:
The Power, but Not the Glory: How Women Empower Themselves Through Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1996; 35 (1):17. doi:10.2307/1386392
28. BRYANT AN:
Gender Differences in Spiritual Development During the College Years. *Sex Roles*, 2007; 56 (11–12): 835–846.
doi:10.1007/s11199-007-9240-2
29. DESROSIERS A, KELLEY BS, MILLER L:
Parent and peer relationships and relational spirituality in adolescents and young adults. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2011; 3 (1):39–54. doi:10.1037/a0020037
30. OLÁH J, ERDÉLYI B:
Serdülők depressziós tünetei és jólléte a spiritualitás és vallásosság vonatkozásában. *Studia Ignatiana X*. 2018; 9–23. Retrieved from <https://www.szentignac.hu/wp-content/uploads/2019/09/Studia-Ignatiana-X.pdf>
31. MASELKO J, KUBZANSKY LD:
Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine* 2006, 62 (11):2848–2860.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.008
32. STRAWBRIDGE WJ, SHEMA SJ, COHEN RD, KAPLAN GA:
Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 2001; 23 (1):68–74.
doi:10.1207/s15324796abm2301_10
33. MATTIS JS:
Gender, Religiousness, and Spirituality in Emerging Adulthood. *Emerging Adults' Religiousness and Spirituality*, 2014; 171–185.
doi:10.1093/acprof:oso/9780199959181.003.0010
34. BARRY CM, NELSON LJ:
The Role of Religion in the Transition to Adulthood for Young Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 2005; 34 (3):245–255. doi:10.1007/s10964-005-4308-1
35. MCNAMARA BARRY C, NELSON L, DAVARYA S, URRY S:
Religiosity and spirituality during the transition to adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 2018; 34 (4):311–324. doi:10.1177/0165025409350964
36. BARRY CM, NELSON LJ, ABO-ZENA MM:
Religiousness in adolescence and emerging adulthood. *Encyclopedia of Adolescence*, 2018; 3101–3126.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-33228-4_265
37. FETZER INSTITUTE:
Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. 1999.
38. ELIASSEN AH, TAYLOR J, LLOYD DA:
Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2005; 44 (2):187–199.
39. EATON WW, SMITH C, YBARRA M, MUNTANER C, TIEN A:
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Revised. *PsychTESTS Dataset*, 2004.
doi:10.1037/t29280-000
40. SZEIFFERT L, HAMVAS S, NOVÁK M, ADORJÁNI G:
Hangulatzavarok krónikus vesebetegek körében. A depresszió szűrése, diagnosztikája és terápiája. *Orvosi Hetilap*, 2009; 150 (37):1723–1730.
41. BECH P:
Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of life newsletter*, 2004; 15–16.
42. SUSÁNSZKY É, KONKOLY TB, STAUDER A, KOPP M:
A WHO J61-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2006; 7 (3):247–255.
doi:10.1556/mental.7.2006.3.8
43. FARKAS L, KÓ N, SURÁNYI Z, RÓZSA S:
A „Vallásosság és Spiritualitás Multidimenzionális Vizsgálata” kérdőív rövid formájának Magyar adaptációja. *Pszichológia*, 2014, 34 (2):175–205.
doi:10.1556/pszicho.34.2014.2.5
44. GLASER BG, STRAUSS AL:
Grounded theory: Strategies for qualitative research 1967. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
45. TIEMEIER TS:
Women's Virtue, Church Leadership, and the Problem of Gender Complementarity. *Comparing Faithfully 2016*
doi:10.5422/fordham/9780823274666.003.0009
46. MEYER AN:
Gender Complementarity in the Catholic Church: Origins & Feminist Response. *Theological Anthropology*, 2017.
47. HODAPP B, ZWINGMANN C:
Religiosity/Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. *Journal of Religion and Health*, 2019. doi:10.1007/s10943-019-00759-0
48. SNOEP L:
Religiousness and happiness in three nations: a research note. *Journal of Happiness Studies*, 2007; 9 (2):207–211.
doi:10.1007/s10902-007-9045-6

49. BRÉMAULT-PHILLIPS S, OLSON J, BRETT-MACLEAN P, ONESCHUK D, SINCLAIR S, MAGNUS R ET AL: Integrating Spirituality as a Key Component of Patient Care. *Religions*, 2015; 6 (2):476–498. doi:10.3390/rel6020476
50. SOLLOD RN: Integrating Spirituality with Psychotherapy. *Oxford Clinical Psychology*, 2015. doi:10.1093/med:psych/9780195165791.003.0019
51. SÜLE F: A restart modell a szkizofrének komplex kezelésének indításában a Valláslelektani Pszichiátriai Osztályon. *Psychiatr Hung*; 2020; 35 (3):269–288.
52. EXLINE JJ, YALI AM, SANDERSON WC: Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 2000; 56 (12):1481–1496.
- doi:10.1002/1097-4679(200012)56:12<1481::aid-1>3.0.co;2-a
53. KOVÁCS E, PIKÓ B: A vallásfüggőség mint egy lehetséges új viselkedési addikció vizsgálata serdülőkorú populációban. *Orvosi Hetilap*, 2015; 156 (18):731–740. Retrieved Feb 19, 2021, from <https://akjournals.com/view/journals/650/156/18/article-p731.xml>
54. PARGAMENT KI, MURRAY-SWANK NA, MAGYAR GM, ANO GG: Spiritual Struggle: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. 2006, 245–268. doi:10.1037/10859-013
55. PIKÓ B, KOVÁCS E, KRISTON P: Multicoloured Religiosity and Spirituality in Youth: From Religious Faith to Mental Health. *Társadalomkutatás*, 2011; 29 (4):422-443.
- Retrieved Feb 19, 2021, from <https://akjournals.com/view/journals/082/29/4/article-p422.xml>
56. EMMONS RA: Is Spirituality an Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2000; 10 (1):3–26. doi:10.1207/s15327582ijpr1001_2
57. GENIA V, SHAW DG: Religion, Intrinsic-Extrinsic Orientation, and Depression. *Review of Religious Research*, 1991; 32 (3):274–289. doi:10.2307/3511212
58. BAKER M, GORSUCH R: Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1982; 21 (2):119–131. doi:10.2307/1385497

A Viselkedéses Gátlás Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői

494

Sulyok Róza Sára^{1,2}, Györe Szandra³, Jakobovits Lili², Miklósi Mónika^{2,4}

¹ ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

² ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekepszichológia Tanszék, Budapest

³ Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat VIII. kerületi tagintézménye, Budapest

⁴ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Összefoglalás: *Háttér/Célkitűzés:* A Viselkedéses Gátlás Kérdőív (Behavioral Inhibition Questionnaire; BIQ) az internalizáló zavarok rizikótényezőjeként azonosított temperamentum-jellemző felmérésére szolgáló kérdőív, mely a viselkedéses gátlást szituációs és társas kontextusokban méri fel. Vizsgálatunk célja a kérdőív magyar változatának elkészítése és pszichometriai mutatóinak leírása volt.

Módszerek: A magyar változatot visszafordításos módszerrel készítettük el. Online vizsgálatunkba 473 szülőt vontunk be, akik 3 és 7 év közötti gyermekükről töltötték ki kérdőívünket, valamint egy demográfiai kérdőívet, a Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ), és a Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívet (STAI). Keresztmetszeti elrendezésben vizsgáltuk a kérdőív faktorszerkezetét, belső megbízhatóságát, konvergens és divergens validitását. A 30 tételes eredeti változat mellett a 14 tételes rövid változatot is elemeztük.

Eredmények: A megerősítő faktorelemzés szerint adatainkon mindkét változat esetében elfogadható az eredetileg fel-tételezett hat faktoros elméleti modell. A skálák belső megbízhatósága nagyon jónak/kiválóan bizonyult (Cronbach- α : 0,73–0,90). A nem és a szocio-ökonómiai státusz jellemzői nem befolyásolták a kérdőívre adott válaszokat. A viselkedéses gátlás szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a szülői vonásszorongással ($r = 0,152-0,324$) és az SDQ Internalizáló tünetek alskálájával ($r = 0,345-0,613$), és szignifikáns negatív kapcsolatot az SDQ Proszociális magatartás alskálájával ($r = -0,148- -0,337$). A kérdőív diszkriminatív validitását igazolta, hogy az SDQ Externalizáló tünetek alskálájával nem mutatott együtt járást. A kérdőív rövidített változatának belső konzisztenciája szintén nagyon jónak bizonyult, a pszichometriai mutatói pedig a hosszú változathoz hasonlóan alakultak.

Következtetés: A Viselkedéses Gátlás Kérdőív magyar változata a gyermekkori viselkedéses gátlás mérésére alkalmas, megbízható, érvényes mérőeszköz, alkalmazását ajánljuk.

Kulcsszavak: viselkedéses gátlás; temperamentum; szorongásos zavarok; óvodáskor

Summary: *Background/Aims:* The Behavioral Inhibition Questionnaire (BIQ) is a rating scale for measuring behavioral inhibition which was shown to be a risk factor of internalizing disorders. The scale was designed to measure this temperamental characteristic in both social and situational contexts. The aim of the present study is to describe the psychometric properties of the Hungarian version of the BIQ.

Method: The back-translation method was used for the adaptation. 473 parents of preschool children (aged between 3 to 7 years) filled out the Hungarian version of the BIQ, the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and a short demographic form online. The factor structure, internal consistency, convergent and divergent validity of the scale was examined in a cross-sectional design. We also analysed the short, 14-item version of the questionnaire.

Results: Confirmatory factor analysis supported the theoretical model with six factors. BIQ subscales showed good to very good internal consistencies (Cronbach's alphas ranging from 0,73 to 0,90). No association was found between BIQ scores and the socioeconomic or demographic characteristics. We found significant positive associations between BIQ scores and parent's trait anxiety level ($r = 0,152-0,324$) and the internalizing subscale of the SDQ ($r = 0,345-0,613$). Furthermore, significant negative associations were found between the BIQ scores and the prosocial subscale of the SDQ ($r = -0,148- -0,337$). No association was found between BIQ scores and the externalizing subscale of the SDQ. The short form of the questionnaire also showed a good internal consistency and convergent and divergent validity.

Conclusion: Our results indicate that the Hungarian version of the BIQ is a reliable and useful instrument for the assessment of childhood behavioral inhibition.

Keywords: behavioral inhibition; temperament; anxiety disorders; preschool children

Bevezetés

A gyermekkori viselkedéses gátlás egy részben genetikailag meghatározott temperamentum-jellemző: a viselkedésesen gátolt gyermek hajlamos félelemmel, elkerüléssel reagálni az új, ismeretlen, társas és nem társas helyzetekre (új emberekre, helyekre, tárgyakra) (1–3). Ez azt jelenti, hogy kevésbé igyekeznek megismerni az ismeretlen gyerekeket, felnőtteket és nem vagy kevésbé próbálja felfedezni az új tárgyakat, játékokat vagy az olyan új helyeket, mint például egy ismeretlen játszótér. A viselkedéses gátlás a gyermekek 10–15%-ára (1), más becslések szerint 15–20%-ára (4, 5) jellemző. E temperamentum-jellemző azonosítása azért nagyon fontos, mert erős rizikófaktora az internalizáló zavaroknak, azon belül is a szorongásos kórképeknek (3, 6–11). Több kutatás is kiemeli, hogy a szorongásos zavarok közül specifikusan a szociális fóbia rizikóját növeli leginkább (6, 8, 12–14).

A viselkedéses gátlás mérésére többféle módszert is használnak a kutatásokban: obszervációs módszereket, általános temperamentum kérdőíveket, valamint specifikus kérdőíveket (15). Az obszervációs módszereknek több hátránya is van: egyrészt időigényes és drága eljárásokról van szó, másrészt jelenleg nincsen a viselkedéses gátlás vizsgálatára standardizált módszer (16), ami nehézkessé teszi a kutatási eredmények összevetését és ellentmondásos eredményekhez is vezethet (17). A kérdőíves módszerek ezzel szemben lehetővé teszik az eredmények könnyű összehasonlítását, és a megfigyelés idejénél hosszabb periódusról gyűjthetünk adatokat, többféle kontextusból és több információforrásból. Hátrányuk, hogy az informátor személye, a szöveg értelmezése és a szociális kívánatosság torzíthatja az eredményeket (15). A viselkedéses gátlás kérdőíves vizsgálatához gyakran szélesebb fókuszú temperamentum kérdőíveket használtak (pl. a Colorado Gyermek Temperamentum Kérdőív; Colorado Childhood Temperament Inventory; 18). Az általános temperamentum kérdőívek hátránya, hogy hosszabbak és kevésbé specifikusak, és kevesebb kontextus vizsgálatára szorítkoznak (19). A viselkedéses gátlás mérésére leginkább alkal-

masnak a specifikus kérdőívek tűnnek: két ilyen, angolszász nyelvterületen szélesebb körben elterjedt kérdőívet találtunk, ezek a Viselkedéses Gátlás Skála (Behavioral Inhibition Scale; BIS, 20) és a Viselkedéses Gátlás Kérdőív (Behavioral Inhibition Questionnaire; BIQ, 19). A Viselkedéses Gátlás Skála (20) előnye, hogy idősebb gyermekek vizsgálatára is alkalmas, valamint, hogy szülői és önbeszámolón alapuló változata is van. Hátránya, hogy csak társas helyzetekben vizsgálja a viselkedéses gátlást, habár annak fontos komponense a nem társas helyzetekben mutatott viselkedéses gátlás is (21). Egyes kritikák szerint emiatt a hiányosság miatt talált a legtöbb kutatás a viselkedéses gátlással kapcsolatot a szorongásos zavarok közül kiemelten a szociális szorongással (2), habár egy nemrégiben készült retrospektív kutatás alapján valóban kiemelt jelentősége lehet a szociális szorongás etiológiájában a viselkedéses gátlásnak, mivel eredményeik szerint a viselkedéses gátlás több közös genetikai és környezeti faktort mutat a szociális szorongással, mint más szorongásos zavarokkal (14).

A Viselkedéses Gátlás Kérdőívet *Bishop és mtsai* (19) alapvetően az óvodás korosztályra (3–7 éves gyermekekre) tervezték. A viselkedéses gátlás szakirodalmának és a korábban használt temperamentum kérdőívek felhasználásával alkottak két 40 tételes kérdőívet: egy szülői és egy pedagógusi változatot. A nehezen érthető és nem megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkező tételeket a pilot-vizsgálat során kizárták, így a végső pedagógusi kérdőív 28, a szülői kérdőív pedig 30 tételes lett. A kérdőívekben 7 fokú Likert-skálán kell a kitöltőnek megbecsülnie, mennyire jellemző a gyermekre az adott viselkedésforma (1=szinte soha, 7=szinte mindig). A kérdőívekben több fordított tétel is szerepel. A tételek két fő terület hat különböző kontextusára kérdeznék rá: *társas újdonság*, ami lehet ismeretlen felnőttekkel, kortársakkal vagy előadói helyzettel kapcsolatos, illetve *szituációs újdonság*, ami lehet szeparációval (pl. óvoda) vagy általában ismeretlen helyzetekkel kapcsolatos, és fizikai kihívást jelentő (kisebb sérülések esélyével járó) helyzet. Vizsgálatukban három információforrást használtak (anya, apa, pedagógus).

Mindhárom változat belső konzisztenciáját jó-nak találták ($\alpha > 0,7$). A megerősítő faktorelemzés igazolta az elméleti, hatfaktoros modellt (anyai kérdőív-nél: $\chi^2=1910$, $df=400$, $p<0,001$, Satorra-Bentler fit index=0,89 NNFI=0,87, CFI=0,88, RMR=0,06, RMSEA=0,08; apai kérdőív-nél: $\chi^2=1633$, $df=400$, $p<0,001$, Satorra-Bentler fit index=0,88, NNFI=0,85, CFI=0,86, RMR=0,06, RMSEA=0,08; pedagógus kérdőív-nél: $\chi^2=1743$, $df=344$, $p<0,001$, Satorra-Bentler fit index=0,93, NNFI=0,89, CFI=0,90, RMR=0,05, RMSEA=0,08). Az inter-rater megbízhatóság is jónak bizonyult: a kitöltött kérdőívek eredményei alapján mind a két szülő ($r=0,69$), mind a pedagógus és az anya ($r=0,47$), mind a pedagógus és az apa ($r=0,43$) beszámolója között erős volt a korreláció. A vizsgálat során viselkedés megfigyelést is alkalmaztak, a független megfigyelő videofelvétel alapján pontozta a gyermek viselkedését. Az általa meghatározott viselkedéses gátlás összpontszám szignifikáns pozitív korrelációt mutatott a kitöltött kérdőívek eredményeivel ($r_{\text{anya}}=0,46$, $p_{\text{anya}}<0,01$; $r_{\text{apa}}=0,25$, $p_{\text{apa}}<0,05$; $r_{\text{pedagógus}}=0,34$, $p_{\text{pedagógus}}<0,01$). A kérdőív 12 hónapos időbeli stabilitása szintén megfelelő volt. A szülők kitöltése esetén a teljes pontszám ($r_{\text{anya}}=0,78$, $r_{\text{apa}}=0,74$) és az alsóskálák pontszáma (a korrelációs együttható az anyák esetében 0,60 és 0,75, az apák esetében 0,55 és 0,68 közötti tartományba esett), erősen korrelált a 12 hónappal korábbi eredményekkel. A pedagógus kérdőív alacsonyabb korrelációját ($r=0,58$) azzal magyarázták, hogy több esetben a 12 hónap elteltével nem azonos pedagógus töltötte ki a kérdőívet.

Kim és mtsai (15) replikációs vizsgálata, amit 3 és 4 év közötti gyermekekkel végeztek, a korábbiakhoz hasonló eredményre jutott, a faktoranalízis megerősítette a hatfaktoros modellt (szülői kérdőív: $\chi^2=1424,97$, $df=400$, $p<0,001$, CFI=0,90, RMSEA=0,07; tanári kérdőív: $\chi^2=865,61$, $df=344$, $p<0,001$, CFI=0,87, RMSEA=0,08), a skálák belső konzisztenciája jónak bizonyult ($\alpha>0,7$).

Broeren és Muris (2) a holland adaptáció során a kérdőívet életkorban kiterjesztette: három korcsoportban végeztek vizsgálatokat, 4–7 évesek, 8–11 évesek, 12–15 évesek mintáján is jó pszichometriai mutatókat találtak. A faktorana-

lízis megerősítette a hatfaktoros modellt (χ^2/df értéke 1,74 és 2,34, CFI értéke 0,88 és 0,91, és RMSEA értéke 0,07 és 0,08 között volt). Mindhárom korcsoportban megfelelő volt a kérdőív belső konzisztenciája: a Cronbach- α a 4–7 éves korosztályban 0,79 és 0,96, a 8–11 éves korosztályban 0,67 és 0,95, a 12–15 éves korosztályban 0,73 és 0,95 között volt.

Az eredeti kérdőív rövidített, 14-tételes változatát (Viselkedéses Gátlás Kérdőív rövid változat; Behavioral Inhibition Questionnaire – Short-Form, BIQ-SF) szintén több kutatás vizsgálta. Bár a hatfaktoros struktúra a rövid változat esetében is igazolódott, általában az összpontszámot használták (22, 23). A BIQ-SF kérdőívnek jó pszichometriai mutatóit írták le: belső konzisztenciája kiváló ($\alpha>0,90$) (22, 23), időbeli stabilitása is megfelelő volt ($r=0,79$) (23).

Tudomásunk szerint mindeddig nem állt rendelkezésre magyar nyelvű mérőeszköz a viselkedéses gátlás vizsgálatára. Célkitűzésünk ezért az volt, hogy elkészítsük a BIQ magyar változatát, és nagy, nem-klinikai mintán vizsgáljuk a szülői beszámolón alapuló változat pszichometriai jellemzőit.

Módszer

Vizsgálati személyek

Összesen 473 szülő adatait elemeztük. A kitöltők 98,7%-a ($n=467$) a vizsgált gyermek édesanyja volt, 0,8% ($n=4$) az édesapa, 0,4% ($n=2$) a nevelőanyja. A kitöltők 23 és 55 év közöttiek, az átlagéletkoruk 36,06 év ($SD=4,93$). A gyermekek 3 és 7 év közöttiek voltak, 15,2%-uk ($n=2$) három, 29,2%-uk ($n=138$) négy, 23%-uk ($n=109$) öt, 21,1%-uk ($n=100$) hat és 11,4%-uk ($n=54$) hét éves. A gyerekek nemi eloszlása kiegyenlített volt: a mintában 47,8% fiú ($n=226$), 52,2% ($n=247$) lány volt. A kitöltők 22,0%-a ($n=104$) fővárosban, 54,5%-a ($n=258$) városban, 23,5%-a ($n=111$), kisebb településen él. A kitöltők 61,1%-a ($n=289$) egyetemet, 36,2%-a ($n=171$) középiskolát, 2,1%-a ($n=10$) általános iskolát végzett, 0,6%-a ($n=3$) pedig jelenleg tanuló. A válaszadók 77,2%-a ($n=365$) házasságban,

16,1%-a (n=76) párkapcsolatban él, 4%-a egyedülálló (n=19), 2,3%-a (n=11) elvált és 0,4%-a (n=2) özvegy. A családjuk anyagi helyzetét átlagosnak 79,1% (n=374), átlag felettinek 16,7% (n=79), átlag alattinak 4,2% (n=20) ítélte.

Mérőeszközök

Kutatásunk során egy nagyobb online kérdőív-csomagot használtunk, jelen kutatásban az általunk összeállított demográfiai kérdőív, a Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-T, 24, 25), a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ, 26, 27), valamint a Viselkedéses Gátlás Kérdőív (Behavioral Inhibition Questionnaire, BIQ, 19) adatait dolgoztuk fel.

A demográfiai kérdőív a kitöltő nemére, korára, iskolai végzettségére, lakhelyére, családi állapotára, anyagi helyzetére, valamint a gyermek korára és nemére kérdezett rá.

A Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívvel (STAI-T, 24, 25) a szülőt vonás-szerűen jellemző szorongást mértük fel. A mérőeszköz 20 tételből áll, ezek közül 7 fordított tétel. A tételeket négyfokú Likert-skálán kell értékelni (1=egyáltalán nem értek egyet, 4=teljesen egyetértek). A pontszám 20 és 80 közé eshet; magasabb pontszám magasabb szorongásszintet jelez. A mérőeszköz belső megbízhatósága mintánkon kiváló volt ($\alpha=0,92$).

A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ, 26, 27) 25 tétele a viselkedéses és érzelmi tünetek egyszerű szűrésére alkalmas. Szülői, pedagógusi, valamint önjellemző változata is van, kutatásunkban a szülői beszámolón alapuló verziót használtuk. A kérdőívben 3 fokú Likert-skálán kell megjelölni, hogy mennyire igaz az adott állítás a kitöltő szerint a gyermekre (0=nem igaz, 1=valamennyire igaz, 2=teljesen igaz). A kérdőív egyenes és fordított tételeket is tartalmaz. Öt alskálája van: Érzelmi tünetek, Viselkedési problémák, Hiperaktivitás, Kortárskapcsolati problémák, Proszociális magatartás (fordított skála). Az Érzelmi tünetek és Kortárskapcsolati problémák alskálák együtt alkotják az Internalizáló tünetek alskálát, a Viselkedési

problémák és Hiperaktivitás alskálák pedig az Externalizáló tünetek alskálát. Az Internalizáló tünetek és a Proszociális magatartás skálák belső konzisztenciája mintánkon elfogadható, az Externalizáló tünetek skála belső megbízhatósága jó volt (1. táblázat).

Vizsgálati eljárás

A vizsgálatot az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottságának engedélyével kezdtük meg. A kérdőív magyar változatát *Susan H. Spence* engedélyével, visszafordításos módszerrel készítettük el. Online vizsgálatunkba három és hét éves kor közötti gyermekek szüleit vontuk be, hólabda-módszerrel. Kizáró kritérium volt a krónikus testi vagy mentális megbetegedés a gyermekben. Az adatgyűjtés online, tájékozott beleegyezéssel kezdődött, a kérdőív kitöltése anonim módon történt.

Statisztikai elemzés terve

A BIQ faktoriális validitását megerősítő faktorelemzéssel vizsgáltuk. A skálák belső megbízhatóságát Cronbach-alfával jellemeztük. A demográfiai adatok és változók összefüggését kétmin-tás t-próbával, egyszempontos varianciaanalízissel és Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk. A kérdőív konvergens validitását az SDQ kérdőív Internalizáló problémák és Proszociális magatartás alskálákkal, diszkriminatív validitását az SDQ Externalizáló tünetek alskálájával való kapcsolatával vizsgáltuk, az összefüggéseket Pearson-féle korrelációs koefficiensekkel jellemeztük. Vizsgáltuk továbbá a BIQ összefüggését a szülői szorongással (STAI-T). A többszörös próbák esetében Bonferroni korrekciót alkalmaztunk, a szignifikancia szintet $\alpha=0,05/8=0,006$ -ban állapítottuk meg.

1. táblázat

A Viselkedéses Gátlás Kérdőív konfirmatív faktorelemzésének eredménye

Faktor	Tétel	Z	p	standardizált együtthatók
Sztuációs újdonság/ Fizikai kihívás	4. Óvatos a fizikai kihívást jelentő tevékenységekben (pl. mászás, magasról leugrás)	7,51	<0,001	0,397
	13.* Magabiztos fizikai kihívást igénylő tevékenységekben (pl. mászás, magasról leugrás)	-9,49	<0,001	-0,478
	17. Tétova új játékok felfedezésében	11,37	<0,001	0,685
	29.* Szívesen fedez fel új játékokat	-12,55	<0,001	-0,691
Sztuációs újdonság/ Új helyzetek	1. Nagyon bizonytalanul megy bele új helyzetekbe, tevékenységekbe	17,24	<0,001	0,702
	5.* Gyorsan hozzászokik ahhoz, ha kevésbé jól ismert emberekhez megyünk látogatóba	-15,40	<0,001	-0,647
	14.* Független	-12,14	<0,001	-0,533
	15.* Jól érzi magát új helyzetekben	-19,15	<0,001	-0,761
	22. Rám akaszkodik, amikor kevésbé ismerős embereket látogatunk meg	16,55	<0,001	0,686
	23.* Szívesen fogad új helyzeteket, tevékenységeket	-19,74	<0,001	-0,778
	24.* Társaságkedvelő	-19,10	<0,001	-0,757
25. Idegesnek vagy feszültnek tűnik új helyzetekben	20,23	<0,001	0,788	
Sztuációs újdonság/ Szeparáció	9.* Boldogan elválík a szülő(k)től, amikor először hagyják új helyzetben (pl. óvoda, kisiskola, napközi)	19,85	<0,001	0,784
	11.* Gyorsan alkalmazkodik új helyzetekhez (pl. óvoda, kisiskola, napközi)	21,02	<0,001	0,815
	18. Kétségbe esik, ha először hagyják magára új helyzetekben (pl. óvoda, kisiskola, napközi)	-23,16	<0,001	-0,868
	27. Több napba telik, hogy megszokjon új helyzeteket (pl. óvoda, kisiskola, napközi)	-22,20	<0,001	-0,845
Szociális újdonság/ Kortársak	2.* Szívesen közeledik ismeretlen gyerekekhez, hogy csatlakozzon a játékukhoz	21,15	<0,001	0,822
	7.* Szívesen kezdeményez játékot más gyerekekkel	20,89	<0,001	0,816
	8. Félnék, amikor először találkozik új gyerekekkel	-20,95	<0,001	-0,813
	12. Vonakodva közelít meg ismeretlen gyerekeket, hogy megkérje, hogy csatlakozhasson hozzájuk	-18,14	<0,001	-0,737
	19.* Nagyon barátságos újonnan megismert gyerekekkel	17,16	<0,001	0,709
	20. Inkább nézi a többi gyereket, mintsem csatlakozna a játékukhoz	-19,87	<0,001	-0,784
Szociális újdonság/ Felnőttek	1. Nagyon csendes az óvodában új (felnőtt) vendégek jelenlétében	16,94	<0,001	0,706
	16.* Szívesen társalog idegen felnőttekkel	-18,57	<0,001	-0,757
	26.* Szívesen beszélget az óvodában új (felnőtt) vendégekkel	-18,97	<0,001	-0,768
	30. Nagyon csendes idegen felnőttek jelenlétében	22,67	<0,001	0,865
Szociális újdonság/ Előadói helyzetek	6.* Szeret a figyelem középpontjában lenni	12,12	<0,001	0,578
	10.* Szívesen szerepel mások előtt (pl. ének, tánc)	14,77	<0,001	0,696
	21. Nem szeret a figyelem középpontjában lenni	-12,52	<0,001	-0,608
	28. Nem szívesen ad elő (pl. énekel, táncol) mások előtt	-9,51	<0,001	-0,473

Megjegyzés: N=473, *fordított tétel

Eredmények

A BIQ faktorszerkezete

A konfirmatív faktorelemzés szerint adataink illeszkednek a Viselkedéses Gátlás Kérdőív hat faktoros elméleti modelljére ($\chi^2=1116$, $df=374$, $p<0,001$, $CFI=0,913$, $SRMR=0,045$, $RMSEA=0,067$, 90%-os konfidencia intervallum: 0,063–0,071) (1. táblázat). A standardizált együttthatók abszolút értékben 0,397 és 0,868 között voltak.

A rövidített változat vizsgálata adatainkon szintén megerősítette a hatfaktoros modellt ($\chi^2=115$,

$df=62$, $p<0,001$, $CFI=0,984$, $SRMR=0,024$, $RMSEA=0,082$, 90%-os konfidencia intervallum: 0,030–0,054) (2. táblázat). A standardizált együttthatók abszolút értékben 0,425 és 0,875 közé estek.

A BIQ alskálák belső megbízhatósága, leíró adatai

A BIQ-SF belső konzisztenciája nagyon jó, a BIQ kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája jó, illetve nagyon jó volt. Az alskálák leíró adatait és reliabilitás értékeit a 3. táblázat tartalmazza.

499

2. táblázat

A Viselkedéses Gátlás Kérdőív rövid változat konfirmatív faktorelemzésének eredménye

Faktor	Tétel	Z	p	Standardizált együtttható
Situációs újdonság/Fizikai kihívás	2.	18,95	<0,001	0,772
	8.	-21,32	<0,001	-0,839
	20.	-20,09	<0,001	-0,806
Situációs újdonság/Új helyzetek	3.	17,59	<0,001	0,734
	30.	21,83	<0,001	0,871
Situációs újdonság/Szeparáció	21.	10,98	<0,001	0,602
	28.	10,12	<0,001	0,538
Szociális újdonság/Kortársak	18.	21,56	<0,001	0,865
	27.	21,88	<0,001	0,875
Szociális újdonság/Felnőttek	1.	18,75	<0,001	0,758
	22.	18,98	<0,001	0,765
	25.	21,77	<0,001	0,842
Situációs újdonság/Előadói helyzetek	4.	8,25	<0,001	0,425
	17.	12,10	<0,001	0,743

Megjegyzés: N=473

3. táblázat

A Viselkedéses Gátlás Kérdőív leíró statisztikái, reliabilitás-mutatói és az alskálák interkorrelációi

Alskála	Átlag	Szórás	Ferdeség	α	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8
1. BIQ Szociális újdonság/Felnőttek	13,44	5,73	0,58	0,86	0,650*	0,623*	0,423*	0,552*	0,773*	0,844*	0,810*
2. BIQ Szociális újdonság/Kortársak	17,89	7,98	0,59	0,91	–	0,503*	0,488*	0,560*	0,710*	0,843*	0,818*
3. BIQ Szociális újdonság/Előadói helyzetek	12,77	5,06	0,38	0,74	–	–	0,410*	0,411*	0,611*	0,723*	0,694*
4. BIQ Situációs újdonság/Fizikai kihívások	10,33	4,55	0,58	0,73	–	–	–	0,354*	0,581*	0,653*	0,622*
5. BIQ Situációs újdonság/Szeparáció	13,97	5,95	0,43	0,90	–	–	–	–	0,694*	0,757*	0,733*
6. BIQ Situációs újdonság/Új helyzetek	23,50	8,71	0,64	0,89	–	–	–	–	–	0,931*	0,884*
7. BIQ összpontszám	91,91	30,81	0,58	0,95	–	–	–	–	–	–	0,960*
8. BIQ-SF	43,32	15,94	0,66	0,91	–	–	–	–	–	–	–

Megjegyzés: N=473, * $p<0,001$, BIQ: Viselkedéses Gátlás Kérdőív, BIQ-SF: Viselkedéses Gátlás Kérdőív rövid változat

A demográfiai változók hatásának vizsgálata

Megvizsgáltuk, hogy a BIQ összpontszáma és az alskálái összefüggésben vannak-e a demográfiai változókkal (szülő kora, iskolai végzettsége, valamint a gyermek kora, neme és lakhelyük). A BIQ összpontszáma, alskálái és a BIQ-SF egyik demográfiai változóval sem mutattak szignifikáns összefüggést.

500

A BIQ konvergens és diszkriminatív validitása

A STAI és az SDQ kérdőívek eloszlása megfelel a paraméteres próbák kritériumainak, a leíró adatokat a 4. táblázat tartalmazza.

A BIQ és az SDQ alskálák összefüggéseit az 5. táblázat mutatja. Az SDQ Externalizáló tünetek alskálája és a BIQ alskálái között nem találtunk szignifikáns összefüggést. Az Externalizáló tünetek nem mutattak szignifikáns összefüggést a BIQ rövid változatával sem. Az SDQ Internalizáló tünetek alskálája szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a BIQ alskáláival és a BIQ rövid változat összpontszámával. Az összefüggés a Szituációs újdonság/ Új helyzetek alskála esetében nagy, a többi alskála esetében közepes hatásméretet mutatott. Az SDQ Proszociális magatartás alskálája szignifikáns negatív összefüggést mutatott a BIQ alskáláival és a BIQ rövid változat összpontszámával. A hatásméret itt a Szociális újdonság/ Kortársak, illetve a Szituációs újdonság/Új helyzetek alskálák esetében

4. táblázat

A Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív és a Képességek és Nehézségek Kérdőív leíró statisztikái és reliabilitás-mutatói

Mérőeszköz	Átlag	Szórás	Ferdeség	α	Példa item
STAI-T	43,88	9,75	0,47	0,92	Gyorsan elfáradok.
SDQ INT	19,88	3,99	1,09	0,65	Gyakran, sok minden miatt aggódik, szorong.
SDQ EXT	17,22	4,02	0,28	0,82	Gyakran hisztizik, könnyen dühbe gurul.
SDQ PRO	12,51	1,79	-0,51	0,66	Mások érzéseit figyelembe veszi.

Megjegyzés: N=473

STAI-T: Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív;

SDQ INT: Képességek és Nehézségek Kérdőív Internalizáló tünetek alskála

SDQ EXT: Képességek és Nehézségek Kérdőív Externalizáló tünetek alskála

SDQ PRO: Képességek és Nehézségek Kérdőív Proszociális magatartás alskála

5. táblázat

A Viselkedései Gátlás Kérdőív és a rövid változat összefüggési a Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívvel és a Képességek és Nehézségek Kérdőívvel (Pearson-féle korrelációs együtthatók)

	SDQ EXT	SDQ INT	SDQ PRO	STAI-T
BIQ Szociális újdonság/Felnőttek	0,020	0,450*	-0,248*	0,235*
BIQ Szociális újdonság/Kortársak	0,000	0,553*	-0,337*	0,234*
BIQ Szociális újdonság/Előadói helyzetek	-0,080	0,345*	-0,208*	0,152*
BIQ Szituációs újdonság/Fizikai kihívás	-0,050	0,442*	-0,148*	0,153*
BIQ Szituációs újdonság/Szeparáció	0,101	0,438*	-0,259*	0,252*
BIQ Szituációs újdonság/Új helyzetek	0,112	0,608*	-0,328*	0,324*
BIQ összpontszám	0,027	0,606*	-0,332*	0,291*
BIQ-SF	0,050	0,613*	-0,274*	0,295*

Megjegyzés: N=473

* $p < 0,006$ (Bonferroni korrekció után)

BIQ: Viselkedései Gátlás Kérdőív

BIQ-SF: Viselkedései Gátlás Kérdőív rövid változat

STAI-T: Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív

SDQ INT: Képességek és Nehézségek Kérdőív Internalizáló tünetek alskála

SDQ EXT: Képességek és Nehézségek Kérdőív Externalizáló tünetek alskála

SDQ PRO: Képességek és Nehézségek Kérdőív Proszociális magatartás alskála

közepes, a többi alskála esetében kicsi volt. A STAI-T kérdőív összpontszáma szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a BIQ alskáláival és a BIQ rövid változat összpontszámával is, a hatásméret a Szituációs újdonság/Új helyzetek alskála esetében közepes, a többi alskála esetében kicsi volt (5. táblázat).

Megbeszélés

A viselkedéses gátlás mérésére korábban nem állt rendelkezésre magyar nyelvű mérőeszköz, pedig e temperamentum-jellemző az internalizáló zavarok egyik fontos rizikótenyezője (6, 8, 9, 12, 13). Az angol nyelvű szakirodalom áttekintése után a *Bishop és mtsai* (19) nevéhez fűződő Viselkedéses Gátlás Kérdőív magyar nyelvű változatának elkészítése mellett döntöttünk, mert jó pszichometriai mutatóiról számos tanulmány beszámolt (2, 15, 22, 23). Bár eredetileg a kérdőív óvodás korosztály vizsgálatára készült, a későbbi kutatások igazolták, hogy sokkal szélesebb életkori sávban alkalmazható (2). Kutatásunk célkitűzése a BIQ szülői beszámolón alapuló változata faktorstruktúrájának, valamint konvergens és divergens validitásának vizsgálata volt.

A konfirmatív faktorelemzés eredménye szerint adataink jól illeszkednek az eredeti, hatfaktoros modellhez (19). A BIQ kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája – a korábbi angol és holland eredményekhez (2, 19) hasonlóan – jónak, illetve nagyon jónak bizonyultak.

A kérdőív alskálái nem mutattak összefüggést a demográfiai adatokkal. A korábbi kutatásokban a legtöbb esetben találtak a gyermek neme és valamely alskála eredménye között összefüggést (2, 19, 15), azonban ezek a kutatások nem használták a többszörös összehasonlítás miatt indokolt Bonferroni korrekciót, ami magyarázhatja eredményeink különbségét.

Korábbi kutatási eredményeknek megfelelően (8) nagyrészt gyenge, de szignifikáns összefüggés mutatkozott a gyermek viselkedéses gátlásáról szóló szülői beszámoló és a szülő – önbeszámolón alapuló – vonásszorongása között. Ez részben magyarázható a viselkedéses gátlás ge-

netikai hátterével; másfelől, a szülő szorongása, mint környezeti tényező, befolyásolhatja a gyermek viselkedését, például modelltanulás útján (8).

A kérdőív kritériumvaliditása szintén megfelelőnek bizonyult az eredményeink tükrében. Konvergens validitását igazolja, hogy szignifikáns pozitív összefüggést mutatott az SDQ Internalizáló tünetek skálájával, míg szignifikáns negatív összefüggést mutatott az SDQ Proszociális magatartás alskálájával. *Broeren és mtsai* (28) kutatása is ezzel megegyező összefüggést talált mindkét skála esetében. A viselkedésesen gátolt gyermekek visszahúzódó magatartásuk miatt kevesebb társas helyzetben szerezhettek tapasztalatot, ami befolyásolhatja szocio-emocionális fejlődésüket, így a viselkedéses gátlás gyakran gyengébb szociális készségekkel járhat együtt (9, 29), valamint olyan internalizáló problémákkal, mint a szorongás vagy a hangulatzavarok (9, 8, 28, 13). A kérdőív diszkriminatív validitását igazolja, hogy nem mutatott összefüggést az SDQ Externalizáló tünetek skálájával, ami szintén megegyezik *Broeren és mtsai* (28) eredményével.

Annak érdekében, hogy szűrőtesztként könnyebben alkalmazható legyen, a BIQ szakirodalomban megtalálható (22, 23) rövid változatának (BIQ-SF) pszichometriai mutatóit is elemeztük. A BIQ-SF belső konzisztenciája szintén nagyon jónak bizonyult, valamint a többi pszichometriai mutatója a BIQ-val azonosan alakult.

Limitációk

A kutatás korlátjaként meg kell említeni a mintavétel esetlegességét. A kitöltők jelentős részben nők voltak, férfiak elenyésző számban töltötték ki a kérdőívet, valamint nem mondhatjuk, hogy egészséges, hanem nem-klinikai mintát vizsgáltunk, ami befolyásolhatta az eredményeket. Habár az általunk talált kutatások a viselkedéses gátlás hatásainak vizsgálatokor a kérdőív összpontszámát használják (20, 22, 23, 28), így mi is ezt tárgyaltuk részletesen, azonban fontos lehet még a későbbiekben vizsgálni a kérdőív

alskáláinak tulajdonságait és a viselkedéses gátlás hatásainak alakulásában betöltött szerepüket. Egyetlen információforrást használtunk, a jövőben érdemes lenne a kérdőív pedagógusi beszámolón alapuló változatát is vizsgálni. Ezen kívül kutatásunk keresztmetszeti elrendezésű volt, így a kérdőív időbeli stabilitását és prediktív validitását nem vizsgáltuk. Bár egyes kutatások szerint idősebb korosztályban is alkalmazható a kérdőív (2), kutatásunkban csak a hét év alatti korosztályt vizsgáltuk.

Következtetés

Eredményeink alapján – mindezen korlátok figyelembevételével is – elmondható, hogy a BIQ és a BIQ-SF jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik, megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető a viselkedéses gátlás vizsgálatára, így ideális eszköz lehet szűrések, intervenciók tervezéséhez, valamint a kutatói munkához is.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a kérdőív fordításában nyújtott segítségért Fodor Zsuzsanna Rékának és Nemeskéry Krisztinának. Miklósi Mónika a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFI) posztdoktori ösztöndíjában részesült (OTKA-PD azonosító: 134849).

Irodalom

- KAGAN J, REZNICK JS, CLARKE C, SNIDMAN N, GARCIA-COLL C: Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 1984; (55):2212–2225.
- BROEREN S, MURIS P: A psychometric evaluation of the behavioral inhibition questionnaire in a non-clinical sample of Dutch children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 2010; 41 (2):214–229.
- BUSS KA, QU J: Psychobiological processes in the development of behavioral inhibition. In: Pérez-Edgar K, Fox NA (eds.): *Behavioral inhibition: integrating theory, research, and clinical perspectives*. Springer, 2018, 91–111.
- CHRONIS-TUSCANO A, RUBIN KH, O'BRIEN KA, COPLAN RJ, THOMAS SR, DOUGHERTY LR, MENZER M: Preliminary evaluation of a multimodal early intervention program for behaviorally inhibited preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015; 83 (3):534–540.
- STIFTER C, DOLLAR J: Temperament and developmental psychopathology. *Developmental psychopathology*, 2016; 1–62.
- SCHWARTZ CE, SNIDMAN N, KAGAN J: Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999; 38 (8):1008–1015.
- BEESSDO K, KNAPPE S, PINE DS: Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 2009; 32 (3):483–524.
- MURIS P, VAN BRAKEL AM, ARNTZ A, SCHOUTEN E: Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: A longitudinal study. *Journal of Child and Family Studies*, 2011; 20 (2):157–170.
- TANG A, CRAWFORD H, MORALES S, DEGNAN KA, PINE DS, FOX NA: Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2020; 117 (18):9800–9807.
- DODD, HF, RAYSON H, RYAN Z, BISHOP C, PARSONS S, STUIJFZAND B: Trajectories of anxiety when children start school: The role of behavioral inhibition and attention bias to angry and happy faces. *Journal of Abnormal Psychology*, 2020; 129 (7):701–712.
- SANDSTROM A, UHER R, PAVLOVA B: Prospective association between childhood behavioral inhibition and anxiety: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 2020; 48 (1):57–66.
- MICK MA, TELCH MJ: Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 1998; 12 (1):1–20.
- HIRSHFELD-BECKER DR, MICCO J, HENIN A, BLOOMFIELD A, BIEDERMAN J, ROSENBAUM J: Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, 2008; 25 (4):357–367.
- BOURDON JL, SAVAGE JE, VERHULST B, CARNEY DM, BROTMAN MA, PINE DS ET AL: The genetic and environmental relationship between childhood behavioral inhibition and preadolescent anxiety. *Twin research and human genetics: the official journal of the International Society for Twin Studies*, 2019; 22 (1):48–55.
- KIM J, KLEIN DN, OLINO TM, DYSON M W, DOUGHERTY LR, DURBIN CE: Psychometric properties of the Behavioral Inhibition Questionnaire in preschool children. *Journal of Personality Assessment*, 2011; 93 (6):545–555.
- ROTHBART MK, BATES JE: Temperament. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM (eds.): *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. John Wiley & Sons, 2006; 99–166.
- PARK SY, BELSKY J, PUTNAM S, CRNIC K: Infant emotionality, parenting, and 3-year inhibition: Exploring stability and lawful discontinuity in a male sample. *Developmental Psychology*, 1997; 33 (2):218–227.
- ROWE DC, PLOMIN R: Temperament in early childhood. *Journal of Personality Assessment*, 1977; 41 (2):150–156.
- BISHOP G, SPENCE SH, MCDONALD C: Can parents and teachers provide a reliable and valid report of behavioral inhibition? *Child Development*, 2003; 74 (6):1899–1917.
- MURIS P, MEESTERS C, SPINDER M: Relationships between child and parent-reported behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 2003; 34:759–771.
- VAN BRAKEL AM, MURIS P: A brief scale for measuring "behavioral inhibition to the unfamiliar" in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2006; 28 (2):79–84.
- VREEKE LJ, MURIS P, MAYER B, HUIJJDING J, BOS A, VAN DER VEEN M ET AL: The assessment of an inhibited, anxiety-prone temperament in a Dutch multi-ethnic population of preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2012; 21:623–633.
- VREEKE LJ, MURIS P, MAYER B, HUIJJDING J, RAPEE RM: Skittish, shielded, and scared: Relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 2013; 27 (7):703–710.

24. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE, RE ET AL:
Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California, Consulting Psychologist, 1970; 22:1–24.
25. SIPOS K, SIPOS M:
The development and validation of the Hungarian Form of the State-Trait Anxiety Inventory. Series in Clinical & Community Psychology: Stress & Anxiety, 1983; 2:27–39.
26. GOODMAN R:
The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Child Psychol Psychiatry, 1997; 38:581–586.
27. BIRKÁS E, LAKATOS K, TÓTH I, GERVAI J:
Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel: a Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. Psychiatr Hung, 2008; 23 (5):358–365.
28. BROEREN S, MURIS P, DIAMANTOPOULOU S, BAKER JR:
The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. Journal of Abnormal Child Psychology, 2013; 41(1): 81–95.
29. GARCIA COLL C, KAGAN J, REZNICK JS:
Behavioral inhibition in young children. Child Development, 1984; 55:1005–1019.

A magyar pszichiátriai betegellátás az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása és a kórházi ágyszámcsökkentés tükrében

Másfél évtized görcső alatt

504

Kalapos Miklós Péter

Elméleti Biológiai Kutatócsoport, Budapest

Összefoglalás: A „2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” című törvény általános kórházi ágyszámcsökkentést írt elő, ami a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátást is érzékenyen érintette. Ebben a bezárási hullámban szűnt meg a másfél évszázados múltú Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet is. A dolgozat statisztikai adatokra támaszkodva vizsgálja a törvény pszichiátriai/addiktológiai fekvő- és járóbeteg-ellátásra kifejtett hatását. Az ágyszámleépítés tartósan csupán az akut ellátásban vezetett jelentős kapacitás-csökkenéshez; miközben az ellátott akut betegek száma csökkent, a nem önkéntes osztályos betegfelvételek száma emelkedett és furcsa mód az ágykihasználtság is csökkent. Ez utóbbi részben az ápolási idő csökkenésének is tulajdonítható. Mind a felnőtt, mind a gyermek pszichiátriai járóbeteg-ellátásban csökkent a forgalom, miként csökkent a szenvedélybetegeket ellátó gondozók forgalma is. A járóbeteg-ellátásban észlelt változások azonban nem kapcsolódtak az ágyszámleépítéshez, inkább jelentették a már korábban megindult forgalomcsökkenés folytatódását. Más vizsgált jellemzők (hajléktalanság, kényszergyógykezelés) esetében sem voltak kimutatható változások a trendekben. Átmeneti növekedés csupán a befejezett öngyilkosságok számában volt megfigyelhető, de 2011 után ebben a vonatkozásban is a korábbi csökkenő tendencia állt vissza. Mindent egybevetve, a törvény által kikényszerített ágyszámleépítés csak átmeneti ellátási zavarokat okozott, és nem volt lényegi – sem pozitív, sem negatív – hatással a pszichiátriai/addiktológiai ellátásban már korábban indult negatív tendenciákra. Am a magyar pszichiátriai/addiktológiai ellátásban észlelt – és a mai napig tartó – negatív trendek okai tisztázatlanok.

Kulcsszavak: pszichiátriai ágyszám; járóbeteg-ellátás; nem önkéntes felvétel; szenvedélybetegség; öngyilkosság; hajléktalanság; ellátás hozzáférhetősége

Summary: The “Act on the Development of the Health Care System, CXXXII/2006” ordered a general reduction in the number of hospital beds, which sensitively affected the care of psychiatric inpatients, too. In this wave of downsizing, the National Institute of Psychiatry and Neurology, an institute with the traditions of one and a half centuries, also ceased to exist. Based on statistical data, the article examined the effect of the law on inpatient and outpatient psychiatric/addictological care. The reduction in the number of beds had a long-term effect only upon the reduction in the capacity of acute inpatient care; while the number of acute patients treated decreased, the number of involuntary hospital admissions increased and oddly enough, bed occupancy also decreased. This last phenomenon can in part be attributed to a reduction in nursing time. The patient care decreased in both adult and pediatric psychiatric outpatient care, as did similarly the turnover of outpatient clinics for addicts. However, the changes observed in outpatient care were not related to the bed number reduction, but rather meant the continuation of previously started decline in psychiatric/addictological care. There were no detectable changes in the trends for other examined characteristics, such as homelessness and involuntary treatment. A temporary increase was observed only in the number of completed suicides, but the previously seen decreasing trend was restored in this respect after 2011. All in all, the reduction in the number of beds forced by law caused only temporary care disruptions and had no significant effect, either positive or negative, on the negative trends in psychiatric/addictological care that started earlier. However, the reasons for these negative trends observed in Hungarian psychiatric/addictological care, and which still persist to this day, are unclear.

Keywords: number of psychiatric beds; outpatient care; involuntary admission; addiction; suicide; homelessness; access to care

Bevezetés

A „2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” törvény országos kórházi ágyszámcsökkentést írt elő. A törvény a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó rendszert is érzékenyen érintette. Ennek keretében, a törvény hatályba lépésének következményeként a hazai elmeegészségügy a zászlóshajóját is elvesztette. A 2007. április 1. és 2007. december 31. közötti időszakban fokozatosan megtörtént a kapacitáscsökkentés, majd 2007. december 31-én az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) mint betegellátó intézmény története véget ért.

A statisztikai adatok szerint a bezárását megelőző utolsó teljes évben (2006-ban) a 879 kórházi ágygal rendelkező országos intézetben a neurológiai és belgyógyászati ágyak mellett 175 akut, illetve 509 krónikus pszichiátriai ágy volt. Ezen utóbbiak akkor, éves szinten 3940, illetve 3408 beteget láttak el 96,67%-os, illetve 93,63%-os ágykihasználtság mellett (NEAK, 2007).

A dolgozatnak nem célja a kórházi ágyszámcsökkentés politikai és egyéb, nem pszichiátriai természetű, valamint esetleges pszichiátriai forrásból táplálkozó motivációinak a vizsgálata. Nem foglalkozunk az OPNI bezárásának körülményeivel sem, miként az intézet bezárásnak a neurológiai betegellátásra kifejtett hatásával sem, hanem e tekintetben utalunk egy korábbi, e folyamatot részben tárgyaló dolgozatra, anélkül, hogy a dolgozatban e vonatkozásban leírtakra reflektálnánk (1). A dolgozat egyetlen célja az elmúlt másfél évtized magyarországi pszichiátriai betegellátásának a statisztikai adatok fényében történő elemzése mind a járóbeteg-, mind pedig a fekvőbeteg-ellátást vizsgálva. A munkában a szerző azt is megvizsgálta, hogy a fekvőbeteg-ellátó kapacitás csökkenését tudta-e – és milyen mértékben – kompenzálni a járóbeteg-ellátás, illetve a pszichiátriai ágyszámcsökkentés hatással volt-e a hajléktalanság, a kényszergyógykezelték számának, vagy az öngyilkosság miatti halálozás alakulására.

Az adatgyűjtés és -feldolgozás módszerei

A dolgozatban közölt ábrák és táblázatok, a pszichiátriai ágyszám kivételével, a hozzáférhetőség függvényében a 2003. január 1. – 2019. december 31. közötti adatokat mutatják be. A közölt országos, illetve budapesti adatok részben a Központi Statisztikai Hivatal hivatalos nyomtatott, illetve elektronikus (STADAT) kiadványai-ból és adatbázisaiból, részben a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő Központ nyilvános elektronikus adatbázisaiból (NEAK éves adatok) származnak. Egyes adatokat (nem önkéntes felvétel) a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő Központ munkatársai a szerző levélbeli megkérésére küldték meg, illetve a 2003 előtti ágyszámra vonatkozó adatokat *Porkoláb Lajos* biztosította a szerző számára.

Az eredményeket, ahol ez helyénvaló, átlag \pm SD értéként is bemutatjuk. A szignifikancia számítás során Student t-próbát (kétmintás) alkalmaztunk, az elvárt szignifikancia-szint $p < 0,05$ volt. (A próba alkalmazhatóságának eldöntésére az F-próbát használtuk.) A dolgozatban %-os adatközlésre is sor kerül.

Az ábrákon az országos adatok vizsgálatakor az időbeli lefutás modellezéséhez a lineáris regressziót választottuk (100 000 lakosra normált értéket) és az egyenesek paramétereit a legkisebb négyzetek módszerével, az SPSS program 23. verziója segítségével számoltuk ki. E változók közötti összefüggések vizsgálatakor a Pearson-féle együtthatókat 95-ös konfidencia intervallum szinttel (%) számoltuk. A szignifikancia küszöbértéke $p < 0,05$ volt.

Eredmények

Pszichiátriai ágyszámok változása

A törvény következtében mind az országos, mind a budapesti pszichiátriai ágyszám csökkent.

Ez a csökkenés leginkább a betegellátás szempontjából fontos – akut kórházi felvétel hátterét biztosító – ágyak számát érintette. Amíg azonban az országos pszichiátriai ágyszámcsökkenés

mélypontját 2009-ben elérte és 2011-re lényegében ismét a törvény kihirdetése előtti – az évtizedes lassú ágyszámcsökkenésnek megfelelő – állapot állt vissza, addig az akut ágyak, illetve az összes budapesti pszichiátriai ágyak száma tartósan alacsony maradt (1. ábra).

506

Krónikus fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódó ágyak számának alakulásáról kevesebb adat áll rendelkezésre. Az ágyszám 2003 és 2011 között 5500–5600 körül ingadozott. Ezt követően a statisztikában a krónikus ágyak összesítve szerepelnek, a szakmánkénti elkülönítés a statisztikai adatközlés során elmaradt.¹

Betegforgalmi adatok

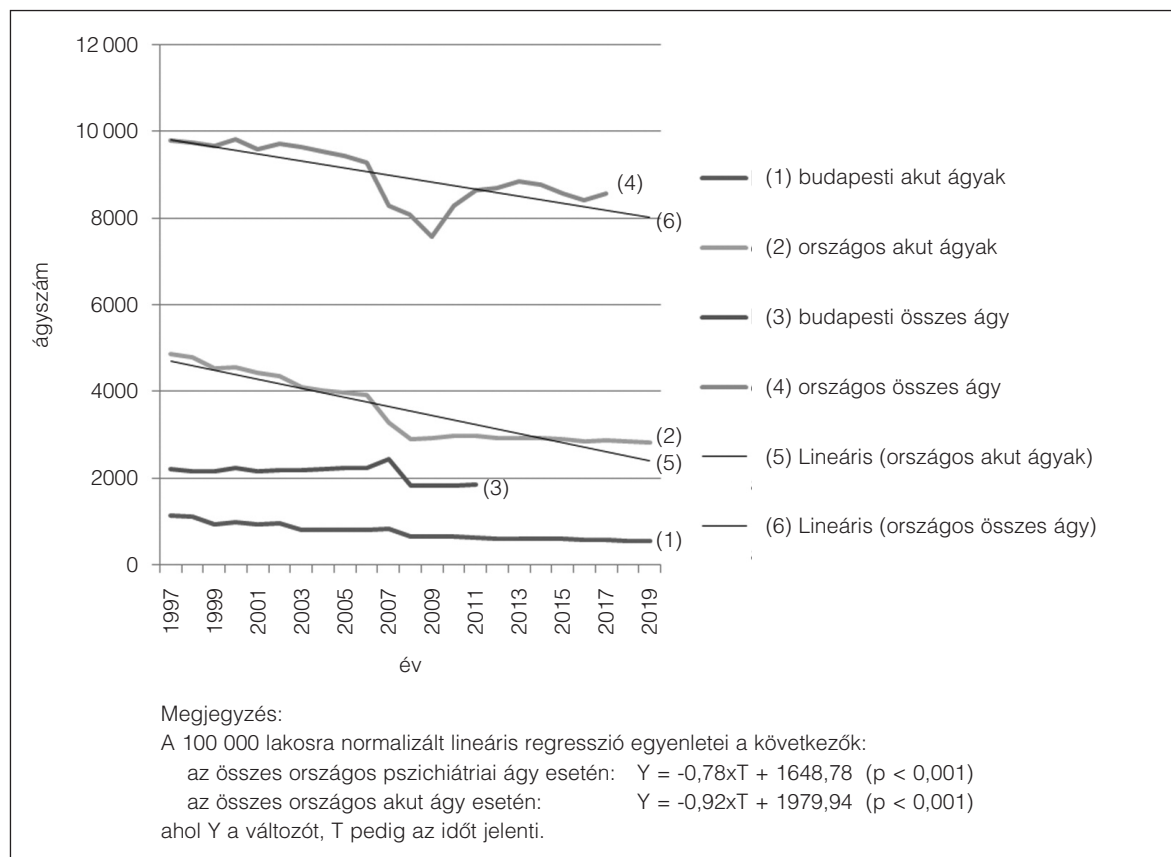
Az ágyszámcsökkentés következtében országosan 2007-ben akut pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásra 65 017 esetben került sor a 2006-ban ellátott 82 628 esethez képest.

Budapesten 14 424 esetben került sor ilyen típusú felvételre 2007-ben, míg 2006-ban az esetszám 18 539 volt.

Egy akut ágyon átlagosan ellátott betegek száma a 2003-ban ellátott 22,79 betegről – az évek során egyenletesen – a 2019-ben észlelt 17,48 betegre csökkent, és ezzel párhuzamosan, szintén egyenletesen csökkent az ápolási idő hossza is, a 2003-as 14,10 napról a 2019-es 12,66 napra.

1. ábra

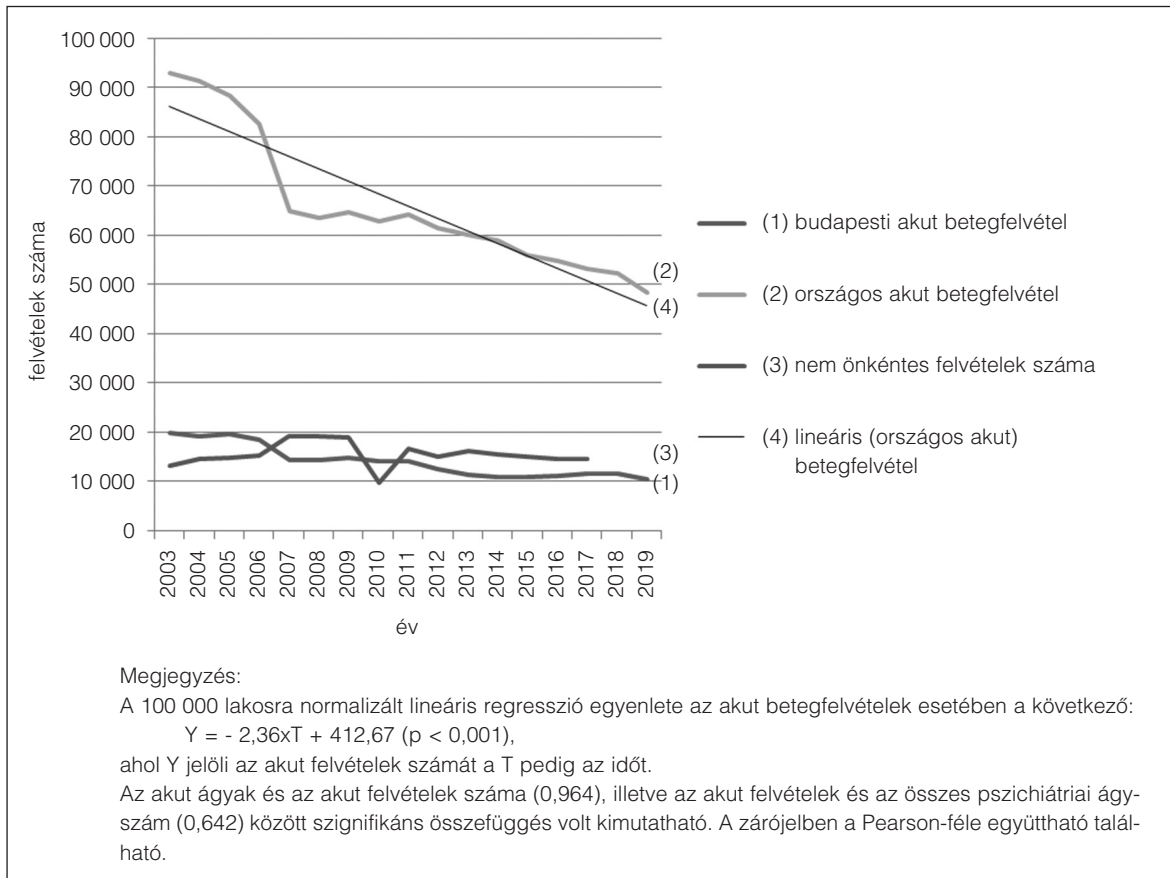
Az akut és összes pszichiátriai ágyszám alakulása 1997 és 2019 között budapesti és országos bontásban



¹ Ezeket az adatokat a szerző az illetékes hivataltól, illetve jogutódjától megkérte, a szétbontást és az adatközlést megígérték, de végül is a kérést nem teljesítették. Az összes ágy–akut ágy alapján a krónikus ágyak száma kiszámítható.

2. ábra

Az akut és ezen belül a nem önkéntes pszichiátriai osztályos felvételek számának alakulása Magyarországon 2003 és 2019 között



Így az akut betegfelvételhez rendelt ágyak ágykihasználtsága 2003 és 2019 között egyenletesen 88,03%-ról 60,62%-ra csökkent. Ugyanakkor a halálzási arány nem mutatott lényeges változást, 1% körül ingadozott.

A krónikus betegellátáshoz kapcsolódó ágyak forgalmáról kevesebb adat áll rendelkezésre. Az ágykihasználtság a vizsgált periódusban 80% felett volt, kivéve az OPNI bezárása által kiváltott átmeneti csökkenést; 2006-ban 87,02%, 2007-ben 77,70% és 2008-ban 83,24% volt országosan a krónikus pszichiátriai ágyak kihasználtsága. Az ápolási idő hossza 45 nap körül ingadozott, és az akut ágyaknál leírtakhoz hasonlóan a halálzási arány nem változott, 2,5% körül mozgott.

A nem önkéntes pszichiátriai osztályos felvételek száma már 2007-ben több mint 4000 esettel volt magasabb, mint 2006-ban, és ez a magas érték 2008-ban és 2009-ben is megmaradt. Majd

egy jelentősebb hullámvész után évről évre, lassú, de folyamatos csökkenést mutatott (2. ábra). A teljes vizsgálati periódusban a nem önkéntes pszichiátriai osztályos felvételek aránya országosan az akut felvételeken belül $23,61 \pm 5,77\%$ (15) volt; az OPNI bezárása előtt, illetve után $16,17 \pm 1,90\%$ (4), illetve $26,31 \pm 3,90\%$ (10) ($p < 0,01$). A nem önkéntes felvételek 100 000 lakosra vetített száma megegyezik az osztrák adatokkal (adatokat nem mutatunk).

A vizsgált, 2003-tól 2019-ig tartó időszakban, a szociális otthonokban pszichiátriai betegként, vagy szenvedélybetegként kezelték száma éves szinten hozzávetőleg 10 000 fő volt, és az ápoltak száma ezen időintervallumban lényegi változást nem mutatott (ld. 1. táblázat).

Ebben az időszakban a pszichiátriai járóbeteg-ellátás forgalmi adatai mind a gyermekellátás, mind a felnőtt ellátás tekintetében csökkenést mutattak.

1. táblázat

A szociális otthonban kezelt pszichiátriai és szenvedélybetegek száma 2003 és 2019 között

508

Év	Pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek szociális otthoni ellátása	
	A bentlakók száma	A bentlakók száma/100 000 lakos
2003	9 532	93,99
2004	9 724	96,12
2005	10 159	100,60
2006	10 250	101,72
2007	10 329	102,61
2008	10 323	102,77
2009	10 786	107,53
2010	10 926	109,11
2011	11 075	110,91
2012	10 992	110,67
2013	10 915	109,90
2014	10 891	110,27
2015	10 872	110,31
2016	10 659	108,43
2017	10 470	106,86
2018	10 341	105,76
2019	10 163	104,00

A betegvizitek száma és a rendszerbe újonnan belépő betegek száma egyaránt csökkent (ld. 2. táblázat). A felnőtt betegellátásba 2019-ben több mint 50%-kal kevesebb új páciens jelentkezett, mint a vizsgálati periódus elején. Markáns csökkenés 2009-ben figyelhető meg, ezt követően kisebb ütemű az új páciensek számának csökkenése. A betegmegjelenések száma is hozzávetőlegesen negyedével csökkent az index periódusban, míg a nyilvántartott gondozott betegek száma alapvetően nem változott.

A gyermekellátásban a betegvizitek száma 2007 után drasztikusan csökkent és további lassú eróziót mutatott. Az ellátórendszerbe belépő új betegek száma, egy 2009-ben bekövetkezett jelentős csökkenés után, némi hullámozást követően, egy alacsonyabb szinten stabilizálódott (ld. 2. táblázat). A betegvizitek számának csökkenése arányaiban a gyermekellátásban nagyobb volt, mint a felnőtt ellátás esetében. A gondozott betegek száma néhány évnnyi csökkenés után azonban visszaállt a 2007-es évet megelőző időszak szintjére.

2. táblázat

A gyermek és felnőtt pszichiátriai járóbeteg-ellátás forgalmi adatai

Év	Felnőtt járóbeteg-ellátás			Gyermek járóbeteg-ellátás		
	a betegvizitek száma (ezer vizit)	adott évben belépő új betegek száma	nyilvántartott gondozott betegek száma	a betegvizitek száma (ezer vizit)	adott évben belépő új betegek száma	nyilvántartott gondozott betegek száma
2003	1363	22 912	136 816	131	7370	18 617
2004	1395	22 892	141 488	140	7211	17 936
2005	1431	24 567	142 210	197	6916	18 196
2006	1482	24 305	149 777	166	5724	19 502
2007	1251	26 553	146 029	145	5065	17 724
2008	1126	24 131	145 532	102	5891	18 871
2009	1186	18 560	133 066	81	4531	n.a. ^a
2010	1177	18 496	136 824	100	4434	13 958
2011	1184	15 385	136 324	97	3405	10 130
2012	1129	14 676	126 181	99	4133	12 464
2013	1084	15 680	138 761	101	3363	12 025
2014	1104	15 452	145 181	86	3968	10 667
2015	1056	14 159	147 089	100	3952	13 218
2016	1025	14 192	137 968	82	4355	14 584
2017	1011	12 038	141 694	76	4253	16 921
2018	964	11 135	143 485	83	4071	14 901
2019	954	11 247	148 935	89	4311	18 503

Megjegyzés:

^a n.a. = nincs adat

3. táblázat

A regisztrált alkoholproblémás betegek és a becsült alkoholisták száma Magyarországon 2003 és 2019 között

Év ^a	Alkoholproblémával gondozásban kezelt betegek száma			100 000 lakosra jutó kezelt alkoholproblémás betegek száma	Az alkoholisták becsült száma ^c
	♂	♀	összes ^b		
2003	25 607	8268	33 875	334	717 984
2004	24 340	8879	33 219	311	692 000
2005	24 470	8418	32 888	326	432 000
2006	21 682	7340	29 022	288	509 000
2007	18 778	7262	26 040	259	490 000
2008	14 301	5670	20 152	201	539 000
2009	11 178	3893	15 071	150	559 000
2010	13 772	4856	18 984	190	522 000
2011	11 675	3907	16 035	161	475 000
2012	8 108	3277	11 385	115	434 000
2013	8 651	3762	12 413	126	390 000
2014	11 188	3556	14 744	150	408 000
2015	11 329	4354	15 683	160	393 000
2016	12 952	5033	17 985	180	375 000
2017	10 753	3893	15 292	180	379 000
2018	n.a. ^d	n.a.	n.a.	n.a.	394 000
2019	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	389 000

Megjegyzés:

^a KSH éves jelentései alapján^b Egyes években vannak az ismeretlen neműek, így a női plusz férfi betegszám összeadása és az összes beteg száma nem fedi egymást.^c A Jellinek-féle formula (májcirrhotikus betegszám) alapján történő becslés.^d n.a. = nincs adat

Érdeemes megjegyezni, hogy az ágyszámleépítés évében a felnőtt ellátásba újonnan jelentkező betegek száma megugrott, míg a gyermekellátásba jelentkezők esetében jelentősen csökkent, miközben mindkét rezsimben csökkent a betegvizitek száma (ld. 2. táblázat).

Az addiktológiai járóbeteg-ellátás forgalmi adatait a 3. és 4. táblázatok mutatják. Látható, hogy nemtől függetlenül folyamatosan csökkent a gondozásban lévő alkoholbetegek száma és a csökkenés mértéke meghaladta az 50%-ot.

Mindeközben az alkoholbetegek becsült száma meglehetősen nagy ingadozást mutatott. Ennek oka a módszertanban is kereshető². Kábítószer problémás betegek kapcsán a fent említett változások a gondozott betegek számában nem észlelhetők. Azonban az újonnan kezelés-

re jelentkezők száma harmadával csökkent, ami tekintettel arra, hogy az össz-gondozott beteglétszám változatlan, a rendszer betegmegtartó képességének csökkenésére utal.

Hajléktalanság

A hajléktalanok számára fenntartott nappali melegedőkben megjelentek száma 2011-ig folyamatosan növekedett, majd ezt követően enyhén visszaesett.

Némi időbeli eltolódással a hajléktalanszállón éjszakázók száma is hasonló jellegű görbét mutat. Egy növekedési periódust követően 2005 és 2008 között a hajléktalanszállón lévő hajléktalanok napi átlagos száma stagnált, majd 2009 és

² Vélhetően a májcirrhosis miatt bekövetkezett elhalálozáson alapuló úgynevezett Jellinek-módszer, mivel több, az alkoholfogyasztástól független tényező is befolyásolja, nem alkalmas a számszerűség pontos megállapítására.

4. táblázat

A regisztrált droghasználatos betegek, az adott évben új betegként megjelent droghasználatos betegek és a rendszerből eltűnt droghasználatos betegek száma Magyarországon 2003 és 2019 között

Év	Droghasználatos beteg			Első alkalommal kezelésen megjelenők száma	Rendszerből eltűnt betegek száma ^a
	♂	♀	összes		
2003	9 267	5726	14 993	5958	3802
2004	9 477	4688	14 165	5655	6423
2005	9 931	4862	14 793	6319	5691
2006	10 477	5003	15 480	5673	4986
2007	8 942	4655	13 597	4050	5933
2008	9 264	5089	14 353	4635	3879
2009	7 966	5144	13 110	3802	5015
2010	9 854	7069	16 923	5337	2554
2011	10 858	5292	16 150	5781	6534
2012	9 662	6354	16 016	5883	6017
2013	7 906	4208	12 114	4864	8766
2014	9 878	4390	14 268	6866	4712
2015	8 833	3517	12 350	5566	7484
2016 ^b	9 357	4235	13 592	3988	2746

Megjegyzés:

^a A rendszerből eltűnt droghasználatos betegek számát az alábbi képlettel számoltuk ki: $D_i = H_{i-1} + N_i - H_i$, ahol

D_i = az adott évben a rendszerből eltűnt droghasználatos betegek száma,

H_{i-1} = gondozott droghasználatos betegek az előző évben

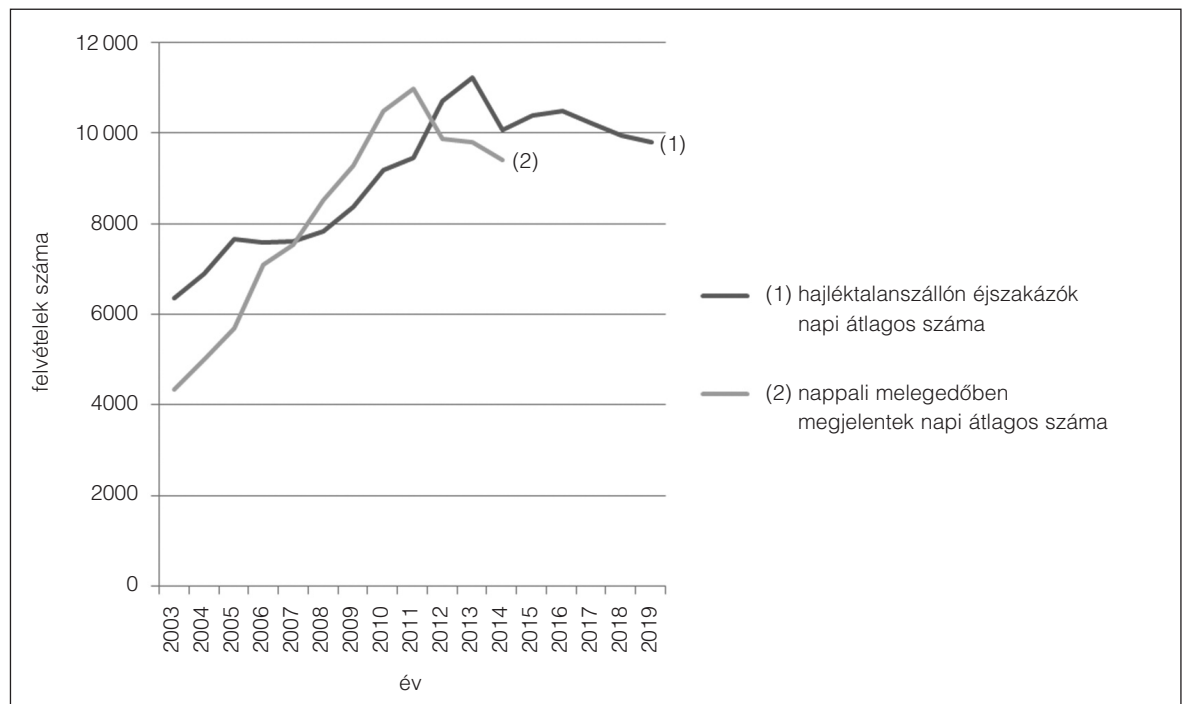
N_i = az adott évben kezelésre első alkalommal jelentkező droghasználatos betegek száma

H_i = gondozott droghasználatos betegek az adott évben

^b 2017-től nem állnak rendelkezésre adatok

3. ábra

A nappali melegedőben, illetve hajléktalanszállón lévő hajléktalanok napi átlagos száma 2003 és 2019 között



2013 között ismét növekedett, ezt követően pedig enyhén visszaessen (ld. 3. ábra).

Kényszergyógykezelés

A kényszergyógykezelt betegek száma a vizsgált 2003 és 2019 közötti időszakban hullámzott (adatokat nem mutatunk).

Öngyilkosság miatti halálozás

Magyarországon 1984 óta csökkent a befejezett öngyilkosságok száma (2, 3). A vizsgált 2003 és 2019 közötti időszakban összességében az öngyilkosság miatti halálozás szintén csökkent, a 2003-ban észlelt 2801 halálesetről a 2019-ben észlelt 1550 halálesetre. Azonban a 2007 és 2011 közötti időszakban a korábbi kedvező tendencia az öngyilkosság miatti halálesetek csökkenésében megtört, ám 2011 után helyreállt (bővebben lásd 2, 3!).

Megbeszélés

Jelen dolgozatban a szerző az elmúlt közel húsz év során a pszichiátriai/addiktológiai ellátás területén bekövetkezett változások statisztikai adatok tükrében történő elemzését tűzte ki célul. A vizsgált időszak kiválasztását részben az indokolta, hogy erre az időre esett az OPNI bezárása (2007) – amely intézmény a szakma zászlóshajója és egyszersmind szimbolikus képviselője volt, és ezáltal sorsa mind a közbeszédben, mind a szakmai diskurzusokban megjelent –, illetve szerepet játszott bizonyos statisztikai adatok hozzáférhetősége is.

Egyes pszichiátriai intézmények bezárása, illetve a pszichiátriai ágyak számának csökkentése nem előzmények nélkül való és nem példátlan. A múlt század ötvenes éveitől a farmakopszichiátria – mint terápiás modalitás – megjelenésével új terápiás módszerek váltak a pszichiátriai betegellátás számára elérhetővé. Ez a terápiás fejlődés egyrészt lehetővé tette az elmebetegek zárt gyógyintézetből történő elbocsátását,

másrészt megnyitotta az utat az elmeegógyintézetek bezárása és leépítése előtt (4, 5). Ezt, a deinstitutionalizációnak nevezett folyamatot azonban nem csupán az új pszichofarmakológiai szerek hatékonyságának felismerésén és az elmekórházakban való hosszú tartózkodás káros hatásain alapuló humanitárius megfontolások vezették, hanem filozófiai (emberi jogok, antipszichiátriai mozgalom) és gazdasági okok is motiválták (4–7). A deinstitutionalizáció Észak-Amerikában és Nyugat-Európában már a múlt század utolsó harmadában megjelent és ez a hullám 1989 után elérte a közép- és kelet-európai országokat is (8).

Az intézménybezárásokkal párhuzamosan terjedt a mentális betegek közösségi alapú gondozása iránti igény (5). A kórházi kezelés közösségi mentálhigiénés kezeléssel történő helyettesítése nem jelentett problémát azok számára, akik nem voltak súlyos betegek, családi támogatással, barátokkal, illetve megfelelő anyagi erőforrásokkal rendelkeztek (5). Ám, az alternatív, közösségi pszichiátriai szolgálatok létrehozása nem oldotta meg azoknak a betegeknek a problémáját, akik súlyos és/vagy krónikus betegségben szenvedtek, akiket megfelelő támogatás nélkül engedtek ki, és így a hajléktalanná válás és kezelés nélkül maradás, vagy a börtönbe kerülés lehetőségének veszélye is felmerült (4, 9, 10). Továbbá, az alternatív rendszer nehezen volt képes kezelni az újonnan megbetegedett, vagy komorbid állapotú betegek problémáját (4, 6, 11). Ezek az átalakulási folyamatok a modernkori pszichiátria egyik legerőteljesebb vitáját gerjesztették, különösen akkor, amikor gyűltek az adatok az elmebetegek számarányának növekedéséről a börtönökben és fogdákbán (12, 13).

Magyar statisztikai adatok szerint a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó kapacitás a rendszerváltás óta folyamatosan csökken (14, 15). A dolgozatban vizsgált 2003–2019 közötti időszakban az OPNI bezárását követően a pszichiátriai ágyszám jelentős csökkenése tartósan praktikusán kizárólag az akut ágyszámot érintette, ami az intézkedést követően alacsony maradt (ld. 1. ábra). Az országos pszichiátriai ágyszámcsökkenés egy mélypontot követően azonban a lényegét

tekintve visszaállt az évtizedes lassú ágyszámcsökkenésnek megfelelő állapotba. Az akut ágyszámcsökkenés és az ellátott akut betegek számának csökkenése jól korrelált (ld. 1. és 2. ábra). Ugyanakkor a nem önkéntes osztályos felvételek száma átmenetileg emelkedett (ld. 2. ábra). Érdekes, hogy a nem önkéntes pszichiátriai osztályos felvételek száma már 2006-ban több mint 4000 esettel volt magasabb, mint 2005-ben, és ez a magas érték 2007-ben és 2008-ban is érzékelhető volt (ld. 2. ábra).

A felnőtt járóbeteg-ellátásban a 2007-es év ugyan egy kiugrást eredményezett az ellátóhelyeken megjelenő új betegek számában, de a csúcspont után előbb visszaállt, majd lassan csökkenni kezdett a jelentkező új betegek száma (ld. 2. táblázat). A felnőtt betegellátásba 2019-ben több mint 50%-kal kevesebb új páciens jelentkezett, mint a vizsgálati periódus elején, és a betegmegjelenések száma is hozzávetőlegesen negyedével csökkent. A nyilvántartott gondozott betegek száma azonban alapvetően nem változott. Ez felveti annak a lehetőségét, hogy a beteg esetleg adminisztrációs okból egyszerűen benne ragadt a rendszerben, ám az is lehetséges, hogy ugyan a betegek jelentős része aktív beteg maradt, de ők kevesebbszer látogatták meg az ellátóhelyeket és ez akár állapotromlást is eredményezhetett. Mindazonáltal érdemes megjegyezni, az nem tudható, hogy a privát szektor mennyi beteget látott el és növekedett-e a forgalmuk, illetve, hogy a szenvedélybetegek kezelésében az úgynevezett alacsonyküszöbű szolgáltatók a betegek mekkora hányadát érték el. Miként az sem ismert, hogy a döntés hatására növekedett-e a háziorvosok által ellátott pszichiátriai/addiktológiai betegek száma.

A gyermekellátásban folyamatos csökkenés volt megfigyelhető (ld. 2. táblázat).

Így mindent egybevetve, az adatok tükrében úgy tűnik, a járóbeteg-ellátók ágyszámleépítéskor megígért megerősítése elmaradt, és ezzel az ágyszámcsökkenéshez társult a járóbeteg-ellátás forgalmának már korábban megkezdődött, folyamatos zsugorodása.

A fent bemutatott adatokból úgy tűnik, hogy az intézkedések negatív hatása elsősorban az akut betegellátást érintette, és a járóbeteg-ellátásban

nem jelentkezett kompenzatorikus forgalomnövekedés. Ez arra utal, hogy betegek eshettek ki a gondozásból, illetve nem kerültek be az ellátórendszerbe. Ezt a következtetést alátámasztják a szenvedélybetegeket kezelő járóbetegellátó-helyek forgalmi adatai is, amelyek szerint az elmúlt közel másfél évtizedben az addiktológiai gondozók is csökkenő forgalmat mutattak (3. és 4. táblázat). E csökkenő forgalom egyik oka az lehet, hogy az ellátórendszer nem tudja ellátásban tartani a rendszerbe egyszer már belépetteket, jóllehet ez szakmailag indokolt lenne (ld. 3. és 4. táblázat). Erre részben magyarázatot adhat a szakemberhiány, de természetesen egy esetleges szemléleti hiba és a nem megfelelő attitűd szerepe sem kizárható (16). Az egészségügyi humánerőforrás-hiány ma Magyarországon általánosnak mondható és egy tanulmány szerint a pszichiátriai ellátórendszerben lassan a minimumfeltételek szintjén történő ellátás humánerőforrás fedezete sincs meg (17). Ez részben a csökkenő forgalmi adatokat is magyarázhatja, és részben akár az OPNI bezárásának következménye is lehet, mert az országos intézet bezárása nem csupán az ágyszámcsökkenéshez járult hozzá, hanem a szakmai műhelyek szétverése által jelentős humánerőforrás veszteséggel is járt, miközben a szakorvosképzés, a szakmai továbbképzés egy hazai bázisa is megszűnt (1).

Mindazonáltal felmerül a kérdés, e változások mennyire tulajdoníthatók a „2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” című törvénynek? Az ábrák és a táblázatok adatait elemezve leszűrhető, hogy a forgalom- és kapacitáscsökkenés már évekkel a törvény kihirdetése előtt elindult, és a törvény csupán az akut pszichiátriai ellátásban vezetett statisztikailag is kimutatható kapacitásvesztéshez. Mindezek fényében, elgondolkodtató, hogy miközben az akut pszichiátriai fekvőhelyek száma csökkent, ezzel párhuzamosan az ágykihasználtság is csökkent, ami semmiképp sem írható a törvényalkotók számlájára.

Tehát a kérdés az, hogy hol vannak, illetve hová kerültek/nek az akut fekvőbeteg-ellátásból és részben a krónikus ellátásból kiszoruló pszichiátriai betegek? Lehetőségként felmerül, hogy

- (i) bekerülnek a járóbeteg-ellátásba;
- (ii) ellátás nélkül maradnak;
 - ami állapotromlás esetén normaszegéshez, törvénnyel való összeütközéshez és esetleg ennek következtében bebörtönzéshez, vagy kényszergyógykezelés elrendeléséhez vezethet;
 - ami bűncselekmény híján nem önkéntes osztályos felvételhez vezethet;
 - ami szuicídiumhoz vezethet.
- (iii) hajléktalanná válnak.

Ad (i). A bemutatott táblázatok és ábrák bizonyítják (1. és 2. ábra, 2., 3. és 4. táblázat), hogy a járóbeteg-ellátó kapacitások és a betegforgalom mind a pszichiátriai, mind az addiktológiai betegellátást illetően folyamatosan szűkült az elmúlt időben és így nem lehetett alkalmas beteg-tömegek felszívására. Mi több (!), a járóbeteg-ellátók a gondozókat felkereső új betegek megtartására sem voltak képesek, ami legmarkánsabban a szenvedélybetegek ellátásának működésében mutatkozott meg (ld. 4. táblázat).

Ad (ii). Nehéz az ellátatlan betegek számát statisztikailag megfogni. Indirekt adatok mégis azt valószínűsítik, hogy lehettek/nek ilyen betegcsoportok. Erre utal a fentebb már említett elgondolkodtató tény is, hogy az akut pszichiátriai fekvőhelyek számának csökkenése dacára ezen ágyak kihasználtsága is csökkent. Mindez annak ellenére történt, hogy a nem önkéntes akut pszichiátriai osztályos betegfelvételek száma az ágyszámcsökkentés időszakában, és utána évekig, emelkedett volt és csupán 2017-re érte el ismét a 2003-as betegfelvételi arányt (ld. 2. ábra). Az ágyszámcsökkenés és a nem önkéntes osztályos felvételek közötti kapcsolatot nemzetközi vizsgálatok eredményei megerősítik. Az ágyszámcsökkenést a nem önkéntes betegfelvételek számának hosszabb-rövidebb idejű emelkedése kíséri (18, 19).

Az egyik szomorú lehetőség az elhalálozás: betegség, vagy önkézés miatt. Bár a szuicídiumok száma folyamatosan csökken Magyarországon, ám egyes betegcsoportokban az öngyilkossági halálozás magas, mint például a szenvedélybetegek körében, ahol ez az arány az át-

lagpopulációbeli prevalencia öt-hétszerese is lehet, és az egyik vezető halálok (20). Az öngyilkossági esetek magas száma mellett jelentős az öngyilkosságot megkísérlők száma is, ami szenvedélybetegek esetén a betegek akár negyedét is érintheti. Az öngyilkosság és a kémiai szerhasználat, illetve -függőség kapcsolata szoros (21). Vizsgálatok szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők – az elkövetés módjától függően – 10–60%-a alkoholfüggő, vagy abúzó, továbbá az ilyen egyének nem elhanyagolható hányada, hozzávetőleg 40%-a, alkoholfogyasztást követően, vagy alkoholosan intoxikált állapotban követi el tettét (22–24). A szuicídiumot elkövetők 40–70%-ánál más szerek használatát illetően is pozitív a toxikológiai vizsgálat eredménye (23). Mivel mind az alkohol-, mind a drogbetegek esetében a gondozottak száma jelentősen csökkent és a rendszer betegmegtartó képessége alacsony (ld. 3. és 4. táblázat), így legalább munkahipotézis szintjén feltételezhető, hogy a szenvedélybetegek öngyilkosság miatti magas halálozásában a rendszer inszufficienciája is visszatükröződik.

Elméletileg nem kizárható, hogy a betegség miatti elhalálozás vezetett a gondozott betegszám csökkenéséhez. Ezt a tömeges pluszhalálozást azonban a halálozási adatokban is észlelni kellene, másrészt igen valószínűtlen, hogy e betegkörben olyan léptékű halálozási többlet jelentkezne, ami az ellátott betegek számának többes nagyságú redukcióját eredményezné. Mivel a megugrás hiánya konstatació, feltehetően ennek egyik oka a puffertásban is keresendő, nevezetesen abban, hogy a begyakorlottság és a munkakultúra, valamint a rendszerben dolgozók egyfajta altruista önkiszármányolása a korlátozások dacára megmaradt. A begyakorlottság és a munkakultúra csökkenése azonban bekövetkezhet, ha a szakképzett munkaerő elvándorlása miatt új, gyakorlatlan munkatársak felvételével a létszám szinten tartása esetleg sikerül. Ma Magyarországon a szakképzett munkaerő elvándorlása és a létszámhiány egyaránt észlelhető (17, 25).

A kényszergyógykezelt betegek száma ebben az időszakban inkább hullámzást mutatott, de az 1990-től induló teljes időszakot vizsgálva

enyhe emelkedés volt kimutatható (15). Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy az 1990-et követő években a forenzikus kezelésben részesülő mentális betegek száma a régió több országában – sőt egész Európában – is növekedett (8, 26).

A pszichiátriai ágyszámcsökkenés és a szabadságvesztésüket töltők száma közötti inverz összefüggést több ország esetében kimutatták (27, 28). Statisztikai adatok alapján az elmekeletházi ágyszám és a börtönpopuláció létszáma között Magyarország esetében is inverz, szignifikáns összefüggés van (14, 15).

Mind magyarországi, mind nemzetközi adatok megerősítik, hogy a börtönben lévők körében a pszichiátriai értelemben kódolható betegségek aránya betegségtől függően akár kettő-hatszorosa is lehet a normál populációban regisztrált aránynak (29, 30).

A fent leírtak összességükben felvetik annak lehetőségét, hogy a háttérben, mint oki tényező, a kezelés elmaradása is meghúzódhat. Erre utalhat a befejezett öngyilkosságok számában az ágyszámcsökkentés időszakában megfigyelt átmeneti növekedés is (2, 3).

Ad (iii). Az első kérdés, amivel szembesülünk, kit is tekinthetünk hajléktalannak? Ha a személyes gondoskodás szempontjából adjuk meg a definíciót: „azt kell hajléktalannak tekinteni, aki az éjszakát közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti” (31). A második kérdés az, hogy vajon minden hajléktalan megjelenik-e a statisztikában? Erre nagy bizonyossággal csak nemleges választ adhatunk. Ebből viszont az következik, hogy csak a statisztika számára látható, tehát a hajléktalanellátó-szervezetek valamelyikénél jelentenekről van hivatalosan tudomásunk. Az ellenben vitán felül áll, hogy a hajléktalanság többszörösen hátrányos helyzet, mert a hajléktalan nem csupán a fedelet vesztette el a feje felől, de rendszerint, bár nem szükségszerűen, elvesztette a családját, a munkahelyét és számos egészségügyi problémával is küzd.

Noha az a kérdés, hogy a társadalmi státusz milyen mértékben határozza meg a diagnózist, vita tárgyát képezi, abban mindazonáltal egyetértés van, miszerint a súlyos mentális problé-

mák és a gyakran kórházi ápolásra szoruló betegségek prevalenciája a szegények és a hajléktalanok körében magasabb, mint az átlagpopulációban (31–33). A hajléktalanok gyakrabban szenvednek krónikus pszichiátriai zavaroktól és/vagy kémiai szerfüggőségtől, mint a normál népesség tagjai, ami felveti a tyúk-tojás dilemmát (20, 31–35). A hajléktalanok körében a drogfertőzöttség jelentős, a használat élettartam prevalenciája 17%, a folyamatos droghasználati ráta pedig mind nemzetközi, mind magyar viszonylatban a normál populáció rátájának 2–3-szorosa és körükben kisebb a drogfogyasztás abbahagyásának esélye, így az átlagnépességgel összehasonlítva körükben gyakrabban jelentkeznek a rendszeres droghasználat okozta egészségkárosodások (36). Egy hajléktalanok számára felállított ambulancia adatai szerint az ambulancia felkeresésére 58%-ban pszichiátriai betegség miatt került sor és e betegek közel 50%-a addiktológiai betegség, döntően krónikus alkoholizmus miatt keresett orvosi segítséget (31, 36). Drogfogyasztása miatt a budapesti hajléktalanellátásban részesülők 19,7%-a járóbeteg, és 25,% pedig fekvőbeteg, vagy rehabilitációs intézeti ellátást is kapott már élete során (36). Gondozásuk nehézségét az adja, hogy eltűnnek, majd megjelennek. Körükben a terápiából való kilépés aránya igen magas és jellegzetes mintázatot mutat a segítségkérő attitűdjük (rossz idő beálltával hospitalizációs igényekkel jelennek meg az egészségügyi ellátóknál, hogy utána a jó idő beálltával eltűnjenek) (37).

Epidemiológiai adatok szerint az elmebetegségek gyakorisága és a szegénység gyakorisága között fordított összefüggés van, és az is felvethető, hogy az alacsony gazdasági-szociális helyzet az elmebetegség kockázati faktora, még akkor is, ha az ma még nem egyértelműen eldöntött kérdés, hogy a betegség következtében alakul-e ki a lecsúszás, vagy pedig a rossz gazdasági-szociális státusz hajlamosítana a betegségre (38).

Ugyanakkor a pszichiátriai ágyszámcsökkenés és a hajléktalanság közötti összefüggést egyesek vitatják, míg mások bizonyítottnak látják (39, 40). A nappali melegedőben megforduló hajléktalanok száma 2011-ig folyamatosan nö-

vekedett, így erre az ágyszámcsökkentés, úgy tűnik, nem volt hatással (ld. 3. ábra). A hajléktalanszállón lévők napi átlagos száma azonban növekedést követően 2005 és 2008 között stagnált, és csak ezt követően növekedett ismét, így akár az ágyszámleépítés, vagy akár a 2008-ban indult gazdasági válság következménye is lehet.

Ad absurdum az a lehetőség is felvethető, hogy a pszichiátriai/addiktológiai betegek a stigmatizáció elkerülése végett más diagnózisokat kaptak. Addiktológiai/pszichiátriai betegségek esetében az előítéletre épülő stigmatizáció mindenképp torzító tényezőként hathat (13, 41–44). Nemzetközi vizsgálatok szerint miközben az orvosok nehezen állítják fel az alkohol-/drogbetegség diagnózisát és esetenként különböző fedő diagnózisokat adnak, nem is ritkán a család vagy a beteg nyomására, ugyanakkor hajlamosabbak szerfüggőséget diagnosztizálni, ha a beteg alacsonyabb társadalmi rétegbe tartozik (45–48). Ám, még ha ez így lenne is, a más diagnózis dacára a betegségük megmarad. Tehát a gondozókban a betegeknek meg kellett volna jelenniük.

Az egészségügyi ellátás minőségét a szakirodalomban általában az alábbi nyolc komponens alapján ítélik meg: az ellátás hatékonysága, eredményessége, hatásossága, hozzáférhetősége, időszerűsége, folyamatossága, méltányossága, biztonsága-biztonságossága, megfelelősége és elfogadhatósága (49, 50).

Az egészségügyi szolgáltatás minősége leginkább azon mérhető, hogy a szolgáltatás során mennyire érzi a beteg, hogy azt kapja, amire szüksége van (51). Számára elsődleges az ellátás hozzáférhetősége, ami implicite feltételezi annak eredményességét és hatásosságát is. Vagy másként fogalmazva: szükség esetén van-e olyan egészségügyi ellátó, ahol fogadják, megvizsgálják, kezelik és ez az ellátóhely milyen nehézségek árán érhető el, milyen gyakran és hosszán van rendelés? És mindezek magukban foglalják azt a feltételezést is, hogy az ellátó helyen van orvos. Az ellátás elérhetőségének kulcsszerepére utal, hogy az ágyszámcsökkentés idején a befejezett öngyilkosságok száma (2, 3), miként a nem önkéntes osztályos felvételek száma és a felnőtt járóbeteg-ellátásban megjelentek száma

is (ld. 2. ábra, 2. táblázat), átmenetileg növekedett. Az elérhetőség kritikus szerepét a betegek non-adherenciájában és betegségben és/vagy kriminalitásban történő visszaesésében a korábbi kutatások mellett az újabb kutatások is megerősítik (52–54).

Az ellátás elérhetőségében már Budapesten belül is nagy a térbeli és időbeli szórás (25). Ennek vélhetően egyik, de nem kizárólagos oka a szakemberhiány lehet (17). Emellett az a kérdés is fontos, hogy az ellátás megfelelő időben történik-e, ami összefügg az elérhetőséggel. Így eljutunk ahhoz a kérdéshez, valójában mennyire biztonságos, megfelelő – és adott esetben – elfogadható az ellátás hosszmetzetben (25). Mindezek a kérdések még akkor is felmerülnek, ha a keresztmetzetben (orvos–beteg találkozás) aktuálisan a biztonságosság, megfelelőség, elfogadhatóság biztosítottak.

A száraz statisztikai adatokból látható, hogy a pszichiátriai/addiktációs problémáktól szenvedők száma több százszázalékos nagyságú (ld. 2., 3. és 4. táblázat). Ugyanakkor az is látható, hogy a gondozókban nyilvántartott betegek száma a vizsgált időszakban folyamatosan csökkent. A beteg együttműködése az ellátókkal (adherenciája), a kimeneti oldal eredményének meghatározó tényezője, és azt negatív irányba befolyásoló tényezők között visszaköszönnek olyanok – hozzáférhetőség, utazási és várakozási idő –, amelyek egyben az ellátás minőséget is meghatározó tényezők (55).

A dolgozat egyik korlátja, hogy bizonyos statisztikai adatok csak korlátozottan voltak hozzáférhetőek, így egyes adatsorok kurtábbak. Ugyanakkor egy korábbi közléssel (1) ellentétben előnye, hogy nem keresztmetzeti, hanem hosszmetzeti képet vizsgál, továbbá, hogy nem egy intézményre korlátozódik az elemzés, hanem országos adatokra támaszkodik.

Következtetések

A statisztika az összességről nyilatkozik, az egyesről nem mond semmit. Ezért bár nem zárható, sőt igen valószínű, hogy vannak kiválóan működő magyarországi ellátóhelyek, de az

összkép mégiscsak nyugtalanító. Ennek oka kurtán úgy foglalható össze, hogy az ágyszám-leépítés – aminek része volt az OPNI bezárása is – csak átmeneti zavarokat okozott a pszichiátriai/addiktológiai betegellátásban, ami akár jó hír is lehetne. Ám a pszichiátriai/addiktológiai ellátásban a negatív tendenciák az adatok fényében már korábban, valójában jóval az ágyszám-csökkenés előtt megkezdődtek és tartanak

mind a mai napig. És ezen az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet megnyitása sem változtatott. A fenti megállapítással, a megrázó kódtatások dacára, a mai ellátási problémákkal kapcsolatos egy vagy – vérmérséklettől függően – két mítosz is szertefoszlott.

Ám ennek a negatív trendnek a valós okai mindmáig tisztázatlanok.

516

Irodalom

1. STUBNYA G, NAGY Z, LAMMERS CH, RIHMÉR Z, BITTER I:
Deinstitutionalization in Europe: Two recent examples from Germany and Hungary. *Psychiatra Danubina*, 2010; 22:406–412.
2. RIHMÉR Z, NÉMETH A:
A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 2014; 16:195–204.
3. NÉMETH A, RIHMÉR Z:
Depresszió és öngyilkosság mint népegészségügyi problémák. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2017; 16 (8):23–28.
4. GROB G:
American psychiatry. In: Freeman H (szerk.): *A century of psychiatry*. London, Mosby-Wolfe Medical Communications, 1999; 195–201.
5. JONES K:
The diminishing mental hospitals. In: Freeman H (szerk.): *A century of psychiatry*. London, Mosby-Wolfe Medical Communications, 1999, 191–195.
6. FAKHOURY W, PRIEBE S:
The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 2002; 15:187–192.
7. TALBOTT JA:
Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services*, 2004; 55:1112–1115.
8. MUNDT AP, FRANČIŠKOVIČ T, GUROVICH I, HEINZ A ET AL:
Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS ONE*, 2012; 7 (6):e38490.
9. PALERMO GB, SMITH MB, LISKA FJ:
Jails versus mental hospitals: A social dilemma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1991; 35:97–106.
10. FAKHOURY W, PRIEBE S:
Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 2007; 6:313–316.
11. LAMB RH, BACHRACH L:
Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 2001; 52:1039–1045.
12. CORRADO RR, COHEN I, HART S, ROESCH R:
Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000; 23:633–647.
13. TORREY EF:
Jails and prisons – America’s new mental hospitals. *American Journal of Public Health*, 1995; 85:1611–1613.
14. KALAIPOS MP:
Társadalmi dilemmánk: börtön vagy elmekegyszoba? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 2007; 148:1895–1898.
15. KALAIPOS MP:
Does Penrose’s Law apply to Hungary? Data of an extended survey and reappraisal. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2020; 72:101608.
16. KALAIPOS MP:
Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban. Betegek és orvosok körében végzett felmérések eredményei. *Orvosi Hetilap*, 2012; 153:1263–1280.
17. GAZDAG G, BALCZÁR L:
Rendelkezésre áll legendő orvosi humán erőforrás a jelenlegi pszichiátriai ellátórendszer működtetéséhez? *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2016; 159:15–20.
18. KEOWN P, MERCER G, SCOTT J:
Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996–2006. *British Medical Journal*, 2008; 337:a1837.
19. KEOWN P, WEICHS, BHUI KS, SCOTT J:
Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988–2008: ecology study. *British Medical Journal*, 2011; 343:d3736.
20. KALAIPOS MP:
A józsefvárosi „TÁMASZ” Addiktológiai Gondozóban kezelt és 2001–2018 között elhunyt betegek halálai adatainak vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 2019; 160:1864–1871.
21. RIHMÉR Z:
Öngyilkosság. In: Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. (harmadik kiadás) *Medicina*, Budapest, 2003; 721–728.
22. CHERPITEL CJ, BORGES GG, WILCOW C:
Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28: 185–285.
23. SHIELDS LBE, HUNSAKER DM, HUNSAKER JC, WARD MK:
Toxicologic findings in suicide. A 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2006; 27:106–112.
24. PIRKOLA SP, SUOMINEN K, ISOMETSÄ ET:
Suicide in alcohol-dependent individuals. *Epidemiology and management. CNS Drugs*, 2004; 18:423–436.
25. KALAIPOS MP:
Gondozni vagy nem gondozni? Ha a gondozás társadalmi haszna nagyobb, mint költsége, akkor miért nem valósul meg? *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2018; 17 (2):36–44.
26. PRIEBE S, FROTTIER P, GADDINI A, KILIAN R ET AL:
Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 2008; 59:570–573.
27. MUNDT AP, CHOW WS, ARDUINO M, BARRIONUEVO H, ET AL:
Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990. Does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 2015; 72:112–118.
28. TESTA A, SANTOS MR, WEISS DB:
Incarceration rates and hospital beds per capita: A cross-national study of 36 countries, 1971–2015. *Social Science and Medicine*, 2020; 263:113262.
29. REGNIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ ET AL:
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of American Medical Association*, 1990; 264:2511–2518.
30. VÍGH J:
Visszaeső bűnelkövetők főbb adatai. *Börtönügyi Szemle*, 1997; 15:1–12.
31. MOLNÁR G:
A hajléktalanok egészségügyi ellátása, különös tekintettel pszichés állapotukra. In: Glatz Ferenc (szerk.): *Élethelyzet-életminőség, zsákutcák és kiutak*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2002; 137–161.

32. MURALI V, OVEBODE F:
Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004; 10:216–224.
33. MOLARIUS A, BERGLUND K, ERIKSSON C, ERIKSSON HG ET AL:
Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population based study in Sweden. *BMC Public Health*, 2009; 9:302.
34. HAMATO T, FUJISAWA Y, ISHIDA Y, SUBRAMANIAN SV ET AL:
Social capital and mental health in Japan: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, 2010; 5 (10):e13214.
35. FAZEL S, KHOSLA V, DOLL H, GEDDES J:
The prevalence of mental disorders among homeless in Western Countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 2008; 5: 670–681. e225.
36. PAKSI B, GURÁLY Z, ARNOLD P, SCHIMDT A, BREITNER P:
Drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia*, 2008; 7:101–130.
37. KALAPOZ MP:
Addiktológiai gondozás. Keretek, problémák, távlatok. *Psychiatr Hung*, 2014; 29:308–327.
38. VITRAY J, VIZI J:
Pszichiátriai epidemiológia. In: Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve* (harmadik kiadás), Medicina, Budapest, 2003; 169–181.
39. TIMMS PW, CRAIG TKJ:
Out of the wards and onto the streets? Deinstitutionalization and homelessness in Britain. *Journal of Mental Health*, 1992; 1:265–275.
40. SALISBURY TT, THORNICROFT G:
Deinstitutionalisation does not increase imprisonment of homelessness. *British Journal of Psychiatry*, 2016; 209:412–413.
41. CORRIGAN PW, WATSON A:
Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002; 1:16–20.
42. BROYLES LM, BINSWANGER IA, JENKINS JA, FINNELL DSET AL:
Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response. *Substance Abuse*, 2014; 35:217–221.
43. THORNICROFT G, ROSE D, KASSUM A, SARTORIUS N:
Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 2007; 290:192–193.
44. KALAPOZ MP:
Penrose's Law. Methodological challenges and call for data. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2016; 49:1–9.
45. MOORE RD, BONE LR, GELLER G, MAMON JA, STOKES EJ, LEVINE DM:
Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *The Journal of American Medical Associations*, 1989; 261:403–407.
46. MCLELLAN AT, LEWIS DC, O'BRIEN CP, KLEBER HD:
Drug dependence, a chronic medical illness / Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *The Journal of American Medical Association*, 2000; 284:1689–1695.
47. KALAPOZ MP:
Bevezetés az alkohológiába. *Medicina*, Budapest, 2007.
48. KALAPOZ MP:
Bevezetés az addiktológiába. *Medicina*, Budapest, 2016.
49. GULÁCSI L:
A minőség koncepciója és mérése az egészségügyben. In: Gulácsi L (szerk.): *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. *Medicina*, Budapest, 2000; 113–142.
50. BELICZA É, TAKÁCS E, BONCZ I:
Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Orvosi Hetilap*, 2004; 145:1545–1592.
51. GERGELY T, SZÓTS M:
Minőség az egészségügyben. *Medicina*, Budapest, 2001.
52. LIEBERMAN JA, STROUP S, MCEVOY JP, SWARTZ MST AL:
Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 2005; 353:1209–1203.
53. LAMBERTI JS:
Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 2007; 58:773–781.
54. DÖME P, KUNOVSKY P, TAKÁCS P, FEHÉR L ET AL:
Clinical characteristics of treatment-resistant depression in adult in Hungary: Real-world evidence from a 7-year-long retrospective data analysis. *PLoS ONE*, 2021; 16(1):e245510.
55. JIN J, SKLAR GE, OH VMS, LI SC:
Factors affecting therapeutic compliance: A review from patient's perspective. *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 2008; 4:269–286.

Egy cél, két megközelítés: az öngyilkossági kockázat szűrésének elméleti és gyakorlati dilemmái

518

Bérdi Márk

Magánrendelés, Budapest

Összefoglalás: Az öngyilkossági veszély becslésének nincs egyetlen könnyű módja. Bár egyre többféle megközelítésű elmélet próbálja leírni az öngyilkos magatartást, a szuicid rizikó mérésére használt skáláink komoly pszichometriai korlátokkal küzdenek. Míg a kvantitatív pszichometriai skálák elméletileg jól megalapozottak, de nem elég érzékenyek, addig a (félig)strukturált, kvalitatív interjúk szisztematikusak és átfogóak, de túl költségesek és időigényesek. A pszichometriai skálákhoz képest az interjúk a szuicid rizikó becslésében egy új megközelítést is képviselnek. E megközelítésnek, többek között, fontos részei: a klinikus öngyilkossággal kapcsolatos ismereteinek bővítése, a szuicid krízis – illetve kísérlet – narratíva fókuszú megközelítése, valamint a rizikószint és a szükséges beavatkozás egy személyre szabottabb megfogalmazása. A tanulmány elméleti részét követően két eljárást mutatok be, amelyek a kvantitatív és kvalitatív megközelítés egy-egy példái. Amellett szeretnék érvelni, hogy a gyakorlat különböző területein mind a rövid skáláknak, mind pedig a szisztematikus interjúknak fontos szerepe van. Az átfogó interjúk az oktatásban is fontos szerephez juthatnak, mert segítségével az öngyilkossági rizikóbecslés folyamatának szemlélete is átadható.

Kulcsszavak: predikció; prevenció; szuicídium; depresszió; rizikóbecslés; paradigma

Summary: There is no single easy way of suicide risk assessment. Although more and more theories try to describe suicide behavior, our scales struggle with severe psychometric limitations. While quantitative psychometric scales stand on a theoretically firm basis, their sensitivity is poor; (semi)structured, qualitative interviews are systematic and comprehensive but costly and time-consuming. Interviews, compared to scales, also represent a new approach in suicide risk assessment. In this approach, among other things, expanding clinicians' knowledge about suicide, the narrative approach of a suicide crisis and suicide attempt, and a more specified formulation of the risk level and indicated intervention are central. Following the theoretical part of the paper, I will describe two assessment tools that represent the quantitative and qualitative approaches, respectively. I would like to argue that both short psychometric scales and systematic interviews have their salient role in different areas of clinical practice. Systematic interviews could play an important role in postgraduate education as with their help the approach to suicide risk evaluation as a process can be conveyed to professionals.

Keywords: prediction; prevention; suicide; depression; risk assessment; paradigm

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint az európai régióban évente közel 120.000 ember vet véget életének. Hazánkban a szuicid ráta (100.000 lakosra jutó éves öngyilkossági halálozás) 1984-ben volt a legmagasabb. Az akkori 45,9-es értékről 2015-re 19,0-re csökkent, ami majdnem 60%-os visszaesést jelent. Az utóbbi 10 évben 30%-os javulás volt megfigyelhető (1). Világviszonylatban is hasonló, 32,7%-os csökkenés volt tapasztalható az 1990 és 2016 közötti időszakban (2). 2019-ben már „csak” 1550 volt

a befejezett szuicídiumok száma, ami kerekítve 16-os rátának felel meg (1).

Ennek a kedvező változásnak számos orvosi-biológiai és pszichoszociális oka lehet. Ezek közül – a Gotland-vizsgálat nyomán – kétségkívül a depresszió szerepe a legszélesebb körben kutatott és ismert (3). Ezt nevezzük a depresszióhipotézisnek. A befejezett szuicídium mellett a halállal nem végződő öngyilkossági kísérletekben is markáns szerepe lehet a depresszióknak: az „erős meghalási szándékkal” kísérletezők jelentős hányada rendelkezik valamilyen affektív zavar diagnózissal (4), ezért – ahogy Rihmer

Zoltán és Perczel Forintos Dóra kiemelik –, „az aktuálisan öngyilkossági veszéllyel nem járó depressziós betegségek korai felismerése és eredményes kezelése az öngyilkosság-megelőzés rejtett, de kétségtelenül eredményes formájának tekinthető” (5, 111. old.).

A társadalmi, lélektani és egyéb nem biológiai, vagy akár abiológiai, mint például meteorológiai (6), tényezők vizsgálata és megértése az ezredfordulóig háttérbe szorult (ennek hazai előzményeiről és körülményeiről lásd Buda Béla áttekintéseit 7, 8). Ma már a szuicidium elméleti megközelítése valóban biopszichoszociális, ahogy azt a nemzeti szintű irányelvek (9) és szerkesztett kötetek (10, 11) is tükrözik.

Az öngyilkosság-megelőzés azonban nem csak népegészségügyi szintű probléma, hanem az egészségügyben dolgozó szakembereket közvetlenül is érinti. Pszichiátriai és sürgősségi osztályon, valamint pszichiátriai gondozóban és egyéb ambuláns ellátásokban nagyon gyakran, a napi rutin részeként végeznek a szakemberek öngyilkossági rizikóbecslést. Nem túlzás azt mondani, hogy ez a klinikai tevékenység a legszélesebb körben alkalmazott szuicid prevenció (12). Ezért a becselőeljárások lényegi részét képezik az egészségügyi ellátórendszernek. Klinikai körülmények között leggyakrabban a közvetlen vagy azonnali rizikó felmérése áll a fókuszban, de a hosszú távú vulnerabilitás is kulcsfontos-

ságú a kezelés megtervezése, a prevenció, az eset menedzselése szempontjából (13).

A fekvő- és járóbeteg-ellátásban dolgozó szakemberek bár eltérő arányban, de találkoznak szuicid pácienssel (14). A becslések szerint valamikor a karrierük során a pszichiáterek 50, a pszichológusok, szociális munkások 20%-ának hal meg páciense öngyilkosságban (15). Mind a befejezett (16), mind a nem befejezett (17, 18) öngyilkossági kísérlet előtti hetekben a páciensek jelentős hányada felkeres valamilyen egészségügyi szakembert. Az öngyilkosok 83%-a a halála előtti egy évben valamikor bekerül az egészségügyi ellátórendszerbe, ötből egy öngyilkos pedig a halála előtti négy hétben sürgősségi osztályon kerül felvételre (19). A sürgősségi osztályokon ennek ellenére nem történik rutinszerű szuicid rizikó szűrés.

A szuicid-megelőzéssel kapcsolatos egyre növekvő érdeklődéssel párhuzamosan új szűrőtesztetek (20) és interjúk (21, 22) is megjelennek. A tünetbecslő skálák pszichometriai megbízhatóságát és a szuicid veszély szűrésében betöltött gyakorlati hasznosságukat bár erős kritikák érik, a szuicid prevenciónak továbbra is fontos részét képezik. Ezzel párhuzamosan pedig a szisztematikus, átfogó, inkább kvalitatív jellegű és jóval időigényesebb szűrő interjúk is egyre nagyobb teret nyernek a gyakorlat bizonyos területein.

1. táblázat

Az öngyilkossági rizikó mérésében gyakran használt skálák és interjú

Az eljárás eredeti és magyar neve		Szerző	Magyar adaptáció	A vizsgáló tölti ki vagy önkítöltős?	Időigényesség	Tünet-skála vagy szuicid rizikó-becslő eljárás?	Mit mér?
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	Hamilton Depresszió Skála (HAM-D)	Hamilton 1960 (23)	Rózsa és mtsai 2003 (24)	vizsgáló tölti ki	kb. 10 perc, 17 tételes	tünet-becslő	melankóliás tünetek, reménytelenség, irritabilitás, inszomnia, fáradtság
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Beck Reménytelenség Skála (RS) – rövidített magyar változat ¹	Beck 1974 (25)	Perczel és mtsai 2001, 2007 (26,27)	önkítöltős	<2 perc, 4 tételes	tünet-becslő	reménytelenség affektív, kognitív és motivációs komponensei

Eredeti közlemények

520

Beck Depression Inventory	Beck Depresszió kérdőív (BDI) – rövidített magyar változat ¹	Beck 1961 (28)	Kopp és mtsai 1990; Rózsa és mtsai 2001 (29,30)	önkitöltős	néhány perc, 9 tételes	tünet-becslő	a depresszió kognitív, szomatikus és pszichés tünetei
Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)	Beck Szuicid Gondolatok Skála	Beck 1979 (31)	–	önkitöltős	kb. 10 perc, 21 tételes	rizikó-becslő	szuicid gondolatok, tervek, viselkedés az elmúlt héten
MMPI-2	MMPI-2	Butcher és mtsai 1989 (32)	Bagdy és mtsai 2009 (33)	önkitöltős	1–1,5 óra, 567 tételes	tünet- és rizikó-becslő	depresszió főskála, 2-7/7-2 kódpár, DEP4, SUI alskálák. standard pontszám
	Rövid Szuicid Skála	Rihmer és mtsai 2018 (20)		vizsgáló tölti ki	néhány perc, 6 tételes	rizikó-becslő	rövid és hosszú távú öngyilkossági veszély tünetei
Suicide Intent Scale (SIS)	Szuicid Szándék Skála	Beck és mtsai 1974 (34)	–	vizsgáló tölti ki	kb. 10 perc, 15 tételes	rizikó-becslő	a közelmúltban kísérelten átesetteknel a szándék verbális és non-verbális jelei
	Rövid Kockázatbecslő Skála ²	Wernigg és Blazsek 2015 (35)		félig-strukturált, a vizsgáló tölti ki	5–10 perc, 14 tétel	rizikó-becslő	auto- és hetero-agresszió kockázata, statikus (anamnesztikus) és dinamikus (jelen) szuicid rizikótényezők, protektív faktorok
Screening Tool for Assessing Risk of Suicide (STARS) ³	Szuicid Rizikó Szűrőteszt	De Leo és Hawgood 2015 (36)		félig-strukturált, a vizsgáló tölti ki	20–30 perc	rizikó-becslő	közvetlen és rövid távú veszély, rizikótényezők, figyelmeztető jelek és protektív tényezők
Suicide Status Form (SSF III) ⁴	Szuicid Státusz Felmérése	Michel and Gysin-Maillart 2015 (37)		a páciens tölti ki, a terapeuta segítségével	néhány perc, 6 tételes	rizikó-becslő	aktuális szuicid veszély, lelki fájdalom, reménytelenség, stressz, öngyűlölet és nyugtalanság
Marsha Linehan's University of Washington Risk Assessment Protocol (UWRAP) ³	rizikóbecslő protokoll	Linehan és mtsai 2012 (22)		strukturált, a vizsgáló tölti ki, de tartalmaz önértékelő skálákat is	a páciens állapotától függően 30–40 perc	tünet- és rizikó-becslő skálákat is tartalmaz	hangulat és szuicid késztetések, distressz mértéke, a szándékos önméregzés módja, ideje

¹ A RS és BDI része annak a vizsgálati folyamatnak, amelyet *Rihmer és Torzsa* (2016, 38) dolgoztak ki háziorvosok számára az öngyilkossági veszély minél pontosabb detektálására.

² Az interjú segítségével bár pontszámok alapján becsülhető a rizikó szintje (alacsony, közepes, magas), de ez inkább tapasztalati alapú, mert az eljárást még nem validálták.

³ A legtöbb kvalitatív, interjú alapú megközelítés azzal is segíti a vizsgáló munkáját, hogy kvantifikálja, kategorizálja a rizikó szintjét. Ezek az eljárások azonban nagyobb hangsúlyt fektetnek arra, hogy a szűrés kimeneti változója egy bővebb szöveges értékelés legyen, amely fő célja a rizikó szintjének kifejtése és biztonsági intézkedések megfogalmazása.

⁴ Az SSF-III felvételét – az Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) részeként – minden alkalommal el kell végezni.

A dolgozatomban amellet szeretnék érvelni, hogy az öngyilkossági veszély szűrésében megfelelő módon alkalmazva mind a kvantitatív, skála alapú, mind pedig a szisztematikusabb, átfogóbb felmérést lehetővé tevő új(abb) interjú eljárásoknak egyaránt van létjogosultsága a gyakorlat különböző részein. A *skálák* könnyebben, gyorsabban felvehető, szakemberek szélesebb köre számára reális a napi rutinba való beillesztésük, például a háziorvosi praxisban, ahol a pontos kórisme nem feltétlenül cél, viszont a pszichometriai skálák segíthetik a depresszió és az öngyilkossági veszély szűrését (38). Ezek a papír-ceruza tesztek fontosak a szuicid veszély hosszabb távú predikciójában, s így a hosszú távú kezelés meghatározásában, valamint nélkülözhetetlenek a klinikai kutatásokban. De beilleszthetők egy átfogó vizsgálatba is, ezzel növelve a vizsgálat validitását. Az inkább kvalitatív jellegű *interjúk* a rövid távú rizikó becslésében, az eset itt és mostra vonatkozó, egyénre szabott kezelésében nyújtanak támpontokat a szakembernek. Használatuk nagyobb technikai felkészültséget, adott esetben képzést kíván meg, ezért ezeknek az eljárásoknak még egy fontos hozadéka van: szofisztikáltságuk, részletességük miatt, a képzésekbe beépítve növelhetik a szakember kompetenciaérzését, bővíthetik a szuicid veszélyeztető jelekkel, szuicid páciensek esetének menedzselésével kapcsolatos ismereteiket (39, 40). Hátrányuk azonban, hogy adaptálásuk, a protokoll elsajátítása, a mindennapi gyakorlatban történő alkalmazásuk komoly erőforrások mozgósítását kívánja meg.

A tanulmány elméleti részét követően két eljárást szeretnék bemutatni: a hosszú távú vulnérabilitást mérő, hat tételes rövid szuicid skálát, amelyet *Rihmer Zoltán és mtsai* dolgoztak ki (20, 41), valamint a Screening tool for assessing risk of suicide névre hallgató interjút, amelyet *Jacinta Hawgood és Diego De Leo* (36) fejlesztettek ki, és a rövid távú, illetve közvetlen rizikóbecslésben alkalmazható. E két eljárással az öngyilkossági becslés két megközelítését szeretném szemléltetni.

A szuicid magatartás modelljei

Legyen szó skáláról vagy interjúról, a teszt készítői, és implicit módon a felhasználói is, valamilyen modell, vagy modellek kombinációját veszik alapul a rizikóbecslés során. Ezen modellek részleteinek (42) áttekintése meghaladná a jelen tanulmány kereteit. Gyakorlati szempontból is figyelemreméltó azonban az a fejlődés, amin ezek a modellek keresztülmentek. Országunként és kultúránként eltérő ez a fejlődési út, de *Carter és mtsai* (43) alapján didaktikus és történeti szempontból is érdemes megkülönböztetni a predikciós modellek három generációját.

Az *első generációs* modellek alapvetően szakértői véleményen alapultak: esettanulmányok voltak. Még jóval a szuicidológia ötvenes évekbeli kibontakozása előtt, pszichoanalitikus esettanulmányokban jelentek meg szuicid páciensek lélekelemzései (44–46). Az öngyilkosság legtöbb pszichoanalitikus elmélete is ebből az időszakból származik (ezek magyar nyelvű összefoglalását lásd 47). A hatvanas évektől a kutatók az egyes esetek „lélektani boncolása” alapján próbálták felállítani az öngyilkos magatartás modelljét. Erre a megközelítésre jó példa *Farberrow és mtsainak* (48), *Litman és mtsainak* (49), itthon pedig a hatvanas években *Cseh-Szombathy László* (50), illetve a nyolcvanas években *Keleti Judit* (51) munkái. *Litman és mtsai* (49) például a hatvanas években a szándékos barbiturát önmérgezéses esetek részletes vizsgálatával próbálták feltérképezni az öngyilkosság előzményeit, körülményeit és a személy vélt vagy valós szándékát. Ahogy *Buda Béla* megjegyezte, az öngyilkosság-kutatásban ettől kezdve válnak az esettanulmányok a hipotézisalkotás eszközeivé (52).

A *második generációs* előrejelzési modelleknek a statisztikai alapon meghatározott, időben állandó, azaz *statikus* (vagy csak nagyon lassan változó) rizikófaktorok – mint pl. a korábbi öngyilkossági kísérlet, familiáris előzmények, major pszichiátriai kórkép stb. – meglétének vagy hiányának, súlyának értékelése adja az alapját. *Alex Pokorny* (53, 54) mára klasszikus, 4800 amerikai veteránt vizsgáló kutatása az egyik legismertebb „második generációs” stratégia.

Pokorny amerikai veteránok szuicid magatartásának predikciójába pszichometriai skálákat vont be, amelyek a reménytelenségérzéstől pszichopatológiai változókon át a higiéniéig számos faktort mértek.

Az újabb *harmadik generációs* modellek pedig már magukban foglalják a szuicídium dinamikus kockázati tényezőit is, mint pl. szerhasználat (55, 56), elhagyatottság érzés (57, 58), neurobiológiai faktorok változása (59), erős szorongás (60) – hogy csak néhány változót emeljünk ki. Hazánkban, céljait és eredményeit tekintve is, ebbe a vonulatba illeszkedett már a hetvenes évek közepén a Társadalmi beilleszkedési zavarok komplex elemzése című főirány, amely előbb a Központi Statisztikai Hivatal, majd a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézetének keretei közt folyt (az eredmények összefoglalását lásd 61).

Részben a jelenleg elterjedt pszichometriai skálák és interjúk korlátai miatt (részletesen lásd a következő részben) egyre több kutatás foglalkozik az öngyilkossági gondolatok és viselkedés rapid változásainak lehetséges mérési módjaival. Ezen új technikák közé tartozik (1) a pillanatnyi ökológiai státusz mérése (ecological momentary assessment, EMA), illetve a valós idejű rizikófaktorok azonosítása digitális fenotípus-elemzés segítségével; (2) az öngyilkossági veszély kognitív markereinek mérése és (3) a szuicid gondolatok és rizikó neurobiológiai jeleinek felismerése (ezek összefoglalását lásd például *Ballard és mtsai* 2021 [62]).

A preszuicidális pszichopatológia jobb megértésében segíthetnek továbbá a szuicid-specifikus szindrómák újabb leírásai is, mint amilyen az akut öngyilkossági affektív zavar (acute suicidal affective disturbance, ASAD) (63) és az öngyilkossági krízis szindróma (suicidal crisis syndrome, SCS) (64). Ahogy a két szindrómát részletesen bemutató és értékelő tanulmányukban *Vörös Viktor és mtsai* megállapítják, ezen kórismék – hasonlóan a klasszikus krízisparadigmákhoz – segítségünkre lehetnek a rizikót jelentő tünetek és azok dinamikájának jobb megértésében, felmérésében, ezáltal pedig tervezhetőbbé válik a segítségnyújtás (65).

Felmerül az a kérdés is, hogy a különböző mo-

dellek ötvözésére tett kísérletek elvileg járhatnak-e sikerrel? *Hane Maung* tudományfilozófus rámutatott (66), hogy a jelenlegi megközelítések (pszichológiai autopszia, biológiai, epidemiológiai, kvalitatív stb.) az öngyilkosság különféle oki tényezőit (genetikai, neurobiológiai, egyéni és interszónális, valamint tágabb társadalmi faktorok) olyannyira eltérő módon ragadják meg, hogy kutatási eredményeik összemérhetetlenek (inkompenzabilitások), s ez – *Maung* szerint – szükségszerűen egy szigorú magyarázati pluralizmushoz vezet a szuicidológiában. A *Maung* által felvetett pluralizmus radikális, és első olvasatra talán kiábrándító az öngyilkosságot kutatók számára, mert azt mondja, hogy az öngyilkosság miértjének vizsgálatai és elméletei hiába tükröznek sokféle megközelítést, a kutatások eredményei metafizikai értelemben talán, de ismeretelméleti szempontból még elvileg sem összevonhatók egyetlen átfogó magyarázó modellben. Illetve ez megpróbálható, de „többet veszítünk a révén, mint amennyit nyerünk a vámon”: az integrációval többet gyengül az egyes bevont magyarázó modellek ereje, mint amennyit összevonásukkal nyerünk például az öngyilkossági veszély becslésében. Tovább árnyalja a képet, teszi hozzá *Maung*, hogy a különféle megközelítések (biológiai, kvalitatív, epidemiológiai stb.) közti dinamika is nehezíti az integrációt azáltal, hogy – hasonlóan más tudományterületekhez – a szuicidológiai témák fontosságának megítélését (tudomány)politikai értékek és érdekek, személyes attitűdök és ideológiák befolyásolják. Például a kvantitatív és epidemiológiai kutatások túlréprezentáltak a kvalitatív kutatásokhoz képest. Mások (például 67, 68) ennél megengedőbb pluralizmust ösztönöznek: szülessen minél többféle megközelítésű elmélet, a különböző területeken zajló vizsgálatok kutatások eredményeit a kutatók egymás között értékeljék, történjen meg validálásuk és integrálásuk. *Maung* konklúziója mégis azért pozitív, mert bár elveti az empirikus eredmények integrációjának eredményességét, azt mondja, hogy a különböző irányzatokból származó kutatások eredményeinek értékeléséhez az „empírián túlmutató értékekre, mint például (...) pragmatikus célokra” van szükség. Vagyis,

„nincs egyetlen, a többihez képest *tout court* feljebbvaló megközelítés, hanem különböző célok esetében különböző megközelítések lehetnek értékesek” (66, 9. old.).

Elég jók a becslőeljárások?

A öngyilkossági ráták csökkentése érdekében kulcsfontosságú a *prevenció*, a megfelelő pontosságú *kockázatbecslés* és a szuicid magatartás *diagnózisa*. Vagyis, a különböző szinteken megvalósuló prevenció, az eltérő módszerrel és helyzetben történő kockázatbecslés és az öngyilkosság szempontjából kritikus pszichopatológiák és pszichológiai jellemzők felismerése, diagnosztizálása (1. ábra, *Turecki és mtsai 2019* alapján Ref.: 69).

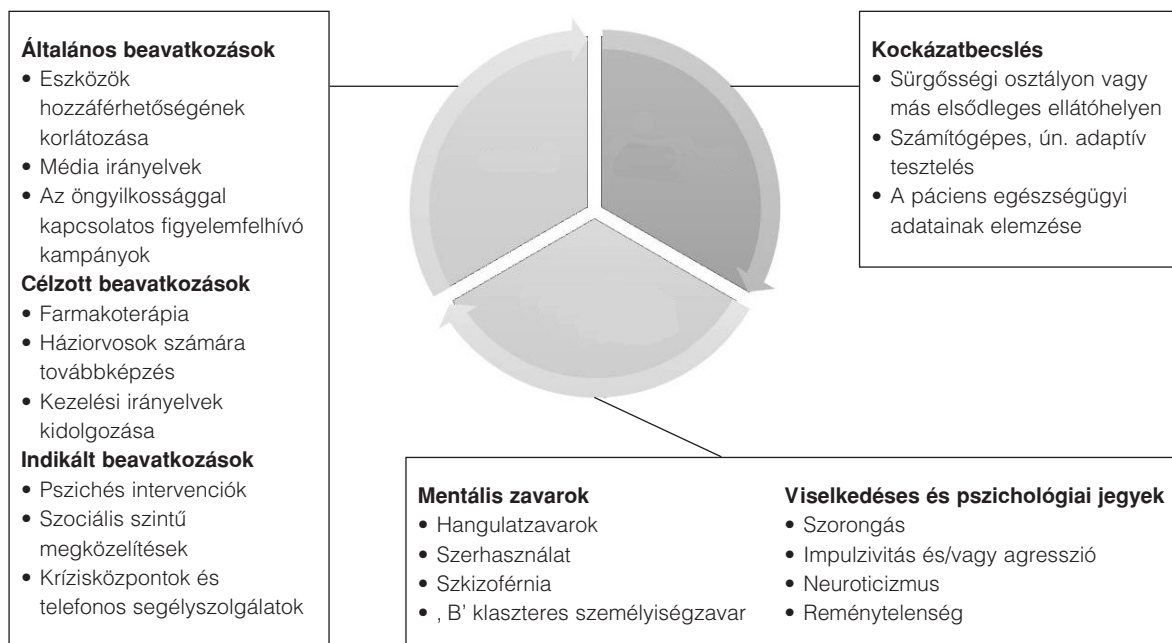
Ahogy globálisan egyre nagyobb figyelem irányul a szuicid prevencióra, úgy egyre több kutatás foglalkozik a rizikóbecslő eljárások prediktív erejének vizsgálatával is (pl. 70–74). A metaanalízisek eredményei azonban nagyon vegyes képet mutatnak arról, hogy a széles körben használt papír-ceruza tesztek vagy pszichometriai skálák a rövid és hosszú távú öngyilkosságnak milyen pontos előrejelzői.

A szuicid rizikó mérésére elterjedten használt pszichometriai skálák jellemzőivel kapcsolatos kutatási eredmények nagyon eltérő képet festenek azok detekciós pontosságáról (például 43, 75, 76). Egy öt évvel ezelőtti svéd szisztematikus áttekintő tanulmány (72) szerzői például arra a következtetésre jutottak, hogy a vizsgált huszonkét kérdőív (mint például a Beck-féle depresszió kérdőív és reménytelenség skála) közül egy sem éri el az 50%-os szenzitivitási (azoknak az aránya, akik öngyilkosságban haltak meg és a teszt is ezt jelezte előre), illetve a 80%-os specifitási (azoknak az aránya, akik nem öngyilkosságban haltak meg és akiknél a teszt sem jelzett rizikót) szintet.

A témában végzett egyik legnagyobb összefoglaló tanulmány szerint a tesztek által meghatározott „magas rizikójú” kategóriának nincs klinikai haszna (43). *Pisani és mtsai* (77) egyenesen amellett érvelnek, hogy a rizikószintek kategorizálása elavult, mert „(e)z a fajta címkézés az alacsony rizikójúak számára nagyon kis mértékben vagy egyáltalán nem szorgalmaz személyre szabott intervenciót, a magas rizikójúak esetében pedig intenzív, de alig személyre szabott közbeavatkozást eredményez.” (627. old.). Akadnak olyan szerzők is, akik a tesztek gyenge

1. ábra

Az öngyilkosság prevenciójának megközelítése (Turecki és mtsai 2019 nyomán)



előrejelző képességei miatt általánosságban megkérdőjelezzük a teszt és interjú alapú predikció gyakorlati alkalmazásának létjogosultságát (például 70).

A szuicid rizikót mérő tesztek predikciójának pontosságát azonban nagyban korlátozza – és ezt a skálák használhatóságának értékelésekor is figyelembe kell venni –, hogy a vizsgált jelenség (azaz a szuicídium) populáció szinten nagyon ritka – a teszteket használó klinikus a „tűt a szénakazalban” helyzettel találja szemben magát.

Részből a fent említett korlátok miatt, egyre nagyobb teret nyernek azok az interjú eljárások, amelyek inkább kvalitatív jellegűek, kliensközpontúak és a vizsgált személy itt-és-most élményére, szükségleteire fókuszálnak (78). Ezzel összhangban egyre több tanulmány és nemzeti szintű egészségügyi irányelv javasolja a szuicid páciensek vizsgálatának „szükséglet-alapú megközelítését”, amely egy komplex, átfogó klinikai értékelő folyamat része (79, 80).

Akkor foglalkozzunk-e egyáltalán predikcióval?

Ha ennyi probléma van a skálák és interjúk statisztikai és gyakorlati értékével, akkor miért szánunk pénzt és időt ilyen eszközök kidolgozására? Miért érné meg ezek használatát oktatni? Ha az ezek alapján hozott kategoriális besorolások (alacsony, közepes, magas kockázat) alacsony prediktív erővel bírnak, akkor miért ragaszkodunk ezekhez a kategóriákhoz? Az előrejelzés helyett inkább a megelőzésre kéne helyezni a hangsúlyt?

A hosszú távú rizikót vizsgáló kérdőívek populáció szinten statisztikailag igazolt, jellemzően kizárólag az úgynevezett *statikus rizikófaktorokat* mérik, s egytől akár több tíz éves utánkövetéses vizsgálati adatokon alapulnak (81). Ezek a skálák nem, vagy csak nagyon bizonytalan támpontot nyújtanak a szakembernek abban, hogy megbecsülje az azonnali, rövid távú szuicid kockázatot, azaz nem segítenek a dinamikus változó tényezők felmérésében. A hosszú távú kockázatot mérő skálák alkalmaz-

hatóságának egyik komoly korlátja pont az, hogy populáció szintű, hosszabb távú predikciós erejük az egyén szintjén tovább romlik és kifejezetten rosszul teljesítenek a rövid távú előrejelzésben (82). Ezek a tesztek általában nem is tartalmaznak olyan tételeket, amelyek az öngyilkosság azonnali figyelmeztető jeleit mérik, miközben ezek a jelek a legjobb prediktorai annak, ha egy személy meg akar halni (83). Ezek a skálák terjedtek el leginkább az oktatásban is, ennek pedig egyik nem mellékes következménye, hogy így a közvetlen figyelmeztető jelek, veszélyeztető tünetek kevesebb figyelmet is kapnak a képzésekben.

Nem meglepő talán, hogy a pszichometriai skálákat ért számos kritika miatt vannak, akik szerint a tévesen magas vagy alacsony rizikójú csoportba sorolás egyenesen árthat is a betegnek, ezért egyes szerzők amellet érvelnek, hogy fel kéne hagynunk az öngyilkossági kockázatbecslés gyakorlatával (70, 84). Van, aki szerint a kockázatbecslő eljárásokkal többet ártunk, mint használunk: miközben használatukkal a szakember önző módon csak magát próbálja megnyugtatni, addig a téves becslésnek egyértelmű negatív következményei is vannak mind a betegre, mind pedig az egészségügyi ellátórendszerre nézve (85).

A vélemények túlnyomó többsége azonban nem ilyen lesújtó. Többek szerint (például 43, 86, 87) – bár tesztjeink statisztikai teljesítménye valóban nem kielégítő – használatuk mellőzése helyett inkább a mérlegelés során több tényezőt figyelembe véve kellene körültekintőbben eljárunk. Ez a vélemény nagyban egybecseng azzal az állásponttal, ami mellett érvelni próbálok. Az „átfogó kockázatbecslés” az „átfogó klinikai felmérés” részévé kell váljon, amely folyamatnak nem célja – vagy legalábbis nem fő célja – az, hogy a pácienseket kockázati kategóriákba sorolja. A rizikótényezők kategorizálása *önmagában* nem jelentheti a klinikai döntéshozatalt, hanem előtérbe kell helyeznünk a páciens szükségleteit, informálnunk kell a kezelés elfogadásának és elutasításának kockázatairól, azaz – amennyiben állapota ezt lehetővé teszi – a lehető leginkább be kell vonnunk a kezelésével kapcsolatos döntéshozatal folyamatába. Erre jó

példa a *Pisani és mtsai* által kidolgozott prevenció-orientált stratégia (77).

Ezekből a hozzászólásokból, úgy vélem, a leginkább megszívlelendő az az, hogy a tesztek, interjúk alkalmazása sosem állhat önmagában. A rizikóbecslés nem jelentheti pusztán egy technológia alkalmazását. Az öngyilkosság és öngyilkos magatartás lehető leghatékonyabb előrejelzése csak több rizikófaktor együttes figyelembevételével lehetséges, amelyek közül kiemelt figyelmet érdemel a közvetlen veszély becslése, emelik ki *Ballard és mtsai* (62).

A jövőbeli szuicid vulnerabilitást mérő komplex modelleknek túl kell lépniük a pusztán pszichiátriai faktorok mérésén, nagyobb hangsúlyt fektetve a rizikó- és protektív tényezők interakciójának pontosabb megértésére (42, 74, 88, 89). Ez összhangban van egyébként az angol Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézet (NICE) „szükséglet-alapú megközelítésével” (79) és a magyar egészségügyi irányelvekkel is (az irányelv teljes változatát lásd Emberi Erőforrások Minisztériuma 9; rövidített változatát pedig 80).

De miért nehéz előrejelezni az öngyilkosságot?

A szuicid kockázat becslése és predikciója különösen nagy kihívás elé állítja a szakembert. E nehézség részben *objektív*, részben pedig *szubjektív* tényezőkből ered. Objektív akadályoknak nevezem azokat, amik az alkalmazott tesztek pszichometriai tulajdonságainak elégtelenségéből és a vizsgált jelenség (öngyilkos magatartás) összetettségéből fakadnak.

Ami az *objektív* korlátokat illeti: mára jól ismert tény, hogy az öngyilkosság sajnos csak nehezen, vagy ritkán bejósolható (53, 54, 62, 69, 73, 82). *Pokorny* korábban már idézett tanulmányában (53) bemutatta, hogy a kategorizáción alapuló tesztekkel egyrészt könnyű túlbecsülni az öngyilkossági veszélyt (téves pozitív döntés), másrészt pedig nehéz kiszűrni azokat az eseteket, amikor az öngyilkosság veszélye valóban magas (téves negatív döntés). Ennek okai, hogy (a) populáció szinten az öngyilkosság viszonylag ritka jelenség, prevalenciája alacsony, ami

megnehezíti a pozitív predikciót (43, 75, 90); (b) a rendelkezésre álló mérőeszközök nem elég érzékenyek a mentális állapot rövid távú időbeli változásának mérésére (70, 73); valamint (c) a páciensek öngyilkossággal kapcsolatos szégyenérzete, rejtőzködése is megnehezíti az ezzel kapcsolatos gondolatok, érzések, szándékok feltárását (40, 91, 92). Mindezeket nehezíti az is, hogy az aktív szuicid állapot időben nagyon rövid: az öngyilkossági gondolatok talaján megszülető döntés és a tényleges kísérlet között harminc perc vagy ennél is kevesebb idő telik el (93). Ezért a szuicid gondolatok vizsgálata, például egy klinikai interjú során, csak korlátozottan alkalmas az öngyilkossági rizikó becslésére (62). Továbbá a szuicid gondolatoknak más rizikófaktorai vannak, mint a gondolatokból a konkrét szuicid magatartásba való átmenetnek. Míg az öngyilkossági gondolatok szorosabban összefüggnek a hangulatzavarokkal, addig az öngyilkossági viselkedés megjelenéséhez inkább a szorongásos és impulzuskontroll zavarok vezetnek (74, 94, 95).

Szuicid betegekkel az egészségügyi ellátásban dolgozók jelentős hányada találkozik. E betegcsoporttal való munka pedig a kezelés és ellátás valamennyi fázisában résztvevő szakember számára lelkiileg megterhelő. Kifejezetten igaz ez a rizikóbecslést végző egészségügyi szakemberekre (92). Ők a szuicid páciensekkel való munkájukban érzelmi, kapcsolati, kommunikációs és technikai nehézségeket élhetnek meg, illetve problémát jelenthet a kapcsolattartás a családdal is (96). A becslésnek, mint minden tesztelési, vizsgálati folyamatnak *szubjektív* tényezői is vannak: a vizsgálatot végző klinikus személyisége, tapasztalata, értékrendszere hat a becslés folyamatára. Továbbá, mivel nem pusztán egy steril pszichometriai műveletről, hanem egy interperszonális folyamatról van szó, klinikus és páciens egymásra is hatnak. Számolnunk kell azzal, hogy a szcientista, kívülálló megfigyelő pozíció helyett nagyon is részesei vagyunk a vizsgálati helyzetnek, amely így egy interszubjektív helyzet.

Szuicid betegek esetében már az első vizsgálat során felerősödhet a vizsgáló orvosban, pszichológusban az az érzés, hogy a páciens nem

működik együtt, elhallgat valamit. Sok szakember éli meg azt, hogy a szuicid páciensekkel való terápiás munka vagy akár az állapotfelmérő vizsgálat „merő kín szenvedés”, ahogy *Gabbard* (97) írja, s ez az érzés sokszor szül a pácienssel szembeni gúnyt és elutasítást is. A predikciót – és így a kezelés megtervezését is – nehezítő további szubjektív tényező a szakember által megélt tudás-, illetve kompetenciahiány. A szuicid lelkiállapotról, a rizikótényezőkről, a számbavehető hatékony kezelési módokról való tudás részlegessége jelentős szorongás forrása lehet. Nem meglepő talán, hogy *Rothes és mtsainak* (96) vizsgálatában a megkérdezett közel kétszáz pszichiáter, pszichológus és háziorvos 60%-a érezte szükségét specifikusan az öngyilkosság prevenciójával, rizikóbecsléssel és esetmenedzseléssel kapcsolatos továbbképzésnek.

Új szemlélet a szuicid veszély felmérésében

Attitűdök és kompetenciák

A szakember szuicid páciensekkel szembeni érzelmi viszonyulásai – vagyis attitűdjei –, valamint a rizikóbecsléssel kapcsolatos kompetenciaérzései, meglévő technikai készségei összefüggnek és befolyásolják az öngyilkossági kockázat felmérésének folyamatát. Attitűdünktől is függ, hogy például egyáltalán felmerül-e bennünk az, hogy foglalkozunk a szuicídium kockázatával? Rákérdezünk-e a páciens öngyilkossági gondolataira, fantáziáira, korábbi öngyilkossági kísérleteire? Milyen részletességgel tesszük ezt? S ha rákérdezünk, akkor a kapott válaszokat miként értékeljük – vagyis, milyen döntést hozunk? Mindez pedig a klinikai, terápiás kapcsolatban zajlik és ezért kérdés az is, hogy a szakember hogyan (milyen hangon, milyen érzelmi miliőben) teszi fel ezeket a kérdéseket.

Attitűdjeink vezérfonalként segítenek minket döntéseink meghozatalában (98). Ha az attitűd tárgyát túl fenyegetőnek észleljük, akkor ez előítéletet és stigmatizációt szülhet (99). Az öngyilkos páciensekkel kapcsolatos negatív attitűd

stigmák és előítéletek formájában nem csak a laikusokat, de a klinikumban dolgozó mentális egészséggel foglalkozó szakembereket is jellemzi (100). A halállal kapcsolatos félelmek és szorongások pedig felerősíthetik az öngyilkos páciensekkel szembeni elutasítást, elkerülést (101).

Felmerülhet a kérdés, hogy mit tekintünk pozitív és negatív attitűdnek a szuicídium, a szuicid páciens, illetve a prevenció vonatkozásában? Érdemes megjegyezni, hogy itt most az *öngyilkossággal* és annak *megelőzésével* kapcsolatos attitűdöket azonosként kezeljük – és bár a szakirodalomban ez a megközelítés van túlsúlyban (102) –, de egyáltalán nem ritka e kettő különválasztása. Vannak, akik – külön kezelve a prevencióval kapcsolatos attitűdöktől – azt tekintik az öngyilkossággal szembeni pozitív viszonyulásnak, ha a szakember elfogadja a páciens halálvágyát és elismeri azt, hogy egy kilátástalan helyzetben a személy inkább a halált választja (lásd például *Gagnon és Hasking* [103] ezzel kapcsolatos kutatását).

Az öngyilkossággal és konkrétan a szuicid beteggel szembeni attitűd azonban alakítható. Ennek egyik módja a graduális és posztgraduális képzések, továbbképzések során elsajátított tudás és készségek (104). Az öngyilkosság megelőzésével, a rizikó felmérésével kapcsolatos új ismeretek és gyakorlatok elsajátítása, a régi tudás felfrissítése képesek lehetnek arra, hogy téves hiedelmeinket, előítéleteinket felszámolják.

A szuicid prevencióval kapcsolatos egyre növekvő érdeklődéssel párhuzamosan új szűrőtesztet és interjúk is jelennek meg. Ezen új eszközök is segíthetik az attitűdök pozitív irányú változását azáltal, hogy a szakemberek inkább kérdeznek rá a veszélyeztető tünetekre, ez pedig hozzájárul a félelemvezérelt tabuk átformálásához.

Az öngyilkossági rizikó felmérése során klasszikusan alkalmazott mérőeszközök és interjúk használata és az eredmények értékelése, kategorizálása (alacsony, közepes vagy magas rizikószint), a további kezeléssel kapcsolatos döntés meghozatala a szakembertől megkíván egy bizonyos „technikai kompetenciát”, amelynek része „a szisztematikus rizikóbecslés, konceptualizálás és a szuicid klienshez illeszkedő eset-

menedzselés” is (40, 11. old.). A megélt kompetencia-hiány növelheti a szorongást, az önbizalomhiányt és a jogi felelősségrevonástól való félelmet.

Jacinta Hawgood és Diego De Leo (40) hangsúlyozzák a képzések szerepét ezen kompetencia-hiány orvoslásában. Ennek lényeges eleme szerintük pedig annak megértése, hogy *mi* és *mi nem* tartozik a rizikóbecslés körébe (2. táblázat). Egy közelmúltban készült tanulmány is kiemeli, hogy a fekvőbeteg-ellátásban előforduló befejezett szuicídiumok prevenciójának a szakemberek ismeretére, kompetenciájának, készségeinek fejlesztésére kell fókuszálnia (14). Egy, a szuicid prevenciók stratégiáit értékelő nagy áttekintő tanulmány szerzői is arra a következtetésre jutottak, hogy az egyik leghatékonyabb megelőzési mód az, ha a klinikusoknak a depresszió tüneteivel, pontosabban azok felmérésének lehetséges módjaival kapcsolatos ismereteit bővítjük – képzések, továbbképzések keretében (105).

A rizikóbecslés valóban több és szofisztikáltabb folyamat, mint pszichometriai skálák felvétele. Ahogy *Rihmer Zoltán és mtsai* összefoglaló tanulmányukban is kiemelik: „A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági rizikó meghatározásában, de nem helyettesítik a páciens szakszerű kikérdezését.” (107, 23. old.).

Az előrejelzés helyét ma már inkább a prevenció veszi át, azonban e két stratégia (predikció

és prevenció) nem válik ketté, hanem egy folyamatban jelennek meg (pl. 77). A becslésnek a páciens itt és most élményére, szükségleteire és helyzetére kell fókuszálnia, ahogy az *Hawgood és De Leo* fenti táblázatából is kitűnik. Éppen ezért egy ilyen értékelő folyamat során az öngyilkos magatartás predikciója helyett inkább arra van szükség, hogy a szakember pontosabb képet alakítson ki a páciens jelenleg átélt distressz és pszichés fájdalom (108) szintjéről, és az így azonosított szükségletekre reagáljon. Az öngyilkossági veszély felismeréséhez nélkülözhetetlen a szuicid gondolatokkal, fantáziákkal, konkrét tervekkel és érzelmi állapottal kapcsolatos kérdések célzott feltétele, valamint az előzmények, és a rizikó-, illetve protektív tényezők ismerete és feltárása (107).

A kockázati- és védőfaktorok együttes figyelembevételének fontossága megjelent a 2017-ben elfogadott egészségügyi szakmai irányelvben is, amely kimondja, hogy „(a) kockázati- és védőfaktorok interakciója határozza meg a személy vulnerabilitását az öngyilkos magatartás kialakulása szempontjából. Az öngyilkosság rizikótényezői kumulatívak; azaz minél nagyobb számban vannak jelen, annál nagyobb az öngyilkos magatartás bekövetkezésének valószínűsége. A kockázati és védőfaktorok alapos felmérésére van szükség minden öngyilkossági rizikónak kitett egyén, illetve minden pszichiátriai beteg észlelésekor.” (80, 48. old.).

2. táblázat

Mit tekintünk az öngyilkossági rizikóbecslés részének, és mit nem? (Hawgood és De Leo, 2016 nyomán, 75)

Az öngyilkossági rizikó becslésére igaz

- A kockázatot az *itt és most*ban határozza meg. A becslés klinikai hasznossága az idő előrehaladtával viszonylag hamar érvényét veszíti.
- A páciens narratíváját helyezi a középpontba. A szükségleteit, a stresszorokat, az erősségeit, valamint a védőfaktorokat azonosítja.
- Szisztematikus adatgyűjtés, amelynek célja a módosítható s kezelhető, kockázati és protektív tényezők feltárása.
- A páciens orientálja a kezelés felé.
- Egy folyamat és nem egy esemény.
- Egy kezelési „térkép” is egyben, amely a páciens jövőbeli és folyamatban lévő kezelésével kapcsolatos kérdésekre is segít választ adni.

Az öngyilkossági rizikó becslésére nem igaz

- Az öngyilkosság vagy öngyilkos viselkedés előrejelzése.
- Egyetlen vagy végleges, populáció-alapú rizikópontszám vagy kategória kiszámítása.
- Egy lista, amelyen a szakember kipipálhatja az egyes tételeket (szuicid gondolatok, korábbi kísérletek, pszichiátriai diagnózisok és egyéb kockázati tényezők).
- A szakember megérzésén vagy saját véleményén alapszik.
- Egy olyan kimeneti érték (kategória, pontszám), amely időben stabil.

Terápiás szövetség és narratíva-fókusz

528

A rizikóbecslés elméletét és gyakorlatát ellenzők kritikájukkal azonban mindenképpen rámutattak egy – egyébként általános pszichometriai – dilemmára: a populáció szinten kidolgozott és hosszú távú sérülékenységet mérő skálák a két-személyes klinikai helyzetben nem, vagy csak komoly hiányosságokkal működnek. Az általános vélekedéssel összhangban *Brian Draper* (78) szerint azonban túl kockázatos lenne felhagyni a rizikóbecsléssel. *Draper* ehelyett sokkal inkább kliens-központú eljárások kidolgozását szorgalmazza: „Az öngyilkossági rizikóbecslésnek az egyén és nem egyének egy populációjának szintjén kell történnie. Ebbe beletartozik a személy családi és társas körülményeinek, személyiségjegyeinek, öngyilkossággal kapcsolatos nézőpontjának, valamint (a kutatásokból megismert) különböző klinikai és egyéb demográfiai tényezőknek a megértése. Ahhoz, hogy ez megfelelően működjön, a klinikusoknak jól kell kommunikálniuk, nem csak a pácienseikkel, hanem azok családjával és barátaival, és más klinikusokkal is. Azért van erre szükség, mert néhány öngyilkos páciens válogatva mondja el (öngyilkossággal kapcsolatos) gondolatait és terveit, és ha ezt nem vesszük figyelembe a felmérés során, akkor potenciálisan veszélyeztetett személyeket téveszthetünk szem elől.” (48. 385. old.). *Maurizio Pompili* szerint pedig szintén szemléletbeli, paradigmátikus váltást sürgetve az öngyilkossági rizikó mérésére használt módszerek csak akkor lesznek hatékonyak, ha a páciensek szubjektív élményét is figyelembe vesszük (109).

Draper, Pompili, De Leo és sok más szuicidológus véleményével összhangban az öngyilkossági rizikóbecslés kutatásában és gyakorlatában az utóbbi húsz évben egyre nagyobb teret nyert, mára pedig alapvetésnek tekinthető az a vélemény, hogy a felmérés során a páciens öngyilkossággal kapcsolatos egyedi élményvilágát kell a fókuszpontba helyezni. Az ezredfordulón alakult nemzetközi Aeschi Munkacsoport nyomán (37, 110–112) vált egyre hangsúlyosabbá az öngyilkos páciensekkel végzett felmérő, diagnosztikus és terápiás munka narratív központú,

személyre szabott és kapcsolat-orientált felfogása. Ebben a megközelítésben – már a rizikóbecslés során – kiemelt fontosságú, hogy kliens és szakember közösen próbálják megérteni, hogy mi az adott személy öngyilkossági kísérletének a története, milyen azonosítható fordulópontok vezettek a tettig, milyen stresszorok játszottak szerepet a krízis kialakulásában. Mindezt egy ítélezésmentes, támogató légkörben valósul meg, amely, erősítve a terápiás szövetséget, segíti az öngyilkossággal kapcsolatos érzések, gondolatok, fantáziák feltárását. Egy ilyen légkörben zajló kockázatbecslésnek az első számú célja a közvetlen és rövid távú öngyilkossági rizikó csökkentése. Facilitálva a pszichés növekedést és felépülést, a szakember feladata segíteni a kliensnek megfogalmazni az életbenmaradás és élni akarás mellett szóló saját érveit.

Az elmúlt két évtizedben több, *Brian Draper* fent idézett felvetésével összhangban kidolgozott eljárás is megjelent. Ezek közé tartozik az említett Aeschi Munkacsoport Attempted Suicide Short Intervention Programja (37), a Collaborative Assessment and Management of Suicidality (113), a Risk Assessment Protocol (22), a Chronological Assessment of Suicide Events (114), valamint a Screening Tool for Assessing Risk of Suicide (21). Magyarországon, a nemzetközi gyakorlattal szoros összhangban *Blazsek Péter* és *Wernigg Róbert* kidolgozták a rövid kockázatbecslő skálát (35). Bár konkrétan nem interjú eljárás, de szemlélete miatt ide sorolható *Pisani és mtsainak* (77) a korábban már említett prevenció-orientált rizikóbecslési stratégiája is, ami valójában egy rizikószint konceptualizálás.

A személyre szabott, páciens-orientált szemlélet itt valójában a szuicidológia főirányával szemben egy kritikai hozzáállás is, ami az öngyilkossági veszély felmérésében paradigmaváltást sürget (68, 109, 115). Ez a megközelítés kvalitatív módon kíván túllépni a mentális zavarok kizárólagos (vagy szinte kizárólagos) oki szereptulajdonításán. Bár építenek az öngyilkosság biológiai, epidemiológiai, egyéni szintű pszichiátriai és pszichológiai elméleteire, ezeken túlmenően jelentős hangsúlyt fektetnek az adott vizsgált személy szuicid magatartásának telje-

sebb, kontextusba helyezett megértésére. Mégsem mondhatjuk, hogy a rizikóbecslés ezen kvalitatívabb, átfogóbb megközelítései a radikálisabb változásokat sürgető *kritikai szuicidológiához* tartoznának (például 116, 117), mert például nem vitatják a mentális zavarok (mondjuk a major depresszió) öngyilkosságban játszott jelentős oki szerepét. Nem kívánják teljes mértékben kontextualizálni és normativizálni az öngyilkosságban fontos oki szerepet játszó intraperszonális tényezőket. Ezek az interjúk, kvalitatív szűrőmódszerek arra tesznek kísérletet, hogy integrálják a szuicídium számos megközelítését, miközben nagy hangsúlyt fektetnek olyan klasszikus terápiás hatótényezőkre is, mint például a Rogers-i terapeuta változók.

Az alábbiakban először a Griffith Egyetemen működő Ausztrál Öngyilkossággutató és Prevenációs Intézet szuicidológusai által kidolgozott *screening tool for assessing risk of suicide* (21, 36) interjút, majd *Rihmer Zoltán és mtsai* (20, 41) által kifejlesztett *rövid szuicid kérdőívet* szeretném bemutatni.

A két eljárás merőben eltérő: míg az ausztrál eljárás egy olyan kvalitatív interjú, amely a rövid távú vagy azonnali rizikót méri, addig a rövid szuicid kérdőív egy hat tételes, hosszútávú öngyilkossági vulnerabilitást mérő teszt. Az előbbi, bár lehetőséget ad a rizikószint kategoriális meghatározására is, sokkal inkább ösztönzi a szakembert a személyre szabott kezelési terv és intervenció megfogalmazására, míg az utóbbi kimeneti változója a rizikószint három kategóriája. De különböznek abban is, hogy az interjú inkább illeszkedik a korábban vázolt kliens-orientált, szükségletalapú, szisztematikus becselő-eljárások közé, *Rihmerék* mérőeszköze pedig a szuicídium depresszió-hipotézisével kapcsolatos meggyőző kutatási eredményekre támaszkodik. Ugyanakkor a kevesebb tételből álló pszichometriai skála is része lehet egy szisztematikus, adott esetben az azonnali rizikó felmérésére irányuló szűrésnek.

Mindez nem jelenti azt, hogy az ausztrál kutatók eljárása ne venné figyelembe és ne építene azokra az empirikus adatokra is, amelyekre a kevesebb tételből álló pszichometriai skálák. *Hawgood és De Leo* által kidolgozott interjú fő

célja is az, hogy segítse a szakembert a hosszú távú kezelés megtervezésében. Az érdeklődő szakember számára lényeges különbség még azonban, hogy *Hawgood és De Leo* eszköze jelenleg nem elérhető magyar nyelven. Mégis azért mutatom be, mert szemlélete, szempontjai jól tükrözik a szuicid rizikóbecslő stratégiák újabb fajtáit.

Két eljárás az öngyilkossági kockázat rövid és hosszú távú becslésére

A rövid szuicid kérdőív

Ahogy korábban arról már volt szó, az öngyilkossági rizikófaktorok és védőfaktorok feltárása és felismerése a prevenció egyik kulcsfontosságú része. Ugyanakkor az is ismert, hogy ezen tényezők klinikai súlya és prediktív ereje nagy mértékben eltérő (118). *Rihmer Zoltán* 1996-ban, a klinikai gyakorlat megkönnyítése érdekében elkészítette a szuicid rizikófaktorok hierarchikus listáját. Bemutatták (13, 39), hogy az öngyilkos magatartás számos pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai változóval áll kapcsolatban. Az *elsődleges rizikótényezők* tekinthetők „az öngyilkosság legerősebb és klinikai értelemben leghasznos prediktorainak, ami kifejezetten igaz, ha jelen vannak másodlagos (pszichoszociális) és harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok” (13, 17. old.). E hierarchikus lista kvantifikált változataként kidolgozták (20, 80) a kezdetben tizenkettő, később hat tételesre csökkentett rövid szuicid kérdőívet. A kérdőív (3. táblázat) célja a nem azonnali (nem közvetlen), hanem a rövid- vagy hosszútávú szuicid veszély felmérése, segítve a szakembert a megfelelő betegvezetésben és gyógyszerválasztásban.

Rihmer Zoltán és mtsai (20) szuicidális, nem szuicidális és egészséges kontrollcsoportok között vizsgálták a skálán elért pontszámok eloszlását. Ambuláns betegek körében egyelőre nem vizsgálták a skála prediktív erejét. Az eredmények szerint a kérdőíven elért tizenhat vagy ennél magasabb pontszám 100%-os szenzitivitással mérte a szuicid veszélyt. A nem szuicidális

3. táblázat

Az öngyilkossági kockázat felmérése a rövid szuicid skála segítségével (Rihmer és mtsai, 2018; 21)

Öngyilkossági gondolat/szándék/terv vagy 3 hónapon belül elkövetett szuicid kísérlet explorálható?

Ha, „igen”, kifejezett, közvetlen szuicid veszély áll fenn, további kitöltés nem szükséges. Ha, „nem”, folytassa az 1. ponttól.

1. Elsődleges (pszichiátriai) kockázati tényezők:

(A) Jelenlegi vagy korábbi pszichiátriai betegség (major depresszió, bipoláris betegség, szerhasználat, szkizofrénia)	Igen 6	Nem 0
(B) Jelenleg fennálló Agitáció/Inszomnia/Reménytelenség	Igen 6	Nem 0
(C) Korábbi öngyilkossági kísérlet	Igen 6	Nem 0
(D) Öngyilkosság a családi előzményben (1. vagy 2. fokú rokonok)	Igen 4	Nem 0

2. Másodlagos (pszichoszociális) kockázati tényezők:

(A) Akut stresszor/Impulzivitás/Agresszivitás	Igen 4	Nem 0
---	--------	-------

3. Harmadlagos (demográfiai) kockázati tényezők:

(A) Férfi/Idős kor	Igen 2	Nem 0
--------------------	--------	-------

1+2+3 összesen:

Maximális pontszám 28, minimális 0

Javasolt határértékek:

- 6 vagy alatta: enyhe vagy hiányzó szuicid veszély;
- 8–14: valószínű szuicid veszély;
- 16 vagy felett: kifejezett szuicid veszély.

530

pszichiátriai betegekkel 97, az egészséges kontrollokkal szemben 100%-os a specifitása.

Lényeges tehát, hogy a rövid szuicid skála a pszichiátriai osztályra felvett betegek csoportjában nagy érzékenységgel és specifitással detektálta a szuicidalitást. A 30 hónapos utánkövetéses vizsgálat előzetes eredményeiből (41) pedig az látszik, hogy a skála a jövőbeli szuicid veszély detektálásában is segíthet a kórházi elbocsátást követően.

Hawgood és De Leo öngyilkossági rizikóbecslő interjúja

Az interjú kialakításának elméleti alapját számos akut és krónikus öngyilkossági rizikóval kapcsolatos empirikus kutatási eredmény adja (108, 114, 119–123). Szemben a kvantitatív pszichometriai skálákkal, amelyek pontszámban fejezik ki a depresszió, reménytelenség, öngyilkossági szándék mértékét, ez az interjú sokkal inkább egy kvalitatív eljárás. Fő célja, hogy segítségével a szakember a kliens narratíváján keresztül az aktuális öngyilkossági krízisről gyűjtsön információt, amely alapján véleményt fogalmazhat

meg. Az interjú folyamatát és a megközelítést az 2. ábra foglalja össze.

Az öngyilkossági krízisállapottal összefüggő lelki fájdalom (108) és kontextuális élmény, valamint ezen állapot egyedisége és időbeli változékonysága azok a tényezők, amelyeket a protokoll szerzői kiemelten szem előtt tartottak az interjú kidolgozásakor. Páciens és szakember kollaboratív munkájának célja a kliens által aktuálisan átélt intenzív szenvedés élményéhez hozzájáruló körülmények jobb megértése.

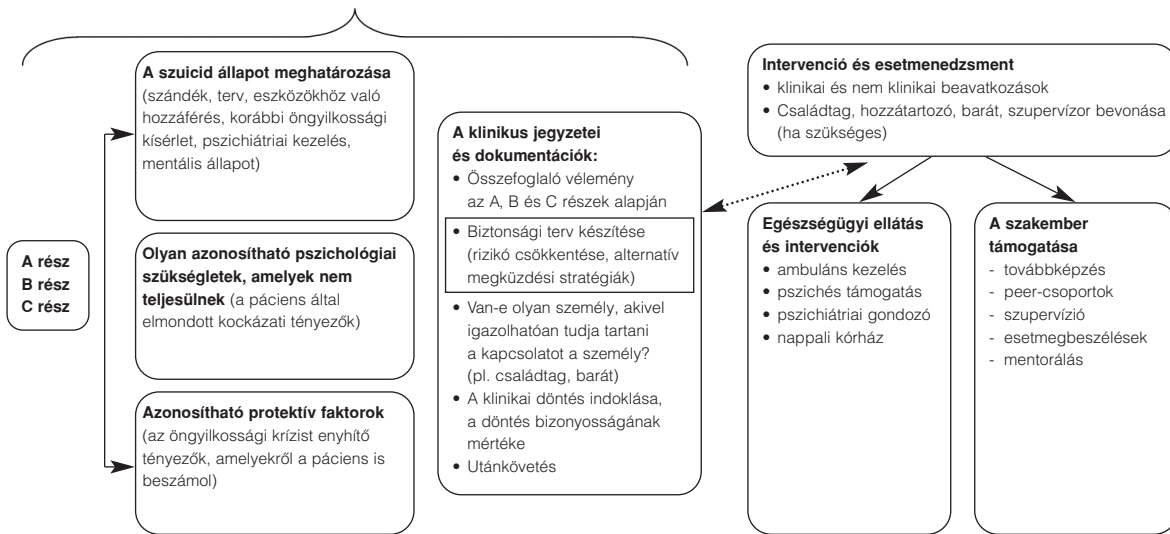
Az interjú felépítése. Az interjú fontos jellemzője, hogy klinikai példákat, mintakérdéseket tartalmaz, amelyek segítségével a szakember az adott egyedi esetre szabva tudja feltérképezni a kliens szükségleteit. Az interjú így egy szisztematikus kockázatbecslési térképéknél is felfogható, s az értékelési folyamat végén a kapott eredményt a „hagyományos” kategória-rendszerben is meg lehet jeleníteni, ezzel segítve a szakember munkáját a kliens további kezelését illető döntés meghozatalában.

Az interjú felvétele és értékelése. Az interjú három fő részből áll: (A) rész: Öngyilkos magatartás; (B) rész: Kockázati tényezők; (C) rész: Proaktív tényezők. Azokban az esetekben, ha a ri-

2. ábra

A Hawgood és De Leo-féle rizikóbecslő interjú megközelítésének összefoglalása (Hawgood és De Leo, 2015 nyomán; Ref. 20)

A Hawgood és De Leo-féle rizikóbecslő interjú



ziko szintje vélhetően nem magas, az interjút a szakember kezheti a (B) vagy (C) résszel. Ez azt is jelenti, hogy a klinikus eltérhet a kérdések ajánlott sorrendjétől. A próbakérdések pusztán példák, amelyek segítik a gyakran nehezen megfogalmazható vagy címkézhető élmények megbeszélését.

Az eljárás nagy hangsúlyt fektet a heteroanamnesztikus adatokra. Szakirodalmi adatok (például 114) támasztják alá, hogy az öngyilkossági krízisben lévő személyek ritkán osztják meg valós szándékaikat a klinikussal. Még a legjobb terápiás szövetségben is gyakran rejtve marad a szakember előtt a páciens öngyilkossági szándéka. Ezért a szisztematikus adatgyűjtés és az adatok megbízhatósága érdekében ajánlott és szükséges, hogy – amennyiben erre lehetőség van – a klinikus a családtagoktól, közeli rokonoktól, élettárustól, házastárustól is gyűjtsön releváns adatokat. Bár kétségkívül időigényes ez az eljárás, mégis, öngyilkossági krízisben minél több forrásból áll rendelkezésre információ, a szakember annál megalapozottabb és annál inkább a páciens érdekeit szolgáló döntést tud hozni.

A szerzőknek nem az volt a szándéka, hogy egy olyan mérőeszközt fejlesszenek ki, amely egy végső, szintetizált, pszichometriailag standar-

dizált pontszámot ad. Az interjú tételei egyedi jelentéssel bírnak minden egyes vizsgált páciens esetében. Így gyakorlatilag a tételeket egyenként értékeli a szakember annak alapján, hogy azok milyen mértékben járulnak hozzá az adott személy öngyilkossági krízisállapotához. A vizsgálat végén a klinikus a további kezelésre vonatkozó javaslatot fogalmaz meg.

Az egyes tételek értékelésénél a szakembernek azt is jelölnie kell, hogy mennyire bizonyos az adott értékelésben. A szerzők célja ezzel az, hogy egyrészt az első benyomások elfogadása helyett ösztönözzék a reflexiót, másrészt pedig, hogy ez az értékelés segítse más kollégák munkáját is, akik a véleményt később olvassák.

Megbeszélés

A szuicid veszély predikciójának mai megközelítéseiben egyre nagyobb teret nyer az a szemlélet, hogy az előrejelzés helyett a hangsúlyt inkább a megelőzésre kell helyeznünk. A predikcióval, kockázatbecsléssel a klinikus egyben megelőz és interveniál is. A ma előtérbe kerülő felfogások szerint a szuicídium veszélyének becslése egy olyan értékelési folyamat, amely

- a) szisztematikus és átfogó,
- b) páciens-orientáltan a személy jelen szükségleteire fókuszál, valamint az eredmények alapján
- c) nagy hangsúlyt fektet egy biztonsági terv kidolgozására.

532

Ezek a szempontok összeegyeztethetők és részét képezhetik a pszichoterápiás betegvezetésnek, pszichoterápiás tanácsadásnak, szupportív terápiának, a krízisintervenciónak és pszichoterápiás utókövetésnek/kontrollnak, összefoglalóan minden pszichoterápiás jellegű kapcsolatnak (lásd *Szőnyi*, 124).

Az öngyilkosság megelőzésében számos preventív stratégia közül kettő bizonyul kiemelkedően hatékonynak (125): (1) képzések keretében szélesíteni kell a klinikusoknak a hangulatzavarok felismerésével kapcsolatos ismereteit; (2) az élet kioltására legalkalmasabb (letális) eszközök hozzáféréseinek korlátozása. Az utóbbi (2) stratégia bár számos országban működik, sajnálatos módon nálunk nem jön szóba, mivel hazánkban a befejezett öngyilkosságok jelentős hányada önakasztás vagy négy emeletnél magasabb épületből való leugrás. Az (1) stratégia viszont megvalósítható és meg is valósul: a hangulatzavarokkal kapcsolatos ismeretek átadása mellett a szuicid prevenció új megközelítései- nek, az új kérdőívek graduális és posztgraduális képzésekben történő ismertetésének is helye van.

Az öngyilkossági veszély becslése több mint egy kikérdezés, amely a pszichés státuszban „szuicid gondolatokat és szándékot negál” tételként kerül dokumentálásra. Ehelyett inkább egy dinamikus folyamat, és részét képezi a kezelés elején, kórházi felvételkor és hazabocsátáskor, majd a kezelés során is történő vizsgálatoknak. E folyamatnak tartalmaznia kell stan-

dardizált skálákat és részletes klinikai interjúkat egyaránt (126).

Szerencsére itthon is bőséggel elérhetők olyan hazai fejlesztésű eszközök (mint például a Rihmer-féle rövid szuicid skála, vagy a Wernigg-Blazsek-féle rövid kockázatbecslő skála), vagy külföldi tesztek adaptációi (mint például a Beck Depresszió Kérdőív, Beck-féle Reménytelenség Skála), amelyek validitása és megbízhatósága az öngyilkossági veszély szűrésében jónak mondható (20, 26, 35, 127). A szisztematikus, inkább interjúkon alapuló megközelítések (mint amilyen a bemutatott Hawgood és De Leo-féle interjú) viszont hiányoznak a hazai tesztbateriából.

Ez utóbbi eljárások adaptálása – vagy akár hazai kidolgozása –, gyakorlati hasznukon túl, azért is volna fontos, mert képzések anyagába beemelve őket még inkább megvalósulhatna a szuicid rizikóbecslés komplex, szisztematikus szemléletének átadása. Ez az elsajátított tudás pedig jelentős tényező a klinikusok e téren megélt kompetenciaérzésének növelésében, bizonytalanságérzésének és szorongásának csökkentésében (92, 106).

Bár az öngyilkosság osztársadalmi kérdés és elsődleges szintű prevenciójában mindenkinek szerepe van, az öngyilkossági krízisben lévők, az öngyilkossági kísérleten átesettek – tehát a kiemelten veszélyeztetettek – szűrése, felismerése és a megfelelő ellátási forma felé irányítása az egészségügyben dolgozó szakember feladata. A másodlagos és harmadlagos prevenció legnagyobb eséllyel az ellátórendszerben valósítható meg. Ennek kulcsfontosságú része pedig a szuicid veszély becslése, a rizikócsoporthoz tartozó páciens megfelelő kezelésbe irányítása, illetve a szakemberek mindezekkel kapcsolatos ismereteinek bővítése.

Köszönetnyilvánítás

Dr. Szilágyi Simonnak és dr. Rihmer Zoltánnak köszönöm a tanulmánnyal kapcsolatos ösztönzésüket, megjegyzéseiket.

Irodalom

1. KSH STADAT – 1.1. Népeség, népmozgalom (1900–). 2019.
2. NAGHAVI M:
Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 2019; (364):194.
3. RIHMER Z, NÉMETH A:
A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2014; (16):194–204.
4. HORVÁTH ON, TÓTH MD, ÁDÁM S, PUREBL GY:
Factors associated with serious intent to die among suicide attempters in Hungary. *Int J Ment Health Nurs*, 2020.
5. RIHMER Z, PERCZEL FORINTOS D:
A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének jelentősége. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2014; (16):110–112.
6. BOZSONYI K, FÜLÖP A, ZONDA T:
Öngyilkosságok és meteorológia. In: Bozsonyi K, Moksony F, Zonda T (szerk.): *Az öngyilkosság szociológiája*. Budapest, L'Harmattan Kft., 2019; 301–336.
7. BUDA B:
Az öngyilkosság: orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, 1997.
8. BUDA B:
Az öngyilkosság: orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Második, bővített kiadás. Animula, 2001.
9. EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA:
Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről. *Egészségügyi Közlöny*, 2017; LXVI: 3124–3145.
10. BOZSONYI K, MOKSONY F, ZONDA T (szerk.):
Az öngyilkosság szociológiája. Budapest, L'Harmattan Kft., 2019.
11. DE LEO D, POŠTUVA V (eds.):
Reducing the Toll of Suicide: Resources for Communities, Groups, and Individuals. 1 edition. Toronto, CAN, Hogrefe Publishing, 2019.
12. CLAASSEN CA, HARVILCHUK-LAURENSEN JD, FAWCETT J:
Prognostic models to detect and monitor the near-term risk of suicide: state of the science. *Am J Prev Med*, 2014; (47): S181–185.
13. RIHMER Z:
Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 2007; (20): 17–22.
14. NAVIN K, KUPPILI PP, MENON V, KATTIMANI S:
Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative Review. *Indian J Psychol Med*, 2019; (41): 403–12.
15. GUTIN NJ:
Losing a Patient to Suicide: What We Know: Suicide Loss Can Impact Clinicians' Professional Identities, Relationships with Colleagues, and Clinical Work. *Current Psychiatry* 2019; (18): 15–25.
16. MASEK R, ROSKAR S, MARUSIC A:
Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry*, 2010; (56): 280–287.
17. SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, MARTUNNEN M, OSTAMO A LÖNNQVIST:
Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychol Med*, 2004; (34): 313–321.
18. SUOMINEN K, ISOMETSÄ ET, SUOKAS:
Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 2004; (161): 563–564.
19. AHMEDIANI BK, SIMON GE, STEWART C, BECK A, WAITZFELDER BE, ROSSOM R, LYNCH F ETAL:
Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*, 2014; (29): 870–877.
20. RIHMER Z, DÖME P, GONDA X, RIHMER A, BÉLTECZKI Z:
Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2018; XX:14–17.
21. HAWGOOD JL, DE LEO D:
Screening Tool for Assessing Risk of Suicide. *Screening Tool For Assessing Risk of Suicide (STARS)* 2020.
22. LINEHAN MM, COMTOIS KA, WARD-CIESIELSKI EF:
Assessing and Managing Risk With Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012; (19):218–232.
23. HAMILTON M:
A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960; (23):56–62.
24. RÓZSA S, SZÁDÓCZKY E, SCHMIDT V, FÜREDI J:
A Hamilton Depresszió Skála pszichometriai jellemzői depressziós betegek körében. 2003; *Psychiatr Hung*, XVIII.: 251–262.
25. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L:
The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974; (42): 861–865.
26. PERCZEL FORINTOS D, SALLAI J, RÓZSA S:
A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 2001; (16):632–643.
27. PERCZEL DF, RÓZSA S, KOPP M:
A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatr Hung*, 2007; (22):379–389.
28. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J:
An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961; (4):561–571.
29. KOPP M, SKRABSKI Á, CZAKÓ L:
Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1990; (1):4–24.
30. RÓZSA S, SZÁDÓCZKY E, FÜREDI J:
A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatr Hung*, 2001; (16):379–397.
31. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A:
Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979; (47):343–352.
32. BUTCHER JN, DAHLSTROM WG, GRAHAM JR, TELLEGEN AM, KAEMMER B:
MMPI-2: Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989.
33. BAGDY E, BUGÁN A, RÓZSA S, KÓ N:
MMPI-2 Kézikönyv. Magyar adaptáció. Budapest, O.S. Hungary, 2009.
34. BECK RW, MORRIS JB, BECK AT:
Cross-Validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*, 1974; (34):445–446.
35. WERNIGG R, BLAZSEK P:
Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Budapest, Oriold és Társai, 2015.
36. HAWGOOD JL, DE LEO D:
STARS: Screening Tool for Assessing Risk of Suicide. Brisbane, Australia, Griffith University, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 2015.
37. MICHEL K, GYSIN-MAILLART A:
ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program: A Manual for Clinicians. Hogrefe Publishing, 2015.
38. RIHMER Z, TORZSA P:
A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2016; (21):584–589.
39. RIHMER Z:
Strategies for suicide prevention: focus on healthcare. *J Affect Disord*, 1996; (39): 83–91.
40. HAWGOOD JL, DE LEO D:
Reconceptualising suicide risk assessment: A person-centred approach to needs-based exploration of current suicidality. *InPsych*, 2016; (38):10–11.
41. RIHMER Z, BÉLTECZKI Z, DÖME P, GONDA X, ÚJVÁRI J:
A hosszú távú öngyilkossági veszély felmérése 6-tételes Rövid Szuicid Kérdőívvel pszichiátriai osztályról elbocsátott betegeinknél. 30 hónapos követés. *Magyar Pszichiátriai Társaság XXII. Vándorgyűlése – Absztrakt-kötet, Supplementum*, 2020. 14.
42. O'CONNOR RC, NOCK MK:
The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 2014; (1):73–85.
43. CARTER G, MILNER A, MCGILL K, PIRKIS J, KAPUR N, SPITALL MJ:
Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 2017; (210):387–395.
44. FREUD S:
Contributions to a Discussion On Suicide. In: Strachey J, Freud A (eds.): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*

- of Sigmund Freud Volume XI (1910): Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo da Vinci and Other Works. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1910; 231–232.
45. STEKEL W:
Symposium on suicide. In: Friedman P(ed.): On Suicide With Particular Reference to Suicide Among Young Students. 1st Edition in English edition. New York, International Universities Press, 1967; 33–141.
46. ERNEST J:
„On ‘Dying Together’” and „An Unusual Case of ‘Dying Together’”. In: Maltzberger JT, Goldblatt M (eds.): Essential Papers on Suicide. New York, NYU Press, 1996; 8–19.
47. BÉRDI M:
Az öngyilkosság pszichoanalitikus megközelítései. A korai elméletektől a kortárs modellekig. Lélekelemzés, 2019; XIV:25–48.
48. FARBEROW NL, BOUVIER EA, SHNEIMAN ES:
The Cry for Help ... McGraw-Hill Book Co., New York, 1961.
49. LITMAN RE, CURPHEY T, SHNEIDMAN ES, FARBEROW NL, TABACHNICK N:
Investigations of Equivocal Suicides. JAMA, 1963; (184):924–929.
50. CSEH-SZOMBATHY L:
Az öngyilkosságok vizsgálata. Statisztikai Szemle, 1965; (2):147–163.
51. KELETI J:
Tudósítás B. A. életéről és öngyilkosságáról. Budapest, Szerzői kiadás, 1988.
52. BUDA B:
Esettanulmányok az öngyilkosság-kutatásban. In: Buda B, Füredi J (szerk.): Az öngyilkosság pszichés háttere. Budapest, Medicina, 1987; 17–32.
53. POKORNY AD:
Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study. Arch Gen Psychiatry, 1983; (40):249–257.
54. POKORNY AD:
Suicide Prediction Revisited. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1993; (23):1–10.
55. OYEFESO A, GHODSE H, CLANCY C, CORKEFY JM:
Suicide among drug addicts in the UK. The British Journal of Psychiatry, 1999; (175):277–282.
56. POMPILI M, SERAFINI G, INNAMORATI M, DOMINICI G, FERRACUTI S, KOTZALIDIS GD, SERRA G ET AL:
Suicidal behavior and alcohol abuse. Int J Environ Res Public Health, 2010; (7):1392–1431.
57. JOINER T:
Why People Die by Suicide. 1 edition. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 2007.
58. KING CA, MERCHANT CR:
Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. Arch Suicide Res, 2008; (12):181–196.
59. MANN J:
Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci, 2003; (4):819–828.
60. FAWCETT J:
The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide. In: Wasserman D (ed.): Suicide – an unnecessary death. London, Martin Dunitz, 2001; 59–64.
61. PATAKI F:
TBZ Magyarországon. Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 1986.
62. BALLARD ED, GILBERT JR, WUSINICH C, ZARATE CA:
New Methods for Assessing Rapid Changes in Suicide Risk. Front Psychiatry, 2021; (12): 598434.
63. TUCKER RP, MICHAELS MS, ROGERS ML, WINGATE LR, JOINER TE:
Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). Journal of Affective Disorders, 2016; (189):365–378.
64. GALYNKER I, YASEEN ZS, COHEN A, BENHAMOU O, HAWES M, BRIGGS J:
Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory: Galynker et al. Depress Anxiety, 2017; (34):147–158.
65. VÖRÖS V, TÉNYI T, NAGY Á, FEKETE S, OSVÁTH P:
Crisis Concept Re-loaded? – The Recently Described Suicide-Specific Syndromes May Help to Better Understand Suicidal Behavior and Assess Imminent Suicide Risk More Effectively. Front Psychiatry, 24 March 2021 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.598923>
66. MAUNG HH:
Pluralism and incommensurability in suicide research. Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 2020; (80):101247.
67. MARUŠIĆ A:
Seven Steps to Integrating Suicidology. Crisis, 2008; (29): 115–117.
68. DE LEO D:
Why are we not getting any closer to preventing suicide? The British Journal of Psychiatry 2002; (181):372–374.
69. TURECZKI G, BRENT DA, GUNNELL D, O’CONNOR RC, QUEENDO MA, PIRKIS J ÉS STANLEY BH:
Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers 2019; 5: 74.
70. LARGE M, RYAN B C, NIELSEN O:
The Validity and Utility of Risk Assessment for Inpatient Suicide. Australas Psychiatry, 2011; (19):507–512.
71. LARGE M, SHARMA S, CANNON E, RYAN C, NIELSEN O:
Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry, 2011; (45):619–628.
72. SBU. Instruments for suicide risk assessment: A systematic review. Stockholm, Sweden: The Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, 2015.
73. CHAN MKY, BHATTI H, MEADER N, STOCKTON S, EVANS J, O’CONNOR RC, KAPUR N ET AL:
Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. The British Journal of Psychiatry, 2016; (209):277–283.
74. FRANKLIN JC, RIBEIRO JD, FOX KR, BENTLEY KH, KLEIMAN EM, HUANG X, MUSACCHIO KM ET AL:
Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull, 2017; (143):187–232.
75. BOLTON JM, GUNNELL D, TURECZKI G:
Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ, 2015; (351): h4978.
76. RUNESON B, ODEBERG J, PETTERSSON A, EDBOM T, JILDEVIK ADAMSSON I, WAERN M:
Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PLoS One, 2017; 12.
77. PISANI AR, MURRIE DC, SILVERMAN MM:
Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. Acad Psychiatry, 2016; (40):623–629.
78. DRAPER B:
Isn’t it a bit risky to dismiss suicide risk assessment?: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2012.
79. NICE. NICE Guidelines Self-Harm: Longer-Term Management (CG 133), 2011.
80. RIHMER Z, NÉMETH A, KURIMAY T, PERCZEL FORINTOS D, PUREBL GY, DÓME P:
A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2017; (19):45–51.
81. BROWN GK, BECK AT, STEER RA, GRISHAM JR:
Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000; (68):371–377.
82. CLARK DC, FAWCETT J:
Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In: Bongar B (ed.): Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment. New York: Oxford University Press, 1992;16–48.
83. RUDD MD, BERMAN AL, JOINER TE, NOCK MK, SILVERMAN MM, MANDRUSIAK M, VAN ORDEN K ET AL:
Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. Suicide Life Threat Behav, 2006; (36): 255–262.
84. MULDER R:
Problems with Suicide Risk Assessment. Aust N Z J Psychiatry, 2011; (45):605–607.
85. UNDRILL G:
The risks of risk assessment. Advances in Psychiatric Treatment, 2007; (13): 291–297.
86. RYAN C, NIELSEN O, PATON M, LARGE M:
Clinical Decisions in Psychiatry Should Not Be Based On Risk Assessment. Australas Psychiatry, 2010; (18):398–403.
87. RYAN CJ, LARGE MM, CALLAGHAN S:
Suicide risk assessment: where are we now? Med J Aust, 2013; (199):534.

88. O'CONNOR RC, KIRTLEY OJ:
The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2018; 373.
89. O'CONNOR RC:
Status of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour. In: Leo DD, Poštuvan V (eds.): *Reducing the Toll of Suicide*. 2020 edition. Hogrefe Publishing, 2019.
90. CASSELS C, PATERSON B, DOWDING D, MORRISON R:
Long- and Short-Term Risk Factors in the Prediction of Inpatient Suicide. *Crisis*, 2005; (26):53–63.
91. GANZINI L, DENNESON LM, PRESS N, BAIR MJ, HELMER DA, POAT J, DOBSCHA SK:
Trust is the Basis for Effective Suicide Risk Screening and Assessment in Veterans. *J Gen Intern Med*, 2013; (28):1215–1221.
92. HAWGOOD JL, DE LEO D:
Working with suicidal clients: Impacts on psychologists and the need for self-care. *InPsych*, 2015; (37): 9–11.
93. DEISENHAMMER EA, ING CM, STRAUSS R, KEMMLER G, HINTERHUBER H, WEISS EM:
The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry*, 2009; (70):19–24.
94. NOCK MK, HWANG I, SAMPON N, KESSLER RC, ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A, BORGES G ET AL:
Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 2009; (6): e1000123.
95. NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, ALONSO J, ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A, BRUFFAERTS R ET AL:
Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 2008; (192):98–105.
96. ROTHES IA, HENRIQUES MR, LEAL JB, LEMOS MS:
Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: the difficulties of health professionals. *Crisis*, 2014; (35):110–122.
97. GABBARD GO:
A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Budapest, Oriold és Társai, 2016.
98. ROKEACH M:
The nature of human values. New York, NY, US. Free Press, 1973.
99. JOST JT, NAPIER JL, THORISDOTTIR H, GOSLING SD, PALFAI TP, OSTAFIN B:
Are Needs to Manage Uncertainty and Threat Associated With Political Conservatism or Ideological Extremity? *Pers Soc Psychol Bull*, 2007; (33):989–1007.
100. SIAU CS, WEE LH, YAKOB S, YEON SH, ADNAN TH BINTI, HANIFF J, PERIALATHAN K ET AL:
The Attitude of Psychiatric and Non-psychiatric Health-care Workers Toward Suicide in Malaysian Hospitals and Its Implications for Training. *Acad Psychiatry*, 2017; (41):503–509.
101. NIA HS, LEHTO RH, EBADI A, PEYROVI H:
Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2016; (4):2–10.
102. STECZ P:
Psychometric evaluation of the Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) in Poland. *Curr Psychol*, 2019.
103. GAGNON J, HASKING PA:
Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 2012; (64):75–82.
104. RAMBERG I-L, DI LUCCA MA, HADLACZKY G:
The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2016; (13):195.
105. MANN J, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM:
Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 1999; (156): 181–189.
106. HAWGOOD, DE LEO D:
Reconceptualising suicide risk assessment: A person-centred approach to needs-based exploration of current suicidality. *InPsych: The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd*, 2016; (38):10.
107. RIHMER Z, NÉMETH A, KURIMAY T, PERCZEL FORINTOS D, PUREBL GY, DÓME P:
A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről. *Psychiatr Hung* 2017; (32): 4–40.
108. SHNEIDMAN ES:
Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Lanham, MD, US: Jason Aronson, 1993.
109. POMPILI M:
The increase of suicide rates: the need for a paradigm shift. *The Lancet*, 2018; (392): 474–475.
110. MICHEL K, JOBES DA (eds.):
Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient. 1st edition. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
111. MICHEL K, VALACH L:
The narrative interview with the suicidal patient. In: Michel K, David J, szerk. *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient*. 1st edition. Washington, DC: American Psychological Association, 2010; 63–80.
112. RING M, GYSIN-MAILLART A:
Patients' Satisfaction With the Therapeutic Relationship and Therapeutic Outcome Is Related to Suicidal Ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Crisis*, 2020; 1–7.
113. JOBES DA, LINEHAN MM:
Managing Suicidal Risk, Second Edition: A Collaborative Approach. Second edition. New York, The Guilford Press, 2016.
114. SHEA SC:
The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. unknown edition. Lexington, Mental Health Presses, 2011.
115. KRSSLER RC, BOSSARTE RM, LUEDTKE A, ZASLAVSKY AM, ZUBIZARRETA JR:
Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Mol Psychiatry*, 2020; (25):168–179.
116. WHITE J:
Shaking Up Suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective* 2015; (4):1–4.
117. WHITE J, MARSH I, KRAL MJ, MORRIS J (eds.):
Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century. UBC Press, 2016.
118. ROY A:
Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1982; (39): 1089–1095.
119. BECK AT:
Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press, 1979.
120. BAUMEISTER RF:
Suicide as escape from self. *Psychol Rev*, 1990; (97): 90–113.
121. RUDD MD, JR TEJ, RAJAB MH:
Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach. 1 edition. The Guilford Press, 2004.
122. JOBES DA, SHNEIDMAN ES:
Managing Suicidal Risk, First Edition: A Collaborative Approach. First edition. New York, The Guilford Press, 2006.
123. LINEHAN MM:
A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Budapest, Medicina, 2010.
124. SZÓNYI G:
A pszichoterápiák közös kérdései. In: Szónyi G (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015; 29–193.
125. MANN J, APTER A, BERTOLETE J, BEAUTRAIS A, CURRIER D, HAAS A, HEGERL U, ET AL:
Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 2005; (294): 2064–2074.
126. LOTTITO M, COOK E:
A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Mental Health Clinician*, 2015; (5): 216–223.
127. PERCZEL FORINTOS DÓRA, AJTAY GYÖNGYI:
Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában. Budapest, Semmelweis, 2018.

Az elektrokonvulzív kezelés klinikai alkalmazásának és kutatásának etikai kérdései

536

Gazdag Gábor^{1,2}, Asztalos Márton³, Kovács József⁴¹ Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Budapest² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika³ Aalborg Egyetemi Kórház, Pszichiátria, Aalborg, Dánia⁴ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Összefoglalás: Az elektrokonvulzív kezelés (ECT) a pszichiátria egyik legnagyobb múltra visszatekintő és legtöbbet kritizált kezelési módja. A kritikák egy része a módszert az etika oldaláról éri. A szerzők a klinikai alkalmazás és a kutatás etikai kérdéseit tekintik át. Az ECT használata a pszichiátriai betegek kezelésében akkor tekinthető etikusnak, ha a bioetika négy fő alapelve (jótekonyság, ártalmatlanság, autonómia és igazságosság) szerint történik. Az ECT-vel kapcsolatos kutatásoknak meg kell felelniük egyéb nemzetközi irányelveknek és kutatásetikai kódexeknek is.

Az utóbbi évtizedekben elterjedt a tájékozott beleegyezés elve a pszichiátriában is, melyhez elengedhetetlen a kezelőorvostól kapott objektív, a tudomány aktuális állásának megfelelő tájékoztatás. Az ENSZ Egyezménye a Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól a fogyatékos-ság fogalmába tartozónak tekinti a pszichiátriai zavarokat. Ezen betegek esetében az önrendelkezés gyakorlásának kívánatos módja a támogatott döntéshozatal. Ennek során fontos a döntést helyettesítő mechanizmusok helyett a döntés támogatásának alkalmazása, noha a belátási képesség hiányának egyes eseteiben a döntés helyettesítésére szolgáló mechanizmusok nélkülözhetetlenek.

Kulcsszavak: elektrokonvulzív kezelés; tájékozott beleegyezés; kutatás; etika

Summary: Electroconvulsive therapy (ECT) is one of psychiatry's most long-standing and criticized treatments. Some of the criticisms come from the ethical aspect of ECT. The authors review the ethical issues of clinical application and research of ECT. ECT in the treatment of psychiatric patients is considered ethical, if it is conducted according to the four main principles of bioethics (beneficence, non-maleficence, autonomy and justice). ECT research should also comply with other international guidelines and research ethics codes.

In recent decades, the principle of informed consent has become widespread in psychiatry, which requires objective information from the attending doctor according to the most reliable scientific information. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities considers psychiatric disorders to be part of the concept of disability. For disabled psychiatric patients, assisted decision-making is a desirable way of self-determination. In doing so, it is important to use decision support instead of decision-substituting mechanisms, although for patients lacking insight, decision-substituting mechanisms are unavoidable.

Keywords: electroconvulsive therapy; informed consent; research; ethics

Bevezetés

Egy orvosi gyógymód alkalmazása akkor tekinthető etikusnak, ha az megfelel a bioetika négy fő alapelve (1). Ezek a jótekonyság, ártalmatlanság, autonómia és az igazságosság. Az elektrokonvulzív kezelés (ECT) használatának etikus voltát a pszichiátriai betegek kezelésében és a kutatásban ezen alapelvek mentén tekintjük át (2). A klinikai gyakorlatban a kezelés indikációjának felállításakor a kezelőorvos a módszer

előnyeit (jótekonyságát) és hátrányait (ártalmasságát) mérlegeli, és csak abban az esetben javasolhatja a kezelést a betegnek, ha a várható előnyök egyértelműen nagyobbak a kezelés várható hátrányainál.

Jótekonyság (beneficence)

A jótekonyság a kezelés hatásosságát jelenti. A konvulzív kezelés hatékonyságát először

Meduna László igazolta 1934-ben, szkizofréniával diagnosztizált betegeken (3). Későbbi kutatások igazolták, hogy a *Meduna* által kezelt betegek jelentős része kataton tüneteket mutatott és feltehetően affektív betegségben szenvedett (4). Az elektromos árammal történő görcskeltést *Cerletti és Bini* alkalmazta először 1938-ban (5). Már 1939-re nyilvánvalóvá vált, hogy depresszióban a szkizofréniánál is hatékonyabb az ECT (6). A módszer alkalmazásának évtizedei alatt számos indikációs körben kipróbálták. Beszámoltak az ECT kezelés eredményes alkalmazásáról mániában (7), terhesség alatti és posztpartum affektív és pszichotikus zavarokban (8, 9), neuroleptikus malignus szindrómában (10), de gyógyszeres kezelésre nem reagáló epilepsziában (11) és Parkinson szindrómában is (12).

Egy terápiás eljárás jótékonyágának, azaz hatásosságának igazolásához placebo kontrolllos, vagy már igazoltan hatékony terápiával történő összehasonlító vizsgálatok kellenek. Az ECT kezelés hatékonyságát depresszióban a 60-as évektől a 80-as évekig számos kontrollcsoportos kutatásban vizsgálták, majd ezek eredményeiből a 2000-es években több metaanalízis készült (13–16). Ezek a metaanalízisek meggyőző módon igazolták az ECT hatékonyságát a major depresszió kezelésében placeboval (17–25), illetve antidepresszív gyógyszeres és egyéb kezelésekkel szemben is (19–21, 26–35).

Az ECT fő indikációs területét jelentő kórképek közül több is magas öngyilkossági halálzással jár együtt (36). Az ECT kezelés hatására mind depresszióban (37), mind szkizofréniában (38) a tünetek csökkenésével párhuzamosan az öngyilkossági készletés jelentős csökkenését is igazolták a vizsgálatok. Magas öngyilkossági veszéllyel járó állapotokban a kezelésnek ez a hatása akár életmentő is lehet.

Ártalmatlanság (non-maleficence)

Egy orvosi gyógymód ártalmatlanságánál a kezelés mellékhatásait, kockázatát kell értékelni. A görcskezelés ártalmatlansága az első alkalmazása óta jelentősen nőtt. Kezdetben *Meduna László* még kámfor olajos oldatának intramusz-

kuláris injekciójával váltott ki görcsrohamot betegeinél (3). Az intramuszkuláris kámfor görcskeltő dózisa és a görcsroham kiváltásához szükséges idő nehezen volt meghatározható, emellett a kámfor szorongáskeltő hatása miatt a beteg sokszor 20–30 percig is rettegve várta, hogy mikor fogja elveszíteni az eszméletét. Mindezek miatt a kámfort gyorsan felváltotta az intravénásan alkalmazott pentamethylentetrazol (*Cardiazol*, *Tetracor*), ami beadása után néhány perccel már kiváltotta a görcsrohamot, de az adagolása még mindig bizonytalan volt (39). A következő fontos lépés a kezelés módszerének javításában *Cerletti és Bini* felfedezése volt, akik először használtak elektromos áramot görcskeltésre, amivel a kémiai anyagoknál megbízhatóbban tudtak görcsrohamot kiváltani (5). Bár a generalizált görcsroham során a beteg testét és végtagjait ápolók rögzítették a traumatológiai szövődmények elkerülésére, ez a módszer nem mindig volt eredményes. Ugyan ritkán, de előfordultak ficamok, sőt kezdetben csigolyatörések is. Ezeknek a sérüléseknek a kiküszöbölésére alkalmazta *Bennett* sikerrel a perifériás izomrelaxáns hatású curare-t (40). Majd az 1950-es évek elején, az izomrelaxáció és az áramütés kellemetlen élményének kiküszöbölésére vezették be az altatást a kezelés során (41). A technika következő módosítását a kezelések következményeként észlelt memóriakárosodás generálta. Ennek csökkentésére vezette be *d'Elia* a szubdomináns agyfélteke unilaterális stimulálását (42).

Az ECT kezelés mellékhatásainak többsége vagy már az ülés során, vagy közvetlenül utána jelentkezik. Még az altatás alatt kialakulhat elhúzódo (három percnél hosszabb) görcsroham, ami státusz epileptikusba progrediálhat beavatkozás nélkül (43, 44). Elhúzódo görcsroham az irodalmi adatok szerint a kezelések 2%-ában fordulhat elő. Ez a mellékhatás a görcstevékenység EEG monitorozásával időben észlelhető és intravénás benzodiazepin adásával megszüntethető (45). További, már az altatás alatt kialakuló mellékhatás a szívritmus és a vérnyomás változása a görcsroham hatására kialakuló paraszimpatikus, majd szimpatikus tónusfokozódás hatására. A paraszimpatikus hatás bradikardiát,

vérnyomásesést, míg a szimpatikus hatás tahikardiát és vérnyomás kiugrást okozhat (46). Ezek a mellékhatások az esetek többségében maguktól rendeződnek, terápiát általában nem igényelnek. Az idegrendszert ért áramhatással, illetve az epilepsziás rohammal hozható összefüggésbe az ébredés után jelentkező átmeneti zavartság, fejfájás és hányinger. Ezek az ECT kezelés leggyakoribb mellékhatásai, ugyanakkor általában enyhék és átmenetiek, legtöbbször a kezelés után egy órán belül megszűnnek és kezelést nem igényelnek.

Az ECT kezelés okozta memóriakárosodás kérdése az utóbbi évtizedekben egyre inkább az érdeklődés középpontjába került. Napvilágot láttak olyan esetismertetések, amelyek ECT után kialakult súlyos, évekig fennálló retrográd amnéziáról számoltak be (47). Az unilaterális technika egyre szélesebb körű alkalmazása mellett intenzív kutatás indult a kognitív károsodás mértékének és pontos területeinek felmérésére. A depressziós betegeken szubjektív és objektív módszerekkel végzett vizsgálatok eredményei egymással csak minimális összefüggést mutatnak (13). A korai vizsgálatokban széles körben használt, de kevésbé érzékeny Mini Mental State Examination (MMSE) vizsgálat mellett kidolgoztak érzékenyebb – és az ECT okozta kognitív károsodás felmérésére specifikusabb – teszt-módszereket is (48). Ezek elsősorban a saját életeseményekre vonatkozó (autobiografikus) memóriát célozták, mivel a szubjektív beszámolók leginkább ennek a funkciónak a zavaráról szóltak. Ezekkel az eszközökkel végzett vizsgálatok is megerősítették azonban, hogy ECT után memóriakárosodás csak a betegek egy részénél alakul ki, náluk is enyhe, és fél év után már nem kimutatható. Fontos eredménye volt a vizsgálatoknak az is, hogy a betegek egy másik csoportjának viszont javult a memóriája a kezelés hatására. Ez az ECT indikációját jelentő hangulat-zavar memóriakárosító hatásának megszűnésével magyarázható (49).

Terhesség alatt kialakuló súlyos pszichés zavarok kezelésének megválasztásánál a pszichofarmakonok teratogenitását és főtális toxicitását kell figyelembe venni. Ebben a tekintetben az ECT kockázata terhesség alatt alacsonyabb a

gyógyszeres kezelésnél (50). Ugyanakkor az irodalomban található esetismertetések a terhes nők ECT kezelésével kapcsolatos komplikációk jelentkezéséről (hüvelyi vérzés, méhkontrakciók, koraszülés). Anyai halálózásról nem számoltak be, de néhány eset a magzat elvesztésével végződött (51).

Az ECT kezeléshez kapcsolódó halálózás kockázata megegyezik a kezelés során alkalmazott rövid altatás kockázatával, 100 000 ülésenként 2,4 eset (2, 52).

Autonómia (autonomy)

Az autonómia az orvosi kezelésekre vonatkozóan azt jelenti, hogy a beteg részletes tájékoztatást követően maga dönti el, hogy elfogadja vagy elutasítja az orvosa által javasolt vizsgálatokat és terápiát (1997. évi CLIV. Törvény – továbbiakban: Eütv.) (53). Az autonómia – vagy önrendelkezés – gyakorlásának fontos feltétele, hogy a beteg a döntése meghozatalánál rendelkezzen megfelelő belátási képességgel, azaz képes legyen a javasolt kezelési módnak, a kezelés elmaradásának, valamint az alternatív kezelési módszerek alkalmazásának előnyeit és hátrányait mérlegelni. Itt azzal a problémával kerülünk szembe, hogy ugyan csak belátási képességgel rendelkező beteg beleegyezését vagy elutasítását fogadhatjuk el érvényesnek, azonban még pszichotikus beteg esetén sem mindig egyértelmű, hogy a beteg milyen tekintetben rendelkezik és milyen tekintetben nem rendelkezik belátási képességgel. Ha a beteg – betegségét illetően – rendelkezik kellő belátási képességgel, vagyis nem téveseszméje, hallucinációja következtében utasít el egy beavatkozást, pl. az ECT-t, akkor a kezelés elutasítását el kell fogadnunk.

A belátási képesség kritériumai

Egészségügyi döntések meghozatalakor cselekvőképés az a személy, aki (54): képes információkat megérteni, azok alapján alternatívákat mérlegelni, képes az egyes alternatívákat értékrendje alapján értékelné, megítélné, képes az ér-

tékrendjének leginkább megfelelő alternatívát kiválasztani és döntését másokkal világosan közölni.

A lényeg, hogy a döntést – a döntés vonatkozásában – belátási képességgel rendelkező beteg hozza meg. A belátási képesség megítélése mindig attól függ, mekkora a döntés tétje, vagyis, hogy a beteg döntése saját egészsége, jólléte számára mekkora kockázatot jelent. Itt mindig a beteg saját értékrendjéből kell kiindulnunk, vagyis abból, ő mit tekintett jónak a saját maga számára akkor, amikor egészséges volt, amikor mentális betegség nem befolyásolta a gondolkodását. Ennek alapján a beteg akkor nem tekinthető belátási képességgel rendelkezőnek, ha döntése a rá jellemző korábbi, stabil (autentikus) értékrendnek is ellentmond. Döntésével ezáltal a saját maga által vallott korábbi értékeket is veszélyeztetné. Így döntésével nem azt érné el, amit szeretne, amit a maga számára fontosnak tart, de ezt belátási képessége hiánya miatt nem látja. Ha tehát úgy látjuk, hogy a beteg rossz döntést hoz, akkor azt kell vizsgálnunk, hogy ez saját – hosszú távú – céljai tekintetében is rossz döntés-e (55). Joga van tehát egy betegnek arra, hogy rossz, mások számára ésszerűtlennek tűnő döntést hozzon, de csak akkor, ha tudja, mások a döntését miért tartják rossznak, s világosan megérti döntésének következményeit. Akkor van joga egy pszichiátriai betegnek „rossz” döntést hozni, ha döntésének minden következményét pontosan érti és ismeri, s döntését megalapozó értékrendje saját korábbi (nem patológiás) személyiségéből fakad, s az nem a jelenlegi pszichiátriai betegsége következménye (56).

Mindez ugyanakkor fordítva is igaz. Ha a pszichotikus beteg téveseszméje, hallucinációja hatására egyezik bele az ECT-be (pl. reméli, hogy az „elektrosoktól” meg fog halni, de mártíromságával megmenti az összes többi embert, vagy úgy véli, az „elektrosokk” megérdemelt „büntetés” a bűneiért), akkor az elvben nem fogadható el érvényes beleegyezésnek (57). Ilyenkor helyettesített döntés lehet a megoldás (pl. a beteg hozzátartozója által, vagy egyes államokban a bíróság által).

Helyettesített döntés

A helyettesített döntésnek több formája van. A legmegnyugtatóbb az előzetes rendelkezés alapján történő döntés. Az előzetes rendelkezésben a személy – még belátási képessége birtokában – írásban rögzíti orvosi kezeléssel kapcsolatos preferenciáit arra az esetre, ha a jövőben belátási képességét elvesztené. Ezt ki lehet egészíteni helyettes döntéshozó megnevezésével.

Ha nincs előzetes rendelkezés, akkor helyettes döntéshozó fogja meghozni a döntést a beteg helyett. Legjobb, ha a személyét a beteg nevezi meg, de ha ez nem történik meg, a törvény sorrendet állapít meg a helyettes döntéshozó személyéről. A helyettes döntéshozónak az ún. helyettesített megítélés elvét kell alkalmaznia. Meg kell próbálnia rekonstruálni a beteg értékrendjét, s úgy dönteni, ahogyan a beteg döntene, ha visszanyerné belátási képességét. A helyettes döntéshozónak ugyanakkor nincs joga visszautasítani azt a terápiás beavatkozást, melyet a kezelőorvos szükségesnek ítél, s melynek elmaradása a betegnél súlyos vagy maradandó egészségkárosodást okozna (Eütv. 21. § [1]). A helyettesített döntéssel megkezdett ECT kezelés során folyamatosan szükséges a beteg belátási képességének vizsgálata, és amint alkalmassá válik az önálló döntéshozatalra, akkortól a kezelés csak a beteg beleegyezésével folytatható.

Nem-önkéntes kezelés

A nem-önkéntes kezelés sérti a beteg emberi méltóságát és önbecsülését, ezért lehetőség szerint el kell kerülni (58).

Mivel ECT-t nem-önkéntes formában főleg súlyos, terápiareszisztens depresszió esetén szoktak alkalmazni, ezért itt a nem-önkéntes kezelésre a beteg saját magára veszélyes volta miatt kerülhet sor. Mivel az Eü tv. – főszabályként – belátási képességgel rendelkező nem-pszichiátriai betegnek sem engedi meg, hogy életmentő vagy életfenntartó kezelést visszautasítson, ha ezzel élete tartósan megmenthető, ezért, ha az ECT-re a beteg életének megmentése érdekében van szükség (pl. súlyos, komoly

szuicid veszéllyel járó depresszió), akkor az ECT a belátási képesség vizsgálata nélkül alkalmazható a beteg beleegyezése nélkül is. Ha azonban az ECT nem életmentő kezelés, akkor az – belátási képességgel rendelkező beteg estén – csak a beteg beleegyezésével végezhető. Ezzel szemben belátási képességgel nem vagy csak korlátozottan rendelkező beteg csak korlátozottan vagy egyáltalán nem utasíthat vissza kezelést, attól függően, hogy belátási képessége mennyire csökkent egészségügyi döntésekre vonatkozóan.

A kutatási eredmények azt igazolták, hogy a betegek akarata ellenére végzett ECT kezelések hasonlóan hatékonyak, mint a beteg beleegyezésével végzett kezelések (59, 60). Ugyanakkor a – megfelelő belátási képességgel nem rendelkező – beteg akarata ellenére végzett ECT kezelésnek számos negatív következménye lehet. Véglegesen megronthatja az orvos–beteg kapcsolatot, a beteg teljesen elveszítheti bizalmát az orvosában. Amennyiben valamelyik családtag beleegyezésével történt a kezelés a beteg akarata ellenére, akkor ez családon belüli súlyos konfliktust eredményezhet. Végül ez a gyakorlat erősítheti azt az ECT-ről kialakult negatív képet, amely szerint maga a kezelés is a beteg jogainak megsértését jelenti (61). Mindezek miatt ez a gyakorlat kerülendő (62).

Igazságosság (justice)

Az igazságosság elve azt követeli, hogy minden beteg egyenlő eséllyel juthasson hozzá az ECT kezeléshez. Magyarországon a legutóbbi országos felmérés szerint 27 pszichiátriai osztályon végeztek 2014-ben ECT kezelést (63). Az ország minden régiójában volt olyan, ECT kezelést végző osztály, ahová a kezelésre szoruló betegeket továbbítani lehetett. Ennek alapján azt lehetne mondani, hogy a betegek hozzáférése biztosított az országban az ECT kezeléshez. A kezelt betegek alacsony száma – lakosságárányosan 2014-ben csak 0,176/10 000 beteg részesült ECT kezelésben az országban – felveti azt a gyanút, hogy mégsem jut hozzá minden beteg – akinek szüksége lenne rá – az ECT kezeléshez. Erre utal

az is, hogy miközben az ECT indikációját jelentő major depresszió előfordulása európai összehasonlításban az egyik legmagasabb Magyarországon (64), az állapot leghatékonyabb kezelési módjának, az ECT-nek az alkalmazása a legalacsonyabb (63). A 2014-ben végzett országos felmérés arra is rávilágított, hogy vannak az ECT kezelést nem alkalmazó osztályok között olyanok, ahonnan a beteget nem továbbítják ECT kezelést végző osztályra akkor sem, ha az a gyógyszeres kezelésre nem javul megfelelően (65). Ilyen esetben sérül a beteg joga az állapotában leghatékonyabb kezeléshez való hozzáféréshez.

Az ECT-vel kapcsolatos kutatások etikai kérdései

A kutatások részeként végzett ECT kezeléseknél ugyanúgy meg kell felelnie a bioetika fent említett négy alapelvének (jótékonyág, ártalmatlanság, autonómia és igazságosság), mint a mindennapi klinikai gyakorlatban végzett kezeléseknél (66). Emellett a kutatásoknak, így az ECT-vel kapcsolatosaknak is, egyéb nemzetközi irányelveknek és kutatásetikai kódexeknek is meg kell felelniük. Ezen elvek megfogalmazása többek között a Nürnbergi Kódexben, a Helsinkai Deklarációban, annak felülvizsgálataiban vagy az Európa Tanács Bioetikai Konvenciójában történt (56).

Az etikusan végzett kutatásnak több követelményét határozták meg (67). Először is, a kutatásnak értéket kell teremtenie, azaz hozzá kell járulnia az adott betegség jobb megértéséhez, gyógyításához vagy a páciens életminőségének javításához. Emellett általánosítható és használható eredménnyel kell szolgálnia.

Másodszor, a kutatás etikus kivitelezéséhez elengedhetetlen a tudományos módszertan szigorú betartása. Enélkül bármilyen kutatás etikátlannak minősül (68). A beavatkozással járó terápiás módszerek (ilyen az ECT is) esetében akkor indokolható a hatékonyság vizsgálatára irányuló kutatás elvégzése, ha egyet nem értés van a szakmabeliek körében a beavatkozás hatékonyságát illetően más terápiával vagy

placebóval összehasonlítva. Ha többé-kevésbé konszenzus áll fent, de azt nem a tudományos módszertan szigorú betartásával végzett kutatások alapozták meg, akkor is indokolható lehet új kutatás kivitelezése (69).

A résztvevők igazságos kiválasztása a harmadik követelmény. Fontos, hogy a kutatással járó lehetséges előnyök és hátrányok igazságosan legyenek elosztva a társadalom egyes csoportjai között (70). Ez ECT esetében nem mindig teljesült. Noha több kutatás szerint is biztonsággal használható az ECT terhesség esetén is, a terhes nők körében végzett kutatások száma limitált (50, 71–74).

Negyedik követelmény a kockázat/haszon arány kedvező volta. Az ECT kutatások csak akkor engedélyezhetőek, ha a lehetséges ártalmak minimálisak, mialatt a kutatásban résztvevő egyén és a társadalom számára nyújtott haszon a lehető legnagyobb (70).

Az ötödik követelmény, hogy a vizsgálati protokollt a vizsgálatot végző intézmény kutatás-etikai bizottsága is jóváhagyja. Ezen bizottságok esetében kívánatos, ha a tagjai között számos szakterület és közösség képviselői megtalálhatóak, és ők maguk nem érdekeltek az adott kutatásban (75).

A hatodik követelmény az alanyok tájékozott beleegyezése a kutatásban való részvételbe. A résztvevőnek meg kell értenie a kutatás célját, kockázatait, előnyeit és alternatíváit is (76). Ehhez elengedhetetlen, hogy rendelkezzen a döntés meghozatalához szükséges belátási képességgel, ám azon betegségek, melyek az ECT fő indikáció, több esetben is befolyásolják, olykor ellehetetlenítik ezt. Ebben az esetben hazánkban, mint fentebb az autonómia fejezet tárgyalása során láthattuk, családtagok adhatnak beleegyezést a páciens helyett, más országokban bíróság vagy a kezelőorvos dönthet. Mivel ECT kutatásban való részvételre a lehető leggritkább esetben kerül sor az alany akarata ellenére, így a belátási képességgel adott pillanatban nem rendelkezők csoportja általában kimarad a kutatásból (példul súlyos katatón tünetekkel rendelkezők vagy terápiaerezisztens szkizofrénia diagnózis esetén) (77). A kezelés több ülésből áll, így a vizsgálat alanya az ülések folyamán is

meggondolhatja magát, és fontos hangsúlyozni, hogy bármikor a vizsgálat során visszavonhatja a tájékozott beleegyezését. Ennek alapján az is előfordulhat, hogy súlyosabb depressziós esetekben a páciensek könnyebben belegyeztek a kezelésbe, majd az állapotuk javulásakor visszakoztak (78, 79).

A hetedik, és egyben az utolsó követelmény a vizsgálat alanyának tisztelete, beleértve azon jogát, hogy bármikor, negatív következmények nélkül visszavonhatja a beleegyezését a részvételbe. A tisztelet követelményének ellentmond a vizsgálat átláthatóságának hiánya, illetve a vizsgálatban résztvevők adatainak, magánéletüknek nem megfelelő védelme. Amennyiben az alany érdeke úgy kívánja, ki kell zárni a vizsgálatból. Elsődleges fontosságú az alanyok tájékoztatása minden új információról, illetve a kutatás eredményeiről. Emellett követni kell a résztvevők jóllétét, és kezelést kell biztosítani az esetleges nem várt reakciók és mellékhatások előfordulása esetén (80).

Megbeszélés

Az ECT az 1930-as évektől az 1960-as évekig – a pszichofarmakológiai kezelések elterjedté válásáig – a pszichotikus betegek jóformán egyetlen hatásos kezelési formája volt, annyira, hogy az ECT használata a pszichiátriai intézetek egyfajta jelképévé lett. Így vált az ECT az antipszichiátriai mozgalom céltáblájává is egyben, mint a represszív, kuszodiális pszichiátria szimbóluma (57). Ez a kép olyan erős, hogy mind a mai napig hatást gyakorol az ECT laikus és szakmán belüli elfogadására. A tudományos megítélést előítéletek és információhiányból fakadó emocionális megközelítés akadályozza, annak ellenére, hogy az ECT bizonyos esetekben egyenesen életmentő kezelés lehet. Az utóbbi évtizedekben azonban a pszichiátria jelentős átalakuláson ment keresztül. Lezajlott a kuszodiális pszichiátriáról a terápiás és rehabilitációs szemléletű pszichiátriára való áttérés, s ezzel párhuzamosan a szomatikus medicinában elfogadott tájékozott beleegyezés elvének a pszichiátriában történő egyre kiterjedtebb használata.

A beteg az Egészségügyi Törvény (53) által biztosított autonómiáját a kezelésével kapcsolatos döntés meghozatalában akkor tudja gyakorolni, ha a kezelőorvosától a szóba jövő kezelési lehetőségekről objektív, a tudomány aktuális állásának megfelelő tájékoztatást kap. A kezelőorvosnak a különböző kezelési módok várható hatékonyságára is ki kell térnie a tájékoztatás során. Ennek értelmében major depressziós betegek már az első kezelés során tájékoztatást kell kapnia arról, hogy az állapotára a tudomány jelen állása szerint a leghatékonyabb kezelési mód az ECT kezelés. A gyógyszeres, vagy pszichoterápiás kezelés eredménytelensége pedig tovább növeli az ECT kezeléssel való tájékoztatás fontosságát (81).

Az objektív, tudományos kutatások eredményein alapuló tájékoztatást az ECT kezeléssel kapcsolatban jelentősen befolyásolhatja a módszer – fentebb említett – stigmatizált volta. Ebben részben a médiának, részben az antipszichiátriai szervezeteknek van jelentős szerepe. *Milos Forman* 1975-ben készült ikonikus, „Száll a kakukk fészkére” című filmjének mind a mai napig tartó negatív hatása van az ECT kezeléssel kialakult képre (82). A filmben a kezelés altatás és izomrelaxálás nélküli formáját mutatják be, mint a beteg fölötti kontroll gyakorlásának eszközét, amit a filmbeli pszichiáter nem terápiás céllal, hanem a beteg akaratának megtörésére, brutális kínzásként alkalmazott. Sajnos a *Milos Forman* által rajzolt kép mind a mai napig meghatározó maradt a médiában. Elenyészően kevés olyan képi megjelenítés található az ECT-ről filmekben, vagy TV-sorozatokban, amelyek objektív, napjaink klinikai gyakorlatát tükröző képet festene az eljárásról (83, 84). Az interneten található ECT-vel kapcsolatos információk sem mutatnak sokkal kedvezőbb képet az eljárásról, ami azért is ad okot aggodalomra, mivel a fiatalabb korosztályba tartozó betegek egyre inkább ebből a forrásból tájékozódnak (85).

A tájékoztatás szempontjából további lényeges kérdés, hogy aki tájékoztat, annak mi a személyes véleménye a javasolt kezelési módról. Az ECT-vel kapcsolatosan a magyar szakemberek körében végzett attitűdvizsgálatok azt mu-

tatták, hogy a pszichiáterek véleménye a legpozitívabb az ECT kezeléssel, de közülük is a válaszadók 32%-a nem egyezne bele saját ECT kezelésébe akkor sem, ha súlyos pszichotikus depresszióban szenvedne (86). Az aneszteziológus rezidensek körében már a kutatásban résztvevők 62%-a utasította volna vissza az ECT kezelést major depressziós állapotban (87). Az attitűdvizsgálatok azt igazolták, hogy a saját kezelésüket elutasítók előítéletesebben viszonyultak az ECT-hez, és csekélyebb tárgyi tudással rendelkeztek a kezelést illetően. Fontos további eredménye volt az altatóorvosok körében végzett vizsgálatnak, hogy azok a válaszadók, akik részt vettek már ECT kezelésben, kevesebb előítéletet és nagyobb tárgyi tudást mutattak, mint azok, akik nem vettek részt kezelésben. A közelmúltban végzett internetes felmérés szerint a laikus válaszadók mintegy kétharmadának semmilyen információja nem volt az ECT kezeléséről. Akik pedig már hallottak a módszerről, azok attitűdje negatívabb volt, mint a vizsgálatban részt vett és a kezelést ismerő egészségügyi dolgozóké (88).

Az önrendelkezés gyakorlásának egy kívánatos jövőbeli módja: a támogatott döntés

Az ENSZ Egyezményt a Fogyatékossgal élő személyek jogairól 2006-ban fogadták el, s Magyarországon a 2007. évi XCII. törvény hirdette ki (89). Ezt az egyezményt azóta 174 ország ratifikálta. Ellentmondásos azonban az Egyezmény 12. cikke (A törvény előtti egyenlőség), mely a következőképpen fogalmaz:

2. A részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyeket az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti a jog-, illetőleg cselekvőképesség.

3. A részes államok meghozzák a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek cselekvőképességének gyakorlásához esetlegesen szükséges segítség hozzáférhetővé váljon.

A fogyatékossgal fogalmába tartozik a mentális fogyatékossgal, s ide tartoznak a pszichiátriai

zavarok is. Tehát a pszichiátriai betegek mentális fogyatékossgal rendelkező személyeknek tekinthetők, s így az Egyezmény rendelkezései rájuk is vonatkoznak.

Az Egyezményt az ENSZ Emberi Jogi Főbiztososa úgy értelmezte, hogy ez a cikk a részes államok azon kötelezettségét is jelenti, hogy a fogyatékossgal élő személyek nevében hozott helyettesített döntést lehetővé tevő jogi lehetőségeket megszüntesse, s helyette támogatott döntéshozatalt biztosítson. Vagyis a 12. cikk – fogyatékos személy esetén – helyettesített döntéshozatal helyett (amikor valaki más hozza meg a fogyatékossgal élő személy helyett a döntést) támogatott döntéshozatalt ír elő. Ilyenkor a fogyatékossgal élő személy maga hozza meg a döntést, de segítséggel, támogatással. A döntésben a mentális fogyatékossgal élő beteget támogathatják a rokonai, barátai, a társai, vagy az egészségügyi szakemberek is. De ez csak támogatás, mert ebben a modellben a beteg dönt! A támogatás sohasem mehet át helyettesített döntésbe. Az Egyezmény modellje a támogatott döntéshozatal. Vagyis, végül is, a támogatott döntéshozatal során a mentális fogyatékossgal élő személy aktuális akarata, pillanatnyi preferenciái döntenek.

Az Egyezmény alkalmazása

Az Egyezmény ratifikációja során több ország (Ausztrália, Kanada, Franciaország, Hollandia, Norvégia) fenntartását fejezte ki a 12. cikkel kapcsolatban, kikötve, hogy ők úgy fogják értelmezni a 12. cikket, mint ami lehetővé teszi a helyettes döntéshozatalt. Németországban is nemrég a Szövetségi Alkotmánybíróság határozatot hozott, mely szerint nem sérti az Egyezmény

12. cikkét az, hogy a cselekvőképtelen betegnek nem biztosítanak jogot arra, hogy kezelését érintő döntéseket hozzon (90).

A németországi alkotmánybírósági határozathoz hasonló elvet követ a hazai szabályozás. A támogatott döntéshozatalt Magyarországon a 2013. évi CLV. törvény szabályozza (91).

A törvény szerint:

1. § (3) támogatott személy: az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú személy, akinek a gyámhatóság támogatót rendel;

1. § (4.) támogató: a támogatott személy kérelmére vagy a bíróság megkeresése alapján a gyámhatóság által a támogatott személlyel egyetértésben, a támogatott személy segítésére kirendelt személy.

Támogatott döntéshozatal során fontos a döntést helyettesítő mechanizmusok és a döntés támogatásának kombinált alkalmazása. Egyfelől nagyobb hangsúlyt kellene helyezni a hiányzó döntéshozatali képesség helyreállítására, a körülményeknek a beteg igényeihez igazításával (92). Ilyen lehet például nyugodt környezet biztosítása, melyben a beteg visszanyerheti addig hiányzó döntéshozatali képességét, vagy kellő idő biztosítása a döntéshozatalhoz, s ilyen a beteg számára érthető nyelvhasználat is. Ezek mind a döntéshozatali képesség helyreállításának irányába hatnak. Látni kell azonban, hogy nem mindig elegendő a döntés támogatása. Van, hogy a beteg nem tud döntést hozni, mert hiányzik a belátási képessége. Ilyen legtöbbször a pszichotikus állapotban levő beteg, vagy a súlyosan demens beteg. Vagyis ilyenkor a döntés helyettesítése elkerülhetetlen. S a döntés helyettesítésére szolgáló mechanizmusok ilyenkor nélkülözhetetlenek.

Irodalom

1. BEUCHAMP TL, CHILDRESS JF: Principles of biomedical ethics (5th ed.) Oxford, Oxford University Press, 2001.
2. OTTOSON JO, FINK M: Ethics in Electroconvulsive Therapy. New York, Brunner-Routledge, 2004.
3. GAZDAG G, BITTER I, UNGVARI GS, BARAN B, FINK M: László Meduna's pilot studies with camphor inductions of seizures: the first 11 patients. J ECT, 2009; 25:3–11.
4. BARAN B, BITTER I, UNGVARI GS, GAZDAG G: The birth of convulsive therapy revisited: a reappraisal of László Meduna's first cohort of patients. J Affect Disord, 2012; 136:1179–1182.
5. CERLETTI U, BINI L: Un nuevo metodo di shockterapia "Eletro-shock". Bollettino Accademia Medica Roma, 1938; 64:136–138.
6. BENNETT AE: Metrazol Convulsive Shock Therapy in Affective Psychoses: A Follow-Up Report of Results Obtained in Sixty-One Depressive and Nine Manic Cases. The American Journal of the Medical Sciences, 1939; 198, 695–701.
7. IMPASTATO D, ALMANASI N: A study of over 2000 cases of electrofit treated patients. N Z Med J, 1943; 43:2057–2065.
8. KATONA CL: Puerperal mental illness: comparisons with non-puerperal controls. Br J Psychiatry, 1982; 141:447–452.
9. HERZOG A, DETRE T: Psychotic reactions associated with childbirth. Dis Nerv Syst, 1976; 37:229–235.
10. DAVIS JM, JANICAK PG, SAKKAS P, GILMORE C, WANG Z: Electroconvulsive therapy in the treatment of the neuroleptic malignant syndrome. Convuls Ther, 1991; 7: 111–120.
11. FINK M, KELLNER CH, SACKEIM HA: Intractable seizures, status epilepticus, and ECT. J ECT, 1999; 15:282–284.
12. KELLNER CH, BEALE MD, PRITCHETT JT, BERNSTEIN HJ, BURNS CM: Electroconvulsive therapy and Parkinson's disease: the case for further study. Psychopharmacol Bull, 1994; 30:495–500.
13. The UK ECT Review Group: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2003; 361:799–808.
14. KHO KH, VAN VREESWIJK MF, SIMPSON S, ZWINDERMAN AH: A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. J ECT, 2003; 19:139–147.
15. PAGNIN D, QUEROZ V, PINI S, CASSANO GB: Efficacy of ECT in depression: A meta-analytic review. J ECT, 2004; 20:13–20.
16. GAZDAG G, TRINGER L: Az ECT kezelés hatékonysága depresszióban: metaanalízis. Psychiatr Hung, 2005; 20:195–200.
17. ULETT GA, SMITH K, GLESER GC: Evaluation of convulsive and subconvulsive shock therapies utilizing a control group. Am J Psychiatry, 1956; 112:795–802.
18. BRILL NQ, CRUMPTON E, EIDUSON S, GRAYSON HM, HELLMAN LI, RICHARDS RA: Relative effectiveness of various components of electroconvulsive therapy. Arch Neurol Psychiatry, 1959; 81:627–635.
19. HARRIS JA, ROBIN AA: A controlled trial of phenelzine in depressive reactions. J Ment Science, 1960; 106:1432–1437.
20. FAHY P, IMLAH N, HARRINGTON J: A controlled comparison of electroconvulsive therapy, imipramine and thiopentone sleep in depression. J Neuropsychiatry, 1963; 4: 310–314.
21. WILSON IC, VERNON JT, GUIN T, SANDIFER MG JR: A controlled study of treatments of depression. J Neuropsychiatry, 1963; 4:331–337.
22. LAMBOURN J, GILL D: A controlled comparison of simulated and real ECT. Br J Psychiatry, 1978; 133:514–519.
23. WEST E: Electric convulsion therapy in depression: a double-blind controlled trial. BMJ, 1981; 282:355–357.
24. BRANDON S, COWLEY P, MCDONALD C, NEVILLE P, PALMER R, WELLSTOOD-EASON S: Electroconvulsive therapy: results in depressive illness from the Leicestershire trial. BMJ, 1984; 288:22–25.
25. GREGORY S, SHAWCROSS R, GILL D: The Nottingham ECT study. A double-blind comparison of bilateral, unilateral and simulated ECT in depressive illness. Br J Psychiatry, 1985; 146:520–524.
26. BRUCE EM, CRONE N, FITZPATRICK G, FREWIN SJ, GILLIS A, LASCELLES CF ET AL: A comparative trial of ECT and Tofranil. Am J Psychiatry, 1960; 117:76.
27. KILOH LG, CHILD JP, LATNER GA: A controlled trial of iproniazid in the treatment of endogenous depression. J Ment Science, 1960; 106:1139–1144.
28. ROBIN AA, HARRIS JA: A controlled comparison of imipramine and electroplexy. J Ment Science, 1962; 108:217–219.
29. HUTCHINSON JT, SMEDBERG D: Treatment of depression: A comparative study of ECT and six drugs. Br J Psychiatry, 1963; 109:536–538.
30. GREENBLATT M, GROSSER GH, WESCHLER H: Differential response of hospitalized depressed patients to somatic therapy. Am J Psychiatry, 1964; 120:935–943.
31. MEDICAL RESEARCH COUNCIL: Clinical trial of the treatment of depressive illness. BMJ, 1965; 1:881–886.
32. GANGADHAR BN, KAPUR RL, KALYANASUNDARAM S: Comparison of electroconvulsive therapy with imipramine in endogenous depression: A double blind study. Br J Psychiatry, 1982; 141:367–371.
33. DINAN TG, BARRY S: A comparison of electroconvulsive therapy with a combined lithium and tricyclic combination among depressed tricyclic nonresponders. Acta Psychiatr Scand, 1989; 80:97–100.
34. FOLKERTS HW, MICHAEL N, TOLLE R, SCHONAUER K, MUCKE S, SCHULZE-MONKING H: Electroconvulsive therapy vs. Paroxetine in treatment-resistant depression—a randomized study. Acta Psychiatr Scand, 1997; 96:334–342.
35. JANAKIRAMAIAH N, GANGADHAR BN, NAGA VENKATESHA MURTHY PJ, HARISH MG, SUBBAKRISHNA DK, VEDAMURTHACHAR A: Antidepressant efficacy of Sudarshan Kriya Yoga (SKY) in melancholia: a randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. J Affect Disord, 2000; 57:255–259.
36. YEH HH, WESTPHAL J, HU Y, PETERSON EL, WILLIAMS LK, PRABHAKAR D ET AL: Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. Psychiatr Serv, 2019; 70:750–757.
37. KELLNER CH, FINK M, KNAPP R, PETRIDES G, HUSAIN M, RUMMANS T ET AL: Relief of expressed suicidal intent by ECT: a Consortium for Research in ECT Study. Am J Psychiatry, 2005; 162:977–982.
38. TOR PC, BIN ABDIN E, HADZI-PAVLOVIC D, LOO C: Relief of expressed suicidality in schizophrenia after electroconvulsive therapy: A naturalistic cohort study. Psychiatry Res., 2020; 284:112759.
39. MEDUNA LJ: Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie: Campher und Cardiazolkrämpfe. Z gesamte Neurol Psychiatr, 1935; 152:235–62.
40. BENNETT AE: Preventing traumatic complications in convulsive shock therapy by curare. JAMA, 1940; 114:322–324.
41. MOSS BF, THIGPEN CH, ROBINSON WP: Report on the Use of Succinyl Choline Dichloride (a Curare-like Drug) in Electroconvulsive Therapy. Am J Psychiatry, 1953; 109:895–898.
42. D'ELIA G: Unilateral electroconvulsive therapy. Acta Psychiatr Scand Suppl, 1970; 215:1–98.
43. SCOTT AI, RIDDLE W: Status epilepticus after electroconvulsive therapy. Br J Psychiatry, 1989; 155:119–121.
44. SMITH K, KEEPERS G: Nonconvulsive status epilepticus after ECT. Am J Psychiatry, 2000; 157:1524.
45. ALOYSI AS, BRYSON EO, KELLNER CH: Management of prolonged seizures during electroconvulsive therapy Indian J Psychol Med, 2014; 36:220–221.
46. DING Z, WHITE PF: Anesthesia for Electroconvulsive Therapy. Anest Analg, 2002; 94:1351–1364.

47. ROSE D, FLIESHMANN P, WYKES T, LEESE M, BINDMAN J:
Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*, 2003; 326:1363.
48. MCELHINEY MC, MOODY BJ, SACKEIM HA:
The Autobiographical Memory Interview – Short Form. Department of Biological Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, 2001.
49. SEMKOVSKA M, MCLOUGHLIN DM:
Objective Cognitive Performance Associated with Electroconvulsive Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biol Psychiatry*, 2010; 68:568–577.
50. POMPILI M, DOMINICI G, GIORDANO G, LONGO L, SERAFINI G, LESTER D, ET AL:
Electroconvulsive treatment during pregnancy: a systematic review. *Expert Rev Neurother*, 2014; 14:1377–1390.
51. LEIKNES KA, COOKE MJ, JAROSCH VON SCHWEDER L, HARBOE I, HOIE B:
Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Womens Ment Health*, 2015; 18:1–39.
52. DENNIS NM, DENNIS PA, SHAFER A, WEINER RD, HUSAIN MM:
Electroconvulsive Therapy and All-Cause Mortality in Texas, 1998–2013. *J ECT*, 2017; 33:22–25.
53. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről [Ütvt.].
54. WOLF SM:
Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. A Report by the Hastings Center. Bloomington and Indianapolis. Indiana University Press, 1987.
55. BUCHANAN AE, BROCK DW:
Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge University Press, 1989; 56.
56. KOVÁCS J:
Az elektrokonvulzív terápia. In: Kovács J: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 2007; 367–370.
57. BERSANI G, PACITTI F, IANNITELLI A:
'Delusional' consent in somatic treatment: the emblematic case of electroconvulsive therapy. *J Med Ethics*, 2020; 46:392–396.
58. HUDSON H:
Coercion in psychiatry: is it right to involuntarily treat inpatients with capacity? *J Med Ethics*, 2019; 45:742–745.
59. BESSE M, METHFESSEL I, WILTFANG J, ZILLES D:
Electroconvulsive therapy in nonconsenting patients. *Nervenarzt*, 2017; 88:46–52.
60. METHFESSEL I, SARTORIUS A, ZILLES D:
Electroconvulsive therapy against the patients' will: a case series. *World J Biol Psychiatry*, 2018; 19:236–242.
61. LENZEN LM, GRÖZINGER M:
Electroconvulsive therapy against the natural will: Some concerns. *Eur Psychiatry*, 2019; 58:87–88.
62. BÁNKI MCS:
Elektrokonvulzív terápia (ECT) In.: Füredi J, Németh A (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. kiadás, Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015; 520–526.
63. ASZTALOS M, UNGVARI GS, GAZDAG G:
Changes in Electroconvulsive Therapy Practice in the Last 12 Years in Hungary. *J ECT*, 2017; 33:260–263.
64. PUREBL GY, BALOG P:
A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Kopp M (szerk.), Budapest, Semmelweis Kiadó, 2008; 584–591.
65. GAZDAG G, ASZTALOS M, UNGVARI GS:
Az elektrokonvulzív kezelés magyarországi hozzáférhetősége. *Psychiatr Hung*, 2018; 33:266–269.
66. YOUSSEF NA, MCCALL WV:
Is Conduct of Research in Electroconvulsive Therapy Ethical? *J Psychol Neuropsychiatr Disord Brain Stimul*, 2016; 1:105.
67. EMANUEL EJ, WENDLER D, GRADY C:
What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283: 2701–2711.
68. FREDERICK M:
The Ethics of Research Involving Human Subjects. Vanderpool, HY., editor. University Publishing Group, 1996, 45–58.
69. FREEDMAN B:
Equipose and the ethics of clinical research. *N Engl J Med*, 1987; 317(3):141–145.
70. LEVINE RJ:
Ethics and Regulation of Clinical Research. 2. New Haven, CT: Yale University Press; 1988.
71. PINNA M, MANCHIA M, PILLAI G, SALIS P, MINNAI GP:
Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in the first trimester of pregnancy: a case of severe manic catatonia. *Bipolar Disord*, 2015; 17:567–571.
72. BULBUL F, COPOGLU US, ALPAK G, UNAL A, DEMIR B, TASTAN MF ET AL:
Electroconvulsive therapy in pregnant patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2013; 35: 636–639.
73. SAATCIOGLU O, TOMRUK NB:
The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2011; 48:6–11.
74. RICHARDS EM, PAYNE JL:
The management of mood disorders in pregnancy: alternatives to antidepressants. *CNS Spectr*, 2013; 18:261–271.
75. THOMPSON DF:
Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med*, 1993; 329(8):573–576.
76. FADEN RR, BEAUCHAMP TL:
A History and Theory of Informed Consent. New York, NY: Oxford University Press; 1986. Chapter 5–9.
77. WILKINS KM, OSTROFF R, TAMPI RR:
Efficacy of electroconvulsive therapy in the treatment of nondepressed psychiatric illness in elderly patients: a review of the literature. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2008; 21:3–11.
78. FISHER CE, DUNN LB, CHRISTOPHER PP, HOLTZHEIMER PE, LEYKIN Y, MAYBERGHS ET AL:
The ethics of research on deep brain stimulation for depression: decisional capacity and therapeutic misconception. *Ann N Y Acad Sci*, 2012; 1265:69–79.
79. ALLOY LB, ABRAMSON LY:
Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: sadder but wiser? *J Exp Psychol Gen*, 1979; 108:441–485.
80. ZLOTNIK SHAUL R, REID L, ESSUE B, GIBSON J, MARZINATTO V, DANEMAN D:
Dissemination to research subjects: operationalizing investigator accountability. *Account Res*, 2005; 12:1–16.
81. KLERMAN GL:
The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *Am J Psychiatry*, 1990; 147:409–418.
82. MCDONALD A, WALTER G:
The Portrayal of ECT in American Movies. *J ECT*, 2001; 17:264–274.
83. MATTHEWS AM, ROSENQUIST PB, MCCALL WV:
Representations of ECT in English-Language Film and Television in the New Millennium. *J ECT*, 2016; 32:187–191.
84. SIENAERT P:
Based on a True Story? The Portrayal of ECT in International Movies and Television Programs. *Brain Stimul*, 2016; 9:882–891.
85. TAKÁCS R, UNGVARI GS, GAZDAG G:
Electroconvulsive therapy on Hungarian websites. *Psychiatr Danub*, 2012; 24:86–89.
86. GAZDAG G, KOCSIS N, TOLNA J, LIPCSEY A:
Attitudes towards electroconvulsive therapy among Hungarian psychiatrists. *J ECT*, 2004; 20:204–207.
87. GAZDAG G, MOLNÁR E, UNGVARI GS, IVÁNYI Z:
Knowledge of and attitude toward electroconvulsive therapy: a survey of Hungarian anesthesiology residents. *J ECT*, 2009; 25:113–116.
88. ASZTALOS M, KÖNYE P, GAZDAG G:
Laikusok elektrokonvulzív terápiával kapcsolatos attitűdje Magyarországon. *Ideggyógy Szle*, 2020, 73:311–316.
89. 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.
90. SCHOLTEN M, GATHER J:
Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *Journal of Medical Ethics*, 2018; 44:226–233.
91. 2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról.
92. KOVÁCS J:
Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2006; 297–298.

The burden of caring for someone with schizophrenia: A cross country report from Bulgaria, the Czech Republic, Hungary and Russia

546

Barbara Sebe¹, Ágota Barabácssy¹, Krisztina Buksa², István Laszlovszky¹, Zsófia Borbála Dombi¹, György Németh¹, Peter Falkai³

¹ Medical Division, Richter Gedeon Plc., Budapest, Hungary

² International Marketing, Richter Gedeon Plc., Budapest, Hungary

³ Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital LMU, Munich, Germany

Summary: *Introduction: People with schizophrenia often need long-term support in their everyday life. Thus, caregivers are vital factors to support their recovery and long-term functioning. In turn, however, the caregiver role is highly burdensome and may lead to severe distress and burnout, imposing further hardship on patients and their family. The aim of this paper was to map the caregivers' situation and their possible needs in Bulgaria, the Czech Republic, Hungary, and Russia.*

Methods: 225 caregivers of schizophrenic patients completed a questionnaire in Bulgaria (n=50), the Czech Republic (n=50), Hungary (n=50) and Russia (n=75) about their sociodemographic status, financial, emotional and subjective challenges that arise from the caregiver duty.

Results: Caregivers are mainly married (56%), women (72%) entering their 50's, working full time (48%). The average time they spend taking care of someone with schizophrenia is 26 hours weekly. This duty often limits their independence (59%), recreational activities (56%), financial security (47%) and social life (47%). Thirty-nine percentage reported health-related issues, while sadness and anxiety were also commonly experienced. Caregivers felt left alone with their struggles (56%), longing for both disease-related information and self-help support. As a result, 21% felt fully or mostly dissatisfied with their life.

Conclusion: Taking care of someone with schizophrenia represents a high burden, affecting one's social and economic status, as well as mental and physical health. Caregivers often feel alone with their struggles and would welcome tailored support to help them cope with the multidimensional burden they carry.

Keywords: caregiver burden; schizophrenia; Bulgaria; Czech Republic; Hungary; Russia

Összefoglalás: *Bevezetés: A szkizofréniában szenvedők gyakran igényelnek hosszú távú, a mindennapokra kiterjedő gondoskodást. Amíg ez az intenzív támogatás jelentős szerepet játszik a betegek állapotának javulásában és a hosszú távú funkcionális elősegítésében, addig a gondozók számára súlyos terheket jelenthet. Szorongáshoz és kiegészhez vezethet, ami további nehézségeket ró mind a betegek, mind a családjukra. A cikk célja a gondozók helyzetének és lehetséges szükségleteinek feltérképezése Bulgáriában, Csehországban, Magyarországon és Oroszországban.*

Módszerek: 225 szkizofrén beteget gondozó személyt kérdeztünk szociodemográfiai helyzetükről, pénzügyi, érzelmi állapotukról, valamint a gondozói szerepből adódó kihívásokról Bulgáriában (n=50), Csehországban (n=50), Magyarországon (n=50) és Oroszországban (n=75).

Eredmények: A gondozók átlagosan 50 éves, főként házasságban (56%), teljes munkaidőben dolgozó (48%) nők (72%). Átlagosan heti 26 órát töltenek a szkizofrén beteg gondozásával. Ez a kötelesség leggyakrabban a függetlenségüket (59%), a kikapcsolódásra fordítható idejüket (56%), az anyagi biztonságukat (47%) és a társadalmi életüket (47%) korlátozza. 39% százalék számolt be a gondozói feladatokhoz köthető egészségügyi problémákról. A gyakran tapasztalt szomorúság és szorongás mellett a gondozók nagy része egyedül érzi magát a feladataival (56%). Szívesen fogadnának több segítségkel kapcsolatos információt és egyéb támogatást. A megkérdezett gondozók 21%-a érezte úgy, hogy teljesen vagy többnyire elégedetlen az életével.

Következtetés: A szkizofrén beteg gondozása rendkívül megterhelő feladat, amely befolyásolja a gondozó személy társadalmi és gazdasági helyzetét, valamint mentális és fizikai egészségét. A gondozók nagy része egyedül küzd meg ezekkel a nehézségekkel, ezért örömmel fogadnának az ismereteik és lehetőségeik bővítését célzó támogatásokat.

Kulcsszavak: gondozói teher; szkizofrénia; Bulgária; Csehország; Magyarország, Oroszország

Introduction

Schizophrenia is a severely disabling, chronic mental disorder that affects all major domains of patients' life. The median lifetime prevalence (1, 2) of this disorder is between 0.72% and 0.75%. It starts early in life, often preventing patients from establishing social and financial stability (3). Based on the World Health Organization's data, schizophrenia is the fourth and fifth leading cause of years lost due to disability among all diseases for males and females, respectively (4). Due to the early breakout of the disorder, patients with schizophrenia need considerable support during a significant part of their life. Although some patients stay in long-term social services, as a consequence of the de-institutionalisation of psychiatric patients, many patients go back to their lives and rely on their family's support. The significantly increasing role of family members imposes a serious burden on informal caregivers.

From a scientific perspective, caregiver burden is a theoretical construct based on *Lazarus* and *Folkman's* Transactional Model. According to this model, caregivers deal with stressful situations by evaluating the care situation and their own resources and abilities to cope with it (5). It is a multidimensional concept comprising social, financial and emotional aspects. Although many instruments have been developed and used to measure caregiver burden in mental illnesses, including schizophrenia, there is no gold standard scale yet. Researchers tend to use the ones with good psychometric properties and a wide range of burden dimensions, (6) nevertheless, stress, distress, and burnout have been interchangeably used for the word burden in many studies (3). In this regard, some argue, that defining caregiver burden is highly difficult and what has been conceptualised so far are, in fact, the stressors (7).

Most studies focusing on family caregivers of patients with schizophrenia found that they were exposed to a significant burden, involving lack of time for their own interests, desire for recovery, sadness, and financial problems

(8–13). As family caregivers are typically not trained, coping with all these stressful situations is a huge challenge for them. Their burden is often neglected, and family treatment approaches are rather focused on patient well-being (14). Although professional caregivers, such as psychiatric nurses, are usually more trained to develop a skill set of empathetic interactions and compassionate care, the strain on them is not much lighter either: burnout and high stress are frequently mentioned problems here too (15–17).

When caregivers become physically and mentally overwhelmed by high stress, it backfires on patients as well. Evidence shows that the intensity of duty is related to expressed emotions (18), a measure of the family environment, which has been shown to be a reliable psychosocial predictor of relapse in schizophrenia (19). Thus, decreasing the vulnerability of caregivers may help mitigate any secondary harm on the patients. Next to the many downsides of a care situation, caregivers may also experience benefits, such as feeling needed or the notion that they acquired new skills, which may help them cope with the challenges (20). Hence, understanding caregivers' situation and needs may have a multilevel impact on the broader spectrum of schizophrenia care.

Although distress is a general issue, individual components and their extent may vary regarding culture. To the best of our knowledge, schizophrenia-related caregiver burden has been vaguely reported in the Central-Eastern European Countries and Russia. In the present paper, we aim to give an overview of how taking care of someone with schizophrenia affects the social, financial and emotional aspects of life in Bulgaria, the Czech Republic, Hungary.

Methods

Subjects

This survey was conducted in four countries: Bulgaria, the Czech Republic, Hungary, and Russia, among caregivers of patients diagnosed

with schizophrenia for at least three years. Formal ethics committee review was not sought because all data was completely anonymous, with no personal information being collected. The data was not considered confidential in nature, issues being researched were not likely to upset or disturb participants, and there was no risk of possible disclosures or reporting obligations. All participants signed informed consent.

Design

Participating caregivers were asked to complete a qualitative and quantitative questionnaire, including their sociodemographic and financial situation, subjective experiences related to the disease, and their resources for coping. Computer-assisted personal interviews (CAPI) and online questionnaires (CAWI) were used.

Statistical Analyses

The research was conducted with a questionnaire that consisted of 80 questions referring to the respondents' sociodemographic characteristics and their subjective experiences related to caring for their schizophrenia patients. The data collected in the four countries were aggregated and analysed with the Statistical Package for the Social Sciences statistical software. Descriptive data are presented by countries and in a pooled way. Cross-tabulations were used to compare the results of the 4 countries, with the following variables presented:

- Country of the respondent as independent variable;
- Discrete variables like
 - Sociodemographic characteristics: gender, marital status, working status (Table 1);
 - Financial characteristics of caregivers (Table 2);
 - Perceived quality of life (Fig 1) – a 5-point Likert-type scale was used to rate caregivers' overall quality of life (1 – Absolutely dissatisfied to 5 – Fully satisfied);

- Perception of negative changes in certain aspects of their lives (Fig 2) – a 5-point Likert-type scale was used to express the rate and the direction of changes in caregivers' lives due to the patients' disease (1 – Much worse to 5 – Much better);
- The prevalence of emotions felt by the caregivers (Fig 3);
- The frequency of feeling needed (Fig 4) – ordinal scale for stating the frequency (1 – Almost every day to 4 – never);
- The proportion of caregivers having the given experiences with healthcare professionals and social services (Table 3);
- The frequency of caregiver visits with healthcare professionals and social services (Table 4);
- The proportion of caregivers who appraised the given topics as discussed with psychiatrists and relevant (Fig 5);
- and continuous variable like age (Table 1) as dependent variables.

The relationship between the distribution of the nominal variables (sociodemographic characteristics (Table 1), quality of life perception (Fig 1), negative changes in life (Fig 2), emotional burdens (Fig 3), frequency of feeling useful and needed (Fig 4), caregivers' experience with HCPs (Table 3), caregiver-HCP visits (Table 4), availability and relevance of educational topics (Fig 5) in the different countries were tested with two-tailed Chi-square test. The significance level chosen for the two-tailed Chi-Square test was 0.05. If the hypothesis could be rejected at a 95% confidence level, the Z test was used to compare country-specific proportions of the discrete variables. For comparing the continuous variable (Age [Table 1]), Welch-test was used. All statistical tests were calculated at 95% confidence level, and the differences were marked as significant at $p < 0.05$ value.

Results

Sociodemographic results

In total, 225 caregivers were interviewed, 50 in Bulgaria, 50 in the Czech Republic, 50 in Hun-

gary, and 75 in Russia. Caregivers were mainly women (72%) with an average age of 50; 56% were married or lived in a partnership, while 44% were single, divorced or widowed. (Table 1)

549

Table 1

Sociodemographic characteristics of caregivers

	Total (N=225)	BG (N=50)	CZ (N=50)	HU (N=50)	RUS (N=75)
Age, mean (SD)	50 (14.0)	56 (14.5)	49 (13.1)	48 (11.4)	47 (14.8)
Male/Female (%)	28/72	38/62	34/66	30/70	16/84*
<i>Marital status (%)</i>					
Single	16	14	18	16	17
Married/living cohabited/in partnership	56	54	64	70*	44*
Divorced	16	8	16	10	21
Widowed	12	24*	2*	4*	16
Other	0	0	0	0	1
<i>Working status (%)</i>					
Full-time	48	28*	58	62*	45
Part-time	19	14	16	16	25
Casual work	5	6	4	6	4
Overall employment rate	72	48*	78	84	74
Student	1	4	0	0	1
On disability	1	2	4	0	0
Retired	19	34*	12	14	17
Inactive for other reason	6	12	6	0*	7
No answer	0	0	0	2	0

* significant country-specific differences versus the total

Totals may not exactly be 100% because of rounding.

Table 2

Financial characteristics of caregivers

	Total (N=225)	BG (N=50)	CZ (N=50)	HU (N=50)	RUS (N=75)
We do not have money for the most essential things (%)	4	4	6	0	4
We must give up a lot of things to cover everyday expenses (%)	25	42*	24	16	21
We have enough money for everyday expenses, but we cannot afford bigger expenses (%)	53	48	48	54	59
We have enough money to cover our expenses, and we can save up (%)	16	2*	20	28*	13
We live well, we do not have to save money, even if we would like to buy bigger things (%)	0	2	0	0	0
No answer (%)	2	2	2	2	3

* significant versus total

Socioeconomic burden

Quality of life

550

Interestingly, when caregivers were asked about their quality of life, their answers showed rather an optimistic attitude, 33% being mostly satisfied and 11% fully satisfied, versus the 11% and 10%, who felt mostly and absolutely dissatisfied. (Figure 1)

Taking all four countries together, independence, active recreation, financial stability, and social life were the most frequently impaired aspects of caregivers' lives. A considerable proportion, 30% of caregivers, have experienced negative changes in their health status due to their caregiver duty. Work opportunities with financial security and material comfort were other dominating dimensions in Bulgaria and Russia, respectively. Hungary appeared only moderately affected in general. (Figure 2) In some cases, life aspects did not worsen, but remained the same or became better: work opportunities (53% and 6%); health status (53% and 6%); financial security (45% and 6%); social life (48% and 4%); learning, improving knowledge (58% and 8%); independence (33% and

6%); active recreation (35% and 4%); material comforts (51% and 6%); relationship with close relatives (60% and 8%); relationship with patient (53% and 13%).

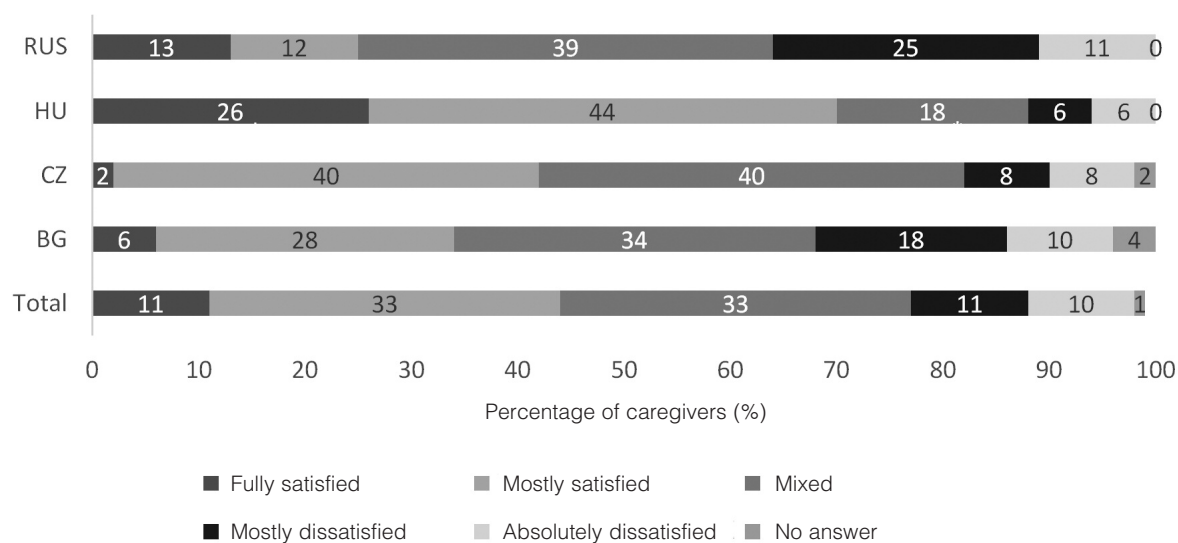
On average, caregivers spend 26 hours weekly on patients, managing a relatively broad spectrum of activities: 88% provide continuous emotional support for patients, 79% ensure that patients precisely follow the therapy scheme, 67% give financial aid, and 63% accompany patients to their medical visits.

Emotional burden

Caregivers face various cumbersome feelings. Although these emotions may ease over time, they are unlikely to fade away entirely. Shock, anxiety, and sadness were the most commonly reported emotions at the time of the diagnosis. Anxiety and sadness persisted throughout the years, and were the most dominant ones at the time of the interview, followed by lacking prospects and hopelessness. (Figure 3) Concerning stigma (experienced at any time during the course of the illness), 43% said that it had intense harm on their life.

Figure 1

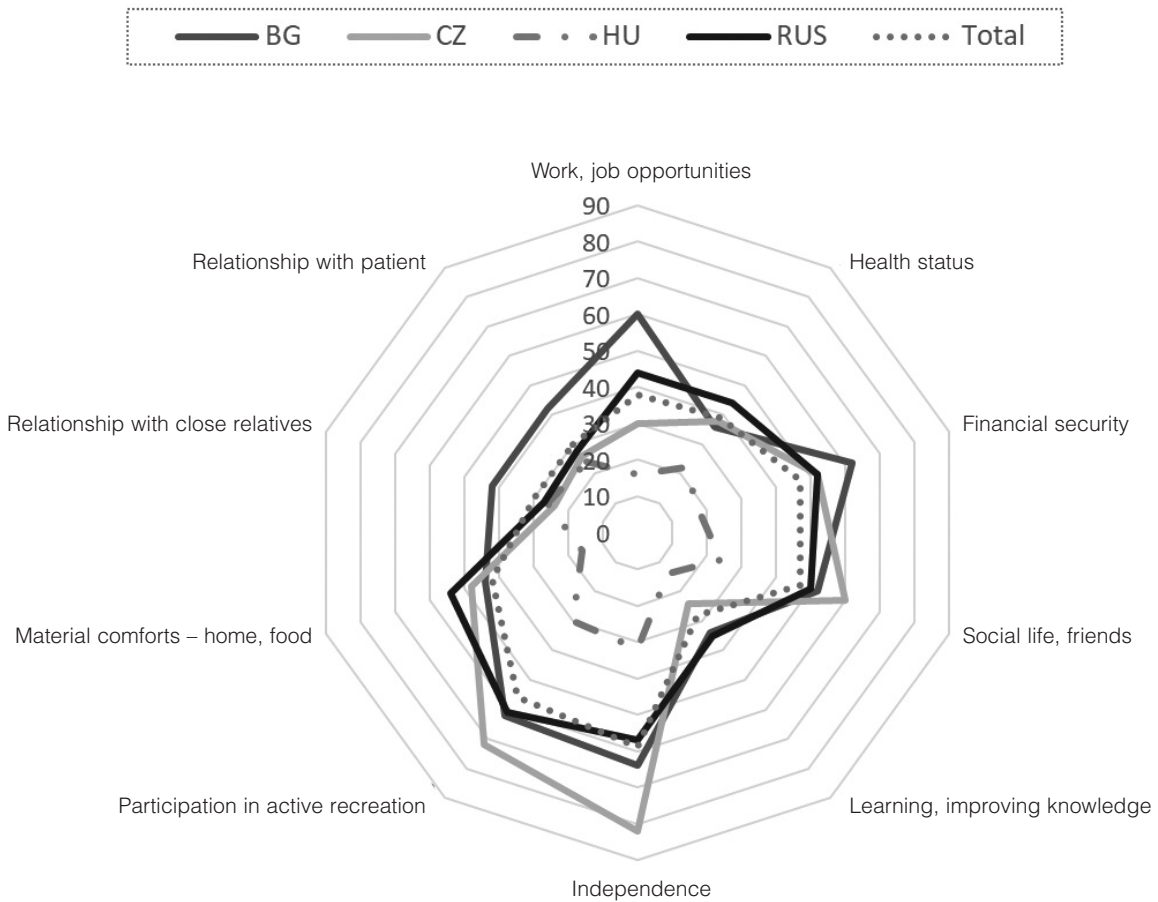
Caregivers satisfaction with their quality of life



* significant versus total

Figure 2

Percentage of caregivers who experienced negative changes in certain aspects of their lives (%)



* significant versus total

Figure 3

Prevalence of caregivers' emotions at the time of the diagnosis and the interview

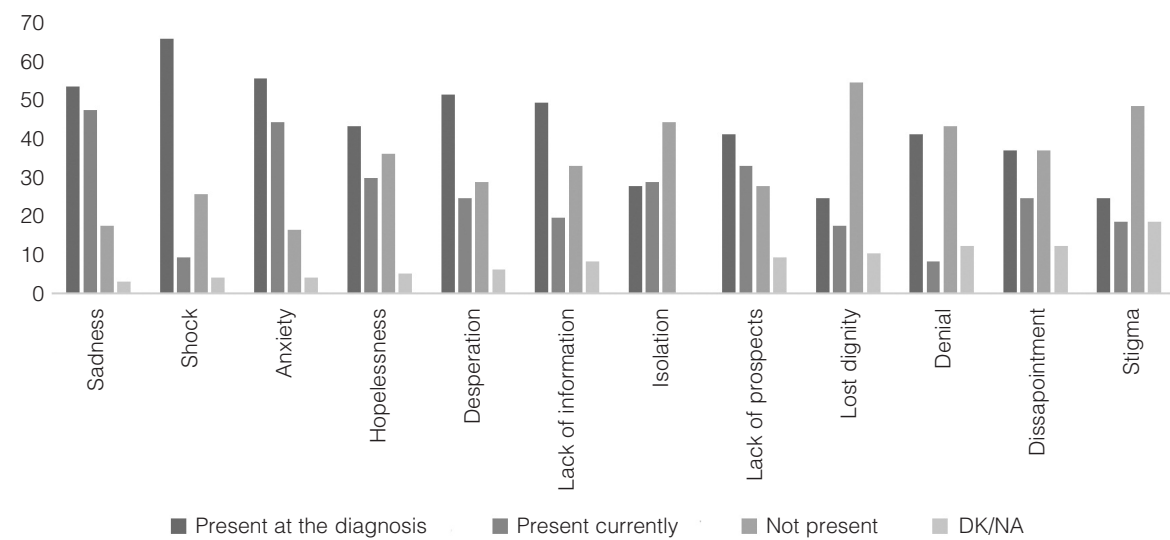
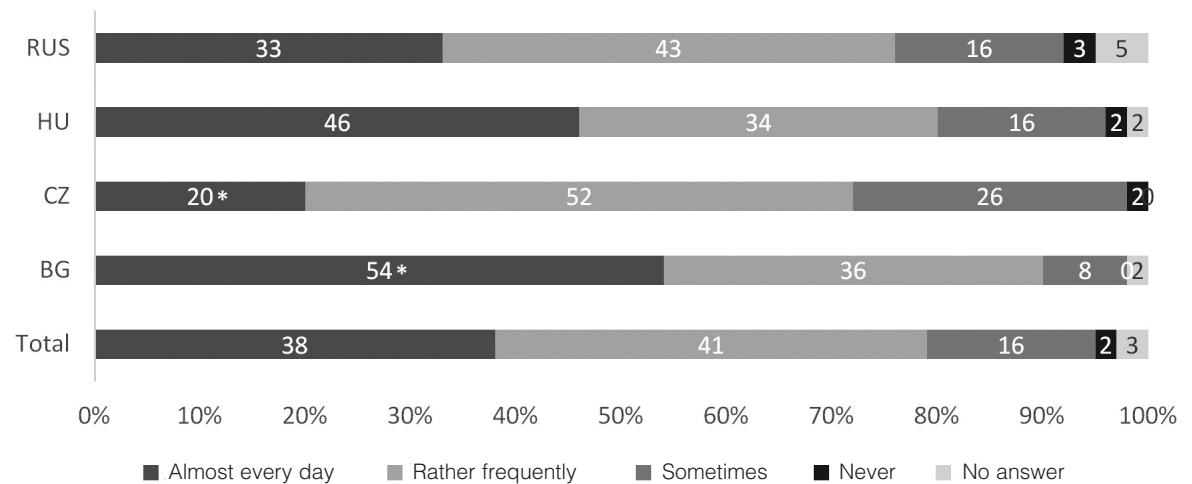


Figure 4

Percentage of caregivers feeling useful and needed



552

* significant versus total

On the other hand, caregivers also felt useful and needed, especially in Bulgaria. (Figure 4)

Most caregivers (73%) claimed that their opinion about schizophrenia had changed when the disease entered their life, and thus, 81% thought that the public's knowledge should be improved in this regard.

Lack of support

Two-thirds of the caregivers (59%) felt left alone and thought that “no one really cared about caregivers”. Support groups in their respective countries were rare; many caregivers have never even heard about these communities.

Table 3

Caregivers' experience with healthcare professionals and social services

	Total (N=225)	BG (N=50)	CZ (N=50)	HU (N=50)	RUS (N=75)
Caregivers feeling left alone (%)	59	64	54	46*	68
<i>Caregivers' experience with psychiatrists</i>					
Caregivers trust them (%)	73	92*	63	78	64
Caregivers can talk about their own everyday needs with them (%)	41	57*	44	36	31
Caregivers receive insufficient support from them (%)	18	6*	26	22	18
<i>Caregivers' experience with nurses</i>					
Caregivers trust them (%)	35	43	30	42	33
Caregivers can talk about their own everyday needs with them (%)	20	14	15	26	33
Caregivers receive insufficient support from them (%)	42	29	53	32	42
<i>Caregivers' experience with psychologists</i>					
Caregivers trust them (%)	49	55	61	22	43
Caregivers can talk about their own everyday needs with them (%)	50	50	50	11*	67
Caregivers receive insufficient support from them (%)	24	10	17	78*	19
<i>Caregivers experience with social workers</i>					
Caregivers trust them (%)	21	0	24	43	21
Caregivers can talk about their own everyday needs with them (%)	21	0	24	43	21
Caregivers receive insufficient support from them (%)	55	78	52	57	43

* significant versus total

Totals may not exactly be 100% because of rounding.

Table 4

Caregiver visits with healthcare professionals and social services

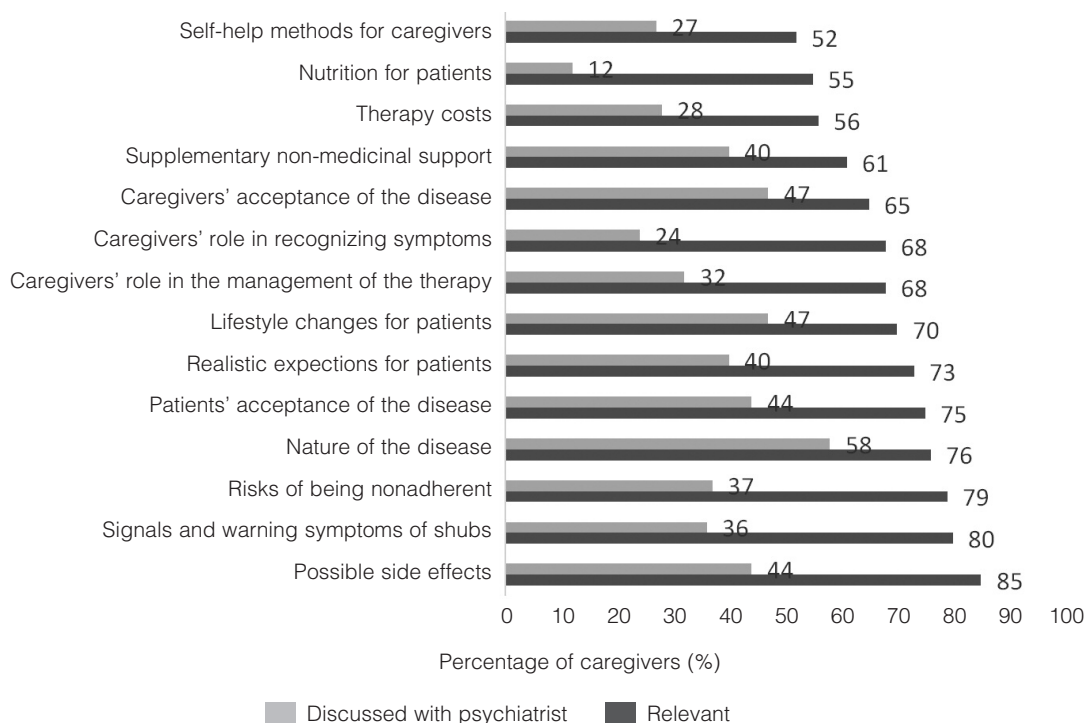
	Total (N=225)	BG (N=50)	CZ (N=50)	HU (N=50)	RUS (N=75)
Caregiver – psychiatrist visits					
No, never (%)	15	10	9	22	18
Yes, rarely (%)	39	18*	67*	40	34
Yes, often (%)	44	71	17*	8	45
No answer (%)	3	0	7	0	4
Caregiver – nurse visits					
No, never (%)	30	14	32	32	42
Yes, rarely (%)	37	21	56*	21	25
Yes, often (%)	30	57*	12*	47	25
No answer (%)	3	7	0	0	8
Caregiver – psychologist visits					
No, never (%)	29	15	22	33	48*
Yes, rarely (%)	34	15	56*	56	24
Yes, often (%)	28	70*	6*	0*	19
No answer (%)	9	0	17	11	10
Caregiver – social worker visits					
No, never (%)	26	22	29	29	21
Yes, rarely (%)	38	44	35	29	43
Yes, often (%)	21	2	18	43	14
No answer (%)	15	11	18	0	21

* significant versus total

Totals may not exactly be 100% because of rounding

Figure 5

Availability and relevance of educational topics



Although caregivers trust psychiatrists (73%), only 41% feels they can share their own needs with them, and 59% thought doctors could be more open towards caregivers' problems. Caregiver-doctor relationship looked the strongest in Bulgaria, with caregiver-doctor visits being outstandingly high there. (Table 3, 4)

Caregivers are interested in various disease-related questions. The three most relevant topics were possible side effects, signs and warning symptoms of acute exacerbations and risks of being non-adherent. However, we found a hiatus between caregivers' interest and how often those topics are discussed with psychiatrists. (Figure 5)

Caregivers preferred to receive information as handout materials. Other channels ranking high in their preferences were monthly face-to-face meetings with peers, psychiatrists, nurses, or psychologists. The least preferred support form would be online platforms to talk to psychologists, healthcare professionals or formal caregivers.

Discussion

By mapping and depicting various aspects of caregiver burden in Bulgaria, the Czech Republic, Hungary and Russia, we found that caregivers of schizophrenia patients face a considerable economic, social and affective burden in all four countries present. The sociodemographic characteristics are similar to those in other caregiver studies of patients with serious mental illnesses, i.e., caregivers are typically middle-aged married women (21, 22). Employment rates among caregivers varied substantially across countries. A possible explanation for this finding is that governmental policies and available social services may be different by countries: several cross-country studies demonstrated that countries with extensive formal home care services have higher employment levels among caregivers than those with fewer formal home care services (23). In the current survey, half of the caregivers reported that they could not afford bigger expenses, and

a quarter of them even struggled with everyday living. This, together with the relatively high employment rates, may be related to the fact that although the magnitude of the care allowances varies across European countries, it is generally not enough to replace income in a meaningful way (23). In fact, in many cases, subsidies are significantly lower than the cost of institutional or home care services (24), e.g., in the Czech Republic, it is about one third of a formal home care worker's payment (25). Questions concerning financial and work issues coherently reflected that financial and employment strains were the highest in Bulgaria and lowest in Hungary. Bulgarian caregivers were the least satisfied with their quality of life, although interestingly, they were quite satisfied with several individual aspects.

Regardless of geographical differences, most caregivers felt that their independence and recreational possibilities were much impressed due to the disease. Stigma was commonly experienced. Although its extent has not been examined by us, other studies reported significantly higher stigma for caregivers of patients with schizophrenia than of patients with bipolar disorder and recurrent depressive disorder (26). The taboo surrounding mental illnesses may contribute to caregivers' psychological state (26) and may worsen their already decreasing social life (27). Thus, caregivers long for change in the eye of the public. The emotional burden, in general, seemed similar to other caregivers from across the world. They all face various negative emotions, such as shock, anxiety, sadness, denial, loneliness, and hopelessness (28–30). Although this emotional twister may ease with time, the prevalence of sadness, anxiety, and the notion of isolation didn't change considerably in this survey. This supports the finding of a large international study of caregivers of patients with schizophrenia, where half of the family members felt unable to cope with the constant anxiety of caring (31). Nevertheless, positive feelings, such as being useful and needed, were also reported in our study, complementing previous findings of other affirmative outcomes, e.g., caring for someone with

schizophrenia helped clarify priorities in life and generated a greater sense of inner strength (32, 33). These negative and positive experiences are important to be aware of because tackling their adaptive or maladaptive nature may help caregivers adjust their coping mechanisms (34, 35).

According to our results, caregivers often lack relevant information and are rather alone in their battles. Some may share their problems with the patients' psychiatrist, but they rarely a member of any specific support group. In order to learn more about schizophrenia-related and self-help topics, caregivers would highly appreciate educational materials that are specifically tailored to their needs. Face to face meetings with health care professionals and peers would also be welcome. On that note, former studies have shown that acquiring self-help methods and participating in support groups mitigate caregiver burden, including depression and social isolation (36, 37). Thus, any initiative to provide such services to caregivers would be of great benefit.

The limitations of this survey are two-fold: first, the data is not representative and should be interpreted rather as an indicator for each country. Secondly, due to the lack of a validated caregiver burden instrument that would have been available in all the four languages in which this research was carried out, we used our own survey. Therefore, findings are difficult to compare with other studies.

Conclusion

Taking care of someone with schizophrenia imposes a high financial, social and emotional burden on the caregivers across Bulgaria, the Czech Republic, Hungary and Russia. Furthermore, feeling left alone in this often life-long duty can have an impact on physical and mental health. Caregivers would welcome tailored support to help them cope with the multidimensional burden they confront.

Acknowledgement

The survey was sponsored by Gedeon Richter Plc (Budapest, Hungary). Inspira Research (Budapest, Hungary), a contractor of Gedeon Richter Plc, was responsible for the execution of the survey and the analyses of the results. We would like to especially thank *Rea Bagi*, an employee of Inspira Research, for the editorial support in preparing this manuscript. Additionally, we would like to thank the caregivers who contributed to this study.

References

1. MCGRATH J, SAHA S, CHANT D, WELHAM J, SCHIZOPHRENIA: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008; (30):67–76.
2. MORENO-KÜSTNER B, MARTÍN C, PASTOR L: Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 2018;13(4):e0195687.
3. TAMIZI Z, FALLAHI-KHOSHKNAB M, DALVANDI A, MOHAMMADI-SHAHBOULAGHI F, MOHAMMADI E, BAKHSHI E: Defining the concept of family caregiver burden in patients with schizophrenia: A systematic review protocol. *Syst Rev*, 2019; (8):289.
4. World Health Organization N. The Global Burden of Disease: 2004 update. Update. 2008.
5. LAZARUS RS, FOLKMAN S (eds): *Stress, appraisal, and coping*. New York Springer, Pub. Co., 1984.
6. SCHENE AH, TESSLER RC, GAMACHE GM: Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1994; 29:228–240.
7. ANNISA F: Burden of Family Caregiver. *Belitung Nurs J*, 2016; 2(1):10–8.
8. MARTYNS-YELLOWE IS: The burden of schizophrenia on the family. A study from Nigeria. *Br J Psychiatry*, 1992; 161:779–782.
9. PAI S, KAPUR RL: The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *Br J Psychiatry*, 1981; (138):332–335.
10. MAGLIANO L, FIORILLO A, DE ROSA C, MAJ M: Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: Preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatr Scand*, 2006; (429):60–63.
11. GUTIÉRREZ-MALDONADO J, CAQUEO-URÍZAR A, KAVANAGH DJ: Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40(11):899–904.
12. PROVENCHER HL: Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 1996; 3(3):181–187.
13. SALLEH MR: The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 89(3):180–185.

14. GLANVILLE DN, DIXON L:
Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2005; 42(1):15–22.
15. MASLACH C, JACKSON SE, LEITER MP
In: CP ZALAQUETT & RJ WOOD (eds.): *Maslach Burnout Inventory: Third edition. Evaluating stress: A book of resources.* Washington, DC, American Psychological Association, 1997.
16. LEITER MP, HARVIE PL:
Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 1996; 42(2):90–101.
17. EDWARDS D, BURNARD P, COYLE D, FOTHERGILL A, HANNIGAN B:
Stress and burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2000; 7(1):7–14.
18. SCAZUFCA M, KUIPERS E:
Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1996;168(5):580–587.
19. BUTZLAFF RL, HOOLEY JM:
Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55(6):547–552.
20. BARONET AM:
The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caretaking activities. *Fam Relat*, 2003; 52(2):137–142.
21. TABELEÃO VP, TOMASI E, QUEVEDO L DE Á:
Burden on relatives of people with psychic disorder: levels and associated factors. *Rev Psiquiatr Clínica*, 2014; 41(3):63–66.
22. AARP NA for C. Caregiving in the U.S. Main. 2020.
23. ZIGANTE V:
Informal care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality. *European Commission*, 2018; 1–44.
24. RIEDEL M, KRAUS M:
Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *Int J Soc Welf*, 2016; 25(1):1–17.
25. WIJA P:
Formal and informal long-term care and the role of family carers: Czech Republic. *Eur J Ment Heal*, 2015; 10(2):233–244.
26. GROVER S, AVASTHI A, SINGH A, DAN A, NEOGI R, KAUR D ET AL:
Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study. *Int J Soc Psychiatry*, 2017; 63(5):407–417.
27. CORSON TR:
The impact of perceived mental illness stigma on caregivers' desire to relinquish care. A Dissertation, Virginia Commonwealth University, 2017.
28. SHARIF L, BASRI S, ALSAHAFI F, ALTAYLOUNI M, ALBUGUMI S, BANAKHAR M ET AL:
An exploration of family caregiver experiences of burden and coping while caring for people with mental disorders in saudi arabia – a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*, 2020;17(17):1–15.
29. RAHMANI F, EBRAHIMI H, SEYEDFATEMI N, NAMDAR ARESHTANAB H, RANJBAR F, WHITEHEAD B:
Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. *J Clin Nurs*, 2018; 27(7–8):1507–1518.
30. KUIPERS E:
Time for a separate psychosis caregiver service? *Journal of Mental Health*, 2010.
31. VERMEULEN B, LAUWERS H, SPRUYTTE N, VAN AUDENHOVE C:
Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. *Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI*; 2015
32. KULHARA P:
Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry*, 2012; 22; 2(3): 43–48.
33. SHIRAIISHI N, REILLY J:
Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2019; 54(3):277–290.
34. RAMMOHAN A, RAO K, SUBBAKRISHNA DK:
Burden and coping in caregivers of persons with schizophrenia. *Indian J Psychiatry*, 2002; 44(3):220–227.
35. KATE N, GROVER S, KULHARA P, NEHRA R:
Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 2013; 6(5):380–388.
36. BERNABÉU-ÁLVAREZ C, FAUS-SANOQUERA M, LIMA-SERRANO M, LIMA-RODRÍGUEZ JS:
Systematic review: Influence of self-help groups on family caregivers. *Enferm Glob*, 2020; 19(2):576–590.
37. CHOU KR, LIU SY, CHU H:
The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. *Int J Nurs Stud*, 2002; 39(7):713–722.

A hópihe család¹ – környezet indukálta komplex fejlődési zavart mutató, traumatizált gyermek integratív játékterápiája

Esettanulmány

557

Eigner Bernadett

KapcsolatSzerviz Magánszolgáltatás

Összefoglaló: Egy óvodás kisfiú esetén szeretném bemutatni, hogyan befolyásolják a traumatizáló környezeti hatások egy gyermek fejlődését, a károsító hatásokkal szembeni megküzdési stratégiáit, illetve tüneti viselkedését, érzelem- és indulatszabályozását, szociális működését. Ezt a kisfiút a saját élete során is sok károsító környezeti hatás érte, veszteségek, stresszhelyzetek, konfliktusok. Emellett a szüleit ért veszteségek, traumák és sérülések is formálták az ő fejlődését, nehézségeinek, tüneteinek kialakulását. A korai törések sorát bővítette Ákosnál az a trauma, veszteség, hogy a biológiai édesanyja lemondott róla, és örökbe adta. Születése után néhány nappal már örökbefogadó szüleikhez került, akiknek saját traumáik, valamint kapcsolati nehézségeik kezdettől fogva akadályozták a gyermek optimális fejlődését. Az apa bántalmazó magatartása, amely több formában jelent meg – partnerbántalmazásban is, valamint párkapcsolati feszültségekben, egyenlőtlenségekben –, ugyancsak jelentős hatást gyakorolt a gyermek érzelmi-szociális fejlődésének, tüneteinek alakulására. A bántalmazás generációs határokon átívelő. A korai kapcsolati patológiák háttérben összetett okok és mintázatok találhatóak meg, melyek a gyermek fejlődési zavarához, fejlődési traumatizációjához vezethetnek. Fontos ennek az összefüggéshálónak a feltérképezése, hogy jobban érthetővé váljon, a gyermek milyen környezeti hatásokra igyekszik válaszolni – kórosnak minősített, és nehezen tolerálható, de – az adott körülmények között adaptív viselkedésével, megküzdési próbálkozásaival, segélykiáltásaival. Ennek szövevényeit, és a feltárt jelenségek megoldására tett kísérleteket igyekszem bemutatni Ákos esetével.

Kulcsszavak: korai kapcsolati traumatizáció; bántalmazás; komplex traumatizáció; érzelemszabályozási folyamatok; fejlődési traumatizáció zavar; integratív játékterápia

Summary: In the case of a little preschool boy, I would like to show how traumatic environmental influences affect a child's development, coping strategies, as well as his symptomatic behavior, emotion and mood regulation, and social functioning. This little boy has also suffered many damaging environmental effects during his own life, losses, stressful situations, conflicts. In addition, the losses, traumas and injuries suffered by his parents also shaped his development, the development of his difficulties and symptoms. The range of early fractures was compounded by the trauma at Ákos, the loss of his biological mother giving up on him and adopting him. A few days after his birth, he was already adopted by his adoptive parents, whose own traumas as well as relationship difficulties prevented the child from developing optimally from the beginning. Paternal abusive behavior, which manifested itself in several forms, including partner abuse, as well as tension and inequalities in the relationship, also had a significant effect on the development of the child's emotional and social development and symptoms. Abuse is cross-generational. There are complex causes and patterns in the background of early relationship pathologies, which can lead to developmental disorders and developmental trauma of the child. It is important to map this network of connections in order to better understand what environmental effects the child is trying to respond to – classified as abnormal and difficult to tolerate, but – with his adaptive behavior, coping attempts and cries for help. I try to present the intricacies of this and the attempts made to solve the revealed phenomena in the case of Ákos.

Keywords: early relationship trauma; abuse; complex trauma; emotion regulation processes; developmental trauma disorder; integrative play therapy

¹ Ákos találta ki ezt a mesét az óvodában, az óvónője pedig lejegyezte. Az esettanulmány végén elolvasható.

Elméleti bevezetés

A korai kapcsolati traumatizáció

A stresszes életesemények hatása tartós, átalakíthatják a következő generációk stresszre való fogékonyságát. A trauma képes kinyúlni a múltból, a poszttraumás stressz szindrómával küzdő szülők gyerekeinél gyakran másodlagos poszttraumás stressz-zavar (PTSD) alakulhat ki (1). A gyermekkori szeparációs szorongás kialakulásában bizonyos esetekben szerepet játszhatnak a szülő feldolgozatlan saját traumatikus élményei (2). A szülő saját feldolgozatlan veszteségélményeinek maradványai és tudattalan szorongásai megjelenhetnek a csecsemővel, kisgyermekkel folytatott interakciókban. A szorongás így az implicit memóriába rögzített nem tudatos interakciós mintázatokkal beépül a gyermek kötődési struktúrájába. Ezek a mintázatok később betörnek a gyermek élményvilágába, és a közelség pánikserű keresése, valamint az anyától való elválás rettegése váltakozva jelenhet meg. A gondozó (érzelmi) elérhetetlensége megküzdést, menekülést vagy disszociációt válthat ki válaszként. Ákosnál – az esettanulmányban bemutatott gyermeknél – a „hangos” megküzdési próbálkozás, valamint a szétesett, disszociatív állapotok egyaránt megfigyelhetőek voltak, különösen a terápia elején.

A korai anya–gyermek kapcsolatot negatívan fogja befolyásolni, ha az anya örökölt traumát hordoz, vagy a saját anyjához fűződő kapcsolatában törést élt át. A korai interakciók megzavart működésmódjai meghatározóak lehetnek a kora-gyermekkori kötődési biztonság alakulására. Saját doktori kutatásomban fő célkitűzésem az interakciók jellemzőinek, minőségének megismerése volt a korai diszfunkcionális interakciók felismerését szolgáló új mérési eszköz, a Korai Diádikus Interakció Kódrendszer (KDIK) kidolgozásával (3). Kiemelt jelentőségű az anyai interakciós stílusok (kiegyensúlyozott, feszült, kontrolláló vagy érzelmileg nem elérhető) és a babánál erre kialakuló reaktív stratégiák (kiegyensúlyozott, elkerülő vagy ellenálló) mintázata. A töredezett, feszült, szélsőségesen változó anyai viselkedés ellenállást vagy távolodást eredményez a baba részéről (4). Kötődési traumatizációt eredményez a feldolgozatlan traumával élő anya (nem szándékos) ijedt és ijesztő, szétesett, szervezetlen viselkedése, az érzelmi kommunikáció hibái, vagy a negatívítás és a visszahúzóadás megjelenése, amely tényezőket a saját kódrendszeremben is vizsgáltam, építve az AMBIENCE kódrendszer kategóriáira is (5).

A patológiás tükrözés és mentalizáció a szelf koherens fejlődésének, az egészséges érzelm szabályozás folyamatának gátlójává válhat. Az anya depressziója, leterheltsége, feszültségei következtében – bár fizikailag jelen lehet folyamatosan, és gondoskodik is a gyermekről, de érzelmileg nem igazán elérhető – nehezen képes kielégíteni csecsemője, gyermeke érzelmi kapcsolati igényeit. A korai kapcsolati traumák tartós nyomot hagynak a gyermeki személyiség szerveződésének folyamatában.

A patológiás tükrözés és mentalizáció a szelf koherens fejlődésének, az egészséges érzelm szabályozás folyamatának gátlójává válhat. Az anya depressziója, leterheltsége, feszültségei következtében – bár fizikailag jelen lehet folyamatosan, és gondoskodik is a gyermekről, de érzelmileg nem igazán elérhető – nehezen képes kielégíteni csecsemője, gyermeke érzelmi kapcsolati igényeit. A korai kapcsolati traumák tartós nyomot hagynak a gyermeki személyiség szerveződésének folyamatában.

André Green az ösztön- és tárgykapcsolati megközelítést integráló „halott anya” koncepciója azt emeli ki, hogy az érzelmileg kevésbé jelen lévő, vagy elérhetetlen, a gyermek által „halottnak” érzékelt anya a valóságban él, de az optimális szeretetkapcsolat így nem tud létrejönni (2). Hiába vágyódna a gyermek az anya figyelmére, elfogadására, érzékeny válaszára, az anya nem képes közel menni gyermekéhez, mert saját konfliktusai kötik le. Ez a későbbiekben akár nárcisztikus személyiség szerveződéshez is vezethet, annak talaján kialakuló „kiüresedő depresszióhoz.” A posztnatalis depresszióban szenvedő anya gyakran nem elérhető a gyermek számára, az interakciók során vagy érdektelenséget, közönyt, passzivitást, vagy tolatkodó, ellenséges magatartást mutathat gyermeke felé, valódi odafigyelés, közeledés és érzelmi kapcsolódás nem jöhet létre.

Fonagy transzgenerációs traumaátviteli modellje szerint a korai interakciók sorozatában gyakoriak a hiányok, kihagyások, lefagyások, melyeket a csecsemő rövid szeparációkként, distresszként él meg, szinte azt érzi, elveszítette anyját. Ennek következtében viselkedésében szokatlan, bizarr elemek jelenhetnek meg, vagy szétesett, disszociatív viselkedések, melyek aztán dezorganizált kötődési típusokhoz vezethet-

nek (2). Ezt a későbbiekben a bántalmazó szülői viselkedés még súlyosbíthatja.

A bántalmazás hatása a gyermek fejlődésére

A kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás

A legsúlyosabb traumatípus a kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás, melyet *Fonagyék* kötődési traumának neveztek (6). A családon belüli gyermekbántalmazás egyéni, interperszonális és hosszan tartó bántalmazást jelent. Formái: fizikai, szexuális, érzelmi bántalmazás, elhanyagolás. Egy másik személy (testvér, szülő, nagyszülő) bántalmazásának látványa is traumatizáló hatású. Ez rettegéssel és tehetetlenség érzésével tölti el a gyermeket. Kötődési traumatizációt eredményez még a feldolgozatlan traumával élő anya szándékos és nem szándékos ijedt, ijesztő viselkedése, a dezorganizált kötődés kialakulásáért felelős mechanizmus. A biztonságérzet megteremtése itt is ugyanúgy sérül, mint a többi formában. Kiemelem az érzelmi bántalmazás során a gyermekkel szemben megnyilvánuló elutasítást és ellenségeskedést. Ez súlyosan károsítja a gyermek érzelmi, társas és kognitív fejlődését. Ide tartozik a gyermek megalázása, hibáztatása, megfenyegetése, ijesztgetése, kicsúfolása, bűnbakká tétele, korlátozása, elutasítása. Mindezek azt közvetítik a gyermek számára, hogy értéktelen, hibás, nem méltó a szeretetre, nem lehet örülni a létezésének. Sok esetben a különböző bántalmazási formák egyidejűleg vannak jelen, ekkor komplex traumatizációról, poliviktimizációról beszélünk (6).

A partnerbántalmazás hatása a gyermekre

A gyermek direkt bántalmazása mellett keveset vizsgált, viszont erősen traumatizáló hatású a szülői partnerbántalmazás, mely sok esetben az agresszív, leuraló apai magatartást és attitűdöt jelenti. Kutatások szerint a bántalmazott nők

gyermekeinél gyakrabban fordulnak elő érzelmi- és viselkedészavarok: gyakrabban válnak depresszióssá, követnek el öngyilkosságot, maradnak el a fejlődésben, tanulási nehézséggel, figyelemzavarral küszködnek (7). Az érzelmi- és viselkedészavarok több forrásból származnak: a gyermek az erőszak szem- és fültanúja, emellett a bántalmazó sokféle módon befolyásolhatja a családi működést. A bántalmazó aláássa az anya szülői tekintélyét, megkérdőjelezi képességeit, megzavarja a gyermek anyjával való, létfontosságú kapcsolatát. *Bancrofték* szerint a bántalmazó definíciója: „Olyan személy, aki partnerkapcsolatában egy meghatározott sémát követve kényszerítő kontrollt gyakorol, és azt egy vagy több megfélemlítő testi vagy szexuális erőszakosattal vagy testi erőszakkal való hihető fenyegetéssel teszi hangsúlyosabbá. A megfélemlítés és kontroll lehet elsősorban lelki, gazdasági vagy szexuális jellegű, vagy alapulhat elsődlegesen testi erőszakon” (7).

A bántalmazó legfőbb viselkedési jellemzője, hogy ellenőrzi és irányítja partnerét. Kritizálás, szóbeli erőszak, gazdasági kontroll, elszigetelés, kegyetlenség és sok más taktika segítségével valószínűsíti meg az ellenőrzést. Az érintett nők súlyosabbnak tartják az elszenvedett lelki erőszakot, mint a testi bántalmazást. A férfi sokszor aláássa partnere függetlenségi törekvéseit, így növelve saját hatalmát és ellenőrzését a kapcsolat felett (7).

A bántalmazók jellemzően csak kis részt vállalnak a gyermekneveléssel járó munkából, sokszor az anyát a gyermek füle hallatára kritizálják. Ez Ákoséknál is így volt. Rendszerint a gyermeket is kontrollálják és kényszerítik, hasonló módon, mint az anyjukat. Hajlamosak büntetni, megfélemlíteni a gyermeket. Jogosultságtudatukból adódóan a bántalmazók úgy gondolják, hogy a családban az ő szükségleteik a legfontosabbak. Megkövetelik, hogy ők legyenek a figyelem középpontjában, hogy kimondatlan szükségleteiket is kitalálják, ugyanakkor elvárják, hogy a családtagok úgy viszonyuljanak hozzájuk, mintha olyan nagylelkűek, kedvesek és megbízhatóak lennének, mint amilyenek képzelik magukat, és megsértődnek, ha önzőnek tartják őket mások. Annyira lekötik a saját

szükségeik, hogy kevés idejük marad gyermeükre. Hamar feldühödnek, ha a gyermek szükségletei vagy önálló személyisége kényelmetlenné válik, és nem nyújtja azt a kielégülést az egójuknak, amit elvárnak. Ha a gyermek viselkedése nem felel meg az elképzeléseiknek, az is dühöt, elégedetlenséget válthat ki. A birtokló magatartás is jellemző, mely sokszor az elhagyáskor erőteljesebben jelenik meg, ezért nehez kilépni a kapcsolatból.

A partnerüket bántalmazók szülői viselkedésének fő jellemzői: tekintélyelvűség (vakon elvárják az engedelmességet, nem tűrik a gyermek ellenállását, hiányos empátia, merev viselkedés); alig vannak jelen a gyermek életében, az anya dolgának és felelősségének tartják a gyermeknevelést, a gyermektől korán nem megfelelő viselkedést várnak el; aláássák az anya-gyermek kapcsolatot (a megvetés azt jelezheti a gyermeknek, hogy anyja megérdemli a durva sértegetést, a szóbeli erőszakból azt tanulják a gyerekek, hogy rendben van kiabálni és becsmérelni az anyjukat, és később utánozni is fogják ezt); egoisták, manipulálják a családtagokat. Ha megfigyelik őket, akkor tudnak viselkedni, módosítják magatartásukat, ilyenkor gyengédnek, gondoskodónak és figyelmesnek mutathatják magukat. Egyes gyerekek eléggé nyugodtak és kényelmesen érzik magukat a bántalmazóval, amikor más is jelen van. Én is ezt tapasztaltam Ákos esetében a vizsgálati időszakban, amikor arra kértem az apát, hogy játsszon egy félórát a gyermekével. A bántalmazók néha a legbájosabb vagy legviccesebb oldalukat mutatják megfigyelés közben, ezzel boldog és lelkes reakcióváltanak ki a gyerekből, aki ki van éhezve arra, hogy apja így viselkedjen. Ezért a megfigyelőnek óvatosan kell értékelnie a látottakat (7). A partnerkapcsolati erőszak hatásai érzelmi-, viselkedési- és fejlődési problémák lehetnek. Az óvodás korú gyermekeknél gyakrabban tapasztalhatók poszttraumás hatások, a gyermek rosszabbul alszik, féltősebb lesz, jobban ragaszkodik a nem bántalmazó felnőtthöz, és fél tőle elválni. Gyakori a bántalmazott nők gyermekeinél, hogy nehezen koncentrálnak, izegnek-mozognak, képtelenek egyhelyben ülni, nem tudnak egyedül aludni, rémálmaik vannak (7).

Magasabb a szorongásszintjük. Ingerlékenyebbek, mérgeesebbek, több lelki zavar – depresszió, oppozíciós magatartászavar, szeparációs szorongásos zavar – is gyakrabban fordul elő. Ezek a gyerekek erőszakosabbak a társaikkal, és sok egyéb viselkedési problémájuk is van, különösen a fiúknak. Otthoni viselkedésük is gyakran problémás. Traumás kötődés alakul ki: ugyanaz az ember kínálja a vigaszt, aki elkövette a bántalmazást. Stockholm-szindrómának nevezték el azt a lelki folyamatot, amikor a rab kötődni kezd a fogvatartójához, és védelmezni kezdi őt, miközben az továbbra is terrorizálja és bántalmazza. Ezt a fogalmat bántalmazott nőkre is alkalmazzák (7). Az áldozatban sajnos lassanként összekeveredik a szeretet és a bántalmazás.

A komplex traumatizáció a családon belül

A krónikus bántalmazás

A hermani trauma-koncepció értelmében komplex poszttraumás stressz-zavarként értelmezhető a krónikusan bántalmazó környezet hatása (6). Az alkalmazkodásra három lehetősége van a gyermeknek: disszociatív védekezés, töredezett identitás kialakítása, és az érzelmi állapotok kóros szabályozása. A krónikus bántalmazás közegében a töredezettség válik a személyiség szerveződés központi vezérlő elvévé (10). Ez több területen is akadályozza az integrációnak (ismeretek, emlékezet, érzelmi állapotok, testi élmények, identitás), és a stabil identitás és énkép kialakulásának. Ezért sok esetben már a korai gyermekkorban kialakul a borderline személyiség szerveződés váza, melyet gyakran nem ismernek fel, s a gyermek a szokásos diagnózisokat kapja, mint pl. magatartászavar, figyelemzavar, hiperaktivitás (9). Az elhagyatás veszélyének észlelése által kiváltott diszfóriás, kiüresedett érzelmi állapotot a gyermek csak erős fizikai behatással tudja hatékonyan megszüntetni, nem működnek a szokásos öngasztató mechanizmusok (10). Az impulzivitás önnnyugtatósi próbálkozás lehet, a dühös és agresszív érzések, viselkedések pedig a bántalmazást

zó bánásmódra adott válaszoknak tekinthetők. Mivel az érzelemszabályozás és a düh szabályozása terén nehézségei vannak, nincsenek megfelelő konfliktuskezelő eszközei, a bántalmazott gyermek egyre erősebben érzi azt, hogy ő rossz, és érdemtelen a másik szeretetére. A cél a terápia folyamatában ennek a negatív énképnek a megváltoztatása is.

A bántalmazott gyermek megküzdési próbálkozásai

A gyermek elkerülhetetlenül arra a következtetésre jut, hogy a bántalmazás oka saját veleszületett rosszasága. Makacsul kitart mellette, hogy megőrizhesse értelem-, remény- és hatalomérzetét. Ha ő rossz, akkor a szülei jók. Ha ő a rossz, akkor megpróbálhat jó lenni. Ha maga okozta ezt a helyzetet, akkor változtathat rajta. Ha nagyon igyekszik, egy nap majd elnyerheti szülei elfogadását, megbocsátását, és végre megkaphatja tőlük a kétségbeesve keresett védelmet, gondoskodást, szeretetet (10). Gyakran a szociális és a kommunikációs készségeik nem tesznek lehetővé elfogadott jelzéseket, és a problémákhoz eleve úgy közelítenek, hogy rosszindulatú támadásra számítanak (10). A játékerápia elsődleges célja és feladata az érzelmi-szociális és kommunikációs készségek fejlesztése, a szociális kompetencia javítása. Várhatóan a traumatizált gyermeknek nehézségei lesznek a düh szabályozása terén, ami tovább erősíti belső rosszasságtudatát. Minden újabb támadás, konfliktushelyzet azt bizonyítja számára, hogy őt tényleg nem lehet szeretni. Önvádját tovább mélyíti, ha az agressziót másoknak adja tovább, akik arra nem szolgáltak rá. Sajnos, általában a mélységes belső rosszasság-érzés lesz az a mag, amely köré a bántalmazott gyermek identitása szerveződik. Ennek a romboló érzését a gyermek gyakran azzal leplezi, hogy megpróbál jó lenni. Igyekszik támadóinak megfelelni, gyakran kiemelkedően jól teljesítő gyerekké válik. A gyermek belső biztonságérzete nem alakulhat ki megfelelően, mert a rendre ismét megtapasztalt bántások ezt újra és újra széttörik. Ezért a vigasz és a megnyugvás külső

forrásaira van utalva. Továbbra is kétségbeesetten és válogatás nélkül keres valakit, akire támaszkodhat.

Mentális zavarok kialakulása

A bántalmazás neurobiológiai következményei körében az érzelemszabályozási folyamatok sérülése következtében megjelenő hiperarousal (az arousal a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota) és disszociáció figyelhető meg (6). Ezek kezdetben jól alkalmazkodó válaszok lehetnek, melyek később állandósulhatnak. A szenzitizáció egyre érzékenyebb működést vált ki, ezért traumatizált gyermekeknél teljes erősgű, felfokozott izgalmi szintet vagy disszociációt válthat ki látszólag enyhe stresszor is. A „támadj vagy menekülj” válaszok a veszélyérzetből és alarm reakciókból indulnak ki, miközben sajátos agyi mechanizmusok zajlanak. A sorozatos ismétlődések miatt ezek az agyi mintázatok szenzitizálódnak. Több működés is szabályozatlanná vagy alacsonyan szabályozottá változik, így idővel motoros hiperaktivitás, szorongás, viselkedéses impulzivitás, alvászavar, magas vérnyomás és számos neuroendokrin eltérés is kialakulhat (6). Bizonyított tény a gyermekkori bántalmazás hatása a mentális zavarok kialakulására (6). A kimenet rengeteg tényező függvénye. A jelenlegi osztályozási rendszerek nem képesek igazán megragadni a bántalmazott gyermekek jellemzőit, viselkedésének jellegzetességeit, mint pl. az érzelem- és indulatszabályozás elégtelensége, a figyelem és koncentráció nehézségei, az énkép torzulása, a mentalizáció, reflektív működés sérülése, az intimitásra, kapcsolódásra, adaptációra való képesség gyengesége, az impulzuskontroll, a megküzdési képességek hiányosságai, agresszióra, depresszióra való hajlam. A traumatizált gyerekek diagnózisai (6) nem tartalmazzák a trauma eredetet, sokszor nem megfelelőek, sok esetben ezeket a diagnózisokat kapják a gyermekek: separációs szorongás, fóbia, PTSD, ADHD, oppozíciós zavar, magatartászavar, kötődési zavar. A kora-gyermekkori zavarok leírására szolgáló DC:0-5 (11), illetve a pszichodinamikus zavarok

diagnosztikai rendszere (12) több támpontot adnak ebben, de hazánkban még nem használatosak. Nemzetközi vonatkozásban a „Csecsemő- és kisgyermekkor diagnosztikus klasszifikációs rendszere” (Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition [DC:0–3R], 2005) ismeretes², majd a későbbi módosítása, a DC:0-5, mely öt éves korig terjesztette ki a rendszert. A DC:0-3 2005-ös revíziója célul tűzte ki a rendszer bizonyítékokon alapuló fejlesztését. A rendszer meghatározza az elsődleges diagnózisokat (megjelenik a poszttraumás stressz-zavar, egyéb trauma, stressz és depriváció okozta zavar a csecsemő- és kora gyermekkorban az érzelmi zavarok között a depriváció/rossz bánásmód okozta kötődési zavar, az alkalmazkodási zavar, a kapcsolódás és kommunikáció zavarai stb.), második tengelyén a zavarok összefüggéseit (pl. jól adaptált, distresszes, zavart, súlyosan zavart stb.), harmadik tengelyén az orvosi és fejlődési zavarokat, a negyediken a pszichoszociális stresszorokat, az ötödiken az emocionális és szociális működést. Elméleti hátterében a fejlődési, a pszichodinamikus, a családi rendszer szerepét hangsúlyozó, a kapcsolati, kötődési szempontok emelkednek ki. Az ún. specifikus kapcsolati zavar kategóriában a gyermek tüneteinek fennállását csak egy bizonyos gondozó személlyel szemben állapítja meg. A Pszichodinamikai Diagnosztikai Kézikönyv (PDM-2)³ a pszichodinamikailag orientált diagnózis megfogalmazására tett erőfeszítést tükrözi, amely áthidalja a szakadékot a klinikai komplexitás, valamint az empirikus és módszertani érvényesség igénye között. A PDM-1-hez hasonlóan a PDM-2 három tengelyen osztályozza a betegeket: „P-tengely – személyiség-mintázatok”, „M-tengely – a mentális működés profiljai” és „S-tengely – tünetminták: a szubjektív élmény”.

Fejlődési traumatizáció zavar (DTD)

A komplex tünetegyüttes leírására *van der Kolk és mtsai* a fejlődési traumatizáció zavar (Developmental Trauma Disorder – DTD) diagnózis alkalmazását javasolják (6). A fejlődési traumatológia képviselői a környezet indukálta komplex fejlődési zavar elnevezést javasolták a kumulatív intrafamiliaris traumát elszenvedett gyermekek azonosítására, de végül a DSM diagnosztikai rendszerébe nem került be. *Fonagyék* kötődési traumatizáció fogalma is lényegében ezt fedi le. Mindegyik fogalom a fejlődési pszichopatológia keretén belül fogalmazza meg a trauma fejlődésre gyakorolt hatásait. Az eltérés a normalitástól hangsúlyozása, a bio-pszichoszociális tényezők kölcsönhatásainak kiemelése, fejlődési eltérések, elmaradások leírása, a környezet szerepének hangsúlyozása, a fejlődési problémák, kudarcok leírása, ugyanakkor a látszólag diszfunkcionális viselkedésmódok adaptív értékének elismerése a korai mérgező családi környezetben – a fejlődési pszichopatológia legfontosabb pontjai.

Az érzelmszabályozás területén az érzelmi önszabályozás nehézségei, az érzelmek és belső élmények leírásának nehézsége, valamint a belső állapotok felismerésével és leírásával kapcsolatos problémák voltak jellemzők a leírt esetben. A viselkedésszabályozás területén a gyenge impulzuskontroll, a mások elleni agresszió, az alvászavarok, oppozíciós viselkedés, a szabályok betartásának nehézsége, a traumatikus múlt kommunikálása a mindennapi viselkedésen vagy a játékon keresztül (agresszív játékok). A traumatizált gyermeknek az erőforrásait a túlélésre kell fordítania, nem az egyszerű növekedésre és fejlődésre. Ha nem áll rendelkezésre egy gyermek számára az érzékenyen válasz kész gondozó, akkor szembe kell néznie a veszéllyel, bejósolhatatlansággal, kontrollálatlansággal, kiszámíthatatlansággal. A gondozóval

² „Zero to Three” National Center for Infants, Toddlers and Families: ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood, (rev. ed.)*. ZERO TO THREE Press, Washington, DC.

³ Psychodynamic Diagnostic Manual second edition PDM-2 (2017) The Guilford Press, NY

a közös szabályozás nehézségei az önszabályozás hiányosságaihoz vezetnek. Neurobiológiai szempontból vizsgálva a trauma megakadályozza a jobb és bal féltekei agyműködés integrációját (13), ami miatt a stresszhatásokra a traumatizált gyermekek sokszor irracionális viselkedésmintázatokkal reagálnak. Az elemzési képességeik ilyenkor szétesnek, és a jobb agyféltekei működéshez kapcsolható érzelmi sémáik válnak uralkodóvá. Ez kontrollálatlan dühöt és tehetetlenséget eredményezhet (13).

A gyermekeknek, ha újra van lehetőségük a biztonságos kötődésre, és környezetük felfedezésére, az védő hatású lehet, még akkor is, ha a gondozó nem a gyermek biológiai szülője (13). Ákos esetében kiemelném az érzelemszabályozás nehézségét. Ha inkonzisztens érzelmi és viselkedéses válaszokat kap a gyermek a környezetéből (mosoly és elutasítás egyidejűleg, vagy a gyermek distresszére a gondozó dühvel, közönnyel, táplálással stb. reagál), akkor az nem biztosít számára megfelelő keretet tapasztalatai értelmezéséhez. Ezeknek a gyerekeknek gondjaik vannak az érzelmeik kifejezésével, belső állapotaik modulálásával és érzelmeik szabályozásával is. A túlszabályozott, merev érzelmkifejezésektől kezdve egészen a robbanásszerű érzelmkifejezésig. A korai életkorban elszenvedett traumatizáció szignifikánsan összefügg az impulzuskontroll zavarok kialakulásával (13). Ezek a túlradó stresszre adott védekezési reakciókként értelmezhetők. A gyermekek újrajátszhatják az általuk átélt trauma egyes viselkedéses aspektusát (pl. agresszió, kontrolláló kapcsolati dinamika), melyek lehetnek automatikus válaszreakciók, vagy olyan kísérletek, melyekkel nehéz élményeik felett igyekeznek irányítást vagy uralmat szerezni. A koherens szelféret fejlődésével is problémák adódnak. Ha a gyermek sorozatos bántást, elutasítást tapasztal, az nagy valószínűséggel tehetetlenséggel, elégtelenség-érzettel és szerethetlenséggel jellemezhető szelféret kialakulásához vezet.

A szülők a saját megoldatlan traumatikus élményeik miatt elkerülhetik a saját érzelmeik átélését, ami megnehezítheti számukra, hogy „olvassák” a gyermek érzelmi állapotát, és megfelelően válaszoljanak arra. A gyermek közelség-

kereső magatartása előhívhatja saját traumatikus élményeiket. Személyes fenyegetésként vagy provokációként értelmezhetik a gyermek traumára adott viselkedéses reakcióit. A bántalmazott gyermek közelség iránti egyidejű igénye és félelme előhívhatja a szülők saját veszteséggel, elutasítással vagy bántalmazással kapcsolatos élményeit (13).

Esetbemutató

Előzmények

Ákossal (a nevet megváltoztattam) kapcsolatos problémák miatt nyáron kerestek meg a szülőket. Az apa hívott fel telefonon, elmondta röviden, hogy 4,5 éves kisfiukkal, Ákossal viselkedési problémákkal küzdenek. Ők Berlinben laknak (a várost a felismerhetőség miatt megváltoztattam), de a nyarakat, téli szünetet általában Magyarországon töltik. Pár nap múlva kérésre az anya is felhívott. Elmondta, hogy a kisfiú túrröképesége, alkalmazkodóképessége nagyon változó, ha túl sok inger éri, akkor nem tudja magát kontrollálni, agresszív, nem feladatkövető. Teljesítménye is változó. Megbeszéljük az első találkozások időpontját, amíg a család itthon tartózkodik a nyári szünetben, hogy legalább azt megtudjuk, mi állhat a gondok, nehézségek, aggasztó tünetek hátterében, és az adott helyzetben mit lehetne tenni.

Vizsgálati szakasz

Első interjú

A szituatív feltételek előkészítése

Ahhoz, hogy „szokatlan beszélgetéshelyzet” kialakulhasson, maximális figyelmet, zavartalanságot biztosítok, a tér kellemes, nyugodt, barátságos, tükrözi a beszélgetés intimitását és oldottságát, elegendő idő áll rendelkezésre, nem kell sietni. Én mindkét szülővel szoktam első alkalommal találkozni, és két óra az időtartama általában. Céлом a szülők teljes megértése, emellett a gyerekről alkotott belső képük megis-

merése is az összes többi informatív tényező mellett. Hagyom a szülők spontán közléseit áramlani, ítélet, bírálat nélkül, teljes ráhangolódással, szabadon lebegő figyelemmel, a megértés és kapcsolódás igényével. Ezekkel a feltételekkel általában hamar megnyílnak a szülők.

Szcenikus információk

Nyitom a bejárati ajtót, belép a pár a kicsi előtérbe. Rögtön az az érzésem támad, hogy egy hatalmas óriás lépett be, és elfoglalta az egész teret. Nagyon magas, nagydarab, sötét hajú, szögletes, tekintélyes férfi, kicsit meg is riadok, félelmet keltő a megjelenése. Később, már a kanapén ülve ez az első benyomásom némileg szétfoszlik, mert a férfi kommunikációs stílusa, hangszíne, hanglejtése kellemes, barátságos benyomást kelt, megnyerő. Továbbra is azt látom, hogy ő a domináns. Ő ül közelebb hozzám, felesége távolabb mellette, nem igazán van közöttük intim kapcsolódás, érintések vagy mimika. Anna visszafogottabbnak tűnik, ugyanakkor mégsem érzem gyengének, érzem az erőt benne, de azt is, hogy nagyon letompít magában minden érzést, vitalitást. Visszafogott, egyszerű a ruházata, nem sminkel, haja is egyszerű, összességében szürkének, szomorúnak, befelé fordulónak látom.

Objektív információk

Lajos és Anna (a neveket, érzékeny adatokat megváltoztattam) 13 éve ismerkedtek meg, 11 éve házasok. Kb. két év múlva kapta a férfit az első berlini kiküldetését. Nagyon jó állása volt, visszalépés volt neki, hogy visszajöttek Magyarországra. Kiderült, hogy nem lehet gyermekük, ezért itthon próbálkoztak a lombikprogrammal, lakást is vettek, majd a sikertelenség után kezdtek meg az örökbefogadói tanfolyamot, s végül megkapták a határozatot, hogy alkalmasak az örökbefogadásra. Ezt követően még volt egy, és még egy utolsó lombikpróbálkozás, majd ezután döntöttek úgy, hogy Ákost örökbe fogadják, dacára annak, hogy koraszülött volt (ezt apának volt nehéz elfogadni). Ákos születése után ismét visszamentek Berlinbe, az apának van ott jó állása, anya nem dolgozott munkahelyen, vezette a háztartást, nevelte Ákost. Ákos kint egy nagy

óvodába jár, sok rá a panasz, és a szülők is úgy gondolják, nem igazán optimális hely a számára. Sokat vannak Magyarországon, a nagyobb szünetekben hazajönnek, Budapesten van lakásuk, és meglátogatják a vidéki rokonokat is. Vizsgálatokra, fejlesztésre is hordták Ákost még amikor itt éltek, s utána a szünetekben is, ahogy lehetett, TSMT és egyéb mozgásfejlesztésre. Itt javasolta a kolléganő, hogy Ákos minősíthetetlen viselkedése miatt keressenek meg engem.

Szubjektív adatok

Megtudom, hogy Ákos most Lajos unokanővéreinek családjánál van, ők vigyáznak rá. Ákos szereti a 13 éves lányukat, Zitát, akit szeret pusziglatni, nyalogatni, odafúrja magát hozzá, úgyhogy rá kellett szólni, hogy ezt hagyja abba. Este van úgy, hogy anyát is nyalja otthon, „puszibirkózás” van. (Magamban arra gondolok, nehéz lehet ennek a kisfiúnak kifejeznie, kordában tartania az érzéseit.) Apa szerint ez nem szokásos nála, csak kópéságot akar. Ha izgatott, több ujjá is a szájában van. Ha felfokozott izgalmi állapotban van, akkor odahúzza apa kezét, az arcához nyúl. Ha hízelegni akar, odadugja a kis arcát. Ha rosszat csinál, akkor bocsánatot kér, nem jön annyira közel. Apa kiemeli, hogy ő mindig hoz Ákosnak meglepetést, matricákat, plüss dinnyefigurát, makadámdiót.

Nem nagyon kell közbeszólnom, olyan sok mondanivalójuk van a szülőknek, szinte elrepül a két óra. Apa kezdi, ő beszél többet, de azért felváltva anya is sok mindent elmond.

Elkezdenek beszélni a kisfiú intézményi dolgairól, először bölcsődébe adták, az első évben nem is volt semmi gond, a gondozónők dicsérték Ákost. Ő „kis kötődő” volt, kedves, szerette a gondozónőket. Három éve szeptembertől járt oda, fél napra. Örömmel kezdett, második nap anyának már nem kellett bemenni. Ákos szerette a gyerektársaságot. (Elgondolkodtató a gyors leválás, és a gyors, szinte válogatás nélküli kötődés idegen gyerekekhez, felnőttekhez). Gondozónőváltás után problémásabb lett, mondja anya, nem volt feladatkövető, az agressziót visszaadta, ő nem sírt, csak a másik gyerek, őt sarokba állították. Tavasszal úgy döntött a bölcsőde, hogy 5–6 gyermeket külön csoportba tesz-

nek, olyanokat, akik fejlesztésre jártak. Ákos is járt Ayres tornára. Mikor mehetek vissza már? – kérdezgette akkoriban a kisfiú. Most már jó vagyok! A gondozónők tudták, hogy ők majd úgyis elmennek Berlinbe. (Arra gondolok, milyen rossz érzés lehetett Ákosnak, csalódás, megszegyenülés, hogy kiemelték a megszokott csoportból, önértékelését is nagyban rombolhatta. Folyamatos küzdése a belső rosszság–jószág érzéseivel szinte tapintható).

Berlinben anya egy darabig otthon tartotta Ákost, aztán elvitte egy nagy intézmény óvodájába. Ott sokat rosszkodott, ezért sokszor kivitte a pedagógiai asszisztens, volt, hogy a tornaterembe vitte, amikor nem követte a feladatot, és zavarta a többieket. (A nagy intézményben eléggé strukturált volt az idő, a napirend, sok kötött foglalkozással, melyeket nem mindig tudta Ákos fegyelmezetten alkalmazkodva végig követni, ezekben részt venni. Sokszor keveredett konfliktusokba is pár gyerekkel, amiket nem tudott jól megoldani. Véleményem szerint nem volt a gyermekek életkorának megfelelő az óvoda működése, és túl sok viselkedésrendezéses eszközt alkalmaztak a fegyelmezésre, ami Ákos esetében nem volt jó módszer. Itt elkezdődhetett egy ördögi kör, a sok büntetés, megszegyenítés tovább rombolhatta Ákos önbecsülését és önérzetét, ezek ellen megpróbálhatott lázadni, vadul, indulattal reagálhatott, ami tovább szigorította a fegyelmezést, és az eredetileg is önbizalmi, önértékelési problémákkal, traumákkal küzdő kisfiú számára bezárult a kör. Ákos mostanában sérelmezi, miért nem maradhat ott ő is délután is a többi gyerekkel. De azt mondják, elfárad, nem bírja egész nap, ott csak csendes pihenő van, nincs altatás. Még nem érett az egész napos bentlétre. Később bontakozik ki még jobban ennek a helyzetnek a tartathatlansága, amikor anyával már külön beszélgetek, és kiderül, hogy tulajdonképpen neki semmi másra nem marad ideje, mint Ákost hozni-vinni, egész délután szórakoztatni, és persze a háztartási munkákat elvégezni, emellett Ákos szégyelli, hogy ő nem maradhat ott, mint a többiek. Ha rossz idő van, nem tudnak kimenni a játszótérre, össze vannak zárva a kis lakásba, anya nem tudja így kielégíteni a moz-

gásigényét. Ott kell lenni mellette, egyébként folyton tv-t nézne. Sport? Nehéz a nyelvi korlát miatt, mondja, sem ő, sem a gyermek nem beszél jól idegen nyelvet, csak az anyanyelvét. Nem akarok fejlesztő pedagógusa lenni a gyereknek, mondja Anna férjének arra a javaslatára, hogy vigye ő úszni Ákost. (Még jobban be lehetnek zárva, mint eredetileg éreztem). Az intézmény egyébként óriási, több ezer diák jár ide, hatalmas méretek, nincsenek kis meghitt, intim terek, ezt Ákos nem nagyon bírja, agresszív lesz, dobál, rombol, ha valamit nem akar, ellenáll, bezár, befogja a fülét. Szeret irányítani, osztja a feladatokat, anyának is, de az utcán akár egy idegennek is. Cserfes, kommunikatív, van, aki szereti ezt, van, aki kevésbé, mondja anya. *(A kontroll igény, gondolom magamban, jobb, ha én tartom kézben a dolgokat, mintha ki lennék folyton szolgáltatva mások parancsainak és elvárásainak – csapódhat le a kisfiúnál).*

Anya aggasztónak tartja Ákos ovis kis barátait is, hihetetlenül be tudják porgetni Ákost, megy az örület, a csúnya beszéd, bandázás, csicskáztatás. Nagyon csúnya szavakat hoz haza, de azt hiszi, ő jópofa, így próbál imponálni, vicceskedni, furcsa, obszcén dolgokat csinálni. (Ez még mindig jellemző, hogy néha a rokonoknál Ákos elveti a sulykot, és nekitámad anyjának, aki el akarja neki magyarázni, hogy nem azért nevetnek rajta, mert ez jópofa dolog, hanem kínos, amit csinál, és ne járassa le magát). Felneveltek is lehülyéz. Anya ezeket nagyon szégyelli.

A berlini lakótelepen a közelben egy idősebb házaspár próbálta patronálni őket, unokája és baráti köre hívták is játszani Ákost. Pizzasütő kuckósat játszottak, Ákos nagyon élvezte. Egyszer sírva szaladt haza, hogy kilökték őt a nagyfiúk. Nagyjából 2–3 hét múlva, amikor arra bicikliztek a pizzasütő bódé felé, Ákos óriási dühvel verte szét az egész pizzakuckót, anya kérdéseire azt mondta, nagyon haragszik. Haragja, bosszúja megsemmisítő volt. Itthon a mozgásfejlesztő, aki javasolta a gyermekterápiát, azt mondta, nem tudja a kisfiút kezelni, hogy „ösdüh” van Ákosban.

Ákos kis kíváncsi természet, kérdezősködős, de mégsem forszírozza azt a témát, hogy őt örökbe fogadták, és ki is az anyukája – mondták

el az örökbefogadó szülei. Néha utal rá, hogy van másik néni, nem kérdez többet. Apának ez gyanús. Lehet, hogy gondol valamit, de nem mondja ki? A szülők a Gólyahír Egyesület által is ajánlott proaktív megközelítés hívei, meséljenek neki pozitív történeteket az örökbefogadásról, ha kérdez, válaszoljanak, de ne kezdeményezzenek.

Panaszok: az első interjú után külön is találkozom még anyával, apával is, ezeken a találkozókon is még kiegészítik azokat a nehézségeket, amiket az első interjú alkalmával mondtak el. A kisfiú agresszív viselkedése – rombolás, dobálás, harapás, ütés, vágás – otthon és az óvodában, a hiszti- és dührohamok, csúnya szavak, az akaratosság, hogy nem csinálja a feladatokat, ezek a legnagyobb problémák. Apának a viselkedési problémák a legaggasztóbb dolgok, hogy Ákos „nem üzembiztos”, kiszámíthatatlan a viselkedése, ezért rizikós vele elindulni valahová, nyilvános helyre, rokonokhoz, mert bármikor elkezdheti a kezelhetetlen viselkedését. Emellett még megemlíti a következőket: pelusba kakil, elbújik, a körmét tépegeti, fél a bepizkolódástól, sokszor (hiper)aktív, izgatott, felpörgött. Sokszor irányít, „főnökösödik”, az óvodai csoportban a viselkedése miatt gyakran büntetik, kiállítják. Gyakran „ráakaszkozik” gyerekekre, rájuk csimpaszkodik, követi őket.

Anamnézis

Az anya elmondása alapján kiemelem az anamnéziséből a következőket. Tisztán a papír miatt házasodtak meg, a berlini kiutazás miatt, előnyösebb feltételekkel tudtak így kint együtt élni, anyagilag is így volt a legjobb. Kint nagyon jó állása volt Lajosnak, neki visszalépés volt, hogy visszajöttünk, meséli Anna. Kiderült, hogy a férfinak nem lehet gyermeke, mert nem életképesek a spermiumai. Három próbálkozás volt kint, majd hazajöttek, elindítani az örökbefogadást (mint fentebb már írtam, még volt itthon is két sikertelen próbálkozás), mert külföldön az nehézkes. Az első terhesség elindult, de 6 hetesen elhalt (?), ekkor már nem látták az orvosok. Nem találták meg soha, ezért azt gondolták, fel-

szívódott. Előtte volt már abortuszom, mondja Anna, teherbe tudtam esni. Nagyon fiatalon, 30 évesen (érdekes, hogy ezt „nagyon fiatal”-nak tartja) volt egy párkapcsolatom, meséli, rövid ismeretség után nem tervezett baba volt, a partnerem nem akarta. Eljátszottam a gondolattal, de végül nem mertem vállalni, egyedül voltam, magamra utalva, kilátástalannak tűnt. Most már így utólag bánom, mondja szomorúan, hogy egy életet megszakítottam. Könnyen megadatott, mégis nemet mondtam rá (*Én is mélyen átérezem a szomorúságot, veszteségélményt, a megbánást is*).

A harmadik lombikprogram után jártam pszichológushoz, mondja Anna, 2009-től, amikor hazaköltöztünk. Elkezdtem dolgozni, lakást vettünk, tudtuk, hogy kell pár év az örökbefogadás miatt. Sírásrohamok jöttek rám, bármilyen kicsi sérelmet éreztem, sírnom kellett, akaratlanul. Ekkor voltam a legmélyebb ponton, meggyászoltam mindegyik kis életkét, veszteségélmények voltak, hogy mégsem sikerültek. Úgy éreztem, nem tudott segíteni a pszichológus. Vizualizálni kellett képeket, túl rejtélyes volt, megfoghatatlan. Nem éreztem jól magam, de végül összeszedtem magam, mondta Anna (*Már ekkor úgy éreztem, s az érzésem a későbbiekben csak erősödött, hogy igazából nincsenek meggyászolva az elvesztett gyermekek, nem sikerült feldolgozni a traumákat*).

Beköltöztünk az új lakásba, majd elvégeztük az örökbefogadó tanfolyamot, volt egy negyedik lombikpróbálkozás, majd még az ötödik is. Ekkor az orvos pszichiátert javasolt, hogy a kudarc- és veszteségélményeket fel tudjuk dolgozni, mondja Anna. Túl sok veszteség ért valóban, elvesztettem a szüleimet, a nagyszüleimet, az előző párkapcsolatomat, ezeket a kis életkéket is gyászolom, közli velem borúsan (*vagy csak én érzem annak?*) Anna. Azt javasolta a szakember, hogy ne üljek egy lánán a nyomasztó veszteségekkel, hanem engedjem el őket, mint a lufikat. Úgy éreztem, kiürültem, mintha egy üres bábu lennék, csak egy úrt érzek. Igaz, nem fojtogatnak ezek a rossz érzések, nem gyötör a sírás, mintha a múltam homályba veszne, lezárult volna, mintha az előző életemben lenne, mintha nem velem történt volna minden. Az örök-

befogadást úgy éltem meg, az első pillanattól, hogy igen, ő a mi gyerekünk, mondja Anna élénkebben. Úgy éltem meg, hogy kárpótol minket. Két évesen a Budapesti Korai Fejlesztő Központban szenzoros integrációs éretlenséget állapítottak meg Ákosnál. Azt hittem, ha elfárad vagy túl sok inger éri, akkor triviális dolgokra is pánikszerű roham jön rá. Most arra gondolok, hogy valami akkora feszültséget okozott neki, amit nem tud tolerálni.

Nehéz volt apának elfogadnia a koraszülöttséget, mint rizikótényezőt, hangsúlyozza Anna. Egy másik párnak adták volna eredetileg Ákost, de ők Ákos négy napos korában visszamondták, így kapták meg Annáék a babát. Másnap be is mentek hozzá. Ákos szülőanyja a vér szerinti, én meg az édesanya vagyok, mondja Anna. Egyidősek vagyunk. Annyit lehet tudni a biológiai anyáról, hogy már két gyereke van, akiket a bíróság az apának ítélte, és ő küzdeni akart értük. Ákos a 33. hétre született meg, 2450 gr súllyal, APGAR: 8/9/9. RDS miatt NcPAP lélegeztetésre volt szükség, antibiotikumos kezelést kapott. Szondáztatták, táplálási nehézsége volt, izomtónus-eloszlási zavar miatt Dévény tornára is hordták, Katona módszerre is felkészítették anyát. A házi orvos javaslatára abbahagyták a „gyerek kínszát” a Katona-módszerrel. Ákos nehezen szopott, elfáradt, belealudt, nem volt elég jó a szopóreflexe, mondja anya. Puffadt, székrekedéses volt, két óránként etette anya tápszerrel. Jó étvágyal evett, ezzel most sincs baj. Az éjszakát hamar végig aludta. Mosolygós volt kicsinek, aranyos volt, bújt, igényelte a testkontaktust. 4–10. hónapos koráig Dévény tornát kapott, januárban már mindent rendben találtak. Korai fejlesztési programban is részt vettek, kb. egy évestől másfél éves korig. Mindig az volt, hogy valami miatt fejleszteni kellett, fogalmazza meg Anna, rendbejött, de aztán megint nincs valami rendben. Én bíztam a szakemberekben, mondja, vittem Ákost, ez a feladatom, ezért lettem anya. Lajos és az anyja is azt mondta, hát ez a gyerek még sincs rendben, nem jól választottunk. A beszédfejlődése rendben volt, a mozgásfejlődésben volt kis elmaradás. Későn forgott, keveset kúszott, kicsit furán mászott, 12 hónaposan elindult. Szobatisztaság:

3 évet betöltötte, két nap alatt pisilt, kakihoz a mai napig pelust kér, nem jön ki a kaki a wc-n. Elbújik kakilásnál, csak a végén szól, és csak anya jöhet. Van, hogy anya megfogja az ő kukacát, nehogy piszkos legyen a keze, és kezet kelljen mosnia. Közösségbe két éves kora előtt ment, két délelőttöt családi napközibe, ott jól érezte magát, jó volt a gondozónő. Egy évig nem volt panasz, a gondozónőváltások után kezdődtek a problémák, már nem is akart menni. Most sem akar visszamenni Ákos az oviba, anya is napi szinten vívódik ezen, óvodát váltani, vagy talán haza kellene jönni. Türelem nincs, olyan, mintha Ákosnak mindig csak a hibáit látánám, pedig sok a közös tulajdonságunk, mondja nekem.

Ákosnak gyakran voltak gyulladásoos betegségei, megfázások, bányahimlő, skarlát, mandulaműtét. Sok volt a költözés, utazás az életükben.

Anya története

Kétfelé kell megfelelnem, ha hármásban vagyunk, panaszolja Anna. Lajos nagyon kényelmes ember, szereti, ha kiszolgálják. Morgós tud lenni, ha a komfortzónájából kikölkentik. Apám mérnök volt, anyám könyvelő ugyanannál a cégnél. Szolgálati lakásban laktunk. Apu 20, anyu 15 éve halt meg, apu rákban, ami fél év alatt elvitte, anyu cukorbetegség és szövődményei következtében. Anyut a húgom születése után leszázalékolták szkizofréniával. Erről nem beszéltek a szüleink, mondja Anna. Többször volt öngyilkossági kísérlete, gyerekként azt láttam, hogy furcsa dolgokat mondott, sokszor volt támadó, főleg apu halála után. Nem is fogtuk fel, hogy anya ilyen beteg, nekünk ilyen volt az anyukánk, ez volt a természetes. A nagymama minket okolt, hogy a lánya meghalt, mert megszült bennünket. Apu vitte a hátán az egész családot, hozzá kötődtem jobban. Ő volt a lelki társam, ma is hiányzik, jaj, nagyon nehéz beszélni róla, mondja sírva. Apu mindent megcsinált, főzött-mosott, én meg segitettem. Apu titkolta a betegségét, egyedül akarta megvívni a harcát. Váratlanul ért, amikor meghalt. Hirtelen egye-

dül maradtunk. Először Lajosnak kosarat adtam, meséli Anna, nem éreztem azt, hogy igazán akarna engem. Nekem jó volt valakiről gondoskodnom, aki hálás volt ezért, volt, akit szerethettem, és viszonzta, ez jól esett. Ákos fél éves volt, amikor Lajos anyukája rákos lett, sokat kellett látogatni. Ákosnak sok gond volt az etetésével, felpuffadt, gyakran evett, nehéz volt, nem volt segítségünk, ott kifáradtunk, kiégtünk, feléltük a tartalékainkat, mint a gépek, tettük a dolgunkat, egymásra nem jutott idő, részletezi Anna. Ott indult el egy folyamat, amit jó lenne visszafordítani. Lajos anyuka szeme fénye volt, gyászolt, sérelmezte, hogy nem kap tőlem eleget. Az volt a feladatom, hogy róla gondoskodjam, anyja helyett anyja legyek. Megkeseredett, sündisznó lett, szúr-vág, így élem meg.

Apa története

Külön is találkozom Lajossal, Ákosról beszél, hogy az INPP órán a szakember talán túl szigorú volt velem, rosszul esett neki és Annának is, hogy azt mondta, hogy ilyen rossz gyerekkel még nem találkozott a 20 éves praxisa során. A kardiológián nem akarta a csipeszeket, de barátságos volt, a felnőtt fogászatról elküldték, de a gyerekfogorvosnál minden jól ment. Állandó bizonytalanság van, jelenti ki apa, volt, hogy 4–5 programlehetőséget is le kellett mondani, mert nem lehetett kiszámítani, hogy fog viselkedni Ákos. „Nem üzembiztos”, mondja megint (*mintha csak valami gép lenne, aminek az a dolga, hogy jól működjék, gondolom...*). Rávetül Annával való kapcsolatunkra, hogy Ákossal mi van, Anna is rosszkedvű emiatt. Ákoson keresztül működik a kapcsolatunk, mondja apa. (*Arra gondolok, neheztelhet ez az apa a gyermekre, s mintha kettőjük közé állna folyamatosan. Talán könnyebb lenne az apának gyerek nélkül?*) Csaknem tíz éve apu meghalt rákban, fájdalmai voltak, de öt évig meghosszabbították az életét. Az utolsó fél évben dőlt csak ágyának. 2013-ban halt meg anyu. Gyakran meglátogattuk őket, vidékről is, Berlinből is. Klasszikus anyuka volt, főzött, örült, ha jó étvággal ettünk, kedves volt, simogatott, megölelt. Szólónk, kert

is volt, be voltunk fogva, az akkori normák szerint szerető család voltunk. Mi eléggé Ákos köré szervezzük az életünket, állapítja meg. Apa hagyományos férfi volt, szigorú is volt, anya összekészített, ő elvitt egy órás programra. Én se vagyok egy nagyon gondoskodó apuka, fűzi hozzá Lajos, én se veszek úgy részt, teljes értékűen. Apa is igazságkereső ember volt. Hirtelen haragú, de nyitott, jószívű, jókedélyű ember volt. Apa fizikailag bántalmazott, de ez szimbolikus volt, lecsatolni a szíjat, fenyegetés volt, a kezünkre vagy a fenekünkre csapott. Anyámmal sokat veszekedtek, de megmaradtak egymás mellett. Hogyan látja önmagát? Rossz tulajdonságom, mondja, hogy türelmetlen vagyok sokszor, túl hamar felfortyanok, inkább apróbb dolgokon. Amikor Ákos három hónapos volt, Anna vezetett, (én nem vezetek), gyerekorvoshoz mentünk éppen, és karamboloztunk, csattanás, betört a hátsó szélvédő, na akkor nagyon nyugodt tudtam maradni. A dühöm sokszor Ákoskal kapcsolatos dolgokon jön ki, apróságok, bosszantó dolgok, pl. indulásnál még 3–4-szer kell szólni neki, még játszik, füle botját sem mozgatja. A szüleim is erre tanítottak: ne pazaroljunk, ne dobáljuk az ételt stb. Anna türelmebb, megértőbb. Jó tulajdonságom: nem mindig vagyok ideges. Nevet. Barátságos, nyitott ember vagyok, sok barátom van, gondozom a kapcsolatokat. (*Későbbi konzultáción anyától megtudom, hogy Lajos apja ütötte, náspángolta a fiát, és ugyanazt a mintát látta, mint amit most érvényesít, hogy ki kell szolgálni az asszonynak a családot. Néha fellázadok, mondja Anna, de többségében elfogadom ezt. Lajos néha durva, vidd innen a gyereket, ordítja. Hiú ember, nem tud beszélni se róla, hogy nem lett saját gyereke, alibi gyerek az Ákos neki. El kellett titkolni a nagyszülők elől, hogy örökbefogadták a kisfiút, nehogy a faluban kiderüljön. Tisztességből nem akar magamra hagyni a problémás gyerekekkel, valamilyen felelősségérzet van benne, véli Anna.*) Ákossal való kapcsolatunk alapvetően jó, fűzi hozzá, szerintem egyre több mindent tudok én is, szeretek mesélni, taníttatni, történelmet, földrajzot, egyre jobban nyílik az ilyen dolgokra, a lexikális tudását gyarapítani. Nem tartom jó apának magam, mondja kérdésemre. Nem

minden otthon töltött órában van kedvem, de van, hogy szeretek vele lenni. Szeretem Ákosban a nyitottságot, cserfességet, jóindulatot, jószívűséget. Szimpatikus lenne akkor is, ha nem a saját gyerekem lenne.

Megfigyelések

Játék anyával

Első alkalommal a játékerápiás szobában Ákos együtt van az édesanyjával, szabad játékokat figyelem meg. Ákos viselkedése impulzív, erőteljes, hangos, követelőző, kiabálva beszél eleinte, felmászna a szekrényre is. A konyhai, zöldséges pultos részleghez megy, apuka szerepben irányítja anyát, hogy vágja el a zöldségeket stb. Anya halkán, visszafogottan, kedvesen és sokat beszél, figyelmes, próbálja a játékot mindig valamilyen elemmel, ötlettel gazdagítani. A játék hullámzó, hirtelen váltások figyelhetők meg benne, a bébijátéktól ismét vissza a konyhai szerepjátékig, vehemensen, aktívan. D'arts játék után megint konyhás, majd a varázspálcával engem is elvarázsol egy szörnnyé. Nagy hangon üvölt, röhög, bruhaha, bruhaha, legyél béka, ismételteti. Majd a duplo játékkal csúszdás építményt építenek anyával, aztán megterítik a kisasztalt, hozza Ákos a babákat, készülnek a vacsorára. Odaülteti a babákat, rakosgat a tányérjukba ennivalókat, nyamnyamnyam, anya mosolyog – nem marad az éhes vendégeknek! Ákos oszt mindenkinek, anyának olyan sokat, hogy meg se tudja mindet enni. *(Ennek jelentőségét később, már a terápiás szakaszban értem meg, hogy az otthoni és az itteni tartalékos készleteket rejtő élelmiszer- és édességes fiókok milyen szerepet játszanak...)* Mikor készen van, egymásra mosolyognak. Utána a duplóból vidámparkot építenek közösen, ügyesen, minden jó, ha a vége jó! A végén megkérdezem, jól érezte-e magát, jót játszott-e, erre teljesen váratlanul, mint a vihar, olyan vehemenciával és erővel vetette magát rám, hogy szinte feldöntött (én guggoltam előtte), ölelt, majdnem felborultunk. Valahogy felálltam, továbbra is felpörgötten viselkedett, elkezdte ismételtetni: bolond, bolond, bolond,

nagy hangon, anyja zavartan rászólt végül. Következő alkalommal hasonlóan impulzív, időnként erősen felkiált, koncentráltan követi a játékot, a duplós kosárral játszanak, építenek, rendezgetnek. A végén Ákos nehezen megy el, rám csimpaszkodna, rám mászna, de most már felkészültem erre, nem engedem. Az érzéseim ezzel kapcsolatosan: először meglepődöm, tolakodónak, elárasztónak, harsánynak érzem, mint egy kis bika, amelyik legszívesebben felöklélne, ugyanakkor érzem a nagy indulati töltetű, erős vágyat is a kapcsolódásra és a közelítésre, és a kettős érzés elönt: egyszerre van jelen a szeretetvágy és az agresszió, ami kibillent az egyensúlyomból... Hiányoznak a gátak, gátlások, szinte rám veti magát, nem tudom, hogyan is védjem meg a személyes teremet, testi épségemet. És az a váratlan, hirtelen mozdulat, nem lehet kiszámítani ezt a lerohanó hadműveletet. Következő alkalommal már felkészültem arra, hogy ura legyek a helyzetnek.

Játék apával

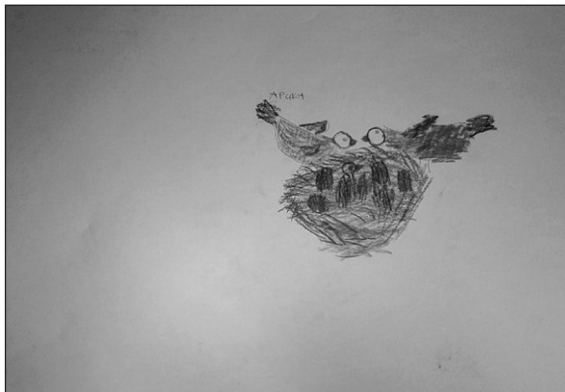
Most apa hozza Ákost, aki szabódva, zavartan jön apával, de pár perc múlva már nincs gond, bejön, ígérem, a végén bejön játszani apa is. Kérdésemre azt mondta, nem szokott apával játszani otthon. Ennek ellenére, és nagy meglepetésemre nagyon jó, elmélyült, élvezetes vonatos játékot játszottak együtt. Apa sokat magyaráz, mosolyog, nevet. A mentőautó segíti a bajbajutottakat. Víjjj, víííuuu, víííuu, tologat Áron a szőnyegen egy autót, belevonódva ebbe. Egy nagyon jókedvű, együttműködő, tartalmas játék alakul ki. Apa ötletel, sok javaslata van, Ákos szívesen fogadja, megcsinálja ezeket, épít ügyesen, okosan. Ákos a végén könnyen abbahagyja a játékot, még pakolni is segít. Az elméleti részben utaltam rá, hogy gyakran van, hogy elragadó, kedves, bűbajos tud lenni a bántalmazó, ha megfigyelik, és a gyerek is pozitívan reagál erre az arcára az apjának, hiszen mindig is erre vágya, de ez nem azt jelenti, hogy minden rendben lenne. Most, hogy olvasom ezt a részt, teszem hozzá, hogy később bontakozik csak ki bennem a gondolat, már jócskán benne járunk

a terápiás szakaszban, az apa gyermekét lelkére, gyermeki igényeire vonatkozóan.

Játék és rajz velem

570

A babakonyhában akart játszani Ákos, azt kérte, hogy én készítsek neki ebédet. Odaadom neki az étlapot, választ, én elkészítem, ő aranyosan megeszi, örül a csokitorta desszertnek. Kérem, hogy rajzoljon, nem akar, elmegy, de aztán az ajánlatomat elfogadja, egyezséget kötünk. A szabadrajzok eléggé impulzív firkarajzok még, kevésbé strukturáltak, de elnevezi őket, és élvezettel, lendületesen készíti. Balkezes. Madárfészket, házat, fát kérek, hogy rajzoljon, de azt mondja, ő egyiket sem tudja. Végül megpróbálja a házat, sárgával, ami egy csúcsos valami, nem nagyon hasonlít házra. Előtte még rajzol valamit, amiből csokitorta lesz, közösen színezzük. Megkér engem, hogy én színezzem (*irányítás*), de aztán bekapcsolódik, be is kockázzuk közösen. Közösen rajzoljuk a madárfészket is,



ahol éppen kikelti a tojásokat anya- meg apamadar. A közös rajzolásnál meglepődve tapasztalom, hogy Ákos együttműködő, jól motiválható, készséges, kedves. Kiszínezi a tojásokat, anyamadarat, apamadar farkát, fűszálakat rajzol, s beszínezi a fészket. (*Ákossal az első pillanattól szimpatizálok, tetszik a karakán természete, az aktív megküzdési módja, a huncut mosoly a szája sarkában, úgy érzem, könnyen kialakul közöttünk valami láthatatlan szál, érdekel engem a gyerek, ő meg érdeklődő minden iránt. Örülök annak is, hogy közösen alkotunk, hogy együttműködünk, jó érzésekkel nyugtázom ta-*

lán azt, hogy a terápia eredményessége szempontjából ez jó előjel. Persze érzem annak a dinamikáját is, hogy finoman, vagy kevésbé finoman, de mindig van valamiféle pozícióharc is, ki irányít, ki vezet, kinek az ötleteit, javaslatait kell elfogadni, s időnként az ő ellenállása, az önálló döntései szintén tetszenek, mert önérzetes, magabiztos kis egyénisége magával ragadó.)

Vizsgálatok

Emberrajz

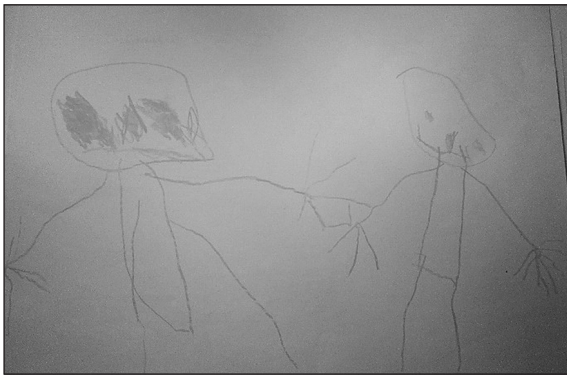
Sárgával akar rajzolni, életkorához képest jó színvonalú rajz, a Goodenough-féle skálával mérve RQ-ja 122. Egyébként kicsit bizonytalan vonalvezetésű, nagy karokkal, óriási, groteszk ujjakkal, rövid lábakkal rendelkező, lábfej nélküli ember, erősen satírozott szemekkel, orral,



nagy szájjal. Dinamikus, erőteljesen, határozott nyomatékkal és lendülettel készített rajz, a hangsúlyozott szemek, a hatalmas ujjakkal ellátott, hosszú kezek erős érzelmi-indulati töltöttségről árulkodnak, agresszió és szorongás jelei érződnek a rajzon, támadás és védekezés, illetve fenyegető helyzet. Erő és kiszolgáltatottság, hatalmi és áldozati helyzet.

Családrajz

Elsőként apát rajzolja le, kommentálja: apám feje, dundi orra van, nagy szeme. Nekem nagyon jó a látásom, fűzi hozzá. A másik szeme már kicsi, kicsinyített. Következik az anyukám, ő, nem rajzoltam neki száját, veszi észre apa rajzánál,



és megerősíti apa száját. Nem akarom magam. Mamám kedves, a papám mindig mérges, teszi hozzá. Morog és így néz ki, és kiabál. Odabújok anyához. Ő az anyukám. A családrajzot elemezve megrázó számomra, hogy Ákos lemaradt a saját rajzáról, mintha ő nem tartozna a családhoz. Az erőteljes, nagydarab, nagy teret elfoglaló, hatalmas erőre satírozott szemekkel és kitárt karokkal rajzolt apafigura félelmetes, agressziót, hatalmi helyzetet, elnyomást sugárzó. Nehéz eldönteni, hogy kitárt karjával ütni vagy ölelni készül az anyafigurát, aki a lap szélén, halványabb, bizonytalanabb testtartású, szomorúság figurának tűnik. Mintha a kettejük közötti harcok, egyenlőtlenségek is jól kivehetően megjelenének a rajzon.

C.A.T.

A hívóképeknél mind az agresszív, mind a szorongásos faktorok megjelennek. Az agresszió nyílt vagy infantilis jellegű, bűn és büntetés, azonosulás a támadóval is megjelenik. A szorongás igen gyakran tiltás vagy parancs, ridegség, elutasítottság, félelem, veszély, erőszak kapcsán jelenik meg. A veszélyes hatalom, az engedékenység–uralkodás, tiltás, autonómia konfliktusai, az oralitás, a siker, a kasztrációs félelem, a büntetés és a bosszúállás feszültségei nyomon követhetőek.

Világjáték

A homokozási idő átlagos, a homok kezelése impulzivitásra, opozícióra, illetve belső bi-

zonytalanságra, perfekcionizmusra, kényszerességre enged következtetni. Az első tárgy egy virág, mely infantilis jegyként értelmezhető. Majd még virágok, elszáradt ág (irreverzibilis traumára utal), ezeket körbe keríti kerítésekkel.



Nagy elefánt, közlekedési tábla következik, üvölt: vááá, vad elefánt! Templomot, hintát, majd wc-t tesz ki. Psííí, psííí, lehúzta az elefánt a wc-t. Sok állatot hoz ezután, vadállatokat és kutyát, lovat, birkát is. Az elefánt mindenkit eldöntött az ormányával, aztán lefeküdt és elaludt. Ákos sikít: jaj! Meg fogja ölni! Ordít. Elkapja a birkát, kidobja a vödörbe, ő meghalt! Az elefánt vágatni kezd, mindent lerombol, módszeresen széttapossa a virágokat, mindent. Hatalmasakat üt az elefánttal, félek, hogy összetöri majd a kis tárgyakat. Kettő valóban el is tört. Mindent lerombolt. Most mit csináljunk? Hívjuk be anyát és segítsen. Megy az ajtó felé, de még visszahívom. Felteszem a felhívó kérdéseket. Hol vagy? Én itt, még a polcon. Az Óriás. Odateszi a tálcára. Ki vagy? Ő. Én. Ákos. Kivel laksz? Hát senkivel (*Ez az elmagányosodás, súlyos kapcsolati zavar, személyiségfejlődési zavar jele*). Hol laksz? Hát itt laktam, de szétrombolta az elefánt (*Az otthonnal kapcsolatos súlyos zavar jele*). Visszamegyek ide a helyemre, mondja, és visszateszi az Óriást a szekrénybe. Megint kifutna. Sehol nem süt a nap, azt is letaposta az elefánt (*depresszív jegy, nyomottság, félelem, szomorúság negatív érzései*). Mindent letaposott. Tűz ott volt a wc mellett, de azt is letaposta. A jót is letaposta. A rosszat is. Mindent. Anyát behívja, még tovább játszanak a világgal, új világot építenek, kb. a felénél elkeríti, kettéválasztja. Azért, hogy az állatok ne szökjenek el. Anya óvodát javasol, Ákos erre berak egy kórházat. Az állatok és a gyerekek kórháza, mondja. Én vagyok az ő.

Szépen elrendezgetik a világot, majd később mindent szétrombol.

Elemzés (17): fő kategóriák hiánya súlyos jel. Emberek hiánya: globálisan az interperszonális kapcsolatok zavara, mindennemű emberi kapcsolatban zavar. Házak hiánya: az otthonnal kapcsolatos zavarok. **Szimptomatikus jegyek:** izoláció (kerítések), **traumatikus jegyek** (támadás, pusztítás, bekebelezés, árnyék, wc megjelenítése, én-azonosítás, lakótársak hiánya). **Agresszió** (tárgykezelés, rombolás, támadás, pusztítás, saját ház lerombolása, defenzív világ, minden állat elpusztul, globális agresszió, állatok nyelnek el állatokat), **depresszió** (életveszélyes támadások, emberek hiánya, kevés ház, sok vadállat, egyedül lakik, nincs jelen a világban, tartalom félelmetes, nyomott).

Ha az összképet nézem, akkor olyan, mint egy kettéosztott küzdőtér, de mindkettő fenyegetettnek és defenzívnek tűnik. A jobb oldalon a vadállatok – és agresszív indulataik – ketrecekbe vannak zárva, különben elszabadulhatnak és akkor ki tudja, mi történik. Azt gondolom, a kisfiú mind a benne dülő, mind a kívülről jövő (a bántalmazó, kiabáló apa) agresszióval való küzdelmeinek erejét és nehézségeit megmutatja. Ha mégis történne valami, akkor ott a kórház, ahol talán segítséget nyújtanak. Vajon ki lehet az elefánt, apa, vagy talán ő saját maga? Félelmetes lehet, ahogy vágat, tapos, üt, rombol. Ilyen lehet Ákos is, amikor elkapja az indulat, és nehezen fékezi, szabályozza magát. És ez az elefánt akár halálos bajt is okozhat. Szorongató, hogy nemcsak a rossz, de a jó is megsemmisülhet. De talán majd anya segít...

Diagnosztikai eredmények bemutatása, pszichodinamikai elemzés

A megismert adatok, megfigyelések és vizsgálatok eredményei alapján a **diagnosztikus hipotéziseim röviden összegezve:** Ákos tünetei, problémái a *traumával és stresszorral összefüggő zavarok* körébe tarthatnak elsődlegesen, azon belül is az alkalmazkodási zavarok körében az emóciók és a viselkedés kevert zavara merülhet fel, *borderline személyiség szerveződéssel,*

társas kapcsolati zavarokkal. A fejlődési traumatizáció zavar (Developmental Trauma Disorder, DTD) (6), melynek komplex tüneti képe jellemző a leginkább, több terület is érintett (ez a zavar nem került be a DSM-5 (18) rendszerébe).

A DC: 0-5™ klasszifikációs rendszerében (11) az egyéb kora gyermekkori hangulati zavar kategória is felmerülhet – a hangulati zavar több tünete is megfigyelhető, de nem meríti ki a kora gyermekkori depresszív zavar, vagy a kora gyermekkori szabályozatlan düh és agresszió zavar valamennyi kritériumát, és negatívan befolyásolják a szociális kapcsolatokat, korlátozzák a családot a mindennapi rutinokban, tevékenységekben, akadályozzák a fejlődését. A *gátolatlan társas kapcsolati zavar* jelei is megfigyelhetők voltak eleinte, mely szerint a gyermek aktívan közeledik ismeretlen felnőttekhez és interakcióba lép velük, de ez nem volt olyan mértékű, hogy kimerítette volna ennek a diagnosztikus kategóriáját, és a későbbiekben ez szépen el is tűnt. A *poszttraumás stressz-zavar* diagnosztikai kritériumai a DSM-5 (18) alapján hatéves kor alatt specifikusak. Traumatikus események közvetlen átélése, másokkal történő események látványa miatt betolakodó tünetek, emlékek jelennek meg játékban, disszociatív reakciók fordulnak elő. A jellegzetes tünetek közül kiemelném a kogníciók negatív változását (félelem, bűntudat, szégyen, zavartság), a játék beszűkülése, a pozitív érzelmkifejezés csökkenése, irritábilis viselkedés vagy dühkitörések, melyek emberek vagy tárgyak ellen irányuló verbális vagy fizikai agresszió formájában nyilvánulnak meg, hipervigilancia, koncentrációs nehézségek, alvászavar.

A *fejlődési traumatizáció zavar* (6) főbb jellegzetességei is megtalálhatók Ákos viselkedésében és érzelmi-szociális életében. A fejlődési traumatológia képviselői a környezet indukálta komplex fejlődési zavar elnevezést javasolták a kumulatív intrafamiliaris traumát elszenvedett gyermekek azonosítására.

A DTD diagnosztikai kritériumai közül kiemelném Ákos esetére vonatkozóan az affektív és fiziológiai szabályozási zavart, a testi funkciók zavarait, a figyelem és a viselkedés szabályozásának zavarait, a negatív szelférzetet, az ext-

rém és tartós bizalmatlanságot, a reaktív agressziót, empátia problémákat, és a funkcióromlást több területen. Ezekben az örökbe adás problematikája, a szülés körüli traumák, nehézségek, az örökbe fogadó szülők kötődési, elfogadási, egyéb saját problémái, a korai fejlődési időszak kapcsolati traumatizációi, az apai bántalmazó és az anyai depresszív magatartás, az intézményi kudarcok és konfliktusok lehetnek a legfőbb háttértényezők. Ákos nehezen alkalmazkodik az otthoni és az intézményi környezetekhez, mind emocionális tünetek (szorongás, depresszív jegyek), mind a viselkedészavar egyaránt előfordul.

Érzelmileg labilis személyiség-szerveződés, impulzív típus is feltehetően kialakulóban van. Emellett a *kapcsolati problémák* is erőteljesek: szülő–gyermek kapcsolati problémák, illetve szülői kapcsolati problémák hatása a gyermekre (a DSM-5 alapján, ehhez hasonló a DC: 0-5™ klasszifikációs rendszerében a Kapcsolati zavarok körében a kapcsolatspecifikus zavar csecsemő- és kora-gyermekkorban). Ez egy gondozói kapcsolatban jelenít meg bizonyos érzelmi és viselkedéses tüneteket, pl. agressziót, kontrollt, oppozíciót. A *borderline irányú személyiség-szerveződés* gyanúja (a pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv [PDM-2] diagnosztikai rendszer leírásait figyelembe véve [12]) az instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok, az impulzivitás, az identitászavar, az affektív instabilitás a jelentős hangulati reaktivitás következtében, a harag és kontrollálásának nehézségei (dühkitörések) megjelenése alapján merült fel. A borderline gyermek másokhoz való viszonyulásának jellemző fluktuálása a követelőzés és ragaszkodás, a bejósolhatatlan kapcsolatok dimenzióiban jelenik meg. Primitív elhárító mechanizmusok, az énfunkciók szintjeinek fluktuálása, mikropszichotikus állapotok, fokozott fantáziatévékenység tapasztalható. Óvodáskorú borderline gyerekek nem tudják elviselni a szeparációt az anyjuktól, nincsenek kialakult irányelveik a jó és a rossz elkülönítésére, érzelmeiket nem tudják széles skálán kifejezni, gyenge az impulzuskontrolljuk, kiszámíthatatlan hangulati állapotokba kerülhetnek (9). Ezek a jellemzők széles skálán jelentek meg Ákosnál,

és a későbbiekben a környezeti hatások és a gyermekkel történt belső átdolgozások nyomán kialakuló változások hatására sikerült a folyamatot visszafordítani.

A *kapcsolati problémák* kategóriát (DSM-5, Egyéb, klinikai figyelmet igénylő állapotok) azért állítottam fel, mert Ákos esetében a klinikai figyelem középpontjában a szülő–gyermek kapcsolat minősége áll. Viselkedéses, kognitív és affektív területeken jelennek meg problémák. Ilyenek a nem megfelelő szülői kontroll, vagy gyermekkel való foglalkozás, szülői túlvédés, túlzott szülői nyomás, viták, fizikai erőszakkal történő fenyegetettség viselkedéses szinten, kognitív szinten a másikkal szembeni ellenségesség vagy ok nélküli elidegenedésérzés (apai elfogadás súlyos hiányosságai). Az affektív problémák közül pedig kiemelném a szomorúságérzést (anya részéről), vagy a kapcsolat másik szereplője iránti haragot (apa részéről). A *szülői kapcsolati problémák hatása a gyermekre* kategóriát a szülők között fennálló egyenlőtlen, nem egyenrangú kapcsolat, a feszültségek, konfliktusok, bántalmazó, leuraló hatalmi viszonyulás (apa részéről) és az önfeladó alárendelődés (anya részéről) és kiszolgáltatottság dinamikája rajzolódott ki.

Ákos esetében kiemelném az érzelemszabályozás nehézségét. Ha inkonzisztens érzelmi és viselkedéses válaszokat kap a gyermek a környezetéből (mosoly és elutasítás egyidejűleg, vagy a gyermek distresszére a gondozó dühvel, közönnyel, táplálással stb. reagál), akkor az nem biztosít számára megfelelő keretet tapasztalatai értelmezéséhez. Ezeknek a gyerekeknek gondjaik vannak az érzelmeik kifejezésével, belső állapotaik modulálásával és érzelmeik szabályozásával is. A túlszabályozott, merev érzelmkifejezésektől kezdve egészen a robbanásszerű érzelmkifejezésig. A korai életkorban elszenvedett traumatizáció szignifikánsan összefügg az impulzuskontroll zavarok kialakulásával (13).

Ákosra jellemző egy állandóan megemelt belső feszültség szint, magasabb arousal szint, melyet nehéz lejjebb vinni, csillapítani, önmagának megnyugtatóan szabályoznia. Ez egyúttal szorongást, és egy felfokozottabb készenléti állapotot, védekezést is jelent, ami sok

energiáját emészti fel. Erős félelmek mozgathatják, az agressziótól, bántástól, megszegyenítéstől, haláltól, pusztítástól, megsemmisüléstől való félelem miatti fokozott éberségi szint, defenzív hozzáállás. Az érzelmek felismerése, azonosítása, kifejezése sokszor nem adekvát, érzelmileg labilis hangulat, impulzivitás, kilengések, kiegyensúlyozatlan állapot, az érzelmesszabályozás nehézségei jellemzik. Magas teljesítményszorongás, megfelelni vágyás is jellemzi, s az alkalmazkodás, a „jónak lenni” elvárásának is nagyon szeretne megfelelni, de tisztában van azzal, hogy ez neki sokszor nem megy, ezért aztán még dühösebb, szétesettebb lesz, attól való félelmében, hogy így még kevésbé fogadják majd el, még kevésbé lesz szerethető, másoknak fontos személy. Dinamikában fontos tényező az apával való rivalizálás anya figyelméért, szeretetéért, kényeztetéséért. Az eddig megtapasztalt bántások miatti dűhe, haragja és félelmei bosszú, ellentámadás irányába viszik, nehezen kontrollálja megtorló, gyilkos dühét, legszívesebben megsemmisítené támadóját, bántalmazóját, attól való félelmében, hogy majd az fogja őt bántani, megsemmisíteni. Tart a megalázástól, az elutasítástól, a megszegyenítéstől, ezért állandóan résen áll, szorong, nem tud megbízni az emberekben, és dühös az alárendelődéssel, függőséggel szemben is.

A már említett állandó magasfeszültség mélyén bizonytalanság, önértékelési és önbizalomproblémák, hiányok állnak. A követelőző, opponáló, ellenálló magatartás is ugyanerről a töről fakadhat, Ákos folyamatos veszélyérzete amiatt, hogy ő kell-e a szüleinek, hozzájuk tartozik-e, elég jó-e nekik, képes-e megfelelni az elvárásaiknak, vagy ha nem, akkor esetleg majd eldobják őt. A követelőzés onnan fakad, hogy érzi legbelül, hogy nem fogadják el őt feltételek nélkül, nem kapja meg azt a szeretetet, amelyre szüksége lenne, és magányosnak érzi magát. Az örökös veszélyérzet miatt állandó védekező jellegű feszülés alakult ki. Túlérzékennyé vált a kisfiú már a vélt elutasítással szemben is. A bizarr viselkedések, a szétesés, a túlpörgés, a regresszív, vagy disszociatív állapotok az eddigi traumák és szorongás következményei, kísérlet a figyelem és törődés elnyerésére, biztosítására.

Az irányítási kényszer, kontrollszükséglet amiatt fontos, nehogy mások döntéseinek legyen kiszolgáltatott, és egy ismeretlen örvénybe kerüljön. A halál téma megjelenése, a traumák nemcsak az ő életében, hanem Anna elvesztett, meg nem született babái, rokonai miatt is megjelenik Ákos életében, szinte a mindennapjaiban is. A fenyegetettség érzése az eddigi bántások, apa szigorúsága, anya időszakos feltehető érzelmi elérhetetlensége, az intézményes lét kudarcai, frusztrációi, konfliktusai és büntetései miatt folyamatos lehet, ez ellen igyekezhet védekezni Ákos azzal a hátrítással, hogy akkor inkább ő lesz az irányító, akár az agresszor is. A kiszámíthatatlan nevelés, a töredezett interakciók, kapcsolati elérhetőség, az érzékeny válaszkészség gyakori hiánya, a tükrözési devianciák, az anya feltehető mély szomorúsága, feldolgozatlan gyásza miatti elégtelen odafordulás, hangolódás, az apa szigorúsága, elutasítása miatt a történések kiszámíthatatlanok, nehéz ezekre felkészülni, reagálni. Nehéz az érzelmek azonosítása, differenciálása, megértése. Ezért az élmények is töredezetten lehetnek, az érzelmek, impulzusok – bár ezeket igyekszik kordában tartani, s alkalmazkodni, időnként szinte kényszeresen is – néha elárasztják, s áttörnek a gáttakat, szélsőséges érzelmi kitörések, irritabilitás, magas, segítséggel is nehezen csillapítható belső feszültség uralja el. Erős szeparációs szorongása miatt fontos számára, hogy anyja mindig a közelben legyen, rendelkezésére álljon. Ugyanakkor azonban kötődési zavarra utaló jelek is jelen vannak, gátolatlan kötődés formájában.

Okok, hátterek

- Maga az örökbefogadás ténye.
- Ákos saját eddigi veszteségei, traumái, sérülései, konfliktusai (*anyja lemondott róla, apját nem is ismerjük, szülési traumák, koraszülés, korai fejlődés nehézségei*).
- Korai kötődés kialakulását zavaró tényezők (*Ákos saját biológiai nehézségei, az örökbefogadás miatti nem vérségi kötelék, apa anyjának betegsége a korai időszakban*).

- Negatív tapasztalatok, élmények sorozata, kudarcok a közösségi tereken is.
- Bizonytalansági faktorok több területen is.
- „Velem mindig van valami baj” érzése, mindig fejlesztésre járni, valami mindig rosszul működik, vagy ő maga lehet rossz érzése.
- Külföld stresszei – bezártság, összezártság, izoláció, nyelvi hátrányok, hiányok, kapcsolatok hiánya, kommunikációs nehézségek, gyökörtelenség.
- Örökbefogadó szülők.
 - párkapcsolati feszültségek (*Ákoson keresztül működik a kapcsolatuk*), egyenlőtlenség, rejtett motivációk, bántalmazás, anyagi egyenlőtlenségek,
 - lombikprogramok stresszei, veszteségei,
 - anya saját traumái, veszteségei, bizonytalanságai, büntudatai; saját gyermekkori sérülései, egzisztenciális kiszolgáltatottsága,
 - apa hiányzó jelenléte, hiányzó elfogadása, mély, tudattalan elutasítás, folytonos kritizálás, rivalizálás, túlzó elvárások, rejtett csalódás és harag, türelmetlenség, Ákos bántalmazása (*szóbeli, de néha meg is üti*), saját gyermekkori sérülései miatti állapota.

Terápiás javaslatok

A szülőknek azt javaslom, hogy most nyáron jöjjen anyja néhány konzultációra, azután találkozzunk az őszi szünetben, amikor ismét itt lesznek. Ekkor beszélgettünk arról az anyával, a szülőkkel, hogy Ákos érdekében, legalább amíg rendbe nem jön, iskolás koráig, jöjjen haza anyával Magyarországra. Anna elmondja, hogy ő ezt a lehetőséget már régóta fontolgatja, mivel idegennek érzik a külföldi országot, nem tudtak jól beilleszkedni, nyelvi és egyéb nehézségek miatt sem, Ákos igazából itthon szeret lenni, mert itt megértik, kommunikálnak vele, s ő is sokkal jobban tud kapcsolódni, nyugodtabb is itthon. Amikor a téli szünetben ismét jönnek, akkor anyja elmondja, hogy úgy döntöttek, ő és Ákos hazajönnek Magyarországra, apa pedig kint marad, és felváltva fognak kb. kéthetente egymáshoz utazni. Januárban elkezdjük a terápiát Ákossal, heti egy alkalommal, 45 perces

órát, és a szülőkonzultációt, havonta egy alkalommal, két óra időtartamban. Apának is javaslok külön konzultációt, illetve közöset is, de ő úgy dönt, hogy ezzel nem kíván élni. A terápiát és Annával a szülőkonzultációt támogatja (anyagilag is, ő fizeti, jó ideig), de ő nem szeretne részt venni. Sértődötten kommunikál erről Annával és a rokonokkal, nehezen tudja elfogadni a „szétszakadást”, és azt, hogy nincs ott mellette Anna, nem vezeti a háztartást, neki magának kell kiszolgáltatnia magát (*Annától tudom ezt meg a konzultációk során*). Írok egy hosszadalmas emailt neki május végén, amire nem válaszol, de úgy tűnik, mégis hatással lesz rá, mert utána sokban változik a viselkedése Ákossal, nyugodtabb, türelmesebb, elfogadóbb lesz. Egy idő után pedig a helyzet elfogadása, az előnyök megélése is változik.

A diagnosztizált probléma kezelésére választott terápiás eljárás ismertetése, indoklása

A szülőknek játékkerápiát és párhuzamos szülőkonzultációt javaslok a gyermek nehézségeinek, tüneteinek enyhítése, megszüntetése érdekében. A játékkerápia a saját magam által kifejlesztett, dinamikus megközelítésű, gyermek- és családközpontú, kapcsolati és trauma fókuszú eljárás, melyet már néhány évtizede kidolgoztam és alkalmazok a gyakorlatban is. A saját módszerem, az integratív játékkerápia legfőbb jellegzetességeit lentebb röviden bemutatom. Ákos esetében, tekintettel a traumatizációra, az integratív játékkerápiába beépítettem a gyermekkori traumatizáció fázis-alapú kezelésének néhány elvét és módszerét. A játékkerápia elsősorban az érzelmi- és viselkedészavarokkal, alkalmazkodási nehézségekkel küzdő gyermekek számára alkalmas terápiás eljárás. Ákos esetében azért is volt elsődlegesen választandó módszer, mert a gyermek verbálisan, racionálisan nem volt megszólítható, megközelíthető, és sokáig nem tudta magát nyelvi keretek között kifejezni. Érzelem- és indulatszabályozási nehézségei játékos keretekben biztosították annak a lehetőségét, hogy ezek a koordinálatlan, szabá-

lyozatlan érzelmek megfelelő eszközökkel, témákkal áradni, áramolni és kifejeződni tudnak, és a formálódó kapcsolatban az érzelmi-szociális fejlődés, az interperszonális kapcsolati sérülések is formálhatóak lesznek, így a gyermek belső világa ezzel megismerhetővé, megközelíthetővé és átdolgozhatóvá válhat. Az integratív játékerápia rugalmasan kezeli a helyzeteket, kapcsolati fókuszja kifejezetten támogatja, ha a szülő is részt vesz a játékerápiás órákon, amíg a gyermeknek erre szüksége van, akár a szeparációs szorongása, akár egyéb ok miatt, illetve igényli azt. A bántalmazott, traumatizált gyermekeknél fontos, hogy sürgősen változzon a környezet, megszűnjön a gyermekkel szembeni elutasítás, bántás, abúzus. Az integratív játékerápia azért is indokolt megoldás volt ebben az esetben, mert rendkívül hangsúlyos benne a szülők szülői magatartásának megváltoztatása, a negatív környezeti hatások enyhítése, megváltoztatása, a szülők pozitív, meleg, elfogadó érzéseinek és viselkedésének kialakítása a gyermek felé. Mindezeket komplex szülőkonzultációs munkával érhetjük el, melyben az anyai/apai szerepet érintő régebbi, generációs családminták, gyermekkori sérülések hatásainak megértése, feldolgozása, a családi működés optimalizálása, a nevelési módszerek harmonizálása is hangsúlyos. Érintjük a szülők egymás közti kapcsolatának kritikus pontjait, mivel a partnerbántalmazás súlyosan kihathat a gyermek fejlődésére. A közvetlen környezet, lakó- és intézményi környezet megváltoztatása is sokszor szükséges, mert ha károsító a gyermek jelenlegi környezete, a mindennapi stresszek, konfliktusok enyhítése is fontos.

A gyermekkori traumatizáció fázis-alapú kezelése szerint a traumatizált gyermekek és fiatalok intervenciójának alapelvei négy fő cél köré épülnek (13):

1. biztonság a környezetükben (otthon, iskola, lakóhely);
2. készségfejlesztés az érzelemszabályozás és az interperszonális működés területén;
3. értelemadás az átélt múltbeli traumatikus eseményekkel kapcsolatban, pozitívabb,

adaptívabb, reményteljesebb nézőpont kialakítása;

4. a reziliencia növelés és a szociális hálózatba történő integrálás.

Ákos (és az anya) nem érezték jól magukat a nemzetközi környezetben, magányosnak, idegennek, bezártnak érezték magukat. A biztonságot és megnyugvást az jelentette, amikor hazaköltöztek a régi budapesti lakásba. Biztonságot jelentett az is, hogy nem voltak nap mint nap kitéve az apa verbális agresszióinak, kontrolljának. Az anya nyugodt, békés természete, a csendesebb, intimebb környezet lehetővé tette anya és gyermeke jobb egymásra hangolódását. A 2. fázisban, az érzelemszabályozási készségek fejlesztése segíti a traumatikus élmények átdolgozását. A játékerápia súlypontjait ez a munka jelentette. A bántalmazott gyermekek amint fejlettebb megküzdéssel és jobb érzelmi- és indulatszabályozási készségekkel rendelkeznek, jobban képessé válnak a nehéz élmények kommunikációjára és feldolgozására. Ez a kapcsolódó pszichés distressz csökkenéséhez vezet. Magabiztosabbak lesznek, pozitívabb lesz az énképük, nő az én-hatékonyság-érzésük, önbizalmuk, önbecsülésük, és ez a folyamat zajlott Ákosnál is.

A kisgyermek számára választandó kezelés a szülő-gyermek diádikus modellen alapul, ez jellemző az integratív játékerápia (IJDT) módszerére is (13). Az elsődleges cél a szülői érzékenység, ráhangolódás elősegítése, fejlesztése, a szülő szövetségesként való megnyerése, a jobb szülővé válás elősegítése (14). Akkor a legjobbak az esélyek a gyógyulásra, ha az intervenció a korai szülő-gyermek kapcsolatra fókuszál. Fontos, hogy a szülő a gyermek érzelmeire, belső állapotaira, és ne a külső, viselkedéses megnyilvánulásaira reagáljon. A szülő fejlesztésének célja az is, hogy modellként szolgálhasson az intenzív érzelmek hatékony kezelésében, azzal, hogy segít a gyermeknek a nehéz, negatív érzelmek megnevezésében és az azokkal való megküzdésben. Az anya érzékenyítése erre hangsúlyos volt a szülőkonzultációs munkánkban, és az integratív játékerápiában is a kapcsolat-orientált, interaktív megközelítés van a fókuszban.

Fontos a strukturált, kiszámítható napirend, a melegség és a korlátok is. A dicséret, megerősítés módszerei segítenek arra fókuszálni, amit a gyerek jól csinál, hogy a kompetenciáival, és ne a deficitjeivel azonosuljon. (ARC modell, 13).

A játék alapvető szerepet tölt be a gyógyítás elősegítésében és azon készségek tanulásában, melyek a későbbi fejlődési szakaszokhoz szükségesek. A traumatizált gyermekek játékmagatartása gyakran gátolt vagy expanzív, vagy egyáltalán nem játszanak (15). Fejlett érzelmi készségekre játékkal, művészetekkel tehetünk szert, ezért a komplex megközelítésű játékkerápia jelentős segítséget tud ebben nyújtani. A játékon keresztül megjelenített traumával való megküzdés a mintha-síkon könnyebbé válik. A játék a gyermekek fő kommunikációs eszköze – a játékkerápia segít abban, hogy a gyerekek kifejezzék érzéseiket, gondolataikat, kezeljék érzelmi problémáikat, konfliktusaikat. Az érzelmi és viselkedészavarokkal, nehézségekkel küzdő gyermekeknél a játékkerápia művészete és tudománya elősegíti a javulást, gyógyulást. A játékkerápia a gyermek és a játékkerapeuta között zajló dinamikus folyamat, a terápiás szövetség lehetővé teszi, hogy a gyermek belső erőforrásait mozgósítva, fejlődést és változásokat eredményezzen a gyermek érzelmi életében, szociális kapcsolataiban, viselkedésében, alkalmazkodásában. A játékkerapeuták olyan gyermekekkel játszanak, akik pszichés nehézségekkel és nehéz élettapasztalatokkal küzdenek – beleértve az emocionális és viselkedési problémákat, a válást, a családon belüli erőszakot, a kríziseket, traumákat. A képzett játékkerapeuta segít a gyermeknek abban, hogy megismerje tapasztalatait, megküzdjön ezekkel, növelje érzelmi-szociális rugalmasságát, megismerjen olyan új stratégiákat, melyek csökkentik a problémás viselkedéseket és az internalizált konfliktusokat, lebontják a kóros védekezéseket, egészséges coping stratégiákká alakítva. A játékkerápia során a terapeuta szorosan együttműködik a gyermek szüleivel/gondozóival, segíti a szülő-gyermek kapcsolat javulását, harmonikussá válását.

Saját játékkerápiás módszerem bemutatása

Az integratív játékdiasztika és játékkerápia (IJDT) hosszú évek munkája során általam kifejlesztett komplex kora-gyermekkori intervenció stratégia, csecsemőkortól tíz éves korig (8). A tünetek megértése a családi hatótényezők megismerésével válik lehetővé. A diagnosztikus szakaszban megismerjük a szülők tágabb családi élményeit, a jelenlegi családi struktúrát és dinamikát, a párkapcsolati feszültségeket és a gyermekekkel való kapcsolatok jellegzetességeit. A szülők terápiás potenciáljának kihasználása segít a gyermekükhöz való alkalmazkodásban, a családi környezeti tényezők megváltoztatásában. A szülőben történő átdolgozások nyomán változik a kapcsolat, enyhülhet a tünet. A diagnosztikus szakaszban „közös” eljárásokat is alkalmazunk: interakció-elemzés, speciális játékhelyzet, közös játék babaházzal, anya-gyermek együttes rajzolás. A szülőkkel való foglalkozás konzultációs keretekben történik, a munka a jobb szülővé válást érinti elsősorban, nem egyéni- vagy családterápia. Az esetkezelésben fontos lehet a családlátogatás, amennyiben erre van mód, s a gyermek otthoni viselkedésének megismerése. A terápiában – mivel a tünetek hátterében gyakran találjuk meg a kommunikációs, kapcsolati zavarjeleket vagy traumatizációt – gyakori, hogy az anyát (esetenként az apát) is bevonjuk a játékkerápiába: anya, gyermek és terapeuta integratív, játékos együttműködésben íródhatnak át kapcsolati mintázatok. A közös munka célja nemcsak a gyermek változása, hanem a kapcsolatok változása is. Ákos édesanyja is időnként együtt játszott a gyermekkel a jelenlétemben, amikor a kisfiú erre igényt tartott. Az apa aktív bevonását nem sikerült elérni.

Az integratív játékdiasztika és játékkerápia mind szemléletében, mind módszertanában integratív. Az integratív szemlélet magában foglalja az ökológiai-rendszerelvű megközelítést (16), miszerint a személyiséget közvetlen környezetével szoros kapcsolatban és interakcióban lévő rendszernek tekinti, s így is vizsgálja és befolyásolja annak működését. Ez gyermek- és családközpontú szemléletet jelent, lényege az egész családi rendszer és működésé-

nek feltérképezése a gyermek viselkedésének, védekezéseinek, jelen állapotának, tüneteinek, patológiájának megértése céljából. Ehhez fontos a szűkebb és a tágabb családi rendszer dinamikus összefüggés-hálózatának, kapcsolódási pontjainak, csomóponti meghatározottságának feltárása. Ezért a módszerek körében kiemelt szerepet kap egy csomópontok által kirajzolódó összefüggésrendszer, háló felvázolása. A gyermek tünete védekezés, feltevésünk szerint az érzelmi- és viselkedészavarok, beilleszkedési, alkalmazkodási nehézségek hátterében mindig kapcsolati sérülés, kapcsolati traumatizáció (is) áll. A kapcsolati sérüléseket integratív és interaktív kapcsolati munkában tudjuk korrigálni. Ezért a munka fókuszában ez áll. A meghatározó korai kapcsolatok harmonizálása után szűkítelenné válik a tünet (8).

Terápiás szakasz

Terápiás szerződés, keretek

A második szülői beszélgetésen, illetve az első szülőkonzultáción megbeszéljük, hogy milyen célokat szeretnénk elérni, mire szerződünk, milyen feltételekkel. Kapcsolatokon keresztül dolgozunk, és a kapcsolatok, kapcsolati megélések, működések, együttműködések változnak. Megbeszéljük, hogy Ákosnak igyekszem majd abban segíteni, a játék, rajz nyelvével és szimbolikájával, hogy képes legyen az érzelmeit, indulatait, valamint másokét is jobban felismerni, megérteni és kezelni, hogy a stresszhelyzetekben jobb, adekvátabb eszközökkel rendelkezzen, hogy csökkenjen a belső feszültség szintje, indulatkitöréseinek száma, javuljon az alkalmazkodása, kiegyensúlyozottabb legyen, érzelem- és viselkedésszabályozásában változások jöjjenek létre. Nemcsak tüneti szinteken, hanem belső megélés szintjén is. Együtt dolgozunk azon, hogy a gyermek negatív érzelmeit – félelmek, szorongások, szégyen, büntudatok, haragok –, tudatlan lelki folyamatait feltárjuk, a megértés, a hatékonyabb (érvédő, megküzdő és kommunikációs) eszközökkel történő kifejezés, átdolgozás és a tünetek csökkenése, megszűnése érde-

kében. Anya azt szeretné, hogy még legyen elegendő idő Ákos nehézségeinek a kezelésére, hogy mire iskolába lép majd, nehogy sajátos nevelési igényű tanuló besorolást kapjon. Szerzödünk arra is, hogy a szülőkkel együtt igyekszünk jobban megérteni Ákos kapcsolódásainak természetét, mélyebb mozgatórugóit, rejtettebb motivációit, hogy ők is jobban értsék a látható viselkedés mögött rejlő tudattalan érzelmeiket, igényeket, szükségleteket, hiányokat, és ezek biztosításában, a hiányok pótlásában, a saját szülői feladataik ellátásában jobban részt tudjanak venni. Jobb, értőbb szülei tudjanak lenni gyermeküknek, akik képesek őt megérteni és segíteni, jobban értsék saját elakadásaikat is. Javuljanak Ákos családon belüli kapcsolatai, kötődése, és a külvilágba történő beilleszkedése is zökkenőmentesebb legyen. Legyen képes jobban kezelni saját belső konfliktusait is és a külső stressz- és konfliktushelyzeteket, kiszámíthatóbb és harmonikusabb kortárs kapcsolatai legyenek, jobb legyen az együttműködése mind gyermekekkel, mind felnőttekkel. Ákos hetente jön, 45 perces az órája, Anna pedig havonta, két órában. Időnként olvasnivalókat is adok vagy ajánlok Annának. Megbeszéljük, hogy Ákos legalább addig fog járni, amíg iskolába nem megy. Még kérdéses, hogy majd itthon vagy külföldön megy-e iskolába, visszamennek-e majd apához, vagy ő jön haza. Ákossal januárban kezdjük el a terápiát, igyekszem megbeszélni vele, hogy miért jár ide, mi lesz itt, mit fogunk csinálni, meghallgat, de nem reagál, párszor azt mondja, fuj, fuj. Később – néhány alkalom után – sikerül a szerződést megbeszélni vele. Sokat fogunk játszani – szabad játszaniod mindennel, amivel csak szeretnél –, mondom neki, a játékokról és rólad is sokat fogunk beszélgetni. Ezalatt sok minden meg fog változni, javulni fog az életedben. Mit gondolsz, jó lesz így neked? Ákos figyelmesen meghallgat, bólogat, rendben van.

Terápia folyamata

Munka a gyermekkel

Januárban, az első hónapban így visszatekintve azt gondolom, még csak ismerkedünk, még csak kóstolgat Ákos, aztán februártól tárja elém, teljes erőből, mi is rejtőzik benne. Addig csak egy-egy villantást mutat meg zaklatott, indulatokkal teli belső világából. Februártól kezdve rákapcsol, egyre támadóbb, agresszívebb, szétesettebb, ami végül egy katartikus órába torkollik március 21-én *(ezt az órát külön is bemutatom)*. Ezután egy ambivalensebb, közeledő-távolító időszak következik, sok-sok pozitívummal, de visszaesésekkel is. Majd május 30-án bekövetkezik egy terápiás fordulópont, ezután úgy érzem, új időszámítás kezdődik a terápiában, a harcok megszűnnek. Az időnkénti nehéz, szétesettebb, indulatosabb pillanatok még nem tűnnek el teljesen, de már kezelhetőek, már nemcsak a nyers indulat, a megcselekvés van. Szimbolikus játék terápiás fordulata jön szeptember végén, ezután még szorosabbá, együttműködőbbé, kiegyensúlyozottabbá válik a kapcsolatunk. Decemberben már képesek voltunk szóban megfogalmazni, megbeszélni kényesebb témákat is, amit nagy haladásnak érzek. A terápia folytatódott még a rákövetkező évben, most már sokkal inkább a „finomhangolások” következtek, bár kisebb-nagyobb visszaesések, hullámvölgyek előfordultak még. Tavasszal már óriási lépéseket tettünk meg a szimbolikus és a verbális szintek elérésében, a hangulati ingadozások általában kapcsolhatók voltak apa megjelenéséhez, a vele való találkozásokhoz. Ákos rengeteget fejlődött, komolyodott, sokkal jobban kezelte az indulatait, a szélsőségek szinte megszűntek, sokkal koncentráltabb, nyugodtabb, kiegyensúlyozottabb lett, s amikor anya is egyre jobban rendbe hozta az életét, elhelyezkedett, önállóságra törekedett, kapcsolatokat épített, Ákos is úgy lett egyre nyugodtabb, vidámabb, összeszedettebb, együttműködőbb és megközelíthetőbb.

A terápia bevezető szakasza

Ákos eleinte vegyesen mutat kedves, barátságos viselkedést és váratlan támadásokat, széteséseket, sokszor szívesen van bent velem kettesben, de van, hogy hirtelen kiszaladgál anyához, vagy igényli, hogy anyja bejöjjön. Eleinte nehéz követnem ezeket a váltásokat, engem is ki-kizökkent, amikor már úgy érzem, megvan a béke, nyugalom, a kapcsolat közöttünk, akkor Ákos váratlanul szétrombolja ezt egy pillanat alatt. Kicsit ijesztő is, csalódott is vagyok, hogy reményeim szertefoszlanak, néha talán kicsit bosszant is, hogy amit felépítünk, Ákos egy pillanat alatt semmivé változtatja. Elönt néha a sikertelenség érzése, de egyúttal azt is intenzíven átérzem, milyen lehet Ákosnak legbelül, amikor kap valami jót, ami váratlanul támadásba, bántásba csap át, mennyire nem lehet ehhez alkalmazkodni, és mennyire fájdalmas lehet neki. Az első órán könnyen elfogadja, hogy csak ketten játszunk. Egy golyópálya még ott van a szőnyegen, azzal kezdünk el játszani. Elmondom a szerződés szövegét, de nem kommentálja. Amikor apjáról kérdezem, meglepetésemre azt mondja, hogy „te üldözted el apát”. Megdöbbenek, úgy ér, mint egy ütés, egy pillanatra lefagyok belülről, azt érzem, mintha valami rosszat, gonoszat műveltem volna. Pár kétségbeesett pillanattal kutakodom az emlékezetemben, vajon miért mondhatja ezt Ákos, hiszen erről a valóságban szó sincs. *(Bár azt hiszem, van némi büntudatom amiatt, hogy talán „benne van a kezem” anyá döntésében, hogy hazajöttek, és a korábbi konzultációkon amellet érveltem, hogy sokat nyom a latban Ákos állapotában, hogy nem tud beilleszkedni külföldön, hazavágyódik, s anyá sem érzi jól magát.)* De nem kérdezem őt, hogy miért mondja, hanem elkezdek beszélni neki. Arról, hogy ez a szülők döntése volt, hogy úgy látták, így lesz jó mindannyiuknak, nem találtak ennél jobb megoldást. Apának ott kell lennie Berlinben, mert dolga van ott, oda köti a munkája. De ő hiányzik apának, ezért sokszor fognak találkozni, beszélnek is napi szinten, nem veszíti el apát. Közben játszunk, a golyópályába indítjuk a golyókat. Ő tartja kezben a dolgokat, irányít, nekem csak három go-

lyót ad, s versengés lesz belőle, majd „lezúz” engem, az ő kifejezésével élve. Erre én: inkább legyünk barátok, s örüljünk annak is, ha a másik golyója célba ér. Én drukkolok, mondom neki, hogy a te golyód célba érjen, te is drukkolj nekem. Meglepődöm, mert azonnal elfogadja ezt a javaslatot, s valóban drukkol nekem, örül, amikor mondom neki, látod, azért ért célba a golyóm, mert te drukoltál. Kellemes a légkör, egyszer-számra csattan csak fel, de könnyen megérti a magyarázatot. Próbálom az új óvodára terelni a szót, remélve, hogy jó lesz, és kedvesek lesznek ott vele, de nem reagál rá.

Szinte rá sem ismerem Ákosra, a nyári vizsgálati időszak során látottakhoz képest annyira nyugodt, elmélyült, koncentrált, együttműködő



– örülök, kicsit meg is könnyebbülök, hogy akkor az eddigi változások máris hatnak rá. Elmélyülten épít egyedül egy különleges viaduktot – igazán kreatív munka. Már az elején „meglepít” kért, de nem lett követelőző. A végén adtam neki egy kis smartiest, meg egy almát, ezt el is kezdte enni, búcsúzásakor nem huzakodott. Még a második-harmadik alkalommal is viszonylag nyugodt, együttműködő. Kéri a meglepít az elején, ami engem őszintén szólva zavar, jó lenne, ha nem kellene elmennünk ilyen irányba, valamint követelőzésnek is érzem, és kicsit csábításnak, lekenyerezésnek is. Azt mondom, én vagyok a meglepi, meg a közös játék, ezen csodálkozik, és nem kéri többször, még a végén sem. Örülök, de persze korai az örömöm. Jót játszunk, folyamatos, koherens játéktartalommal, együttműködésben, agresszió, pótcselekvések nélkül, ezt óriási dolognak tartom! Még maradna, játszana, de nincs gond, elfogadja, hogy vége. Ákos ismét jól kakil, az előző pár hétben voltak gondok a székrekedéssel, ritkább ürítéssel.

Következő alkalommal pecsételget, régi alapítványi és egyesületi pecséteimmel, vehemensen, erősen, végül egy nagy massa lesz belőle, annyira belelendül. Félttem a bútort, a pecsétet, hogy összepecsételi a bőrét is, így a kalapálós játékot kínálom fel, amit lehet püfölni. Annyira üti a kis kalapáccsal a formát, hogy az egyik be is törik. Kicsit megrendülve figyelem ezt a fokú erőt és impulzust. Előveszem a kis apró szögekkel formákba rendezhető kirakóst, itt finoman kell használni a kalapácsot, ezzel nincs is gond, aranyos, együtt tervezzük az alakzatokat, ügyes, kreatív. Majd a vasútkészlettel játszunk szépen. Énekelget, duruzsolgat közben.

Ötödik alkalommal, és utána elég sokszor meglehetősen dühös, felpannolt állapotban van, sokszor agresszív, támadó, irányítani akar. Dührohamot kap, amikor a kugli játéknál én is dobok, és sikeresen feldöntöm a bábukat. Nekem ront, majdnem megüt, de átölelem. Mondom, egyszer te, egyszer én. Nem, csak ő. Kérem, kire, mire haragszik. Kalapálhat, ha akar, de inkább a kardokat választja. Ő kettővel, én eggyel, a legócskábbal, övé a legjobb. Ezek műanyag jedi kardok, hangot is adnak, a legjobb még világít is, a legrosszabb már ragasztóval tákolta. Kőkeményen, erővel kardozik, üt-vág, rá kell szólnom, hogy kisebb erővel, és egymást nem üttük meg. Ez nehéz neki, látom, a határok tartása, az erő, indulatok szabályozása. Tetszik neki az ötletem, hogy ne erővel, inkább csellel! Nevet, így végre a levegőben az indulatok helyett a játékosság jelenik meg. A végén persze legyőz. Gyurmázunk a végén, hóembert, Ákost, palacsintákat, kimegy, megmutatja anyának, de elfogadja, hogy most csak ketten vagyunk. Szóba hozom apát. Erre fejbe vág, hogy apa palacsintájához hozzá ne nyúljak.

Február közepe van, anyával akar bejönni, de könnyen bejön egyedül is. Anya kinn ül az előtérben. Ákos autózik, aztán egyszer csak minden előzmény nélkül, totális pánikállapotban kirohan, anyát követeli hisztériázva, majdnem meg is harapja a karját, mindenáron anya kell, behozza, és nem is engedi ki később sem (*időről időre erőteljesen rátör a szeparációs szorongás, a kötődési bizonytalanság*). Ezt elfogadom, hármásban játszunk a golyópályával. Jól ját-

szunk, de a végén szanaszét szórja a golyókat, ám nem szólok rá. Később anya kérésére össze-szedi. Társasjátékokat játszunk ezután, aranyos, kedves, a végén Ákos úgy alakítja az eredményt, hogy mindhárman nyerjünk. Anya elmondja, hogy megint nehezen kakil, székrekedése van, hét közben nem, inkább csak hétvégén megy neki. Az ovi rendben van. Ákos búcsúzásnál megint kéri a meglepit, végül adok neki egy teafiltert és egy kis csokit. Nagyon örül neki, mosolyog, megköszöni, és hozzáfűzi, hogy én annak adom a meglepit, akit szeretek. (*Magamban megrendülök, hogy ennyire kézzelfogható bizonyítéka kell, hogy legyen annak, hogy Ákos elhiggye, szeretik. Örülök, hogy nem keménykedtem, hogy rugalmas voltam.*) Megígéri, hogy majd ő is hoz nekem ajándékot. Én azt mondom, hogy rajznak nagyon örülnék. Erre ő: nem, azt nem adom, ami a radiátoron van! Én: persze, te döntöd el, azt add, amit nekem szánsz.

Ezek után pár hétig egy olyan időszak kezdődött, s erről sokat beszélgettünk anyával a konzultációkon, amiben Ákos mindenkit mamának kezdett szólítani (*ismét a kötődési zavar megjelenése*), a hetedik órán engem is. Babaházzal játszottunk, apa, anya, kisfiú és két kisbaba a szereplők, szerepjáték-elemek vannak, de nem áll össze koherens tartalommal, történetté. Ákos is kicsit szétesett, szétzuhan, dobál, parancsolgat, de aztán abbahagyja, illetve megbeszéljük, hogy ő a főnök (*az érzelem- és indulatszabályozás nehézségei, a kóros kontrollszükséglet, melynek mélyén szorongás van, és a töredezettség jelenik itt meg*). Az óra elején maminak hív, de szólok, hogy én Bernadett vagyok. Ezután abbahagyta. A játékban beteg anyuka ágyban, a kisfiú varázsló, varázsereje van, és felrepíti a teát, pirítóst, gondoskodik anyjáról, az meg dicseri. Apa is segít. Játzóteret is építünk, ahová kimegy a család. Barátok is legyenek, javaslom, erre ő felsorakoztatja az összes babát. Beszélgetős helyeket csinálunk.

Kimarad egy hét betegség miatt. Holnap utaznak Berlinbe, majd hétfőn jönnek vissza. Ákos hoz pár rajzot, de nem hagyja itt, le kell fotóznom. A Brio vasútkészlettel játszunk, most eléggé zaklatott, nyugtalan a játék, sok kizökkenés, agressziók, amiket le kell állítanom. Kana-

péra áll, ott ugrál, dobál, röhögcsél, végül teljes szétesettséget mutat, homokot szór a vödörből, fotelon ugrál, majdnem megsérül, majd elbújik az íróasztal alatt. Próbálok értelmezni, hogy annál a témánál került ilyen állapotba, amikor Berlinről, apáról volt szó, és hogy talán izgul, hogy mi lesz majd most kint, s fél is. Erre nem mond semmit, de kis idő múlva már sokkal nyugodtabb, elmélyültebben tud játszani. Megint maminak, meg Györgyi néninek (*a dadus*) szólított. Mondtam, hogy mami is, Györgyi néni is csak egy van, és csak anya lehet az ő anyukája, senki más. A játék végén behívjuk anyát, büszkén mutatja neki Ákos a szép sínpályát. Pukizik, ajánlom a wc-t, erre megint szétesik, bedühödik. Mondom, itt nem kötelező a wc-zés. Megnyugszik, meglepit kér, aminek nagyon örül. Következő alkalommal ünneplőben jön, ovis március 15-i ünnepség miatt. Anya rászól, hogy menjen pisilni, elindul, de visszafordul, én játékosan sorompót mutatok, erre dulakodni kezdünk, üvölt, hogy megöllek! Én játékba viszem át, küzdelembe, humoros elemekkel, amin elneveti magát, és jön be vidáman. Anya: csak ennyi volt? Tudom, otthon sok nehézsége van anyának Ákos indulatkitöréseinek, fegyelmezetlenségeinek megfelelő kezelésével, ezen is sokat dolgozunk a konzultációk alkalmával, hogy hogyan tud anya szeretetteljesen, de határozottabban határt szabni.

Ákos bent eleinte nyugodt, koncentrált, majd később kapkodós, szétszórt lesz, sok mindenbe belekap, többször rá kell szólnom, hogy vigyázzon ezzel-azzal, mert megsérülhet, összepiszkolhatja magát, széttörheti a tárgyakat. Kérdezem a berlini útról, de nem mesél. Konstatálom magamban, hogy még nem tartunk a verbális szinten. Ez egyébként is gyakori védekezési technikája Ákosnak, hogy úgy tesz, mintha nem hallaná, nem reagál az érzékeny pontokra. A zöldségespulttal játszunk, bevásárlólista alapján rakodik a kosárba, mint a kisfiam, és elkezdünk ebédet főzni. Elkezd firkálni a táblára, de aztán sikerül együttműködést javasolnom, közösen rajzolunk egy virágkosarat anyának. Anyát is lerajzolja. Kiszínezteti a szirmokat, nyugodt, most nem destruktív. A konyhás játékot nem viszi végig, hullámzó a játéka, pakol,

pecsétel, többször kiszalad anyához. Nehéz lekötnöm a végén, olyan „zizi”. Némi nehezítést érzek magamban az irányába, hogy miért nem lehet rendesen játszani, ez olyan fárasztó, és csalódást keltő. Később kalózfegyverekkel támad, leszúr, rászólok, hogy ne olyan vadul, vigyázzon, csak játékból szúrjon. Már az óra elején kérte a meglepit, mire azt mondtam, én vagyok az. Erre nézett kerek szemekkel, de mondtam neki, oké, a végén majd keresek valamit. A végén követelőzni kezdene, de könnyű leszerelni. Adok kis csokit. Még kér, rejtek a kezembe kis pez cukorkát, de nem találja el, melyikbe tettem. Csalódik, mert nem akarom neki odaadni. Elmondom, hogy így nem szabályos, de nem szeretném, hogy csalódjon. Erre Ákos örömmel: aranyos vagy, nem akarod, hogy szomorúan menjek el. A végén ő ajándékoz meg egy csokival, be kell hunynom a szemem. Elfelezzük? – kérdi. Anya: nem, az Bernadetté. Én: igen, persze, hiszen a közös a legjobb! Később válik majd kicsit érthetőbbé, hogy Ákosnak miért fontosak ezek a kis apró édességek, melyeket általában nem is eszik meg azonnal, hanem otthon gyűjtögeti, felhalmozza őket. Nemcsak a szeretet jele, hanem túlélés is.

A terápia munka szakasza

A tizedik óra mérföldkő, Ákos óriási ámokfutást rendez, olyannyira, hogy engem is teljesen kihoz a sodromból, a szokásos nyugodt, kiegyensúlyozott hozzáállásomból. Elképesztően destruktív, rombol, tombol, megpróbál mindent tönkretenni. Az erős indulatok bennem is indulatot szülnek, míg rá nem jövök, miről is szól ez a történet. Katartikus mindkettőnk számára. Az óra leírása lentebb található. A következő egy-két órán még előfordul indulat, összeütközés, némi közelharc, egyszer-egyszer megdob, de ez már korántsem az a pusztító erejű tornádó, mint előtte volt. Miután megdobott, kicsit késve mondom neki, hogy most nincs kedvem meglepni adni neki, mert bántott, és megkérdeztem, hogy szerinte én mikor bántottam őt? Azt mondja, soha. Anya ideges, azt akarja, kérjen bocsánatot. Én elmondom, hogy fáj, és

rosszul esett, szomorú vagyok. Bocsi, mondja. Én: ne csinálj ilyet többé. Megöleljük egymást.

Óraleírás: a tizedik óra. Ámokfutás, katarzis

Az utóbbi néhány alkalommal Ákos meglehetősen „nehezen kezelhető”, hullámzó a hangulata, a játéka, váratlanul olyan dolgokat csinál, amiket nem szabad, pl. a kanapén ugrál, dobál, homokot szór szét, vagy a konyharész fiókjait nyitogatja. Nehéz ilyenkor visszatérni a játékhoz, ami eléggé szakadozott. Ezért már úgy várom, hogy kicsit tartok is attól, hogy vajon ma mi lesz műsoron. *(Gondolkodom, mik történhetnek veled, hogy ennyi féktelen indulat van benne, hogy ennyire támadó, lázadó.)* Már az előtérben érzékelem a hangerőből, mozdulatokból, hogy felfokozott hangulatban van. Bejön, rögtön a kardokat keresi meg (műanyag jedi kardok), az első percekben nagy erővel üt, kardoz velem, egyre jobban viszi a lendület, kezdi elveszíteni a kontrollt. Le kell állítanom, mert már veszélyessé válik a harc. *(Fontos a határok pontos kijelölése az érzelem- és indulatszabályozási nehézségekkel küzdő gyermek számára, mert ő erre még nem képes. A kívülről kapott keretek megnyugtatók, fokozzák biztonságérzetét, ugyanakkor a szabályozásra is mintát kap.)* Ákos nyugtalan, zaklatott. Még az óra elején behozta magával néhány holmiját, amit otthonról hozott, illetve a kincseit, köveket, kavicsokat, és a kis pénztárcáját, ami tele van aprópénzzel *(Érdekes, hogy számára fontos az órák végeztével a terápia téréből elvinni tárgyakat, most pedig az otthonából elhozni ide. Úgy érzem, az összekötés, a megosztás, a kapcsolódás a kötődési sebeket is gyógyítja.)* Meggondolatlanul én is adok neki bele jelképesen 15 forintot. *(Nem gondolva a követelőzésre, birtoklásra, mely eluralhatja.)* Feláll, megint nyugtalan, járkál, nézeget szerteszét, elkezd a fiókokban kutakodni *(nem mindegyikben van csak játék)*, turkálni, kiszed mindent, széthányja vagy szétdobálja ezeket. Az egyik szekrény zárt, iratok vannak benne, azt kezdené el nyitogatni, de nem lehet, erre papírokat kezd a résen beletuszkolni, s közben figyel, mennyire bosszankodom, vagy mennyire akarom leállítá-

ni. *(Feszegeti a határokat, próbára tesz nyilván, mint ahogyan otthon is teszi, a fontos kötődés-személyeket teszteli, vajon meddig mehet el, vajon a rosszasága ellenére is elfogadják, szeretik-e őt, vagy bírálni fogják, büntetik és elutasítják.)* Kicsit zavar a viselkedése, de annyira nem vésszes. Megint a fiókokat kutatja, közben az egyikben talál egy kis trezort, amit mostanában a boltos, zöldséges játéknál szoktunk használni. Magához veszi, lerakja a kisasztalra, leül a kisaszékre. Odaviszi a saját kis pénztárcáját, és elkezd átrakosgatni bele a kis fémdobozból az aprópénzeket. Mondom neki, hogy ezt sajnós, nem teheti, mert ezek a pénzek a boltos játékhoz kellene, és ezeket nem viheti el saját magának. Nem hagyja abba, ezért még egyszer elmondom, majd felteszem a dobozt egy magas polcra. *(Ellentmondásos viselkedéssel szintén a feltehető otthoni szülői viselkedést modelleztem megint, hiszen az előbb adtam tizenöt forintot, most meg elvettem tőle, ami neki nagyon fontos lett volna, megfosztottam a jótól, azaz az én viselkedésem is kiszámíthatatlan lett, és nyilván ezeket a hullámzásokat már sokszor megtapasztalhatta).* Valamit még matat, majd jó pár perc után minden átmenet nélkül ámokfutást rendez; mint egy hurrikán, úgy kezdi a szobát szétdőlni, tönkretenni, eltörni a tárgyakat. Földhöz csapja, szétszedi, meghajlítja, széttöri, ami csak a keze ügyébe esik. A székeket kezdi dobálni, rombol, egyre jobban elkapja az indulat, a düh, döbbenet nézem, majd megpróbálom leállítani. Nem sikerül, szinte önkívületi állapotban van, megy a konyharészhez, onnan söpri le a dolgokat, szórja szanaszét a vödörből a homokot, kezdek már attól is tartani, hogy megsérül, veszélyesnek látom a helyzetet. Én is emeltebb hangon és a karját megfogva próbálom leállítani, de egyre beljebb kerül ebbe az örvénybe. Mint egy őrjöngő ámokfutó, olyan, és én is elkezdek nagyon erős indulatot érezni, ami hirtelen áraszt el, még sosem tapasztaltam ilyet azelőtt egyetlen gyereknél sem. Én is alig tudom már uralni az indulatom, azt érzem, hogy legszívesebben megütném vagy megráznám, nagyon dühös vagyok, erősen megfogom, erősen rászólok. Amit belül érzek, nagyon megijeszt, azt gondolom, uramisten, mi ez az egész, hogy

ez a kisgyerek így kihozott a sodromból. Megállok, leülök a fotelba, most a gondolatok árasztanak el, zaklatott vagyok, össze vagyok zavarodva, próbálom megérteni, mi is történik most. Valami olyasmire gondolok, hogy ez a szegény gyerek hányszor tapasztalhatta meg idáig, hogy egy felnőtt így kijött a sodrából *(így kihozott egy felnőttest a sodrából)*, aki talán nem is fogta aztán vissza magát, hanem ütött vagy rázott vagy üvöltött, és hogy mennyire félelmetes, mennyire ijesztő lehetett ennek a kisfiúnak, és mennyire félhetett. És most én vagyok ez a félelmet keltő személy. Nagyon átérzem, átélem Ákos feltételezett lelkiállapotát, mondom neki összeszorult torokkal, hogy te jó ég, hogyan is jutottunk idáig, hogy ilyen állapotba kerültünk. Próbálok beszélni az érzéseimről, hogy ijedt és szomorú vagyok, és ne csináljuk ezt máskor, vagy soha többé, mert nagyon rossz érzés. Már nem emlékszem pontosan, hogyan is történt, ő ott állt már előttem, s talán egyidejűleg mozdultunk, ő is odalépett hozzám, én is megöleltem, így maradtunk egy darabig, egymást átölelve, egyre nyugodtabban. Aztán megkérdeztem tőle, miért lehetett ennyire dühös, hogy ilyen rombolásba kezdett, nem válaszolt, én kezdtem találgatni. Azért, mert a pénzt a kis trezorból nem adtam oda neki, nem tehetette be a saját pénztárcájába *(Azért, mert elvettem, amit birtokolni akart, féktelen dühöt érzett, és sérelmét megakarta torolni. A borderline személyiségszerveződés sajátja, hogy ha a személy számára fontos igények kielégülése akadályba ütközik, kifejezetten impulzív, lobbanékonyá válik. Labilis hangulati periódusok váltják egymást, haragját nehezen képes kontrollálni, akárcsak Ákos. Fontos ezért ezeknek az érzelmekkel, indulatokkal elárasztott helyzetekben, melyben még a megcselekvés dominál, a gyermekben dúló indulatokra megértően, megnyugtatóan és adekváтан válaszolni.)* Ezután még játékba kezdünk, házat épít, én is csatlakozom, és egy jó, koncentrált, együttműködő játék kerekedik ki az utolsó 10–15 percre. Majd elbúcsúznak, elmegy anyával, előtte még kér egy meglepit. Apróság, mint pl. egy matrica, egy kis szőlőcukor és hasonlók, de valami miatt ez nagyon fontos a számára. Kiszolgálom ezt az igényét, de zavar, mert vala-

mi rossz érzésem van ezzel kapcsolatban, nehezen tudom megfogalmazni (*Később ez követelőzésbe is fordul néha, illetve mohóságba, begyűjtésbe, birtoklásba. Anya elmondja, hogy otthon is van egy fiókja, amibe folyamatosan gyűjtöget. Később értem meg ennek a jelentőségét).*

A következő óra kis fordulatot hoz: a játékban szövetségeseink leszünk, a gonoszok ellen, már nem egymás ellen harcolunk, hanem összefogunk egymással, és a gonosz kígyók, rovarok ellen küzdünk (*Óriási megkönnyebbülés ez számomra; nem volt olyan könnyű viselnem órától órára a test test elleni harcot, küzdelmet. Mindenesetre arra jó volt, hogy testi szinten is átéljem, milyen lehet Ákos belső világa, a vulkán benne, ami kiutat keres, utat tör magának néha robbanásban, néha csak szivárgásban).* Fegyvertárat rak ki magának, és elkezdünk az állatokkal, bogarakkal, kockákkal játszani, ebből lesznek végül a nagy harcok. Belelkesül, már nem jut eszébe anya, élvezetes a játék. Most mi letünk a gonoszok, megöltünk egy zsiráfcsaládot is. Várat építünk, én vagyok az állatokkal, akik támadnak, Ákos meg a fegyverekkel, ragadozó macskával, kardokkal, székekkel mindig nagy erővel visszaveri a támadásokat. Golyók röpöknek, bombák robbannak, a végén a várat is szétrombolja a labda bombákkal. Néha sikít, hogy én ne dobjak, de nem durvul be. A végén együtt pakolunk el. Következő alkalommal megint nyugtalanabb, szétesettebb, dobál, harcolunk, de már nem olyan intenzitással, mint régebben. Dobálunk, birkózunk, aztán ő maga állítja ezt le. Átvált kedvesbe, szépen kéri a pecsétet, aztán gyümölcsöket rajzolunk. Anya bejön a végén, pecsételnek Ákossal, aki néha beadválva nyomja a papírra. Apa tíz napig itthon volt, volt itt minden, mondja anya. Aha, értem, leesett a tantuszom, mire is van ez a kis visszaesés, Ákost felzaklathatta apa jelenléte, a konfliktusaik, a bántás.

Április-májusra a hullámvész jellemző, van, hogy trollkodik, betrappol a konyhába, a tiltott területre, elkezd provokálni, csúnya szavakat mondani, kaka, fos és hasonlók, kifejezetten rám, és hogy mennyire utál engem. Én erre: én meg szeretlek, kedvellek, örülök, hogy itt vagy. Próbálok értelmezni, hogy ő igyekszik begyűj-

teni mindent, mert fél, hogy majd elveszíti (*ahogy a születésekor is mindent elveszített, gondolom magamban*), és ezért mindent birtokolni akar. Bánt engem, mert kíváncsi, hogy én mikor fogom bántani. Egyszer-kétszer bánt, nekem dob valamit, de nem erősen, én megjegyzem: nem bántjuk egymást. Egyszer mégis rendesen megijedek, mert egy nagyméretű és súlyos fa remélt a vonatos játékból majdnem hozzám vág, fenyegetően felemel, csak riogat vele, mégis félelmetes érzés nekem. Kifejezem a csalódottságom, szomorúságom. A végén belelendül, amikor a konyhai fiókokból megint elkezd gyűjtögetni, meg kell állítanom. Nyugodt vagyok, elmondom, hogy akkor most ezekből és ezekből választhat, amit jól fogad. Megjegyzem, hogy azért vagyunk, mert egymásnak örülünk, a közös játéknak, nem pedig tárgyknak. De neki mégis fontosak a tárgyak, a gyűjtögetés. Hogy pontosan miért, arra aztán fényt derít az anyával zajlott konzultáció. Fél, hogy anya nem tudja őket eltartani, mert kevés a pénze. Itt derül ki az anya totális kiszolgáltatottsága férjének, semmi bevétele, nincs saját bankkártyája, az apa szűken adagolja a pénzt és számon kér, nem lehet mindent megvenni.

Közben rájöttem, okosabb lesz, ha átrendezem a konyhai fiókokat, és akkor nem lesz, ami felizgassa és birtoklásra készítse Ákost. Így is teszek, csak néhány neki érdekes dolgot hagyok az általa is elérhető fiókos részekben. Az egyik fiók lesz az övé, így akaratlanul is kialakult a „saját fiók” a következő alkalommal, a tizenötödik órán.

Óraleírás – tizenötödik óra.

Saját fiók, zsiráfcsalád

Ezen az órán megint eléggé kezelhetetlen, tombol, felpörög, közelharcot vívunk, le kell fogynom, nem engedem az ámokfutást és a totális kontrollvesztést neki. A fejlődési traumatizáció zavar egyik fő jellegzetessége jelenik itt meg – és még sok órán –, valamint az affektív fiziológiai szabályozási zavar, a gyermek képtelen az érzelmi állapotok modulálására, tolerálására. Nehezen épül fel az extrém érzelmi állapotokból

(pl. harag, szégyen), és hosszan tartó dühkitörések és lefagyások figyelhetők meg. A bántalmazott gyermekek belső állapotaikat nem, vagy nagyon hiányosan ismerik fel és nem fejezik ki. A figyelem- és viselkedésszabályozás zavara is jellemző, fokozott fenyegetésszlelés, impulzivitás, kockázatvállalás, a célirányos viselkedés fenntartásának nehézségei, melyek Ákosra is nagyban jellemzőek. Anya nem bírja tovább, odajön, ölelné Ákost, de nem engedem el, hanem továbbra is szorítom, s mondom, hogy ezt itt most nem szabad, a rombolás és egymás bántása tilos, ezt nem fogom neki engedni.



(Meg kell tapasztalnia, hogy van, aki nem fél a szörnytől, aki benne lakozik, hogy megtapasztalhatta, hogy megfélemezhetőek, kezelhetőek az indulatok, és hogy ő minden körülmények között fontos a kötődési személy számára). Már saját magától nem tudna könnyen visszajönni a fokozott izgalmi állapotból, így kell neki ez a segítség, hogy újból nyugodt tudjon lenni. Az, hogy az érzéseit, indulatait adott helyzetben képes voltam türelemmel, nyugalommal fogadni, számára jelölt módon visszatükrözni, és reményt adni, hogy van segítség, ezek az állapotok kezelhetők, és nem okozzák a szeretett személyek elvesztését *(a borderline gyermek elhagyatástól való félelmét is enyhíti)*. Kis ásóval jött, mindent ásni akart, végül, amikor lecsillapodott, kimentünk a kertbe, anyával együtt. Ott már nyugodt, aranyos, minden virágot, mindent megnéz, megszemlél. Bejön, megy a konyhai

fiókokhoz. Mondom neki, hogy itt a te fiókod, ebbe belenyúlhatsz, és amit ebben találsz, az a tiéd. Meglepődik, és nagyon örül, kérdezetgi, hogy ez csak az ő saját fiókja? Azután a kardokat veszi ki, elkezd kardozni, nekem kínálja a rossz kardot. Behozom az óriáskígyókat, hogy ne egymást támadjuk, azokat ütjük-vágjuk, öljük nagy erővel, majd mennek a temetőbe *(A kapsolat elmélyül, ha kezdünk szövetségeseink lenni, összefogni, védekezni a közös ellenséggel szemben, és nem egymást támadjuk)*. Mikor már minden gonosz elpusztult, behozom a többi állatot, karámot kezdek neki építeni, végül ez a játék alakul ki, Ákos ötlete nyomán. Zsiráf mama és a pici zsiráf együtt vannak, összebújnak, védelemben vannak a falak között, senki sem bánthatja őket. Védi őket a rendőr, aki Ákos, a fegyvereivel és a rendőrkutyával. A támadó állatokat megsebesítik, végül azok kórházba kerülnek. Jön Apazsiráf (én hozom be), messziről. Beengedi Mamazsiráf és a kicsi zsiráf, összebújnak. Utána kis barátok is jönnek, azokat is beengedik. Aztán Anya- meg Apazsiráf elmennek kettesben moziba, étterembe, a gyerekek otthon játszanak, biztonságban érzik magukat, mert vigyáznak rájuk. Az óra végén elvinné a buborékfújót, de elfogadja a javaslatomat, hogy tegye be a „saját fiókba”. Még a kiskertből szed nekem pár virágot. Jó volt a biztonságot, védelmet jelentő otthon ideális megjelenítése.

Két nappal később telefonon beszélök anyával, azt mondja, Ákos megváltozott, nem kiabál már. Apróságokon elsírja magát, könnyen felcsattan, de olyan igazi, régi hiszti már 3–4 hónapja nem volt. Az anyagi gondokról is beszél, hogy nagyon be kell osztani, csak azt vesznek, ami szükséges. Apa utalgat időnként pénzt, de nem adott bankkártyát, Anna megpróbál félretenni, de nagyon számolgatni kell. Ákos túlélőkészletet halmoz fel otthon, kezd tele lenni a fiókja mindenféle élelmiszerekkel, tartalékokkal. Megmentő szerepet kezd felvenni. A partnerbántalmazás mintázata kezd beszűrődni a kisfiú belső működésébe, viselkedésébe. Az anya leértékelése nála is megjelenik. Utóbbi hetekben elég fáradt, a hétvégén ököllet ütött, ha felemeltem a hangom, mondja anya. Az oviban kapja a büntetéseket, félreállítják, kiültetik.

Kérdegeti a nap végén, hogy mit mondtak az óvónénik, hogy viselkedtem?

Május van, apa itt van egész héten, de nem ő hozza Ákost, a konzultációs javaslataimat is visszautasította. Megsértődött, nyalogatja sebeit, hogy egyedül van kint, mondja anya a konzultációs órákon, ezért neheztel is. Pedig neki is könnyebb így... Május közepén van talán az utolsó olyan alkalom, amikor szétesett állapotban látom Ákost, az izgalmi szintje fokozódik (*a traumatizált gyerekekre jellemző magas arousal szint*), nem tud leállni, röhögcsél, mint a bolond, dobál, kimegy anyához, anya bejön, öleli a kanapén, de nagyon nehezen megy le a magas izgalmi szint, csaknem fél óra kell hozzá. Katonás játékkal már szépen játszunk, velem szövetséges Ákos, lerombolja a zöld sereget.

A következő (18.) órán együttműködő, de terelgetni is kell, kardozik, impulzív kicsit, fiókokat nyitogat, olyan, mint aki nem tudja, mit akar, járkálgat, ebbe is belekap, abba is. Úgy döntök, nem harcolok vele, csak ülök szándékolatlan passzívan, majd némán jövök-megyek, ez hat is. Abbahagyja a keresgélést egy idő után, odajön, elkezd egy bolyongoló pályát építeni, lenyugszik, csendesen építget. Mikor jön anya, büszkélkedik, hogy egyedül építette ezt a szép pályát. Kardozni akar még a végén, jedi karddal. Ő velem van, anyát támadjuk. Tudja már szabályozni az erejét, visszafogja, a kardozás játékos, nem erőből megy. A végén a küszöbön elég nyersen nekem jön, én szólok, hogy egy gyengéd ölelés jobban esne (*Talán dühös, hogy vele együtt anyát támadtam, és ez büntudatot okozhatott*). Megpuszil, megölel. Ezen az órán már érzem, megfordult az irány, a zsigeri, szabályozatlan agressziók picit maradéka van már csak, és az ambivalenciák, a kettősség – egyszer jó, egyszer rossz, egyszer elfogadó, egyszer támadó, egyszer kedves, másszor haragos, elutasító – jellemző, de a jónak a túlsúlyával. Az utolsó májusi órán terápiás fordulat következik be. Kis „műsor” az elején, de könnyen kezelhető, aztán kicsit beszélgetünk egy, a táblán előzőleg ott maradt rajz kapcsán, amit egy kisfiú és apukája rajzolt. Elmondom neki, hogy az ő apukájával is beszélgetek néha, s tudom, hogy türelmetlen, és olyankor kiabál. Ákos elmondja, hogy

milyen szomorú, amikor apa kiabál vele. Mondom neki, hogy apa tudja, hogy elég türelmetlen természete van, de szeretne ezen változtatni, mert szereti Ákost. Én segítő vagyok, ezért apának is, neki is tudok segíteni, és ő is már nagyon sokat változott. Nagy lépésnek tartom, hogy Ákos szavakkal már megközelíthető volt erre az érzékeny témára is.

A világtévéket kéri, épít, kicsit provokál, de ez most nem fajul el. Közben látom, talán kakilnia kell, javaslom, menjen el a wc-re. Rögtön nem, de később magától elmegy. Örül, hogy olyan,



mint otthon, van szűkítő, fellépő. Újságot „olvasgat”, mint otthon. Megtörlöm a popsiját. Nagyra értékelem magamban ezt a kakilást, a bizalom, ellazulás jelének, úgyhogy ennek nagyon örülök, nagy haladásnak találok. Rögtön utána éhes, uzsonnát kér, a hűtőből (saját holmijaim és vizek vannak benne), adok neki almát, kekszet.

Ezután az óra után már egy új szakasz kezdődött, már nem tért vissza az a szétesettség, kitörésekkel, támadásokkal, destrukciókkal teli állapot, mint régebben, én is fellélegeztem, már nem féltem előre az órától. Ákos aranyos, nyugodt, együttműködő, nem kutakodik, együtt rajzolunk, valamiféle rajzverseny alakul ebből, anya lesz a zsüri. Nekem is ad díjat, de a fődíj Ákosé. Következő órákon apa, anya téma is előjön. Apa témánál bezár, halandzsázik, csúnya szavakat mond. Tűzöget a tűzögéppemmel, én mesekönyvet rajzolgatok. Repülők hangját halljuk. Anya is hallja? – kérdi. Nem, ő bent van a bevásárló központban, mondom, vásárol éppen. Ákos azt mondja erre, hogy anya meghalt (*Magamban megrendülök, váratlanul ér ez a kijelentés, ez az elvesztési félelem, átérzem nagyon,*

próbálok neki segíteni). Én: ha anya elmegy, azt szoktad gondolni, hogy meghalt? Igen, feleli Ákos. Én: anya szép, fiatal, erős és egészséges, nem hal meg. Örökre választott téged, sosem fog elhagyni. Én is addig maradok, mondom neki, ameddig kell.

Kimarad pár hét, elutaznak, majd még két alkalom van júliusban, utána nyári szünet. Katonás játékkal, bevásárlós játékkal, baba vacsorázást játszunk, együttműködő, aranyos, jó játék. A végén anya is bejön, most ők vannak együtt, én vagyok az ellenséges bázissal.

Őszi–téli órák

Kardozás van, mesébe ágyazzuk, ezt nagyon élvezi, az amulettel ő ölhetetlen, halhatatlan lesz. Szépen képes szabályozni a kard erejét, már nem kell félnem tőle. Mindennel próbálkozom, ami csak eszembe jut, mindennel megtámadom, aknával, bombával, karddal, pisztollyal, de őt nem éri semmi baj, sérthetetlen. Kérek én is egy kis véderőt, és ad is – óvatosan, a kardján keresztül. Keressük játékosan a sebezhető pontját. Élvezetes, vidám, laza játék volt, nagyon örültem neki. A babzsák-bombából lett a következő játék: a harag-dobálás babzsákkal. Ákos egyre jobban belelendült, ordítva dobta a babzsákokat, s közben mondta, hogy kire, mire haragszik. Érdekes volt, hogy aztán apa, anya haragját jelenítette meg, pl. amikor ő elrontott valami értékes tárgyat. Ő azért haragszik, mert nem kapott meg valamit. *(Veszteség – kárpótlás az anyja elvesztése miatt – gondolkodom az értelmezésén.)* Kérdeztem, kardoznak-e otthon apával, de nem, pedig van kardjuk. Időnként kóstolgat, megbök, megdob, erre én is ugyanazt visszadom, erre félremenekül, hogy jaj, ne, én: akkor te se csinálj ilyet. Mindez nem rideg, ellenséges légkörben, hanem játékosan próbálgató stílusban.

A 26. órát ismét **terápiás fordulatként** értékelem, a babákkal teljesen szimbolikus szintre kerültünk, már nem mi saját magunk voltunk a játékunk szereplői, hanem helyettesítettük a babákkal. Kicsit kajla az elején, de már tudja saját magát szabályozni, leállítani. Dzsúdóra kezdett

járni, szépen bemutatja, amiket tanult. Az elől lévő régi nyomtatót kapcsolgatja, mondom neki, hogy ez előzőleg Béci játékában a Titanic indítópultja volt. Hozom a kuckót, az alagutat, az lesz a hajó. Szálljak be, kéri Ákos, de én babákat hozok magam helyett. Ezután egy teljes



órán át tartó, élvezetes, fantáziadús, sok cselekménnyel teli szerepjátékot alakított Ákos, indult a hajó, ő volt a kapitány, és én a segédje, a babák az utasok, akik jegyet váltanak, beülnek, szórakoznak, esznek-isznak. Később anyával együtt folytatódik az örömteli, kreatív, együttműködő játék.

Októberben tartalmas, örömteli játékok vannak, építés, szerepjáték, közös játék is anyával. Elmeséli, hogy örökbe fogadtak a hétvégén két tengerimalacot, most hozták el őket, azért, mert az apukájuk meghalt. Az utolsó októberi órán aktívabb, felpörgöttebb, de le lehet hozni a feszültség szintjét a dominózással, fantasztikus sort épít, kitartó, mérges ugyan, mégis türelmes. Nevetünk, amikor a „véletlen tesztelés” alkalmával feldől a sor. Az óra végére bepörög, dobálni kezd, alig tud lecsillapodni. 2018-as utolsó alkalommal pár keksz hoz nekem ajándékba. Kardozna, de aztán inkább társasozunk, horgászós játékkal játszunk. Kicsit kajla, de hamar megnyugszik. Tudunk arról beszélgetni *(amit óriási dolognak tartok, hogy végre megint verbális szinten vagyunk!)*, hogy anyát ne üsse meg. Anya mondta el a konzultáción, hogy volt erre példa pár nappal azelőtt. Ákos: honnan tudod? Mondom, csiripelték a madarak. Megállapodunk, a kezembe is csap, hogy akit szeretünk, azt nem bántjuk! Akkor többet nem üti meg anyát. Társasozunk, gyurmázunk, örömmel.

Decemberben hozta anya nekem megmutatni Ákos óvodában költött meséjét, melyet az

óvónéni írt le szépen egy papírra, a Hópihe család címmel. A tanulmány végén bemutatom.

A karácsonyi szünet után, januári első találkozásunkon sok puszival, öleléssel búcsúzik anyától az előtérben, jó ezt látnom. Duplóval, bábokkal kezd játszani, majd a Majmocskás ügyességi játékot kéri. Jót játszunk vele egy jó darabig, de aztán kezd szóródni a figyelme, nyersebbek, vadabbak a mozdulatai. Egy véletlen megjegyzésem kapcsán azt mondja, nehéz lesz az iskola, és jó iskolája lesz. Sajnos, ennél többet nem akar beszélni erről a témáról. Mikor anya visszaért, még inkább szétesett, kajláskodott, rugdosta az építményeket, huzigálta a fiókokat, a saját fiókjából csak két kártyát vett ki. Következő alkalommal szeretetteljes, nyugodt az együttlét, Ákos feldobva érkezik a dzsúdóról, de elfogadja, hogy csak ott mutathatja be, amit tanult. Aranyos, élvezettel, örömmel, és elmélyülten játszunk együtt, egy bonyolult, különleges vasúti pályát építünk, igazán kreatív ebben. Anyjával is kedves, nekem azt mondja, szeret hozzám járni, a végén megpusziligat. A 40. órán vicceskedve jön, anya aggódik, hogy ez kezelhetlenné válik, annyira túlzásba viszi majd Ákos, de nem vesztes. Vonatos játékkal játszunk, megoldja a nehezebb helyzeteket, ügyes, figyelmes. Megsimogatom a haját, arcát. Nekem is készít vonatot. Kicsit beszélgetünk, azt mondja, iskolás lesz, ma angyal bizonyítványt kapott az óvónőtől. Elmeséli, hogy anya és apa rosszban vannak, apa megölte anyát, anya pedig apát. Nevet. Én: egymással nincsenek olyan jóban, de téged mindketten szeretnek. Igen, helyesek. Élvezzük a játékot, nehezen megy most el.

Terápiás fordulat a 41. órán

Bent kérem, rajzoljon egy elvárásolt családrajzot. Elkezd a varázslót, erős indulati töltettel. Közben bohóckodik, ide-oda kapkod, terelődik a figyelme. Elkezdünk beszélgetni, kérdi, hogy én milyen öreg (vagy fiatal) vagyok, ő akkor hány éves lesz, ha én 100. Valahogy a férjemet kérdi, mondom, nincs férjem. Erre kikerekedik a szeme. Miért, sose volt férjem? De volt, mondom, csak elváltunk. Miért? – kérdi. Elmondom neki

egyszerű szavakkal, hogy sokszor megbántott a férjem, csúnyán beszélt, sokat szomorkodtam. Ő erre azt mondja nagyon komolyan: apa és anya el fognak válni. Kibontakozik a beszélgetésből, hogy attól fél, hogy akkor majd mindenki meghal. Elmagyarázom neki, hogy ez nem így van, és váláskor sem veszítik el a gyerekek a szüleiket, velük lehetnek, s azok továbbra is szeretik őket. Elmondja szomorú szemekkel, hogy sajnos, apa nagyon durván és nagyon csúnya szavakkal bántja anyát. A beszélgetés során elmondom, hogy elképzelhető, hogy majd lesz anyának új férje, aki nem fogja bántani őt és kedves lesz. Megkérdi Ákos, hogy az én férjem az új kapcsolatában is bántja-e a feleségét. Én: szerintem már megtanulta, hogy ezt nem lehet, és már nem annyira olyan. Erre Ákos: apa nem tanulta meg, iszonyú csúnyán kiabál anyával. Én erre azt mondom, hogy ez nem szép dolog, és anyának meg kell védenie magát. Nem fognak gyorsan elválni, jegyzi meg még Ákos, én is megnyugtatom ebben, de azt is mondom, hogy a válástól sem kell félni. Közben rajzol, együtt befejezzük a színezést. A végén anyával hármasban UNO-zunk, nehezen hagyja abba.

Tavaszi órák

Márciusban az első órán elfelejtettek jönni, a körzetes iskola nyílt napjára mentek (*amit ajánlottam anyának*). Apa már nem fizeti a terápiát. Felajánlom, hogy végig viszem még a terápiát, a tanév végén akkor lezárhatnánk, és annyit és akkor fizet, amennyit és amikor akar, ezt végül nem fogadja el Anna. Ákos a következő órán katonás játékot kér, otthon is azt játszott anyával. (*Örülök, hogy anya már felszabadultan képes a katonákkal játszani.*) Apa vidéki házából a régi gyerekkori katonáit hozták el. Sok mindent magának halmoz fel, nekem keveset hagy. Én a barna katonák táborát építem, ő sokszoros túlerővel a zöldekét, és szinte minden gépet, járművet magának gyűjt be és rak ki, így sokszoros túlerővel nézek szembe. A végén értelmezek: Ákos felhalmoz, mert fél a jövőtől. Mondja, hogy még megvan az otthoni enivalós, édeses fiók. Én: már nincs szükség erre, mert anya

mindig gondoskodni fog rólad, s egyre erősebb, elhelyezkedett, jó állása van, s jó fizetése. Anya már önállóan is tud róla gondoskodni. A további márciusi órákon kissé izgatott, de jót játszunk az eszkimós társasjátékkal. Áprilisban elő kell készíteni az iskolai felvételit, de az óvoda kijelentette, hogy csak akkor adja ki Ákos papírját, ha alternatív iskolába megy, mert problémák vannak vele. Én most is, és később is, szóban és írásban is többször kértem és javasoltam, hogy ne maradjon az óvodában a kisfiú, hanem menjen a körzeti iskolájába. Ákos az órán röhögcsél, szétesetten viselkedik, rosszkodik, felpörög, dobál, nem képes játszani, sem beszélni. Arról beszél azután, hogy anyáék nem fognak elválni, de apa kiabál, vele is, anyával is. Dekoncentrált, én rosszkedvű leszek. Mikor anya jön, érzékeli a helyzetet. A következő órán az állatorvostól jönnek, hozzák a kis hörcsögöt is. Ákos megkérdi, miért nem várják meg, míg az állatok meghalnak? Miért kell elaltatni őket? Carcassone játékkal játszunk, koncentrált, ügyes, figyelmes, jó stratégia. Nagyon büszkén mutatja aztán anyának, hogy ő mennyire jól tudott játszani azzal a játékkal, ami már nála nagyobb, iskolás gyerekeknek való.

Záró órák

Megbeszéljük anyával a konzultáción, hogy Ákos a nyári szünetig fog még jönni, még összesen három alkalom lesz az elbúcsúzásra. Sajnos, minden érvelésem ellenére még egy évig óvodába fog járni a kisfiú. Ákos a 48. órán impulzív, rögtön beszalad pisilni, egy-két csúnya szót mond, puffog, piros az arca, anya szomorúnak tűnik. Katonai játékkal akar játszani, csak felállítgatja a katonákat, gépeket, néha az enyémet rombolgatja, de nem vészesen, inkább megfontolással, közben beszélgetünk. Megbeszéljük a terápia záró szakaszát, hogy befejezzük pár alkalom múlva. Ő szeretne még hozzám járni, mondja, a világ végéig is. Elmondom, hogy anyáékkal megbeszéltük, hogy ő már elég nagy, sokat változott, nem kell járnia. Még hozzáteszem, hogy hiányozni fog nekem, megszerettem őt. Ő erre azt válaszolja, hogy neki is én, és

hogy ő is megszeretett engem. Még elmondom neki, hogy az eltelt idő alatt milyen sokat változott, ügyesedett, okosodott, s milyen kedves és jószívű kisfiú, és hogy még kétszer fog jönni. Ákos elmondja, hogy szomorú az iskola miatt, de neki jobb lesz még, ha óvodában marad. Én próbálom enyhíteni a szomorúságát, és elmondom, hogy az iskolában túl sok feladat lenne, és túl sok szigorúság. A végén még játszana, kicsit szétszórta megint, megölelget, előbb eléggé vehemensen, utána normálisabban, és szép estét kíván. A következő órán autózunk, sok az összeütközés, férfias és nőies autókat különböztetünk meg. Ezután lendületesen kardoznak az új kardokkal, 9 életem van, sokszor leszúr, megöli. Rászólok, hogy óvatosan, de képes kontrollálni. Javaslom a létrás társasjátékot, élvezzük, ő nyer. Anyával együtt még egy UNO, Ákos nyer.

Az utolsó, 50. órán kicsit kajla, de aranyos, azt kéri, hogy hármásban játszunk, együtt anyával. Katonai játékkal szeretne játszani, ő és anya szövetségese, én vagyok a barna katonákkal az ellenség. A támadásnál totálisan szétsöpri, rombolja viharosan mindkettőnk táborát. Ezután kimegy kakilni. Anya addig elmondja, hogy mostanában feszült, indulatos, az ovi szerint a tavalyi szintre esett vissza, impulzív, egyszer megütött valakit, de most már visszabillent a helyzet. Amikor apánál kint voltak Berlinben, illetve amikor apa itthon volt, akkor csúcsosodott a helyzet. Apa nem bírta elviselni Ákost, folyton robbant. Ákos nem alszik el apával, ez is dühíti. Nyáron kimennek majd apához Berlinbe, segítenek neki kisebb lakásba költözni, azután együtt nyaralnak egy hetet valahol. Elmesélik, mi történt a cselgáncs bemutatón, egyedül Ákos nem kapott csillagot, mert egyszer nem jelentkezett, és egyszer bekiabált. Rettenetes volt, mert rajta kívül mindenki fel is állhatott, csak egyedül neki kellett ülve maradnia. Belesajdul a szívem, milyen szégyennek élhette ezt meg a kisfiú. Nyáron dzsúdó tábor lesz, Ákos ennek ellenére szeretne menni. Én azt javaslom, beszéljenek előtte őszintén az edzővel, igaz, hogy Ákos kicsit hibázott, az edző viszont igazságtalan és részvétlen volt.

Az óra végén búcsúznak, nem akar elengedni, csimpaszkodik, ölel. Akkor hagyja abba és nyug-

szik meg, amikor mondom, hogy kapcsolatban maradunk még, egy-egy alkalommal majd még találkozunk (*utánkövetés, így beszéltek meg anyával*). Kipakolta szépen a fiókja tartalmát, elvitte egy zacskóban, az evőkanalat is. Összemosolyogtunk. Megölelgettük egymást, és elköszöntünk.

Munka a szülővel

Konzultációk anyával

Az első konzultációnk a nyári szünetben volt, a vizsgálati szakasz végeztével, majd egy következő az őszi szünetben, azután pedig december-től kezdve havonta találkoztunk egy kétórás alkalommal. Nagyon sokáig olyannak láttam Anát – még most is, de már kevésbé –, mint akit körülölel egy permanens, fátyolos szomorúság és egy védelmi fal, ami mögé nehéz bekerülni. Meglehetősen passzívnak, kommunikációját mimika- és gesztusszegénynek, igen visszafogottnak láttam, több alkalommal szóba is hoztam, hogy mennyire ellentétesek ilyen szempontból Ákossal, s talán azért ennyire vehemens és harsány, erőteljes és hangos, hogy anyát felébressze ebből a kissé tetszhalottnak tűnő állapotból. Talán amint Anna majd éledezni kezd, s végül életre kel, akkor már nem lesz szükség erre a kétségbeesett kolompolásra (*André Green „halott anya” koncepciója értelmében*).

A folyamat, amiben természetesen sok hullámváltozás volt, úgy gondolom, Anna életre keltéséről, életre, önállóságra, önmagára ébredéséről, megerősödéséről szól, hogy felismerje, fontos és értékes az élete, és nincs szüksége támaszra ahhoz, hogy fennmaradjon, hogy boldog lehessen. Hogy szembenézhesen azzal: kiszolgáltatott, bántalmazó kapcsolatban él, ahol igen kevés az öröme, és feladta a vágyait. Hogy kicsit több öröme legyen, hogy örömmel tudjon a kislányára is pillantani, jobban látni, érteni és érezni őt, és így harmonikusabban, egyenletesebben tudjanak kapcsolódni egymáshoz. Hogy jobban tudja képviselni gyermeke érdekeit, és önmagáit is.

Megbeszélés

A gyermek játékterápiája és a párhuzamosan futó szülőkonzultáció sok eredményt hozott, anyai felismeréseket, változtatásokat, gyermeki változásokat. A rengeteg rejtett, korai sérülés, konfliktus, stressz és trauma átszötte az életüket, és a terápiás folyamatot is, hogy ezeket fel lehessen dolgozni, túl lehessen jutni rajtuk, hogy új, boldogabb fejezet kezdődhessen mindenki életében. Az anya saját sérüléseiből következő depresszív, fáradt, kiüresedett állapotai miatt nem volt könnyen megközelíthető, de azután úgy éreztem, sikerült elnyerni a bizalmát, és kimondani, amit ő már megfogalmazott magának, de még nem volt képes aszerint lépni is. *Anyai PTSD* esetében nő annak a valószínűsége, hogy a gyermek nehezen tud megnyugodni, izgatott, feszült lesz, érzékeli anyja nehéz érzéseit, tapasztalatait. Az esettanulmányban bemutatott gyermek anyjának veszteségei mind gyermekkori, mind felnőttkori traumák és krízisek, mind a mesterséges megtermékenyítés során indult és kihunyott kis életek miatti gyászban jelentek meg, akadályozva a gyermekkel a nyugodt, harmonikus kapcsolat kialakulását. A *szeparációs szorongás* kialakulásában a szülő saját feldolgozatlan traumáinak maradványai és tudattalan szorongásai beépülhetnek a gyermekkel folytatott interakciókba, ami negatív hatással volt a kötődési biztonságra is. Ezek a mintázatok a gyermek élményvilágában meghatározóak, és a közelség pánikszzerű keresése, valamint az anyától való elválás rettegése változva jelenhet meg. Ákos kezdeti viselkedésében a hirtelen, váratlan, indulatokkal teli váltások voltak megfigyelhetőek, egy szoros, erőteljes csimpaszkodás, időnként agresszióval is társulva, és az anyai jelenléthez éjjel-nappal történő ragaszkodása is (*a terápia folyamatában jó idő után szűnhetett meg csak a gyermeknek az az igénye, hogy anyja éjjel is ott legyen, az anya egy matracon a földön fekvé aludt sokáig*). *Gátolatlan kötődésre* utaló szélsőséges reakcióit én is megtapasztaltam, különösen a terápia elején. Ákosnál a *„hangos” megküzdési próbálkozás, valamint a szétesett, disszociatív állapotok* egyaránt megfigyelhetőek voltak, különösen a

terápia elején, melyek az anya érzelmi elérhetlenségére adott válaszként voltak értelmezhetőek. Ákos édesanyja – mint a traumatizált anyák általában – gondoskodó, törődő a gyermekével. Időnként aktiválódhat azonban saját traumájához kapcsolódó félelme is, ha gyermeke nyugtalan viselkedést mutat, és valószínűleg nem megfelelő válaszokat adott a kisbaba Ákos jelzéseire annak idején. Az anya is ehhez hasonlóan viselkedhetett a korai csecsemő- és gyermekkorban, amikor is nem volt elegendő ideje, türelme, feltehetően elborították a régi és akut veszteségek, és a gyermek folyamatos distressz érzéseivel való megküzdési próbálkozások sora megterhelő lehetett számára. Ezt az is nehezítette, hogy a gyermek nem a saját, édes gyermeke volt, hanem a saját gyermek életre hívásának kudarcai után Ákost *örökbe fogadták*. Az örökbefogadó anyáknak a gyermek érkezésével erőteljesen aktiválódhatnak fel nem dolgozott veszteségélményeik, addig elfojtott vagy elnyomott érzéseik. Mint Anna esetében többek között a lombikpróbálkozások során elvesztett, ki nem hordott kicsi embriók, vagy saját anyja mentális betegsége miatti kapcsolati traumatizációja. Ezek anyaságának alakulásában jelentősen akadályozhatják. A szülőkonzultáció ezeknek a felismerésére, átdolgozására lehetőséget ad. A korai időszak viszont ott hagyta a nyomát a kapcsolatukon, amikor az anyának ebben nem volt segítsége, s a feldolgozatlan traumái miatt a gyermek jövetelével, ellátásával, viselkedésével kapcsolatos fokozott stresszeket nehezebben élte meg. Emellett párkapcsolata változásaival, nehézségeivel is szembe kell néznie. Ez az állapot sok esetben depresszív tünetekig is eljuthat: extrém fáradtság, kilátástalanság, kimerültség, reménytelenség, és a kétely, hogy képes-e elfogadni, szeretni az „idegen” gyermeket. Bár ez utóbbi nem is annyira Anna, hanem inkább Lajos nehézsége volt, ami nem is múlt el. Anna számára is nehéz volt éreznie, hogy a gyermeket férje nem képes igazából elfogadni, és sajátjának tekinteni. Az anya depresszív állapota és a korai időszakban történt egyéb krízisek (*párkapcsolat, Lajos anyjának halála*), teendők rányomták bélyegüket a korai interakciókra, a kapcsolat alakulására, így a *kapcsolati trauma-*

tizáció, traumás kötődés felé vitték a gyermek fejlődését.

A korai kötődés így több ponton is töredezett, sérült, traumatizált volt. Ijesztőként élte meg az anya és az apa a kicsi erőteljes, elkeseredett reakcióit, mely saját traumáikat aktiválhatta, és szülői kompetencia-érzéseiket megingathatta. Ezek üres, vagy dezorganizált pillanatok, helyzetek lehettek, mely nehezítette a megfelelő kötődési struktúra kialakulását is. Az anya általános lehangoltsága, és a szülés utáni depressziójának feltehető kialakulása zavart keltett a korai fejlődésben és a kapcsolat alakulásában is, s a kisgyermeket kényszerű, védekező válaszreakciók kidolgozására készíthette, mely megzavarta egészséges fejlődés menetét, „hamis szelf” (*Winnicott*) kialakulását pedig elősegíthette.

André Green „halott anya” koncepciója azt emeli ki, hogy az érzelmileg kevésbé jelen lévő, vagy elérhetetlen, a gyermek által „halottnak” érzékelt anya a valóságban él, de az optimális szeretetkapcsolat így nem tud létrejönni (2). Az anya posztnatális depressziója, feszültségei az érzelmetükrözés és mentalizáció optimális folyamatait is megzavarhatták. Az anya deviáns érzelmetükrözése meggátolja, hogy a gyermek saját érzelmeit felismerhesse, magához horgonyozhassa, szabályozhassa. A sok leterhelő, frusztráló nehézség, stressz és a korábbi traumák miatt valószínűleg Anna hiányosan mentalizálta kisbabája elméjét és viselkedését. Ez a szelf koherens fejlődésének gátjává válik, és negatívan befolyásolja a gyermek saját érzelmszabályozási képességeit is. A gondoskodó anya bár fizikailag jelen van, mégsem képes kielégíteni gyermeke érzelmi, kapcsolati igényeit, szükségleteit. Ez traumatizálja a gyermeket, aki pszichés katasztrófát él át: a szeretetkapcsolat elvesztését, a létezés értelmének, a jelentésnek a megszűnését is. Sajnos, ehhez a folyamathoz erőteljesen hozzájárult Ákosnál az apa rejtett és nyílt elutasítása a gyermek felé, valamint az apa saját régebbi, és a gyermek korai csecsemőkorára eső traumái az ő kötődését, ragaszkodását is lehetetlenné tették. Feszültségekkel telivé vált a szülők élete külön-külön is, és *az addigi kettősükbe „befurakodott” harmadikkal* nehezen tudtak mit kezdeni, nehezített volt az elfo-

gadas, a szeretetteljes szülői gondoskodásra történő összpontosítás is. Ákos esetében kiemelem az érzelmi bántalmazás során a gyermekkel szemben megnyilvánuló elutasítást és ellenségeskedést, mely mint kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás kiemelten súlyos, és kötődési traumatizációt is okozott a kisfiúnál.

Erősen traumatizáló hatása a *szülői partnerbántalmazás* is, mely sok esetben az agresszív, leuraló apai magatartást és attitűdöt jelenti. Ákos esetében is az anya elnyomása az apa által, a nem egyenrangú helyzet, párkapcsolat, az anya rendszeres korlátozása, verbális bántalmazása a gyermek elfojtott és időnként kirobbanó indulatainak megjelenésében jelentős szerepet játszik. Lajos és Anna kapcsolatára is jellemző volt az, hogy a férfi tartotta a kezében az irányítást, Anna teljes mértékben kiszolgáltatott volt anyagi téren, még csak saját bankkártyával sem rendelkezett, a számlákat is a férfi kezelte, a főbb döntéseket ő hozta meg. Irányító, hirtelen haragú, türelmetlen, sok elvárással és kritikus, leértékelő viselkedéssel. Anna szinte teljes elszigeteltségben a gyermeknevelés feladatait végezte, hordta-vitte a gyermeket az intézménybe, azután vele volt, ő foglalkozott vele, saját szabadideje gyakorlatilag nem volt. Ha a gyermek viselkedése nem felel meg a bántalmazó elképzeléseinek, az is dühöt, elégedetlenséget válthat ki, melynek vége a gyermek megbüntetése lehet. Elvárás, hogy az ő igényei, szükségletei álljanak az első helyen. Rendkívül nehéz volt az anyának férje és kislánya igényeinek kielégítésével foglalkozni, állandóan két tűz között érezte magát, Lajos neheztelt, ha ő a gyermekre, és nem rá figyelt, néha szinte a második gyermekeként kellett róla is gondoskodnia. Lajosnak emellett saját maga által is bevallottan türelmetlen, hirtelen természete volt, és frusztrált elvárásai miatt sokszor kiabált a gyermekkel, és büntette őt. Ákosnál és apjánál fokozatosan *traumás kötődés alakult ki*, amikor a bántalmazó, abúzust elkövető gondozóhoz is kötődik a gyermek, mert ezt kívánja túlélésének érdeke. Mivel ugyanaz adja időnként a kedves figyelmet, aki bántott, az áldozatban sajnos lassanként összekeveredik a szeretet és a bántalmazás. Ez a fajta kötődés és ambivalencia azt gondolom, mind Annában,

mind Ákosban kialakult az apával kapcsolatban, ezért az anyának félelmetes gondolat az elszakadás, a gyermek pedig időnként örömmel, pozitívan, máskor pedig félelemmel, ellenérzésekkel, lázadással fogadja, provokálja apját.

Több kutatás kimutatta, hogy a bántalmazott nők gyermekei akkor vannak jobb állapotban, ha az anyjuk is jobban van, és ha sikerül az anyjukhoz közel maradniuk. Az integratív játéktérápia (8) során az anyával történt intenzív szülőkonzultáció során az anya egyre erősebb, derűsebb, önállóbb, felszabadultabb lett, s ezzel párhuzamosan a gyermek is kezdett megnyugodni, ritkultak a szétesett, viharos viselkedéses megnyilvánulásai is. Látványos javulás következett be a gyermek (otthoni és intézményi) viselkedésében és az anya lelkiállapotában, valamint a kettejük kapcsolatában, amikor úgy döntöttek, hogy az anya a gyermekkel Magyarországra költözik, az apa külföldön marad, de gyakran találkoznak hétvégente hol a budapesti, hol a berlini lakásban.

A bántalmazást elszenvedett gyermek, így sajnos Ákos is, arra a következtetésre jut, hogy azért bántják, mert ő eredendően rossz. Maccsul kitart mellette, hogy ép ésszel élhessen túl, fejlődhessen és reménykedhessen, hogy jobbra fordulhatnak a dolgok, és ő is valamelyest hatással, befolyással lehet a dolgok menetére. A bántalmazott gyermek *belső rosszaságérzését* közvetlenül megerősítheti a szülői bűnbakkepzés is. Különösen az apában lehetett erősen, hogy ez a gyerek majd szégyent hoz a családra. A bántalmazott gyermekek tele vannak dühvel, agresszióval, bosszúfantáziákkal, és ez természetes válaszreakció. Nem volt ez máskülönb Ákosnál sem. Ezek a haragos, indulatos érzések időnként váratlanul robbantak, néha nehezen kontrollálható módon. Igyekszik támadóinak megfelelni, gyakran kiemelkedően jól teljesítő gyerekké válik. Ákos is rendkívül jó képességű, értelmes, kreatív, tehetséges gyermek (nem véletlenül javasoltam, hogy menjen iskolába). Nem tartja azonban a sikereket saját érdemének, mert a jól teljesítő énjét eredendően hiteltelennek és hamisnak éli meg. Fél, ha fény derülne a titkára, akkor az emberek elutasítanák és kiközösítenék. Ákos belső biztonságérzete

nem alakulhatott ki, mert a rendre bekövetkező bántalmazó aktusok ezt széttördelték. Ha nincs belső megnyugvás, akkor ezt kívülről kell keresni és megtalálni, Ákos is kétségbeesetten és válogatás nélkül keresett valakit, akire támaszkodhat. Ennek jelei is megmutatkoztak a terápia idején, s mind a gyermekkel, mind az anyával dolgoztunk ennek enyhítésén. Gyakori paradoxon, hogy miközben könnyen kötődnek a bántalmazott gyermekek idegenekhez, Ákos is akár vadidegenekhez is gyorsan tudott közeledni, a dajkát mint kötődésszemélyt kezelni, mégis kitartóan ragaszkodnak szüleikhez, akik bántották őket. Ákos ragaszkodása is rendkívül erős volt.

A bántalmazás neurobiológiai következményei körében az érzelmszabályozási folyamatok sérülése miatt megjelenő hiperarousal és disszociáció figyelhető meg. Több funkció is diszregulálttá változik, így idővel motoros hiperaktivitás, szorongás, viselkedéses impulzivitás, alvászavar, magas vérnyomás és számos neuroendokrin eltérés is kialakulhat (6). Ákosnál az állandóan felfokozott izgalmi állapot sokáig jellemző volt a terápia kezdetén, s az időnkénti szétesett állapotok is, melyek magas feszültségét neki is, anyjának is, nekem is nehezen sikerült csökkentenem, de kitartó, szisztematikus munkával fokozatosan elértük, hogy ezek az állapotok kezelhetővé váljanak. Az apa ingerültsége, feszültségei, fokozódó elégedetlensége, partnerét és később a gyermeket is szóban és néha fizikailag is, illetve érzelmileg is bántalmazó magatartása a kapcsolati zavar és a fejlődési zavar veszélyét fokozta.

Ákos meséje (az óvónő jegyezte fel az óvodában)

„Egyszer volt, hol nem volt, élt egyszer egy hópihe család, akik lehullottak az égből elsőre, és utána elvesztették a családtagokat. Nagyon szomorúak voltak, mert elvesztették egymást. Egyszer csak bandukoltak, míg össze nem találkozott az egész család egy jégkrémes pultnál. Meglátták mellette egy karácsonyfa árust, és azt hitték, a nagy fa egy hegy, és megmászták. Ész-



revették, hogy a kisbaba hópihe eltűnt. Felmásztak érte, és utána nagyon fáradtan jöttek le. Itt a vége, fuss el véle.”

Megható, ahogyan a kisfiú megpróbálja feldolgozni a saját történetét, különleges érzékenységről és kreativitásról is tanúbizonyságot téve. Az összetartozás, a veszteségek, az elvesztés és újratalálkozás, újraépítés félelmei, reményei jelennek meg talán a kis mesében. Benne van a sors és a megküzdés szerepe, jelentősége is, a kisbaba, kisgyerek magányossága, és a remény, hogy ő fontos, hogy kell annyira a családtagoknak, hogy erőfeszítéseket tegyenek érte, és újból együtt lehessenek, akármennyire is sokat kell ezért tenni, küzdeni, akármennyire is fárasztó a szülőknek talán az ő viselkedésével, létével, jelenlétével, problémáival megküzdeni.

Záró szubjektív gondolatok

Ákos személyében egy igen eredeti, karakteres, különleges kisfiút ismertem meg, akit az első pillanattól kezdve szívembe zártam. Már az elején is volt valami vonzó a személyiségében, a huncut, picit lázadó, szemtelen arcában, vidám, pozitív kisugárzásában, erőteljes megküzdési próbálkozásaiban, erejében, egyedi válaszaiban. Különleges ajándékot kaptak a szülők, úgy gondoltam, mivel Ákost nagyon tehetséges, jó képességű, okos és kedves, nagy szívű kisfiúnak ismertem meg. Szerencsések, ezt igyekeztem átadni a szülők felé is, hogy ismerjék fel Ákos értékeit. De éppen emiatt is, az ő karakán, nem átlagos egyénisége miatt, az általában szokásosnál kicsit többet ütköztünk, harcoltunk meg egymással, és a provokációkkal, figyelemfelhí-

vásokkal, támadásokkal valószínűleg nagyon sokáig próbára akart tenni, hogy vajon én is elhagyom-e, elfordulok-e tőle, megbüntetem-e, ha ő nem az előírt szabályok szerint játszik, ha nem jól, hanem kifejezetten rosszul viselkedik. Kell-e ő akkor is nekem, vagy előbb-utóbb úgyis ki fog derülni, hogy csalódom benne? Hiába voltam én (halál)biztos magamban, itt az ő bizalmáról volt szó, ami már a születése körül sérült. Én azt éreztem, hogy soha nem tudna olyat tenni, amitől komolyan elfordulnék tőle. És ma is azt gondolom. Az ámokfutása, amikor az órán valóban próbára tette az idegeimet, pont ezért volt számomra is szomorú és riasztó, de segített jobban megérteni Ákos belső, zaklatott világát. Az édesanya fogalmazta meg – számomra akkor megdöbbenő módon – reménytelen szomorúsággal, hogy ki tudja, mikor fogom én is a kisfiát kezelhetetlennek nyilvánítani, és mikor fogok én is majd lemondani róla. Hisz’ előbb-utóbb úgyis az lesz... mindig ez van... megrendítő volt ezt hallgatnom, és a konzultációs órákon alaposan átbeszélgettük, átdolgoztuk ezt a rossz érzését, pesszimizmusát, szégyenérzetét, és úgy érzem, sikerült megerősítenem abban, hogy soha, semmilyen körülmények között sem hagyom őt, őket cserben. Hiszen Ákos megérdemli a figyelmet, szeretetet, elismerést. Az anya el is kezdett ebben hinni, de félelmei sokszor felülkerekedtek, amikor nem merete például Ákost a körzetes óvodába íratni, vagy az iskolába.

Sajnos, az anya totálisan kiszolgáltatott, függő helyzete az apától nem tette lehetővé az önálló döntéseinek kialakítását. Úgy gondolom, nagyon messzire jutottunk a konzultációk során az édesanyával, hogy megerősödjék saját magában, a saját anyaságának értékeiben, a kisfiú értékességének tudatában, s abban, hogy a teljes függőségéből talpra tud állni, minden körülmények között képes lesz kiállni a kisfiúért, és képes lesz akár majd egyedül is eltartani őt. Óriási küzdelem ez az anya részéről, a régi gyermekkori, majd felnőttkori traumáinak, sérüléseinek súlyával, egy új élet, új út, új egzisztencia kialakításával kiutat találni – ha másért nem is, Ákosért – a jelenlegi alárendelődő, bántalmazó kapcsolatából, helyzetéből. Az, hogy másképp tud ránézni gyermekére, el meri hinni azt a sok

jót, amit próbáltam én is felrajzolni, átadni gyermekéről, és ennek következtében jobban képes kiállni érte, alapvetően változtatta meg az eleinte harcolós, szembefeszülős, szembeszegülős, szadomazochista (*Novick és Novick kifejezésével, 14*) jellegű kapcsolatukat és interakcióikat, és szépen fokozatosan Ákos is megnyugodott, és meg tudott bújni már anyja szeretetteljes ölelésében, át tudta érezni a bizalmat, biztonságot, védettséget. Anya is lazább, nyitottabb, rugalmasabb lett, lágyabb, spontánabb reakciói lettek, sokféle játékba bele tudott már menni Ákossal, olyanokba is, melyeket eleinte még mereven elutasított. A velem való kapcsolatban a kisfiú talán megélhette, hogy semmilyen körülmények között nem fordulok el tőle, hogy megküzdünk egymással, de fontosak vagyunk egymásnak. A részemről áradó figyelem, a szokatlan, Ákos világában fontos gesztusok nyújtása pedig szintén azt sugallhatta a számára, hogy őt itt várják, fontosak a személyes szükségletei, hogy fontos ő, hogy nem kell már harcos üzemmódba helyezkednie a világgal szemben.

A „jó vagyok vagy rossz vagyok” dilemmáját úgy gondolom, erőteljesen sikerült abba az irányba fordítani, hogy Ákos zömében már jónak élheti meg magát. Érzelem- és indulatszabályozási nehézségei jelentősen csökkentek, nyugodtabb lett, jobban is tudja kezelni a konfliktushelyzeteket, már nem kerül csillapíthatatlan, nehezen kontrollálható érzelmi-indulati állapotba, a magasfokú belső feszültség már nem hág az egekbe, már könnyebb onnan visszajönnie, magától, vagy akár segítséggel. Azért még előfordul, hogy fokozott stressz vagy fáradtság, kimerültség hatására széteső a viselkedése, segítségre szorul a szabályozásában.

Sajnos, nem tudtuk teljes mértékben megnyugtatóan lezárni a folyamatot, kényszerűen meg kellett szakítani az apa ellenállása és az anyagi megvonások miatt, de ennek ellenére azt érzem, hogy ez nem jelent súlyos hiányosságot, mert a kívánatos eredmények nagy részét már elértük, talán én éreztem csak kicsit kapkodónak ezt a befejezést. Szeretettel gondolok most is Ákosra, és azt gondolom, ő is rám, és kívánok neki további sikeres megküzdést, boldogulást az életében. Ami hiányosság maradt, az

az apa kiszállása a történetből, hogy az apával nem tudtam – pedig igyekeztem nagyon erre invitálni őt – átdolgozni az ő részét a kisfiú történetében. Ez nagyban javíthatta volna még Ákos lelkiállapotát, megnyugvását, hiszen az időnkénti szétesett állapotok az apai elfogadás, türelem, szeretet hiányosságaiból fakadtak főként, melyeket anya próbál kompenzálni. Számomra izgalmas utazás, kísérés volt ennek a kisfiúnak a története, sok érzést, indulatot, szándékot mozgósított bennem, s most örülök, hogy nagyjából megnyugodva engedhetem útjára a kisfiút és anyát. Bár lesz még sok kihívás az életében, s ha erre gondolok, még van bennem segíteni vágyás, pl. ha mégis válásra kerül sor, egyáltalán az apa–gyermek kapcsolat változásai, kihívásai, az anya ereje, az intézményi élmények, változások, melyeket szívesen kísérek még, ha már nem is olyan szorosán, mint a terápiás folyamatban. Bízom benne, hogy sikerült ennek a kisfiúnak az esetével bemutatnom, hogyan hatnak a korai sérülések, veszteségek, kapcsolati traumatizációk egy gyermek tüneti viselkedésének, fejlődési zavarának kialakulásá-

ra. A szakmai munka során, a komplex, hálózatos és rendszerszerű megközelítés szellemében fontos felismerni, hogy milyen szerepe van a szülői traumáknak, feldolgozatlan veszteségeknek, valamint a bántalmazásnak, mely mind partnerkapcsolati erőszakként, mind a gyermek ellen irányuló elutasításként, agresszióként megnyilvánult. A gyermek tüneteinek csökkenése családi helyzetének, környezeti hatásoknak a változása, az anya – és áttételesen az apa – felismeréseinek, változásainak, jobb szülővé válásának, és kapcsolatuk javulásának köszönhetően valósult meg. A gyermek játékterápiája során a sérült vagy hiányzó érzelmi-szociális készségeinek javítása, optimálisabb stratégiák, munkamódok kialakítása volt a fókuszban, mely az ő megküzdését és megnyugvását elősegítette, így egyre jobbra vált nemcsak viselkedése ott-hon és más helyeken, hanem belső élményvilága, érzelemvilága, önfogadása, önmegnyugtatósi képessége, belső békéje. A kapcsolati és trauma fókuszú megközelítés így mind a gyermek fejlődésére, mind kapcsolatai harmonizálására optimális hatással van.

Irodalom

596

1. WOLYNN M:
Örökölt családminták. Félelmek, érzések és viselkedésminták, melyeket a tudtunkon kívül átvettünk. Édesvíz Kiadó, Budapest, 2019.
2. HÁMORI E:
Korai kapcsolati traumatizáció és az énszerveződés viszontagságai Ferenczi, Fonagy és André Green alapján. In: Hámori E: A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődéselmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében. Oriold és Társai, Budapest, 2016.
3. EIGNER B:
Új módszer a korai anya-gyermek interakció elemzésére: Korai Diádikus Interakció Kódrendszer. Magyar Pszichológiai Szemle, Gyógypedagógiai pszichológiai tematikus szám, 2014; 1 (69): 205–234.
<http://www.akademiai.com/doi/abs/10.1556/MPSzle.69.2014.1.11?journalCode=0016>
4. EIGNER B:
A játékos interakciók szerepe a korai anya-gyermek kapcsolat alakulásában – rizikó és védő faktorok. Psychiatr Hung, 2015; 30 (1):35–49.
https://www.doki.net/tarsasag/pszichiatria/folyoirat.aspx?web_id=&tmi=0&f=1&an=1413
5. NOVÁK A, LAKATOS K:
Az atipikus anyai viselkedés elemzése csecsemőkori: az AMBIANCE-kódrendszer bemutatása. Alkalmazott Pszichológia, 2005; (7):49–58.
6. KURITÁRNÉ SZ I, TISLJÁR-SZABÓ E (szerk.):
Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia. Oriold és Társai, Budapest, 2015.
7. BANCROFT L, SILVER JG, RITCHIE D:
Lehet-e jó apa a bántalmazó?
A partnerbántalmazás hatása a szülő-gyermek kapcsolatra. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2013.
8. EIGNER B:
Játékkerápia az atipikus fejlődésű gyermekek korai intervenciók ellátásában. A gyermekkel, szülővel és a családdal végzett munka az integratív játékkerápiában. 2. rész: Diagnosztikus és terápiás eszköztár. Fejlesztő Pedagógia, 2018; (29):4–6.
9. KERNBERG PF:
Személyiségzavarok gyermek- és serdülőkorban. Animula, Budapest, 2005.
10. HERMAN J:
Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2011.
11. DC: 0–5RTM A csecsemő- és kora-gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 2019.
12. LINGIARDI V, MCWILLIAMS N (eds.):
Psychodynamic Diagnostic Manual. (second edition PDM-2) The Guilford Press, New York, London, 2017.
13. KURITÁRNÉ SZ I, MOLNÁR J, NAGY A (szerk.):
Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia. Oriold és Társai, Budapest, 2018.
14. NOVICK KK, NOVICK J:
Munka szülővel gyermekterápiában. Budapest, Animula, 2014.
15. WURST F:
Varianten des Spielverhaltens aus klinischer Sicht. In.: Kreuzer P (ed.): Handbuch der Spielpedagogik IV. Verlag. Schwann Basel GmbH. H. Düsseldorf, 1983, 225–239.
16. AFFLECK MC, GRADE MCQUENEY ALLEN:
A kapcsolatra összpontosító korai intervenció ígérete fejlődési zavarok esetén. In: Kedl M, Borbély S (szerk.): Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből I. kötet: Szemléleti kérdések. Tankönyvkiadó, Budapest, 1991.
17. POLCZA A:
Dinamikus játék-diagnosztika és játékkerápia 5–20. A világgjáték 60–152. In: Világgjáték. Pont Kiadó, Budapest, 1999.
18. DSM-5 Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai Kiadó, 2014.

„Miért is ne?” – Michel Foucault orvosi diagnózisai

Tényi Tamás

PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

597

A *Foucault* halála előtti, utolsó kórházi látogatásai egyikén *Daniel Defert* – a filozófus élettársa, akihez *Foucault*-t több évtizedes nem-monogám kapcsolat fűzte – az akkor éppen megjelent *A szexualitás története* című sorozat utolsó két kötete kapcsán jegyezte meg:

„Ha úgy fordul a helyzet, hogy kiderül, hogy AIDS-ről van szó, az utolsó könyveid olyanok lesznek, mint *A romlás virágai* – mivel *Baudelaire A romlás virágai-t* a saját szexuális életéről és a szifiliszről írta. *Foucault* – emlékszik vissza *Defert* – felnevetett és azt mondta: *Miért is ne?*” (idézi 1, 34. old.)

Foucault ironikus, önironikus nevetésének elképzelt tónusa bátorít, hogy egy rövid – szigorúan patográfiai – összefoglalót írjak a filozófus betegségeiről, aki az „orvosi tekintet” (2, 80. old.) kritikus körülírójaként úgy fogalmazott, hogy „az orvostudomány már nem a lényegi igazsá-

got tekinti tárgyának a maga érzékelhető egyediségében, hanem a végtelenségig igyekszik észlelni egy nyitott tartomány eseményeit. Ez a klinikum.” (idézi, 2, 79. old.). Szándékoltnak demisztifikáló írásom – csak remélhetjük, hogy épp *Foucault* távoli helyeslésével – *James Miller* és *Mark Lilla* értelmezéséhez kapcsolódik, miszerint *Foucault* nem egy szabadelvű humanista – ez a szó volt számára a legnagyobb sértés –, aki a hatalom redukációjára törekszik, s akinek „emlékét azóta is mumifikálva őrzik az amerikai campusokon... hogy általa derítsenek fényt a hatalomnak (*pouvoir*) a tudáshoz (*savoir*), illetve a nyelvnek (*discours*) a gyakorlathoz (*pratique*) és az egyik testnek a másik testhez fűződő viszonyára” (3, 200–201. old.), hanem sokkal inkább démonaival küzdő felelőtlen nietzscheianus, maga a hatalom akarása, aki életével², politikai fordulataival, halálával és – ahogy látjuk

¹ *Foucault* egy Ruas-nak adott – 1986-ban megjelent – interjúban így fogalmaz: „Aki író, az munkáját nemcsak a könyveiben folytatja, abban amit publikál, de a lényegi munkája, végül ő maga, az írás folyamatában. A személy magánélete, szexuális preferenciái és munkája összekapcsolódnak, nem azért, mert a munkája lefordítja a szexuális életét, hanem mert a munka magában foglalja a teljes életet ahogy a szöveget is. A munka több, mint a munka, a szubjektum aki ír, része a munkának.” (idézi 4, 291. old.)

² „*Michel Foucault* (1926–1984) Pointiers-ben, egy jómódú orvoscsaládban született. Országosan a negyedik legjobb eredménnyel felveszik az École Normale Supérieure-be. 1948–1952: Filozófiából, pszichológiából, pszichopatológiából szerez diplomát. 1954–1958: Svédországban, Uppsalában tanít négy évet. 1959–1960: Varsóban és Hamburgban kultúrattaséként tevékenykedik, majd a Clermond-Ferrand-i egyetemen a filozófia tanszék vezetője lesz. 1961: Megjelenik a *Bolondság története a klasszikus korban* című doktori disszertációja. 1966: Megjelenik és óriási sikert arat a *Szavak és dolgok* című kötete. 1966–1968: Tunéziában tanít. 1968 vége: Több értelmiségi társával megalakítja a GIP (Prison Information Group) nevű szervezetet, amely aktívan kiállt a bebörtönzöttekért, és megpróbálta nyilvánosságra hozni helyzetüket. 1969: Megjelenik *A tudás archeológiája* című könyve. 1970 december 2: Beválasztják a gondolatrendszerek történetének professzoraként a Collège de France tagjai közé. Ekkor hangzik el *A diskurzus rendje* című székfoglaló beszéde. 1975: Megjelenik a *Felügyelet és büntetés* című kötete. 1976: Megjelenik *A szexualitás története* című, hatkötetesre tervezett munkájának első darabja *A tudás akarása*. 1984: Megjelenik két újabb könyve, *A gyönyörök gyakorlása* és a *Törődés önmagunkkal*. Ugyanebben az évben hal meg, AIDS-ben” (5, 92–93. old.) *Foucault* élettörténetének az életművel való összefüggéseit három, igen alapos biográfia (1, 6, 7) tárgyalja részletesen, amely kutatások adatain ez a kis írás alapul. Magyarul *Sutyák Tibor* (2) életművet tárgyaló kötete, *Mark Lilla* (3) esszégyűjteménye és *Kelemen Gábor* (8) könyve segített még az élettörténetben való eligazodásban.

majd – bizony betegségeivel és a betegségről való gondolkodásával is nehezen teszi lehetővé, hogy *Mark Lilla* megfogalmazásában „sok tudós még mindig koherens, elkötelezett, progresszív és... humanista programot” (3, 212. old.) magyarázzon bele a műveibe.

598

Öngyilkossági magatartás, öndestrukción

Az öngyilkos magatartás nyomai, gesztusai átölelik *Foucault* felnőttkorát. A fiatal korában megkísérelt több – biztosan kettő, de a pontos szám nem ismert – szuicídiumától, a halála előtti évek – az AIDS árnyékában folytatott – orosz rulettet idéző önpusztító kísérletezéséig. *Miller* (1), *Eribon* (6), *Mark* (3) és *Macey* (7) is említik azt az École Normale-ben történt eseményt, amikor *Foucault* egy tanára talál a földön fekvő fiúra ing nélkül, akinek mellkasát borotvával összekaszabolt vérző sebek borították. Más alkalommal a csuklóját vágta meg. Viccelődve, de egyértelmű utalásokat tett rá, hogy fel fogja akasztani magát (1). Apját értesítették, aki megszervezett egy vizsgálatot a Sainte-Anne kórházban, ahol a francia pszichiátria egyik vezető alakja, *Jean Delay*³ vizsgálta meg *Foucault*-t. A vizsgálat következményeként és az iskolaorvos (*Pierre Etienne*) egyetértésével *Foucault* egy jobb körülményeket biztosító különszobát kapott. Mikor 1950-ben *Foucault agrégation* vizsgája – mindenki meglepetésére – első alkalommal nem sikerült, tanára *Louis Althusser* megelőzendő, hogy a diák „újabb hibát” (1, 54. old.) kövessen el, osztálytársát, a későbbi neves pszichiáter, pszichoanalitikus *Jean Laplanche*-t kérte meg, hogy vigyázzon *Foucault*-ra, nehogy öngyilkosságot kövessen el. Erre az időszakra esik, hogy *Foucault* rövidebb ideig pszichoanalízisbe került, az analitikus neve nem ismert, egy későbbi Brazíliában adott interjúból derül ki, hogy az freudiánus volt (7). *Maurice Pinguet*-től származik az információ, hogy az analízis során

Foucault egyik álmában egy sebész szikéjét látta egy folyadékban úszni, amely a sebész apa és a pengével elkövetett öngyilkossági kísérlet fényében figyelemre méltó összefüggés. Az analitikus kasztrációs álmoként értelmezte az epizódot. A kezelés megszakadt, mivel az analitikus szabadsága miatt szüneteltetni kívánta a kezelést, amit *Foucault* nem tolerált és megszakította a terápiát. Később a brazil interjúban unalmasnak titulálta a freudi terápiát. *Macey* (7) elemzi legrészletesebben *Foucault* depressziós tüneteit ebben az időszakban. A visszatérő szuicid veszélyeztettség miatt felmerült a hospitalizáció lehetősége is, amelyet azonban *Foucault* elsősorban *Althusser* határozott tanácsára elutasított. *Laplanche* visszaemlékezései szerint az iskolában – ahova *Foucault* járt – sokan szenvedtek különböző neurotikus panaszoktól, amely az intézmény elnyomó és kompetíciót előtérbe helyező légkörével volt összefüggésben, azonban *Foucault* esete ennél súlyosabb volt. *Foucault* gyakran támadólag lépett fel társai irányában, úgy is, hogy a vitákban szarkazmusa, iróniája, kiváló intellektusa jól érvényesült, de ismert az is, hogy egyszer egyik diáktársát késsel kergette végig a folyosón (1, 3). Ebből az időszakból származik *Foucault* diáktársaitól kapott beceneve, a német *Fuchs*, azaz a *Róka*. *Didier Anzieu* és *Jacqueline Verdeaux* idézik fel, hogy a későbbi filozófus gyakran napokra eltűnt az iskolából, majd kimerülve és leverten tért vissza, amely háttérben magányos szexuális kalandkereső expedíciók húzódtak. Az 1940-es évek végén igen nehéz volt homoszexuális orientációval létezni Franciaországban, rejtőzködés, gyakori rendőrségi ellenőrzések olyan helyeken, ahol melegek keresték egymást, megnehezítette és az üldözöttség érzésével színezte a homoszexuális életét. *Foucault* keményen ivott ezekben az időkben, a pletykák szerint elsősorban kannabiszt és ópiumot fogyasztott. Mindhárom életrajzíró (1, 6, 7) egyetért abban, hogy a depressziós tünetek, a szuicidalitás háttérben

³ A későbbiekben *Delay* és *Foucault* között kölcsönös tiszteleten alapuló barátság szövődött, gyakran találkoztak, amikor mindketten a Bibliothèque Nationale könyvtárban dolgoztak, megajándékozták egymást éppen megjelent könyvekkel, *Foucault*-nak megvolt *Delay Andre Gide*-ről írt monográfiája (7).

elsősorban a homoszexuális orientáció elfogadásával kapcsolatos nehézségek, a „coming out” időszaka húzódozott. *Eribon* (6) és *Miller* (1) is kiemeli az ezzel kapcsolatos büntudatra való utalásokat, a meleg prostituáltakat éjszaka látogató *Foucault* szenvedett késztetéseitől. Egy 1979-es esszében ezt *Foucault* is így látja, bár akkor már gúnyolódik az összefüggésen (1). *Foucault* élettársa, *Defert* – aki talán legjobban ismerte a filozófus rejtélyes szubjektív világát – azonban úgy véli, nem elsősorban a homoszexualitás elfogadása jelentett nehézséget *Foucault* számára, hanem sokkal inkább egyfajta visszatérő szorongás, hogy nem tartotta magát elég „jóképűnek” (1, 7), a kábítószerrel való kísérletezés (bizonytalan, hogy használt-e intravénásan szereket) és egyfajta egész életében visszatérő érdeklődés az öngyilkosság iránt. Ahogy egy helyen megjegyzi „az öngyilkosság a legegyszerűbb valamennyi gyönyör közül...” (1, 55. old.), „szuicid-fesztiválokról és szuicid-orgiákról” fantáziál az 1979-es esszében és egy 1983-as interjúbán is, *Sade* nyomán az „érzéki halálról”, „a tökéletes, egyszerű gyönyör formátlan formájáról” (1, 55. old.) beszél. Utóbbi az életmű végén akár iróniának és játéknak is tűnhetne, azonban az 1948-as évek történései élet-történeti háttérrel rajzolnak az öngyilkosságban a transzgressziót, határélményt kereső és sejtő *Foucault* esetében. „A másik nemmel kötött házasság helyett a (homoszexuálisok) a halállal kötnek házasságot... azonban képtelenek meghalni, mert valójában nagyon is élnek. Ebben a nevetséges játékban a homoszexuálisok és a halál diszkreditálják egymást.” (1, 55. old.).

Halálának okára, az AIDS-re az írás során még visszatérünk, azonban ehhez a részhez kívánczik a halálos fertőzés és az öngyilkosság és a mások megfertőzésének bizonytalan, de sok he-

lyen említett kérdése, összefüggése. Ahogy látni fogjuk, *Foucault* az 1970-es évektől kaliforniai útjai során intenzíven bekapcsolódott a San Francisco-ban virágzó meleg kultúrába, bárók, fürdők rendszeres látogatója volt, ahol az alkalmi, ismeretlenekkel folytatott szexuális kapcsolatok és a szadomazochista szexuális gyakorlat megszállottjaként merült alá az éjszakába⁴. 1983 őszén, halála előtt egy évvel, „még mindig a fürdőket és a bárókat járta. Kinevette, ha 'biztonságos szexről' beszéltek, és azt mondják, hogy így beszélt: 'Fiúszerelemért meghalni: mi lehet ennél gyönyörűsebb?’” (3, 211. old.) *Lilla* (3) esszéje és *Miller* (1) részletes biográfiája alapján sem egyértelmű, *Foucault* mennyiben értette meg, hogy „a 'határélményeket' egy halálos betegséget terjesztő járvány fenyegetésében élvezi” (3, 210. old.). Abban az időszakban a HIV fertőzés vérből történő ellenanyagok általi diagnosztikája még nem volt elérhető, csak 1985-ben vezették be, *Foucault* azonban az akkori AIDS-re vonatkozó ismeretek alapján, valószínűleg 1983 őszétől már kezdte sejteni, hogy AIDS-ben szenved. *Miller* (1) könyve utószavában leírja, hogy biográfiája megírásának kiindulópontja az a pletyka volt, hogy *Foucault* tudva, hogy AIDS-ben szenved, szándékosan azért látogatta továbbra is a fürdőket, bárókat, hogy megfertőzzön másokat. Számos általa készített interjú és kiterjedt élettörténeti kutatás alapján úgy konkludál, hogy bár *Foucault* sejtette, hogy AIDS-ben szenved, de nem lehetett biztos ebben, s amögött, hogy továbbra is látogatta az akkor már egyértelműen veszélyt jelentő meleg fürdőket és bárókat, sokkal inkább egyfajta – az öngyilkosságra is irányuló – játék, mondhatni orosz rulett állt. Kitétte magát és másokat is a veszélynek, anélkül, hogy biztos tudása lett volna arról, hogy valójában ki kit fer-

⁴ „Nappal a szokásos előadássorozatok. *Foucault* a hatalomról beszél, a fegyelmezésről, a testről, az igazság előállításának módzatairól, az irodalomról, ha muszáj, akkor a struktúrákról is. A hallgatók hallgatják, jegyzetelnek, élénken kérdeznek, vitatkoznak, a meghívó professzorok szeme büszkén csillog. Ám amikor vége a délutánnak és a nyugati parti nap belebújik az óceánba, *Foucault* fekete bőrbe bújik, és portyára indul San Francisco libertinus negyedében. A San Francisco-i éj ekkoriban afféle terülj-terülj asztalkám a melegek számára... fürdők, bárók, éjszakai mulatók csalogatják a szokatlan gyönyörök ínycenceit – ezeken a helyeken az ember kísérlet tárgyává teheti a saját testét, ingerelhetőségét, megdolgozhatja nyugtalan képzetét.” (2, 17. old.).

tőz, vagy fertőzhet meg. A határélmények keresésének ez a nietzschei-dionüszoszi története persze így is épp eléggé megrázó, de Miller és Lilla szerint sokkal inkább az esetleges szuicídiummal való felelőtlen játszadozás, mint mások szándékos megfertőzésének, potenciális megölésének szándéka állt Foucault magatartásának a háttérében (1, 3).

Foucault életvégi öndestruktív-destruktív szexuális aktivitása nyerhetne egy olyan magyarázatot is, hogy tagadta, nem fogadta el az AIDS létezését, azt elméleteihez illesztve „konstrukciónak”, „diskurzusnak” tartotta, amelyre kétségkívül találhatók utalások (1, 6, 7). „Nem hiszem el” – mondta egyik barátjának az 1980-as évek elején, amikor megjelentek az AIDS-re vonatkozó első tudományos adatok, „és panaszkodott azokra a meleg aktivistákra, akik az állam által fenntartott egészségügyi 'hatalomhoz' fordultak segítségért” (3, 210. old.). Ezzel szemben Eribon beszámol arról a Foucault és Georges Dumézil közötti telefonbeszélgetésről, amelyben 1983 telén Foucault azt mondja „Azt hiszem, AIDS-em van” (6, 325. old.). Eribon véleménye szerint a filozófus „tudta, de nem akarta tudni, tudta, de nem akarta terhelni a barátait azzal, amit maga sem tudott biztosan” (6, 325. old.). Van más bizonyíték is arra, hogy Foucault nem volt tudatlan a betegséggel kapcsolatban, egy barátjával Veynes-el folytatott februári beszélgetésben utalt rá, hogy tudja, hogy orvosai AIDS-esnek tartják, „rájöttem a kérdésekből, amiket feltettek nekem” (6, 326. old.). Ebben a beszélgetésben részletesen elmagyarázta az AIDS patogeneízisét azon a szinten, amit akkor arról tudni lehetett, „tanulmányoztam a kérdést részleteiben, sokat olvastam róla. Igen létezik, nem legenda” (6, 326. old., 9). Ahogy már írtam Miller elsősorban is az élettárs Defert-el készített interjú alapján úgy konkludál, hogy Foucault tudott az AIDS-ről, „komolyan vette” (1, 381. old.) annak létezését, azonban – és itt húzódik a lényeg – *határélményként tekintett a betegségre képviselte halálos rizikóra, bizonyosan nem védekezett, egyfajta orosz rulettet játszott, veszélybe sodorva önmagát és másokat, amely mögött a halálhoz és az öngyilkossághoz kapcsolódó különös vonzalma húzódott* (1, 3).

Szadomazochizmus

James Miller (1, 10) hívja fel a figyelmet egy Edmund White-tal készített interjúra, amiben White így fogalmaz, „Michel Foucault olyan ember volt, aki egész életében vonzódott a hatalom legtotalitáriánusabb formájához, mind politikailag, mind szexuálisan. Egész életében e vonzalom ellen küzdött” (10, 412. old., kiem. tőlem). Miller és Lilla is kiemelik, hogy Foucault 1970-es évekbeli könyvei, „különösen a *Felügyelet és büntetés: a börtön története* (1975) erőszakkal és szadomazochizmussal vannak átítatva... Az első oldalaktól kezdve, ahol visszataszító részletességgel írja le, hogy nyúzták meg és négyelték fel a meghíusult királygyilkosság tettesét, *Damiens-t*, van a könyvben valami vitalisztikus tobzódás a vérben és a kegyetlenségben, amely kontrasztban áll annak a kísérteties lefestésével, hogy a modern élet szenttelenül hatékony intézményei miként végzik a dolgukat” (3, 203–204. old.). Mű és élet nietzschei összekapcsolódása (11) érhető utol a már 1962-ben megjelent *Raymond Rousse*lről írt tanulmányban is, „a szürrealista íróról, aki Foucault-hoz hasonlóan kedvelte a homoszexuális szadomazochizmust, a kábítószert, és szintén követett el öngyilkosságot” (3, 198. old.).

1975-ben első kaliforniai útja során Foucault elragadtatva fordult az akkor már virágzó homoszexuális szadomazochista gyakorlat felé, megismerkedett a „leather” kultúra praxisával, s interjúiban a filozófus kisebb-nagyobb önfeltárással igyekezett elméleti háttérrel „konstruálni” gyönyörei köré. 1975-ben hamarosan átköltözött Berkeley-ből az Öböl túloldalára, egy Folsom Streethez közel levő szállásra. A Folsom negyed San Francisco homoszexuális, szadomazochista szubkultúrájának fellegrája volt. Foucault egy amerikai kollégájával vásárolni ment, fekete bőrdzsekit, fekete bőrnadrágot és a szadomazochista játékokhoz szükséges eszközöket vásárolt: farokgyűrű (cockrings), mellbimbószorító kapcsok, bilincsek, csuklyák, szájszepek, szemkötők, korbácsok, sulykolók (paddles), lovaglópálcák és más eszközök képezték a repertoárt (10). A megkötözés, korbácsolás és a mellek kínzásának gyakorlata mel-

lett *Foucault* alámerült abban a módszerben is, amely *Sade* és *Sacher-Mazoch* leírásaiban még nem fellelhető, s amely a hetvenes évek meleg szubkultúrájában vált népszerűvé. Az öklözés (fist-fucking), „a kéz és az alkar finom beillesztését jelenti a partner végbelébe” (10, 400. old.), olyan jellegű praxis volt ez, amely sokszor teljes mértékben aszexuális maradt, orgazmus nélkül végződött. Felfüggesztés, „keresztre feszítés” és egyéb szerepjátékok gyakoriak voltak azon bárókban, fürdőkben, amelyeket *Foucault* rendszeresen látogatott. A „kórházi jelenetekben” az „orvos” műtőasztalra fektette páciensét, hogy egy szikével átfúrja „a mellbimbókat, a pénisz bőrét vagy a herezacskót” (10, 400. old.). A „fájdalom mámorát” gyakran drogok használatával fokozták: a legtöbbször használtak az amid-nitrit (poppers), az LSD és az MDA (metilén-dioxi amfetamin) voltak, utóbbi empatogén-entaktogén pszichostimuláns és pszichodelikus szer, amelyet „love drug-nak” is neveznek. *Foucault* interjúiból az derül ki, hogy a szadomazochista kísérletezésre mint transzgresszív „határélményre” tekintett, vágyainak, gyakorlatának filozófiai jelentését kísérte megfogalmazni.

„Az olyan fizikai gyakorlatok, mint a 'fist-fucking' – magyarázta *Foucault* *Jean Le Bitoux*-nak 1978-ban – olyan gyakorlatok, amelyeket hívhatunk férfiatlanítónak vagy deszexualizálóknak. Valójában ezek a gyönyör kivételes meghamisításai, amelyeket az ember különféle eszközök, jelek, szimbólumok vagy olyan drogok segítségével ér el, mint a poppers vagy MDA” (10, 401. old.). Úgy vélte, ezen gyakorlatban az ember képessé válhat arra, „hogy 'felfedezze magát' – hogy egy új 'én' megjelenését tegye lehetővé – és hogy 'testét különlegesen polimorf gyönyörök színhelyévé tegye, mialatt elvonkoztatja azt a nemi szervek (sexe), különösen a férfi nemi szervek értéké emelésétől” (10, 402. old.).

Filozófiai perspektívából *Foucault* a szadomazochista gyakorlatot *Miller* szerint a nietzschei „igazságjáték” részének tekintette, olyan játéknak, amelyet a testtel játszanak. A tértől és időtől függetlenül létező objektív igazsággal szemben, amely tudományos eljárásokkal ismerhető meg, *Foucault* egy esszéjében úgy érvel, hogy

„civilizációnk mélyén gyökerezve (az igazságnak) egy másik gondolatát is megtalálhatjuk, amely ellentmond mind a tudománynak, mind a filozófiának. Ebben a homályos ellenhagyományban az 'igazság' úgy jelenik meg, mint egyetlen terméke a 'kedvező pillanatoknak' és 'kitüntetett helyeknek', ahol a ritualizált 'próba' kibontakozhat” (10, 403. old.).

Míg a *Foucault* által is gyakorolt szadomazochista praxis, felnőtt emberek *megállapodásos* viszonyán alapult, a következő részben tárgyalunk esetében – *Foucault* és mások minden teoretikus törekvése ellenére – ez már nem állítható, amely a filozófus körüli demisztifikáció legújabb fejezete felé kell, hogy fordítsa figyelmünket. Be kell vallanom, hogy ennek az írásnak a megszületését, leginkább ezen fejlemények motiválták, a „hatalom filozófusának” – legújában nyilvánosságra került – pedofil gyakorlata a legkérgesebb szívű Nietzsche-követők számára sem lehet elfogadható. Ahogy *Noam Chomsky* fogalmazott egy – 1971-es, *Foucault*-val a holland televízióban megrendezett – vita után: „Sosem találkoztam senkivel, aki ilyen teljességgel amorális lett volna” (1, 201. old.).

Pedophilia

Idézzük itt *Szily László* összefoglalóját a 444.hu portálról:

„Óriási vihart kavart Guy Sorman francia liberális professzor-író-közgazdász-filozófus, amikor a hétvégén egy, a brit Sunday Timesnak adott lapinterjúban és egy talk show-ban is arról beszélt, hogy amikor 1969 húsvétján egy csapat barátjával együtt meglátogatta az akkor éppen egy tunéziai egyetemen tanító francia sztárfilozófust, Michel Foucault-t, olyan események tanúja volt, amik arra utaltak, hogy Foucault fiatal fiúkkal szexelt, és fizetett is érte.

Sorman elbeszélése szerint az 1984-ben 57 évesen meghalt filozófus, aki az AIDS egyik első ismert híres francia áldozata volt, a főváros közelében fekvő Sidi Bou Said nevű faluban lakott. Sorman emlékei szerint a falu utcáin gyerekek szaladtak Foucault után azt kiabálva neki, hogy „És velem mi lesz? Vigyen el engem is!” A pro-

fesszor szerint a filozófus a szeme láttára adott pénzt a gyerekeknek azzal, hogy „találkoztunk este tízkor a szokott helyen”. Ami, mint kiderült, a falu temetője volt. „Ott szexelt a sírokon a fiatal fiúkkal. A beleegyezés kérdése fel sem merült” – mondta Sorman.

A professzor szerint, aki így utólag „aljasságnak” és „erkölcsileg különösen mocskosnak” tartja magát, amiért annak idején nem tett feljelentést vagy nem borított a sajtóban. „*Foucault ezt Franciaországban nem merte volna megtenni*” – mondta, majd párhuzamot vont a filozófus viselkedése és olyan legendás francia művészek alantas tettei között, mint a fiatalokú modelljeivel Tahitin állítólag szexuális viszonyba is került *Paul Gauguin* festő, vagy az Észak-Afrikában fiatal fiúkra vadászó *André Gide* regényíró.

„*Ennek vannak gyarmatosító dimenziói. Fehér imperializmus*” – véli Sorman.

Sorman szerint az úgy fontos eleme, hogy a *Foucault*-titok igazából nem is volt titok, amennyiben a francia média tudott róla. A felidézett utazáson is jelen volt például több újságíró is, rajta kívül egy rakás tanúja volt az eseményeknek, de akkoriban fel sem merült, hogy bárki megírja a látottakat: „*Foucault volt a filozófuskirály. Franciaországban királyként kezelték*” (12).

A botrány keltette ideológiai, politikai sürgésforgást ez a patográfia nem tekinti tárgyának. A *Foucault* élettörténetét feldolgozó három kutató közül *David Macey* már nem él, a számomra elérhető források szerint *Didier Eribon* nem nyilvánult meg eddig a kérdésben, míg az 1993-as igen alapos monográfia – általam is sokat idézett – szerzője, *James Miller* egy 2021. április 8-i interjúban így fogalmaz: „Bár természetesen nincs módomban megtudni, hogy igaz-e, amit mond, vagy sem, mégis *hiteles tanúnak találom*.” (13). Tudjuk, hogy *Foucault* 1978-ban a gyerekek és a felnőttek közötti szexuális kapcsolatot szabályozó törvények liberalizálását támogatta (10).

latot szabályozó törvények liberalizálását támogatta (10).

„Senki nem ír alá szerződést szeretkezés előtt” – jegyezte meg gúnyosan Hocquenghem egy közös rádiós szereplésük alkalmával 1978-ban. ’Igen – helyeselt Foucault – elég nehéz dolg korlátokat szabni’, különösen mivel ’*az is történhetett, hogy a gyerek, saját szexualitásával, megkívánta azt a felnőttest*’” (10, 391. old. sic!!)

Miller a 2021-es interjúban úgy foglal állást, hogy „... (1993-as) könyvem azt állítja, hogy gyakorlatilag minden, amit Foucault írt, része volt annak az erőfeszítésnek, hogy megértse, ki ő és ki lehet belőle, részben az elméletben és gyakorlatban egyaránt elvégzett ’határelmények’ vizsgálata révén. Ahogy *Leo Bersani* irodalomtudós, aki ismerte Foucault-t Berkeley-ben, megjegyezte nekem: ’testének élete fontos volt elméje életében’” (13).

AIDS

Foucault valószínűleg 1982-ben fertőződhetett meg HIV vírussal Kaliforniában, de értelemszerűen pozitív virológiai lelete nem volt, mivel arra 1985-től volt először lehetőség (14). Biográfusai szerint orvosai egy része is bizonytalan volt a diagnózisban, mások, főként a betegség előrehaladott időszakában már pontosan látták a tünetek hátterét⁵. Élete utolsó 18 hónapja során influenzaszerű tünetek, fejfájások, jelentős fogyás, visszatérő lázas állapotok és perzisztáló száraz köhögés jelentkeztek (1, 6, 7). *Alan Sheridan* 1984 februárjában arról számolt be, hogy a filozófus tíz évvel idősebbnek nézett ki mint korábban (7), míg *Defert* egy interjúban arról beszélt, hogy *Foucault* 1983 decemberében betegségéről mint „komoly figyelmeztetésről” nyilatkozott, és élettársa szerint a gondolkodó

⁵ Az AIDS elnevezés csak 1982-ben született meg, a fejlett világban az első esetek kivétel nélkül kaliforniai és new york-i meleg közösségek tagjai között kerültek leírásra. Ez vezetett oda, hogy először a betegségről mint „homoszexuális rákról” beszéltek. Csak a későbbi időszakban, a hemofiliások és intravénás kábítószer fogyasztók körében megjelenő esetek vezettek a felismeréshez, hogy a betegség nemcsak homoszexuálisokat érint. 1984 tavaszán egy új vírus azonosítottak, és 1986-ban került bevezetésre a HIV terminus (1).

ekkor már tisztában volt vele, hogy haldoklik. Júniusi hospitalizációjáig azonban *Foucault* dolgozott, minden nap a megszokott helyén ült a Saulchoir könyvtárban, a bejáráttal szemközti asztalnál (7).

1984. június 2-án otthonában megszedült és kollabált, amelyet követően egy magánklinikára került (Clinique Saint-Michel), majd június 9-én átszállították a Salpêtrière-be, a kórházba, amelyről a *Bolondság története a klasszikus korban* című könyvében oly hosszan írt (1, 6, 7). A három részletes életrajz mellett *Foucault* utolsó hónapjaival kapcsolatosan két szépirodalmi forrás is rendelkezésre áll, élete utolsó szakaszának egy közeli barátja, egyesek szerint utolsó szeretője, más nézőpontok szerint plátói kapcsolata, egy fiatal művész *Hervé Guibert*⁶ regénye (15) és novellája⁷ (16), amelyben *Foucault* alakja könnyen felismerhető. Az utolsó hónap történései ezen öt forrás (1, 6, 7, 15, 16) alapján rekonstruálhatók. Kórházba kerülése után *Foucault* antibiotikus terápiában részesült, *Pneumocystis carinii* pneumonia és agyi toxoplazmózis miatt. Két hétig állapota javulást mutatott, utazást tervezett Andalúziába *Defert*, és az Elba partjára *Guibert* társaságában. Interjúkat adott és az utolsó könyveiről megjelent első recenziókat olvasta. Állapota azonban június 24-én rosszabbodott, magas láza jelentkezett (7),

majd 1984. június 25-én kora délután meghalt.

Paul Castaigne a Salpêtrière neurológiai részlegének vezetője az alábbi sajtóközleményt bocsátotta ki:

„*Michel Foucault* úr 1984. június 9-én került Salpêtrière Kórház idegrendszeri betegségekkel foglalkozó osztályára további vizsgálatok céljából, amelyek szeptikémiához csatlakozó neurológiai tünetek miatt váltak szükségessé. Ezek a vizsgálatok az agy számos területén fennálló gennyesedést igazoltak. Antibiotikus kezelés kedvező hatású volt, a remisszió a múlt héten lehetővé tette, hogy *Foucault* úr elolvashassa az utolsó könyveire kapott reakciókat. Egy hirtelen rosszabbodás azonban a javulásnak minden reményét eloszlatta, és június 25. 13 óra 15 perckor bekövetkezett a halál.” (6, 327. old.).

1984. június 29-ének reggelén, a Franciaországban hagyományos „*la levée du corps*”, szó szerinti fordításban, „*a test felemelése*” ceremóniáján, amely során a koporsóban levő halott elhagyja a hullaházat, barátok és tisztelők gyűltek össze. A ceremónia végén – *Foucault* közeli munkatársa, sokáig közeli barátja, a szintén jelentős posztmodern filozófus – *Gilles Deleuze* olvasott fel *A szexualitás története* utolsó kötetének előszavából.

Foucault halálakor 57 éves volt.

⁶ *Guibert* néhány évvel később szintén AIDS-ben betegedett meg, majd 1991. december 27-én követett el öngyilkosságot, AIDS-re szedett gyógyszereinek túladagolása következtében (7).

⁷ *Guibert* novellájából származik az a legenda, hogy *Foucault* apja gyermekkorában arra kényszerítette a filozófust, hogy a sebészeti műtőben végignézzon egy lábamputációt, azért hogy „férfit neveljen belőle”. *David Macey* biográfiája nem igazolja a történet valóságosságát (7).

Irodalom

1. MILLER J:
The Passion of Michel Foucault. Harper
Collins, London, 1993.
2. SUTYÁK T:
Michel Foucault gondolkodása. Attraktor,
Máriabesnyő-Gödöllő, 2007.
3. MARK L:
A zabolátlan értelem. Értelmiségiek
a politikában. Európa Kiadó, Budapest, 2005.
4. SIEGEL J:
Avoiding the Subject: a Foucaultian Itinerary.
Journal of History of Ideas, 1990; (51):273–299.
5. KRIEGEL B:
Michel Foucault – ma. Holnap Kiadó,
Budapest, 2007.
6. ERIBON D:
Michel Foucault. Harvard University Press,
Cambridge, MA, 1991.
7. MACEY D:
The Lives of Michel Foucault. Verso, London,
2019.
8. KELEMEN G:
A velünk élő szenvedélyek. Szenvedélypolitika
és egészségtanulás. Pannónia Könyvek, Pécs,
2009.
9. CARVALHO J:
Fact and fiction: writing the difference
between suicide and death. Contemporary
Aesthetics Journal, 2006; Vol 4., Open Access.
10. MILLER J:
Michel Foucault szenvedélyei. Vulgo, 2000,
3-4-5, 380-414.
11. TÉNYI T:
Nietzsche és a pszichológia. PTE, Pécs, 2007.
12. SZILY L:
[https://444.hu/2021/03/29/pedofilia-
vadtolva-meg-egy-hires-liberalis-francia-
entellektuel-michel-foucault-sztarfilozofust](https://444.hu/2021/03/29/pedofilia-
vadtolva-meg-egy-hires-liberalis-francia-
entellektuel-michel-foucault-sztarfilozofust)
13. MILLER J:
[https://publicseminar.org/essays/why-we-
shouldnt-cancel-foucault/](https://publicseminar.org/essays/why-we-
shouldnt-cancel-foucault/) 2021
14. ALEXANDER TS:
Human Immundeficiency Virus diagnostic
testing: 30 years of evaluation. Clin Vaccine
Immunol, 2016; (23):249–253.
15. GUIBERT H:
To the friend who did not saved my life.
Semiotext(e), 2020.
16. GUIBERT H:
Les Secrets d'un homme. In: Mauve le Vierge.
Gallimard, Paris, 1988.

A múlt örök(sége) – emlékek és gondolatok a 100 éves pécsi klinikáról

Osváth Péter

605

PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

A közelmúltban több könyv is megjelent a pécsi pszichiátriai-pszichoterápiás iskola megalapítójáról/tól. Írásom azonban nemcsak könyvajánló, mert ezeknek a köteteknek a bemutatása lehetőséget ad arra, hogy visszatekintsünk a pécsi Pszichiátriai Klinika múltjára, iskolatevő személyiségeire és ezen keresztül a 20. század pszichiátriájának fejlődésére, eredményeire és tanulságaira. Miért lehet ez fontos? Személyiségünk fejlődését, identitásunk (ki)alakulását transzgenerációs örökségünk, és a velünk történt események határozzák meg. Hivatásunk múltja, az orvostudomány haladása és szakmai makro- és mikroközösségünk története meghatározó jelentőségű a szerteágazó társadalmi és kulturális összetevővel bíró pszichiáter-identitás kialakulása és fejlődése szempontjából. Ebben kulcsszerepe van az „alma materünk” és a tanítómestereink által közvetített értékeknek és magatartásmintáknak (13). A visszaemlékezésekhez kapcsolódóan, a múlt eseményeinek és személyiségeinek bemutatásával a pécsi Pszichiátriai Klinika szellemiségének történetét szeretném felvázolni, a kezdetektől egészen napjainkig.

Reuter Camillo professzor és a pécsi Idegklinikának születése

Ebben az évben a Pécsi Tudományegyetem híres pécsi professzorokat bemutató sorozatának nyitóköteteként jelent meg a *Reuter Camillo* professzorról szóló kiadvány, „Egy XX. századi pécsi polgár és elmegyógyász munkássága” címmel (4). Ez a cím nagyon szemléletesen utal *Reuter Camillo* sokoldalú tehetségére és szerteágazó tevékenységére, melyek „reneszánsz”

egyéniségét a 20. század első fele pécsi közéletének meghatározó személyiségévé tették. Életútjának áttekintése egyben bepillantást enged a pécsi polgárosodás és az egyetemi várossá válás izgalmas folyamatába is.

A kötet első fejezetében a családtagok (unokája és dédunokái) személyes dokumentumok és más forrásmunkák feldolgozása alapján mutatják be *Reuter Camillo* élettörténetét, pályafutását és közéleti tevékenységét. Szakmai karrierjének áttekintése során megismerhetjük a professzor nagyívű munkásságát a budapesti klinikán töltött gyakorlóévektől kezdve, a zágrábi hadikórházon keresztül egészen a pozsonyi egyetemi tanári kinevezéséig, majd a pécsi Idegklinikának megszervezéséig. Leszármazottjai gazdag levelezésén és más személyes dokumentumokon keresztül nagyon szemléletes arcképet vázolnak fel, így szinte megelevenedik előttünk a klasszikus pécsi polgár megtestesítője. Szerénységét és humanista világnézetét jól mutatja az alábbi idézet, mely a Pécsi Naplóban, 1926-ben megjelent cikkéből származik: „*Nem szeretek magamról beszélni, még kevésbé magamról beszélni. Kontemplatív ember vagyok, s ezért inkább messziről szeretem az emberek tülekedését nézni. Nagyon szeretek mosolyogni s erre ilyenkor elég alkalom nyílik. Csuda ez a világ, uram s még csudálatosabbak az emberek*” (33. old.). Az elmeorvoslásról így nyilatkozik: „...*ma sem bántam meg, ha még egyszer a világra jönnék, megint csak orvos lennék. Talán ez a legemberibb hivatás: gnoti szeauton... Rengeteg fáradtság és tapasztalat kell ahhoz, hogy foglalkozásunk érdekességét megtaláljuk. Ha valahol az életben, különösen az orvostudományban individualizálni kell. Minden ember, minden betegünk egy külön tanulmányt kíván. Mert csak*

az lehet jó elmeorvos, aki minden betegnek lelkebe beleélni tudja magát... Mindent meg kell érteni, hogy mindent meg tudjunk bocsájtani... Megértjük az alacsony lelkek kicsiny játékait és a mélyen érző emberek lelki viharait – hisz ez az emberi... Jó orvos, csak jó ember lehet. Csak szeretni kell a beteget és lehet is... Az emberi lélek minden gyarlósága mellett is sok szépséget rejtget, csak meg kell találni. Ez az orvosi optimizmus és idealizmus alapja” (34. old.). Ezen alapelveket a klinika gyógyító munkájában is megvalósította, úttörője volt a különböző foglalkoztatási (háztartási munkák, műhelyek, kertészet, állatgondozás) terápiák alkalmazásának, pácienseinek korlátozása helyett támogatta aktivitásukat és tehetségük kibontakozását. Műértő tevékenységének köszönhetően, nagy érdeklődést mutatott a betegek alkotásai iránt is, mely a pécsi klinika képzőművészeti gyűjteményének megalapítását eredményezte.

Korábbi mestere, *Moravcsik professzor* is kiemelte kivételes szakirodalmi jártasságát, a klinika kivételesen gazdag könyvtárának megalapítása is a nevéhez fűződik. *Reuter* professzor nemcsak szakkönyveket gyűjtött, de szépirodalmi műveket, ritka és értékes kiadványokat is, munkássága során kiemelkedő könyvtárat hozott létre. Gyűjtőszenvédélye a könyveken kívül képzőművészeti alkotásokra és ex librisekre is kiterjedt. Művészetpártoló tevékenysége során számos alkotót támogatott.

Szerteágazó közéleti tevékenységei közül kiemelkedik a Mecsek Egyesület munkájában való részvétele, mely szorosan kapcsolódott kedvenc időtöltéséhez, a természetjáráshoz. Ennek a közösségnek fő célja a természet megismertetése és megszerettetése, valamint a kirándulás népszerűsítése volt. Számos publikációt közölt ebben a témában is és az egyesület alelnökeként sokat tett a Mecsek turistaútjainak fejlesztése és karbantartása érdekében. Kirándulásai során gazdag növénygyűjteményt állított össze, mely később a Nemzeti Múzeumba került, ahol sajnos az 1956-os forradalom során megsemmisült.

A kötetben a családtagok munkái mellett több kiváló szakember írását is olvashatjuk, akik *Reuter* professzor gazdag érdeklődési körének egyes részterületeit tekintették át. *Farkas Judit*

Antónia bibliofil és műpártoló aktivitását ismertette. A professzor könyvtárában szakkönyvek, lexikonok, szépirodalmi művek és igazi könyvritkaságok is szerepeltek. A gyűjtemény gazdagságát a szerző több ritka és érdekes kötetrel illusztrálja és *Reuter Camillo* kiterjedt bibliofil aktivitását is bemutatja. Képzőművészeti gyűjteményében jelentős helyet foglaltak el a kisgrafika műfajába tartozó ex librisek, melyek közül több alkotást is megtekinthetünk a képmellékletben. *Bátai István* és *Kerényi Mónika* a természet szerető orvos képét vázolta fel és betekintést nyújtottak a mecseki turizmus hőskorába is. Az újságcikkek és visszaemlékezések, valamint a fényképek szemléletesen mutatják be *Reuter* természetjáró szenvedélyét és aktivitását.

Simon Mária, a pécsi Pszichiátriai Klinika docense évek óta gondozza a klinika – közel százéves múltra visszatekintő – kifejezéspatológiai és művészeti gyűjteményét, melyet *Reuter Camillo* alapított. Írásában bemutatja a gyűjtőmunka hagyományait és kulturális kontextusát is. A hatalmas gyűjteményt két különösen tehetős páciens (J.A. és I.L.) alkotásaival illusztrálta, melyeket a képmellékletben láthatunk. Az írásos tárlatvezetés során nemcsak az érdekes képeket ismerhetjük meg, hanem bepillantást nyerhetünk a páciensek kórtörténetébe is. Ezen keresztül megismerhetjük az antipszichotikus pszichofarmakológiai kezelés előtti korszak szkizofrén pszichózisainak fenomenológiai sajátosságait és az adott korszak (a 20. század első fele) hatását a pszichiátriai betegséggel élők tünettanának kialakulására. Ez a gyűjtemény is fontos üzenetet hordoz számunkra, hiszen ebben is tükröződik „az érzékeny látásmód és tisztelet, ahogy *Reuter Camillo* megőrizte e különös világ lenyomatait...”. Ezen beállítódás célja „a megőrzés, konzerválás, a kontroll és dominancia helyett a megismerés és a megmentés vágya” (142. old.). A szerző kiemeli, hogy „*Reuter Camillo* a korát megelőző ökozófus, aki *Felix Guattari* szavaival élve, szem előtt tartja „a bolygó minden életformájának jövőjét is: az állat és növényfajokét csakúgy, mint az olyan testetlen fajokét, amilyen a zene, a művészetek, a mozi, az időhöz való viszony, a szeretet s együttérzés” (143. o.).

Reuter professzor elmeorvos munkásságába *Tényi Tamás* és *Simon Mária* írásai nyújtanak betekintést. *Tényi* professzor *Reuter Camillo* – még fiatal klinikusként közölt – két dolgozatát mutatja be, melyben a paranoid tünetképzéssel, elsősorban a téveszmékkel járó deluzív zavarok nozológiájával és differenciáldiagnosztikájával foglalkozik, valamint egy paranoid tünettannal bíró gyermek esetét elemzi. *Tényi* professzor nemcsak a *Reuter* dolgozatait mutatta be, de áttekintette a több mint százéves írárok tudománytörténeti kontextusát is. A szerző kiemeli *Reuter* konzervatív szemléletét, a fenomenológiai, deskriptív pszichopatológiai megközelítés szempontjainak előtérbe helyezését és nozológiai igényességét is. *Simon Mária* *Reuter* egyik legjelentősebb írása „*A háború szerepe az elmebajok kóroktanában*” című közleményét mutatta be a korszerű stressz- és traumakutatások tükrében. Ebben az írásában, mely a I. világháború idején, 1916-ban született, *Reuter* a zágrábi katonakórház elmeosztályának vezető orvosaként szerzett tapasztalatait foglalta össze, számos tanulságos esetbemutatóval szemléltetve az elméleti szempontokat. Ez a tanulmány szolgált alapjául az 1917-ben lefolytatott rehabilitációs eljárásnak, melynek eredményeként *Reuter Camillo* elnyerte a magántanári képesítést. Gyakorlati tapasztalataira támaszkodó dolgozatában elsősorban olyan eseteket vázolt, ahol az elszenvedett háborús traumák (akut vagy elhúzódó) pszichotikus tünettannal kialakulását eredményezték. Ezen kívül exogén okok által kialakult pszichózisokat és más viselkedészavarokat is bemutatott. Ez az időszak jelentette a traumakutatás bölcsőjét, hiszen a háborúban elszenvedett megrázkódtatások talaján számos – korábban még nem észlelt – idegrendszeri eltérés jelentkezett. Ezek etiológiai hátterének felderítése és hatékony kezelése hatalmas kihívást jelentett a kor elmeorvosai számára. Ebben a fejezetben *Simon Mária* összefoglalta a háborús traumákkal kapcsolatos kortárs szakirodalom legjelentősebb megközelítéseit és ezek tükrében értékelte *Reuter* professzor áttekintő tanulmányát. Az első világháborút követően a háborús tünetek okait illetően a tudományos viták többnyire arról folytak, hogy ezek hátterében

organikus idegrendszeri eltérések (mikrostrukturális agyi elváltozások), vagy inkább lelki megrázkódtatások állnak. A másik vitás pont pedig az volt, hogy milyen tényezők tehetők felelőssé a pszichés reakciókért, azaz hogy feltételezhető-e valamilyen hajlamosító tényező (mai szóval vulnerabilitás) a háttérben. A szerző megemlíti *Ferenczi* traumafelfogását is, mely jelentős hatással volt a pszichoanalízis fejlődésére. Érdekes módon a háborús pszichiátriai kórképek nozológiai besorolására vonatkozóan kevés adattal rendelkezünk. A szerző egy 2012-es német tanulmányt idéz, mely a korabeli kórrajzok elemzése során a disszociatív és konverziós zavarok jelentős gyakoriságát találta. A szerző feleleveníti a Kleist-féle Schreck (rémület)-pszichózis koncepciót is, mely tulajdonképpen az akut stresszre adott pszichotikus reakciónak tekinthető és markánsan elkülönül a háborús neurózisoktól. A *Reuter* professzor által bemutatott háborús pszichózis esetei jelentős hasonlóságot mutatnak a Kleist-féle koncepcióval. *Reuter* megfigyeléseinek jelentőségét az hangsúlyozza, hogy dolgozata megelőzte *Kleist* tanulmányát. *Simon Mária* kiemeli, hogy *Reuter* „éles szemű klinikusként” nemcsak az elszenvedett traumák következtében kialakuló heterogén tünettannal írta le, de utalt a premorbid személyiség predisponáló szerepére és felismerte a környezeti (fizika, szomatikus, pszichológiai) hatások komplexitását is. A szerző hangsúlyozza *Reuter* úttörő szerepét abban, hogy – korát jóval megelőzve – tulajdonképpen a stressz-vulnerabilitás modell segítségével értelmezte eseteit és rámutatott arra, hogy a tünetek súlyossága és lefolyása a személyiség predispozíciója és a környezeti stressz sajátos interakciójának függvénye. Így álláspontja azon etiológiai megközelítések korai előfutárának tekinthető, melyek a pszichés zavarok kialakulását a gén-környezet interakció kontextusában értelmezik. Ez azért tekinthető korszakalkotó felismerésnek, mert *Reuter* ezt a tudomány azon fejlődési időszakában írta le, amikor még a legalapvetőbb biológiai-genetikai háttérelméletek és idegtudományi vizsgálóeszközök sem álltak rendelkezésre.

A fenti dolgozatok alapjául szolgáló eredeti *Reuter* közlemények is szerepelnek az emlékkö-

tet második részében, mely *Reuter Camillo* legjelentősebb tudományos közleményeit tartalmazza. A tudományos munkásságát tükröző válogatott bibliográfiát az emlékkötet végén olvashatjuk, mely szemléletesen mutatja be, hogy a professor milyen változatos témákkal foglalkozott. Az emlékkötetben – a már említeteken kívül – olvashatunk még a terhességi elmezavarról, a kataraktás és eklampsziás elmebajokról, a periódusosan ismétlődő hisztériás depressziós állapotokról, és olyan ritkább tünetekről is, mint például a paralitikus reszketés és az extrakampin hallucinációk. Ezek a dolgozatok részletes kazuisztikák, melyekben az érdekes pszichopatológiai áttekintések mellett szemléletes leírásokat olvashatunk a betegségek lefolyásáról is. Ezek az írások is nagyon jól tükrözik *Reuter* gyakorló elmeorvosi készségeit és gazdag klinikusi tapasztalatait.

Reuter Camillo 1902-ben az Orvosi Hetilapban közölte tíz részes „összefoglaló szemlét” „*Az elmekórtan haladása*” címmel. Ebben széleskörű szakirodalmi tájékozottsága alapján tekintette át a 19. század leggyakoribb pszichiátriai zavarait, valamint a kortárs nozológiai és elmekórtani szempontokat. Tanulmánya nemcsak fontos és érdekes illusztrációul szolgál a pszichiátriai klasszifikáció hőskorának ismereteihez, hanem bemutatja *Reuter Camillo* széleskörű látásmódját is. Kiemelte az elmebajok heterogén etiológiáját és tünettanát, és hangsúlyozta a klinikai megfigyelések elsődleges jelentőségét. Ismertette a kor legfontosabb betegségeit, a demencia paralitiktól kezdve, az alkohol okozta idegrendszeri betegségeken és a különböző organikus pszichoszindrómákon (mint például az epilepsziához társuló elmezavarok) keresztül egészen az exogén eredetű (infekciók, pellagra, mixödéma) kórformáig. Hangsúlyozta a delíriumok heterogén patogenezisét. Írásában foglalkozik a puerperális elmebajokkal és olyan tényezők szerepét is elemezte, mint például a fogság, vagy a különböző traumák. Részletesen áttekintette a paralízis progressívával kapcsolatos aktuális teóriákat, valamint a tüneti kép jellegzetességeit, és felhívta a figyelmet a korai felismerés és kezelés fontosságára. Bemutatta az akkoriban korszerűnek számító kezelési lehe-

tőségeket is. Már abban a korban is a pszichiátriai kutatások előterében állt az objektíven vizsgálható elváltozások felderítése. Nagyon érdekes *Reuter* írásának azon része, melyben a pszichiátriai vizsgálómódszerekkel kapcsolatos aktuális közléseket tekintette át. Ezek között említi a különböző mozgás- és mimikavizsgálatokat (mint például a homlokráncolás lenyomatának elemzése kormozott papír segítségével), a pupillareflexek vizsgálatát, a testhőmérséklet, a vérnyomás és a vércukorszint követését, vagy a vér, a vizelet, és a likvor analízisét. Foglalkozik az emlékezőképesség változásaival és a katatón tünettan háttérével is. Nagyon izgalmas a betegség tudat, a betegségbelátás fogalmának elemzése és a beszámíthatóság kérdésének tárgyalása. Bemutatta a dementia precox-szal és az „időszakos elmebajokkal” kapcsolatos aktuális elméleti megközelítéseket is. Áttekintő tanulmánya végén ismertette a korszak alapvető terápiás lehetőségeit, a bróm, a hyoscin és a hedonal kezeléssel kapcsolatos tapasztalatokat. Az alkoholizmus kezelésében tárgyalta a teljes absztinencia fontosságát. *Korsakow* előadása nyomán ismertette az akkor egyre elterjedtebbé vált „ágyban való elhelyezés”, mint terápiás módszer feltételeit, indikációit és terápiás előnyeit. Hangsúlyozta, hogy alkalmazását minden esetben a páciens aktuális állapota és szükségletei határozzák meg, és minden esetben gondos szakápolást igényel. Ismertette a családi kezelés lehetőségeit is, és kiemelte ennek legfontosabb előnyeit (mint például az egyéni sajátosságok figyelembevétele, a foglalkoztatás támogatása, az önállóság és aktivitás növelése, a munkaképesség javítása, és a közösségbe való integráció elősegítése). Összefoglalva megállapítható, hogy *Reuter Camillo*, kezdő klinikusként közölt tanulmánya jól illusztrálja azokat a korszerű, humanisztikus és klienscentrikus alapelveket, melyeket elmeorvosok munkássága során megvalósított. Tudománytörténeti érdekesség mellett hűen tükrözi *Reuter* klinikusi szemléletét, melyben a gyakorlati megfigyelések, a gondos betegvizsgálat, a tünetek pontos nozológiai besorolására való törekvés, valamint az elmebajok háttérének komplex megközelítése, és a páciensek egyedi sajátosság-

gainak maximális figyelembevétele álltak a középpontban.

Reuter Camillo munkássága sok fontos tanulságot hordoz napjaink pszichiátereire számára. Gazdag klinikusi pályája során megvalósította azokat a humanisztikus-hermeneutikus, betegközpontú alapelveket, melyeket napjaink túltechnikizálódott orvoslásában sem szabad figyelmen kívül hagynunk. A *Reuter* emlékkötet nemcsak sokféle kórrajzot tartalmaz, de egyben fontos korrajz is, mert nemcsak *Reuter Camillo* életművéről szól, de „a korról, a városról, a családról” és természetesen a pécsi klinikáról is. Így ez a történelmi visszatekintés nemcsak a nemzet, a város és a pszichiátria múltjáról és szűkebb szakmai otthonunk, a pécsi Pszichiátriai Klinika megalapításának történetéről árul el sokat, de fontos tanulságokkal szolgál a jelen és a jövő számára is, hiszen *Reuter* professzor „reneszánsz” személyisége, humanista szemlélete és gazdag életműve tette lehetővé a pécsi klinika – mind a mai napig meglévő – szellemiségének kialakulását.

Szemelvények a Környey-klinika életéből

Reuter Camillo visszavonulását követően 1947. június 27-én *Környey István* professzort nevezték ki a pécsi Ideg- és Elmeclinika igazgatójának, aki 25 évig töltötte be ezt a pozíciót (2). Erről az időszakról részletesen olvashatunk *Mérei F. Tibor Környey István* munkásságát bemutató monográfiájában, mely az Akadémiai Kiadó *A múlt magyar tudósai* sorozatában jelent meg 1994-ben (2). Igazgatói kinevezése jelentős változásokat hozott a klinika életében, mert míg *Reuter* elsősorban pszichiáter volt, addig *Környey* professzort az elmeorvosság kevéssé érdekelte (12, 91. old.), és egyik legfontosabb céljával egy idegsebészeti osztály felállítását tűzte ki. *Mérei* professzor művéből nemcsak *Környey István* személyiségét, szerteágazó tudományos és szakmai szervezői tevékenységét és munkatársait ismerhetjük meg, de bepillantást nyerhetünk a klinika mindennapi életébe is. *Mérei* felidézi *Környey*nek, az orvosképzésre vonatko-

zó, 1948-ban közölt elképzeléseit (96. old.), mely nagyon jól tükrözi az ideg- és elmeorvosság aktuális helyzetével kapcsolatos állásfoglalását. Ebben a *Környey* áttekintette a legújabb idegrendszeri kutatási eredményeket és hangsúlyozta az idegsebészeti osztály létrehozásának fontosságát. Kiemelte az „orvosi pszichológiai collegium” jelentőségét, mely jó alapot ad a megfelelő elme- és idegkórtani képzéshez. A korszerű orvosképzésben „a lélektani gondolkodás kifejlesztését és a gyakorlati tevékenységhez szükséges ismeretek megszerzését” hangsúlyozta (104. old. – kiemelés az eredeti szövegben).

Ebből a kötetből *Környey* igazgatói tevékenységének számos korszakalkotó aspektusát is megismerhetjük (mint például az idegsebészeti tevékenység megindítása), azonban *Mérei* az akkori elmeosztályról nem fest túl jó képet: „Még a *Reuter*-hagyatékából származó beteganyag volt az elmeosztályokon, többségük defect elmebeteg, akikkel egy aktív pszichiáternek nem volt már tennivalója” (111. old.)

Mérei a *Környey*-klinika munkatársai között számos pszichiátert is bemutatott. Kiemelésre érdemes *Jakab Irén* munkássága (2), aki a klinika alagsorában gyermekpszichiátriai rendelőt alakított ki. Ennek működtetéséhez gyógypedagógus segítőt toborzott, akik a pszichológiai vizsgálatokat végezték (17). *Mérei* is említi *Gyenge Andornét*, aki *Jakab Irén* távozását követően is a klinikán maradt és a „beszédzavarok rehabilitációjában végzett nagyon hatásos és kiváló munkát” (139. old.). (Számomra ennek fontos személyes vonatkozása van, hiszen ő volt anyai nagymamám, akinek a Rorschach-tesztek felvétele során alkalmazott jelölései ma is megtalálhatók az archivált kórrajzokban).

Jakab Irén professzor munkássága

Ebben az időszakban – a reuteri hagyományok méltó folytatásaként – *Jakab Irén* kezdett foglalkozni a kivételesen gazdag művészeti anyag kifejezéspatológiai feldolgozásával, mely az 1956-ban franciául és németül megjelent híres és díjazott művének alapját képezte. Az átdol-

gozott és kibővített magyar kiadás 1998-ban az Akadémiai Kiadó gondozásában jelent meg „*Képi kifejezés a pszichiátriában*” címmel. A „*Pszichiátriai és művészeti elemzés*” alcímet viselő, gazdag képanyaggal illusztrált kötetben a *Jakab Irén* bemutatta a mentális zavarokkal küzdők alkotásainak szerepét a pszichiátriában és a művészetterápiában, hangsúlyozva a művek diagnosztikai és prognosztikai értelmezésének szerepét a páciensek jobb megértésében. A kötet első részében áttekintette a különböző művészeti alkotások elemzésének és terápiás felhasználásának történetét. Video-művészetterápiás módszerének alkalmazását egy érdekes családterápiás esettel illusztrálta. Könyvében ismertette a mentális zavarokkal küzdő páciensek művészi kifejezésével kapcsolatos kutatásait a pécsi klinika pácienseinek alkotásai alapján. Az eredeti mű tizenöt körtörténet és képanyag elemzését tartalmazta, melyek *Reuter Camillo* gyűjteményéből származtak. Ezt egészítette ki H. ZS. esetével, akit 1959-ben vettek fel a klinikára szkizofrénia diagnózissal és később festőművészként teljesedett ki pályafutása (jelenleg is több alkotása látható a klinika falain). A szerző hangsúlyozta, hogy az alkotási folyamat komoly öngyógyító szerepet játszott a tehetséges páciens esetében. A kötet zárófejezeteiben a páciensek alkotásainak művészeti szempontból történő elemzéséről, valamint a gyermekrajzokkal és az archaikus népek alkotásaival való összefüggésekről olvashatunk. *Jakab Irén* kifejezéspanológiai alapműve nagyon jól illusztrálja azt, hogyan jelennek meg a páciensek személyiségjellemzői, érzelmi állapotai, valamint különböző pszichopatológiai jellemzőik az alkotásokban, és milyen diagnosztikai és prognosztikai következtetések vonhatók le ezek alapján. Ez a kötet napjainkban is sok fontos tanulsággal szolgál a mentális zavarok gyógyításával foglalkozó szakemberek számára.

Jakab Irén professzor személyiségéről, élettörténetéről és páratlanul gazdag munkásságáról – mely később a bostoni és a pittsburghi egyetemen teljesedett ki – számos helyen olvashatunk (15, 17, 19). A pécsi klinikával egészen a 2011-ben bekövetkezett haláláig nagyon intenzív kapcsolatban volt, több alkalommal látogatott

haza és számos rendezvényen számolt be tapasztalatairól. Segítette és támogatta a klinika munkáját és a klinikán dolgozók szakmai fejlődését. Sokoldalú tevékenységét 1999-ben a Pécsi Tudományegyetem díszdoktori cím odaítélésével ismerte el. A pécsi klinika sorsát mindig is a szívében viselte, nagylelkű támogatása tette lehetővé a klinika *Jakab Irén* Alapítványának létrehozását.

Az Ideg-Elme Klinika a 70-es és 80-as években

1972-ben *Pálffy György* nyerte el a pécsi klinikai igazgatói posztját, ezt 1987-ig, a Pszichiátriai Klinika önállóvá válásáig töltötte be (2). Bár ebben az időszakban az Ideg-Elme Klinika tradicionális hagyományai nem változtak, *Trixler Mátyás*, fiatal és tehetséges munkatársaival együtt már a haladó, humanisztikus pszichiátriai megközelítést képviselték, ahogy erről *Trixler* professzor tanítványai is beszámoltak. *Stark András* főorvos 2000-ben, *Trixler Mátyás* 60. születésnapját köszöntő rendezvényen tartott előadásában a 70-es években az elmeosztályok működését „*a nehéz élethelyzetű, sorsú betegeink iránti tiszteletből fakadó, együttérző gyógyító munka kiszámíthatóságával, rendszerességével*” jellemezte. A korábbi elődök (első sorban *Reuter Camillo* és *Jakab Irén*) nyomdokain „*a művészet gyógyító hatásának, erejének becsempészésével, papírt, festéket, ecseteket, szírkértát vettünk, és adtunk betegeink kezébe, akik közül képzett festőművész, nem egy igazi tehetség is akadt. Az alkotás öröme, kézzelfogható eredményei továbblépésre sarkalltak bennünket*” – idézte fel *Stark András* a művészetterápia újrakezdésének időszakát (16). A klasszikus elme-gyógyászat szűk terápiás eszköztárán túl egyre inkább előtérbe kerültek a szociálpszichiátriai és pszichoterápiás szempontok is, elkezdődtek a csoportterápiák, és elindult a klinikai nagycsoport. Szerencsére *Pálffy* professzor „megengedő és toleráns” volt az új módszerekkel kapcsolatban, így egyre inkább elterjed a pszichodinamikus-pszichoterápiás szemléleten alapuló csapatmunka, „*a hagyományos kauzális gondol-*

„kodást át kellett fordítani a rendszerszemléletű gondolkodásra a pszichológiában, pszichiátriában” (8). A humanisztikus-holisztikus szemlélet közel ötven éve ismét megjelent a pécsi klinika gyógyító-kutató-oktató tevékenységében. Ahogy *Gáti Ágnes* docens is hangsúlyozta, a pécsi klinikán „a pszichiátria szinte egész spektruma képviselve volt és van a mai napig”, hiszen a gyógyítás alapvetően pszichoterápiás szemlélet alapján történik, míg a kutatásokban a szociálpszichiátria mellett megjelenik a biológiai pszichiátriái és a genetika megközelítés is (8).

Ozsváth Károly professzor „útjai”

Ez a komplex szemlélet a későbbiekben is meghatározta a klinika komplex gyógyító, oktató és kutató tevékenységét. 1987-ben *Ozsváth Károly* vette át a klinika igazgatását, aki korábban a pécsi Honvéd Kórház Ideg-Elme Osztályát vezette (2). *Ozsváth* professzor nemrég töltötte be 95. évét, és ez alkalomból jelentette meg a visszaemlékezését „*Járatlan utakon. A katonai pszichiátriától az egyetemi katedráig*” címmel. Ebben áttekinti szakmai karrierjének legfontosabb állomásait az orvostudományi egyetemtől kezdve a budapesti Központi Honvédkórházon, majd a csapatorvosi szolgálaton és a Honvédelmi Minisztériumon keresztül egészen a pécsi Honvédkórház legendás osztályáig, majd az Idegklinikáig. Szakmai emlékeinek felidézése során megismerkedhetünk a 20. század magyar ideg-elmegyógyászatának legendás alakjaival (*Juhász Pál, Nyíró Gyula, Környey István*) és a hazai pszichiátria fejlődésének fontos állomásaival. Beszámolt a pécsi Honvédkórház Ideg-Elme Osztályának kialakításáról és működéséről, valamint a különböző szűrővizsgálatok megszervezéséről és szerteágazó kutatási témáiról is. *Ozsváth* professzor életútját áttekintő kötetéből megismerhetjük sokrétű szakmai és tudományos-közéleti aktivitását. Nagyon érdekes adalékokat olvashatunk a Magyar Pszichiátriai Társaság 1980-ban történt megalakulásának előzményeiről, melyben szintén aktív szerepet vállalt és egyik első alelnökévé választották.

Ozsváth Károly több fejezetben is foglalkozik

korszerű szociálpszichiátriai szemlélet alapelemeivel és gyakorlati alkalmazásával, valamint a lelki egészség pszichológiai és társadalmi háttér tényezőivel és ennek korszerű vizsgálati lehetőségeivel, különös tekintettel a társadalmi beilleszkedési zavarokkal foglalkozó devianciakutatásokra, melyben *Kézdi Balázs* és *Kóczán György* is fontos szerepet játszottak. Ez teremtette meg a pécsi öngyilkosságkutatás hagyományait, melyek jelenleg is zajlanak *Fekete Sándor* professzor vezetésével. A pécsi munkacsoport eredményei komoly előrelépést jelentettek a magyar öngyilkossági szcena komplex hátterének megismerésében (5, 6).

Ozsváth professzor a 70-es évek közepétől vendégelőadóként vett részt a pszichiátria oktatásában, mely egyre népszerűbbé vált az orvostanhallgatók körében. A pécsi Honvédkórház, a felnőtt és gyermekpszichiátriai gondozókkal együtt pedig a medikusok gyakorlati oktatásának helyszínévé vált. *Grastyán Endre* professzor kezdeményezése nyomán szerveződött meg az orvosi pszichológia oktatása, melynek osztályos háttérét a Honvéd Kórház Ideg-Elme Osztálya képezte. Így indult el az a különleges műhelymunka, mely a pécsi pszichiátriai, pszichoterápiás és pszichológiai képzés fontos bázisát képezte a pécsi Mentálhigiénés Intézettel és a pécsi SOS Élet Telefonszolgálattal együtt. Ebben az együttműködésben *Kézdi Balázs* professzor, *Stark András* főorvos, *Pörczi József* főorvos és *Kóczán György* egyetemi docens is fontos szerepet játszottak.

A klinika haladó hagyományai – a szociálpszichiátriai szemlélettel gazdagodva – folytatódtak 1987-től, amikor *Ozsváth* professzor klinikaigazgatói kinevezésekor az intézmény önállóvá vált Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika néven. Ekkor az addig külön működő Orvosi Pszichológiai Csoport is a klinika részévé vált. *Ozsváth* professzor számára sem az egyetemi oktatás, sem a klinika nem volt teljesen ismeretlen, hiszen már évek óta részt vett a medikusok, orvosok és pszichológusok képzésében. *Ozsváth* professzor 1965–1967 között – amikor a Honvéd Kórház felújítása zajlott – a klinikán „vendégeskedett”, ebben az időszakban a férfi pszichiátriai osztályt vezette. Visszaemlékezésében sok

tanulságos epizódot elevenített fel, melyek nagyon szemléletesen mutatják be a Környey-klinika mindennapi életét. *Ozsváth Károly* a korábbi hagyományok és a korszerű bio-pszichoszociális szemlélet alapján alakította át a klinika struktúráját, mely mind a mai napig meghatározza a gyógyító munkát. Ezen alapult az orvos-tanhallgatók elméleti és gyakorlati képzése is, melyben nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy a hallgatók aktívan részt vegyenek a páciensek vizsgálatában, majd az esetek részletes megbeszélésében is.

Ozsváth Károly kötetét a pályatársak és a tanítványok reflexiói és tudományos életrajza zárja, melyek jól tükrözik iskolateremtő szakmai, közéleti és tudományos munkásságát. Klinikaigazgatói tevékenysége során a klinika korábbi haladó hagyományait folytatva nyílt lehetőség a „pécsi iskola” komplex bio-pszicho-szociális szemléletének kiteljesedésére, mely mind a mai napig meghatározza mindennapi munkánkat. Integratív szemléletének köszönhetően egy olyan hálózat alakult ki, mely az eltérő szemlélettel bíró szakemberek együttműködését is lehetővé tette. Ez komoly előrelépést jelentett a mentális zavarokkal kapcsolatos kutatásokban, a páciensek gyógyításában és gondozásában, valamint az orvos-, a pszichiáter-, a pszichológus- és a pszichoterapeuta képzésben.

A pécsi klinika az ezredfordulón

Trixler Mátyás professzor 1993-ban vette át a klinika vezetését és egészen 2005-ig töltötte be az igazgatói posztot. Személyiségéről, életpályájáról, szakmai és tudományos tevékenységéről a 75. születésnapja előtt tisztelgő „*Az eltűnt idő nyomában*” című emlékkötetben számoltak be kollégái, barátai és tanítványai (7). *Trixler* professzor irányítása alatt komplex terápiás szemlélete alapján folytatódott a gyakorlatorientált oktatás és a szerteágazó kutatási aktivitás. Igazgatóként azonban számos gazdasági és szerkezeti változással kellett megküzdenie, melyek komoly kihívást jelentettek. Ezek megoldásában jelentős segítséget nyújtottak alapos és komplex idegtudományi ismeretei, pragmatikus

szemlélete és korábbi klinikusi tapasztalatai, valamint határozott és lényegretörő vezetési stílusa. Megkérdőjelezhetetlen szakmai tekintélye, megfontolt, józan és célorientált gondolkodása, személyiségének hitelessége jelentős segítséget nyújtott abban, hogy a pszichiátria – mint orvosi diszciplína – és a klinika egyre elfogadottabbá és elismertebbé válhatott az egyetem oktató-kutató-gyógyító szervezetében. Nyitottsága lehetővé tette, hogy a pécsi klinikán szerepet kaphassanak a 21. századi pszichiátria olyan területei is, mint például az új pszichoterápiás, csoportterápiás és művészetterápiás módszerek, vagy éppen a szuicidológiai és genetikai kutatások. *Trixler Mátyás* hűen képviselte, gazdagította és örökölt tovább a pécsi klinika klasszikus hagyományait, sikerrel ötvözte a 21. századi modern pszichiátriai szemléletmóddal. Az őt követő klinikaigazgatóknak, *Fekete Sándor* és *Tényi Tamás* professzoroknak köszönhetően ezek a humanisztikus-holisztikus alapelvek mind a mai napig a pécsi klinika ethosának alappilléreit jelentik.

A klinika központi szerepet töltött be a „pécsi iskola” kialakulásában, fejlődésében és fennmaradásában. Hangsúlyoznunk kell, hogy ez nem jöhetett volna létre a dél-dunántúli régió haladó szellemű szakembereinek együttműködése nélkül, mely – ahogy a korábbiakban is említettem – a 80-as években vált egyre gyümölcsözőbbé. Így a pécsi klinika köré egy olyan, számos csomóponttal rendelkező hálózat szerveződött, melyben egyre jobban érvényesülhettek a gyógyítás, az oktatás és a kutatás korszerű alapelvei. Szemléletes példaként említhetjük a 80-as években indult TBZ kutatásokat, melyben az öngyilkos viselkedés, az addikciók és más devianciaformák jellemzőit vizsgálták. *Ozsváth* professzor mellett ebben *Kóczán György* egyetemi docens is fontos szerepet játszott, aki a klinikán az Orvosi Pszichológiai Csoportot vezette. Ki kell emelnünk *Kézdi Balázs* professzort, aki szintén a pécsi klinikán kezdte pályáját. Tulajdonképpen ő tekinthető az első magyar pszichiáternek, mert az akkori szokásokkal szakítva, „csak” elmegyógyászatból szerzett szakképesítést. Ezt követően előbb a Mentálhigiénés Intézet, majd a legendás Szigetvári Pszichiátriai Osztály, az

1990-es években pedig a pécsi egyetem Pszichológiai Intézetének megalapításával alkotott maradandót. Az öngyilkossággal kapcsolatos narratív kutatásai lehetővé tették a diszkurzív szuicidológiai szemlélet kialakulását (11). *Kézdi* nevéhez fűződik az SOS Élet Telefonszolgálat létrehozása is, mely 1975 óta folyamatosan működik. Krízisintervenciós és öngyilkosság-megelőző tevékenysége mellett a Telefonszolgálat jelentős szerepet játszik a fiatal szakemberek képzésében és továbbképzésében egyaránt. A lélektani krízisekkel kapcsolatos tapasztalatokat a „*Mindennapi kríziseink*” címmel megjelent krízisintervenciós kézikönyvben összegeztük (3). *Stark András*, aki klinikai pályakezdése után *Kézdi Balázs* professzort követte a Mentálhigiénés Intézet élén, szintén komoly részt vállalt a telefonszolgálat megalapításában és szakmai irányításában. Sok más kolléga mellett ebben *Balikó Márta* és *Gyenge Eszter* főorvosnő szerepét emelhetjük ki. A szintén a klinikán kezdő *Farkas Gábor* főorvos mellett *Gyenge* főorvosnő nevéhez fűződik a pécsi gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátás korszerű modelljének kialakítása. Ebben a pécsi Gyermekideggondozó mellett az 1982–1989 között – a vezetésével működő – Szigetvári Serdülőpszichiátriai Osztály is kulcsszerepet játszott.

A 80-as évek végén a fentiekben részletezett szakmai hálózat aktivitásának köszönhetően indult el a pécsi iskola pszichoterápiás képzése, mely akkor még az egyetlen vidéki központként nyújtott lehetőséget a pszichoterápia elsajátítására. A pécsi iskola dinamikus szemléletének alkalmazása során szerzett tapasztalatok tették lehetővé az álommunkán alapuló rövid dinamikus pszichoterápia módszerének kidolgozását, melyben *Stark András* főorvos játszotta a vezető szerepet. A DREAM módszer elméleti szempontjainak és gyakorlati alkalmazásának részletes bemutatására „*Az álom alagútján*” című kötetben került sor, mely 1998-ban jelent meg és azóta is a pécsi pszichoterápiás képzés egyik fontos alappillért képezi (1).

Napjainkban a klinika több mint 100 éves falai között élünk és dolgozunk, miközben egyre gyorsabban változnak a hivatásunkat befolyásoló társadalmi, gazdasági és kulturális tényezők. A pécsi iskola múltja biztosítja, hogy hagyományaink ápolásával és megőrzésével, a modern idegtudományok komplex ismereteinek integrálásával és a humanisztikus értékek képviselésével minden páciensünk számára a leghatékonyabb segítséget tudjuk nyújtani. Kollégáimmal együtt igyekszünk jól gazdálkodni a klinika gazdag múltjának örökségével és törekszünk ennek gyarapításra és továbbadására.

Hogyan él tovább *Reuter* professzor humanista szellemisége napjainkban? *Simon Mária* egyetemi docens így fogalmazta meg ezt a kérdést: „...*A falakba ivódott? Talán a gyűjtemény is teszi? Hogy lehet, hogy teljesen különböző habitusú professzorok úgy váltották egymást, hogy egy bizonyos beállítódás azért végig megmaradt? Aztán az is lehet, hogy nemcsak az orvosok, hanem a betegek is továbbviszik. De néhányan igyekszünk fenntartani ezt a pécsiséget, ami a szakmai identitásunk része lett. Meglátjuk, meddig sikerül. Remélem beivódott a falakba, és nem lehet kiűzni...*” (4, 70. old.).

Írásomban a „pécsi iskola” történetének áttekintésével és kiemelkedő személyiségeinek bemutatásával próbáltam felvázolni, hogyan alakult ki a „pécsiség” a magyar pszichiátriában, hogyan fejlődött és örökítődött tovább az elmúlt évtizedekben, és hogyan vált szakmai identitásunk meghatározó alapjává. Biztos vagyok abban, hogy ez a szellemiség nemcsak a falakban, a képekben, az írásokban és gondolatainkban őrződött meg, de a klinika egykori és jelenlegi lakóinak lelkében is, függetlenül attól, hogy kliensként, orvosként vagy más segítőként éltek és dolgoztak a százéves falak között. Talán egy klasszikus idézet illusztrálja ezt a legjobban: „*A falak ereje nem a kőben vagy, hanem a védők lelkében.*” (*Gárdonyi*: Egri csillagok).

Irodalom

614

1. ÁRKOVITS A, OSVÁTH P (szerk.):
Az álom alagútján. A DREAM-terápia. Pro Die Kiadó, Budapest, 2008.
2. BENKE J (szerk.):
A pécsi orvostképzés intézetei és klinikái 1918–2008. Pécs, 2008.
3. CSÜRKE J, VÖRÖS V, OSVÁTH P, ÁRKOVITS A (szerk.):
„Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009, 2014.
4. DEZSŐ K (szerk.):
Dr. Reuter Camillo, egy XX. századi pécsi polgár és elmeorvos munkássága. PTE ÁOK, Pécs, 2021.
5. FEKETE S, OSVÁTH P:
Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 2004, Pécs.
6. FEKETE S, OSVÁTH P:
Suicide studies – from genetics to psychiatry and culture. University of Pécs, Hungary, University Press, 2005.
7. GÁTI Á, TÉNYI T (szerk.):
„Az eltűnt idő nyomában”. Trixler Mátyásra emlékezve. PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs, 2015.
8. GÁTI Á:
Ha elég nyitottak vagyunk, sokat tanulhatunk pácienseinktől. Beszélgetés Dr. Gáti Ágnes pszichiáterrel, pszichoterapeutával. Per Aspera ad Astra, 2021, VIII/1.
9. JAKAB I:
Képi kifejezés a pszichiátriában. Pszichiátriai és művészeti elemzés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1998.
10. JAKAB I:
Reuter Camillo (1874–1954). psychiatry.pote.hu/html/jakab_reuter.html
11. KÉZDI B:
A negatív kód. Kultúra és öngyilkosság. Pécsi Tudománytár, Pannónia Könyvek, Pécs, 1995.
12. MÉREI FT:
Környey István. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1994.
13. OSVÁTH P:
Merre tovább pszichiátria? Identitás, kompetencia és kooperáció – a XXI. Század kihívásai. Psychiat Hung, 2013, (28):111–121.
14. OZSVÁTH K:
Járatlan utakon. Oriold és Társai, Budapest, 2021.
15. SCHMIDT P:
Szeretet, szolgálat, szenvedély. 2. kötet. PTE ÁOK, Pécs, 2015.
16. STARK A:
Egy pszichiáter identitásának gyökerei avagy hogyan lettem pszichiáter? psychiatry.pote.hu/html/stark_egy_pszich.html
17. SZARKÁSSY GY:
Tegnaptól máig. Egy XX. századi asszony emlékei. Magánkiadás, 2014.
18. TÉNYI T:
Emlékezés Reuter Camillóra (1874–1954). Orvosi Hetilap, 1995; 136:2063.
19. TÉNYI T:
Pszichiátria és művészet. Válogatott frások. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2013.

„Praecox-Gefühl” – Rövid rátekintés

Tényi Tamás, Csulak Tímea, Herold Márton, Kovács Márton Áron

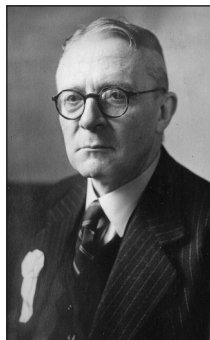
PTE, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

615

A szkizofrén pszichózisok diagnózisa jelenleg operacionalizált diagnosztikai kritériumok alkalmazásán alapul. Mind a DSM-5, mind a BNO-10 kialakításának az volt a háttere, hogy a diagnózisok reliabilitása minél inkább javuljon, amely kórismézés olyan tünetek katalogizálásán alapul, amelyek elméletektől és előfeltevésektől jórészt függetlenek (5). Jelentős probléma azonban, hogy elsősorban a sürgősségi ellátás során, ahol gyakran azonnali terápiás intervenció válik szükségessé, a tünetek katalogizálásán alapuló módszeres diagnosztikai folyamat jelentős idővesztéssel jár, s amíg diagnózis felállítása nem történik meg, a kezelés indítása sem lehetséges. *Anderson és Eppard* (1) és *Grube* (5) is hangsúlyozzák, hogy ezen esetekben az „intuitív” diagnosztikának hagyományosan jelentős szerepe van, a komplex, gyorsan változó és nehezen bejósolható klinikai kép megkerülhetlenné teszi a klinikus intuitív, szubjektív megérzésen is alapuló diagnosztikus aktivitását. Számos törekvés azonosítható, amely a megbízható, objektív diagnosztikus megközelítések és a klinikai találkozás interszubjektív, hermeneutikai perspektívájának integrációjára törekszik (15). Ez utóbbi megközelítés azért is látszik ismét előtérbe kerülni, mert az utóbbi két évtized fenomenológiai kutatásai a szkizofréniát elsősorban is „szelf-zavarként” írják le, amely alatt

az én-élmény, az én és külvilág átélésének anomáliái kerülnek a középpontba, valamint deficitek azonosíthatók az interszubjektív kapcsoltság számos területén is (3, 19, 20, magyarul 7, 22).

Henricus Cornelis Rümke (1893–1967)



A szkizofrénia intuitív diagnosztikájának egy jelentős történeti vonatkozása a *Henricus Cornelis Rümke*¹ (1893–1967), holland pszichiáter és pszichoanalitikus által leírt „Praecox-Gefühl” (PG) jelensége, amely a dementia praecox, a *Bleuler* óta szkizofréniaként ismert pszichózis intuitív alapú kórismézését jelenti. A PG lényege, hogy a vizsgáló az interjú során, de sokszor már a beteggel való beszélgetés előtt is, csupán a megtekintés alapján, arra a meggyőződésre jut – alapozva a szkizofréniával kapcsolatos tapasztalataira és tudására – hogy a személy szkizofréniában szenved (16, 17). Ezen következtetés egy jellegzetes testi nyugtalanság – a klinikus által történő – megtapasztalásán alapul, amely mögött a szkizofrén beteg elidege-

¹ *Rümke* Leidenben született 1893-ban. Tanulmányait Amszterdamban folytatta 1918 és 1923 között, ahol neurológiából és pszichiátriából szerzett specializációt. Szakdolgozatát 1923-ban a boldogság fenomenológiai és klinikai pszichiátriai vonatkozásairól írta. 1936-ban Utrechtben lett a pszichiátria professzora. 1967-ben halt meg. Aktív tagja volt a holland és a nemzetközi pszichiátriai közösségnek, az 1950-es években a World Federation for Mental Health elnöke volt. Hollandul és németül írt. Karrierjének kezdeti időszakában Svájcban is tapasztalatokat szerzett, ahol *Bleuler*, *Maeder* és *Bezzola* mellett dolgozott. Pszichiáter és pszichoanalitikus volt, amely nyitottá tette a fenomenológia mellett a pszichodinamikus elméletek irányában is. Vallásos világszemléletű volt, egy alkalommal „metafizikus romantikusként” jellemezték. Érzéseit nyíltan felvállalta, verseket írt (17). A PG elmélete és gyakorlata szervesen illeszkedett személyiségéhez.

nedettsége és kapcsolati képtelensége húzódik² (25). *Rümke* szerint a „beteg mentális állapotának van egy specifikus szkizofrén színezete” (17, 336. old.). Ennek egy példaként említi a betegek sokszor észlelhető „üres mosolyát” (17, 337. old.) és a közös játékosságra való képtelenséget, de itt említhetjük meg a páciensek gyakran észlelhető inadekvát, bizarr nevetéseit is, amelyet minden klinikus jól ismer. A PG kialakulásának egy fontos komponense az interszubjektív kapcsolódás területén jelentkező szkizofrénia specifikus törés, amely a beteg világának „megérthetetlenségén” alapul. A „megérthetetlenséget”, az empátiás megértés képtelenségét – mint a szkizofrénia jellegzetes jegyet – már *Karl Jaspers* is hangsúlyozta pszichopatológiájában (9, 10). *Rümke* tapasztalatai szerint a PG háttérben az affektív zavarok, a gondolkodás zavarai és a pszichomotoros tünetek húzódnak (15–17). Az affektív zavarok a klinikus empatikus hangolódásának képtelenségét jelentik, amely mögött a szkizofrén autizmus, mint a szkizofrénia – *Bleuler* által – lényeginek tekintett jellegzetessége húzódik (2, 15). *Bleuler* mellett ezt a jelenséget hangsúlyozta *Minkowski* is, amikor a szkizofrénia magtüneteként a „realitással való vitális kapcsolat” elvesztését hangsúlyozta (3, 12). *Rümke* összefoglalja a testtartás, az arckifejezés és a mozgások rigidségét, hasonlóan hangsúlyozza a nyelvhasználat és a prozódia sivárságát is. *Rümke* úgy konkludál, hogy a szkizofrénia diagnózisának alapja „...egy érzés, amely kiváltódik a klinikusban, amely a végső és legfontosabb irányelv” (17, 336. old). *Pallagrosi és Fonzi* (15) 2018-as összefoglalása szerint a PG két komponensű, az egyik a *szubjektív dimenzió*, amely az empatikus hangolódás hiányán alapul, a másik a *gesztaltikus, objektív dimenzió*, amely során egy *tipizálást* végez a klinikus, összeveti korábbi objektív tapasztalatait, az adott beteg esetében észlelteket (gondolkodási, nyelvi, motoros jegyek). *Rümke* felfogása szerint a PG a szkizofrénia akut szakaszaihoz

köthető (15–17), mások hangsúlyozzák, hogy az a prodromális szakaszban is hasznos diagnosztikus eszköz lehet (25).

A szkizofrénia intuitív diagnosztikájában *Rümke*nek voltak előfutárai. Már láttuk, hogy *Jaspers* pszichopatológiájában megjelenik a megérthetetlenség tapasztalása, az empatikus ráhangolódás deficitje mint diagnosztikus eszköz, ahogy azt *Schwartz és Wiggins* (21) is hangsúlyozzák. *Jaspers* mellett az „érzést” mint diagnosztikus eszközt emeli ki *Binswanger* is 1924-ben, azonban *Binswanger* inkább a beteg egészének percepciójára és nem az affektív hangolódás deficitjének megtapasztalására utal (15). *Jaspers* és *Binswanger* mellett, az intuitív szkizofrénia diagnosztika leírója volt a lengyel-francia pszichopatológus, *Eugène Minkowski* is, aki *Bleuler*nél képződött a Burghözli Kórházban. *Minkowski* intuícióra utaló terminusa a „diagnózis penetrációval” volt, amely során a szenzitív klinikus képes érzékelni a beteg realitással való vitális kapcsolatának elvesztését és elidegenedését (12, 93. old.). Az intuitív szkizofrénia diagnosztikához kapcsolódik *Wyrsh* (26) és *Krauss* (11) közlése, valamint *Tellenbach* (23) „atmoszférikus diagnózis” is.

Az operacionalizált, tüneteket katalogizáló objektív diagnosztikus rendszerek elterjedése és a logikai empiricizmus oldaláról érkező kritika (6) – amely utóbbi szerint a PG olyan mértékben szubjektív, hogy megkérdőjelezhető annak tudományos státusza – hosszabb ideig háttérbe szorította a PG-lel kapcsolatos érdeklődést és kutatást. Ahogy már utaltunk rá, a pszichopatológia ismételt érdeklődése egy megújult fenomenológia (7, 22) iránt, valamint a szkizofrénia én-érzet zavarként történő leírása keltette fel ismét az érdeklődést *Rümke* 1941-ben németül, majd 1948-ban hollandul megjelent dolgozata iránt. Az elmúlt évtizedekben összesen hat empirikus vizsgálat (4, 5, 8, 14, 18, 24) foglalkozott a PG jelenségével (a legutolsó 2021-ben jelent meg), míg az elmúlt három évben két jelentős

² Későbbi munkáiban *Rümke* a „Gefühl” (érzés) helyett már az „Erlebnis” (tapasztalat) terminust használta, amellyel megpróbálta kifejezni, hogy itt nem csupán egy „külső tárgy” szenzuális tapasztalata történik, hanem a PG megélt szubjektív, testi tapasztalat (13). A szakirodalomban azonban továbbra is a PG és a Praecox-Feeling elnevezés használt.

áttekintő tanulmány is tárgyalta (3, 15). A hat empirikus kutatás közül kettő történt betegek bevonásával, míg a másik négy tanulmány klinikusok tapasztalataira és a PG-lel kapcsolatos véleményére irányult.

Grube (5) vizsgálatába 67 akut, pozitív tüneteket mutató beteg került, akik esetében a PG intenzitását jelölte egy tapasztalt klinikus egy néhány perces interjú során. Az intenzitást ezt követően összevetették a standardizált diagnosztikai klasszifikáció eredményeivel, amely során a PG validitása magasnak bizonyult (szenzitivitás: 0,85, specificitás: 0,80). Ezzel szemben *Ungvári Gábor és mtsai* tanulmányukban (24) – amelyben 102 beteg vett részt – meglehetősen inkonzisztens eredményeket közöltek. Jelentősen alacsonyabb és nem kielégítő szenzitivitást és specificitást találtak a szerzők, a PG intenzitását összevetve strukturált interjúkból származó objektív adatokkal. Ezen dolgozatban azonban, ahogy arra a szerzők is utalnak (24), a vizsgálók tapasztalata jóval alatta volt a *Grube* tanulmányban a PG-t diagnosztizáló klinikusénak, másrészt míg az egyik vizsgálatban német, a másikban kínai betegek szerepeltek, így felvethető a PG észlelése kapcsán a kulturális különbségek, a transzkulturális sajátságok szerepe is. *Irlé* (8)

1962-es vizsgálatában az általa megkérdezett klinikusok egy jelentős hányada (85,9%) jelezte, hogy a PG-t hatékony diagnosztikus indikátornak tartja. Ugyanezzel a kérdőívvel végzett amerikai (18) és francia tanulmányokban (4) is magas prevalencia értékeket (82,9% és 90,1%) közöltek arra vonatkozóan, hogy a klinikusok hány százaléka tartja használható diagnosztikus eszköznek a PG-t. Egy 2021 márciusában publikált dolgozatban (14), 243 lengyel pszichiáter gyakorlatát vetették össze a korábbi német, egyesült államokbeli és francia adatokkal, amely során azt találták, hogy a PG-t hatékony és megbízható eszköznek ítélik a klinikusok a szkizofrénia diagnosztikájában különböző kultúrákban is.

Végezetül megállapítható, hogy a szociális kognícióval³, az interszubjektívitás neurobiológiájával, ezen belül is a tükroneuron rendszerekkel, a neurofenomenológiával, a viszontátvétellel⁴ és a szkizofréniával mint „szelf-zavarral” kapcsolatos szerteágazó kutatások (3, 13, 15, 25) fényében a PG kutatása új lendületet nyerhet, az számos oldalról kaphat friss, translációs megközelítésű inspirációt. A gyakorlatban mindig is hasznos jelenség háttérével kapcsolatosan új ismeretek megjelenése várható.

³ A szociális kogníció hagyományos reprezentációs elméletei (tudatelmélet-elmélet, szimulációs teória) után, amelyek a Másik szándékainak, érzéseinek leolvasását egy kognitív feldolgozás végtermékeként írják le, az újabb enaktivista nézőpontok a kölcsönös, nem-reprezentációs értelemteremtést hangsúlyozó interszubjektívitás és szociális kogníciós teóriák relevanciáját hangsúlyozzák, ahol a kétszemélyes kapcsolatban mindkét személy „megtestesült komponensként” (embodied component) vesz részt, pillanatról-pillanatra formálva az interakciót. Ezen enaktivista interszubjektívitás teóriák fejlődéslelektani háttérét a csecsemőkutatásokból ismertté vált kölcsönös affektus reguláció és az anya-gyerek diádok interaktívan szabályozott, testi alapú „proto-beszélgetés mintázatai” képezik, amely jelenségek neurobiológiáját a tükroneuron rendszerek képezik. Ez a típusú enaktivista kapcsolatiság, korábban már *Husserl* „nyitott interszubjektívitás” modelljében és *Buber* filozófiájában is leírásra került. (25). Felvethető, hogy a PG a szociális interakciók zavarának következménye, amely mögött abnormális agyi szinkronizációs folyamatok húzódnak (3). A klinikus élményvilágának kvalitatív és idegtudományi alapokon történő megközelítése közelebb vihet a PG háttérében húzódó neurofenomenológiai jelenségvilág megismeréséhez (3).

⁴ Ahogy láttuk, *Rümke* nemcsak pszichiáter, de pszichoanalitikus is volt, amely kettős megalapozottság szerepet játszott megfigyeléseinek konceptualizálásában (15). Az áttételes-viszontátvételi dinamika és a projektív identifikáció kleini leírása, a viszontátvétel *Paula Heimann* által leírt totális felfogása – amely többek között *Searles*, *Bion*, *Odgen*, a New York-i relacionisták (*Aron*, *Mitchell*), vagy a kaliforniai interszubjektivisták (*Stolorow*, *Atwood*, *Schore*) gyakorlatában érhető tetten – átfedésbe hozhatók a PG tapasztalatával.

Irodalom

618

1. ANDERSON J, EPPARD J:
Clinical decision making during assessment for involuntary psychiatric admission. *Psychiatr Serv*, 1995; (46):727–728.
2. BLEULER E:
Dementia praecox or the group of schizophrenias. International Universities Press, New York, 1950.
3. GOZÉ T, MOSKALEWICZ M, SCHWARTZ MA, NAUDIN J, MICOULAUD-FRANCHI JA, CERMOLACCE M:
Reassessing „praecox feeling” in diagnostic decision making in schizophrenia: a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 2019; (45):966–970.
4. GOZÉ T, MOSKALEWICZ M, SCHWARTZ MA, NAUDIN J, MICOULAUD-FRANCHI JA, CERMOLACCE M:
Is „praecox feeling” a phenomenological fossil? A preliminary study on diagnostic decision making in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2019; (204): 413–414.
5. GRUBE M:
Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'praecox feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology*, 2006; (39):209–217.
6. HEMPEL CG:
Aspects of scientific explanation. The Free Press, New York, 1965.
7. HORVÁTH L:
A minimális öntudat és a szkizofrénia ipszeitás-hiperreflexió modellje. *LAM*, 2016; (26):54–60.
8. IRLE G:
Das „praecoxgefühl” in der diagnostik der schizophrenie. *Arch Psychiatr Nervenkr Z Gesamte Neurol Psychiatr*, 1962; (203):385–406.
9. JASPERS K:
The phenomenological approach in psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 1968/1912, 114, 1313–1323.
10. JASPERS K:
General psychopathology. Manchester University Press, Manchester, 1963.
11. KRAUSS A:
The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds.): *Schizophrenia*. John Wiley, UK, 1999, 47–49.
12. MINKOWSKI E:
La Schizophrénie. Edition Payot, Paris, 1927.
13. MOSKALEWICZ M, SCHWARTZ M A, GOZÉ T:
Phenomenology of intuitive judgment: praecox-feeling in the diagnosis of schizophrenia. *AVANT*, 2018; (99):63–74.
14. MOSKALEWICZ M, KORDEL P, BREJWO A, SCHWARTZ MA, GOZÉ T:
Psychiatrists report praecox feeling and find it reliable. A cross-cultural comparison. *Frontiers in Psychiatry*, 2021; Volume 12, Article 642322.
15. PALLAGROSI M, FONZI L:
On the concept of praecox feeling. *Psychopathology*, 2018; (51):353–361.
16. RÜMKE HC:
Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox-Gefühl”. *Z Gesamte Neurol Psychiatr*, 1941; (102):168–175.
17. RÜMKE HC, NEELEMAN J:
The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling. *History of Psychiatry*, 1990; (1):331–341.
18. SAGI GA, SCHWARTZ MA:
The „praecox feeling” in the diagnosis of schizophrenia: a survey of Manhattan psychiatrists. *Schizophrenia Research*, 1989; (2):35.
19. SASS LA, PARNAS J:
Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 2003; (29):427–444.
20. SASS LA:
Madness and modernism. Oxford University Press, 2017.
21. SCHWARTZ MA, WIGGINS OP:
Typifications: the first step for clinical diagnosis in psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987; (175):65–77.
22. SIMON M:
I.L. erotikus rajzai – avagy a testet elhagyó vágy. *Imágo*, Budapest, 2020; (9):109–129.
23. TELLENBACH H:
Geschmack und Atmosphäre. Otto Müller, Salzburg, 1968.
24. UNGVÁRI G, XIANG YT, HONG Y, LEUNG HCM:
Diagnosis of schizophrenia: reliability of an operationalized approach to 'praecox-feeling'. *Psychopathology*, 2010; (43): 292–299.
25. VARGA S:
Vulnerability to psychosis, I-thou intersubjectivity and the praecox-feeling. *Phenom Cogn Sci*, 2013; (12):131–143.
26. WYRSCH J:
Über die intuition bei der erkennung des schizophrenen. *Schweiz Med Wochenschr*, 1946; (46):1173–1176.

A Hipnoword applikáció alkalmazása a klinikumban

Tényi Tamás interjúja Somogyi Erika pszichoterapeutával

619

Tényi Tamás (TT): Kedves Erika, örömmel beszélgetek veled itt 2021 kora nyarán egy olyan megvalósult tervről, amiről úgy gondolom, hogy a Psychiatria Hungarica olvasói számára érdekes és fontos lehet, hogy tudjanak erről az elképzelésről. Hadd mondjak röviden néhány szót itt az elején arról, hogy 2020 januárjában sokéves szakmai kapcsolat után találkoztunk ismét. Örömmel meséltél el egy ötletedet, ami egy applikáció kidolgozására vonatkozott. Már akkor izgalmas volt számomra, ahogy a módosult tudatállapotokról beszéltél, a használatáról és a felhasználhatóságáról egy applikáció formájában, ami segítene nehéz állapotban lévő betegeknek a megküzdésben. Izgalmas volt számomra, hogy a modern infotechnológiát hogyan kötöd össze a holisztikusan orientált pszichoszomatikus szemléletű gyógyítással, hogyan állítod a szolgálatába ezeket az új technológiai eszközöket. Szintén fontos tapasztalat volt, hogy elmesélted egy személyes élményedet, amiről lehet, hogy fogsz majd mindjárt itt mesélni, amikor is egy sürgősségi betegellátásnak voltál Te magad is az alanya, páciense, ahol, bár kiválóan gondoskodtak rólad, mégis egyfajta magányt, szorongást tapasztaltál a csak szomatikusan orientált ellátás során. Mivel nem sokkal voltam egy gerinc MR és műtét után, én meg elmeséltem neked egy MR vizsgálatomnak a történetét, azt az élményemet, hogy először kellett befeküdnöm egy MR készülékbe, az abból fakadó szorongást, hogy majdnem fél óráig kell majd ott feküdnöm mozdulatlanul. Elmeséltem a szorongást, hogy vajon kibírom-e? És azt a deprivációt ami ezzel járt. Miután megosztottuk ezeket a szubjektív élményeinket egymással, meséltél a tervedről, hogy szeretnél valamilyen lehetőséget teremteni arra, hogy ezekben az egészségügyi helyzetekben szakmailag magas színvonalú pszichés támogatás váljon elérhetővé bárki számára. Pár héttel ezután telefonon kerestél, és meg is leptél azonnal

egy MR vizsgálatához készült szuggesztív szöveggel és megkértél, hogy hallgassam végig. Meghallgattam és nagy élmény volt számomra, ahogy szuggesztív, megnyugtató, pozitív megerősítő módon beszéltél a vizsgálat előnyeiről, beszéltél arról, mi a vizsgálat célja és olyan irányba terelted a gondolataimat, visszatekintve a vizsgálat tapasztalataira, ami nagyon sokat segített volna a vizsgálat előtt, ha ez a hanganyag már akkor a rendelkezésemre áll. Beszámoltál a készülő applikációról szóló terveidről, hogy Zseni Annamáriával – mesterreddel, kolléganőddel – közösen terveztek egy ilyenfajta fejlesztést, ami például az onkológiában, megterhelő vizsgálatok alatt, a műtéti ellátás során, a fájdalomcsillapítás gyakorlatában lehetne hasznos. Illetve egy másik oldalról, a test–lélek egység fejlesztése területén is, egyfajta módosult tudatállapot kialakításán keresztül hasznos lehet a lelki egészségmegőrzés szempontjából.

Ismételten nagyon fontosnak éreztem ezt a törekvést és örömmel biztattalak, hogy folytasd a munkádat. 30 éve ismerjük egymást, még egy TDK konferencián szerepeltünk együtt, és akkor te az aneszteziológia és intenzív terápia irányába fordultál, oda mentél dolgozni és én pedig nem sokkal később a pszichiátriára.

Meg is ragadnám a lehetőséget arra, hogy mesélj kicsit magadról, arról az útról, amit megtettél, arról, amit megtapasztaltál, aztán arról az útról, hogyan lettél hipnoterapeuta, pszichoterapeuta, és végül hogyan lett mindebből az az applikáció-fejlesztés, aminek az apropóján ez az interjú készül veled.

Somogyi Erika (SE): A valóság az, hogy nem én kanyarodtam az intenzív terápia irányába, hanem a sors kanyarított arra. Az ifjúsági drogambulancián szerettem volna kezdeni orvosi pályámat. Mivel kisebbik gyermekemet közvetlen államvizsga után szültem ezért végzés után GYES-re mentem, és így nem én kaptam meg az

állást. Ezek után egy anesztézia és intenzív terápia munkakör volt, amit pályázat útján elnyertem és így kerültem az anesztézia és intenzív terápia berkeibe. Ezért mindig is hálás leszek a sorsnak, mert az orvoslás ezen területén olyan mély tapasztalásokat szereztem az emberi lélek működéseiről vészhelyzetben, kiszolgáltatott állapotokban, a halál közelében, ami azt gondolom, nemcsak a szakmai pályafutásomat, hanem az egész élethez való attitűdömet is alapjaiban meghatározza mind a mai napig.

Aztán az anesztézia és intenzív terápia hűs-vér, élet-halál világából úgy kanyarodtam vissza eredeti törekvésem felé, miszerint a lélekkel szeretnék foglalkozni, hogy kedves kolléganőnk, *Gáti Ágnes* ajánlotta figyelmembe, mint aneszteziológusnak, hogy a szuggesztív technikák nagyon jól alkalmazhatók a perioperatív szakban és ehhez irodalmi segítséget is nyújtott. Akkor pont egy olyan klinikán dolgoztam, ami fizikálisan elkülönült az egyetem egyéb intézményeitől, a városnak egy másik részén foglalt helyet – mint a központi egyetemi tömb –, és nem volt olyan kolléga, akivel együttműködhattünk volna a perioperatív ellátásban. Amikor a műtőben voltam és altattam, az előzőleg altatott betegeket csak a nővérek felügyelték, minimális monitorizálási lehetőséggel. Ezért nagyon fontos volt számomra, hogy a lehető legnagyobb biztonságban vihessem ki a betegeket a műtőből. Minden lehetőséget megragadtam arra, hogy ezt a biztonságot az összes rendelkezésre álló módon erősítsem.

Eloolvastam a *Gáti Ági* által ajánlott közleményeket a szuggesztív technikák alkalmazási lehetőségeiről és el is kezdtem a gyakorlatban is bevezetni, kipróbálni őket. Saját magam számára is meglepő és megdöbbentő hatékonysággal csökkentek a cardiovascularis és légúti események a perioperatív szakban. A betegek fájdalomérzete is jelentősen csökkenthető volt ezen a módon.

TT: Mik voltak ezek a kezdeti törekvések, próbálkozások?

SE: Szuggesztív technikák alkalmazását vezetem be a mindennapi aneszteziológiai gyakorlatomba, már a preoperatív vizsgálatokkor, például a betegekkel beszélgetve implicit módon

megtanítottam a testi érzetek differenciálását, a fájdalomon kívül felkínáltam a feszülés, húzó-dás, bizsergés érzéskvalitásokat is, ezzel segítve a műtét után differenciálni a testérzéseket, elkülöníteni a fájdalmat egyéb érzéskvalitásoktól, ily módon csökkentve a fájdalomérzetet keltette pszichés terhelést, illetve megnyugtatólag hatott, biztonságérzetet adott a betegeknek az a tapasztalat, hogy a dolgok úgy történnek, ahogy a műtét előtt megbeszéltük, minden rendben van.

Szuggesztíókat alkalmaztam a biztonság, a jó légzésfunkciók, a szervezet segítő együttműködésére és a műtét sikeres kimenetelére vonatkozóan is.

Annyira lenyűgözött ennek a számomra új kommunikációs technikának a hatékonysága, hogy eldöntöttem, szeretném minél tökéletesebben megtanulni és így kezdtem el hipnoterápiás szakképzést a Magyar Hipnózis Egyesületnél.

Minél többet tanultam, annál inkább azt éreztem, hogy még többet és még többet szeretnék tanulni és tudni. Így aztán a pszichoterápiás képzésbe is belevágtam és így kanyarodott vissza a szakmai életutam abból a kezdeti gyermek drogambulanciás iniciatívától az anesztézia-intenzív terápia szakaszon át és annak segítségével, vissza a lélek területére. Nagyon hálás lehetek a sorsomnak azért, hogy ezt az utat jelölte ki a számomra, mert nagyon sokat tanultam, tapasztaltam és fejlődtem általa. Azt gondolom nem lennék képes ilyen komplexen szemlélni az embert és mindazt, ami hozzá tartozik, akkor, ha mindezeket nem élem át és tapasztalom meg, amit ennek a szakmai útnak a során végigéltem, végigcsináltam.

TT: *Igen, és ami végül is a pszichoterápia széles skálájából leginkább megérintett az a tudattalan tisztelete, a hipnózis, a tudattalannal való munka, a mélylélektan felé orientálódás, a szimbólumokkal való munka. Jól érzekelem?*

SE: Mindig lenyűgöz a módosult tudatállapotban zajló munka kreativitása és a terápiás lehetőségek határtalansága ezzel a munkamóddal kapcsolatosan... nagyon hasonlóan az álommunkához, ahol az álommunka végtelen kreativitása, problémamegoldó képessége szintén

tudattalan forrásokból táplálkozik. Elvárásol az a gazdagság, ahogy egy szimbólumban a lélek több rétege és a hozzájuk tartozó egymással párhuzamos tartalmak jelennek meg, akár hipnózisban, akár az álmokban. Ilyen módon egy munkafolyamat keretében több rétegen párhuzamosan tudunk dolgozni, haladni és fejlődést, változást elérni. Örömmel és csodálattal tölt el a lélek működéseinek nagyszerűsége.

TT: És hogy lett mindebből aztán egy applikáció – ahogy a bevezetőben már említettem – kialakulása, kifejlesztése?

SE: Ez pontosan úgy történt, ahogy a bevezetőben említetted is. Miközben egy sürgősségi ambulancián betegként kiváló ellátásban részesültem és igazán kollegiális módon tájékoztattak és konzultáltak velem, tehát kognitív szinten teljes mértékben jól gondozott voltam, ugyanakkor a lélek szintjén magányosnak, kétségbeesettnek éreztem magam, amit már ott is pontosan érzékeltem. Érzékeltem állapotom kettősségét. Közben figyeltem a körülöttem lévő embereket is, akiknek a szakmai kognitív támasz sokkal kevésbé állt rendelkezésére, hiszen nem rendelkeztek orvos szakmai képzettséggel. Azt láttam, hogy az ő magányuk, magukra hagyatottságuk még sokkal nagyobb, nyomasztóbb volt, mint az enyém, annak ellenére, hogy őket is igyekeztek informálni az állapotukról és a várható további lépésekről. Azt figyeltem meg, hogy betegársaim az idő nagy részében ki vannak esve az idői és térbeli, helyzetbeli orientációjukból, a normál felnőtt viselkedési mintáikból és egy furcsa, lebegő, regrediált, talajvesztett pszichés állapotban vannak.

Ezen a ponton összekattant bennem a szomatikus orvos és a lélekkel foglalkozó szakember részem és egyszer csak azt vettem észre, hogy azon töröm a fejem, hogy szólalhatna meg egy támogató emberi hang bármikor, bárki mellett, amikor szüksége van rá az egészségügyi ellátás során. Valami olyan szöveggel, ami az aktuális helyzetéhez, az ahhoz kapcsolódó egészségügyi ellátáshoz illeszkedik, tartalmaz konkrét információkat is, hiszen arra is szomjazunk, amikor egészségügyi ellátás alanyai vagyunk. Mindezt olyan módon megfogalmazva, hogy akár regresszív tudatállapotban is bárki számára érthe-

tő legyen. Azon gondolkodtam, hogy talán érdemes lenne először kognitív kapcsolatot teremteni egyszerű, könnyen érthető módon, majd fokozatosan átvezetni egy olyan szuggesztív szövegbe, ami a lelki erőforrásokat képes mobilizálni, hozzájárulva a visszakötéshez az itt és most-ba, merthogy ez is egy fontos erőforrás tud lenni, képes a kontroll érzését valamilyen mértékben visszaadni. Ezek a gondolatok jártak a fejemben és egyszer csak jött az az ötlet, hogy a telefon mindig, mindenkinél ott van...

TT: Igen és hát realista vagy, hiszen érzékelted az igényt, ami megjelent a szobatársaidat figyelve, és realizáltad, hogy nem állítható mindig mindenki mellé egy pszichoterapeuta, aki bekerül a szomatikus orvoslás örvényébe és ez vezetett ahhoz a gondolathoz, hogy kihasználd az infotechnológiát, ahogy mondod is, mobiltelefonja manapság mindenkinek van. És mindebből összességében jött ez az applikáció ötlet.

SE: Mit kell tudni ennek az applikációnak a szakmai és technikai részleteiről? Kérlek beszélj erről egy kicsit az olvasóinknak! Hogy képzeljük el ezt az applikációt, ha most képzeletben elővennék az olvasók mobiltelefonjukat?

SE: Fontos törekvésünk volt a fejlesztés során, hogy a lehető legegyszerűbben lehessen használni. A szövegeket két nagy csoportba osztottuk. Az egyik csoport a prevenció jegyében a test-lélek egyensúlyának megőrzését szolgáló szövegeket tartalmazza, illetve az élet mindennapi eseményeivel természetesen együttjáró lelki egyensúlyvesztésekből a középpontba való visszabilenést segíti elő. Az applikáció másik része kifejezetten az egészségügyi ellátásba kerülő beteg embereknek szól. Ebben a részben tematikusan csoportosítva található meg a szövegek, mint például műtétre való felkészülés, fájdalomcsillapítás, onkológiai betegutató végigkísérő hanganyag csomag. A 2021 augusztusában kiadott verzió frissítésében több új téma is bekerült: a nők egészsége fejezet például a szülésre való felkészülő hanganyaggal, tartalmazni fog egy COVID-os hanganyag csokrot betegeknek, hozzátartozóknak és az egészségügyi személyzetnek is szóló szövegekkel, a nehéz vizsgálatok terén például bronchoszkópiára felkészülést segítő hanganyaggal bővülünk.

A fejlesztésekkel tematikusan haladunk, ahogy erőforrásaink engedik. Nekem is számos témakör várakozik a fejemben megvalósításra, és felhasználóktól is kaptunk már ötleteket, javaslatokat arra vonatkozólag, hogy merre, hogyan haladhatnánk a felölelt témák bővítésével. Felmerült igényként például a szervtranszplantáltaknak szóló szövegek megalkotása, a hospice ellátást segítő szövegek elkészítése. Egyre újabb és újabb igények jelennek meg, amiket nagyon nagy örömmel valósítanánk meg és gyűjtöm a listát ezekből az ötletekből, bízva abban, hogy minden téma megvalósíthatóságának elérkezik az ideje. Szívügyem, és keresem a megfelelő kollégát egy gyermek blokk kialakításához, aminek segítségével a gyermekek a gyógyító folyamatokat meséken keresztül, saját gyógyító fantáziájuk bevonásával élhetik át és vehetnek részt saját gyógyulásuk történetében.

TT: Mennyire egyszerű a használata, mennyire tudja ezt bárki használni, aki a mindennapjaiban nem professzionális felhasználója különböző applikációknak?

SE: Mostanra 2000 felé közeledik a letöltések száma. Sok felhasználó ad visszajelzést nekünk. Az volt a célunk, hogy a lehető legegyszerűbben, mindenféle számítástechnikai ismeret nélkül kezelhető legyen. Olvasni kell hozzá tudni és egészen alapszinten tisztában lenni az érintőképernyős okoseszközök használatával.

TT: Köszönjük szépen. A módosult tudatállapot hogyan segíthet a szomatikus ellátás bizonyos szakaszaiban, illetve hogyan illeszkednek az edukatív szövegrészek a szuggesztív szövegekhez, mint például az MR vizsgálatról szóló hanganyagban, amiben ötvöződik a kettő, egyrészt elmagyaráztál dolgokat a vizsgálattal kapcsolatosan, ugyanakkor meg egyértelmű volt, hogy elvarázsoltál ezzel párhuzamosan és átvittél egy másik világba. Hogyan lehet ezt jól arányítani egymással, mint ahogy például ebben a hanganyagban ez nagyon jól sikerült?

SE: Az emberek viszonya a hipnózishoz nagyon különböző. Ezt támasztják alá a pácienseimmel szerzett tapasztalataim és a civil élet beszélgetéseiben szerzett tapasztalataim is. Vanak, akik a hipnózistól csodát várnak s azt gondolják a terapeuta majd megoldja helyettük a

nehézségeiket és hipnózissal „átprogramozza” a működéseiket, mások pedig rettenetesen tartanak tőle és negatív előítéletekkel viszonyulnak a hipnózis lehetőségéhez. Még szakmai körökben is tapasztalok időnként valamiféle tartást, félelmet a nem hipnoterapeuta kollégák részéről. Ezeknek a végletes viszonyulásoknak a hátterében gyakran filmélmények, irodalmi alkotások, szájhagyomány útján terjedő történetek állnak. Valós saját tapasztalata relatíve kevés embernek van önmagával kapcsolatosan, hogy hogyan tud módosult tudatállapotba kerülni és aztán ott milyen módon tud önsegítő módon együttműködni a gyógyító képzeletével, kreatív energiáival. Ezért sokkal könnyebben tud kapcsolódni a hallgatott szöveghez, ha ez a kapcsolódás kognitív úton indul el. Itt, az informatív szövegrészben elhelyezhető implicit módon motivációs megfogalmazások és pozitív szuggesztíók is a kognitív mondatok között. Majd az arányokat változtatva egyre inkább a szuggesztív kommunikáció veszi át a vezetést és segíti a tudatállapot váltást, amennyiben éber tudatállapotban kezdte el hallgatni a szöveget a felhasználó.

Nagyon sokszor az egészségügyi ellátásba bekerülő emberek spontán módon kerülnek módosult tudatállapotba. Ez a spontán módosult tudatállapot legtöbbször regresszióval, szorongással együtt járó negatív transzállapot. Mit értek ez alatt? Hogy jobban el tudjuk képzelni, felidéződhetnek életünkben olyan egészségügyi helyzeteket, például ahogy a fogorvosi székben ülünk, vagy valamilyen megterhelőbb vizsgálatra vagy beavatkozásra várunk, ahol negatív érzések és gondolatok tömege áraszt el bennünket: félelem a fájdalomtól, kiszolgáltatottság érzése, ezzel párhuzamosan kompetenciáink jelentős csökkenése, félelem, hogy a beavatkozás esetleg nem jól sikerül, felidéződhetnek előzetes rossz élmények hasonló helyzetekre vonatkozóan az életünkben. A nehéz érzések hatására aztán egy tudatállapot változás történik sok esetben, amit persze nem dekódolunk, hogy hohó! most váltottam tudatállapotot és csúszok bele éppen a negatív transzba. A negatív transz kialakulásához hozzájárulhat az is, hogy a beteg-tájékoztató során – egyébként nagyon he-

lyesen és jogszerűen – felsorolnak minden lehetséges negatív kimenetelt és szövődményt, amit aláírunk, hogy tudomásul vesszük, mint lehetőséget és elfogadjuk, hogy velünk is megtörténhet. Ezzel a figyelmünk a várt, pozitív kimenetel erősítő, támogató gondolata helyett a félelmetes, nehéz gondolatok felé irányítódik.

A Hipnoword applikáció szövegeinek, hanganyagainak pont az a szerepe, ha a negatív transz már létrejött, hogy átvigye a beteget a pozitív transzba, mindazoknak a technikáknak az alkalmazásával, amit a módosult tudatállapot lehetővé tesz.

TT: Mik azok a technikák, mi az, ami pozitívan működni kezd? A szakembereket inkább ez érdekelheti.

SE: Nagyon fontos megfogalmazzunk a célt, amivel azonosulni tud a beteg az adott helyzetben. Szintén fontos egy olyan motivációs csoport megfogalmazása, amiből jó eséllyel talál a betegek nagy része énazonosnak dekodolható motivációt. A módosult tudatállapotban kifejezetten hatékonyan dolgozhatunk szimbólumokkal, metaforákkal. A szimbólumok hívó szimbólumokként működnek ezeknek a szövegeknek az esetében. Alkalmassak bizonyos énrészek projekciójára, valamint az énstruktúra bizonyos részeinek a megerősítésére is. A szimbólumokon keresztül a kívánt érzelmi folyamatok is facilitálhatók, illetve bizonyos esetekben az elakadások oldásra kerülhetnek.

Alkalmazhatunk direkt szuggesztiókat, amikor egyértelműen, nyilvánvalóan megfogalmazzuk azt a gondolatot, amit a témával kapcsolatosan szeretnénk átadni a páciensnek, vagy alkalmazhatunk indirekt szuggesztiókat, amikor az üzenet implicit módon fogalmazódik bele a szövegbe és inkább csak sejtetjük a kívánt tartalmakat és rábízunk a hallgatóra, hogy ő maga fogalmazza meg a saját maga számára azt az üzenetet, ami a későbbiekben segíteni, támogatni fogja a gyógyulásban. Nagyon gyakran használjuk a hasznosítás technikáját, amikor az elkerülhetetlen mozzanatokat, eseményeket átkeretezünk és az átkeretezés által valamilyen hasznos, előrevivő oldalát mutatjuk meg a mindenképpen szükséges, esetlegesen kellemetlenségekkel járó történéseknek. Sokféle modalitásban hasz-

nált technika a „yes-set”, a hipnózisban is jól használható. Ilyenkor az igen beállítódás kialakítására egymás után kérdezzük rá olyan evidenciákra, amire a belső válasz csak az „igen” tud lenni és több ilyen szuggesztió és a rá adott igen válasz után hangzik el a cél szuggesztió, amikor már automatikusan, szinte „küszöb alatt” megy be az információ és kerül elfogadásra. Az ismétlés is nagyon fontos technika, amikor majdnem szó szerint, ugyanúgy recitálunk valamilyen pozitív tartalmat. Ilyenkor, főleg ha regresszió is kapcsolódik a módosult tudatállapothoz, felidéződik a kisgyermekkorú mesehallgatás emléke és a meséhez hasonlóan többszöri ismétlés által tud kibomlani mindaz a tartalom, ami egy-egy üzenet több párhuzamos síkjához tartozóan megérintheti a lelket, majd interiorizálódik.

Kiemelném még az ego-state technikát, ami hipnózisban szintén nagyon hatékonyan használható. A pácienseknek azt szoktam mondani, ahogy a testünk különböző testrészekből és szervekből, szervrendszerekből áll, ugyanúgy a lelkünknek is vannak különböző részei. Vannak olyan lélekrészeink, amiket jól ismerünk és vannak olyanok, amelyek létezéséről nincs tudomásunk, de hozzánk tartoznak, hatnak az érzelmeinkre, a gondolatainkra, a viselkedésünkre. A kapcsolat kialakítása a segítő lélekrésszel, lélekrészekkel, a vizualizáció, a verbalizáció folyamata mind hozzájárul az énerő növeléséhez, a gyógyulás folyamatában való aktív szerepvállaláshoz.

Használjuk az érzelmi híd technikát is, amikor olyan múltban megtörtént, pozitív érzelmi tartalommal bíró eseményekhez kötjük a jelen helyzetet, amikor a megküzdés sikeres volt. Ezzel segítjük az elővételezés kialakulását, miszerint ugyanúgy sikeresen fog tudni megküzdni a jelen helyzetben is, ahogy azt a múltban már megtette.

TT: Amikor elkészült az applikáció végül is PTE-hez fordultál – hova máshova, mint régi iskolához –, mert nyilván páciensekre volt szükség, hogy az applikáció hasznosságát feltérképezd, és bevezetése megtörténjen. Már az első pillanatban érezhető volt, hogy a Klinikai Központ vezetése, pszichiáter, onkológus, radio-

lógus, aneszteziológus szakemberek gondolták úgy, hogy egy igen hasznos és innovatív kezdeményezésről, fejlesztésről van szó. A megfelelő garanciák mellett a Klinikai Központ több klinikáján elérhetővé vált. Milyenek az klinikumból származó első tapasztalatok?

SE: A választ a számomra legkellemesebb meglepetéssel kezdeném. Két ilyen kellemes meglepetés is ért. Az egyik, hogy a nagyon racionális, a lélek dolgaival való foglalkozás elől elzárkózó páciensek is, amikor bajban vannak, nehéz műtét előtt állnak vagy onkológiai betegséggel kell szembenéznük, akkor legalább egy esélyt adnak az applikáció nyújtotta lehetőségnek, és miután kipróbálták és megbizonyosodtak a hatékonyságáról, ők lettek a leghangosabb szószólói az applikációnak.

TT: *A zászlóvivők.*

SE: Igen, ez a jó kifejezés, a zászlóvivők. A másik örömteli tapasztalatom, azokból a visszajelzésekből fakad, amikor a páciensek elmesélték, hogy a szövegeket hallgatva, megtalálták a módját, hogy magukban egyfajta belső transzformáció által adaptálják a hallottakat saját igényeikhez, lehetőségeikhez, ha eredetileg nem is teljesen illeszkedtek a szövegek az ő helyzetükhöz. Ez a visszajelzés találkozik azzal az eredeti szándékkal, hogy a hanganyagok megalkotásakor törekedtünk erre a fajta rugalmasságra, annak a lehetőségnek a megteremtésére, hogy a több szintű jelentéstartalmak lehetővé tegyék a hallgató számára a saját értelmezési keretek kialakítását. Az, hogy ezt a felhasználók meg is fogalmazták visszajelzéseikben, messze túlszárnyalta a várakozásaimat és őszinte örömmel tölt el.

TT: *Megkerülhetetlen a kérdés, hogy amikor ez az applikáció terv kibomlott és 2020 elején elindult a megvalósítása, ez egybeesett a COVID járvány kirobbanásával. A COVID ellátás, a Covid-os betegek meghatározó tényezőivé váltak az egészségügyi ellátásnak az elmúlt egy-másfél évben. Milyen módon kapcsolódik a COVID ellátáshoz az applikáció, milyen aktualitást ad az applikációnak a még jelen pillanatban is velünk együtt levő COVID járvány?*

SE: A Magyar Hipnózis Egyesület aktívan támogatja a lakosságot, a betegeket a COVID járvány lelki nehézségeinek leküzdésében. Több

kolléga is készített szuggesztív szövegeket a fertőző betegség különböző aspektusaira vonatkozólag. Az applikációban COVID témakörben kolléganőmmel, *Jakubovits Edittel* dolgoztunk együtt. Így keletkezett a lélegeztető gépen lévő betegeknek, a long-Covid szindrómásoknak szóló szöveg, valamint a bezártság lelki terheit és a long-Covidra szintén jellemző alvási nehézségek leküzdésére szolgáló szövegek. Mindkettőnk számára kiemelten fontos a hozzátartozók számára készített kommunikációs minta hanganyag, ami jelentős pszichoedukatív tartalommal is bír a családtagok számára. Ez a kommunikációs minta nemcsak COVID esetén, hanem bármilyen más súlyos állapotú beteg hozzátartozóival történő kommunikációban jelentős segítséget nyújthat. Az applikáció az egészségügyben dolgozók számára is tartalmaz két segítő hanganyagot. Az egyik egy rövid feszültségoldás, relaxáció, a másik pedig egy hosszabb szöveg, ami implicit módon lehetőséget ad a gyász munkára is, mivel az egészségügyben dolgozók nemcsak szellemi és fizikai, hanem igen nagy mértékű lelki tehernek is ki vannak téve a COVID-os betegek ellátása során, hiszen olyan tömeges mértékű halált láttak, kísértek végig a betegágy mellett, amit a mi és a nálunk fiatalabb generációk még soha nem tapasztaltunk, élünk át.

TT: *Az Európai Pszichoterápiás Társaság tagja vagy. Tudsz-e, ismersz-e olyan nemzetközi fejlesztést, ami esetleg inspirálta az applikáció megszületését? Miben látsz hasonlóságokat a nemzetközi trendekkel?*

SE: Amikor ez az ötlet eszembe jutott nagy erővel álltam neki keresni, találok-e bármilyen hasonló applikációt, bármilyen nyelven? Kicsit bízva abban, ha találok, akkor ezt a nagy munkát megúszom, mert már az ötlet felmerülésekor is világos volt számomra, hogy egy ilyen fejlesztés igen sok befektetett munkát, időt és erőforrást igényel, főleg egy ilyen kicsi csapatban, ahogy ez a fejlesztés zajlik. Számítástechnikai oldalról a fejlesztést a Green Go Imagination maroknyi csapata, *Szabó Kornél* és *Franczia Yvette* végzi. Pszichoterapeuta oldalról, mint említettem, *Zseni Annamária*, *Jakubovits Edit* és jómagam írtuk és mondtuk fel a hanganyago-

kat. Tehát reménykedtem benne, hogy ezt megúszom.

TT: De nem sikerült?

SE: Nem, nem sikerült. Szuggesztív szöveg témérdek található az interneten. Sajnos az interneten elérhető szövegek jelentős hányada semmilyen szakmai keretrendszernek, kautélának nem felel meg, amelyeket nem szakemberek hoztak létre, hanem magukat avatottnak, felkentnek gondoló, de szakmai felkészültséggel, tudással kevésbé rendelkező emberek készítettek. Ezeknek a témája gyakran olyan örökzöld vágyak kiszolgálása, hogy hogyan legyek karcosú, vonzó, sikeres és gazdag? Vagy éppen hogy világosodjak meg? Szerencsére szintén jelentős számban elérhetők kollégák által készített szakmailag korrekt, magas színvonalú és nagyon jól

használható szövegek is, különböző indikációkra vonatkozóan.

Olyan applikációt, ami szisztémájában hasonló lenne, olyat viszont sem én, sem a fejlesztő csapat többi tagja sem talált.

TT: Azt hiszem, hogy a Psychiatria Hungarica olvasói számára nagyon hasznos és érdekes dolgokról beszélgettünk és mindenkit biztatók, hogy a beszélgetés végén található linket és internetes elérhetőségeket látogassa meg és hívja fel a páciensei figyelmét erre az új megközelítésre és lehetőségre. Gratulálok a pszichiátriai szakma nevében, és sok sikert kívánok a további fejlesztésekhez és a munkádhoz!

SE: Nagyon köszönöm!

<https://hypnoword.hu/>

Kelemen Gábor:

Pulzáló párhuzamosok

Mitől sajátosak az asszimilálódó magyar zsidók közötti barátságok? (szerk: Soltész Márton)
Budapest, Múlt és Jövő Kiadó, 2021

Korábban különböző folyóiratokban megjelent, 11 tanulmányból álló gyűjteményes kötetet tart kezében az olvasó, *Kelemen Gábor* orvos-pszichiáter, addiktológus és pszichoterapeuta, illetve szociális munka tagozatvezető tollából. *Kelemen Gábor* több országban is dolgozott, frontvonalban terapeutaként, képzőként és egyetemi vezető oktatóként, kutatóként, de mindenekelőtt gondolkodó-publikáló, számos szakmai területen érzékeny interdiszciplináris (orvostörténettől a klinikumig, a szociális, filozófiai-spirituális dimenziókig, határterületekig terjedő érdeklődéssel) tudós-orvosként.

Ez évben megjelent kötete sajátos megközelítésű – maga is így fogalmaz – a magyar kultúrát a nemzetközi tudományos világban is megjelenítő, kiemelkedő, mintát is nyújtó – zsidó származású – személyiségek közti barátságokat, ennek kialakult, vagy lehetőségként maradt – ahogy írja – elvetélt kapcsolati-kulturális vonatkozásait, sajátos hátterét vizsgálja. Az egyes fejezetek főszereplői a gyógyítás vagy a filozófia terapeutikus válfajának művelői, akik valamennyien „sokra vitték”. Eredetiségük, újításaik révén szakterületük nemzetközi élvonalába kerültek. Ahogy a szerző írja, egyikük sem álmodott kalandos sorsot, ám helytállásuknak viszontagságos és mozgalmas életpálya lett a hozadéka.

A könyv első részében Magyarországon a pszicho-szaktörzsek két jelentős alakja, *Erős Ferenc* és *Stark András* a holokauszt traumájából is kiinduló, más-más megoldásokat találó, kreatív, zsidó identitást vállaló, abban építkező barátságát elemzi személyes és tág kontextusban. Az „elgyökértelenedtek” kötődésvágyáról értekezve az addiktológiában közismert, s a „képlet” révén szakvizsga-tétellé is vált, sokszor bizonytalan

hátterű *Jellinek Morton* és az analitikus, etnográfiaiával is foglalkozó *Róheim Géza* barátságát elemzi, kísérli meg értelmezni, megérteni. A nagy nemzetközi karriert befutó fizikus, majd tudományfilozófus *Polányi Mihály* és *Alexander Ferenc* (Chicago, pszichoszomatika „atyja”) pályájának kereszteződéseiről, „újraközeledések a medicinához” címmel írt, majd a következő fejezet a pszichoanalitikus *Ornstein Pál* és felesége, *Anna* izgalmas, családközelítést is írásában involváló tartalmas tevékenységét mutatja be.

A realizálatlan barátságokat tanulmányozva *Kelemen* két, itthon kevésbé ismert, de a humanisztikus pszichoterápiában nagy nemzetközi hatású, *Maslow*-val, *Rogers*-sel kapcsolatban álló *Mittelman Béla* és *Angyal András* kapcsolatát, működését, írásait mutatja be. Újabb fejezetében *Freud* hatásának vizsgálatáról és a két jelentős személyiség egymásra hatásáról beszél a szerző – kvázi utóiratként fogalmazva a *Rapaport David* (*Topeka*, *Menninger* klinika majd *Austen Riggs*, a klinikai pszicho-tesztológia „atyja”) és *Hermann István* „elmaradt disputájához”.

Folytatásként, a második részben az antipszichiáterként ismerős (pszichiátria-addiktológia kritikát író) *Szász Tamás* kapcsolatát tárgyalja (akinek számos elemzése mégis befogadott lett később a szakmánkban) *Levendel Lászlóval* az alkoholológia disszonanciái kapcsán; *Lukács György* és *Polányi Károly* barátságát a „realizálatlan barátságok”-ként összefoglaló következő fejezetében találjuk.

Végül *Heller Ágnes* példájával érzékelhetően az imaginált kapcsolat és barátság lehetőségét, szerepét igyekszik bemutatni, akinek *Lukács György*, *Karl Marx* kapcsolódását elemzi, illetve – a recenzens számára „nagy ugrásként” – *Martin Buber*-hez kötődő sajátos kapcsolatáról ír. Izgalmas, tág tudomány- és kultúraterületeket összefoglaló, ötleteket adó, amellyel olvasható, olvasmányos izgalmas kötetet olvashatunk.

Fekete Sándor

Útmutató a Psychiatria Hungarica szerzői számára

International Committee of Medical Journal Editors (Orvosi Folyóiratszerkesztők Nemzetközi Bizottsága) International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals. Ann Intern Med. 1997; 126: 36–47. alapján.

A kézirat benyújtása

A Psychiatria Hungaricába szánt kéziratokat **magyar vagy angol nyelven** e-mailben csatolt mellékletként kell elküldeni a szerkesztőségnek, a kk.ph@pte.hu címre. Minden széles körben elterjedt szövegszerkesztő (például Word összes verzió, Open document formátum) segítségével előállított szöveg beküldhető. A kézirathoz mellékelni kell egy kísérőlevelet, amely tájékoztatson arról, hogy (a) első vagy másodközlésről van-e szó, vagy, hogy e munka bármely részét máshová is elküldték-e publikálásra, (b) hogy a kéziratot a szerzők mindegyike olvasta és jóváhagyta, (c) szerepeljen ebben a kísérőlevélben annak a szerzőnek a neve, címe és telefonszáma, aki felelős a kézirattal kapcsolatban eljárni. A levél tartalmazza még mindazokat az információkat, amelyek hasznosak lehetnek a szerkesztő számára.

A kézirathoz csatolni kell minden engedélyt, amely a már megjelent anyagok újraközlésére, az azonosítható személyekkel kapcsolatos illusztrációk vagy magánjellegű beszámolók megjelentetésére vonatkozik, vagy amelyben az érintett személyek hozzájárulnak nevük ki nyomtatásához.

A beérkezett kéziratokat a Szerkesztőség formai szempontból ellenőrzi. Amennyiben nem felel meg a jelen Szerzői Útmutató előírásainak, a szerkesztőség érdemi bírálat nélkül visszaküldi a szerzőknek a kéziratot átdolgozásra. A formailag megfelelő kéziratokat a felelős szerkesz-

tő legalább két lektorhoz megküldi véleményezésre. A kéziratok elfogadásának megítéléséhez – szükség esetén – még statisztikai bírálat is készül. A lektori vélemények alapján a felelős szerkesztő dönt:

- a kézirat változatlan formában elfogadásáról;
- a kézirat kisebb változtatásokkal (akár a szerkesztőségben a szerzőkkel egyeztetve, akár a szerzők által) elfogadásáról;
- a kéziratot a szerzőknek átdolgozásra visszaküldi (ez esetben a lektorálási folyamat a javított kézirat beérkezése után újra indul);
- a kézirat közlésének elutasításáról.

A szerkesztő döntését igyekszik a kézirat beérkezését követően 3 hónapon belül megküldeni. A PH fenntartja magának a jogot, hogy a közlemények egységességének biztosítása érdekében a szerző hozzájárulása nélkül a dolgozaton kisebb formai és/vagy tartalmi módosításokat végezzen.

A közlésre elfogadott cikkekkel kapcsolatosan a PH fenntart magának minden szerzői jogot.

A PH-ban megjelenő közlemények típusai:

Eredeti közlemény: A szerző saját tudományos igényű és színvonalú vizsgálata.

Rövid közlemény: Az eredeti közleménynek megfelelő közlési kritériumok terjedelmi (maximális terjedelem 8 oldal) korlátokkal.

Áttekintő tanulmány: Egy-egy téma részletes ismertetése a szakirodalom alapján, saját vizsgálatok és tapasztalatok kifejtése, részletes közlése nélkül.

Esetismertetés: Egy-egy pszichiátriai jelenség, újszerű terápiás beavatkozás illusztrálása esetleírással, az etikai követelmények betartásával, a páciensek személyiségjogainak tiszteletben tartásával.

Fórum: Tudományos-közéleti viták, illetve szakmai-közéleti fonátságok, egyedi koncepciók, egy-egy hosszabb vélemény kifejtésének főruma.

Hazai műhelyek: Tudományos munkacsoportok kutatási projektjeinek, munkáinak bemutatása eredmények ismertetése nélkül maximum 10 oldalon.

Levél a szerkesztőhöz: Egyetlen szakmai problémára fókuszáló rövid közlemény 3 oldal maximális terjedelemmel, legfeljebb 5 irodalmi hivatkozással.

Könyvismertetés: A folyóirat olvasói számára érdekesnek tartott pszichiátriai, pszichológiai, idegtudományi, szociológiai, filozófiai könyvek ismertetése.

Kongresszusi beszámoló: A folyóirat olvasói számára érdekesnek tartott szakmai rendezvényekről szóló referátum.

Polcmustra: Pszichiátriai, pszichológiai témákkal kapcsolatos szépirodalmi vagy filozófiai könyvek kapcsán született szubjektív olvasmánynapló.

Filmről és lélekről: Pszichiátriai, pszichológiai témákkal kapcsolatos filmélmények megosztása, a szubjektív beszámolóktól a módszeres elemző tanulmányig.

A kézirat elkészítése

A kéziratot 216x279 mm-es vagy ISO A4-es (212x297 mm-es) dokumentum formátumra szerkessze, legalább 25 mm-es margók hagyásával. A dokumentumot **kettes** sortávolsággal készítse el – a címlapot, az összefoglalást, magát a szöveget, a köszönetnyilvánítást, az idézett irodalmi referenciákat, az egyes táblázatokat, az ábraszövegeket és jelmagyarázatokat is. A szöveg írásakor törekedjen tömör, de ugyanakkor egyszerű, világos fogalmazásra. Kerülje a hosszú mondatokat, a bonyolult szerkezeteket. A leírt gondolatok – tudományos közleményeknél elvárt módon – szigorúan tárgyyszerűek legyenek. Helyesírási kérdésekben kövesse az Orvosi Helyesírási Szótár, illetve a Helyesírási Tanácsadó Szótár útmutatásait.

Címlap

A címlapon a következők szerepeljenek:

- a dolgozat címe magyar és angol nyelven (tömör és informatív);
- a szerző(k) vezeték- és utóneve, háromtagú neveknel a középső kezdőbetűje, az őt foglalkoztató intézmény megnevezése;
- a kézirattal kapcsolatos levelezésért felelős szerző neve és címe, e-mail címmel és fax számmal;
- a dolgozat elkészítését segítő támogatások (pályázat révén nyert összegek, felszerelés vagy gyógyszerek formájában kapott támogatások) forrásai.

Összefoglalás, kulcsszavak

A második oldalon az *Összefoglalás*, vagyis a rövid tartalmi kivonat következik (ha kivételesen tagolatlan az összefoglalás formája, akkor legfeljebb 150 szó, tagoltan legfeljebb 250 szó terjedelmű; tagoláshoz használja a következő címszavakat: Bevezetés, Módszerek, Eredmények, Következtetés). Az összefoglalás ismerteti a tanulmány vagy a vizsgálat céljait, az alapvető eljárásokat (a vizsgálati személyek vagy laboratóriumi állatok kiválasztását, a megfigyelési és elemzési módszereket), a főbb eredményeket (ha lehetséges, megadva ezek jellemző értékeit és statisztikai szignifikanciáját), valamint a legfontosabb következtetéseket. Kiemeli a tanulmány vagy a megfigyelés új és fontos vonatkozásait.

Az összefoglalás alatt, a Kulcsszavak címszót követően, adjon meg 3-10 olyan kulcsszót, vagy rövid kifejezést, amelyek alapján a cikk azonosító adatait (esetleg az összefoglalással egyetemben), a szakirodalmi adatbázisokban elhelyezik.

A magyar nyelvű összefoglalás mellett külön oldalon angol nyelven is be kell nyújtani az összefoglalót (Summary). Ez az összefoglaló az angol nyelvű címmel kezdődjön. Az angol összefoglaló tartalmilag nem térhet el a magyartól. A helyes nyelvhasználat a szerzők felelőssége. Bizonytalan esetben feltétlen kérje ki a szakmai angol nyelvet jól ismerő személy tanácsát, segítségét. A szerkesztőség fenntartja magának a

jogot, hogy durva stilisztikai, nyelvtani hibák esetén a szükséges mértékig a Summary-ban javítást végezhesen.

A cikk szövege

A megfigyelésen és vizsgálatokon alapuló cikkek szövege általában, de nem feltétlenül az alábbi fejezetekre tagolódik: Bevezetés, Módszerek, Eredmények és Megbeszélés. Hosszabb cikkek esetében az egyes fejezetek tartalmának pontosabb megvilágítása érdekében alfejezetekre lehet szükség, különösen az Eredmények és a Megbeszélés részekben. Más típusú cikkek, mint például az esetismertetések, az áttekintések vagy a szerkesztőségi írások más tagolást igényelhetnek. A szerzők további útmutatásért forduljanak az egyes folyóiratokhoz. A PH elfogad szokásostól eltérő tagolást, ha az a közlendő jobb megértését segíti elő.

Bevezetés – Ismertesse a cikk célját. Összegezze a vizsgálat vagy megfigyelés indokait. Kizárólag a témához szorosan hozzátartozó cikkeket említsen, és azokat ne ismertesse részleteiben. Ebben a részben ne hivatkozzon az éppen ismertető saját munka adataira vagy következtetéseire.

Módszerek – Világosan írja le, hogyan választotta ki a megfigyelés vagy a vizsgálat tárgyát (páciensek vagy laboratóriumi állatok, a kontrollcsoportokkal együtt). Jelölje meg a módszereket, az eszközöket (zárójelben a gyártó nevét és címét is), valamint az alkalmazott eljárásokat, elég részletesen ahhoz, hogy mások is reprodukálni tudják az eredményeket. Adja meg az elterjedt módszerek, köztük a statisztikai eljárások (lásd lejjebb) referenciáit. A közölt, de még nem közismert módszerekről az irodalmi hivatkozás mellett adjon rövid leírást is. Az új vagy lényegesen módosított módszereket ismertesse, indokolja alkalmazásukat és értékelje alkalmazásuk korlátait. Pontosán azonosítsa az összes felhasznált gyógyszert és vegyszert, az eredetnévvel (generikus név), a dózissal és a beadás módjával együtt.

Etikai követelmények – Humán vizsgálatoknál jelezze, hogy az alkalmazott eljárások össz-

hangban vannak-e a Helsinki Nyilatkozattal, és rendelkeznek-e a humán vizsgálatokért felelős (intézményi, regionális, illetve ETT) bizottság engedélyével. Állatkísérletek esetén jelezze, hogy a laboratóriumi állatok gondozása és felhasználása során mely, az erre vonatkozó intézményi vagy országos szintű szabályozási előírásokat követték.

Statisztika – A statisztikai módszereket ismeresse elég részletesen ahhoz, hogy egy tájékozott olvasó az eredeti adatok birtokában ellenőrizni tudja a publikált eredményeket. Ahol csak lehetséges, mennyiségileg fejezze ki az eredményeket, a mérési hiba vagy bizonytalanság megfelelő jellemzőivel (amennyiben lehetséges a 95%-os konfidencia [megbízhatósági] intervallummal) együtt. Ne hagyatkozzon csupán a statisztikai hipotézis-ellenőrzésre, például a p-értékek használatára, ami nem szolgál fontos mennyiségi információval. Ismertesse a véletlen besorolás (randomizálás) részleteit. Írja le, milyen módszerrel biztosította, és milyen sikerrel a „vakságot” a vizsgálat során. Jelezze a kezelés alatt fellépett komplikációkat. Adja meg a megfigyelések számát. Jelezze a megfigyelések fogyását (például a klinikai vizsgálatoknál a kieső betegeket – dropout). Amennyiben statisztikai programmal készült a számítás, adja meg a számítógép program nevét, verziószámát.

Kerülje statisztikai szakkifejezések nem statisztikai használatát; ilyenek például a „random” (ami egy besorolási eljárásra utal), „normál”, „szignifikáns”, „korreláció”, „minta” stb. Adja meg a statisztikai szakkifejezések, a rövidítések és a szimbólumok magyarázatát.

Eredmények – Az eredményeket logikai sorrendben mutassa be a szövegben, a táblázatokban és az illusztrációkban. A szövegben ne ismétlje meg táblázatok vagy illusztrációk összes adatát. Csak a fontos megfigyeléseket emelje ki vagy hangsúlyozza. Írja le, milyen kritériumok alapján és hogyan történt a vizsgálati személyek kiválasztása.

Megbeszélés – Hangsúlyozza a tanulmány újszerű és fontos aspektusait és a belőlük fakadó következtetéseket. Részletekbe menően ne ismétlje a Bevezetésben vagy az Eredmények fejezetben ismertetett adatokat. Feltétlenül szól-

jon az eredményekből levonható következtetésekről, illetve azok korlátairól, ideértve a jövőbeni kutatásokra vonatkozó javaslatokat is. Megfigyeléseit vesse össze más hasonló tanulmányok tapasztalataival. A tanulmány következtetéseit kapcsolja össze a kitűzött célokkal, de kerülje az esetleg megalapozatlan kijelentéseket és a saját adatok által nem teljesen alátámasztott következtetéseket. Ne igyekezzen igényt tartani az elsőségre, és ne hivatkozzon még be nem fejezett munkákra. Indokolt esetben vessen föl új hipotéziseket, de egyértelműen jelezze, hogy csupán hipotézisekről van szó. Javaslatok, ajánlások megfelelő esetekben hasznosan kiegészíthetik a megbeszélést.

Köszönetnyilvánítás

Itt utaljon (a) azokra a közreműködőkre, akiknek munkája elismerést érdemel, de hozzájárulásuk mértéke nem jogosítja fel őket szerzőségre; ilyen lehet például az általános támogatás egy tanácskezelő részéről; (b) a műszaki-technikai segítségért járó köszönetre. Felsorolhatja mindazokat, akik szellemi tevékenységgel segítettek elő a tanulmány megszületését, de akiknek részvétele nem jogosít fel a szerzőségre, megadva szerepüket vagy hozzájárulásukat – például a „tudományos tanácsadó”, a „tanulmányterv kritikai áttekintése”, az „adatgyűjtés” vagy a „részvétel a klinikai vizsgálatokban”. Az érintettektől ki kell kérni beleegyezésüket nevük feltüntetéséhez. A szerzők felelőssége írásos engedélyt beszerezni a Köszönetnyilvánításban név szerint feltüntetett személyektől, mivel az olvasók arra következtethetnek, hogy e személyek egyetértettek a közölt adatokkal és a következtetésekkel.

Idézett irodalom

Az irodalmi hivatkozásokat folyamatosan számozza a szövegbeli első előfordulásuk sorrendjében. A szövegben, a táblázatokban és a jelmagyarázatokban zárójelbe tett arab számokkal jelölje a hivatkozásokat. A csak a táblázatokban vagy az ábrák jelmagyarázataiban előforduló

hivatkozásokat az illusztrációk szövegbeli előfordulásának sorrendjében sorszámozza.

A folyóiratok címét az Index Medicus alapján rövidítse, amely megtalálható az US National Library of Medicine (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>), illetve hamarosan elérhető lesz a PH saját honlapján is. Amennyiben egy folyóirat nem található az Index Medicus listáján, akkor teljes nevét ki kell írni. Bizonytalan esetben a Szerkesztőség szívesen áll rendelkezésre a folyóirat címeivel kapcsolatban.

Összefoglalásokra lehetőleg ne hivatkozzon, a „nem közölt megfigyelések” és a „szóbeli közlések” nem sorolhatók fel az Idézett irodalomban, de a szövegen belül, zárójelbe téve idézhetők. A referenciák közé fel lehet venni a közlésre már elfogadott, de még meg nem jelent tanulmányokat. Ilyenkor adja meg a folyóirat nevét, és írja utána, hogy „In press”. Az elküldött, de közlésre még el nem fogadott kéziratokból származó információt „nem közölt megfigyelések”-ként (zárójelben) a szövegben említse.

Az irodalmi hivatkozásokat az eredeti dokumentumokkal összevetve a szerzőknek kell ellenőrizniük. Az adatok valódiságáért a szerzők rendelkeznek felelősséggel.

Az idézett irodalom helyes megadását az alábbi példák szemléltetik.

Folyóiratcikkek

1. *Standard folyóiratcikkek* (Soroljon fel minden szerzőt, de ha ezek száma hatnál több, akkor a hatodik után csak azt írja, hogy „és mtsai.”):

YOU CH, LEE KY, CHEY RY, MENGURY R: Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311–314.

Hatnál több szerző esetén:

GOATE AM, HAYNES AR, OWEN MJ, FARRALL M, JAMES LA, LAI LY ÉS MTSAI: Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. *Lancet* 1989; 1: 352–355.

2. *Szerző nincs megadva:*

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981; 283–288.

Kevésbé ismert nyelvek esetén kérjük a cím magyar nyelvű közlését, de zárójelben jelezze az eredeti címet is.

3. Kötet különszámmal:

MAGNI F, ROSSONI G, BERTI F: BN-52021 protects guineapig from heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun* 1988; 20 Suppl 5: 75–78.

4. Kommentárt tartalmazó közlemény:

PICCOLI A, BOSSATI A: Early Steroid therapy in AgA neuropathy: still an open question (comment). *Nephron* 1989; 51: 289–291. Comment on: *Nephron* 1988; 48: 12–17.

5. Közlemény utólag megjelent javítással:

SCHOFIELD A: The CAGE questionnaire and psychological health (published erratum in: *Br J Addict* 1989; 84: 701). *Br J Addict* 1988; 80: 61–64.

6. Megjelenés alatt:

LILLYWHITE HD, DONALD JA: Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. *Science*. In press.

7. Web cím:

FDA News. FDA Announces New Goal for Reducing Total Device Review Times. <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00929.html>. Elérés: 2006. január 1.

Könyvek és egyéb monográfiák

1. Könyv szerző feltüntetésével:

DIENER HC, WILKINSON M (eds.): Drug induced headache. New York: Springer-Verlag, 1988.

2. Könyvfejezet:

WEINSTEIN L, SWARTZ MN: Pathologie properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA (eds.): *Pathologic physiology: mechanism of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974: 457–472.

3. Előadás:

HARLEY NH: Comparing radon daughter dosimetric and risk models. In: Gammage RB, Kaye

SV, editors. *Indoor air and human health. Proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium*; 1984 Oct 29–31; Knoxville (TN). 1985: 69–78.

4. Disszertáció:

YOUSSEF NM: School adjustment of children with congenital heart disease. Disszertáció. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh, 1988.

5. Szabadalom:

HARRED JF, KNIGHT AR, MCINTYRE JS (inventors): Dow Chemical Company, assignee. Epoxidation process. US patent 3,654,317. 1972 Apr 4.

Táblázatok

A táblázat(ok) címé(i)t külön lapon adja meg a sorszámával együtt. Minden táblázatot kettes sortávolsággal és külön lapra nyomtasson. A táblázatokat ne fénykép formájában küldje be. Folyamatosan sorszámozza őket abban a sorrendben, ahogy először szerepelnek a szövegben, és mindegyiknek adjon rövid címet. Minden oszlopot lásson el rövid vagy rövidített megnevezéssel. A magyarázatokat ne a címben, hanem lábjegyzetekben helyezze el. Lábjegyzetekben magyarázza el az összes nem szokványos rövidítést, amelyet a táblázatokban használt. A lábjegyzetekhez a következő szimbólumokat használja, ebben a sorrendben: *, †, ‡, §, |, , ††, ‡‡....

Adja meg a szóródás statisztikai mértékét, pl. a szórással vagy az átlag szórásával.

Ne alkalmazzon belső vízszintes és függőleges osztóvonalakat.

Ügyeljen arra, hogy minden táblázatról essék szó a szövegben.

Ha mások közölt, vagy akár nem közölt adatait idézi, akkor ehhez szerezzék meg az engedélyt, és a szövegben jelölje meg a forrást és közléshez való hozzájárulás tényét.

Ha a cikk terjedelméhez képest túl sok a táblázat, akkor az nehézséget okozhat az egyes oldalak elrendezésében. A PH egyes esetekben bekérheti a közlemény fontos adatait, amelyeket, ha a szerkesztő közlésre túl terjedelmesnek ítél,

a szerkesztőségben tárolja és kérésre megküldi. Ennek tényét a megjelent cikkben feltüntetik.

Illusztrációk, ábrák

632

Az ábra(k) címé(i)t külön lapon adja meg a sor-számával együtt. Csatolja kívánt példányban az ábrákat. Szabadkézi rajzok vagy írógépes betű-ábrák nem elfogadhatók. Az eredeti rajzok, röntgenképek és hasonló anyagok helyett inkább éles, fényes fekete-fehér fotókópiákat küldjön, leginkább 127x173 mm-es, de 203x254 mm-esnél nem nagyobb méretben. A betűk, a számok és a szimbólumok mind világosan kivehetők, egyformák és megfelelő méretűek legyenek, hogy még a publikálás során esetleg kicsinyített változatukban is jól olvashatók maradjanak minden részletükben. A mikroszkópos felvételeken legyen belső méretarány-mutató. A szimbólumok, nyilak vagy betűk kontrasztosan üszenek el a mikrofotó háttérétől.

Ha felvételen emberek vannak, akkor a személyeknek nem szabad felismerhetőnek lenniük, vagy pedig az adott képekhez mellékelni kell a képen látható személyek írásos engedélyt a fényképek felhasználásához.

Az ábrákat lehetőség szerint széles körben elterjedt programmal (pl. MS Excel) kérjük szerkeszteni, és szövegbe illesztésnél szerkeszthető formában (nem kép beszúrásaként) kell beilleszteni.

Az ábrákat abban a sorrendben számozza, ahogy először esik róluk szó a szövegben. Ha egy ábra korábban már megjelent valahol, akkor fel kell tüntetni az eredeti forrást, és csatolni kell a

szerzői jog tulajdonosának az ismételt közlést engedélyező írásos nyilatkozatát. A hozzájárulásra a szerzőségtől és a kiadótól függetlenül mindenképpen szükség van – ez alól csak a köztulajdonban lévő dokumentumok kivételek.

A PH nem tud színes illusztrációkat elfogadni, és a számítógéppel szerkesztett ábrákban (pl. grafikon) sem lehet színes vonalakat használni!

Mértékegységek

A hosszúságot, a magasságot, a súlyt (tömeget) és a térfogatot metrikus mértékegységekben (méter, kilogramm, liter) vagy ezek decimális többszöröseiben fejezze ki.

A hőmérsékletet Celsius-fokban, a vérnyomást higanymilliméterben adja meg.

Minden hematológiai és klinikai (kémiai) laboratóriumi mérés eredményét az SI-rendszer (International System of Units) metrikus mértékegységeivel fejezze ki.

Rövidítések és szimbólumok

Csak a szokásos rövidítéseket használja. A címekben és az Összefoglalásban kerülje a rövidítéseket. A később csak rövidítésben előforduló kifejezések először teljes alakjukban szerepeljenek a szövegben – kivéve természetesen a standard mértékegység rövidítéseket.

**Psychiatria Hungarica
2021. december**