

A KLINIKAI ELSŐ INTERJÚ

**OKTATÁSI SEGÉDANYAG
PSZICHOLÓGUSOKNAK ÉS
PSZICHOLÓGUS HALLGATÓKNAK**

összeállította:

dr. Andrejkovics Mónika, PhD

klinikai szakpszichológus,

pszichoterapeuta,

neuropszichológus

Tartalomjegyzék

1	Bevezetés: A pszichodiagnosztika fogalma	4
2	Az első interjú általános jellemzői	5
2.1	Első interjú az egészségügyi ellátás különféle helyzeteiben	5
2.2	Az első interjú mint sajátos interperszonális helyzet	6
2.3	Az első interjú előkészítésének szempontjai	7
2.4	A rapport kiépítése a pácienssel.....	8
2.5	Az első interjú mint kommunikációs folyamat	9
2.6	A kérdezés módja	9
2.7	A klinikus önfeltárásának kérdése	10
2.8	A klinikus önmonitorozása az első interjú során	10
2.9	Interjú a hozzátartozóval	10
2.10	Az első interjú céljai.....	11
2.11	A páciens érzéseire való rákérdezés.....	13
2.12	Az empátiás verbalizáció, a feltétel nélküli elfogadás és a kongruencia a klinikus részéről	15
2.13	A páciens önfeltárása, önreflexiója	17
2.14	Nehezen kezelhető helyzetek az első interjú során	18
2.14.1	Hallgatás, csend	18
2.14.2	Sírás.....	18
2.14.3	Düh, agresszió.....	18
2.15	Az első interjú lezárása	19
2.16	Az első interjú formái	20
2.17	A klinikus önellenőrzése az elkészült első interjú után	21
2.18	A hatékony klinikus kompetenciái	23
3	Szempontok írásbeli esetismertetéshez.....	24
4	Módszerspecifikus interjúk.....	25
4.1	Pszichodinamikus megközelítések.....	25
4.1.1	Argelander szempontjai az analitikusan orientált első interjú készítéséhez.....	25
4.1.2	OPD-2: Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika.....	28
4.2	A viselkedésterápiás diagnosztika (viselkedésdiagnosztika)	32
4.3	Kognitív terápiás szemléletű szempontok az első interjúban	37
4.4	A rendszerszemléletű (családterápiás) első interjú.....	39
5	Egy félig strukturált interjú szempontrendszere	41
5.1	Szűrőkérdések	41

5.2	Hangulatzavarok.....	43
5.3	Szorongásos zavarok.....	45
5.4	Pszichotikus zavarok.....	47
5.5	Szerhasználat.....	48
5.6	Gondolkodási nehézségek (kognitív zavarok).....	49
5.7	Testi panaszok.....	50
5.8	Impulzuskontroll zavarok.....	51
5.9	Családi kórtörténet.....	52
5.10	Szociális és személyiség problémák.....	54
6	Egy kiemelt téma: az öngyilkossági veszély felmérése.....	55
7	Melléklet.....	57
7.1	A mentális státusz szempontrendszere:.....	57
7.2	Első interjú kérdések példatára.....	57
7.2.1	Tünetek, problémák.....	57
7.2.2	Korábbi kezelések.....	58
7.2.3	Családi anamnézis.....	58
7.2.4	Betegségelőny.....	58
7.2.5	Nehéz életesemények.....	59
7.2.6	Élettörténet.....	59
7.2.7	Énkép, önértékelés.....	63
7.2.8	Érzelmi, hangulati élet.....	63
7.2.9	Terápiás célok körvonalazása a pácienssel.....	63
7.3	Pszichológusok szakmai etikai kódexe vonatkozó részei.....	64

Előszó

Kedves Kollégák és leendő Kollégák!

Sok éves oktatói munkám során összegyűlt tapasztalataimat, összegyűjtött oktatási segédanyagomat szeretném Veletek megosztani ebben a kéziratban.

Bár néhol elég kivonatos, máshol jobban kidolgozott, és a végtelenségig lehetne még tovább finomítani rajta, úgy gondoltam, hogy tartalmaz annyi hasznos dolgot, hogy érdemes megosztani Veletek.

Ha érdekel Benneteket, használjátok akár egészében, akár részleteiben is!

Hasznos tanulást, szakmai fejlődést kívánva, üdvözlettel:

Mónika

1 Bevezetés: A pszichodiagnosztika fogalma

Mivel az első interjú egyik fő feladata a probléma-meghatározás és a diagnózisalkotás, ezért érdemes először röviden áttekinteni a pszichodiagnosztika fogalmát.

Pszichodiagnosztikai tevékenység esetén a pszichológus egészségügyi keretek között sztenderd technikákkal jut értékelhető adatokhoz és ezeket leletben (pszichológiai szakvéleményben) értelmezi.

A pszichodiagnosztikai munka ki kell, hogy térjen az egyén erősségeinek és gyengéinek értékelésére, a szóban forgó probléma és a lehetséges etiológiai tényezők elvi megfogalmazására és a probléma enyhítésére szolgáló javaslatra. (A külföldi szakirodalom a pszichodiagnosztika kifejezést a 'psychological assessment' címszó alatt tárgyalja).

A pszichodiagnosztikai munka jellemzői:

- A betegvizsgálat sokszor nem egyszeri alkalom, hanem ismételt ülésekből áll.
- *Beutaló kérdéssel* kezdődik: ez lehet konkrét diagnózis adott mentális zavar(ok) fennállására vonatkozóan; vagy vonatkozhat általánosabb pszichopatológiai állapot azonosítására, pl. fennálló krízisállapot, öngyilkossági veszély, pszichotikus állapot, stb. Vonatkozhat a pszichoterápiára való alkalmasság felmérésére is.
- Ha nincs beutaló kérdés („Lássa pszichológus...”), magunknak kell ezt megfogalmazni (főleg szomatikus osztályokon, ahol nem pszichiáterek küldik a beteget a pszichológiai vizsgálatra). A vizsgálat indokát a betegtől is érdemes megkérdezni, esetleg átbeszélni, pontosítani.
- Ha van beutaló kérdés: fontos a személyes konzultáció is a beutaló szakemberrel vizsgálat előtt és vizsgálat után is!
- A pszichológiai felmérés nem kizárólag sztenderdizált eljárások sorozata: van olyan szakember, aki pszichodinamikai szemléletű első interjút végez, van, aki viselkedés-szemponút: nem feltétlenül ugyanazokat a kérdéseket teszik fel. Érdemes minél többféle megközelítésben jártasságot szerezni, ekkor tudjuk a problémahelyzethez igazítani a módszert!
- A pszichodiagnosztikai munka szakvéleményírással végződik: meg kell válaszolni a feltett kérdést. Pszichodiagnosztikai kivizsgálást klinikai szakpszichológus, illetve jelölt végezhet, szakvélemény kiadására azonban csak klinikai szakpszichológus javasolt.

A pszichodiagnosztikai munkát végző pszichológus eszköztára:

- exploráció, első interjú: hosszú, több alkalomra tagolt, részletes beszélgetés a beteggel, diagnosztikai céllal
- tesztvizsgálatok
- viselkedési skálák, klinikai tüneteket mérő skálák
- a beteg viselkedésének, működés módjának közvetlen megfigyelése (nagycsoport alatt, kórteremben, folyosón, stb.)
- konzultáció: orvossal, ápolóval, gyógytornásszal, logopédussal, stb.
- orvosi dokumentáció tanulmányozása

Az első interjú, mint sajátos pszichodiagnosztikai eljárás:

- *Első interjú (klinikai).* A pácienssel folytatott első szakmai beszélgetés adott páciens és adott szakember között. Minden olyan verbális kommunikáción alapuló vizsgálat (kérdés), amely diagnosztikai (terápiás) céllal jön létre a vizsgáló pszichológus (orvos) és páciens relációban. (Ez tehát a legtágabb terjedelmű fogalom, általában a lenti fogalmakat is magában foglalja.)
- *Exploráció (klinikai).* A releváns információk feltárása (vizsgálata, kikérdezése, felderítése). A folyamat hasonló a tematikus/strukturált interjúhoz.

- *Anamnézis felvétele:* anamnézis= kórelőzmény, kórtörténet. Előző betegségek (+ jelen panaszok). Érdemes ezeket az élettörténetbe beillesztve kikérdezni. (A páciens *élettörténeti, kórelőzményi adataiból* igyekszünk releváns információkat nyerni.) Általában az autoanamnézist értjük alatta: a beteg által elmondottakat.
- *Heteroanamnézis:* Hozzátartozótól, esetleg gondozótól, baráttól, munkatártól, főnöktől, szomszédától nyert anamnézis.

2 Az első interjú általános jellemzői

Az első interjú vezetése a klinikai pszichológus aktivitásának egyik alappillére. Jó klinikussá nem lehet anélkül válni, hogy az ember ne tudna jó színvonalon első interjút felvenni (Segal, Hersen, 2010). Az interjú az *adatgyűjtés és a döntéshozatal* egyik legfontosabb eszköze. Csak annyira hasznos klinikailag, amennyire gyakorlott és érzékeny az azt alkalmazó klinikus.

Rugalmasabb, mint a sztenderdizált tesztek (kivéve a strukturált interjúkat): a szakembernek kell megítélnie, hogy mikor kérdez, mikor hallgat, mit kérdez, mennyit támogat, stb. Tapasztalat kell ahhoz, hogy a klinikus a páciens kulcsingereire egyre érzékenyebb módon tudjon reagálni, egyre több információt vegyen észre, egyre hatékonyabban avatkozzon be.

Mindezt folyamatosan gyakorolni kell. Ezen túlmenően fontos a betegvizsgálatok átbeszélése kollégákkal és/vagy szupervízióban, mert a külső visszajelzések szerepét nem lehet eléggé hangsúlyozni – főleg azért, mert a betegvizsgálatot négy szemközti helyzetben gyakoroljuk.

Az első interjút többféle céllal és formában lehet végezni. Az egyik fontos tényező, ami befolyásolja az első beszélgetés formáját, a klinikai helyzet, amiben az interjú történik. A klinikusnak az adott helyzetet figyelembe véve kell meghatározni az interjú célját, hosszát, mélységét, az alkalmak számát, a kérdések típusát.

2.1 Első interjú az egészségügyi ellátás különféle helyzeteiben

Az első interjú módszerválasztása nagyban függ a vizsgálat céljától, a beteg céljaitól, motivációjától, állapotától. Különböző egészségügyi ellátó területen más-más szempontok válnak hangsúlyossá. A következőkben az akut pszichiátriai ellátás / krízisközpontok, a pszichológiai és pszichiátriai járóbeteg ellátások, illetve szomatikus ellátás területén történő betegvizsgálat sajátos szempontjait ismertetjük.

- *Akut pszichiátriai ellátásban, krízisközpontokban:*

Az ilyen típusú ellátás területén előfordulnak olyan leginkább olyan nehéz helyzetek, amelyeket az jellemez, hogy a beteg nem önként jön, hanem hozzák (mentő, rendőrség, katasztrófa-elhárítás, stb.). Ilyen helyzet alakulhat ki a következő esetekben:

- ha a betegnek pszichotikus tünetei vannak: hallucinál, téveszméi vannak, bizarr módon viselkedik;
- ha drog-alkohol problémái vannak és pl. akutan intoxikált és dezorientált;
- organikus agyi szindrómák esetében;
- hangulatzavarok, pl. súlyos depresszió esetén, ami akár pszichotikus jegyekkel, öngyilkossági krízissel járhat együtt;
- személyiségzavarok esetén, főleg a labilis, impulzív viselkedéssel (pl. borderline személyiségzavar);

Az interjú vezetésében a klinikusnak alkalmazkodni kell a beteg állapotához és az interjú céljához, hiszen egyes esetekben a betegek extrém mértékben szoronghatnak a hallucinációik, téveszméik következtében. Máskor a betegek nem értik, hogy miért vannak kórházban, hiszen hiányos a betegségbelátásuk. Gyakorik az extrém érzelmi reakciók ezek miatt. A páciensek lehetnek szorongóak, gátoltak, agitáltak, paranoidak, ami mind gátolhatja a részletesebb interjú felvételét. Ilyenkor a jelen döntési helyzetekre kell szorítkoznunk (állapotfelmérés, iránydiagnózis). Az alapos állapotfelmérés (mentális státusz részlete vizsgálata) ilyenkor

sokkal fontosabb lehet, mint az élettörténet részletes kikérdezése. A klinikus magabiztos és megértő attitűdje segíthet a betegnek megnyugodni, ami elősegítheti számára a problémája őszinte kifejezését.

- *Járóbeteg pszichiátriai / pszichológiai szakrendeléseken:*

Ilyen járóbeteg rendeléseken a mentális zavarok változatos skálájával találkozhatunk. Itt a cél minél jobban megismerni a páciens pszichés működéseinek színvonalát, köztük azt is, hogy miért keres pszichológiai segítséget. A páciens problémáját élettörténeti kontextusba helyezzük, miközben meghatározzuk a jelen problémákat és igyekszünk feltárni a korábbiakat is. Összefüggéseket keresünk ezen tényezők között, ami segít megfogalmazni a kezdeti kezelési tervet.

A középpontban a páciens problémái, és emellett az erőforrásai állnak. Az ilyen interjúk akár 60-90 percesek is lehetnek, mivel páciens általában önként jön, kevésbé áll ellen, mint az osztályos kezelés eseteiben. Időt kell szánni a későbbi pszichoterápiás kapcsolat kiépítésére is, a pszichoterápiára való szocializálásra. Sokszor a páciens választ vár olyan kérdésekre, hogy mi a baja, mi a diagnózisa, mi okozta azt, mi a megfelelő kezelés, mennyi ideig tarthat ez, stb. Ezekre őszintén kell válaszolni valamit már a kapcsolat elején, nem lehet teljesen kitérni a válaszadás elől. Például a pszichoterápia hosszát illetően lehet kezdetben 5 vagy 10 alkalomban megállapodni, majd ezt elérve az ülések számát újra átbeszélni. Ha maga a páciens nem is firtatja ezeket a kérdéseket, a klinikusnak akkor is célszerű szóba hoznia, majd és közösen tisztáznia ezeket a pácienssel.

- *Szomatikus ellátásban (pl. mozgásszervi, kardiológiai, egyéb rehabilitációs osztályok):*

A szomatikus ellátás területén eléggé speciális feladatai vannak a klinikusnak. Gyakran nem a beteg kéri a segítséget, hanem az orvos utalja pszichológushoz a beteget. Lehet, hogy a beutalást átbeszélte az orvos a beteggel, de lehet, hogy nem. Utóbbi esetben a beteg eleinte hezitálhat, vagy ellenállhat a beszélgetésnek, akár teljesen visszautasíthatja az interjút. Gyakran a testi betegségük által definiálják a problémájukat és hátrítják a pszichés problémák meglétét. Nem értik, hogy miért kellene pszichológussal beszélgetniük. Ilyenkor a klinikus dolga az, hogy a beteg tudás- és motivációs szintjének megfelelően vezesse a beszélgetést, és informálja a beteget arról, hogy mit profitálhat a beteg a beszélgetésből. Érdemes az interjú célját úgy megfogalmazni a beteg felé, hogy ne a mentális zavar diagnosztizálása érződjön ki belőle, hanem az, hogy szeretné megismerni a páciens, és azt, hogy hogyan tud megküzdeni a testi betegségével.

Nem biztos, hogy már első alkalommal képes vagy hajlandó a beteg hosszabb interjúra; lehet, hogy több rövidebb, felszínebb találkozásnak kell megelőznie a személyesebb, mélyebb beszélgetést, ahol a testi betegségein túl már az érzéseiről is mer/akar beszélni a páciens. A pszichológusnak tájékozottnak kell lennie a beteg testi állapotával kapcsolatban, szükséges konzultálnia az orvosával, gyógytornászával, logopédusával stb. Az időbeosztásban is alkalmazkodnia kell a pszichológusnak a beteg napi kezelési (vagy vizsgálati) programjához.

Összességében tehát ne csodálkozzunk azon, hogy az első interjúnak nincs egyetlen jó kivitelezési formája – mindig a helyzethez igazítva, az összes tudásunkat, készségünket rugalmasan alkalmazva kell megvalósítani.

2.2 Az első interjú mint sajátos interperszonális helyzet

Az első találkozás általában *imprintingszerűen határozza meg* a későbbi kapcsolatunkat a pácienssel, tehát kiemelkedő jelentőségű. Az első benyomás mély nyomokat hagy a páciensben, és az ekkor kialakult kép a másik emberről később már nehezen változik meg. Az első interjú során elkövetett hibák később nehezen korrigálhatók.

- Az első találkozás két ember között mindig *kiélezett interperszonális helyzet* olyan értelemben, hogy a bemutatkozás az önkifejezés egy sűrített módja, ami megjeleníti a páciens személyiségműködésének jellemzőit. Emiatt az információtartalma is igen nagy.

- Az első interjúban *két ember vesz részt az interakcióban*, tehát mindkét fél befolyásolja a másik reakcióit. A klinikus szakmaisága és személyisége jelentősen kihat arra, hogy mennyire hasznos információkat tud meg a páciensről már az első alkalommal. Két különböző klinikus által ugyanazzal a beteggel folytatott interjú sosem lesz egyforma.
- Az első interjú során a klinikus szakmai szempontokat mérlegelve kérdez vagy hallgatja a páciens. Az ő felelőssége mederben tartani az interjút és a klinikai cél felé terelni azt. Az utóbbi alatt azt értjük, hogy minél több releváns információt tárjon fel, emellett informálja, megnyugtassa a páciens, illetve nyújtson segítséget abban, amiben már a kapcsolat elején szükséges.
- Mivel az első interjú során a páciens *személyes információkat* oszt meg saját magáról és a problémáival kapcsolatban, ezért gyakran előfordul, hogy
 - szorong, fél a problémái feltárásától, szégyelli azokat
 - bizalmatlan, gyanakvó, elutasító a szakemberrel szemben
 - érzelmi gátak leblokkolják abban, hogy felfedje a legfőbb lelki tartalmait.
 Szem előtt kell tartanunk, hogy mindezek leginkább a páciens bizonytalanságból fakadnak, hiszen minden ismeretlen helyzet szorongást, feszültséget válthat ki az emberből (azaz szituatív is a bizonytalanság, ezen túlmenően a személyiség tartós jellemző is lehet). Az első perctől kezdve ki kell fejeznünk érdeklődésünket, szakmai támogatásunkat a páciens felé és csökkenteni kell a páciens bizonytalanságát. Az interjú kezdetén történő informálás már önmagában sokat segít a bizonytalanság csökkentésében, például annak tisztázása, hogy milyen céllal történik a vizsgálat, mennyi ideig tart, utána mi fog történni, stb.
- Főleg azokban az esetekben, amikor először fordul a páciens lelki problémáival szakemberhez, előfordulhat, hogy
 - fontos dolgokat nem említ, mert nem gondolja, hogy azok fontosak a vizsgálat szempontjából
 - bizonyos problémákat nem is tart problémának, mivel megszokta azokat, így természetesnek veszi azokat, és nincs tudatában, hogy összefüggenek az általa megfogalmazott problémákkal
 Mindezek következtében *információ-visszatartás* várható. Ahhoz, hogy megfelelő információt nyerjünk, fel kell ismernünk és oldanunk kell ezeket a jelenségeket.

2.3 Az első interjú előkészítésének szempontjai

- Fontos a fizikai környezet elrendezése: rendezett, barátságos környezet kívánatos megfelelő fényviszonyokkal. Törekedjünk arra, hogy kevés személyes tárgy legyen a szobában. A két szék ne legyen teljesen szemben egymással, emellett egyenlő szemmagasság legyen biztosított a páciens és a klinikus számára. Legyen jól látható helyen óra, amit lát a beteg, mivel így tud alkalmazkodni az időbeli keretekhez. Az óra legyen a látóterében, azaz ne kelljen külön fejfördítéssel ránéznie, mert ez megtöri a beszélgetést. Ugyanez igaz a klinikusra is: az ő látóterében is legyen egy másik óra. Így mindkettejüknek könnyebb tartani az idői kereteket.
- Legyen zavartalan az interjúhelyzet. Biztosítsuk azt, hogy mások ne járkáljanak be a szobába, a telefont lehetőség szerint ne vegyük fel (ha lehetséges, húzzuk ki vagy halkítsuk le).
- Mutakozzunk be, fogjunk kezet és említsük meg, hogy hogyan szólíthat minket a beteg. Kérdezzük meg azt, hogy mi hogyan szólíthatjuk a beteget.
- Az orvosi papírokat el lehet kérni előre, ha esetleg azt gyanítjuk, hogy sok a testi betegsége vagy hosszú a pszichiátriai kórelőzménye. Kínos lehet a beteg előtt hosszasan olvasni azokat.
- Mondjuk el, hogy milyen célból történik a beszélgetés. Ha a betegnek más elképzelése volt az interjú céljáról, akkor ezt tisztázzuk.
- Mondjuk el, hogy az interjú során szerzett információkat kivel fogjuk megbeszélni (pl. a kezelőorvosával), ki olvashatja el majd az elkészült írásbeli véleményt.

- Biztosítsuk a beteget a titoktartásról, és jelezzük, ha van olyan releváns tényező, ami feloldja a titoktartást (pl. veszélyeztető állapot).
- Mondjuk el a betegnek, hogy visszautasíthat témákat, ha nem akar róluk beszélni.
- Említsük meg, hogy kb. mennyi ideig fog tartani a vizsgálat.
- Jegyzetelés az interjú alatt: Érdemes lehet írásos feljegyzést készíteni akkor, ha félünk, hogy elveszítünk fontos információkat. Ilyen esetben ezt természetesen tegyük, de csak a lehető legkevesebbet jegyzeteljünk és figyeljünk közben a szemkontaktus fenntartására. A titoktartás miatt biztosítsuk a páciensről, hogy más nem olvashatja el a jegyzeteinket. Csak a legfőbb dolgokat jegyezzük fel, és közben figyeljünk a páciensre (összük meg a figyelmünket). Van olyan páciens, aki ettől fontosabbnak érzi azt, amit mond, más viszont gyanakvóan fogadhatja a jegyzetelésünket. Vegyük észre, ha ez zavarja a páciensét és ekkor mellőzzük a jegyzetelést! A beszélgetés után azonban rögtön írjuk le a fontosabb dolgokat. Video vagy hangfelvétel a beteg írásos beleegyezése nélkül nem készülhet!

Az első interjú folyamata során nagyon fontosak a következők:

2.4 A rapport kiépítése a pácienssel

Ez a fogalom a nyílt, bizalomteli, biztonságos kapcsolat kialakítását jelenti a pácienssel.

- A diagnosztikus munka sikerességének, valamint a későbbi terápiás szövetségnek is ez az alapja. A nehéz témák megbeszéléséhez különösen szükséges a megfelelő légkör, amit a megfelelő beteg-pszichológus kapcsolat biztosít. (Maga a rapport kifejezés kapcsolatot jelent. Van egy másik jelentése is: jelentés, tudósítás egy fölérendelt személy felé, pl. katonaságnál.) Jelen szövegösszefüggésben a jó kapcsolat, egyetértés, összhang, kölcsönös bizalom és tisztelet (jó rapport) kiépítéséről beszélünk (ami természetesen nem egyenlő a szeretettel). A páciens arra készül, hogy egy idegennek kell beszélnie a legmélyebb problémáiról, ezért zavarban van, szorong, rémült lehet. Mások a stigmatizáltságtól félnek („Nem vagyok én bolond, hogy pszichológushoz járjak...”). Mindezekért időt kell adnunk a páciensnek, hogy megbízzon bennünk, és hogy bízzon abban, hogy lehetséges a fejlődés/javulás/ gyógyulás.
- Alapvetően igen sok múlik azon, hogy mennyire sikerül a kapcsolatfelvétel, milyen érzelmi légkört és kapcsolatot sikerül kialakítanunk a pácienssel, mennyire sikerül érzékeltetni, kifejezni a szakmai elkötelezettségünket, érdeklődésünket és elfogadásunkat a páciens felé. Ennek a folyamatnak van verbális és nem-verbális része is. Utóbbi szempontjából fontos, hogy a testtartásunk, gesztusaink, hangerőnk ne legyen túl eltérő a pácienshez képest, de is vegyük át az övét. Ha van rá lehetőség, akkor a tanulmányi céllal készült video-feedback nagyon hasznos lehet a szakember számára!
- Összességében elmondhatjuk, hogy jó rapport nélkül nincs hatékony interjú. Az aktuális kommunikációs stílusunkon túl van mindezeknek személyiségbeli vonatkozása is: leginkább az előítélet-mentes hozzáállás a pácienshez, az ő problémáihoz (lásd Rogers-i nem-specifikus terápiás hatótényezők: feltétel nélküli elfogadás, empátia, kongruencia). Mindezt a beteg és a probléma *MEGÉRTÉSE* érdekében kell tenni, nem pedig azért, mert szimpatikus a páciens. Az eleinte ellenszenves páciens akkor tudjuk elfogadni a problémájával együtt, ha megértjük. A páciens problémájának megértése után tudjuk eldönteni, hogy tudunk-e neki segíteni vagy sem. Ha már kiépült a rapport, akkor nagyobb tere van a célzott kérdésnek, konfrontálásnak. Találkozhatunk olyan pácienssel is, akivel különösen nehéz kialakítani a rapportot, mert ellenséges, paranoid, nárcisztikus munkamód jellemzi. Ezt vegyük észre, mert ez fontos diagnosztikus értékű információ a betegről. Ehhez azonban biztosan el kell tudnunk különíteni, hogy milyen kapcsolati nehézség származik a páciens problematikájából, és esetleg mi származik belőlünk. A klinikusnak mindig arra kell törekednie, hogy minimálisra csökkentse azon betegek körét, akivel a saját személyes problematikája miatt nem tud foglalkozni. A folyamatos önismereti munka és fejlődés ezt a célt szolgálja.
- A jó rapport kialakításának talán leglényegesebb vonása az *empátiás viszonyulás*: Minden klinikusnak alapvető készsége kell, hogy legyen az, hogy képes empatizálni a páciens problémájával és ezt ki is tudja

fejezni az érzések validálásán és a megértésen keresztül. Nem szabad elfelejteni, hogy az empátia lényege a megértés és nem a szimpátia. A klinikus empátiás visszajelzései (tükrözései) révén fogja a páciens érezni, hogy a klinikus megértő, elfogadó és ítélkezés nélkül tud kapcsolódni az ő érzelmi világához. Ezáltal nő a páciens bizalma és önfeltárása. Az empátiás tükrözésnek többféle formája van, ezeket lásd később.

2.5 Az első interjú mint kommunikációs folyamat

Maga az első interjú *kommunikációs folyamat*, mivel az interjú eszköze a kommunikáció. Emiatt szükséges ismerni és alkalmazni a hatékony kommunikáció szabályait:

- A kérdések megfogalmazásánál igyekezzünk a páciens nyelvezetét használni, különösen azokat, amelyeknek speciális, egyedi jelentése van a számára.
- A megfogalmazási módunkban igazodnunk kell a páciens személyiségének érettségi fokához, illetve ahhoz, hogy mennyire van tudatában a problémáinak, mennyire adekvát a betegségbelátása.
- Célszerű kerülni a szakkifejezések használatát, mert, ha nem ismeri azokat, akkor ez szorongást válthat ki a páciensből. Ha mégis szükséges használni, akkor magyarázzuk el azok lényegét. Ha a páciens az adott szakkifejezést lefordítja a saját nyelvére, akkor át kell vennünk tőle az ő szavait. Ha viszont adekvátan használja a páciens a szakkifejezéseket, akkor természetesen nem kell kerülnünk azokat.
- Gyakran szükséges tisztázni a páciens szavainak jelentését. Merjünk rákérdezni pl. arra, hogy mit ért az alatt, hogy agresszív volt? Hogy történt ez pontosan? (a másik fél pl. felemelte a hangját / bántó szavakat használt / fizikai bántalmazást alkalmazott (konkrétan milyen...) stb.

2.6 A kérdés módja

A *kérdés módja* különösen fontos az első interjúban, hiszen ez képezi a szakember intervencióinak jelentős részét. Van néhány általános szabály, de itt is fontos a beteghez és a helyzethez illeszteni a módszerünket.

Az első kérdéseket inkább nyitottan fogalmazzuk meg, hogy engedjünk teret a páciensnek a rá jellemző, spontán megfogalmazásmódokra. Pl. "Mi az, ami miatt felkeresett?" "Mi az, amiben segíthetek Önnek?", vagy "Kérem, beszéljen a problémájáról!" stb. Ha fontosnak ítélünk meg egy-egy témát, akkor egyre jobban lehet a célzottabb kérdések felé haladni. Zárt kérdéseket csak akkor tegyünk fel, ha feltétlenül szükséges konkrét adatokat, jelenségeket tisztázni.

A kérdések típusai (Trull, Phares nyomán):

<i>kérdés típusa</i>	<i>jelentősége</i>	<i>példa</i>
nyitott	a páciens kezébe helyezi a felelősséget (és lehetőséget), tág lehetőségeket biztosít a válaszadásra	Beszélne a serdülőkoráról?
segítő	közlésre ösztönzi a páciens	Mondana egy kicsit többet erről nekem?
tisztázó	tisztázást vagy megerősítést kér	Jól értem, hogy akkor úgy érezte magát, mint...?
konfrontáló	a következményekre vagy ellentmondásokra kérdez rá	Az előbb, amikor azt mondta, hogy...?
közvetlen	ha már kialakult a rapport és a páciens felelősséget vállal a beszélgetésért, az ilyen kérdések hatékonyak és hasznosak lehetnek	Mit mondott az apjának, amikor ő azt mondta, hogy maga erre nem képes?

- Nagyon fontos, hogy ne kérdezzük egyszerre többet, mert úgysem fog a páciens mindegyikre válaszolni és csak zavart kelt benne a többi kérdés.
- Továbbá fontos, hogy az interjú során legyen a páciensnek is lehetősége kérdezni. Vegyük észre, ha kérdezni akar!
- Ne csak a beszélgetés tartalmára figyeljünk az interjú alatt, hanem annak a folyamatára is! Ehhez

megkérdezhetjük a páciensről, hogy hogyan érezte magát az interjú alatt, hogyan tapasztalta meg a beszélgetési helyzetet a klinikussal, milyen volt személyes dolgokról, problémákról beszélnie.

- „Érzékenyített” témákról való beszélgetés: Ha a klinikus fél rákérdezni olyan klinikailag releváns témákra, mint pl. az alkohol vagy drogfogyasztás, öngyilkosság, mások felé irányuló agresszió, vagy a szexuális élet, akkor nem viselkedik professzionálisan. A klinikus a szakmaisága által kérdezhet meg ilyen dolgokat – természetesen adott formában. Ha ezekre nem kérdezőnk rá a kellő helyzetekben, akkor azt jelezzük a páciens felé, hogy komoly korlátai vannak a szakmai beszélgetésnek is, és nem fog bízni a klinikusban.
- Az interjú legvégén ne felejtsük el megkérdezni a páciensről, hogy van-e valamilyen kérdése, szeretne-e valamit kérdezni.

2.7 A klinikus önfeltárásának kérdése

A szakember részéről történő önfeltárást csak nagyon megfontoltan szabad alkalmazni: keveset és csak aránylag semleges dolgokról, és kezdőknek nem ajánlott. Mielőtt alkalmazzuk, a negatív hatásait nagyon át kell gondolni, mert azt jelezheti a páciens számára, hogy a klinikus nem rá, hanem saját magára figyel. A nem megfelelő önfeltárást meg is terhelheti a páciens. Ha azért kérdező a páciens, hogy feszegetse a pszichoterápiás kapcsolat határait, akkor kifejezetten fontos a határok definiálása. Alapszabály, hogy csak olyan információt osztunk meg a pácienssel magunkról, amit akár a helyi újságban is közzétennénk. Pl. az életkorunk, hol képződtünk, ki a szupervízorunk. Ha ettől személyesebb információkat is megosztunk a pácienssel, akkor világosan meg kell tudnunk magyarázni magunknak azt, hogy ezt milyen célból tettük. Ha ezt az adott célt el tudjuk érni máshogyan is – a személyes önfeltárást kockázatai nélkül -, akkor a másik utat válasszuk. Ha mégis az önfeltárást választjuk, akkor inkább fogalmazzunk meg érzéseket, pl. „Tudom, milyen lehet ez Önnek, amikor valaki, akiben bízott, mélyen megbántotta”, mintsem tényeket pl. „Én is ezt éreztem, amikor a volt párom megcsalt.” Ha a páciens nagyon direkt módon presszionálja az önfeltárást (pl. „Magát erőszakolták már meg?”), akkor célszerű a páciens kíváncsiságának okára rákérdezni, és megérteni, hogy mi áll a kérdés hátterében (milyen feltételezés vagy aggodalom a klinikussal kapcsolatban). Semmilyen körülmények között nem szabad *aktuális* személyes problémákat feltárni a kliensnek!

2.8 A klinikus önmonitorozása az első interjú során

Az első interjú alatt a klinikusnak folyamatosan kell *önmagát monitoroznia* olyan témákkal kapcsolatban, hogy vajon az ő viselkedése hogyan hathat a páciensre. Például „látszik-e, hogy fáradt vagyok?” „... hogy tanácstalan vagyok?” „hogy elfogadó vagyok?”, stb. A jó kérdező párhuzamosan képes megfigyelni önmagát, a saját reakcióit és a páciens reakcióit. Ezért jó megosztott figyelemmel és munkamemóriával is kell rendelkeznie. Tudatosan kell alkalmaznia a verbális és a nem-verbális kommunikációs csatornákat is. Önismerete révén tudomása kell, hogy legyen arról, hogy általában hogyan hat az emberekre a kommunikációja, melyek az erősségei és a gyengébb készségei, illetve az is, hogy milyen típusú embereket tud nehezebben elfogadni. Önismerettel lehet ezeket a készségeket fejleszteni.

2.9 Interjú a hozzátartozóval

Hasznos kiegészítő információkat nyerhetünk a páciens problémájával kapcsolatban a közeli hozzátartozótól, illetve egyéb fontos személytől (barát, szomszéd, tanár, munkatárs). Célszerű először a pácienssel beszélni négy szemközt, majd a hozzátartozóval, azután mindkettejükkel egyszerre. A páciens és a hozzátartozó együttes viselkedése számos új információt nyújthat a problémáról. Mielőtt beszélünk a hozzátartozóval, kérni kell ehhez a páciens hozzájárulását. Biztosítanunk kell a páciensről, hogy az ő engedélye nélkül nem adunk ki róla információkat a hozzátartozónak. Ugyanígy, amikor külön beszélünk a hozzátartozóval, akkor is tisztázni kell, hogy abból mit szabad visszajelezni a páciensnek és mit nem. Vigyázni kell a segítőnek arra is, hogy ne váljon a páciens és a hozzátartozó közötti közvetítővé.

2.10 Az első interjú céljai

- megfelelő *rapport* kialakítása a pácienssel
 - a feszültségek oldásával
 - a megfelelő érzelmi légkör kialakításával (elfogadás, odafigyelés, empátia kifejezése)
 - az interjú céljainak strukturálásával

- Klinikailag releváns *információk előhívása* a páciensből

Az első interjú témakörei nagy vonalakban:

A tünetek, problémák története

- panaszok, problémák leírása
- a fő panasz megállapítása
- a panaszok kezdete, lefolyása, jobb-rosszabb időszakok jellemzői
- a tünetek intenzitása, tartama
- kiváltó tényezők
- következmények: a tünetek kihatása az életvezetésre
- eddigi kezelések
- saját megoldási kísérletei a problémára
- korábbi epizódok és más mentális zavarok

Családi háttér

- a család társadalmi-gazdasági helyzete, kulturális háttere
- a szülők foglalkozása
- a szülők elváltak-e, újravezették-e?
- a szülők mentális és fizikai egészsége
- testvérek
- családi kapcsolatok és működésmódok
- a szülők nevelési stílusa
- a családban bántalmazás, elhanyagolás történt-e?
- mentális zavar vagy súlyosabb testi betegség a tágabb családban van-e?

Jelenlegi élethelyzet

- kivel él? milyen anyagi és fizikai körülmények között?
- milyen érzelmi légkörben él?
- barátai vannak-e? kikre támaszkodhat, ha baj van?
- van-e munkája?

Élettörténet

Csecsemőkor:

- születése körülményei
- fejlődési pontok
- családi légkör, a szülők nevelési stílusa
- szülőkkel való kapcsolat milyensége, gyakorisága
- korai betegségek
- szobatisztaságra való szoktatás

Gyermekkor:

- óvodába, iskolába való beilleszkedés (szorongás, iskolakerülés)
- iskolai teljesítmény (bukás)
- hobbi, érdeklődés
- kortárs kapcsolatok
- szülőkkel való kapcsolat

- fontosabb életesemények

Serdülőkor:

az előző szempontokon túl:

- érzelmi labilitás
- normaszegő viselkedés, szerhasználat, korai szexuális élet
- párkapcsolatok
- pályaválasztás

Korai felnőttkor, érett felnőttkor

- iskolai végzettség, foglalkozás, munkába állás, munkahelyi funkcionálás
- társas kapcsolatok
- szülőkről való leválás, szülőkkel való kapcsolat
- életcélok
- életével való elégedettség
- hobbi, érdeklődés, kikapcsolódás
- párkapcsolatok, házasság (válás volt-e?)
- szexuális élet
- szülővé válás (hány évesen?) hány gyermeke van?
- fontosabb életesemények
- betegségek
- anyagi helyzet

Időskor:

- én-integritás
- betegségek
- veszteségek
- anyagi helyzet

Fontos további témák:

- énképe
- vágyai
- legboldogabb / legrosszabb emléke
- legkorábbi emléke
- félelmei
- betegségekkel kapcsolatos aggodalmak
- minek tud örülni, mitől lesz szomorú?
- visszatérő álmai vannak-e?

Pontosan miben kér segítséget?

- Ideiglenes *hipotézis felállítása* arra vonatkozóan, hogy mi a páciens problémájának lényege. Ezt a hipotézist állandóan tesztelni kell. Nem baj, ha később változtatunk rajta, a rossz hipotézis is jobb, mint a hipotézis teljes hiánya, mert gondolkodásra készítenek. Ha rugalmasak és jó szakemberek vagyunk, akkor képesek vagyunk a hipotézisünket felülbírálni, csiszolni.
- A *páciens motiválása* a problémáival való foglalkozásra, pszichoterápiára a segítő kapcsolatra vonatkozó tévhitek eloszlatásával (nem csevegés, nem "lelkizés", hanem munka, ahol a páciensnek erőfeszítéseket kell tennie a változás érdekében, ne várjon csodát sem)
 - a páciens inadekvát motivációjának kezelésével (nem oldják meg helyette a problémáit, csak segítenek neki megtalálni a megoldást)
 - a segítő kapcsolatban való részvételre való szocializálásban (legyen tisztában azzal, hogy mi az, mi a

teendője, hogyan zajlik stb.)

- A továbbiak *praktikus elrendezése, a páciens informálása a továbbiakról*
- Ha pszichoterápia követi, akkor az első interjú egyben a *terápiás kapcsolat kezdete is*

2.11 A páciens érzéseire való rákérdezés

Ne felejtjük el, hogy nem csak az számít klinikailag releváns adatnak, hogy milyen tünetektől szenved a páciens, ezek hogyan alakultak ki, mi a véleménye a problémájáról, stb, hanem az is, hogy *milyen érzései vannak* a páciensnek különböző dolgokkal kapcsolatban.

Jó színvonalú páciensek akár maguktól is megfogalmazzák ezeket, de ekkor is szüksége lehet további pontosításra. Gyengébb személyiség szerveződési színvonalú betegek nehezebben vagy akár egyáltalán nem tudják megfogalmazni az érzéseiket. Ezért az érzelmek felismerésének, megfogalmazásának, kezelésének módjai fontos diagnosztikus információkkal is bírnak. Ha komoly nehézségei vannak a páciensnek ezen a területen, akkor ennek fejlesztése is szerepel majd a terápiás célok között. Mindenesetre az első interjú során térképezzük fel a páciens jellemzőit ezen a területen, mivel az érzések, érzelmek, indulatok, impulzusok fontos részét képezik a tünetek pszichodinamikájának, emellett pedig mint készség is jellemzik a páciens globális működési színvonalát.

Hogyan kérdezhetünk rá a páciens érzéseire? (Morrison, 2008 alapján ismertetjük)

- Akár közvetlenül is:

- „Mit érzett akkor, amikor...?”
- „Milyen lelkiállapotban volt akkor, amikor...?”

Ez a közvetlen kérdezésmód akkor hatékony, ha jó a pácienssel a kapcsolat, és ha a páciens képes azonosítani és verbalizálni az érzéseit. Megfelelő időben kérdezve - adott téma adott pontján - többet tudunk meg, mint globálisan, általános kérdéseket feltéve.

Azonban számítanunk kell arra, hogy lehetnek akadályok a páciens részéről az érzelmekről való beszámolóban, mert például

- nem akarja nekünk elmondani az érzéseit, mert nem akar sebezhetővé válni (bizalmatlan).
- gyermekkorától fogva megtanulták az érzelmek letagadását. Pl. fiúknál „Egy fiú nem sír!” Ilyenkor lehet, hogy tudja, hogy mit érez, de úgy gondolja, ezeket jobb nem elmondani.
- Az is előfordulhat, hogy a páciens azért nem beszél az érzéseiről, mert nem képes rá, mivel nem is tudja felismerni a saját érzéseit, nem tudja a diffúz érzést megnevezni, eseményekhez kötni (alexitimia). Ha ezt észleljük, akkor az első interjúban nem kell tovább firtatni az érzésekről való beszámolót, hanem terápiás célként kell kezelni.

- Megközelíthetjük az érzésekről való beszámolókat nyitott kérdésekkel is, például:

- „Az előbb említette, hogy a felesége szóba hozta a válást. Beszélne erről bővebben?
- Igen, ez elég szörnyű volt... Tudom, hogy... Szóval, mindig úgy gondoltam, hogy ha valakinek tönkremegy a házassága, akkor tönkremegy az élete is... Legalábbis anyám mindig ezt mondta.
- (biztató bólintások, együttérző tekintet)
- De ha jobban meggondolom..., tudja... olyan sok nehézségen mentünk keresztül azóta, hogy megszülettek a gyermekeink. Végül is... vannak dolgok, amik rosszabbak, mint a válás. Igen, voltak évek, amikor igazán rosszul éreztem magam. Különösen, amikor munkából hazaértem...”

A páciens a nyitott kérdésekre szabadabban reagálhat, ezért valószínűbb, hogy több mindent elmond.

→ nagyobb eséllyel mond el releváns információkat az érzelmeivel kapcsolatban

→ többet tudunk meg arról, hogy a páciens hogyan él meg különböző szituációkat egészében

→ többet tudunk meg a tisztázatlan vagy ambivalens érzésekről

→ többet tudunk meg az érzelmek időbeli lefolyásáról, érzelmek és gondolatok egymásra való hatásáról, elhárító mechanizmusokról

- Segíthetjük az érzésekről való beszámolót az odafigyelésünk, együttérzésünk kifejezésével specifikusan akkor, amikor a páciens ezt teszi.

Például:

- *Páciens: „15 éve dolgozom ennél a cégnél, de az előléptetésnél a fiatalabb és csinosabb kolleganőmet választották, akinek még fogalma sincs a szakmáról... Ez nem igazán volt jó élmény...”*
- *Klinikus: (együttérzően ráncolja a szemöldökét, bólogat)*
- *Páciens: Hát igen... elég dühös voltam... igazából majd felrobbantam!”*

Ez a módszer főleg akkor működik, ha a páciens már megosztott velünk valamennyit az érzéseiből. Ezt a folyamatot *megerősítjük* a non-verbális jelzéseinkkel, jelezve, hogy fontosnak tartjuk az érzésekről való beszámolót.

- Az érzelmek empátiás visszatükrözése szintén arra bátorítja a beteget, hogy egyre több érzést osszon meg velünk.

Ilyenkor megfogalmazzuk azt az érzést, amiről feltételezzük az empátia révén, hogy adott helyzetben azt érezte/érzi a páciens. A reakcióból láthatjuk, hogy helyes volt-e a feltételezés.

Például:

- *„Páciens (beszél egy élményről, majd elcsuklik a hangja, könnybe lábad a szeme)*
- *Klinikus: „Nehéz lehet erről beszélni...”*
- *Páciens: „Igen... nagyon fáj...”*
- *„A férjem évekig csalt, én pedig nem vettem észre. Egyszer csak bejelentette, hogy évek óta van valakije és el akar válni...”*
- *Klinikus: „Ez iszonyú érzés lehetett...” VAGY... „Nagyon meqdöbentő lehetett ezt hallani...” VAGY „Ez nagyon nagy csalódás lehetett az Ön számára...”*

(eldönthetjük, hogy mennyire specifikus érzést fogalmazunk meg)

- Speciális nehézséget jelenthet a *túlzott emocionalitású páciensek* kezelése az interjú során, amikor különösen nehéz objektív információkat szerezni arról, pontosan mi váltotta ki az érzést (pl. milyen volt az adott helyzet, ki volt ott, pontosan mi történt, ki mit mondott, ki mit tett, stb.) Ilyenkor szükséges lehet átváltani zárt kérdésekre. Ezzel jelezhetjük a betegnek, hogy célzottan mi a fontos nekünk, és hogy a kommentárok most nem fontosak.

Például:

- *Klinikus: „Beszélne az első házasságáról?”*
- *Páciens: „Az egy katasztrófa volt! Sajnos képtelen vagyok elfelejteni azt az embert! Kompletten őrült volt. Egyszer egy hónapon keresztül csak bögttem. Még csak nem is tudtam...”*
- *Klinikus: (közbeszól, mivel felismeri, hogy át kell váltani): „Ivott a férje?”*
- *Páciens: „Persze, ivott, mint az állat! De hát persze, ...”*
- *Klinikus: „Mennyi ideig tartott a házasságuk?”*
- *Páciens: „26 éves koromig, kb. 4 évig. Ő sosem ...”*
- *Klinikus: „Maga akart válni vagy ő?”*

Az ilyen direkt kérdéseknél következetesnek kell lenni és folytatni kell egészen addig, amíg a páciens képes félbeszakítás nélkül a témánál maradni.

- Ha még mindig nem boldogulunk, meg kell győződnünk arról, hogy a páciens érti-e azt, hogy mit

szeretnénk tőle megtudni. Mondhatjuk például a következőt, de közben nagyon kell figyelni az elfogadó, támogató légkörre, a jó rapport megtartására.

- Klinikus: „Úgy tűnik, nehezen tudjuk most itt átbeszélni az élete történetét. Emlékszik, hogy mire vagyok kíváncsi, mit kell most megtudnom Öntől?”
- Ha ez sem elég, mert például a páciens annyira zaklatott, hogy folyamatosan sír:
 - „Látom, hogy most túl zaklatott ahhoz, hogy ma folytassuk a beszélgetést. Pihenjen most egy kicsit! Holnap megkeresem újból, hátha tudjuk folytatni a beszélgetést.,,

2.12 Az empátiás verbalizáció, a feltétel nélküli elfogadás és a kongruencia a klinikus részéről

Carl Rogers és a személyközpontú terápiás irányzat képviselői hívták fel a figyelmet arra, hogy a pszichoterápia hatékonyságát befolyásoló legfőbb tényezők nem maguk a módszerspecifikus elemek a terápiában, hanem magának a *segítő kapcsolatnak* bizonyos jellemzői (lásd Tringer László: A gyógyító beszélgetés című könyvében). Tehát a terápia hatékonysága attól függ, hogy a terapeuta mennyiben tud optimális feltételeket biztosítani a páciens saját erőforrásainak kibontakoztatásához. Ezek az optimális feltételek a segítő kommunikációjának, attitűdjeinek és személyiségének a függvényei. Emiatt nagyon fontos pontosan ismernünk a segítő kívánatos magatartását. A hatékony páciens-segítő kapcsolatnak vannak ún. „terapeuta-változó”, illetve van egy kiemelkedő „páciens-változója” is.

A terapeuta-változókhöz tartoznak a következők:

- A. Empátia és verbalizáció, ami a segítő kommunikációjára vonatkozik
- B. Feltétel nélküli elfogadás, ami a segítő attitűdjeire vonatkozik
- C. Kongruencia, ami pedig a segítő személyiségének jellemzője

A páciens legfontosabb jellemzője a terápia hatékonysága szempontjából az önfeltárás mélysége.

Lássuk először a terapeuta jellemzőit!

A, **Empátia és verbalizáció** (ezek ugyanazon magatartás két oldalát képviselik és a terapeuta kommunikációját jellemzik)

Rogers kifejezése erre eredetileg az érzések tükrözése (reflecting of feeling) kifejezés volt, a tanítványai inkább az empátia szót használják. Tehát Rogers a jelenség visszajelző, tükröző oldalát hangsúlyozta, ahol a verbalizáció a terapeuta kommunikációjának azon sajátossága, hogy a páciens érzéseit, vágyait megérti és minél pontosabban megfogalmazza.

Az empátiás verbalizáció különböző szinteken tud működni, amit a Tringer-Pintér-féle verbalizáció skála fokozatai alapján ismertetünk egy példán keresztül. A magasabb pontszám az empátiás verbalizáció legmélyebb szintjét jelzi.

Kliens: "És még akkor ehhez az is hozzájött, hogy a párom... érzékenyebb, mint én, és még őt is nekem kell támogatnom. Valami olyasmit érzek most, hogy ... nem is tudom... valahol ... á, egyszerűen elegendem van az egészről."

0 - A terapeuta explorál, kikérdez, tanácsot ad, bagatellizál, moralizál, saját elképzelései szerint értelmez, stb. „Milyen helyzetekben fordul elő hasonló probléma?” (Megjegyzés: Bizonyos helyzetekben helyénvaló dolog ilyen kérdéseket feltennünk, azonban ez nem jelent empátiás tükrözést)

1 - A terapeuta aktívan figyel ("igen", "értem", stb.). Ez az empátiás verbalizáció alapszintje. A további fokozatok egyre mélyebb szinteket jeleznek.

2 - A terapeuta a közlés tartalmának felszínes vonatkozásaira reagál: „Úgy tűnik, hogy a párja érzékenyebb, mint Ön.”

3 - A terapeuta újrafogalmaz: „Úgy tűnik, hogy magának még a párját is támogatnia kell.”

4 - A terapeuta a közlés tartalmának egy lényeges, belső elemére reagál: „Úgy tűnik, hogy ez a férfi elég labilis, és ez megterhelő Önnek.”

5 - A terapeuta a közlés tartalmának minden lényeges, belső elemére reagál: „Úgy tűnik, hogy nem érzi magát elég erősnek a párja támogatásához.”

6 - A terapeuta a közlés tartalmának minden lényeges, belső elemére reagál (esetleg vegetatív közlésekre is), és ezeket általános összefüggésbe állítja: „Úgy tűnik, hogy Ön érzi, hogy ezt a helyzetet, amiben van, nem képes jól megoldani.”

7 - A terapeuta a közlés lényeges, belső tartalmát általános összefüggéseiben jelzi vissza, s ezáltal új látásmód kialakítását kínálja fel: „Úgy tűnik, hogy Ön úgy érzi, hogy ezt a helyzetet, amiben van, nem képes jól megoldani, mint ahogyan gyermekkorában is érezhette magát, amikor az édesanyja depressziós volt, és maga nem tudta felvidítani.”

Az empátiás verbalizáció tehát visszajelentést jelez. A terapeuta sokszor nem jelezhet vissza mindent, amit „meghall”, mert a páciens azt még nem képes befogadni, tehát a visszajelzés mélységét a páciens befogadókészségéhez kell illeszteni.

Mi szükséges a hatékony empátiás verbalizációhoz?

- Támaszkodjunk a páciens megnyilvánulásaira, használjuk az ő kifejezéseit.
- Fontos a nyelvi hajlékonyság, rugalmasság.
- Figyeljünk oda a közlés belső, mögöttes tartalmaira.
- Empatikus viszonyulással érzékeljük a páciens lelki állapotát.
- Megnyilatkozásaink legyenek minél konkrétabbak.
- Megnyilatkozások legyenek minél világosabbak.

B. Feltétel nélküli elfogadás: Ez a jelenség a terapeuta attitűdjeire vonatkozik. Faktoranalitikus vizsgálatok alapján 3 összetevőre lehet bontani:

- 1, Pozitív érzelmi odafordulás
- 2, Non-direktivitás
- 3, Feltétel nélküliség (tolerancia)

Megnyilvánulásának szintjeit a Traux-Helm skála pontozása alapján mutatjuk be, ahol a 8 pontos becslőskála végpontjai a következők:

7 pont ----- 0 pont

A terapeuta a páciensre hagyatkozik, tolerálja nézeteit, saját véleményét nem hozza be	A terapeuta kioktat, túlbeszél, meggyőzni próbál, saját véleményét szembesíti a páciensével
A terapeuta elkötelezett, fáradozik a páciensért, valódi érdeklődést mutat a páciens problémái iránt	A terapeuta közönyös és unott, közléseket gyakran elvét, kihagy
A terapeuta a pácienshez igazodik	A terapeuta irányítja a beszélgetés menetét saját elképzelései szerint, a páciens belekényszeríti egy témába
A terapeuta tartózkodik minden értékeléstől	A terapeuta elítél, dicsér, kritizál
A terapeuta komoly és mély kapcsolatot létesít	A terapeuta távolságot tart, a dolgok fölött áll, fél a mélyebb kontaktusoktól
A terapeuta megértő és odaforduló	A terapeuta tárgyyszerű, hűvös és személytelen

A terapeuta türelmes, nem sűrget	A terapeuta sokat beszél, közbeszól, türelmetlen, nem hagyja beszélni a páciens
----------------------------------	---

C. **Kongruencia** ez a terapeuta-változó a terapeuta személyiségét jellemzi. Valaki akkor kongruens, amikor a verbális és a nem verbális közlések egymással és a személy belső állapotával összhangban vannak). Fokozatai a Truax-Tausch-Helm skála alapján:

1. Nyilvánvaló ellentmondások a terapeuta élményei és megnyilvánulásai között. Ellentmondások a beszédben. Védekező, elhárító magatartás, egyértelmű bizonytalanság.
2. Ellentmondások az élmények és megnyilvánulások között. A terapeuta személytelen, professzionális. Előre "megrágott" kinyilatkoztatások, szónoklatok.
3. A megnyilvánulások látszólag fedésben vannak az érzésekkel, azonban esetenként arra irányuló jelek (nem-verbálisak is) vannak, hogy diszkrepancia áll fenn.
4. Teljes összhang. A terapeuta valóban azt gondolja, amit mond. Természetesen viselkedik, visszafogottság és távolságtartás nélkül.
5. Mint a 4. fokozat, ezen kívül a terapeuta belsőleg szabad és teljesen önmaga. Nem tér ki a problémák elől, hanem felvállalja azokat. Saját érzéseit (akár a negatívakat is), amelyek a páciensre vonatkoznak, konstruktív módon felhasználja a terápia során.

2.13 A páciens önfeltárása, önreflexiója

A hatékony terápiás kapcsolatot nem csak a terapeuta optimális jellemzői biztosítják, hanem a páciens részéről is igényel feltételeket. Ennek a legfőbb megnyilvánulási formája a páciens önfeltárási készsége.

Önfeltárásnak vagy önexplorációnak azt nevezzük, amikor a páciens személyes, belső élményeit fejezi ki, a terápia során ezekkel az élményekkel differenciált módon foglalkozik, s önmaga számára is új összefüggésekbe tudja ezeket helyezni. Az önfeltárásnak két fő faktora az érzések és érzelmi állapotok megfogalmazása, valamint az önképpel való foglalkozás.

Az önfeltárást során tulajdonképpen kognitív strukturálás történik, azaz a páciens a megélt belső tartalmait szavakba, mondatokba önti és összefüggéseiben is képes látni. A terapeuta szerepe előmozdítani ezt a folyamatot. Az önfeltárást szintjei a Tringer-Pintér-féle önexplorációs skála alapján a következők:

1. A páciens nem önmagáról beszél, hanem eseményekről, személyekről
2. A páciens főképp panaszairól beszél, akár testi, akár lelki vonatkozásban
3. A páciens saját viselkedéséről beszél, ennek belső élményi vonatkozásai nélkül
4. A páciens belső érzelmi élményei utalások formájában megjelennek vagy sejthetőek
5. A páciens nagyrészt belső élményeivel foglalkozik
6. A páciens nagyrészt belső élményeivel foglalkozik, önmagához való viszonyáról beszél, önmagát értékeli
7. A páciens intenzíven foglalkozik belső élményeivel, és új összefüggésekre bukkan, ezáltal önmagáról alkotott ismeretei növekednek, reálisabbá válnak
8. A páciens önmagáról szerzett új ismeretei alapján viselkedésváltoztatásokra törekszik, illetve új magatartásmódokkal próbálkozik.

2.14 Nehezen kezelhető helyzetek az első interjú során

2.14.1 **Hallgatás, csend**

Ne féljünk a csendtől, mert informatív lehet. Ne törjük meg túl hamar, mert utána nagyon fontos dolgokat mondhat ki a páciens. Különösen fontos ez akkor, ha lényeges, érzelmileg telített, vagy "nehéz" témákról van szó. Ilyenkor inkább várjunk a következő kérdéssel, esetleg utaljunk a páciens mondandójából valamilyen fontos mozzanatra, ahonnan tovább fűzhető a gondolat, vagy finomítható, jobban tisztázható, ami elhangzott. Hasznos, ha óvatosan újrafogalmazunk, ami abból indul ki, amit a páciens mondott, de egy apró mozzanattal tovább fűzzük, ami újabb gondolatokat indíthat el a páciensben. A csendnek többféle jelentése is lehet: próbáljuk megérteni, hogy miért hallgat a páciens. A csend például a következő jelenségekre utalhat.

- Elmélyed a gondolataiban és meg fog szólalni. Ilyenkor csak várjunk. Ha bizonytalanok vagyunk ebben, megkérdezhetjük, hogy „Mire gondolt most?” vagy megjegyezhetjük, hogy „Úgy látom, hogy most valamin nagyon elgondolkodott...”
- Szorongás: az erős szorongás megbéníthatja a páciens beszédét, sőt a gondolkodását, ítéletalkotását, döntőképességét is. Ilyenkor a szorongás oldására kell koncentrálni (a segítőszándék, odafigyelés, megértés, elfogadás közvetítésével).
- Düh, dac: ez esetben a hallgatás tulajdonképpen büntetés a másik ember számára, mivel erős frusztrációt és feszültségérzést vált ki. Ilyenkor el kell gondolkodni azon, hogy vajon mi váltottuk-e ki belőle ezt a viselkedést, pl. azzal, hogy túl gyorsan akartunk tőle mély, személyes információkat megtudni. Mindig igazodni kell a páciens tempójához, ami egyénenként igen különböző lehet. Ez nem csak a kérdésre, hanem a visszajelzésekre is igaz. Annyit szabad visszatükrözni, értelmezni, amennyit a páciens elbír. Ha túl gyorsan akarunk haladni, a páciens védekezésképpen bezárkózik, elhallgat.
- A csend oka lehet az is, hogy túl nehéz területre értünk. Ilyenkor türelmes biztatással lehet segíteni a nehéz téma felvállalását a páciens számára. A segítő nonverbális jelzéseinek (mosoly, odafordulás, a páciens testtartásának felvétele) van kiemelkedő szerepe amellet, hogy verbálisan is biztathatjuk (pl. "Megértem, hogy nehéz beszélni erről...").
- Eláradó érzelmek, sírás előjele.
- Segítségvárás: lehet, hogy a páciens bizonytalan abban, hogy hogyan is kell folytatni a beszélgetést és ezért hallgat. Ilyenkor felveszi a szempontaktust és a tekintetéből látni, hogy segítséget vár.

Fontos tehát megérteni a páciens hallgatásának pontos okát, mivel ezekre eltérően kell reagálni.

2.14.2 **Sírás**

Kultúránkban a sírás általában gyermekes, szégyellnivaló viselkedésként van elkönyvelve. A páciens ez ellen lázadva azt demonstrálhatja a sírással, hogy "igen is, infantilis akarok lenni, elég a fegyelmezett felnőtt magatartásból".

Más esetben, főleg, ha a páciens arról számol be, hogy sok fájdalmas esemény érte őt, de mégsem tud sírni (vagy csak nagyon ritkán), akkor kedvező jelként kell értelmeznünk. Ezekben az esetekben a sírás azt jelzi, hogy a páciensben pozitív változások indultak el, és ezt hasznos visszajelezni a páciensnek.

2.14.3 **Düh, agresszió**

A düh, az agresszió megnyilvánulhat nyílt, direkt formában vagy burkoltan is, például úgy, hogy a páciens nem tartja be, elfelejti a megbeszélte dolgokat, elkésik. Fontos felismerni ennek a burkolt agresszióknak is a lényegét. Ha dühössé válik a páciens, lehet, hogy

- a klinikus rontott el valamit. Legelőször ennek a lehetőségét kell alaposan átgondolnunk.
- a páciens félreértett, félremagyarázott valamit. Ezt kérdésekkel, a helyzet megértésével lehet tisztázni.
- a páciens szorong. A szorongás is kiválthat agressziót!
- a páciens személyiségének általános jellemzője is lehet az indulatok elégtelen kezelése. Ilyenkor a

páciens a másokkal való kapcsolatában is gyakran reagál dühösen. Például tipikusan ilyen a nárcisztikus személy, aki, ha úgy érzi, hogy nem kap elég figyelmet, különleges bánásmódot, akkor dühös lesz, megbánt másokat.

- az akut gyász, a veszteségélmény is előidézhethet dühös viselkedést, mivel a gyász végérvényesen frusztrált szeretet és a frusztráció gyakran agressziót vált ki

A szorongás, a frusztráció vagy a veszteségélmények által kiváltott indulatok kezelésének kulcsa az, hogy képesek legyünk ezeket nem személyes sértésnek venni, hanem szakemberként *meg kell értenünk* a mögötte álló jelenségeket. Fontos lehetőséget biztosítani a páciensnek, hogy beszéljen az indulatairól, mivel ezzel oldódhat annak feszültsége. Segíthet kezelnünk a helyzetet az, ha felismerjük, hogy az agresszív megnyilvánulások valójában nem nekünk szólnak, hanem a páciens személyiségfejlődése szempontjából jelentős másik személynek, azaz áttételi reakciók. Más esetekben a páciens félhet a segítőtől való túlzott közelkerüléstől, az ezzel járó dependenciától, amit kiszolgáltatottságnak élhet meg, vagy pont az elutasítástól, a túlzott távolságtartástól. A legfontosabb, hogy a klinikus professzionális módon a helyzet megértését állítsa a figyelmének és cselekvésének középpontjába.

2.15 Az első interjú lezárása

A klinikus feladata többek közt az is, hogy irányítsa az interjú lefolyását. Ennek része az időbeli keretek kezelése. Az interjú elején, mint azt már említettük, informálni kell a páciensről arról, hogy mennyi idő van az interjúra.

Az első interjú gyakran több (2-3) ülésből áll; tehát nem csupán a legelső alkalmat tekintjük az első interjú részének, hanem az első néhány ülést, amelyek még nem képezik a kezelés részét, hanem az azt megelőző információgyűjtést, diagnosztizálást, probléma-meghatározást és terápiás tervezést szolgálják. Az „első” interjú kifejezés adott két ember közötti relációban számít elsőnek. Ha ugyanaznap a pácienssel egy másik szakember készít első interjút, akkor az a kettejükre vonatkozóan egy másik első interjú lesz.

Ha több ülésből áll az első interjúnk, akkor beszélhetünk egyrészt az adott ülések lezárásáról, másrészt magának az első interjú egész folyamatának a lezárásáról.

Nézzük először az *adott ülések lezárását!*

- Az ülés vége felé közeledve – de akár az ülés közben is már - célszerű *összefoglalni néhány mondatban*, amit megtudtunk. Így tudjuk ellenőrizni, hogy helyesen értettük-e és értelmeztük-e a hallottakat, illetve ezáltal tudunk lehetőséget adni a páciensnek a reagálásra és az esetleges korrigálásra is.
- 5-10 perccel az interjú vége előtt jelezhetjük a páciensnek, hogy nemsokára vége a beszélgetésnek, például a következő mondatokkal:
 - o "Van még 5-10 percünk, kérem, mondja el, hogy mi az, amit még feltétlenül el akar nekem mondani".
 - o "A beszélgetés vége felé közeledünk, és szeretném még azt megkérdezni, hogy..."
 - o „Így a beszélgetés vége felé közeledve szeretném még azt elmondani, hogy ..." /adjunk egy rövid összefoglalást a beszélgetésről/.
- Megkérdezhetjük a páciensről, hogy hogyan érezte magát az interjú alatt, hogyan tapasztalta meg a beszélgetési helyzetet a klinikussal, milyen volt személyes dolgokról, problémákról beszélnie. Ez főleg a pszichoterápiás kapcsolat építése szempontjából fontos.
- Megkérdezhetjük a páciensről, hogy mindent elmondott-e, amit akart és azt, hogy mennyire sikerült őszintének lennie. Ennek a megfogalmazása, kimondása segíthet elmélyíteni a továbbiakban az őszinteséget. A befejezés legyen mindig pozitív tartalmú mondat, például érdeme a páciens erősségeit szóba hozni az ülés végén. Például: „Milyen jó, hogy megtette az első lépéseket és eljött szakemberhez.” vagy „Mennyire erős Ön, hogy ilyen sok nehézséget kibírt...” Látom, hogy igen nehéz ezekről a dolgokról

beszélne, főleg egy idegen emberrel. Nagyon jó, hogy mégis ennyi mindent el tudott mondani nekem. Legközelebb...”

- Az ülés legvégén ne felejtsük el megkérdezni a páciens, hogy van-e valamilyen kérdése, szeretne-e valamit kérdezni.
- Az elköszönés előtt beszéljük meg a pácienssel a további praktikus dolgokat:
 - o mikor találkozunk legközelebb,
 - o kb. mivel fogjuk folytatni,
 - o hány találkozás szükséges még,
 - o gondolkodjon-e addig valamin,
 - o keressen-e elő orvosi papírokat és hozza el, stb.
 - o hogyan értesíthetjük egymást, ha közbejön valami (elérhetőségek megadása)
- Magunkban és adminisztratív értelemben is zárjuk le az adott ülést! Jegyzeteinket egészítsük ki, miután a beteg elment (ezt nem érdemes elhalasztani, mert csökken a felidézhető információk mennyisége). A *következő ülés előtt* olvassuk át írásos feljegyzéseinket! Továbbá a lejegyzett dolgok segíthetnek minket átlátni olyan interakciókat, folyamatokat, összefüggéseket, amiket esetleg az interjú alatt nem észlelünk. A valóságban megszakításokkal találkozunk a pácienssel, és gyakran nem vesszük észre azokat a jelenségeket, amelyek logikusan következnek egymásból beszélgetésről beszélgetésre. Azt is végiggondolhatjuk a jegyzeteinket újra elővéve, hogy vajon mi az, amit elfelejtettünk a feljegyzett információkból és vajon miért?

Az első interjú egységének lezárása:

A első interjú után különböző lehetőségek vannak a beteg szempontjából a tekintetben, hogy mi is fog történni.

- Ha csak diagnosztikus céllal történt az interjú, akkor foglaljuk össze, amit megtudtunk, informáljuk a beteget, hogy kihez jöhet vissza a pszichológiai véleményért - hozzánk vagy a vizsgálatot kérő orvoshoz -, és győződjünk meg arról, hogy a beteg tudja, hogy hová kell a továbbiakban mennie vizsgálatra, kezelésre, kontrollra.
- Ha pszichoterápia szóba jön, akkor is két eset lehetséges: vagy el tudjuk vállalni a beteget vagy továbbirányítjuk. Ha el tudjuk vállalni, akkor beszéljük át a beteggel azt, hogy lezárult a diagnosztikus szakasz, és elindul a terápia folyamata. Ha tovább kell irányítanunk a beteget, akkor lássuk el anyni információval, ami segíti őt abban, hogy pszichoterápiás ellátáshoz juthasson.

2.16 Az első interjú formái

- strukturált interjú: a kérdések sztenderdek, mindig ugyanúgy, ugyanolyan sorrendben kell őket feltenni. Ilyen például a SCID. Kutatásban preferálják.
- félig strukturált interjú: sztenderd kérdések, de a kérdések sorrendje nem kötött, hanem a pácienshez, a problémához illesztett. Ilyen például a viselkedésdiagnosztikai szempontú első interjú.
- strukturálatlan interjú: Nincsenek kötött kérdések, hanem inkább értelmezés szempontrendszer van. Ilyen például az Argelander-i pszichodinamikus első interjú. A klinikumban leginkább ezt használjuk, mivel ez illeszhető a legrugalmasabban a páciens problémájához, helyzetéhez, személyiségéhez.

Egy másik szempont alapján megkülönböztethetjük a pszichoterápiás irányzatokhoz kapcsolódó „módszer-specifikus” interjúkat, melyek előkészítik az adott pszichoterápiás módszerrel való munkát.

- pszichodinamikai szempontú (Argelander, OPD)
- viselkedésdiagnosztikai szempontú
- kognitív szempontú
- családterápiás szempontú első interjúk

2.17 A klinikus önellenőrzése az elkészült első interjú után

Morrison (2008) egy igen hasznos szempontrendszert ismertet könyvében, ami azt a cél szolgálja, hogy az első interjút tanuló klinikusok az interjú után önellenőrzésként átgondoljanak bizonyos szempontokat, amiknek meg kell felelnie az „ideális interjúnak”. Tökéletesen kivitelezett interjú természetesen nem létezik, ezért a cél nem is a 100%, hanem a hiányosságok, elmaradt dolgok tudatosítása tanulmányi céllal. A következőkben ismertetjük ezt a szempontrendszert.

- 0 pont: ha az adott tétel egyáltalán nem teljesült
- maximum pont: ha az adott tétel teljes mértékben teljesült
- köztes pontok: ha az adott tétel csak részben teljesül

A maximális összpontszám 200 pont. Kezdőknél 140 fölötti pont már elfogadható, azonban gyakorlott szakembereknél ennél jóval magasabb pontszám kívánatos.

A mentális státusz adatait nem tartalmazza ez az önellenőrzés, mivel csak az előzmények és az interjú alatti interakciók átgondolására lett összeállítva.

1. Az első interjú elkezdése (10 pont)

Az interjút készítő.... NEM – IGEN

- | | |
|--|-----|
| a. köszön a páciensnek | 0 1 |
| b. bemutatkozik | 0 1 |
| c. kezet fog vele | 0 1 |
| d. megjegyzi a páciens nevét | 0 1 |
| e. elmagyarázza a feladatát (pl. tanulási célból) | 0 1 |
| f. megmutatja, hogy hová foglaljon helyet | 0 1 |
| g. elmondja az interjú célját | 0 1 |
| h. megemlíti a rendelkezésre álló időt | 0 1 |
| i. megemlíti, hogy feljegyzéseket készít | 0 1 |
| j. megkérdezi, hogy a páciens kényelmesen elhelyezkedett-e | 0 1 |

2. A jelen betegség története (58 pont)

Az interjút készítő megkérdezi-e vagy sem NEM – IGEN

- | | |
|--|-------------------|
| a. a fő panaszt/panaszokat | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| b. a problémák kezdetének idejét | 0 1 2 3 4 |
| c. a stresszorokat | 0 1 2 3 4 |
| d. a betegség lefolyásának kulcseményeit | 0 1 2 3 4 |
| e. a jelenlegi gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban | |
| 1. a gyógyszer(ek) nevét/neveit vagy más módon való azonosítását | 0 1 2 |
| 2. dózisát | 0 1 2 |
| 3. megjelent-e a kívánt hatás | 0 1 2 |
| 4. mellékhatások jelentkeztek-e | 0 1 2 |
| 5. meddig volt hatásos a gyógyszer | 0 1 2 |
| f. Korábbi betegsépepizódok története | |
| 1. Az epizód(ok) típusa | 0 1 2 3 4 |
| 2. Mennyiben volt(ak) más(ak) a korábbi epizód(ok) a mostanihoz képest | 0 1 2 3 4 |
| 3. Korábbi kezelések | 0 1 2 3 4 |
| 4. A korábbi kezelések eredménye | 0 1 2 3 4 |
| g. A betegség kihatása a beteg munkájára | 0 1 2 3 4 |
| h. A betegség kihatása a beteg családjára | 0 1 2 3 4 |
| i. A páciens érzései a problémáival kapcsolatban | 0 1 2 3 4 |

3. Szomatikus anamnézis (10 pont)

Az interjú készítő megkérdezi-e vagy sem.... NEM – IGEN

- | | |
|---|-------|
| a. a releváns adatokat fizikai betegségekkel kapcsolatban | 0 1 2 |
| b. gyógyszerérzékenységet | 0 1 2 |
| c. műtéteket | 0 1 2 |
| d. korábbi kórházi kezeléseket | 0 1 2 |
| e. a főbb szervrendszerek szomatikus állapotát | 0 1 2 |

4. Élettörténet és szociális anamnézis (20 pont)

Az interjú készítő megkérdezi-e vagy sem.... NEM – IGEN

- | | |
|---|-------|
| a. A családi háttér főbb adatait | 0 1 2 |
| b. beteg iskolai végzettségét | 0 1 2 |
| c. házassága történetét | 0 1 2 |
| d. katonaság eseményeit (ha volt katona) | 0 1 2 |
| e. munkahelyi történetét | 0 1 2 |
| f. szexuális preferenciáját és alkalmazkodási színvonalát | 0 1 2 |
| g. bírósági ügyeket | 0 1 2 |
| h. Jelenlegi élethelyzetét | 0 1 2 |
| i. szabadidős tevékenységeit | 0 1 2 |
| j. bármilyen támasz elérhetőségét | 0 1 2 |

5. A mentális zavar és a családi anamnézis (6 pont)

Az interjú készítő megkérdezi-e vagy sem.... NEM – IGEN

- | | |
|--|-------|
| a. a tüneteket, amelyek szükségesek a diagnózis felállításához | 0 1 2 |
| b. az addigi kezelések eredményeit | 0 1 2 |
| c. minden elsőfokú rokonnál a mentális zavarok fennállását | 0 1 2 |

6. Szűrőkérdések (26 pont)

Az interjú készítő kitért-e szűrés céljából a következő témákra? NEM - IGEN

- | | |
|--|-------|
| a. Depresszió | 0 1 2 |
| b. Pánik rohamok | 0 1 2 |
| c. Fóbiák | 0 1 2 |
| d. Kényszergondolatok, kényszercselekvések | 0 1 2 |
| e. Mánia | 0 1 2 |
| f. Pszichotikus állapot | 0 1 2 |
| g. Gyermekkorai bántalmazás | 0 1 2 |
| h. Alkohol/drog abúzus | 0 1 2 |
| i. Szuicid gondolatok/kísérletek | 0 1 2 |
| j. Erőszakos cselekedetek | 0 1 2 |

7. A rapport építése (18 pont)

Az interjú készítő.... NEM – IGEN

- | | |
|---|-----------|
| a. mosolyog, bólogat a megfelelő helyzetekben | 0 1 2 3 4 |
| b. olyan nyelvezetet használ, amit a páciens megért | 0 1 2 3 4 |
| c. empátiával reagál | 0 1 2 3 4 |
| d. megfelelő szemkontaktust tart fenn | 0 1 2 |
| e. megfelelő távolságot tart fenn | 0 1 2 |
| f. magabiztosságot és nyugalmat közvetít | 0 1 2 |

8. Az interjú technikák alkalmazása (44 pont)

Az interjú készítő... GYENGE – JÓ a következőkben:

- | | |
|--|-----------|
| a. megtalálja az átvezetéseket új témák felé | 0 1 2 3 4 |
|--|-----------|

b. kézben tartja az interjú lefolyását, miközben lehetővé teszi a páciens számára a megfelelő választást	0 1 2 3 4
c. tisztázza a bizonytalanságokat annak érdekében, hogy komplex információkat nyerjen	0 1 2 3 4
d. Finom átvezetések alkalmaz: ha félbeszakítja a páciens, akkor ezt szóba is hozza (Elnézést, hogy félbeszakítom, de szeretném megkérdezni azt, hogy...)	0 1 2 3 4
e. Kerüli a szakkifejezések használatát	0 1 2 3 4
f. Röviden kérdez és egyszerre csak egyet	0 1 2 3 4
g. Nem kérdezi meg újra ugyanazt	0 1 2 3 4
h. Nyitott, nondirektív kérdéseket alkalmaz	0 1 2 3 4
i. Facilitálja a páciens verbális és nem-verbális válaszait	0 1 2 3 4
j. Pontos válaszokra bíztatja a páciens (például dátumok, számok, ahol ez adekvát)	0 1 2 3 4
k. Felfigyel az érzelmileg megterhelő témákra és azokat érzékenyen kezeli	0 1 2 3 4

9. Az interjú lezárása (8 pont)

Az interjút készítő... NEM – IGEN

a. jelzi a páciens számára, hogy az interjú a végéhez közeleg	0 1 2
b. röviden és pontosan összefoglalja az elhangzottakat	0 1 2
c. lehetőséget biztosít a páciens számára, hogy kérdezzen	0 1 2
d. Záró megállapításként elismerését és segítő szándékát fejezi ki a páciens iránt	0 1 2

2.18 A hatékony klinikus kompetenciái

McLeod (2003) alapján a hatékony klinikusnak hét területen szükséges kompetensnek lennie:

- **Interperszonális készségek:** A kompetens klinikus képes megfelelően meghallgatni a páciens, jelen lenni, kommunikálni, empatizálni. Jól értelmezi és megfelelően alkalmazza a non-verbális kommunikációt. Megfelelően reagál a páciens érzelmi megnyilvánulásaira is. Jól strukturálja az időt. Megfelelően használja a nyelvi fordulatokat.
- **Személyes attitűdök, meggyőződések:** Képes elfogadni másokat, hisz a változásra való képességben, tudatában van az etikai és jogi szabályoknak, és követi azokat. Észreveszi a kliens és a saját maga értékeit.
- **Konceptuális képességek:** Képes megérteni és felmérni a kliens problémáit, anticipálni a cselekedetek jövőbeni következményeit, jelentést adni a folyamatban lévő történéseknek a korábban elsajátított szakmai fogalmak mentén, emlékezni a pácienssel kapcsolatos információkra. Szükséges a kognitív rugalmasság, illetve a jó színvonalú problémamegoldó készségek megléte.
- **Személyes „egészség”:** Nincsenek jelen olyan személyes szükségletek vagy irracionális attitűdök, amelyek destruktívak a terápiás kapcsolatra nézve. Megfelelő önértékelés, önbizalom. Képesség arra, hogy toleráljon erős vagy kellemetlen érzéseket, amelyek megjelenhetnek a pácienssel való kapcsolatban. Stabil személyes határok. Nincsenek jelen társadalmi előítéletek, etnocentrizmus, tekintélyelvűség.
- **Technikák birtoklása:** Tudás arról, hogy mikor és hogyan kell alkalmazni specifikus intervenciókat. Képesség arra, hogy felmérje az intervenciók hatékonyságát, értse a technikák mögött lévő szakmai alapelveket. Intervenciók széles skáláját képes alkalmazni.
- **Képesség arra, hogy megértse a szociális rendszereket és tudjon dolgozni bennük:** Értse meg a kliens családi és munkahelyi kapcsolatrendszerét, a kliens működésének következményeit. Képes legyen használni a támogató kapcsolatokat és a szupervízió pozitív hatásait. Kellően érzékeny legyen a kliens szociális világára, aki lehet tőle eltérő nemű, etnikumú, szexuális orientációjú vagy életkorú.
- **Kíváncsiság, illetve nyitottság a tanulásra:** Legyen kíváncsi a kliens hátterére és problémáira. Legyen nyitott új tudás elsajátítására. A gyakorlatot hozza összefüggésbe a kutatási eredményekkel.

3 Szempontok írásbeli esetismertetéshez

A beteg adatai:

Név: (elég egy kitalált keresztnév a titoktartás miatt!)

Életkor: (nem a születés ideje, hanem az életkora - szintén a titoktartás miatt!)

Iskolai végzettség:

Foglalkozás:

Családi állapot:

Vizsgálat helye, ideje:

Vizsgálatvezető neve:

Az interjú körülményei: Hogyan sikerült interjúalanyt találni? Hogyan fogadta a beteg a beszélgetéshelyzetet?

Előzetes információk a betegről:

Milyen információ állt rendelkezésre a betegről a vele való találkozás előtt?

- Orvosi dokumentációba lehetséges volt-e betekinteni? A beszélgetés előtt vagy után volt-e erre alkalom? Orvosi dokumentációból a legfontosabb információk összegzése
- A kezelőorvos / pszichológus / bárki más által adott előzetes információk a betegről

Első interjú:

Hogyan történt a bemutatkozás? Hogyan fogadta a beteg a beszélgetéshelyzetet?

Milyen a beteg megjelenése? Melyek az első benyomások a betegről?

Nyitott kérdéssel kezdjük az interjút (pl. Milyen probléma miatt fekszik most itt a kórházban?), mert ekkor figyelhetjük meg a következőket: Mivel kezdi a beteg? Mit hangsúlyoz? Miről hallgat? Mi elől tér ki? Hol vannak ellentmondások az elbeszélésében? Ahol informatív, ott érdemes a beteg szavait szó szerint idézni (írásbeli esetismertetésnél ez mindig kerüljön idézőjelbe).

Milyen objektív információkat tudunk meg az első interjú során? (élettörténeti adatok, történések, /mikor, hol, kivel, mi történt, stb./

Ezeknek a beteg milyen szubjektív jelentést tulajdonít? Szubjektív információk: a *páciens* értelmezései (nem a szakemberé!), véleményei, megélései, érzései: Hogyan élte meg /éli meg a beteg az adott dolgot, mit érzett, mit érez ezzel kapcsolatban, mit jelent ez az ő számára, hogyan értelmezi a történeteket?

Hogyan viszonyul a beteg az interjút végző személyhez? Mit vált ki a páciens az interjút végző személyből? (szcénikus információk: a páciens és a szakember közötti kapcsolat, történések)

Az első interjú végzése közben figyelni kell a szakmailag releváns információkra:

- pszichopatológiai tünetek
- kirajzolódó intrapszichés, illetve interperszonális problémák
- a beteg élettörténetének fontosabb összefüggései
- a beteg személyiségének fontosabb jellemzői
- felmerülő diagnózisok
- a betegség kialakulásához hozzájáruló tényezők

Az esetbemutatáskor az interjú rekonstruálása önmagában nem elegendő! FELDOLGOZÁS IS SZÜKSÉGES! Ennek során megengedett a tévedés (most még), de erőfeszítést kell tenni az interjú értelmezésére.

Az esetismertetés folyamatában derüljön ki az, hogy a hallgató milyen jelenségekről hogyan gondolkodik szakmai fogalmak mentén (pl. pszichés és szomatikus tünetek azonosítása, diagnózisok, személyiségjegyek, megküzdési mechanizmusok, elhárító mechanizmusok, stb.). Fontos, hogy követhető legyen az, hogy a hallgató milyen jelenségek alapján azonosítja ezeket. Érdemes szakmai észrevételeket az interjú ismertetésének menetével párhuzamosan megfogalmazni. Ezek dőlt betűvel, zárójelben szerepeljenek, hogy elkülönüljenek az interjú során elhangzottaktól.

Jó, ha a hallgató hipotéziseket tud megfogalmazni, majd a későbbiekben - újabb információk birtokában - visszatér ezekre és újraértékeli (megtartja vagy elveti a felmerült hipotéziseket).

Kívánatos, hogy a hallgató reflektálni tudjon a saját viselkedésére is. Pl.: Mennyire tudott megfelelő légkört kialakítani a beszélgetéshez? Mennyire volt érthető, követhető a beszéde a beteg számára? Megkérdezte-e a legfontosabb dolgokat? Ha nem, mi maradt le? Nem lépte-e át a kompetencia határait? Empátiás visszajelzéseket tudott-e adni a kellő pillanatokban? Mit tanult meg a leginkább az esetből az első interjú elvégzése és feldolgozása során?

Legyen a végén egy összefoglalás az egész interjúról.

4 Módszerspecifikus interjúk

Módszerspecifikus interjút akkor alkalmazunk, ha már eldöntöttük, hogy az adott pszichoterápiás módszerrel fogjuk dolgozni a pácienssel. Ezek a módszerspecifikus interjúk a betegtől és a betegről szóló információk feldolgozásának más-más fókuszát alkalmazzák, ami előkészíti a terápiás munkát.

A klinikai gyakorlatban sokszor integratív szemlélettel dolgozunk, ahol az alábbiakban ismertetésre kerülő megközelítéseket a betegnek, a problémának és a képzettségünknek megfelelően kombinálva is lehet alkalmazni. A főbb irányzatok a következők:

- Pszichodinamikus megközelítések
- Viselkedésterápiás megközelítés (viselkedésdiagnosztika)
- Kognitív megközelítés
- Rendszerszemléletű, azaz családterápiás megközelítés

4.1 Pszichodinamikus megközelítések

Ehhez az irányzathoz Argelander korai írása ad kiindulópontot, ami bár igen hasznos információkat közöl, azonban talán egy kicsit kevésbé jól strukturált anyag. Ezt a szakirodalmat jól kiegészíti az OPD munkacsoport által igen strukturáltan, részletesen kidolgozott szakkönyv, amiről jelen írásban csak az első interjú szempontjaival kapcsolatban írunk. A kézikönyv további fejezeteivel való ismerkedés minden klinikus számára ajánlott!

4.1.1 Argelander szempontjai az analitikusan orientált első interjú készítéséhez

Az Argelander-i szempontrendszer egyik leginkább használt fogalomrendszere az információk három szintjének elkülönítése. Ezek az objektív, a szubjektív és a szcénikus információk.

- **Információk szintjei az Argelander-i szempontrendszerben:**

- *Objektív* információk: személyi adatok, életrajzi tényezők, dátumok, történések – minden olyan adat, ami megbízható, ellenőrizhető és csak egyféleképpen interpretálható.

- *Szubjektív* információk: a beteg által tulajdonított jelentések, értelmezések, megélelések, érzések. Nem keverendő össze a klinikusnak a páciensre vonatkozó szubjektív benyomásaival!
- *Szcénikus* vagy *sztituatív* információk: amelyekben kifejeződik a szituáció élménye a terapeuta számára annak minden érzelmi rezdülésével és képzettársításával együtt. Argelander hangsúlyozta, hogy a páciens viselkedése, viszonyulása a segítőhöz dramatikusan megjeleníti, bemutatja, elismétli a páciens másokhoz való viszonyulását, ami a problémáját is megvilágíthatja. A páciens gesztusai, hangja, testtartása, megnyilvánulásainak bátorsága vagy féltékenysége, a segítőhöz való fordulás módja mind ezt tükrözik. Ezek a szcénikus információk legalább olyan fontosak, mint az objektív adatok, és mint a páciens megfogalmazott szubjektív véleményei, nézetei. Ezek nagy része nem-verbális üzenet, például "Nézd, milyen okos, engedelmes, de szerencsétlen ember vagyok, segíts rajtam!" vagy "Szükségem van valakire, aki mellett jónak érezhetem magam, és aki engem jónak lát." Vagy "Szeretnék valakivel rivalizálni és győzni, okosabbnak érezni magam valakinél.", stb. Fontos, hogy ezekre az üzenetekre ne magánemberként reagáljunk, pl. ne menjünk bele a rivalizációba vagy akár a túlvásba, hanem értsük meg, hogy pont ez a baja a páciensnek, és inkább segítsünk neki megérteni a problémáját.

- **Az interjú előfeltételeivel kapcsolatban a következő szempontokat érdemes mérlegelni:**

Milyen mértékű a beteg *motivációja*

- tudatos szinten? (mekkora a szenvedésnyomása, melyek a jelentkezésének, beutalásának körülményei?)
- tudattalan szinten? (milyenek a személyiség szerkezetének és biz. képességeinek a jellemzői, mint pl: pszichológiai gondolkodási képesség, realitás-ismeret, intelligenciaszint, aktivitás, betegségbelátás, együttérző képesség, belső rugalmasság, egy aktuális helyzetben tárgyakapcsolatra való képesség, stb.)

Be lehet-e sorolni a beteget a következő *típusok* valamelyikébe?

- előretolt páciens (Mit tudunk a hozzátartozók nyomásáról a beteg terápiára való jelentkezésével kapcsolatban?)
- követelőző páciens (Van-e diszkrepancia a páciens követelőzése és személyes lehetőségei között? Érez-e unszimpatit a terapeuta a beteggel kapcsolatban?)
- igénytelen vagy terméketlen páciens (Unja-e a terapeuta a beteggel való foglalkozást?)
- felvilágosult páciens (ideálisnak tűnik, de érzelmi élete mégis nehezen megközelíthető)

Egyéb jellemzők?

Sikerült-e a terapeutának megnyernie a beteget a további együttes munka számára?

- **A beszélgetéshelyzet kialakítására vonatkozó szempontok:**

a, Hogyan viszonyul a beteg a beszélgetéshelyzethez?

- hangoztat-e kulturális, társadalmi véleményeket, esetleg előítéletet, divatáramlatot?
- milyen személyes elképzelései és elvárásai vannak a terápiával kapcsolatban?

Hogyan viszonyul a terapeuta a beszélgetéshelyzethez?

- átengedi-e kellő mértékben a betegnek az aktivitást?
- hogyan tudja kezelni viszontáttételes érzéseit?

b, A szituatív feltételek biztosítva voltak-e a beszélgetéshez?

- idői, téri feltételek
- a terapeuta belső készenléte, koncentrációja
- a beszélgetés megfelelő lezárása

c, Milyen a terapeuta személyisége és a beszélgetés helyzetben való viselkedése? Teljesülnek-e ezzel kapcsolatban a következő szempontok? A terapeuta...

- nem kritizál
- nem ítélkezik

- elfogadás
- nyugodt várakozás
- odafordulás
- szabadon lebegő figyelem
- érdeklődés
- a határok kijelölése, a beteggel való megértetése, betartása

Esetleges hibák előfordulása:

- megmerevedett sztereotípiák a terapeuta viselkedésében
- a terapeuta nem tudatosan a beteg vágyai szerint cselekszik
- függőségbe kerül a páciensből
- "lepaktál" a pácienssel
- alátámasztja a páciens törekvéseit és igényeit

- **A betegség kialakulásának megértése:**

Milyen új összefüggések születtek meg a terapeuta fejében

- az interjú alatt?
- az interjú után?

A betegtől nyert adatok, információk feldolgozása mellett:

Sikerült-e megérteni a helyzet szcénikus jelentését?

Sikerült-e megérteni a beteggel kapcsolatban megélt élményt?

Sikerült-e észrevenni, hogy az áttétel hogyan alakult a beszélgetés alatt?

- **A beszélgetés helyzet dinamikája:**

Esetleges hibák a terapeuta részéről:

- a saját érzéseinek utat enged, elveszítve felette a kontrollt
- elbagatellizálja a beszélgetés tudattalan dinamikáját, stb.

Ha voltak értelmezések, akkor azok

- megfelelően kontrolláltak-e?
- érthetően vannak-e megfogalmazva a páciens számára?
- alkalmazkodnak-e a beteg személyiségéhez?
- a terapeuta hangszíne illeszkedik-e hozzá?, stb.

- **A beszélgetéstartalom alakja:**

A beteg egymásra következő spontán közléseit sikerült-e "összeállítani" értelmes szerkezetté?

- **A beszélgetés helyzet hatásai:**

- pozitív áttétel
- negatív áttétel, ellenállás, ezek kezelése a terapeuta részéről
- voltak-e viszontáttételes reakciók?

- Kiderül-e az interjú során a terapeuta számára, hogy **az első interjú melyik fajtájára van szükség** az adott helyzetben?

- csupán diagnosztikus interjúra
- terápiás interjúra
- krízisterápiás interjúra
- esetleg tudományos-kutató interjúra?

- **Az első interjú összefoglalásként a következő kérdésekre kell tudni válaszolni:**

Milyen a beteg személyiségszerkezete?

Milyen speciális konfliktusai vannak?

Milyen elhárító mechanizmusokat preferál?

Alkalmas-e analitikusan orientált kezelésre?

Milyen a terápia prognózisa?

4.1.2 OPD-2: Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika

- Az utóbbi évtizedekben egyre inkább előtérbe került a pszichiátriában az, hogy a diagnosztika operacionalizált kritériumokon, azaz konkrét, jól körülírt lépésekben és műveletekkel alapuljon (lásd BNO-10, DSM-IV). Emiatt az interjúk területén is nagyobb hangsúly került a pontos kritériumrendszer tükröző félig strukturált, strukturált és sztenderdizált módszerekre (Utóbbiak a kutatásban kötelezőek). Tehát egyre több erőfeszítés történt az irányban, hogy a betegekkel való foglalkozás során a szubjektivitást, mint hibaforrást csökkentsük.

Mindehhez szükséges a fogalmak egyértelmű definiálása, azaz a *konceptualizáció*, amely magába foglalja a fogalom méréséhez szükséges *indikátorok* (mutatók), és a mérendő fogalom különböző aspektusait jelentő *dimenziók* megállapítását is.

A méréshez használt konkrét mérési eljárások kialakítása az operacionalizálás feladata. Mit jelent az operacionalizálás? Az operacionalizálás azon konkrét lépések, műveletek meghatározása, melyeket egy bizonyos fogalom mérésére használunk.

- Másrészt az motiválta az OPD-t megalkotó szakembereket, hogy a DSM és a BNO leíró jellegű klasszifikációs rendszerei nemcsak a neurózis-koncepciót hagyták el, hanem döntően fenomenológiai és biológiai elméletekből indulnak ki. Ennek következtében a diagnózis leíró jellegű, tünetorientált, és lemarad a beteg szubjektív élményvilágának a megértése, háttérben álló pszichológiai mechanizmusok megértése. Az így felállított diagnózis viszont a pszichoterápia tervezéséhez nem sok támpontot ad.

Az OPD Munkacsoport alakult 1992-ben Németországban Manfred Cierpka és Wolfgang Schneider kezdeményezésére pszichoanalízis, pszichoszomatika, pszichiátria és pszichoterápia területén dolgozó szakemberekből. Legfőbb céljuk az volt, hogy a klasszikus pszichodinamikus diagnosztikai elveket operacionalizált rendszerbe ültessék át. Magyar nyelvre Harmatta János vezetésével Tünderhegyi Pszichoterápiás Központban fordították le, ahol képzéseket is tartanak a módszer elsajátítására.

Az OPD Munkacsoport célja alapvető pszichodinamikus dimenziókkal kiegészíteni a pszichés zavarok tünetorientált leíró osztályozási rendszerét (a BNO-t). Ehhez egy igen részletes manuált dolgoztak ki. Az első verzió után, 10 éves tapasztalat alapján változtatások történtek, így született meg a második változata, mely magyarul is megvásárolható (OPD Munkaközösség, 2007).

Nagy előnye, hogy kompatibilis a BNO-val, emellett a beteget komplex módon próbálja megérteni, hiszen a betegség nem egyenlő a tünetek együttesével.

Az OPD pszichodinamikai alapon igyekszik megérteni a beteg viselkedését és motivációit. A pszichodinamikus fogalmak közül egy iskolák felett álló, egységes, emellett precíz fogalomrendszer kialakítására törekedtek. Ehhez lemondtak az egyes pszichodinamikus iskolák specifikus terminológiájának alkalmazásáról, például használják az olyan fogalmakat mint intrapszichés és interperszonális konfliktus, személyiségszerkezet, áttétel, de nem alkalmazzák az olyan specifikus fogalmakat, mint például a paranoid-skizoid pozíció, depresszív pozíció Melanie Klein-nél vagy az újraközeledés Margaret Mahler-nél.

A klinikai gyakorlatba való beillesztés szempontját is figyelembe vették: a manuál elsajátítása után a tengelyek becsléséhez kb. 10 perc szükséges. A módszer alapos elsajátításához 60 órás tréning szükséges, élő vagy videó-interjúk közös értékelésével.

Nagy előnye, hogy kutatásra is alkalmas, jó megbízhatósági mutatókkal rendelkezik.

Mi mindenre alkalmas az Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika?

- Az interjúkészítéshez módszertani útmutatót nyújt.
- Ezen kívül nagy hangsúlyt helyez a terápia-tervezésre: figyel a páciens erőforrásaira is, a terápiás súlypontok /fókuszok/ meghatározása.
- Részletes keresztmetszeti képet alkothatunk segítségével a páciensről =”állapot-diagnosztika”, ami tartalmazza a tünetek azonosítását, a súlyosságuk megítélését, annak felmérését, hogy mik járulnak hozzá a tünetek, panaszok kialakulásához és fenntartásához.
- Alkalmas a terápiás változások nyomon követésére is, nem csak a keresztmetszet kép meghatározására (2. verzióban).
- Igyekszik azonosítani a terápia hatásmechanizmusait is
- Gyermekváltozata is van (OPD-KJ)

A 2. verzió közelít a „probléma-terápia-kimenetel-kongruencia” elvhez, amely szerint egymással összehasonlítható, kongruens módon kell elvégezni a klinikai probléma megítélését, a szükségesnek tartott terápiás változtatások megtervezését, illetve a terápiás hatások (kimenetel) leírását. Tehát ugyanazon fogalmakkal kell leírni a problémát, a terápiás folyamatot és a kezelési eredményt is (nem pedig más elméleti háttérű tesztekkel, kérdőívvel).

Az OPD figyel a tengelyek közötti érintkezési pontokra is (2. verzió), például inkább a páciens tudattalan konfliktusai, vagy inkább személyiségstruktúrája, vagy mindkettő hozza létre a tüneteket? Utóbbi esetben milyen arányban? Ez egy nagyon alapvető szempont, mivel az ezekre a kérdésekre adott válaszok alapján eltérő terápiás stratégiákat kell alkalmaznunk (lásd a korábbról is ismerős „konfliktus-patológia” és „deficitpatológia” fogalmakat)!

Az OPD egy multiaxiális diagnosztikus rendszer, aminek öt tengelye van. Előnye, hogy tengelyenként külön is lehet alkalmazni. Az öt tengely a következő:

- I. *Betegségélmény és kezelési előfeltételek:* Az OPD rendszerében a hangsúly nem a betegségmagatartáson, hanem az élménymozzanaton és a motivációkon van. Továbbá nagy hangsúlyt helyez annak feltárására, hogy a páciensnek milyen terápiás várákozásai vannak.
- II. *Kapcsolat:* diszfunkcionális kapcsolati minták felismerése, melyhez az interjú során megjelenő áttétel és viszontáttétel is fontos információ.
- III. *Konfliktus:* az életre szóló, internalizált, tudattalan konfliktusok, illetve az aktuális környezet által meghatározott konfliktushelyzet meghatározása. A konfliktus feldolgozása kezelési célként is meghatározható. A manuál leír konfliktus prototípusokat.
- IV. *Struktúra:* a páciensre jellemző személyiség szerkezet meghatározása, például a külső és belső elhatárolódás képessége vagy képtelensége, önészlelés, önkontroll képesség vagy hiánya. A pszichés struktúra bizonyos aspektusai szintén terápiás fókusként szerepelhetnek. A manuál leír struktúra prototípusokat.
- V. *Pszichés és pszichoszomatikus zavarok a BNO-10 V. fejezete alapján.* A pszichoszomatikus zavarok (F 54) esetében javaslatot tettek a BNO-10 kiegészítésére.

Fontos megemlíteni, hogy a tengelyek nem teljesen függetlenek egymástól, inkább csak eltérő szempontból vizsgálják az adott személyiséget.

A tengelyek segítségével 1-2 órás első interjú alapján a terapeuta felmérheti a páciens pszichodinamikáját és jelölheti azt a megfelelő értékelőlapokon.

Minden tengelyhez van rövidített, illetve részletes változat is. Klinikumhoz inkább a rövidített, kutatáshoz inkább a részletes változat ajánlott.

Az alábbiakban az OPD első tengelyét ismertetjük részletesebben, mivel ez könnyen elsajátítható, általános szempontokat ad az első interjúhoz. A többi tengely használatát már „haladó” fokozatnak nevezhetjük, és ajánlott hozzá a tanfolyam elvégzése, azonban természetesen a lelkes érdeklődők maguktól is tanulmányozhatják részleteiben ezeket a szempontokat is.

Az OPD I. tengelye: Betegségélmény és kezelési előfeltételek

Ez a tengely a következő szempontok, témakörök körbejárását ajánlja az interjú során:

- A páciens esetében indokolt-e az elmélyült pszichodinamikus diagnosztika? A beutaló orvos vagy maga az interjút készítő szakember végzi el.
- *A betegség megélésének és feldolgozásának módja* (emocionális és kognitív szinten is). Az OPD munkacsoport vezette be a betegségélmény fogalmát a hagyományos betegségmagatartás fogalommal szemben, mivel az előbbi jobban kiemeli az emocionális folyamatok jelentőségét. A betegségélményt és betegségfeldolgozást elsődlegesen a személyiségvonások határozzák meg: az emocionális, kognitív és viselkedésszintű erőforrások megléte vagy hiánya (közös pont a Struktúra tengellyel: önészlelés folyamatai, énkép, teherbíróképesség, énfunkciók repertoárja (pl. frusztráció- és szorongástolerancia, realitásvizsgálat, elhárító mechanizmusok, kapcsolati képességek, stb.), ezek következtében affektív és kognitív rugalmasság, illetve az egészségre vonatkozó attitűdök / előítéletek
- Milyen szintű a *szenvedésnyomás*? Freud szerint (1925) „A terápia motorja a páciens szenvedése és az ebből származó gyógyulási vágya.” A szenvedésnyomás befolyásolja a prognózist. A szenvedésnyomásnak fontos az erőssége, emellett a jellege is, ami arra vonatkozik, hogy mitől szenved a páciens jobban. Vajon a páciens inkább a tünetek okozta reális korlátozottságtól szenved vagy a tünetek irreális, pusztán szubjektív jelentésétől? Az utóbbi inkább súlyos neurózis irányába mutató jel, és az ilyen páciens gyakran csak tüneti javulást vár. Realisabb esetben a személyiséget is szeretnék fejleszteni.
- *Alkalmas-e a páciens pszichoterápiára?* Ezzel kapcsolatban fel kell tárnunk, hogy milyenek a páciens emocionális és kognitív képességei, illetve önreflexióra képes-e? Emocionálisan terhelhető-e? Fogékony-e pszichodinamikus összefüggések felismerésére? Milyenek a kezeléssel kapcsolatos elvárásai? Mindezt befolyásolja a páciens szubjektív betegségképe (laikus betegségelmélete), azaz az, hogy mivel magyarázza a betegségét. Ha nem kerül felszínre az, hogy a páciens és a terapeuta betegség-magyarázati modelljei eltérőek, akkor nehezebb lesz a páciens pszichoterápiára motiválni. /Győzködni nem kell, de egymásra kell hangolódni, és kezelni kell a helyzetet: ad-e esélyt annak, hogy lelki tényezők befolyásolják a betegségét?/ Neurotikus betegek inkább elfogadják ezt, bár néha ők is nehezen. Pszichoszomatikus betegek kevésbé.
- *Melyek a pszichoterápiát aktuálisan segítő vagy akadályozó tényezők?* Ezek lehetnek személyes, illetve környezeti tényezők.
 - *Személyes erőforrások* azok a tényezők, amik segítik a betegséggel, problémával való konstruktív és adaptív megküzdést. Például:
 - autonóm önértékelés-szabályozás,
 - affektusok megkülönböztetésének képessége,
 - frusztráció- és konfliktus-tolerancia,
 - rugalmas impulzuskontroll,
 - tárgyállandóság élménye (lásd Struktúra-tengely),
 - örömképesség,
 - alkalmazkodóképesség,
 - egyedüllét elviselésének képessége,
 - közelség-távolság szabályozása,

- ellazulás képessége,
 - kommunikációs képesség, stb.
 - Továbbá a „psychological mindedness”: itt nyitottságnak fordítják. Ez a belátás, introspekció és személyes tudatosság (self-awareness) képessége; a tünetek pszichológiai okaira való nyitottság, azaz az, hogy elfogadja a páciens a saját gondolatainak, érzéseinek, múltból hozott, tudattalan reakció- és kapcsolati mintáinak a jelentőségét a betegségével kapcsolatban.
 - *A társas támasz feltérképezése:* ami a személyiség és a környezet közötti kölcsönhatásból jön létre: szükség esetén a páciens hogyan képes kapcsolatait mozgósítani? Ez segíti a megküzdést, csökkenti a betegség általi fenyegetettség-érzést. A társas támasz kiterjedtsége (struktúrája) az elérhető személyek számát és a kontaktusok gyakoriságát jelenti. A társas támasz minősége (funkcionális aspektusa) a valóban segítő interakciók elérhetőségét jelenti, pl. törődés, vigasztalás, fizikai terhek megosztása, javak beszerzése, információ- és tanácsadás. A társas támasz kiterjedtsége és a segítség funkciója között empirikusan kevés a korreláció. Eltérhet továbbá egymástól az észlelt és a ténylegesen kapott támogatás is. Az észlelt támogatásnak nagyobb a hatása, és ez inkább a jellegzetes kapcsolati mintákkal és a kötődési stílussal függ össze, ezért részben személyiségjegyek tekinthető.
 - *Másodlagos betegségelőny felismerése:* A másodlagos betegségelőny azoknak a megerősítéseknek a következménye, amit az egyén a betegsége kapcsán – többé-kevésbé tudatosan – kap a környezetétől. (Az elsődleges betegségelőny lényege viszont az, hogy a tünetképződésben a teljesületlen ösztönkésztetések bizonyos mértékű kielégülést nyernek, ami csökkenti a páciensben a feszültséget.) Másodlagos betegségelőny lehet például a munkahelyi felmentés, rokkant nyugdíj, érzelmi odafordulás, figyelem. Azok a páciensek, akik már elindították a rokkant nyugdíjaztatási folyamatot, csak csekély változási motivációt mutatnak és ritkán profitálnak a rehabilitációból és a pszichoterápiából sem.
 - *Motivált-e a páciens a változásra?* Ha igen, motiválható-e pszichoterápiára, vagy esetleg más segítségre gondolt, például orvosi, vagy alternatív gyógyászati kezelésre? Neurotikus betegek között is van eltérés, például egy fóbiás beteg nagyobb eséllyel választ pszichoterápiát, mint a szomatiform zavarban szenvedő, aki inkább szomatikus terápiát vár.
- Vannak speciális témájú kiegészítő modulok is például addikciók vagy igazságügyi (forenzikus) betegcsoport számára, ami alkalmazkodik a sajátos feltételekhez.

Ajánlott kérdések:

Panasz- és problémaábrázolás, szenvedésnyomás területén:

- Kérem, vázolja nekem a panaszait, problémáit, s hogy milyen kéréssel jött!
- Miért éppen most keres segítséget itt?
- Mennyire korlátozza Önt a betegsége? Milyen hatásai vannak a betegségének az Ön életére (egyénilag, szociálisan, hivatásában)? /pl. munkahely elvesztése, szociális izoláció, anyagi nehézségek, életveszélyes szomatikus állapot, stigmatizáció (lásd szkizofrénia, AIDS), a kezeléseket által okozott testi vagy lelki terhek, stb.

A páciens betegségfelfogásával kapcsolatban:

- Milyen magyarázata van a panaszaira (és a panaszok keletkezésére)? Ön szerint mi miatt alakulhattak ki a panaszai/betegsége?
- A pszichoszomatikában többek között a lelki megterhelések és testi megbetegedések közötti összefüggéseket vizsgáljuk. El tudja-e képzelni, hogy az Ön betegsége esetében van ilyen összefüggés?

A páciensnek a változsról kialakított felfogása, a számára kívánatos kezelési forma területén:

- Mit gondol, mi segíthet Önnek?
- El tudná-e képzelni, hogy valamilyen pszichoterápia hasznos kezelés lenne az Ön számára?

A változás erőforrásainak és gátló tényezőinek témája: személyes erőforrások, társas támasz, betegségelőny:

- Ki (vagy mi) segíthet Önnek a betegséggel való megküzdés során?
- Le tudná pontosabban írni, hogy hogyan reagál a családjá, amikor a fájdalmak ismét nagyon felerősödnek?
- Ön azt mondta, hogy korábban már szenvedett hasonló tünetektől. Mit tett annak idején azért, hogy jobban legyen?
- Megpróbálta leszázalékoltatni magát? Mi változna az Ön számára, ha a járadékot engedélyeznék?
- Kötött Ön kórházi ellátásra vonatkozó biztosítást?
- Van valaki, aki otthon gondoskodik a dolgairól, amíg Ön a kórházban tartózkodik?

Még egyszer meg szeretnénk említeni, hogy az OPD-nek ez csak az egyik - az első – tengelye. A továbbiak, azaz a kapcsolat, a konfliktus és a struktúra tengelyei további, részletesen kidolgozott pszichodinamikus szempontokat tartalmaznak, melyek feltárása részét képezi a pszichodinamikusan orientált első interjúnak, itt azonban hely szűkében nem térünk ki ezekre.

4.2 A viselkedésterápiás diagnosztika (viselkedésdiagnosztika)

A viselkedésdiagnosztika - szemben a többi terápiás megközelítéssel - nem a stabil, szituációtól független vonások azonosítására irányul, hanem igyekszik konkrétan leírni a tüneti viselkedés (=problémaviselkedés) kialakulásában és fenntartásában szereplő változókat. Viselkedésláncolat összetevőket keres, amelyekkel megérthető a problémaviselkedés kialakulása, és lehetővé válik annak kezelése is.

A viselkedésdiagnosztikai elemzés céljai:

1. A problematikus – másképpen tüneti – viselkedés definiálása konkrét, megfigyelhető és azonosítható jellemzők formájában.
2. A tüneti viselkedést kialakító és fenntartó tényezők: antecedensek (=megelőző és kiváltó jelenségek), kísérőjelenségek, illetve konzekvenciák megfigyelése és leírása
3. A tüneti viselkedés szerveződésére vonatkozó hipotézis kialakítása: mely események milyen típusú tanulási folyamatok közvetítésével vesznek részt az adott viselkedés kialakításában és fenntartásában.
4. A terápia beavatkozási pontjainak meghatározása (és ennek egyeztetése a beteg és a környezete kínálta lehetőségekkel).
5. A terápiás stratégia megtervezése (figyelembe véve a beteg nehézségeit, erősségeit és a terápiás változások valószínű következményeit)

A viselkedésdiagnosztika preferálja az első interjú mellett a következő adatgyűjtési módszereket: a viselkedés megfigyelése természetes környezetben, önmegfigyelés, önmonitorozás, tüneti skálák.

A terapeuta a problémát a lehető legnagyobb fokú objektivitással, konkrét helyzetekre, konkrét viselkedésekre lebontva igyekszik azonosítani. A szempontrendszer és elméleti háttér nagyon strukturált, de ez az első interjú során nem ezek mechanikus kikérdezését jelenti! A Rogers-i alapelvek alkalmazása – empátia, elfogadás, kongruencia – kifejezetten ajánlott.

A viselkedésdiagnosztika menete:

I. A TÜNETI VISELKEDÉS LEÍRÁSA

Ennek érdekében a terapeuta kerüli az általánosítást, értékelést, sablonok használatát (pl. szorongó, ingerült, alkoholistá). Nem az a leglényegesebb, hogy „mije van a betegnek” (pl. depressziója), hanem az, hogy mit csinál, pl. naponta hány órát tölt az ágyban, mennyi időt tölt házimunkával, stb. (Vagy pl. ahelyett, hogy agorafóbiája van, az a fontos, hogy 5 hónapja csak kísérettel mer tömegközlekedési eszközzel utazni. Vagy „alkoholista” kifejezés helyett: naponta ...-szer ... mennyiségű tömény italt fogyaszt). Tehát a probléma-

viselkedést jól megfigyelhető elemekre bontja le, például mozgás, evés, ivás, mimika, beszéd nyelvi fordulatai, vegetatív reakciók.

Azonosítani kell azt, hogy mely viselkedésminták jelentenek a páciens vagy a környezete számára problémát: ezek az ún. *problémaviselkedések* vagy *tüneti viselkedések*. Azonosítani kell azt is, hogy ezek közül melyek megváltoztatása indokolt. A problémaviselkedés lehet olyan viselkedés, ami attól válik problémává, hogy intenzitása / gyakorisága / tartalma inadekvát abban a helyzetben, ahol megjelenik:

- túl gyakori, pl. ivás, indulatos viselkedés, kényszer esetén kézmosás, ellenőrzések, stb.
- túl intenzív, pl. a szorongás pánik-rohamba torkollik, az indulatosság fizikai agresszióhoz vezet, stb.
- túl ritka vagy hiányzik, pl. alig teremt kapcsolatot, nem tud nemet mondani, csökkent vagy hiányzó a szexuális kezdeményezés, stb.
- nem kellene megjelennie (inadekvát): exhibicionista férfi magamutogatása

Mi a „túl” gyakori, „túl” ritka, stb. kritériuma? Amit a beteg annak tart, és amit a környezete, és kultúrája is annak tart. Csak akkor korrigáljuk, ha nagyon irreális elképzelései vannak, pl. azt szeretné, hogy sose szorongjon, sose legyen rossz hangulata.

A tüneti viselkedést minél konkrétabban kell körülírni: jellemezzük külön-külön motoros, affektív, kognitív és fiziológiai megnyilvánulások szintjén is. (Például a vizsgaszorongás egyedi módon sokféleképpen jelentkezhet ezen szempontok mentén.) Írjuk le, hogy: „*Miről van szó? Mikor? Hol? Milyen gyakorisággal? Kivel? Mennyire zavaró? Mit (kit) befolyásol? Mit tesz lehetetlenné?*”

A páciens már a viselkedésvizsgálati szempontú beszélgetés alatt elsajátíthatja a terapeutától a konkrét megfogalmazása való törekvést, és az általánosságok szintje helyett egyre gyakorlatiasabbá válhat. Ez különösen fontos gyenge verbalizációjú pácienseknél.

II. A KONTEXTUS ÉS A MODULÁLÓ VÁLTOZÓK

Fontos pontosan meghatározni azt, hogy a tüneti vis milyen helyzetekben és milyen gyakorisággal jelenik meg = *situációelemzés* vagy *kontextuális elemzés*.

Például alkohol betegeknél a kocsmá látványa sóvárgáshoz, majd iváshoz vezethet, míg ezen környékek elkerülése már a terápia kezdeti szakaszában is bizonyos kontroll lehetőségeket teremt.

Közlekedésszorongás betegnél: napszak, a zsúfoltság mértéke, ismerős vagy ismeretlen helyen kell-e utaznia, aktuális lelkiállapot, stb.

Fontos az is, hogy milyen szituációkban *nem* jelenik meg a problémaviselkedés. Ezeket a szituációkat is elég pontosan és nem általánosságban kell megfogalmazni.

Meg kell vizsgálni, hogy előfordul-e, hogy a kiváltó szituációban *mégsem mindig jelenik meg a tüneti viselkedés*? Ekkor milyen más reakciói vannak a páciensnek? Erre lehet építeni a terápiát.

A kiváltó szituációk közül a legelső fokozottabb részletességgel ismerjük meg!

A kontextuális elemzésnél különösen figyelmet kell fordítani a tüneti viselkedést módosító változókra. *A moduláló változók hat fő formája:*

- *Szituatív jelek:* A tünetek többsége *bizonyos helyzetekben kifejezettebb*, míg másokban mérsékeltebb.
- *Viselkedéses jelek:* A tüneteket gyakran valamilyen *más viselkedés aktiválja* (azaz ezek a normál viselkedések növelik a tüneti viselkedés megjelenésének esélyét). Pl. kisgyermekes anya agresszív kényszerszorgolatai fürdetés közben. Hajtápegetésnél tanulás vagy tévénézés.
- *Kognitív tényezők:* Azok a *gondolatok*, amelyeknek szerepe van az adott viselkedés alakulásában. Pl. pánikbeteg szapora pulzust észlelve rögtön a szívinfarktusra gondol (katasztrófizálás). Sokszor ezek a gondolatok nem tudatosak, nehezebben felderíthetők, de nagyon gyakran jelen vannak (ezért használjuk együtt: „viselkedés és kognitív terápia”)

- *Affektív állapot sajátosságai:* Maga az affektív állapot természetesen a tünet része is lehet, de a tünet alakulását befolyásoló tényezőként mindig jelen van. Pl. kényszertüneteket súlyosbít a párhuzamosan fennálló depresszió
- *Interperszonális tényezők:* Kinek a jelenlétében jelenik meg leginkább/legsúlyosabban a tünet? Kinek a jelenlétében a legkevésbé? Szinte mindig vannak ilyen tényezők. Pl. szociális fóbiás nőbeteg az ebédlőben + ha a főnöke is jelen van, nem eszik.
- *Fiziológiai faktorok:* Ezen faktorok gyakran részei a tüneti képnek, máskor speciális módon generálják a tüneti viselkedést. Pl. a mellkasi szorítóérzés súlyos szorongásos roham elindítója lehet olyan egyéneknél, akik a szívbetegségtől egyébként is különösen rettegnék. De lehet még: kimerültség, alkohol- vagy gyógyszerfogyasztás, menstruációs ciklus adott szakasza, stb.

III. KÖVETKEZMÉNYEK (KONZEKVENCIÁK)

Ezeknek nagy szerepe van a tüneti viselkedés fenntartásában, emiatt nagy hangsúlyt kell helyezni a problémaviselkedés *következményeinek* azonosítására; a probléma-viselkedésnek milyen következményei vannak a környezetére nézve? (ami visszahat a betegre). pl. „Mit csinál a férje, amikor Ön rosszul van?” „Mióta ön beteg, változott-e férje viselkedése, az Önhöz való viszonya?” „Mindez hogyan hat Önre?”

Itt is kerülni kell az általános fogalmak használatát. Például ahelyett, hogy „amióta elvált, anyjával él patológiás szimbioziszban”, inkább azt mondják: „amióta elvált, gyakran aggódik és fél, ha az anyja el akar menni otthonról, és ilyenkor az anya végül otthon marad” (azaz, a páciens szorongásos viselkedését az anyja operáns módon megerősíti).

A következmények azonosításakor S-R-S-R... kapcsolatokat göngyölítünk fel.

Egyes helyzetekben rákérdezzük, hogy az adott viselkedést a környezete hogyan ítéli meg, mi a véleménye róla (= „közvetett heteroanamnézis”). Pl. „Honnan látja a környezete, hogy Ön rosszul van?” „Mit gondolnak, mi az Ön rosszullétének az oka?” „Hogyan próbálnak segíteni?” (Ha próbálnak...)

IV. A TÜNETI VIS KIALAKULÁSÁNAK IDŐBELI FOLYAMATA (kezdet és lefolyás)

Kezdet: A betegség kezdetekor milyen volt a páciens helyzete, milyenek voltak a tüneti viselkedést meghatározó ingerfeltételek. Azaz: mi volt az a legelső szituáció (*eredeti ingerhelyzet*), amikor a tünet jelentkezett, és mi volt a páciens *eredeti reakciója* erre?

Olykor a probléma kezdete világosan meghatározható, sokszor azonban a probléma lassan, néha pedig alig észrevehetően bontakozik ki, vagy megjelenik ugyan, de egy ideig nem okoz komoly gondokat az egyén napi funkcionalitásában (pl. „tisztaságmánia” és később kényszeres tüneteket). Gyakori, hogy a beteg nincs tudatában a betegségkezdet körülményeinek, éppen ezért az interjú során érdemes kitérni azokra a tipikus életeseményekre (betegség, halál, költözés, kapcsolati krízisek, válás, a családi helyzet bármely változása, munkahelyi változások stb.) amelyeknek stressz-telítettsége valószínűsíthető.

A „Miért?” kérdések általában kerülendőek, helyettük a „Hogyan jelentkezik?”, „Mit vesz észre ilyenkor?”, „Mi tudja ezt megváltoztatni?” kérdések hasznosak.

Lefolyás: hasznos lehet a tünet-életesemény diagram összeállítása, különösen, ha fluktuáló a betegség lefolyása (1. oszlop: tünetek változása, 2. oszlop: életesemények) Ez által a beteg számára is érthetőbbé, bejósolhatóbbá, ezzel együtt kontrollálhatóbbá válnak a tünetek.

Külön figyelmet kell fordítani arra, hogy miért éppen most szánta rá magát a terápiára.

V. A TÜNETI VISELKEDÉS SZERVEZŐDÉSÉNEK MAGYARÁZATA: TANULÁSI FOLYAMATOK SZEREPE

Azonosítjuk a *klasszikus kondicionálással* kialakuló tüneti viselkedéseket. Ezek többnyire vegetatív reakciók, amik reflex-szerűen jelentkeznek az adott ingerre.

Azonosítjuk az *operáns kondicionálással* kialakuló tüneti viselkedéseket is, ahol egy viselkedés következménye megerősítő hatású, és ez befolyásolja az adott viselkedés jövőbeli előfordulásának valószínűségét.

Azonosítjuk a klasszikus és operáns kondicionálás hatását nem csak a tüneti viselkedés kialakulására, hanem a fennmaradására is. Nem mindig ugyanazok a kiváltó, illetve a fenntartó tényezők! Például lehet, hogy egy probléma kialakulásában inkább a klasszikus kondicionálás játszik szerepet.

Néha a kiváltó szituáció egy konkrét traumatikus élmény: liftben rekedést követően nem száll többé liftbe; baleset után nem mer tömegközlekedési eszközzel járni, stb. De ezekben az esetekben is a tüneti viselkedés tartós fennmaradásához már valószínűleg más mechanizmusok is hozzájárulnak (operáns kondicionálás).

Külön érdemes elemezni az *elkerülő viselkedés* jellemzőit, ami szinte mindig részt vesz a tüneti viselkedés fenntartásában.

- mértéke: globális (elmenekülés egy adott helyzetből) vagy egészen mikroszintű (tekintet kerülése, vélemény el nem mondása)
- passzív (valamit nem tesz meg, pl. fóbiás nem megy oda) vagy aktív (valamit megtesz, pl. kényszercselekvés) a szorongás csökkentésére
- az elkerülés mennyire szűkíti be az életterét

Kérdések, pl.: *„Mennyiben befolyásolja a betegség a mindennapi életét?”* *„Mi változott a saját vagy a családja életében, amióta tart a betegsége?”* *„Mi az, amiből a betegsége óta kimarad?”* *„Előfordul, hogy a tünete miatt kimarad olyan helyzetekből, amelyek fontosak lennének?”* *„Hová nem tud eljutni? Milyen társaságból marad ki? Mi az, amit nem tud elvégezni?”*

Az aktív elkerülésre: *„Mit szokott tenni, hogy enyhítse a tüneteit?”* *„Milyen cselekedetekkel hagyhatna fel, ha megszűnnének a tünete?”* *„Mi az, amit a betegsége óta teljesen másképpen csinál?”* A betegség óta megjelent vagy felszaporodott viselkedésmódokat kérdezzük meg.

Predisponáló tényezők:

- esetleges családi terheltség (genetikai hajlam + modellkövető tanulás)
- korábbi problémák: főleg veszteségélmények, szeparációs szorongás

VI. A PÁCIENS TOVÁBBI JELLEMZŐI

Önkontroll-viselkedés: A páciens mindig megkísérli, hogy a zavaró tünet ellen valahogyan védekezzen (itt nem az elkerülésre gondolunk). Ezt fontos megismerni, mivel a terápiás tervbe is beépíthető. (Például a pánik-beteg vizet visz magával a buszra, verset/ imát mond magában.)

További fontos jellemzők: Általános megküzdési módok, konfliktusmegoldó, szorongás- és feszültségcsökkentő eszköztár, szociális készségek, önbecsülése, önbizalma

Feltérképezzük nem csak a problémaviselkedést, hanem a páciens *teljes viselkedés-repertoárját* (összegyűjtjük mindazokat a viselkedéseket, amelyeket az egyén az adott helyzetben produkál= „reakció felsorolás”), mivel a tüneti viselkedést ebből kiindulva érthetjük meg és szüntethetjük meg. Például melyek a jutalmazást jelentő dolgok a páciens számára?

A teljes viselkedés-repertoárt meghatározza a páciens tanulási előtörténete, ami a viselkedésnek az a „közti változója” (inger és reakció közötti változó; vagy organizmikus változó), amit hagyományosan a személyiség fogalmával fejezünk ki.

A viselkedés-szemponitú diagnosztika nem zárkózik el az elől, hogy a páciens magatartását a természetes közegében is megfigyelje (otthonában vagy az utcán, pl. tömegközlekedés alatt). Más pszichoterápiás irányzatok nem dolgoznak terepen. Könnyebben kivitelezhető az osztályos beteg viselkedésének megfigyelése, ami főleg evészavar, kényszeres zavar esetében lehet hasznos! Egyéb, hasznos információforrások még: megfigyelés szerepjáték helyzetben, önmegfigyelés, önbeszámolók, naplók, feljegyzések, a környezete beszámolóit, becslőskálák, tesztek alkalmazása.

„Reakció-értékelés”: Az adott helyzetben szóba jöhető összes vis-módot értékeljük a szerint, hogy mennyire hatékony, adekvát.

Természetesen nem maradnak ki általános szempontok sem az interjúból:

- eddigi kezelések története,

- járulékos tényezők: pl. organikus agykárosodás, egyéb szomatikus betegségek feltérképezése
- élettörténet-elemzés
- családi anamnézis (családtagok betegségeinek feltérképezése)

A terápia tervezéséhez további lépések:

Annak feltérképezése, hogy mi jelent a páciens számára általában jutalmat = *általános motiváció-elemzés*:

- Pl. Örömforrások jegyzéke /Reinforcement Inventories for Children and Adults segítségével, pl. tévénézés, táncolás, rajzolás, festés, evés, sportolás, közösségi aktivitások, stb., ezekből pontosan mi, hogyan, naponta/hetente hányszor, mennyi ideig... , melyik a legfontosabb ezek közül, mely személyekhez kapcsolódnak ezek az aktivitások. Aktivitásokon túl fontos lehet a szociális elismerés elnyerése, barátság, szimpátia, anyagi előnyök, egészség, sexualitás, teljesítményben, munkában való siker, mások fölött gyakorol kontroll, másoktól való függőség is./).
- Annak feltérképezése is fontos, hogy mik bírnak a páciens számára averzív (taszító) jelleggel, amik elkerülő magatartást indítanak el. Ezek általában szorongást, félelmet váltanak ki, és az ezektől való megszabadulás a páciens számára erős motiváló tényező. A patológiás viselkedésmódok általánosságban úgy jellemezhetők, mint a szorongástól való megszabadulás sikertelen formái. Például betegség, betegséggel kapcsolatos testi érzések, szociális veszteségek, kockázattal terhelt helyzetek, önértékelés csökkenése, szorongást kiváltó bármilyen inger, pl. tömeg, villámlás, kritika elviselése, fogorvoshoz menni, rendőr által igazoltatva lenni, kiabáló emberrel beszélni... stb. (Ehhez kérdőív pl. Wolpe-Lang: Fear Survey Schedule-III., ami 74 ingerkonstellációt tartalmaz).

Az általános motiváció-elemzés mellett fontos a problémaviselkedéssel *kapcsolatos motiváció-elemzés* is: Mely mozgatórugók tartják fenn a problémaviselkedést? Ezt érdemes úgy átbeszélni, hogy a beteg számára is világossá váljon ezek fontossága.

Érdemes még feltérképezni:

- a páciens aktuális szociális helyzetét, különösen azt, amiben a problémaviselkedés megjelenik. A szociális partner (pl. szülő, partner) viselkedése sokszor a tünetet fenntartó erők aktív részese.
- van-e a páciens környezetében hasonló viselkedést mutató személy? Ha van, milyen vele a páciens kapcsolata? (modellkövető tanulás szerepe).
- mennyiben korlátozza a tünet a páciens életét?

Foglalkozni kell a *tünetmegszűnés várható hatásával* is: ha eltűnik a tünet, felborulhat egy korábbi egyensúly, még ha az patológiás egyensúly is volt! Lehet, hogy a páciens nehezen alakít ki új, alternatív viselkedést a régi, patológiás helyett, mert az legalább már ismerős a számára. A gyenge bizonytalanságtűrés és kockázatvállalás ellenerő lehet a terápiában.

De lehet, hogy a tünet megszűnését a páciens környezete nem nézi jó szemmel (pl. ha asszertívabb lesz, követelőzőnek titulálják; ha csökken az agorafóbiája, önállóbb lesz, kevesebb kontrollt gyakorolhat fölötte a környezete, stb.) Ezekre is fel kell készíteni a páciens.

Elveszítheti a rokkant nyugdíjas szerepét, ezáltal anyagi támogatástól eshet el.

Mindezek alapján határozhatjuk meg a *terápiás célokat*.

Ezek után meg kell határozni a *terápiás beavatkozás helyét*. A terápia során újratanulás történik: új ingerreakció kapcsolatokat hozunk létre. Legelőször azt kell eldönteni /és ez más pszichoterápiás irányzatoknál is kiindulópont!/, hogy a beavatkozásaink súlypontja a páciens *viselkedésrendszerére* irányuljon-e elsősorban (azaz a klasszikus viselkedésterápiás módszerek valamelyikét alkalmazzuk-e, pl. szisztematikus deszenzitizálás) vagy a súlypont inkább a *személyiség egészére* irányul, a beteg önképét, kognitív rendszerét veszi célpontba. Ekkor inkább személyiségcentrikus, pl. Rogers-i terápiát alkalmazhatunk. Tehát az első annak eldöntése, hogy körülírt viselkedést célunk-e meg (pl. fóbia, kényszer, pánik-rozszullét), vagy a személyiség egészét, pl. a páciens önértékelését, önismeretét. Ha a viselkedést vesszük célba, akkor azt is meg kell vizsgálni, hogy

lehetséges-e magát a tünetviselkedést megváltoztatni, vagy a környezeti tényezők terén kell-e változtatást megkísérelni. Mindezt át kell beszélni a pácienssel.

Meg kell keresni azokat a terápiás eszközöket, amelyekkel a kívánt terápiás célt elérhetjük, például a páciens viselkedésének direkt befolyásolása; a környezet magatartásának módosítása; az önértékelés javítása.

Viselkedés-centrikus terápia indokolt a következő esetekben:

- a probléma aránylag körülírt viselkedészavar, és a páciens ettől eltekintve aránylag jól funkcionál, például fóbiák, szenvedélyek, szexuális zavarok
- a páciens konkrét, a zavarral kapcsolatos terápiás igénnyel lép fel
- a körülmények (kapacitáshiány, időhiány) hosszabb terápiát nem tesznek lehetővé
- a probléma által okozott szenvedés csekély mértékű és nem állandó
- a páciens verbalizációs készsége, önreflexióra való csekély hajlama nem teszi lehetővé a kognitív terápia alkalmazását

A kognitív struktúrára irányuló terápia elsősorban akkor indokolt, ha

- a probléma nem körülírt viselkedészavar, hanem a személy olyan funkciózavar, amely a szituációk széles skáláján át nyilvánul meg
- a probléma természete a páciens önmagával kapcsolatos viszonyában rejlik (önértékelés, önismeret)
- a páciens olyan problémákra keres segítséget, amelyek a saját személyével való elégedetlenségből fakadnak
- a probléma által okozott szenvedés súlyos, az élet szinte minden helyzetében megnyilvánul
- a páciens verbalizációs készsége, önreflexióra való hajlama lehetővé teszi a kognitív szempontú terápiát

Nagyon gyakran a viselkedés- és a kognitív terápiát egymással rugalmasan kombinálva alkalmazzuk az előtérbe kerülő probléma természetének megfelelően.

Ez után kezdődhet a *terápia tervezése* (konkrét eljárások, idői keretek, stb.), azonban ezt itt most nem részletezzük.

4.3 Kognitív terápiás szemléletű szempontok az első interjúban

A kognitív terápiában a cél azon torzult kogníciók azonosítása és korrekciója, amelyek összefüggenek a tünetekkel. Segítjük a páciens abban, hogy pszichés problémáival kapcsolatban minél kevesebb torzítással, azaz reálisabban és adaptívabban gondolkodhasson, illetve cselekedhessen, és ez az a hatótényező, ami csökkenteni fogja a tüneteket.

Ennek érdekében a terápia specifikus céltünetekre összpontosít (pl. depressziós inaktivitás), amelyeket igyekszünk az első interjú alatt meghatározni. További feladatunk, hogy segítsünk a páciensnek felismerni a tünetek háttérében meghúzódó diszfunkcionális kognitív tartalmakat (például „Semmire sem vagyok jó.”).

A kognitív terápia, és már az azt megelőző interjú során is a terapeuta magatartása sajátos szempontokat követ:

- A terapeuta folyamatos és szándékos interakcióban van a beteggel, azaz aktív: struktúrája a helyzetet, annak érdekében, hogy segítsen a páciensnek a gondolkodás és viselkedése rendszerezésében. (Ez a magatartás kimondottan kerülendő például a klasszikus pszichoanalitikus interjú és terápia során.) A követendő elv a kollaboratív empirizmus, azaz a beteget szakértőnek tekintjük a saját problémájában, és együttműködünk vele a probléma megértésében. Ezen túlmenően empirikusan dolgozunk együtt a pácienssel, azaz tapasztalati adatokat gyűjtünk a hiedelmek felülvizsgálatára és teszteljük azokat a valóságból kiindulva: „Mi a bizonyíték arra, hogy...?” „Mit nyerhet, mit veszíthet azzal, hogy...?”
- A kognitív terápia módszere az itt-és-most problémáira összpontosít, csak mérsékelten fordít figyelmet a gyermekkori emlékekre.
- A tudattalan tényezőket nem értelmezik.

- Semmiképp sem kívánatos azonban a klinikus részéről a terápiás kapcsolat háttérbe szorítása. Az empátiás viszonyulás és a bizalom kiépítése ugyanolyan fontos tényező, mint más terápiás irányzatokban. Kerülendő továbbá a klinikus részéről a túlzott leegyszerűsítés (például az érzések és a megélt élmények figyelmen kívül hagyása a terápiában), vagy a túlzott magyarázó attitűd.
- A kognitív terapeuták preferálják az írásbeli betegtájékoztatókat (például: „Hogyan küzdünk meg a depresszióval?”), illetve a tünetbecslő skálák használatát.

Hasznos kérdések például depresszió esetén:

- „Beszélne nekem azokról az érzésekről / gondolatokról / problémákról, amelyek zavarják Önt?”
- „Mi az, amit a depressziója legkellemetlenebb tünetének tart?” A. T. Beck tapasztalatai szerint minden depressziós beteg esetében van egy olyan tünet- vagy problémacsoport, amit a páciens a betegség legkellemetlenebb aspektusának tart. Ez az, ami a legnagyobb szenvedést vagy funkcionális akadályoztatottságot okozza, és ezt kell a terápia középpontjába állítani).
- „Milyen veszteségek érték Önt mostanában vagy régebben és ezeket hogyan dolgozta fel?”
- „Hogyan fogadja a megterhelő életeseményeket (melyek ezek az Ön számára)?”
- „Milyennek látja önmagát?” „Mi a véleménye az emberekről, főleg az Önhöz közel állókról?”
- „Hogyan képzelel el a jövőt, például egy hónap/ egy év múlva az életét?”

Figyeljünk a kognitív szemléletű interjú során a következőkre:

- Felkavaró eseményekre adott reakciók. A. T. Beck felhívja a figyelmet arra, hogy ezek sokat elárulnak információfeldolgozási folyamatainkról, mivel a kiváltó eseményre feléledő hiedelmek idézik elő az automatikus kognitív választ. Ezért az ilyen témákra különösen figyeljünk.
- Vegyük észre a páciens kognitív torzításait, például a „Soha” „Mindig” „Mindenki” „Senki”, stb. túlzó általánosításait, pl. „mindig kritizál”, „soha nem figyel rám”, „mindenki ellenem van”. A kognitív torzítások listáját számos irodalomban el lehet olvasni, ezért ezek részletezésére itt nem térünk ki.
- Legfőképpen pedig vegyük észre a kognitív struktúrák különböző szintjein (automatikus gondolatok, diszfunkcionális attitűdök, illetve sémák) jelentkező diszfunkcionális tartalmakat.

Az első interjú során időnként össze kell foglalni az addigiakat, ki kell emelni a főbb problémákat és ezeket vissza kell jelezni a páciensnek.

- Az interjú első egyharmada végén pl.: „És most, összefoglalva azokat a problémákat, amelyek Önt zavarják, két fő területet különíthetünk el. Először is zavarja Önt a A másik fő terület, úgy tűnik,-vel kapcsolatos. Összefoglalhatjuk így a problémákat?” Nagyon kell figyelni a páciens visszajelzésére, mivel fontos az az érzés, hogy megértik, vagy meg akarják érteni őt.
- Az interjú kb. kétharmad részénél érdeklődjünk, hogy a páciens milyennek látja a terapeuta problémaelemzését. Például: „Szeretném megkérni Önt, hogy foglalja össze azokat a problémákat, amikről az eddigiek során beszéltünk.” Ebből fog látszani, hogy a páciens ráhangolódott-e a terapeuta megállapításaira.

Az első interjú végén:

- Érdemes megkérdezni a következőt: „Az első beszélgetés során elég sok területet érintettünk. Mondtam-e bármi olyasmit, ami zavarja Önt? Vagy van-e valami olyasmi, amivel kapcsolatban további magyarázatot szeretne? Mit gondol, kihagytunk-e valami fontosat?” Kiderülhetnek a félreértések, a nyitva maradt kérdések.
- Ha a beteg a tüneteivel kapcsolatban túlzó általánosításokat használ, például azt mondja, hogy „Semmit sem csinálok egész nap”, „Képtelen vagyok bármit is csinálni”, akkor: „Megkérhetem-e Önt arra, hogy a

következő találkozásig figyelje meg a saját aktivitását és vezessen róla *naplót?*” (aktivitási napló /lista vezetése).

- Figyelje meg otthon a saját aktivitását túl a gondolatait is. Ezt megvilágíthatjuk a következőképpen: „A dolgok, amiket önmagának mond”, vagy „önmaga számára tett megállapítások” vagy „Ahogyan látja/elképzeleti saját magát / a világ dolgait”. „Gyűjtsön össze következő alkalomra minél több ilyen zavaró gondolatot. A legjobb, ha azonnal le tudja írni, amint észreveszi, de úgy is lehet, hogy minden nap szán rá 15 percet és felidézi ezeket. (A kogníciókat legpontosabban közvetlenül megjelenésük után lehet azonosítani.) Ez a technika fejleszti a páciens megfigyelő énjét, és így a beteg el tud távolodni saját gondolataitól és viselkedésétől.
- Ha nem tudja közvetlenül megfigyelni a gondolatait: Melyik a nap legrosszabb része? Mi történik ekkor? Milyen gondolatai támadnak ilyenkor?”
- Továbbá kérhetjük különböző érzelmi tünetek (szomorúság, szorongás, bűntudat, düh, apátia) periódusaihoz kapcsolódó kogníciók feljegyzését, illetve annak megfigyelését és lejegyzését, hogy milyen helyzetben jelentkezik az adott kellemetlen érzés? Milyen gondolatai vannak abban a helyzetben? (Diszfunkcionális Gondolatok Naplója)
- Szorongás listát is írathatunk. „Rangsorolja, melyik inger a leginkább szorongást keltő.” (szorongáshierarchia fóbiák esetén)
- Pánikzavarban hasznos lehet a pánik-napló vezetése (Kopp és Fóris, 1995): „Írjon le minden pánik-rohamot, ami csak előfordult a nap folyamán: Írja le azt a helyzetet, amiben ez előfordult! Jelölje be a tüneteket egy listából! Négy vagy több tünetnél jelölje be, hogy teljes roham, kevesebbnél azt, hogy enyhébb rosszullét. Jelölje be azt, hogy mennyire szorongott (= a roham súlyossága, ezt minél hamarabb jelölje a rosszullét után. A nap végén pedig jelölje, hogy összesen hány rosszulléte volt. Külön jelölje az egész napi általános szorongásszintet is.” Fontos megértetni a pácienssel, hogy naponta kell kitölteni a naplót.
- Diagramot rajzoltathatunk, ahol a függőleges tengelyen jelezze a szorongás kellemetlen érzésének mértékét szubjektív egységekben 1-100-ig, vízszintesen pedig az időt, általában félórás intervallumokban, de jelölni kell a helyzeti tényezőket is (hely, esemény). Az elkészült diagram jól szemléltetheti azt, hogy a szorongás egy idő után változik (csökken), azaz nem marad fenn örökre.
- Tájékoztató füzetet is adhatunk a betegnek, például Beck és Greenber, átdolgozta Vajda Miklós: Hogyan küzdhetjük le a depressziót? (Vajda, 1991.)
- Diszfunkcionális attitűd skálát (Burns 1980) és egyéb kérdőíveket is odaadhatunk a betegnek (pl. a Young-féle sémakérdőíveket)

A következő interjúülésen kérdezzük meg, hogy „A múltkori beszélgetés után hogyan érezte magát / milyen gondolatai voltak?”

4.4 A rendszerszemléletű (családterápiás) első interjú

A családi interakciós helyzet legfőbb előnye az, hogy a családi lélektani működése élőben, közvetlenül a lezajlása közben megfigyelhető. Így nem csak egyetlen családtag beszámolója alapján - szűrőjén keresztül – kell hipotéziseket alkotnunk a problémát illetően.

Ügyeljünk arra, hogy az első találkozásakor minden családtaggal fogjunk kezdet. Ajánljuk fel, hogy válasszanak, hogy ki hol foglal helyet. Ezt az információt diagnosztikus céllal is érdemes felhasználni. Figyeljünk arra, hogy minden családtagot vonjunk be az interjúba, és kezeljük azokat a helyzeteket, ha a családtagok félbeszakítják egymást.

A következőkben egyrészt megemlítjük azokat a témákat, amelyekre vonatkozó kérdések fontosak a családterápiás szemlélet szempontjából, másrészt ismertetjük a kérdezés specifikus technikáit is a családterápiás megközelítésben.

A rendszerszemléletű kérdezésnél három fő témát szoktunk preferálni (Clamber és mtsai nyomán):

- A *családi hiedelemrendszerre* vonatkozó kérdéseket. Ez a családon belüli sajátos viselkedések és viszonyulásoknak tulajdonított jelentések feltárását jelenti. Például: „Fontos-e az Önök családjában, hogy az emberek támogassák egymást?” A hiedelmek között kiemelkedő szerepük van a változással kapcsolatos hiedelmeknek. Ilyen kérdéseket tehetünk fel például: „Mit gondol, mi történne, ha a probléma nem oldódna meg?” „Melyik családi kapcsolatnak tenne a legjobbat, ha a dolgok megváltoznának? Hogyan érti ezt?”
- A családtagok *viselkedésének* tipikus mintái. Itt a család hiedelemrendszeréhez kapcsolódó viselkedéseket vizsgáljuk. Például: „Ki, mit, hol, mikor és kivel csinál?” „Mi történik akkor, amikor a családtagok nem kommunikálnak egymással?” „Mit tesznek a családtagok, hogy megmutassák, nem kapnak elég támogatást?”
- *Családi kapcsolatok*. Itt az a cél, hogy feltárjuk azt, hogy milyenek a családtagok közötti - családi hiedelmekből és cselekvésekből összeálló – kapcsolatok. például: „Ki kivel szokott inkább időt együtt tölteni?” „Melyik két családtag áll a legközelebb egymáshoz?” „Ki támogatja az anyát, amikor az kiborul?” „Leginkább ki változna meg, ha a legnagyobb gyerek elköltözne otthonról?” „Ki ért a leginkább egyet azzal, hogy az apáknak közel kell állnia a fiukhoz?”

Formailag a családterápiás szemlélet preferálja a lineáris kérdések mellett a cirkuláris, illetve a reflexív kérdéseket.

A *lineáris kérdések* informálják a terapeutát a családtagok helyzetéről, segítenek definiálni a problémát és lineáris oksági összefüggéseket tárnak fel. Ezek “vizsgálódó”, oknyomozó kérdések, melyek lineáris okságot feltételeznek a jelenségek hátterében. „Ki csinálta? Hol? Mikor? Miért?” Leginkább a terápia elején szoktuk alkalmazni ezeket a kérdéseket, például: „Milyen probléma miatt jöttek el?” „Milyen panaszai vannak?” „Van-e alvászavara?” „Mit gondol a férjéről, mitől depressziós?” stb.

A *cirkuláris kérdések* szintén informálják a terapeutát a családtagok helyzetéről, de ezek rendszerszemléletű feltevéseken alapulnak. Ez azt a feltételezést jelenti, hogy nem csak lineáris oksági kapcsolatok léteznek a családon belül, hanem bonyolult ok-okozat, ami újabb ok-okozat, ami szintén újabb ok, és ezek kölcsönösen hatnak egymásra. A cirkuláris kérdések segítenek a tipikus, visszatérő családi viselkedésmintákat feltárni. Inkább az események lehetséges összefüggéseire irányulnak, és nem a probléma pontos eredetére. Gyakran a családtagok viselkedése közötti összefüggésekre kérdeznak rá. Azokra a visszacsatolt cirkuláris mintákra kérdeznak rá, amelyek összekötik az érzéseket és eseményeket.

Példa egy interjú kezdetére ezzel a módszerrel:

Terapeuta: “Miért is kerestek meg engem?”

Családtag: „Én telefonáltam, mert aggódtam a feleségem depressziója miatt.”

Terapeuta: “Ki aggódott még?”

Családtag: „A gyerekek.”

Terapeuta: “Ki aggódott a legjobban?”

Családtag: „A feleségem.”

Terapeuta: “Mit gondol, ki aggódott a legkevésbé?”

Családtag: „Azt hiszem, én.”

Terapeuta: „Mit csinál a felesége, amikor aggódik?”

Családtag: „Sokat panaszkodik, főleg a pénz és a számlák miatt.”

Terapeuta: “Ön mit csinál akkor, amikor a felesége aggódik?”

Családtag: „Én nem törődök vele, elég nekem a magam baja.”

Terapeuta: “Ki érti meg a felesége aggodalmait a legjobban?”

Családtag: „A gyerekek, ők erről sokat beszélnek.”

A családterápiás első interjú további specifikumát jelentik az ún. „reflexív” kérdések Pl.: "Mit tenne akkor, ha a férje azt tenné, hogy...? ... Maga erre hogyan reagálna? ... Ezt hogyan fogadná a férje?" Ezeknek a kérdéseknek az a célja, hogy az informálás mellett elősegítsék a család korábbi vélemény- és viselkedérendszeiben a reflexív aktivitást, azaz elérni, hogy képesek legyenek az addigi dolgokat másképp látni és másképp tenni. A kérdések azért reflexívek, mert arra indítják a családtagokat, hogy reflektáljanak saját cselekvéseik, nézeteik következményeire, és fontolják meg az új lehetőségeket.

Alkalmazhatunk *jövőre irányuló kérdéseket* is. Ezek a kérdések már inkább terápiás célzatúak, mivel arra ösztönzik a családokat, hogy életük fontosabb kérdésein keresztül képzeljék el, hogyan fognak kapcsolataik alakulni a jövőben. Ezek pozitív hangulattal átítatott kérdések, melyek révén kívülről, rátekintéssel szemlélik a problémáikat, s így könnyebben találnak új megoldásokat. Meg lehet például tervezetni a családokkal azt, hogy hogyan fognak alakulni kapcsolataik a jövőben. Így alternatív megoldásokhoz segítjük őket a régi problémákkal kapcsolatban. Sok rejtett információ is felszínre kerülhet a kapcsolatokról, illetve a fantáziálás, vágyakozás, tervezgetés, reménykedés segít felszabadítani a családban rejlő erőforrásokat.

5 Egy félig strukturált interjú szempontrendszere

A következőkben egy példát közlünk arra (Morrison, 2008 alapján), hogy a mentális zavar diagnózisának megállapításához milyen típusú kérdéskörök körbejárására, illetve konkrét kérdésekre lehet szükség. Ez a megközelítés szűrőkérdések segítségével számba veszi a főbb pszichiátriai tünetcsoportokat, majd igenleges válaszok esetén tovább pontosítja a klinikai képet konkrét kérdésekkel, illetve azzal, hogy ezek konkrét példákat is kér a páciensről az adott területre vonatkozóan. A zárt kérdések mellett tehát nyitott kérdésekre is lehetőség van. Az ilyen típusú interjúk alapvetően nem pszichoterápiás munkát alapoznak meg, de fontos kiegészítői lehetnek a pszichoterápiát megelőző első interjúnak.

Az ilyen, félig strukturált első interjúk során először érdemes a szűrőkérdéseket feltenni, mivel a betegek néha felismerik, hogy ha igennel válaszolnak, akkor újabb és újabb kérdések következnek az adott témával kapcsolatban és esetleg emiatt elkezdnek nemmel válaszolni. Ha valamelyik csoportba tartozó szűrőkérdésekre nemleges válaszok érkeznek, akkor az ezekhez tartozó részletező kérdéseket ki lehet hagyni és tovább lehet lépni a következő csoportra.

A szűrőkérdések a jelen ismertetésben kétszer szerepelnek: egyszer az egész felsorolás elején, majd az adott diagnosztikus kérdéscsoportok elején ismételten.

Az utolsó két szakasz nem tartalmaz szűrőkérdéseket, ennek ellenére nagyon fontos. Jelzik, hogy mi mindent szükséges még megtudnunk a beteg háttéréről, személyiségéről, érzéseiről és általános viselkedéséről.

5.1 Szűrőkérdések

A1 Előfordult-e valaha, hogy szokatlanul lehangoltnak, depressziósnak vagy szomorúnak érezte magát a nap nagy részében?

A2 Előfordult-e bármikor, hogy többnyire nem élvezte a szokásos tevékenységeit?

B1 Előfordult-e bármikor, hogy a lehangoltság ellentétét érezte – azaz úgy érezte, hogy indokolatlanul boldog és eufórikus?

B2 Előfordult-e bármikor olyan, hogy Ön (vagy mások) azt vette észre, hogy szokatlanul ingerült, ingerlékeny vagy házsártos?

B3 Előfordult-e valaha olyan, hogy sokkal aktívabb volt, mint általában szokott lenni?

C1 Volt-e valaha Önnek olyan rohama, amikor hirtelen szorongást, félelmet érzett vagy különösen nyugtalannak érezte magát?

C2 Volt-e valaha Önnek olyan rohama, amikor erőtlennek érezte magát, amikor úgy érezte, hogy nem tud lélegezni vagy a szíve hevesen dobogott?

D1 Volt-e valaha bármivel kapcsolatos félelme vagy fóbiája? Például: állatok (mint pl. pók, kutya, kígyó), vér, tű vagy injekció, magasság, repülőút, bezártság, vihar, elvörösödés, mások előtt evés, közönség előtti beszéd, éneklés vagy hangszeren való játék

D2 Volt-e valaha nyugtalan amiatt, mert egy bizonyos helyen vagy helyzetben volt (például egy boltban vagy moziban) – egy olyan helyen, ahonnan nehéz lenne elmenekülni, vagy ahol nem lenne elérhető segítség, ha pánikrohamot kapna?

E1 Volt-e valaha olyan gondolata vagy képzelete, amely folyamatosan visszatért, annak ellenére, hogy megpróbált neki ellenállni?

E2 Van-e olyan viselkedés, amelyről úgy érzi, hogy újra és újra meg kell tennie, például kézmosás, a tűzhely ellenőrzése vagy különböző dolgok megszámlálása?

F1 Volt-e valaha olyan traumatikus vagy stresszes élmény az életében, amelyet újra és újra átélt, vagy amelyről úgy érezte, hogy újra és újra el kell kerülnie?

G1 Általában Ön sokat aggódik?

G2 Mi aggasztja?

H1 Történet-e valaha olyan, hogy olyan dolgokat látott vagy hallott, amelyet mások a környezetében nem?

H2 Szokott-e olyan ízeket vagy illatokat érezni, amelyet más emberek nem? Érez-e olyan dolgokat akár a bőrén vagy a testében, amelyet más emberek nem?

J1 Érezte-e valaha, hogy más emberek kémkednek maga után, a háta mögött beszélnek vagy összeesküdtek maga ellen?

J2 Érezte-e valaha azt, hogy valami különleges küldetése van az életben – valami isteni cél vagy elhivatottság?

J3 Volt-e valaha bármilyen más látszólag furcsa tapasztalata, amelyet nem tudott megmagyarázni?

K1 Fogyasztott-e valaha alkoholt vagy drogot?

K2 Vett-e be valaha receptre kiírt vagy gyógyszerárban recept nélkül kapható gyógyszert az előírástól eltérő módon?

K3 Volt-e valaha ittas vagy adagolt-e valaha túl drogot?

K4 Mások jelezték-e valaha, hogy aggódnak az Ön ivási vagy drogfogyasztási szokásai miatt?

L1 Milyen a memóriája mostanában? Szeretném tesztelni, ha megengedi.

L2 Volt-e valaha olyan szakasza az életének, amelyre később nem emlékezett?

L3 Történt-e valaha olyan, hogy egy ismeretlen helyen találta magát és nem emlékezett, hogy hogyan jutott el oda?

M1 Az Ön általános egészségi állapota mindig jó volt?

M2 Részesült-e valaha fokozott orvosi ellátásban különböző betegségek miatt?

N1 Érezte-e magát valaha túl kövérnek, miközben mások túl soványnak tartották?

N2 Hányatta-e meg magát valaha, mert úgy érezte, hogy túlságosan tele van?

N3 Volt-e valaha evési rohama, amikor hirtelen sokkal többet evett az átlagosnál?

P1 Érezte-e valaha azt, hogy valami nagyon nincs rendben magával fizikailag – hogy valami komoly betegsége van, amelyet az orvosok nem tudnak felismerni?

Q1 Érezte-e valaha azt, hogy valami nagyon nincs rendben a testével vagy megjelenésével kapcsolatban – valami, amelyet mások nem is vesznek észre?

R1 Könnyen dühbe gurul?

S1 Szokott impulzívan viselkedni?

S2 Szokott-e olyat csinálni, hogy tépkedi a saját haját vagy dühében kárt okoz vagy ellop dolgokat boltokból vagy gyújtogat?

T1 Szokott-e szerencsejátékot játszani?

U1 Volt-e valamilyen vérszerinti rokonának a magáéhoz hasonló tünete – értve ezalatt a szüleit, testvéreit, nagyszüleit, gyermekeit, nagybátyjait, nagynénjeit, unokatestvéreit, unokaöccseit, unokahúgait?

U2 Volt-e valaha valamilyen vérszerinti rokonának olyan mentális betegsége, mint például mánia, pszichózis, szkizofrénia, idegi panaszok, szorongás? Állt-e valaha valamilyen vérszerinti rokona pszichiátriai kezelés alatt? Követett-e el vagy kísérelt-e meg valaha valamilyen vérszerinti rokona öngyilkosságot? Volt-e valaha valamilyen vérszerinti rokona gyógyszerfüggő vagy alkoholistá? Van-e valakinek priusza a családban?

5.2 Hangulatzavarok

A1 Előfordult-e olyan eddig bármikor, hogy szokatlanul lehangoltnak, depressziósnak vagy szomorúnak érezte magát a nap részében?

A2 Történt-e olyan eddig bármikor, hogy többnyire nem élvezte a szokásos tevékenységeit?

Ha bármelyik kérdésre igennel válaszol:

- A napok többségében így érzi-e magát?
- Mennyi ideig tartottak ezek a periódusok?
- Hány ilyen periódus volt eddig?
- Most is így érzi-e magát?
- Sikerült-e teljesen talpra állni az ilyen lehangolt periódusból?
- Mennyire (volt) súlyos az élmény – hatással volt-e a munkájára, a magánéletére vagy a társas kapcsolataira?
- Volt-e kezelve valaha depresszió miatt? Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Állt-e valaha kórházi kezelés alatt?
- Egy tipikus depressziós időszak alkalmával:
 - Csökken-e az étvágya?
 - Csökken-e a testsúlya? Ha igen, mennyivel?
 - Megváltoznak-e az alvási szokásai? Ha igen, jó vagy rossz irányba? Hatással van-e ez a mindennapjaira?
- Gyakran előfordul-e az, hogy korán ébred és képtelen visszaaludni?
- Általában jobban szokta-e magát érezni reggel vagy este, vagy nincs különbség?
- Szokta-e magát lelassultnak vagy felpörögve érezni? Ha igen, észreveszik-e ezt mások is?
- Szokta-e azt érezni, hogy szokatlanul fáradt és nincs energiája? Ha igen, így érzi-e a napok többségén?
- Szokta-e magát értéktelennek vagy az indokoltnál bűnösebbnek érezni magát valamiért – a betegségén kívül? Ha igen, igaz-e ez a napok többségére?
- Szokott-e gondot okozni önnek különböző döntések meghozása vagy a koncentráció? Ha igen, igaz-e ez a napok többségére?
- Szokott-e gondolni a halálra?
 - Ha igen, milyen gyakran jelenik meg ez a gondolat?
- Fontolgatja-e az öngyilkosságot?
 - Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Kísérelt-e meg valaha öngyilkosságot?
 - Ha igen, mikor és hogyan?
 - Súlyos volt-e az állapota fizikailag?
 - Súlyos volt-e az állapota lelkiileg?
- Amikor lehangolt, nehéznek érzi-e a végtagjait (mintha ólomból lennének)?

- Amikor lehangolt, előfordul-e, hogy annyira rosszul érzi magát, hogy olyan dolgokat lát vagy hall, amit mások nem?
 - Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Amikor lehangolt, előfordul-e, hogy úgy gondolja, hogy megérdemli azt, hogy ennyire rosszul érzi magát, vagy, hogy mások megpróbálnak ártani önnek valamilyen módon?
 - Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Amikor lehangolt, előfordult-e, hogy úgy érezte, hogy a dolgok reménytelenek vagy értelmetlenek?
- Amikor lehangolt, jobban érzi-e magát, ha valami jó történik (például, ha a barátaival van vagy például, ha fizetésemelést kap)?
- Amikor lehangolt, máshogy érzi-e magát, mint ahogyan akkor érezné, ha valaki Önhöz közel álló személy meghalna?
- Amikor lehangolt, képtelen-e élvezni a dolgokat?
- Az év egy bizonyos szakában jellemző-e Önre a lehangoltság?
 - Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Ön olyan ember-e, aki fokozottan érzékenyen szokott reagálni a visszautasításra?

B1 Érezte-e már valaha a lehangoltság ellentétét – érezte-e valaha magát indokolatlanul boldognak, eufórikusnak?

B2 Történt-e bármikor olyan, hogy Ön (vagy mások) azt vette észre, hogy szokatlanul ingerült, ingerlékeny vagy házsártos?

B3 Volt-e valaha olyan, hogy sokkal aktívabb volt, mint általában szokott lenni?

Ha ebből a háromból bármelyikre igen a válasz:

- Mennyi ideig tartott ez a periódus?
- Hány ilyen periódus volt eddig?
- Most is így érzi-e magát?
- Sikerült-e teljesen talpra állni az ilyen túlradóan boldog periódusból?
- Mennyire (volt) súlyos az élmény – hatással volt-e munkájára, a magánéletére vagy a társasági életére?
- Volt-e kezelve valaha e periódusok miatt? Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Állt-e valaha kórházi kezelés alatt?
- Egy hasonló periódus alkalmával:
- Szokta-e azt érezni, hogy olyan különleges képességekkel rendelkezik, amelyekkel mások nem (mint például a telepátia vagy a gondolatolvasás) vagy, hogy Ön egy különleges, magas rangú személy (például Jézus vagy egy filmsztár)? Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Hasonló periódusok alkalmával milyenek szoktak lenni az alvási szokásai?
- Ha kevesebbet alszik ilyenkor, mint szokott: Úgy érzi, hogy kevesebb alvásra van szüksége?
- Hasonló periódusok alkalmával többet beszél, mint szokott? Mások jelzik-e vissza ezt?
- Hasonló periódusok alkalmával szokta-e azt érezni, hogy gondolatai egyik dolgról a másikra cikáznak?
- Hasonló periódusok alkalmával szembetűnik-e Önnek vagy másoknak az, hogy gondolatai könnyebben elkalandoznak, mint általában?
- Hasonló periódusok alkalmával szokta-e azt érezni, hogy fel van pörögve vagy esetleg mások szokták-e ezt megjegyezni Önről?
- Hasonló periódusok alkalmával szokott-e többet tervezni, mint máskor?
- Hasonló periódusok alkalmával milyen a libidója?
- Hogyan ítéli meg az e periódusok alatti döntésképeségét – érzi-e azt, hogy az bármilyen módon csorbát szenved? Értve ez alatt:
- Megesik-e az, hogy elkölt valamennyi pénzt és később megbánja azt?

- Szokott-e törvényt sérteni?
- Szokott-e olyan szexuális kapcsolatokat folytatni ilyenkor, amely amúgy nem jellemző Önre?
- Előfordul-e, hogy olyan dolgokat lát vagy hall, amit mások nem? Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Előfordul-e, hogy úgy érzi, hogy mások kémkednek Ön után, zaklatják, vagy ártani akarnak Önnek valamilyen módon? Ha igen, kérem, beszéljen erről!

5.3 Szorongásos zavarok

C1 Volt-e valaha Önnek olyan rohama, amikor hirtelen szorongást, félelmet érzett vagy különösen nyugtalannak érezte magát?

C2 Volt-e valaha Önnek olyan rohama, amikor erőtlenség érezte magát, amikor úgy érezte, hogy nem tud lélegezni vagy a szíve hevesen dobogott?

Ha bármelyikre igen a válasz:

- Hány hasonló rohama volt eddig?
- Milyen gyakorisággal fordultak elő?
- Mennyi ideig tartanak?
- Mennyire (volt) súlyos az élmény – hatással volt-e munkájára, a magánéletére, vagy a társas életére?
- Volt-e kezelve valaha hasonló epizód miatt? Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Állt-e valaha kórházi kezelés alatt?
- Egy hasonló roham alkalmával érzett-e valaha:
 - mellkasi fájdalmat vagy mellkasi diszkomfort érzést
 - fázást vagy hőhullámot
 - fulladást
- Egy hasonló roham alkalmával érezte-e valaha azt, hogy:
 - A dolgok nem valóságosak vagy, hogy távol van önmagától?
 - Szédül, feledékeny, erőtlen, vagy bizonytalanul áll a lábán?
- Állt-e valaha kórházi kezelés alatt?
- Egy hasonló roham alkalmával érzett-e valaha halálfélelmet?
- Egy hasonló roham alkalmával érezte-e valaha azt, hogy:
 - Elveszíti uralmát a dolgok fölött vagy megőrül?
 - Nagyon ver a szíve vagy, hogy kihagy ütések?
- Egy hasonló roham alkalmával érzett-e valaha:
 - Hányingert vagy hasi diszkomfort érzést?
 - Zsibbadást vagy bizsergést?
 - Izzadást?
 - Légszomjat vagy fullasztó érzést?
 - Reszketést?

D1 Volt-e valaha bármivel kapcsolatos félelme vagy fóbiája? Például: állatok (mint például pók, kutya, kígyó), vér, tű vagy injekció, magasság, repülőút, bezártság, vihar, elvörösödés, mások előtt evés, közönség előtti beszéd, éneklés vagy hangszeren való játék

Ha igen, akkor mindegyik félelemkeltő ingerrel kapcsolatban kérdezendő:

- Milyen gyakran jelent meg eddig ez a félelem?
- Hány hasonló epizód volt eddig?
- Ez a félelem indokolatlannak vagy aránytalanul tűnik-e Önnek?
- Kiváltja-e ez a félelem azt, hogy elkerüljön bizonyos szituációkat?

- Akadályozza-e Önt a félelem mindennapi teendői ellátásában vagy társas, munkahelyi vagy magánéleti feladatai betöltésében?
- Volt-e valaha kezelve e miatt?

D2 Volt-e valaha nyugtalan amiatt, hogy egy bizonyos helyen vagy helyzetben van (például egy boltban vagy moziban) – egy olyan helyen, ahonnan nehéz lenne elmenekülni, vagy ahol nem lenne elérhető segítség, ha pánikrohamot kapna?

- Előfordul-e az, hogy időnként emiatt elkerüli az üzleteket vagy mozikat (vagy más helyeket?)
- Ha bemegy valamelyik helyre, érez-e szorongást, amikor ott van?
- Előfordul-e, hogy magával visz valakit, azért, hogy segítsen, ha esetleg Ön pánikrohamot kap, amíg távol van otthonról?

E1 Volt-e valaha olyan gondolata vagy képze, amely folyamatosan visszatért, annak ellenére, hogy megpróbált neki ellenállni? Ha igen:

- Milyen gyakran térnek vissza ezek a képzetek?
- Próbál-e Ön ellenállni ezeknek a gondolatoknak/képzeteknek vagy elnyomni őket?
- Ez a gondolatok az Ön tudatából származnak-e, vagy úgy tűnik, mintha valahonnan kívülről érkeznének?

E2 Van-e olyan viselkedés, amelyről úgy érzi, hogy újra és újra meg kell tennie, például kézmosás, a tűzhely ellenőrzése vagy bizonyos dolgok megszámolása? Ha igen:

- Ezek a viselkedések egy kényszeres gondolatra való reakcióként szoktak-e megjelenni?
- Szigorú szabályok szerint kell-e ezeket kivitelezni?
- Valamilyen rossz dolog megtörténtét akadályozzák-e meg?
- Csökkentik-e a szorongását?
- Előfordul-e, hogy súlyos szorongást okoznak?
- Mennyi időt vesznek igénybe?
- Akadályozzák-e Önt mindennapi teendői ellátásában vagy társas, munkahelyi vagy magánéleti feladatai betöltésében?

F1 Volt-e valaha olyan traumatikus vagy stresszes élmény az életében, amelyet újra és újra átélt, vagy amelyről úgy érezte, hogy újra és újra el kell kerülnie? Ha igen:

- Mi volt ez az esemény?
- Mikor történt?
- Okozott-e súlyos félelmet, rémületet vagy kiszolgáltatottságot?
- Volt-e olyan élmény, melynek hatására újra átélte az adott eseményt:
 - Ezek esetleg betolakodó gondolatok vagy képek?
 - Flashback-ek, hallucinációk, tévképzetek vagy olyan érzés, hogy az esemény újra megtörténik?
 - Olyan jelek-e, amelyek az eseményt szimbolizálják vagy hasonlítanak rá, szorongást idézve elő ezzel?
 - A jelek hatására bekövetkező élettani változások (úgy, mint, gyors szívverés, vérnyomás emelkedés)?
- Próbálta-e ismételt elkerülni az ingert, amely a traumára emlékezteti? Ha igen, melyik módon:
 - Próbálta-e elkerülni azokat az érzéseket, gondolatokat vagy beszélgetéseket, amelyek az eseményre emlékeztetik?

- Próbálta-e elkerülni azokat a tevékenységeket, embereket vagy helyeket, amelyek az eseményre emlékeztetik?
- Volt-e olyan, hogy képtelen volt felidézni az esemény valamelyik fontos mozzanatát? Ha igen, melyet?
- Volt-e olyan, hogy elvesztette érdeklődését az Ön számára fontos tevékenységek iránt? Ha igen melyek iránt és milyen mértékben?
- Érezte-e magát másoktól elszigeteltnek?
- Érezte-e már azt, hogy többé már nem tud szerelmet vagy más intenzív érzelmet érezni?
- Érezte-e valaha azt, hogy az élete rövid vagy nem kielégítő – érezte-e valaha a házasság, a munka vagy a gyerekek hiányát?
- Volt-e eddig bármelyik tünete következők közül, ami az eseményt megelőzően nem jelentkezett:
 - Álmatlanság
 - Ingerlékenység
 - Koncentrációs zavar
 - Túlzott éberség (például a környezet gyakori fürkészése veszélyre utaló jeleket keresve)
 - Fokozott összeremenéssel való reagálást?

G1 Ön sokat aggódik-e?

G2 Mi aggasztja?

Ha a beteg három vagy annál több aggodalomforrást említ:

- Gondot jelent-e ezen aggodalmak kontrollálása?
- Ön szerint egy hónapból hány nap aggódik e dolgok miatt?
- Hány hónapja van hasonló aggodalma?
- Jelentett-e ez gondot a munkájában, a családi- vagy magánéletében?
- Amikor aggódik:
 - Érez-e nyugtalanságot, ingerültséget vagy izgatottságot?
 - Könnyen elfárad-e?
 - Vannak-e koncentrációs problémái?
 - Ingerlékenynek érzi-e magát?
 - Érez-e a fokozott izomfeszülést?
 - Vannak-e alvásproblémái?

5.4 Pszichotikus zavarok

H1 Történet-e valaha olyan, hogy olyan dolgokat látott vagy hallott, amelyet mások a környezetében nem?

H2 Szokott-e olyan ízeket vagy illatokat érezni, amelyet más emberek nem? Érez-e olyan dolgokat akár a bőrén vagy a testében, amelyet más emberek nem?

Ha igennel válaszol a hangokra:

- Mennyire valóságosak? Annyira valóságosak-e, mint most az én hangom?
- Úgy tűnik-e, hogy a fején belülről jönnek vagy valahonnan kívülről?
- Mikor kezdte hallani őket?
- Női vagy férfihangok?
- Kinek a hangja?
- Hány hangot hall?
 - Ha több, mint egyet, akkor szoktak-e a hangok egymással beszélni?
 - Szoktak-e Önről beszélgetni?
- Milyen gyakran jelennek meg a hangok?
 - Ha napjában többször, akkor hányszor egy nap?

- Megmondják-e Önnek, hogy mit tegyen?
- Szokta-e követni a parancsait?

Ha igennel válaszol a vizuális élményekre:

- Annyira tisztán látja-e, mint most engem?
- Mikor szokta látni ezeket?
 - Ha naponta, akkor hányszor egy nap?
- Mikor kezdte látni ezeket?

Ha igennel válaszol az ízekre, illatokra vagy taktilis érzésekre:

- Kérem, írja le ezeket az érzeteket!
- Milyen gyakran tapasztalja ezeket?
 - Ha naponta, akkor hányszor egy nap?
- Mit szokott éppen csinálni, amikor tapasztalja ezeket?
- Mikor jelentek meg ezek az érzések?

Mindenfajta hallucináció esetén:

- Ön szerint mi okozza ezeket az élményeket?
- Lehetséges-e, hogy van bármilyen kapcsolat ezen élmények és esetleg alkohol-vagy drogfogyasztása között?
- Volt-e valaha olyan testi betegsége, amely magyarázhatja ezeket az élményeket?

J1 Érezte-e valaha azt, hogy más emberek kémkednek maga után, a háta mögött beszélnek, vagy összeesküdtek maga ellen?

J2 Érezte-e valaha azt, hogy valami különleges küldetése van az életben – valami isteni cél vagy elhivatottság?

J3 Volt-e valaha bármilyen más látszólag furcsa tapasztalata, amelyet nem tudott megmagyarázni?

(Ha a betegnek további információra van szüksége: Itt van néhány példa arra, hogy mit is értünk ez alatt:

- Érezte-e valaha azt, hogy az emberek hallják az Ön ki nem mondott gondolatait vagy olvasnak a gondolataiban?
- Érezte-e valaha azt, hogy valaki a tévében vagy rádióban, olyan üzeneteket küld, amelyek kizárólag önnek szólnak?
- Gondolta-e valaha azt, hogy valaki kívülről gondolatokat tud beültetni az Ön tudatába vagy kivenni onnan?
- Érezte-e valaha azt, hogy valami olyan szörnyűt tett, hogy büntetést érdemel?
- Érezte-e valaha azt, hogy Ön egy híres ember és hogy olyan képességekkel rendelkezik, amelyekkel mások nem?

Ha bármelyik háromra a fentiek közül igennel válaszol:

- Pontosan mit vett észre?
- Mióta vannak ezek az élményei?
- Mit gondol, ki vagy mi lehet felelős értük?
- Hogyan próbálta legyőzni őket?
- Volt-e valaki Önhöz közel állónak hasonló élménye?
- Lehetséges, hogy van bármilyen kapcsolat ezen élmények és esetleges alkohol-vagy drogfogyasztása között?

5.5 Szerhasználat

K1 Fogyasztott-e valaha alkoholt vagy drogokat?

K2 Vett-e be valaha receptre kiírt vagy gyógyszerárban recept nélkül kapható gyógyszert az előírástól eltérő módon?

K3 Volt-e valaha ittas vagy adagolt-e valaha túl drogot?

K4 Mások kifejezték-e valaha már aggodalmukat az Ön ivási vagy drogfogyasztási szokásaival kapcsolatban?

Ha bármelyik kérdésre igen a válasz:

- Milyen anyagot használt?
- Mennyi ideig használta?
- Most használja-e?
- Volt-e valaha elvonási tünete, amikor egy anyagról le akart állni?
 - Alkohol és nyugtatók: izzadás, gyors szívverés, reszketés, álmatlanság, hányinger, hányás, rövid hallucinációk vagy tévképzetek, felpörgött működés, nagyroham vagy szorongás?
 - Kokain, amfetaminok: hangulatzavar, fáradtság, élénk rossz álmok, alvásidő csökkenése vagy megnövekedése, megnövekedett étvágy, felpörgött vagy lelassult működés?
 - Ópiátok: hangulatzavar, hányinger, hányás, izomfájdalom, könnyezés, orrfolyás, kitágult pupillák, libabőr, izzadás, hasmenés, ásítás, láz, álmatlanság?
- Tapasztalta-e valaha azt, hogy nagyobb mennyiséget kell használni az anyagból, ahhoz, hogy ugyanazt a hatást elérje?
- Történt-e valaha olyan, hogy nagyobb mennyiséget használt végül, mint amennyit eredetileg akart?
- Történt-e valaha olyan, hogy kontroll alatt akarta tartani a szerhasználatot, de képtelen volt?
- Sok időt elvesz-e az anyaghasználat – vagy annak megszerzése, használása, majd a szerhasználat kiheverése?
- Történt-e valaha olyan, hogy az anyaghasználat miatt elhanyagolt valamilyen fontos munkát, társas vagy szabadidős programot, mint például a családi életet vagy egy találkozást a barátokkal?
- Az anyaghasználat okozott-e valaha aggodalmat Önnek vagy korlátozta-e valaha a működésében?
- Annak ellenére is tovább használta-e az anyagot, hogy tisztában volt azzal, hogy valószínűleg fizikai vagy pszichés problémákat fog okozni?
- Történt-e valaha olyan, hogy az anyaghasználat meggátolta abban, hogy eleget tegyen olyan fontos feladatoknak, mint iskolába/munkába járás, vagy a gyerekekről való gondoskodás?
- Előfordult-e olyan, hogy akkor is használta az anyagot, amikor az fizikailag veszélyes volt Önre nézve – például vezetés közben?
- Merültek-e föl jogi problémái az anyaghasználat miatt? Ha igen, mennyi és mikor?
- Akadtak-e társas vagy személyközi problémái az anyaghasználat miatt?
 - Ha igen, ennek ellenére is folytatta-e az anyaghasználatot?

5.6 Gondolkodási nehézségek (kognitív zavarok)

L1 Milyen mostanában a memóriája? Szeretném tesztelni, ha megengedi.

- Kérem, ismétlje utánam (egy név, egy szín, egy cím)
- Mi a mai dátum?
- Ki a jelenlegi miniszterelnök? Kérem, nevezze meg az előzőt. Most a hárommal azelőttit is.
- Kérem, vonjon ki 100-ból 7-et. Most még hetet. Kérem, folytassa ugyanígy, amíg el nem jut 60 alá.

L2 Volt-e valaha olyan szakasza az életének, amelyre később nem emlékezett?

- Ha igen, akkor kérem, beszéljen erről!
- Hányszor történt ilyen?

L3 Történt-e valaha olyan, hogy egy ismeretlen helyen találta magát és nem emlékezett, hogy hogyan jutott el oda?

- Ha igen, akkor kérem, beszéljen erről!

- Hányszor történt ilyen?
- Mi volt az a három dolog, amit utánam kellett ismételnie pár perccel ezelőtt?

5.7 Testi panaszok

M1 Az Ön általános egészségi állapota mindig jó volt-e?

M2 Részeseült-e valaha fokozott orvosi ellátásban különböző betegségek miatt?

Ha igennel válaszol az elsőre vagy nemmel a másodikra:

- Milyen betegsége volt? Kérem, részletezze!
- Volt-e más betegsége?
- Szedett-e gyógyszereket?
- Most szeretnék egy pár kérdést feltenni gyakran előforduló tünetekről. Volt-e valaha, olyan **fájdalmai**, mint ...*

(* Ahhoz, hogy pozitívnak számítson, minden egyes panasznak teljesíteni kell a következő feltételeket:

1. Nem magyarázhatja általános fizikai állapot vagy anyaghasználat
2. Állapotromlást kell, hogy okozzon, vagy a betegnek orvosi kezelést kellett miatta igénybe venni
3. Meg kell haladnia azt a diszkomfort érzést vagy állapotromlást, amit bármely kapcsolódó betegség okozhat...)

- Az átlagostól eltérő fejfájás?
- Hasi fájdalom?
- Hátfájás?
- Ízületi fájdalom?
- Kar vagy lábfájás?
- Mellkasi fájdalom?
- Rektális fájdalom?
- Menstruációs fájdalom?
- Szexuális aktus során fellépő fájdalom?
- Vizelet közben fellépő fájdalom?
- **Gasztrointesztinális panaszok**, mint *:
 - Hányinger?
 - Puffadás?
 - Hányás (nem terhesség alatt)?
 - Hasmenés?
 - Több ételt érintő intolerancia?
- **Szexuális panaszok**, mint *:
 - Szexuális érdeklődés hiánya?
 - Erekción vagy ejakulációs nehézségek?
 - Rendszertelen menstruáció?
 - Túlzott menstruációs vérzés?
 - Hányás végig a terhesség 9 hónapja alatt?
- **Pseudoneurológiai panaszok**, mint *:
 - Egyensúly vagy koordinációs nehézségek?
 - Gyenge vagy bénult izmok?
 - Gombóc a torokban?
 - Nyelési nehézségek?
 - Hangvesztés?
 - Vizelet-visszatartási nehézségek?
 - Hallucinációk?

- Zsibbadás?
- Duplán látás?
- Vakság?
- Süketség?
- Rohamok?
- Amnézia?
- Más disszociációs zavarok?
- Esméletvesztés (ami nem ájulás)?

N1 Érezte-e valaha magát túl kövérnek, miközben mások túl soványnak tartották?

N2 Hányatta-e meg magát valaha, mert úgy érezte, hogy túlságosan tele van?

Ha bármelyikre igen a válasz:

- Mikor történt ez?
- Még mindig előfordul-e?
- Mennyit volt a testsúlya ekkor?
- Milyen magas volt ekkor?
- Félt-e attól, hogy hízni fog?
- Sokat mozgott-e, hogy fogyjon?
- Használt-e valaha hashajtót, hogy fogyjon?
- Milyennek látta a testét ekkor? Vékonynak, kövérnek vagy megfelelőnek?
- Mennyire tartotta fontosnak a súlyát vagy alakját ekkor?
- Ha a beteg nő: Ebben az időszakban abbamaradt-e a menstruációja? Ha igen, mennyi időre?

N3 Volt-e valaha evési rohama, amikor hirtelen sokkal többet evett az átlagosnál? Ha igen:

- Milyen gyakran fordul ez elő?
- Ilyenkor úgy érzi-e, hogy elvesztette az uralmát az evés fölött?
- Hogy elkerülje a hízást, használt-e valaha hashajtót? Vízhajtót? Hánytatja-e magát? Koplal-e? Tornázik-e sokat?

P1 Érezte-e valaha azt, hogy valami nagyon nincs rendben magával fizikailag – hogy valami komoly betegsége van, amelyet az orvosok nem tudnak azonosítani? Ha igen:

- Kérem, írja le a tüneteit.
- Mióta tart ez?
- Milyen betegségtől tart?

Q1 Érezte-e valaha azt, hogy valami nagyon nincs rendben a testével vagy megjelenésével – valami, amelyet mások nem vesznek észre? Ha igen:

- Sok időt tölt-e azzal, hogy ezen a problémán rágódik, vagy e probléma megoldásán dolgozik?
- Milyen lépéseket tett eddig, hogy orvosolja a problémát?

5.8 Impulzuskontroll zavarok

R1 Ön általában könnyen dühbe gurul? Ha igen:

- Milyen jellegű helyzetekben fordul ez elő?
- Előfordul-e az, hogy annyira begurul, hogy elveszti az önuralmát?
- Előfordul-e az, hogy e miatt megrongál dolgokat? Ha igen, milyen gyakran?
- Előfordul-e az, hogy e miatt bántalmaz másokat? Ha igen, milyen gyakran?

S1 Szokott-e impulzívan viselkedni?**S2 Szokott-e valaha olyat csinálni, hogy tépkedi a saját haját vagy dühében kárt okoz vagy ellop dolgokat boltokból vagy gyűjtogat? Ha bármelyikre igen a válasz:**

- Érez-e valamilyen feszültséget, mielőtt ezt megteszi?
- Érez-e kielégülést, örömet vagy megkönnyebbülést a tevékenység után?

T1 Szokott-e szerencsejátékot játszani? Ha igen:

- Milyen gyakran?
- Érezte-e valaha azt, hogy túlzott mértékben játszik – hogy már nem azt tudja uralni?
- A szerencsejáték leköti-e minden figyelmét? – Sok időt tölt-e azzal, hogy kitalálja, hogy hogyan szerezzen pénzt, amit eljátszhat? Vagy azzal, hogy felidéz korábbi játék élményeket vagy azzal, hogy újakat tervez?
- Volt-e valaha olyan, hogy nagyobb összegű pénzt kellett kockáztatni ahhoz, hogy ugyanazt az izgalmat megélje?
- Próbálta-e valaha azt, hogy kontrollálni próbálta a játékszenvedélyét és nem sikerült?
 - Ha igen, hogyan?
 - Hányszor történt ilyen?
- Érezte-e valaha magát nyugtalannak vagy ingerlékenynek, amikor próbálta megfékezni a játékszenvedélyét?
- Előfordul-e az, hogy azért játszik, hogy a problémáitól meneküljön vagy, hogy megbirkózzon a lehangoltsággal vagy a szorongással?
- Játszott-e valaha azért, hogy visszanyerje, amit elveszített?
- Előfordult-e, hogy hazudott azért, hogy az elvesztett pénz összege titokban maradjon?
- Előfordult-e az, hogy mások anyagi segítségére szorult játéktartozásainak rendezésekor?
- Előfordult-e az, hogy mások pénzével játszott?
- Előfordult-e az, hogy a játék miatt kockáztatta az állását, a kapcsolatát vagy az előmenetel lehetőségét?

5.9 Családi kórtörténet**U1 Volt-e valamilyen vérszerinti rokonának az Önéhez hasonló tünete – értve ezalatt a szüleit, testvéreit, nagyszüleit, gyermekeit, nagybátyjait, nagynénjeit, unokatestvéreit, unokaöccseit, unokahúgait?****U2 Volt-e valaha valamilyen vérszerinti rokonának olyan mentális betegsége, mint mánia, pszichózis, szkizofrénia, idegi panaszok, szorongás? Állt-e valaha valamilyen vérszerinti rokona pszichiátriai kezelés alatt? Követett-e el vagy kísérelt-e meg valaha valamilyen vérszerinti rokona öngyilkosságot? Volt-e valaha valamilyen vérszerinti rokona gyógyszerfüggő vagy alkoholista? Van-e valakinek priusza a családban?**

Bármelyik kérdésre adott igenlő válasz esetén:

- Mik voltak az érintett panaszai?
- Hány éves volt a személy ekkor?
- Tudja-e, hogy milyen kezelést kapott?
- Mi történt az érintettel? (A lehetőségek között lehet: felépülés, további betegség, amivel funkcionál a társadalomban, munkaképtelenség, ismétlődő vagy krónikus kórházi kezelés)

GYERMEKKORTÓL FELNŐTTKORIG**Gyermekkor**

- Hol született?
- Hány testvére van?
- Ön-e a legidősebb, legfiatalabb – hányadik a sorban?

- Szülei közösen nevelték-e?
- Szülei hogyan jöttek ki egymással?
 - Ha veszekedtek, min veszekedtek?
 - Ha elváltak vagy különélnek, hány éves volt Ön akkor?
- Kivel élt?
 - Ha örökbe fogadták, mennyi idős volt Ön ekkor?
Ismeri-e az örökbefogadás körülményeit?
- Milyen volt az egészsége gyermekkorába?
- Milyen iskolát végzett?
 - Előfordult-e az, hogy osztályt ismételt?
 - Voltak-e viselkedésbeli vagy fegyelmi gondok önnel?
 - Előfordult-e, hogy lógott?
 - Volt-e valaha felfüggesztve vagy kicsapva?
- Sok barátja volt-e gyermekkorában?
- Milyen hobbija volt gyermekkorában? Mi érdekelte?
- Az iskolán kívül voltak-e problémái törvénnyel? *Ha igen*, előfordult-e, hogy
 - lopott?
 - gyújtogatott?
 - szándékosan kárt okozott más tulajdonában?
 - kínozta embereket vagy állatokat?
 - elszökött otthonról?

Felnőttkor

- Ön házas-e?
- Ha ez nem az első házassága, akkor hányszor volt házas és hány éves volt a házasságkötésekkor?
Hogyan végződtek a korábbi házasságai – válás, házastárs halála?
- Kivel él most?
- Hány gyermeke van és milyen idősök?
- Vannak-e mostohagyermekei?
Ha igen, hány?
Milyen a kapcsolata velük?
- Mi a jelenlegi foglalkozása?
- Hány munkahelye volt eddig?
Mi volt a munkahelyváltás(ok) oka?
Bocsátották-e el valaha? Ha igen, miért?
- Ha jelenleg nem dolgozik, hogyan tartja el magát?
- Ha férfi: Volt-e katona?
Ha igen, hány évig?
Mi volt a legmagasabb fokozat, amit elért?
Volt-e bevetésen?
Voltak-e fegyelmi problémái a hadseregben?
- Mennyire fontos Önnek a vallás?
- Mivel tölti a szabadidejét? Van-e valamilyen hobbija?
- Mikor hallott először a szexről?
Milyen körülmények között?
Hány évesen kezdett randizni?
Hány éves volt, amikor a szüzességét elvesztette?

Hogy történt ez?

Hogyan érzett ezzel kapcsolatban?

- Tudna-e beszélni egy kicsit a jelenlegi szexuális érdeklődéséről?
- Volt-e olyan szexuális élménye, ami zavarta?
- Szenvedett-e el bántalmazást gyermekkorában?
Szexuálist?
Testit?
- Felnőttként szenvedett el nemi erőszakot vagy más bántalmazást? Ha igen, kérem, beszéljen erről!

5.10 Szociális és személyiség problémák

A következő kérdések arról gyűjtenek információkat, hogy a beteg hogyan látja magát és milyen a másokkal való kapcsolata. A legtöbb esetben a válaszok nem teszik azt lehetővé, hogy egy konkrét diagnózis szülessen, így további információkat kell hozzá gyűjteni más forrásokból.

- Milyen embernek tartja magát?
- Mit szeret a legjobban magában?
- Mit szeret a legkevésbé magában?
- Vannak-e barátai vagy inkább magányos típus?
- Hogy jön ki a férjével / feleségével / partnerével?
- Vannak-e problémái a családtagjaival való kapcsolatában?
- Előfordul-e, hogy elkerüli a rokonait, mert nehezen jönnek ki egymással?
- Vannak-e nehézségei a barátaival?
- Volt-e bármilyen személyes problémája a munkája során?
- Gyanakvó-e mások szándékával kapcsolatban vagy inkább megbízik az emberekben?
- Szeret-e a figyelem középpontjában lenni vagy jobban érzi magát a háttérben?
- Szeret-e egyedül lenni vagy inkább szüksége van mások társaságára?
- Tett-e valaha olyat, amiről kiderült, hogy rossz döntés volt?
Ha igen, mi volt az?
- Került-e valaha összetűzésbe a törvénnyel?
Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Volt-e valaha letartóztatva? Volt-e börtönben?
Ha igen, kérem, beszéljen erről!
- Követett-e el bármi olyat, ami miatt összetűzésbe kerülhetett volna a törvénnyel, ha kiderül?
Ha igen, megbánta-e ezeket utólag?
- Szokta-e úgy érezni, hogy mások félrevezetik, kihasználják vagy bántják Önt? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Szokta-e úgy érezni, hogy a barátai vagy ismerősei nem lojálisak Önnel szemben?
Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Ön haragtartó ember-e? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Jobban szeret-e dolgokat egyedül csinálni? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- A kritika vagy a dicséret erős hatással van-e Önre? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Hisz-e a természetfelettiben, mint például telepátia, fekete mágia vagy gondolatolvasás? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- A másokkal való kapcsolatait tartósak szoktak-e lenni?
- A hangulata általában stabil vagy inkább ingadozó? Kérem, mondjon példákat!
- Szokta-e üresnek érezni magát? Ha igen, kérem, mondjon példákat!

- Ön gyakran dühös-e? Könnyen kijön-e a sodrából? Gyakran keveredik-e verekedésekbe? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Szeret-e a figyelem középpontjában lenni? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Mások véleménye könnyen befolyásolja-e? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Gyakran szokott-e sikerről, hatalomról, tündöklésről vagy az igazi szerelemről ábrándozni? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Gyakran szokta-e úgy érezni, hogy különleges bánásmódot vagy figyelmet érdemel? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Nehéz-e Önnek mások érzéseit átérezni? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Szokta-e annyira zavarban érezni magát, hogy inkább elkerüli az új helyzeteket vagy a másokkal való interakciót? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Új kapcsolatokban gyakran érzi-e úgy, hogy Ön nem elég jó? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Szokta-e úgy érezni, hogy sok tanácsra vagy biztatásra van szüksége ahhoz, hogy mindennapi döntéseket meghozzon? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Az attól való félelem, hogy elveszíti mások támogatását gyakran megnehezíti-e Önnek, hogy ellentmondjon? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Előfordul-e, hogy annyira lekötik a részletek, hogy szem elől téveszti a tevékenység célját? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Különösen makacsnak tartja-e magát? Ha igen, kérem, mondjon példákat!
- Ön perfekcionista-e? Tartja-e magát? Ha igen, kérem, mondjon példákat!

6 Egy kiemelt téma: az öngyilkossági veszély felmérése

Ha bármi gyanúnk van az öngyilkossági veszély fennállásának lehetőségére, akkor feltétlenül körbe kell járnunk a témát. Némely beteg magától hozza szóba, némelyik utal rá, mások nem említik maguktól, de az állapotukból vagy a kórelőzményből kifolyólag meg kell kérdeznünk a beteget róla.

A legnyilvánvalóbb helyzet, amikor erről beszélnünk kell, ha közvetlenül az öngyilkossági kísérlet után történik az interjú. Ilyenkor a következőket érdemes megtudnunk a betegtől:

- Pontosán hogyan történt az, hogy meg akarta ölni magát? Hogyan követték egymást az események? Mesélje el részletesen!
- Mi előzte ezt meg / mi váltotta ezt ki?
- Mikor döntötte el, hogy megteszi? Hirtelen döntés volt, vagy már tervezte egy ideje? Ha tervezte, milyen lépéseket tett? Írt-e búcsúlevelet? Elrendezte-e a dolgait (végrendelet, ajándék, biztosítás)? Közölte-e valakivel a szándékát, vagy utalt-e rá közvetve vagy teljesen titokban tartotta? Ha jelezte, akkor az a személy hogyan reagált rá?
- Milyen lelkiállapotban volt aznap, amikor megtette? (zaklatott, kontrollálatlan, szorongó, rettegő, szomorú, csalódott, magányos, elhagyatott, kimerült, kétségbeesett, összezavarodott, lever, dühös, frusztrált valaki miatt / saját maga miatt, öngyűlölet, bűntudat, csődtömeg érzése, „csak teher vagyok másoknak”, érzelmileg bénult, kiüresedett)
- Mit akart a leginkább elérni az öngyilkosság kísérlettel? (pl. megszüntetni a negatív érzéseket; jelezni másoknak, hogy mennyire kilátástalan az életem; valamilyen segítséget kapni; kórházba kerülni; meghalni; érezni valamit, akár csak fájdalmat is; megbüntetni magamat; pihenni, mert már nem bírtam tovább; elkerülni valamit, elmenekülni valami elől; sokkolni másokat, visszavágni másoknak, akik megbántottak; jelezni a környezetének, hogy változzanak meg; másoknak könnyíteni a sorsán; mindegy, hogy mi, csak történjen már valami)
- Mit szólnak most a családtagok (esetleg barátok?)
- Örül-e, hogy végül nem halt meg?

- Mit gondol most az öngyilkossági kísérletéről?
- Hogyan lesz ezután?

Ha nem volt ezt megelőzően öngyilkossági kísérlete:

Hasznos kérdések ilyen esetben:

- Ön nagyon nehezen viselhető helyzetben van most. Hogyan bírja ezt? Voltak-e valaha rossz gondolatai?
- Gondolt-e már valaha arra, hogy meg akar halni?
- Mennyire gondolta ezt komolyan? (Csak futó gondolat volt / egy ideig fontolgatta, de nem döntött úgy, hogy megteszi / komolyan gondolt már rá / volt konkrét terve, de nem próbálta meg)
- Volt-e korábban öngyilkossági kísérlete?
- Ha igen: Mikor történt? Hogyan történt? Tényleg meg akart-e halni? Mennyire akarta valójában vagy mennyire akart csak „pihenni egy kicsit”, „kilépni a hétköznapiokból, mert már nem bírta”? Mennyi esélye volt arra, hogy tényleg meghal? Hogy maradt végül életben?
- Vannak-e visszatérő öngyilkossági gondolatai? Milyen gyakran? Mekkora az esélye, hogy a jövőben meg fogja tenni? Ha van, hogyan tervezi azt? Hogy érzi, van-e valamennyi kontrollja az öngyilkossági vágyai felett? Ha van, akkor az milyen mértékű? Miből áll ez? Ki segíthetne Önnek elkerülni az öngyilkosságot? Van-e olyan problémája, ami megoldódna, ha Ön meghalna?
- Mi szólhat az Ön esetében az életben maradás mellett? (pl. családtagok iránti felelősség; bizonyos életeseményeket még meg akar élni /pl. gyereke házassága/; remény, hogy jobbra fordulhatnak a dolgok; élni akarás; Istenben való hit; zavarná, hogy mások gyávának és önzőnek gondolnák, félelem a meghalástól és attól, hogy nem tudjuk, mi van utána; félelem attól, hogy nem sikerülne meghalni és csak még rosszabb lenne utána; félelem attól, hogy nagy fájdalommal járna meghalni; „nekem még ez sem sikerülne...”.
- Elfogad-e orvosi / pszichológiai segítséget az életben maradáshoz? Ha igen, akkor miben segíthetne az Önnek?

7 Melléklet

7.1 A mentális státusz szempontrendszere:

Megjelenés: ruházat, frizura jellege, ápoltság mértéke

Viselkedés:

- testtartás (magába roskadt, feszült, görcsös, stb.),
- mimika: szorongást, rémületet / lehangoltságot / érzelmi kiüresedést / indulatokat, ellenségességet / bármi más szokatlan jelenséget tükröz
- szempontaktust felveszi-e, tartja-e
- mozdulatai: felgyorsultak /meglassultak, kevés /sok, bármi más szokatlan jelenség, pl. állandó babrálás
- beszéd: gyors/ lassú, hangos / halk, dadog, motyog, nem beszél, egyéb
- a vizsgálóval kapcsolatban: domináló, kontrolláló /alárendelő, előzékeny, dependens / provokatív, ellenséges / gyanakvó, tartózkodó, kitérő / csábító / nem együttműködő, egyéb

Tudata: éber/ kábult / szomnolens / szoporózus /kóma

Orientáció: térben, időben, auto- és allopszichésen tájékozott / részlegesen tájékozott / tájékozatlan

Figyelme: könnyen vagy nehezen felkelthető / fenntartható / terelhető

Percepció: van-e illúzió / hallucináció (auditoros, vizuális, egyéb) /pseudohallucináció

Gondolkodás tartalmi vonatkozásai: van-e kényszergondolat / fóbia/ túlértékelt eszme / téveszme

Gondolkodás formai vonatkozásai: fellazult asszociáció, inkoherencia

Érzelmek, affektusok: a helyzethez illőek vagy azzal inkongruensek / labilis affektusok. A domináns hangulat: tompa, kiürelt / emelkedett, eufóriás / dühös, ellenséges / szorongó, aggodalmaskodó / levert, szomorú

Memóriája: rövidtávú és hosszútávú memória megtartott /csökkent

Globális intellektuális funkcionálás színvonala: megtartott /csökkent

Impulzuskontroll: megtartott /csökkent

Szorongás

Alvás, étvágy, szexualitás

Motiváció

Megküzdési mechanizmusok

Jövőkép

Öngyilkossági gondolat / vágy / szándék van-e

Betegségbelátás: adekvát /részleges / hiányzó

Ítélnőképesség

7.2 Első interjú kérdések példatára

A továbbiakban számos konkrét kérdés-lehetőséget sorolunk fel, amit fel lehet tenni a pácienseknek. Hely hiányában nem írtuk ki mindegyik után azt, hogy „Kérem, beszéljen erről!”, de természetesen a beszélgetés lefolyásától függően gyakran adjunk teret a páciensnek, hogy kötetlenül folytassa tovább a fontos témákat. A kérdéseknek számtalan változata lehet, a kiegészítéseket természetesen még tovább lehetne folytatni.

7.2.1 Tünetek, problémák

- Mi az a probléma, ami miatt most itt van? Miben kér segítséget?
- (ha orvos küldi pszichológushoz vizsgálatra) Milyen tünetek miatt fordult szakemberhez?
- Mi a fő tünete /problémája? Mi az, ami a leginkább zavarja ezzel/ezekkel kapcsolatban?

- Mikor kezdődtek a tünetek / problémák?
- Milyen testi tünetei vannak? Milyen pszichés tünetei vannak?
- Milyen helyzetben/körülmények között léptek fel először a tünetek?
- Tünetei állandóak-e vagy esetleg bizonyos helyzethez kapcsolódnak?
- Milyen helyzetben jelentkeztek először a tünetek? Ön azt hogyan élte meg? Mikor volt ez pontosan? Mennyi ideig tartott? Történt-e akkor az életében valamilyen fontos esemény? Akkor hogyan érezte magát? Mit gondol, mi történt akkor magával? Mi válthatta ki a panaszokat/érzéseket, melyeket akkor átélt?
- Ha krónikus a probléma: Tünetei hogyan változtak-e az évek során? Volt-e tünetmentes periódusa? Akkor milyen volt az élete, amikor nem voltak tünetei, vagy csak enyhék voltak?
- Hogyan érzi, mennyire tudja befolyásolni az állapota alakulását? Ha tudja, akkor hogyan?
- Milyen helyzetben érzi magát a legrosszabbul / a legjobban?
- Mit gondol, mi okozhatta a tüneteit, mi válthatta ki azokat? Tudja-e kötni a tüneteket, a betegségének kialakulását valamihez?
- Történt-e az életében valamilyen fontosabb esemény akkor, amikor a tünetek elkezdődtek / jelentősen romlottak / jelentősen javultak? Beszélne ezekről?
- Voltak-e már korábban hasonló tünetei, panaszai? Azok milyen körülmények között jelentkeztek?
- Voltak-e korábban más pszichés tünetei? Meséljen ezekről!
- Tünetei hogyan befolyásolják a napi tevékenységeit? Miben akadályozzák a legjobban?
- Ha megjelennek a tünetek, mit csinál, hogyan próbálja enyhíteni vagy elviselni azokat?
- Tudja-e pontosan, hogy mi a betegsége? Kapott-e már diagnózist? Ha igen: Mit tud a betegsége természetéről?

7.2.2 Korábbi kezelések

- Járt-e már korábban pszichológusnál? Ha igen, mennyi ideig? Ez milyen volt az Ön számára? Segített-e? Miben segített Önnek? Mit tanult belőle, mit tudott hasznosítani abból, amit ott hallott? Miért lett vége? Hogyan zárták le?
- Pszichiátriai kezelésben részesült-e korábban? Ha igen, akkor osztályon fekvő betegként vagy bejáró betegként? Milyen diagnózist kapott? Mit tud a betegsége természetéről?
- Milyen egyéb kezeléseket részesült? Azok milyen eredménnyel jártak?
- Ha hoztak a kezeléseket változást, azt észreveszi-e a környezete is?
- Most mitől vár változást, ki vagy mi segíthetne Önnek?
- Mit gondol, van-e valami, amin Ön változtatni tudna a gyógyulása érdekében?

7.2.3 Családi anamnézis

- Környezetében vagy családjában előfordultak-e hasonló tünetek?
- A családban fordult-e elő bármilyen hasonló, vagy akár másmilyen lelki eredetű probléma? Milyen formában?
- A családjában, közelebbi ismerősei körében fordult-e elő alkoholizmus? Öngyilkossági kísérlet?
- Súlyosabb testi betegség? Haláleset?

7.2.4 Betegségelőny

- Ki az, aki a legjobban aggódik Önért? Hogyan fejezi ki ezt? Hogyan próbál segíteni Önnek?
- Milyen lenne az élete a tünetek nélkül? Van-e valami, ami nehezebb lenne, ha meggyógyulna?
- A családja hogyan viszonyul az Ön helyzetéhez / problémájához / betegségéhez? Környezetében élők/családtagjai hogyan viszonyulnak a tüneteikhez?

- Van-e valaki, aki Önt lelkileg támogatni tudja a családtagok közül? Hogyan? (Ha nincs, akkor családon kívül van-e valaki, aki támogatni tudja Önt?)
- Szokott-e valakitől segítséget kérni, ha rosszabbul érzi magát?
- A betegsége óta változott-e a kapcsolata a családtagokkal, barátokkal? Ha igen, hogyan?

7.2.5 Nehéz életesemények

- Bántalmazás, trauma érte-e gyerekkorában? Szexuális bántalmazás?
- Melyek voltak a legnehezebb időszakok, helyzetek az életében?
- Veszteségek:
 - Érte-e jelentős veszteség az élete során?
 - Ezt hogyan tudta feldolgozni? Mi segített ezeken túllenni? Kért-e segítséget?
 - Ha nem sikerült feldolgozni, akkor ez pontosan mit jelent?

Szeretett személy halála esetén:

- Hogyan halt meg az illető? (pl. hirtelen halál volt vagy hosszan elhúzódó betegség következménye volt?)
- El tudott-e búcsúzni tőle? Van-e valami, amit elmulasztott?
- Hogyan élte meg a veszteséget?
- Most milyen érzések és gondolatok vannak Önben ezzel a veszteséggel kapcsolatban?
- Mit gondol, hol van most az elvesztett személy? Van-e valamilyen kapcsolat Önök között?

Családtag öngyilkossága esetén:

- Mit lehet tudni, miért tette? Ki találta meg? Hogyan kapta a hírt? Van-e büntudata? Mulasztott-e valamit? Mikor, hogyan találkozott vele utoljára? Voltak-e előjelei vagy váratlan volt? Előfordult-e más családtagnál is öngyilkosság?

7.2.6 Élettörténet

- Mit tud fogantatása körülményeiről? Tervezett gyermek volt-e?
- Hogyan éltek akkortájt a szülei? Meséljen a szüleiről! Mi a szülei legmagasabb iskolai végzettsége? Foglalkozása? Mit tud a szülei élettörténetéről, családjáról?
- Voltak-e komplikációk a terhesség alatt? Időben született-e? Természetes úton született-e? Voltak-e problémák a születése során?
- Került-e hosszabb időre kórházba kisgyermekként, gyermekként?
- Mi a legelső emléke?
- Vannak-e testvérei? Fiúk, lányok? Hányadik a testvérsorban?
- Járt-e bölcsődébe? Milyen volt a beszoktatás?
- Járt-e óvodába? Milyen volt a beszoktatás? Szeretett-e óvodába járni? Mire emlékszik az óvodából?
- Milyen kapcsolatai voltak társaival, óvónőivel?
- Milyen volt iskolába menni?
- Hogyan jött ki a társaival? Tudott-e barátkozni?
- Milyenek voltak a tanárai? Milyen volt velük a kapcsolata?
- Milyen tanulmányi eredményei voltak?
- Voltak-e tanulási nehézségei? Kellert-e járnia valamilyen fejlesztésre? Mi az a tantárgy, amiben jó volt?
- Volt-e jelentős esemény (válás, költözés, veszteség, probléma) gyermekkorában?
- Szüleivel való kapcsolata milyen volt? Szüleinek milyen volt egymással a kapcsolata?
- Milyen ember volt az édesanyja, édesapja?
- Kihez kötődött inkább? Félt-e valamelyik szülőtől?
- Hogy érezte magát gyermekként? Hogyan telt-egy napjuk hétköznapi és hétvégén?
- Hányan éltek együtt?

- Idézzon fel egy jó emléket / egy rossz emléket!

Ha járt középiskolába:

- Középiskolás tanulmányait lakhelyén végezte-e, esetleg ingázott, kollégista volt-e?
- Szülei támogatták-e a tanulásban?
- Hogyan érezte magát a középiskolás éve alatt? Volt-e valamilyen konfliktusa társaival, tanáraival?
- Mi volt az erőssége, milyenek voltak a tanulmányi eredményei? Voltak-e számára nehezebb tantárgyak?
- Milyenek voltak a kapcsolatai? Voltak-e barátai? Eljárt-e otthonról? Kikkel, milyen gyakran, hová? Alkoholfogyasztás? Drogfogyasztás?
- Hobbija volt-e?
- Milyen volt kamaszknak? Mi változott, hogyan élte meg? Családjá hogyan élte meg?
- Ha visszagondolna erre az időszakra, változtatna-e valamit? Csinálna-e valamit másképp?
- Serdülőként mennyire engedték-e érvényesülni? Mennyire szólhatott bele az őt érintő döntésekbe?
- Nagyszülőkkel való kapcsolata milyen volt?
- Van-e valami, amit szülőként majd máshogyan csinálna?

Első szerelem

- Mikor érezte magát életében először szerelmesnek?
- Kérem, meséljen az első szerelméről! Hogyan jellemezné ezt a szerelmet?
- Meddig tartott ez? Hogyan ért véget?
- Hogyan gondol vissza erre az időszakra?
- Hogyan gondol vissza erre a személyre? Milyen volt ez a személy?
- Környezete hogyan viszonyult ehhez a szerelemhez?
- Ha viszonzatlan szerelem volt: Mit gondol, miért maradt ez a szerelem viszonzatlan?

Első párkapcsolat

- Mesélne az első párkapcsolatáról?
- Mikor kezdődött az első párkapcsolata? Meddig tartott (ha már vége)?
- Környezete hogyan viszonyult ehhez a párkapcsolathoz?
- Hogyan jellemezné ezt a kapcsolatot?
- Ön hogyan érezte magát ebben a párkapcsolatban? Mit gondol, párja hogyan érezte magát?
- Ha már véget ért: hogyan ért véget?
- Mennyire érezte intimnek ezt a kapcsolatot?
- Mikor volt az első szexuális élménye? Hogyan élte ezt meg?
- Hány fontosabb kapcsolata volt eddig? Milyenek voltak ezek a kapcsolatok az Ön számára? Miért és hogyan értek véget?
- Jelenleg párkapcsolatban él-e? Ha igen: Hogyan érzi magát ebben a kapcsolatban?
- Hogyan jellemezné ezt a kapcsolatot? Mire van Önnek szüksége a párkapcsolatában? Megkapja-e ezt a partnerétől? A partnerének mire van szüksége? Ön meg tudja-e ezt adni neki?
- Ha nincs jelenleg párkapcsolata: Hogyan éli meg az egyedüllétet?

Házasság

- Hogyan jellemezné a házasságát?
- Hogyan ismerkedtek meg egymással?
- Hogyan viszonyultak a szülei a házasságukhoz?
- Milyen kapcsolata van a házastársa családjával? Milyen kapcsolata van a házastársának az Ön családjával?
- Mik az erősségei a házasságnak? Mi tartja össze Önöket?
- Hogyan hoznak döntéseket? Mennyire beszélnek meg azokat közösen?
- Milyen problémák fordultak már elő az Önök kapcsolatában? Ezt hogyan sikerült kezelni?

- Hogyan kezelik a konfliktusokat? Mivel volt kapcsolatos a legutóbbi/legjelentősebb konfliktusuk? (konkrét példa)
- Van-e valamilyen hiányérzete a házassággal kapcsolatban?

Gyerekek, családalapítás

- Van-e gyermeke? Hányan vannak, hány évesek, fiú(k), lány(ok)? Tervezték-e őket?
- Hogyan élte meg a terhességét? / Hogyan élte meg felesége terhességét?
- Hogy élte meg a szülést? Volt-e valamilyen komplikáció a terhesség/szülés során?
- Hogyan élte meg az anyává / apává válást?
- Miben változtatta meg kettejük viszonyát a gyermek érkezése?
- Anyaként: Hogyan élte meg az otthonlétet?
- Szeretnének-e még gyermeket?
- A gyerekek nevelésében ki hogyan veszi ki a részét?
- Hogyan érzi magát anyaként/apaként?
- Hogyan látja a párját anyaként/apaként?
- Mennyire egyezik a véleményük a gyereknevelés kérdésében?

Válás

- Felmerült-e már kettejük között valaha a válás gondolata? Ha igen, meddig tartott?
- Volt-e időszak, amikor külön költöztek a párjával?
- Volt-e már korábban válása? Mennyire sikerült lezárni?
- Ki hozta fel először a válás témáját? Hogy érintette ez Önt? Hogy érintette a házastársát?
- Milyen viszonyt ápolnak most?
- Hogyan érintette a gyerekeket a válás? Hogy tudták meg? Hogyan fogadták?
- Milyen kapcsolatban van volt házastársa az Ön jelenlegi párjával?
- Vannak féltestvérei a gyermeknek? Hogyan viszonyul hozzájuk?
- Anyagilag hogyan érintette Önöket a válás?
- Ha van közös gyermek: Hogyan tudják tartani a kapcsolatot? Hogyan tudják megbeszélni a közös gyermek dolgait?

Családi és társas kapcsolatok:

- Kik azok a személyek, akik fontos szerepet játszanak az életében?
- Kikkel tartja a kapcsolatot a családtagok közül? Kitől tud segítséget kérni, ha szükséges?
- Volt-e mostanában vagy régebben jelentős konfliktusa családtagjai, barátai közül valakivel? Mesélné erről? Mennyire jelentős az Ön számára ez a probléma? (akkor és jelenleg?) Hogyan sikerült megoldani?
- Kivel tölti leginkább a szabadidejét? Hogyan érzi ez alatt magát?
- Vannak-e közeli barátai? Miből áll a velük való barátság?

Önállósulás:

- Mikor és hogyan költözött el otthonról? Milyen gyakran jár haza / telefonálnak a szüleivel?
- Mikor kezdett önállósulni? Mit ért pontosan önállósulás alatt?

Pályaválasztás, munkahely:

- Mi a végzettsége / szakmája? Miért ezt a választotta? mennyiben volt saját döntése? Ki segített dönteni?
- Miből áll a jelenlegi munkaköre? Pontosán mit kell csinálnia? Mennyire elégedett ezzel?
- Hogyan érzi magát a munkahelyén? Mit érez, amikor reggel belép a munkahelyére?
- Milyen a kapcsolata a kollégáival? Van-e olyan kollégája, akivel munkán kívül is összejárnak?
- Milyen a kapcsolata a főnökeivel?
- Voltak-e korábbi munkahelyei? Mikor és miért váltott?
- Milyen szakmai karriert szeretne befutni?

Ha munkanélküli:

- Miért és mikor szűnt meg az előző állása?
- Hogyan élte meg a munkahelye elvesztését?
- Hogyan tölti el egy napját?
- Hogyan kezeli a családját a munkanélküliségét?
- Mi ennek az állapotnak a legnagyobb nehézsége?
- Mit tehetne Ön a helyzete javítása érdekében?

Ha nyugdíjas:

- Mikortól nyugdíjas? Saját döntése volt vagy a munkahelyé?
- Hogyan élte meg a váltást? Hogy érinti a családját az Ön nyugdíjazása?
- Hogyan telik el egy napja? Milyen feladatai vagy céljai vannak? Jár-e valamilyen közösségbe?
- Kire számíthat a mindennapokban? Baj esetén?
- Gyermkeivel milyen a kapcsolata?
- Vannak-e unokái? Mennyi időt tölt velük? Hogyan töltik ezt az időt? Milyen az unokákkal a kapcsolata?
- Élnek-e még a szülei? Milyen/volt/ velük a kapcsolata?

Időskor (megjegyzés: 60–74 év közötti személyeket nevezünk idősödőknek, a 75–89 éveseket időseknek, a 90 év fölötti személyeket nagyon időseknek. Itt most ezeket a kategóriákat nem különítjük el)

- Milyen a kapcsolata a házastársával? Ha már nem él: Hogyan viseli a hiányát?
 - Kikkel tarja a kapcsolatot a családból? Vannak-e barátai?
 - Milyen az egészsége?
 - Van-e valamilyen betegsége?
 - Hogyan éli meg a megváltozott egészségi állapotát?
 - Hogyan telik egy napja?
 - Van-e valamilyen hobbija?
 - Jár-e valamilyen közösségbe?
 - Mennyire követi a külvilág történéseit?
 - Milyen veszteségek érték élete során és az elmúlt időszakban?
 - Hogyan élte meg ezeket a veszteségeket?
 - Hogyan próbálta feldolgozni a veszteségeket?
 - Volt támasza a veszteségek feldolgozása során?
 - Mennyire elégedett az életével?
 - Van-e valamit, amit visszatekintve másképp csinálna?
 - Mire büszke?
 - Hogyan éli meg az idősödést?
 - Mi jelenti a legnehezebb változást az életkorával kapcsolatban?
 - Mi az, amitől a legjobban fél?
 - Vannak-e Ön szerint előnyei az időskornak?
 - Milyen tervei vannak az elkövetkezendőkben?
- esetleg:
- Mit gondol a halálról/ az elmúlásról?
 - Foglalkoztatja-e a halál/ az elmúlás gondolata?
 - Milyen érzései vannak a halállal / az elmúlással kapcsolatban?

Az élettörténet lezárása lehetőség szerint pozitív dologgal történjen, például:

- Melyek voltak a legjobb időszakok az életében?
- Mikor érezte a legboldogabbnak magát?
- Mire a legbüszkébb?

7.2.7 Énkép, önértékelés

- Milyen embernek tartja magát? Milyen pozitív és negatív tulajdonságai vannak?
- Mások milyen embernek látják Önt?
- Mennyire elégedett önmagával?
- Feleségként/férjként hogyan érzi magát?
- Nőként / férfiként mennyire elégedett önmagával?
- Anyaként/apaként hogy érzi magát?
- Munkája, foglalkozása tekintetében mennyire elégedett magával?
- Inkább társaságban vagy egyedül érzi jól magát?
- Hogyan tud kapcsolatot teremteni másokkal?
- Mennyire tudja ápolni a kapcsolatait?
- Miben szeretne változni?

7.2.8 Érzelmi, hangulati élet

- Általában Ön milyen kedélyű / hangulatú ember?
- Mi az, ami a leginkább befolyásolja a hangulatát?
- Ha rossz a hangulata, mit szokott tenni?
- Mi az, amitől a legjobban fél? MI az? Miért fél ettől?
- Mi az, ami a legjobban / általában feldühíti Önt?
- Mikor sírt utoljára? Mennyire jellemző Önre a sírás?
- Minek tud örülni? Mikor szokott elégedett lenni? Büszke lenni valamire?
- Mitől szokott feszült lenni?
- Hogyan tudja csökkenteni a feszültségét?
- Mennyire szokta az érzelmeit kifejezni?
- Szokott-e valakivel az érzelmeiről beszélni? Ha szokott, kivel szokott erről beszélni?

7.2.9 Terápiás célok körvonalazása a pácienssel

- Mit szeretne elérni a pszichoterápia segítségével? Mit vár a terápiától?
- Minek kéne megváltoznia ahhoz, hogy jól érezze magát?
- Mi maradjon úgy, ahogy van?
- Miből fogja majd észrevenni azt, hogy elérte a kitűzött célt?
- Milyen lenne az számára, ha elérné ezt a célját?
- Hogyan érezné ekkor magát?
- Hogyan hatna ez ki a környezetére? Ők hogyan éreznék magukat?
- Van-e valami, ami a kívánt változás ellen szól (azaz van-e a régi viselkedésnek valami előnye)?
- Mit kellene tennie azért, hogy a kívánt irányba változzon, és ugyanakkor a régi viselkedés előnyeit is megtarthassa?
- Miben szeretne leginkább változni?

7.3 Pszichológusok szakmai etikai kódexe vonatkozó részei

(Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete, Budapest, 2004. május 15.)

Vonatkozó részletek:

II. ÁLTALÁNOS ALAPELVEK

Az Általános Alapelvek nem tételesen megfogalmazott viselkedésbeli követelmények, hanem olyan általános emberi értékek, amelyek a pszichológus számára egész tevékenysége során vezérelvként, „ars poetica”-ként kell, hogy szolgáljanak, annak érdekében, hogy a legmagasabb szinten gyakorolhassa hivatását. Az alapelvek átfogó, iránymutató és szemléletformáló jellegük miatt nem tekinthetők szankcionálási alapnak.

- Az emberi méltóság tisztelete

A pszichológus tiszteletben tartja a személy emberi méltóságát, valamint jogát arra, hogy képességeit és személyiségét kibontakoztathassa. A méltóság az alkotmányos alapelveknek megfelelően az emberi léttel eleve együtt járó minősége, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, és ezért minden emberre nézve egyenlő. A pszichológus tiszteli az egyéni, kulturális és szerepkülönbségeket, és mindenkor tiszteletben tartja az emberi jogokat. Magatartása, tevékenysége diszkrimináció mentes, ezen belül mentes bármely megkülönböztetéstől, nevezetesen faj, bőrszín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más meggyőződés, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtételtől.

- Elkötelezettség és felelősség

A pszichológus a kapcsolatait a bizalomra és a kölcsönös megértésre alapozza. Felelősséget érez a társadalom, a szűkebb közösség és a kliensei iránt. Együttműködik a kollegáival és az intézményekkel. A pszichológus a kölcsönös együttműködés elvei szerint folytatja pszichológusi tevékenységét, melynek során eleget tesz korrekt tájékoztatási kötelezettségének. Ügyel arra, hogy mások is etikusan viselkedjenek és betartsák a Szakmai Etikai Kódex előírásait. A közjó érdekében önzetlenül is tevékenykedik.

- Feddhetetlenség

A pszichológus tevékenységét a pontosság, a becsületesség, az őszinteség jellemzi a tudományos kutatásban, az oktatásban és a pszichológusi gyakorlatban. Betartja ígéreteit, és nem vállal betarthatatlan kötelezettségeket. A tényeket, eredményeket nem hamisítja meg, nem tulajdonítja el, nem manipulálja és szándékosan nem értelmezi félre.

- Szakszerűség

A pszichológus ismeri tudásának, képességeinek határait és a lehetséges káros következményeket. Elkötelezett a klienseknek a szolgáltatások igénybevételére és az azonos minőségre való joga iránt. Mivel a pszichológus döntései jelentős hatással lehetnek mások életére, ezért különösen ügyel arra, hogy azok szakmailag megalapozottak és minden személyes, anyagi, szociális, szervezeti vagy politikai befolyástól mentesek legyenek.

- Segíteni akarás

A pszichológus munkájában mindenkor szem előtt tartja a "primum nil nocere" elvét. Legfőbb törekvése a másokon való segíteni akarás és az ártalmak elkerülése. Ez vonatkozik mind a klienseinek szóló, mind a róluk való - szóban vagy írásban megfogalmazott -, illetve velük kapcsolatos megnyilvánulásaira. Tevékenysége során gondot fordít arra, hogy saját fizikai és mentális egészsége ne gátolja abban, hogy másokon segíteni tudjon.

III. A SZEK ÁLTALÁNOS SZABÁLYAI

1. A PSZICHOLÓGUSI TEVÉKENYSÉG GYAKORLÁSÁRA VALÓ JOGOSULTSÁG

1.1. Pszichológus az a személy, aki egyetemen, - nappali, esti, levelező vagy kiegészítő formában, - pszichológiából, mint fő tantárgyból szerzett képesítést, és a gyakorlatban, illetve az oktatásban, a kutatásban e tudomány elveit és módszereit hivatásszerűen (foglalkozásszerűen) alkalmazza.

1.2. Csak olyan tevékenységet végezhet, amelynek szakszerű ellátására megfelelő képzettséggel rendelkezik, és arra jogszabály feljogosítja. A szakma bármely területén és bármilyen jogviszonyban fejti ki tevékenységét, a SZEK előírásait magára nézve kötelezőnek tekinti.

2. ELKÖTELEZETTSÉG ÉS FELELŐSSÉG

2.1. A pszichológus szakmai kompetenciájának keretein belül felelősséget vállal döntéseiért, az alkalmazott eljárásokért, módszerekért, azok várható kimeneteléért, valamint az egyént, csoportot, illetve társadalmat érintő szakmai beavatkozásokért. Minden szakmai tevékenységében a SZEK szerint jár el.

2.2. Tudatában van annak, hogy tevékenysége kihat a vele szakmai munkája során kapcsolatba kerülő személyek életére (személyiségének fejlődésére, életvitelére, társadalmi helyzetére). Szakmai felelősséggel tartozik tehát mind a személy, mind a társadalom érdekeinek megóvásáért. Minden tevékenységében tiszteletben tartja a személynek az Alkotmányban, illetve a különböző jogszabályokban biztosított jogait.

2.3. Tevékenységét legjobb tudása és meggyőződése szerint, a törvényes keretek között, a SZEK előírásainak betartásával végzi. Alkalmazója vagy megbízója utasításainak, felkérésének e kötelezettségek betartásával tesz eleget.

3. A SZAKSZERŰSÉG KÖVETELMÉNYEI (SZAKMAI KOMPETENCIA)

3.1. A pszichológus szakmai és oktatási tevékenysége során mindenkor arra törekszik, hogy a legkorszerűbb szakmai eljárásokat alkalmazza és alkalmaztassa. A tudomány fejlődése által nyújtott lehetőségek maximális érvényesítése érdekében lépést tart tudományának (szakágának) eredményeivel, és igyekszik elősegíteni annak fejlődését.

3.2. Azokon a területeken, amelyeken az érvényben lévő jogszabályok alapján szakpszichológusi képesítés szerezhető, az ilyen képesítéssel még nem rendelkező okleveles pszichológus törekszik a szakképesítés mielőbbi megszerzésére. Addig, - lehetőség szerint - egy szakképesítéssel rendelkező kolléga segítségét veszi igénybe.

3.3. Szakmai vagy oktatási tevékenységei során tudatában van a szaktudása által nyújtott lehetőségekkel és korlátokkal. Csak olyan feladatok teljesítésére vállalkozik, amelyek kompetenciája határain belül vannak, és amelyeket tanulmányaira, szakmai tapasztalataira, vizsgálataira és konzultációira alapozhat. Ellenkező esetben szupervíziót kér, vagy a megbízást másnak adja át. Nem vállal el olyan feladatot, amely számára összeférhetlenségi helyzetet teremt, vagy amelyben tevékenységét visszaélásszerűen használhatják fel.

3.4. Amennyiben olyan feladat elvállalását tervezi, amely a populációt, szakterületet, az eljárást illetően a számára új, úgy megfelelő képzésben, tréningen vesz részt, szakmai szupervíziót, konzultációt kér, vagy kutatást folytat.

3.5. Tartózkodik egy tevékenység vagy megbízatás elvállalásától, ha tudja vagy tudnia kellene, hogy a személyes korlátai, problémái nagy valószínűséggel megakadályozhatják a feladat szakszerű módon történő elvégzését. Amennyiben ilyen helyzet áll elő, megteszi a megfelelő lépéseket. Ilyen lehet, pl. szakmai konzultáció kérése, melynek során tisztázható, hogy korlátoznia, felfüggesztenie, vagy befejeznie kell-e az adott tevékenységet.

3.6. A pszichológián belüli különböző irányzatokkal szemben toleráns, a sajátjától eltérő irányzatok jogosultságát tiszteletben tartja. Kliensi viszonylatban nem nyilvánít értékítéletet más irányzatokra vonatkozóan.

3.7. Kollégáival egymás munkáját kölcsönösen segítők, jó viszony kialakítására törekszik. Mint vezető gondot fordít munkatársainak (pszichológusok, gyakornokok, laboránsok stb.) szakmai fejlődésére és fejlesztésére. Különösen megtisztelő feladatnak tekinti a pszichológushallgatók és a pályakezdő kollégák maximális segítségét.

3.8. Feladatának lehető legjobb megoldása érdekében a saját és a rokon szakterületek szakembereivel való együttműködésre törekszik. Együttműködést kezdeményez olyan esetekben, amelyekben saját tudományos vagy szakmai illetékességének korlátozottságát felismeri.

3.9. Orvosi kezelés alatt álló személyek esetében, akiknél a pszichológus bármilyen irányú tevékenysége az orvosi terápiára hatással lehet, vagy az orvosi terápia befolyásolhatja a pszichológusi tevékenységet, csak a kezelőorvossal konzultálva jár el.

3.10. Igyekszik elérni, hogy munkafeltételei lehetővé tegyék a szakszerű szakmai tevékenység követelményeinek maradéktalan teljesítését. Elégtelen munkafeltételek között nem kockáztatja iatrogén ártalom keletkezését.

3.11. Módszereinek, eljárásainak megválasztásában érvényesíti szakmai autonómiáját. Ezekre vonatkozóan csak attól fogad el utasítást, aki szakmai irányítására jogosult. Kétes vagy vitás esetekben azonban – a megfelelő állásfoglalás kialakítása érdekében – illetékes szakemberekkel konzultál és azok észrevételeit, ajánlásait tárgyilagosan megfontolja.

3.12. Diagnosztikai és terápiás eljárásai megválasztásakor gondot fordít azok megbízhatóságára. Csak olyan módszereket alkalmaz, amelyeket szakszerű képzés során elsajátított. A hazai gyakorlatban új eljárások alkalmazásával nyert eredményeket fokozott gondossággal értékeli, és véleménye megalkotásában számításba veheti. Kizárólag új eljárásokra azonban sem diagnosztikus, sem terápiás munkát nem alapoz.

3.13. Munkaterületén - szükség esetén - meghatározza a pszichológusi oklevél nélkül is ellátható pszichológiai tevékenységek körét. A feladatok kiosztásánál ügyel arra, hogy

(a) az illető ne legyen többszörös kapcsolatban a vizsgált személlyel,

(b) csak azokat a feladatokat ruházza át, amelyekről meggyőződött, hogy az illető önállóan vagy felügyelettel meg tudja oldani. A személyes vizsgálatokban, ill. az adatok feldolgozásában való asszisztensi közreműködésért, valamint az asszisztens munkájának szupervíziójáért őt terheli a szakmai felelősség.

3.14. Pszichológiai eljárásokat (tesztet, vizsgálati, terápiás és egyéb intervenciós eszközt) nem juttat nem pszichológus birtokába. Pszichológusi végzettséghez kötött módszerek használatára nem képez ki arra illetékteleneket, és pszichológus-képzésen kívül nem tanítja meg pszichológiai tesztek használatát. Ügyel arra, hogy a pszichológiai vizsgálatokat és/vagy beavatkozásokat illetéktelenek ne végezzenek. Ha ilyen eset a tudomására jut, megkísérel személyes ráhatás formájában ennek megszüntetését, amennyiben próbálkozása sikertelen, a tény az Etikai Bizottság tudomására hozza.

4. A KLIENSSEL VALÓ KAPCSOLAT

4.1. A pszichológus kliensei mindazok a személyek, szervezetek, intézmények, akikkel egyéni, illetve csoporthelyzetben vizsgálat, tanácsadás, kezelés vagy pszichológiai gondozás keretében kapcsolatba lép.

4.2. Bármely kliensi viszonylatban maximálisan tekintettel van kliense(i) emberi méltóságára és érdekeire. Tartózkodik minden olyan megnyilvánulástól, tevékenységtől, illetve kifejezés használatától, amely sértheti a személy méltóságát, vagy negatív diszkriminációt alkalmaz életkor, nem, nemi azonosság, szexuális irányultság, etnikum, kultúra, nemzetiség, vallás, fogyatékoság, gazdasági-szociális helyzet, vagy egyéb, a törvény által tiltott ok alapján.

4.3. A kettős kapcsolat elkerülése érdekében, nem létesít pszichológiai kliensi kapcsolatot

(a) családtaggal, rokonnal, barátal, közvetlen munkatárssal, illetve olyan személlyel, akivel valamilyen más szoros kapcsolatban is áll,

(b) olyan személlyel, aki egy másik kliensével szoros kapcsolatban van. Az olyan kettős kapcsolat, amelyik joggal várhatóan nem okozza a szolgáltatás romlását vagy a kliens kihasználását, vagy sérelmét, nem tekinthető etikátlannak.

4.4. Amennyiben a kliensi/terápiás kapcsolat során olyan viszony alakul ki a felek között (baráti, érzelmi stb.) amely a kívánatos szakmai munkát veszélyezteti, lezárja a munkát, indokolt esetben szupervíziót kér, és különösen ügyel arra, hogy a másik fél kliensi/terápiás érdekei ne sérüljenek.

4.5. A klienssel való kapcsolatát nem használja fel semmiféle előny megszerzésére. Az együttműködés keretében kliensével a munka kereteinek pontos definiálására törekszik. Magántevékenységében a klienssel való kapcsolat elején, a munkakeretek meghatározásának részeként tisztázza a szolgáltatás anyagi ellenértékét is. A klienssel való kapcsolatot szóbeli vagy írásbeli szerződésben rögzítik a felek, amelyben a teljesítési és az esetleges díjazási feltételeket is rögzítik.

4.6. Olyan pszichológiai tevékenységek, mint, pl. diagnosztizálás, terápia, szakvélemény készítés, csak a klienssel való személyes vizsgálatban szerzett eredmények alapján végezhetők. Kivételt képez a telefonon és/vagy az interneten nyújtott lelki elsősegély, krízisintervenció, konzultáció, vagy a hatósági felülvélemény, amely készíthető mások előzetes szakvéleményére alapozva, de ilyen esetben fel kell tüntetni, hogy a szakvélemény milyen korábbi, személyes vizsgálatok alapján készült.

4.7. Az internetes szolgáltatás esetében ellenőrizhetővé teszi jogosultságát (hivatalos végzettségét, szakképzettségét) a szolgáltatás nyújtására, és tájékoztatja a klienst az adott médium biztonsági kockázatairól. A különböző médiákon keresztül kialakított kliensi kapcsolat során is betartja a SzEk előírásait.

4.8. A vizsgált személyek állításainak, közléseinek valóságtartalmáról vagy bizonyíthatóságáról nem köteles személyesen meggyőződni. Ha erre szükség van, akkor az őt alkalmazó (megbízó) intézmény ügyviteli szabályai szerint javasolhatja további szakvizsgálat végzését.

4.9. A személyes vizsgálatok megkezdése előtt tájékoztatja a klienst saját titoktartási kötelezettségéről és - indokolt esetben - arról is, hogy a pszichológiai véleményt kinek köteles átadni. (Lásd még SzEK 5. fejezet!) Tájékoztatja klienseit (a kiskorúakat is) azok kora, iskolázottsága, pszichés állapota stb. szerint a foglalkozások céljáról, eredményéről, esetleges következményeiről, valamint arról, hogy megtagadhatják-e a foglalkozásokon való részvételt, illetve a részvétel megtagadásának milyen várható következményei lesznek.

4.10. Amennyiben a személyi vizsgálatoknál kép- vagy hangfelvétel, vagy detektívtükör alkalmazása válik szükségessé, ehhez előzetesen a kliens (vagy az érte törvényesen felelős személy) írásos beleegyezését kéri, és gondoskodik arról, hogy a vizsgálati személy viselkedését illetéktelenek ne figyelhessék meg.

4.11. Amennyiben a pszichológiai szolgáltatás törvényileg vagy egyéb módon előírt, előzetesen tájékoztatja az egyént a várható szolgáltatásról, annak jellegéről, és a titoktartás határainról.

4.12. A vizsgálat eredményéről és az arról készülő írásos dokumentumról a vizsgált személyt, illetve korlátozottan cselekvőképes egyén vagy gyermek esetén a törvényes képviselőt vagy szülőt, az állapotának megfelelően, számára félre nem érthető módon tájékoztatja. Munkája során szerzett tapasztalatait, összegző megállapításait érthető módon adja át a megbízónak vagy a vizsgálati személynek. A jegyzőkönyvekbe betekintést csak megfelelően képzett pszichológus kollega tehet. A klienst vagy egyéb megbízót összegző véleményben tájékoztatja.

4.13. A kliensnek joga van ahhoz, hogy vizsgálata és ellátása során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, illetve azok, akiknek a jelenlétéhez maga is hozzájárul.

5. TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG

5.1. A pszichológust titoktartási kötelezettség terheli minden - a kliens ellátása során tudomására jutott pszichológiai és személyes adatai vonatkozásában, amelyek a pszichológusi titokkörbe tartoznak. Ezeket az adatokat csak az arra jogosulttal közölheti, és köteles azokat bizalmasan kezelni. A titoktartási kötelezettsége a klienssel való kapcsolatának lezárása után is fennáll.

5.1.1. A pszichológusi titok körébe tartozik minden, a szakmai tevékenysége során tudomására jutott pszichológiai és személyazonosító adat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett kezelésre vonatkozó, valamint a kezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat, függetlenül attól, hogy az írásbeli, vagy szóbeli közléssel, vagy bármely pszichológiai vizsgálat során ismert meg.

5.1.2. Pszichológiai adat különösen: az érintett értelmi és lelki állapotára, viselkedésmódjára, örökbefogadó szülői, nevelőszülői, gyámi, gondnoki feladatok ellátására, illetve e feladatok ellátására való alkalmasság kizárására, pályaalkalmasságára, illetve a pályaalkalmasság kizárására, kóros szenvedélyére vonatkozó, illetve észlelt, vizsgált, mért, leképezett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. családi környezet, foglalkozás.)

5.1.3. Személyazonosító adat: a családi és utónév, leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, a társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám) együttesen vagy ezek közül bármelyik, amennyiben alkalmas vagy alkalmas lehet az érintett azonosítására.

5.1.4. A vizsgálati és terápiás dokumentációk megőrzése, illetve megsemmisítése tekintetében a pszichológus a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvényben foglaltak szerint jár el.

5.2. A pszichológus a pszichológiai adatok felvétele és kezelése során az alábbi követelményeknek is megfelel:

- Az adatfelvételnek és az adatok kezelésének mindenkor tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.
- Az adatoknak pontosaknak, teljeseeknek, és ha szükséges, időszerűeknek kell lenniük.
- Tárolásuk módjának alkalmas kell lenni arra, hogy az érintettet csak a tárolás céljához szükséges ideig lehessen azonosítani.

5.3. Tiszteletben tartja a kliens azon igényét, hogy a pszichológiai vizsgálat várható kimeneteléről, eredményéről kiknek adható felvilágosítás, illetve, hogy a kliens kiket zár ki pszichológiai adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.

5.4. Az érintett kliens pszichológiai adatait a kliens hozzájárulása hiányában is közölni kell, amennyiben ezt

- a) törvény elrendeli, illetve
- b) mások védelme szükségessé teszi.

5.5. A kliens gondozását végző személlyel az érintett kliens hozzájárulása nélkül is közölni lehet azokat a pszichológiai adatokat, amelyek ismeretének hiánya a kliens pszichés állapotát hátrányosan befolyásolja. Ezen belül megoszthatja a szülővel a rábízott titkot, amennyiben a gyermeknek ebből nem származik kára. Ha azonban a pszichológus úgy ítéli meg, hogy a gyermek érdekét súlyosan sértheti a tudomására jutott bizalmas információ kiadása, továbbra is köteles megőrizni azt.

5.6. A kliens felé biztosítja, hogy vizsgálata és ellátása során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, illetve azok, akiknek jelenlétéhez a kliens hozzájárult. A titoktartás kötelezettség terheli a kliens vizsgálata és ellátása során jelenlévő és az ellátásban résztvevő személyeket is. Köteles e személyek figyelmét titoktartási kötelezettségükre felhívni, és őket a titoktartási kötelezettség tartalmáról tájékoztatni.

5.7. Azokkal a személyekkel (vagy legális képviselőikkel) vagy szervezetekkel, amelyekkel szakmai vagy tudományos kapcsolatba kerül, - lehetőség szerint előzetesen, illetve amint új körülmények merülnek fel, - megtárgyalja

- (a) a titoktartás megfelelő határait, mértékét,
- (b) a kapcsolat során nyert információk előrelátható felhasználását. Megőrzi az őt alkalmazó, illetve megbízó szervezet szolgálati titkait is.

5.8. A különböző elektronikus médiákban szolgáltatást, információt nyújtó pszichológus felhívja a kliensei/ügyfelei figyelmét azokra a kockázatokra, amelyek a bizalmas adatokat és a titoktartást érinthetik.

5.9. Ügyel arra, hogy publikációiban, beszámolóiban, előadásaiban, oktatási tevékenysége vagy a médiában tett nyilatkozatai során, - az érintettek előzetes beleegyezése vagy törvényi felhatalmazás nélkül -, a szakmai titoktartás kötelezettsége alá eső információk ne jussanak illetéktelen személy tudomására. Gondoskodik arról,

hogy a személyre, szervezetre, illetőleg a körülményekre vonatkozó adatokat úgy elfedje, hogy azok alapján az érintettek ne legyenek felismerhetők.

Irodalomjegyzék

- Argelander, H: Az első pszichoterápiás interjú. SpringMed Kiadó, Budapest, 2006.
- Beck, A. T.: Interjú szuicid veszély esetén. In: Beck és mtsai: A depresszió kognitív terápiája. Animula, Budapest, 181-194.
- Beck, A. T.: Az első interjú. In: Beck A. T., Rush A. J., Show, B. F., Gary, E.: A depresszió kognitív terápiája. Animula, Budapest, 76-89.
- Buda Béla: Szempontok az első interjú készítéséhez In: Pszichodiagnosztikai Vademecum, Szerk.: Szakács F. Tankönyvkiadó, Budapest. 1988. 69-72.
- Campbell, D., Draper, R., Huffington, C. : Helyesebben a milánói módszer elméletéről és gyakorlatáról. Családterápiás olvasókönyv sorozat VII. Animula Kiadó, Budapest, 2004.
- Családterápiás olvasókönyv sorozat kötetei. Animula Egyesület, Budapest
- Groth-Marnat, G: The Assessing Interview. In: Handbook of Psychological Assessment. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.2003, p. 69-102.
- Insoo Kim Berg: Konzultáció sokproblémás családokkal. Animula, Budapest, 2007.
- Koltai Mária (szerk): Család – pszichiátria – terápia, Medicina, Budapest, 2003.
- Kopp Mária, Fóris Nóra: A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken, Budapest, 1995.
- MacKinnon, R.A., Michels, R., Buckley, P.J. Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban (3. kiad.). Oriold és társai Kft., Budapest, 2016.
- Malan, D. H: Rövid dinamikus pszichoterápia, Budapest, 1992.
- McLeod, John: An introduction to counselling (3rd ed.) Open University Press, 2003.
- Mérei Ferenc, Szakács Ferenc: Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek. Medicina, Budapest, 1995.
- Morrison, James: The first interview. The Guilford Press, 2008.
- OPD Munkaközösség: Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2. A diagnosztika és a terápiavezetés kézikönyve. Oriold és Társai Kft. 2007.
- Perczel Forintos Dóra, Kiss Zsófia, Csigó Katalin: Pszichológiai vizsgálatok. In: Füredi János, Németh Attila (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina, 2015. 145-156.
- Perczel Forintos Dóra: A pszichoterápiás első interjú általános szempontjai. In: Mórotz Kenéz, Perczel Forintos Dóra: Kognitív viselkedésterápia, Medicina, Budapest, 2005, 217-236 o.
- Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe. Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete, Budapest, 2004. május 15.
- Pszichoterápiás Tanács Szövetség: Pszichoterapeuták Etikai Kódexe, 2014. április 17.
- Ratkóczi Éva: Az első interjú In: Pszichoterápia Propedeutika 3. VIKOTE Könyvek Budapest, 2001. 22-62.
- Rogers, C. R.: A terápiás kapcsolat. A jelenlegi elméletek és kutatások. In: Buda B. (Szerk.) Pszichoterápia. Gondolat K. Budapest. 1981. 181-196. old.
- Rogers, C.E.: A személyiség és viselkedés elmélete. In: Személyiséglélektani szöveggyűjtemény (szerk.: Szakács Ferenc és Kulcsár Zsuzsa) Tankönyv. Kiadó Budapest, 1980. 369-404. oldal
- Salkovskis, P. M.: A kognitív terápia térhódítása. Animula, Budapest, 2000
- Segal, D. L., Hersen, M. (eds.): Diagnostic Interviewing. Springer, 2010.
- Sherman, R., Fredman, N.: Strukturális technikák a pár- és családterápiában. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1989.
- Szakács Ferenc: Pszichodiagnosztikai első interjú. Klinikai pszichológiai szakképzés előadásvázlata
- Tringer László: A gyógyító beszélgetés. Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület. Budapest, 1991
- Tringer László, Mórotz Kenéz: Klinikai viselkedésterápiák, Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1985. 27-57.o.
- Trull, T. J., Phares, E. J.: Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan, hivatás. Osiris, Budapest, 2004. 6. fejezet: A felmérő interjú.
- Vajda Miklós: a depresszió kognitív-viselkedésterápiája. Végeken Alapítvány, Budapest, 1991.