

# Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZEREKEN ALAPULÓ GYAKORLAT  
SZAKMAI FOLYÓIRATA

Megjelenik negyedévente

35. évfolyam 1. szám

2026. február

## TARTALOM

<b>A szerkesztők előszava</b>	3
<i>Barna Mária, Tiringer István</i>	
<b>TANULMÁNYOK</b>	
<b>Módszertani tanulmány</b>	
<i>Esperger Zsófia, Kovács Péter: A pszichologizáló szubjektív betegségelméletek szerepe az onkológiai betegséggel érintett páciensek pszichés ellátásában II. rész – Gyakorlat</i>	5
<b>Elméleti tanulmány</b>	
<i>Lajtai László: A Dunning-Kruger hatás a pszichoterápiában és a pszichoterápia mai magyarországi helyzete</i>	17
<b>Történeti tanulmány</b>	
<i>Sifter Éva: Néhány szempont a pszichológus-pszichoterapeuta-képzési út jelenlegi hazai rendszerének felülvizsgálatához</i>	24
<b>MŰHELY</b>	
<b>Műhelytanulmány</b>	
<i>Somlai Judit: Terápia támadás alatt</i>	32
Hozzászólók: <i>Hárdi Lilla ♦ Tarafás Laura ♦ Somlai Judit</i>	
<b>Hozzászólás</b>	
Hozzászólások Szondy Máté, Magyary Ágnes, Mészáros Noémi, Zsila Ágnes: Mesterséges intelligencia a pszichoterápiában című műhelytanulmányához – <i>Blümel Ferenc ♦ Bokor László ♦ Szondy Máté, Magyary Ágnes, Mészáros Noémi, Zsila Ágnes</i>	44
<b>SZAKMAI KÖZÉLET</b>	
<b>Szakmai állásfoglalás</b>	
A gyermek- és ifjúsági pszichoterápiás képzés lehetőségei – <i>Cseh Júlia, John Balázs, Kakuszi Szilvia, Kovács Tamás, Kövesdi Andrea, Mailáth Nóra, Németh Laura, Osváth Anikó, Papp Ildikó, Szilágyi Nóra, Tényiné Csábi Györgyi, Tóth Beáta</i>	52
<b>Viták</b>	
Minőségbiztosítás és szupervízió – Záró gondolatok: <i>Kútvölgyi Andrea, Mailáth Nóra és Nagy Ágnes</i>	60
<b>Útravaló – A jövő pszichoterapeutáinak</b>	
Szakpszichológus-képzések – <i>Demetrovics Hanna, Kakuk Zita</i>	62
<b>Etikai rovat</b>	
A terápiás gyakorlat etikai kérdései 49.: <i>Farkas Kinga ♦ Fazekas Ágnes ♦ Imre Adrienn</i>	66
<b>In memoriam</b>	
<i>Varga S. Katalin</i> megemlékezése <i>Benczúr Lilláról</i>	70
<b>Beszámolók</b>	
A Pszichoterápiás Tanács Szövetség küldöttgyűlésének összefoglalója	72
Konferenciák – <i>Barna Mária ♦ Biró Gergely ♦ Kelemen Gábor ♦ Németh Noémi</i>	74
Könyvismertetés – <i>Dufla Ferenc</i>	78
<b>Szakkönyv- és folyóiratlista</b>	80
<b>Szakmai programok</b>	87
<b>Szerkesztőségi közlemények</b>	91

# Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZEREKEN ALAPULÓ GYAKORLAT SZAKMAI FOLYÓIRATA

Megjelenik negyedévente

35. évfolyam 1. szám

2026. február

## Szerkesztőség

*Főszerkesztő:*

Pál Krisztina (palk@pszichoterapia.hu)

*Főszerkesztő-helyettes:*

Benkő Henrietta (benko.henrietta@pszichoterapia.hu)

*Szerkesztők:*

Barna Mária Éva (barna.maria@pszichoterapia.hu)

Kepics Zsanett (kepicszsannett@pszichoterapia.hu)

Tiringer István (tiringer@pszichoterapia.hu)

Valkó Lili (valko@pszichoterapia.hu)

Vattay Dániel (vattaydaniel@pszichoterapia.hu)

*Szerkesztőségi gyakornokok:*

Csűrös Judit (csurj@pszichoterapia.hu)

Németh Noémi (kramn@pszichoterapia.hu)

## Szerkesztőbizottság

Albert-Lőrincz Enikő, Bitter István, Demetrovics Zsolt, Füredi János, Harmatta János,  
Hámori Eszter, Koltai Mária, Kökény Veronika, Péley Bernadette, Szőnyi Gábor,  
Szvatkó Anna, Túry Ferenc

**Minden cikk lektorált © MentalPort Kft.**

**Indexálás:** psycINFO (American Psychological Association)

## Terjesztés és előfizetés

Előfizetési díj a 2026. évre:

Éves előfizetési díj, nyomtatott verzió: 29.650 Ft

Éves előfizetési díj, online verzió: 25.500 Ft

Éves előfizetési díj, online és nyomtatott verzió: 34.500 Ft

Egy példány ára (csak nyomtatott változat elérhető): 9.700 Ft

Teljesíthető csekken vagy átutalással.

Átutalás esetén az előfizetési díjat a következő számlára kérjük:

MentalPort/Pszichoterápia, CIB Bank

10700440-25769504-51100005

Egyetemistáknak, képzésben lévőknek 2003-2012 évfolyamokból rendelkezésre álló példányokból ingyen mutatópéldányokat biztosítunk.

Terjesztési ügyekben felvilágosítás: Pach Judit titkár

szerkesztoseg@pszichoterapia.hu, tel.: +36 1 789-8054 (hétfő-csütörtök: 9-13h)

2003-tól megjelent lapszámok utánvéttel megrendelhetők a szerkesztőség címén.

## Szerkesztőség

MentalPort Kft. tel/fax +36 1 789-8054

1389 Budapest, Pf.:118.

szerkesztoseg@pszichoterapia.hu, www.mentalport.hu

## Kiadja:

MentalPort Kft.

mentalport@mentalport.hu, www.pszichoterapia.hu

*Felelős kiadó:* Bokor László ügyvezető igazgató

## Nyomda:

Printműhely

3526 Miskolc, Blaskovics László u. 5.

*E szám felelős szerkesztői:* Csűrös Judit, Pál Krisztina

*Nyelvi lektor:* Rab László

Megjelenik a Pszichoterápiás Tanács Szövetség szakmai támogatásával

Lapalapító: Buda Béla

ISSN: 1216-6170

## A SZERKESZTŐK ELŐSZAVA

Téli lapszámunkat a nagy havazások közepette állítottuk össze. Talán sokunknak szokatlan így a tél; van, akit megnyugtat, másoknak inkább szorongató a dermedtség. A folyóirat háza táján jelentős változásokon mentünk keresztül. Ahogy már előző lapszámunkban hírt adtunk róla, három fontos szerkesztőségi taggal lettünk kevesebben, bár máris érezzük, hogy *Valkó Lili*, *Benkő Heni* és *Vattay Dani* sok szempontból velünk maradnak, és tovább támogatják ötleteikkel, írásaikkal a lapot és a szerkesztői stábot. Két gyakornokunk, *Németh Noémi* és *Csűrös Judit*, valamint két egyetemista gyakornokunk, *Kakuk Zita* és *Demetrovics Hanna* a stábbeli változások és a konferenciaszervezés feladatainak sűrűsödése miatt talán minden eddigi új csatlakozónál gyorsabban kell, hogy megérjenek a szerkesztőségi feladatokhoz, de sikerrel veszik a kanyarokat – a mostani lapszámban is olvasható *Zita* és *Hanna* írása, az *Útravaló – a jövő pszichoterapeutáinak*. Bízunk benne, hogy munkájuk közelebb hozza a lapot az egyetemista korosztályhoz is.

Lapszámunk Tanulmányok részében közöljük *Esperger Zsófia* és *Kovács Péter* onkopszichológiai tanulmányának második felét. Előző számunkban a szerzők a szubjektív betegségelméletek jelentőségét igen sokoldalúan elméletileg járták körül. A folytatásban konkrét esetekkel érzékeltetik, hogy pszichodinamikus megközelítésben hogyan tárható fel – és válik terápiásan integrálhatóvá – a pszichologizáló betegségelméletek személyes funkciója. A tanulmány meggyőzően mutatja, mi lehet a pszichodinamikus megközelítés hozzáadott értéke a pszichoönkológiában napjainkban domináns kognitív-viselkedésterápiás munkamóddhoz képest.

*Lajtai László* tanulmánya a szakmai önértékelés torzulásának hatásait vizsgálja a pszichológiai segítő munkában. A téma hosszú ideje aktuális a hazai pszichológiai ellátás valóságában, amivel kapcsolatban sokféle panaszt lehet hallani. A tanulmány értéke részben abban áll, hogy kiemeli a konstruktív visszajelzések alapvető szerepét, s annak fontosságát, hogy azt szisztematikusan alkalmazzuk a szakmai pálya minden időszakában – de különösen a kezdetén.

*Sifter Éva* tanulmánya kapcsolódik a hazai pszichológus-pszichoterapeuta képzés kérdéseire, és a jelenlegi helyzetet vizsgálja felül, azzal érvelve, hogy érdemes figyelemmel követni az olyan tág perspektíváját, általános felsőoktatási innovációkat, amelyekben a tudásháló gyakorlatias fókusz köré

épített, transzdiszciplináris, jól körülhatárolt elemekből épülő szerveződést jelent.

A Műhely rész anyagai szorosan kapcsolódnak 18. konferenciánk programjaihoz, és remélhetőleg megtermékenyítően hatnak a soron következő jubileumi konferenciára is. Először *Somlai Judit* lassan két éve elhangzott, megrázó esetbemutatóját olvashatják, amely az izraeli pszichiátriai és pszichoterápiás munka és krízisintervenció komplexitását mutatja be az október 7-i terrortámadást követően és az utána kirobbant háború alatt. A háborús menekültekkel és kínzástúlélőkkel való munka magyar és írországi praxisán alapuló tapasztalataikkal, reflexióikkal *Hárdi Lilla* és *Tarafás Laura* reagálnak, majd *Somlai Judit* záró hozzászólása olvasható.

Lezárul a mesterséges intelligencia (MI) szerepével kapcsolatos, négy lapszámon átívelő vitánk. A mostani két hozzászólás *Blümel Ferenc* és *Bokor László* részéről érzékletesen mutatja, hogy az MI forradalma a „régebb óta fiatal” szakmai generáció tagjait is mélyen foglalkoztatja. Végül pedig a vitát indító tanulmány szerzői, *Szondy Máté*, *Magyary Ágnes*, *Mészáros Noémi* és *Zsila Ágnes* foglalják össze annak tapasztalatait.

A Szakmai közélet részben több fontos kezdeményezésről olvashatunk. A gyermek- és ifjúsági pszichoterápiás szakképzés hazai kialakításának lehetőségeit vizsgálja egy egész, a hazai klinikai gyakorlat és képzés számos kulcsintézményében tevékenykedő szerzőcsoport által jegyzett írás. Sokat gondolkodtunk azon, hogy az egyértelműen tanulmány mélységű, átfogó írást melyik rovatunkban közöljük, és végül azért döntöttünk a Szakmai közélet mellett, mert ingyenes online hozzáférhetősége miatt talán így jut el az írás a szakma legtöbb tagjához, márpedig ez szakmapolitikai állásfoglalás is egyben, amelynek fő felvetéseit szerkesztőségünk is támogatja.

Lezárul a Minőségbiztosítás és szupervízió vita is az elindító kollégák (*Kútvolgyi Andrea*, *Mailáth Nóra* és *Nagy Ágnes*) visszatekintő, értékelő gondolataival, továbblépésre vonatkozó javaslataival. Etikai rovatunk most új szakmai kihívással, a felnőttkori autizmus spektrumzavar kezeléséhez kapcsolódó etikai dilemmákkal foglalkozik szakavatott elemzők közreműködésével.

*Varga S. Katalin* szép, *Benczúr Lillát* búcsúztató írását olvashatjuk még ebben a rovatban. Tudósítunk a Pszichoterápiás Tanács Szövetség legutóbbi küldöttgyűléséről is. XX. konferenciánkkal (*Kái-*

*nok és Ábelek – Harc és szövetség a szakmában és a terápiában*) kapcsolatos felhívásunkkal pedig arra buzdítjuk olvasóinkat, hogy merüljenek el ideai témáinkban, miközben megkezdjük a beérkezett absztraktok értékelését és a konferencia szervezését.

Reméljük, e lapszám színes tartalma is segít majd inspirálódni, elmélyülni mindenkinek azokban a témákban, amelyekhez a legközelebb érzi magát. De arra is megpróbálunk lehetőséget teremteni, hogy bárki új vizekre evezzen.

*Barna Mária, Tiringer István*

## A PSZICHOLOGIZÁLÓ SZUBJEKTÍV BETEGSÉGELMÉLETEK SZEREPE AZ ONKOLÓGIAI BETEGSÉGGEL ÉRINTETT PÁCIENSEK PSZICHÉS ELLÁTÁSÁBAN II. RÉSZ – A GYAKORLAT

Esperger Zsófia, Kovács Péter

*Tanulmányunk az onkológiai betegséggel érintett páciensekkel folytatott pszichológiai munka egyik érzékeny rétegét, a pszichologizáló betegségelméletekhez fűződő viszonyulás dilemmáit vizsgálja pszichodinamikus szemléletben. Elemzésünk rávilágít arra a polarizálódó szakmai tendenciára, amelyben az egyik oldalon a pszichés oksággal való azonosulás, a másikon az ettől való intellektuális és érzelmi elhatárolódás jelenik meg, és amely mindkét irányban képes torzítani a tartalmazási funkció működését. Klinikailag hiteles, fiktív esetvignettákon keresztül emeljük ki az onkopszichológiai és szakpszichoterápiás ellátás érintkezési pontjain tapasztalt dilemmáinkat; majd egy valós eset segítségével állítjuk kontrasztba, hogy a tartalmazás jelentősége hogyan sűrűsödhet olykor egyetlen pillanatba – például a diagnózisközlés utáni krízisben –, máskor pedig hogyan bontakozhat ki években mérhető folyamatként, amikor a páciens büntudata, szégyene vagy regresszív igényei csak fokozatosan válnak elviselhetővé. Központi kérdésként tárgyaljuk, hogy a terapeuta hogyan őrizheti meg szakmai és etikai integritását abban a feszültségmezőben, amelyben egyszerre kell válaszolnia a páciens omnipotens fantáziáira, a multidiszciplináris team elvárásaira és saját szorongásaira. Kitekintésünkben a szociális genomika kurrens eredményei felől közelítünk: ezek a kutatások az etiológiai narratíváról a prognosztikai narratívára helyezik a hangsúlyt, vagyis a stressz nem a betegség okaként, hanem annak lefolyását módosító tényezőként értelmeződik. Ennek a paradigmaváltásnak a potenciális hatásait gondoljuk tovább a pszichoonkológia jövőjére nézve.*

*Kulcsszavak: pszichologizáló betegségelmélet – pszichoonkológia – pszichodinamikus szemlélet – tartalmazás – büntudat*

### BEVEZETÉS

Elméleti tanulmányunkban amellet érveltünk, hogy az onkológiai betegek pszichologizáló betegségelméleteihez való viszonyulás az onkológiai és pszichoterápiás szakemberek hatékony szakmai munkájának egyik próbaköve. Gondolatainkat azzal zártuk, hogy nem csak onkopszichológusként, de pszichiáterként, pszichoterapeutaként és a pszichés ellátás más területein dolgozva is könnyen válhatunk referenciaszeméllyé az onkológiai betegek számára. A pszichologizáló elemeket tartalmazó

betegségelméletekhez való viszonyulásunk alapvetően meghatározhatja a segítői kapcsolat alakulását: beszűkítheti vagy kinyithatja a terápiás teret, erősítheti vagy gyengítheti a terápiás szövetséget. Gyakorlati írásunkban először három fiktív, de klinikailag hiteles esetrészleten keresztül szeretnénk érzékeltetni, hogyan jelenhetnek meg saját viszonyulásunk dilemmái a szakpszichoterápiás és az onkopszichológiai ellátás érintkezési pontjain, majd egy hosszú terápiás folyamat ívének bemutatásával

nyújtunk betekintést saját onkopszichológiai gyakorlatunkba.

Különböző szakmai közegekben mozogva (onkológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás és onkopszichológiai ellátás), a tágabb értelemben vett pszichés ellátás területén polarizálódás irányába mutató tendenciát érzékelünk. Egyrészt találkozunk szakemberekkel, akik megítélésünk szerint bizonyos mértékben azonosulnak a rákbetegség pszichoszomatikus felfogásával. Ennek háttérében elsőként a legtágabb, társadalmi hatásokat említjük. Napjaink populáris pszichológiája a pszichologizálás irányába hat. Az önreflektivitás, önfejlesztés, az érzelmek – hangsúlyosan a harag megélése, kifejezése – társadalmi osztályokhoz kötődő morális értékekké is váltak. Ilyen megközelítésből a pszichologizálás a modern ember kollektív kísérletének is tekinthető arra, hogy a lelki nyelven keresztül tartsa fenn a jelentés, a felelősség és az önértelmezés lehetőségét a dezintegráció felé mutató társadalmi folyamatok között.

A szűkebb szakmai közeget érő hatások közül Bergner (2011) a pszichodinamikus szemléletű szakemberek esetében a pszichoanalitikus pszichoszomatikus elméletek internalizálását hangsúlyozza – amikor az elmélet olyannyira a szakember részévé válik, hogy attól nehéz elvonatkoztatnia akkor is, ha az adott elmélet nem érinti az onkológiai megbetegedéseket. Fontos megjegyezni ugyanakkor, hogy a korai pszichoanalitikus pszichoszomatikus elméletalkotók között megjelentek kimondottan a rákbetegség háttérében feltételezett pszichés okok is, úgymint a korai traumák feldolgozatlansága (Alexander 1951), vagy deficit alapú megközelítésben a szimbolizációs képesség nehezítettsége (Goldberg 1990).

A ránk hagyományozott elméletek hatásain túlmenően egyéni és kapcsolati szinten is működhetnek olyan erők, amelyek a pszichés okokkal való azonosulás irányába hatnak. A terapeuta saját egzisztenciális szorongása, a saját és a páciens tehetetlenségének átélése meghaladhatja tartalmazási kapacitását (Bion 1962). A terapeuta kollúzióba kerülhet a páciens hitével: a pszichés okok feltárása gyógyíthatja, megállíthatja a betegséget vagy megakadályozhatja annak kiújulását. Áttételi-viszontátvételi szinten pedig a terapeuta számára csábító lehet a kapcsolati helyzetben megélhető paternalista vagy hatalmi szerep, amit a páciens omnipotens fantáziájával ruházhat rá.

Ennek az azonosulásnak az ellenpontja a pszichologizáló elméletektől való intellektuális és érzelmi távolságtartás. Érdeemes megvizsgálunk, miért válthat ki a szakemberből elutasítást, akár elítélést

a páciens pszichologizáló magyarázata vagy a pszichés ellátásban dolgozó kolléga pszichoszomatikus elmélete.

A terapeuta a távolságtartással a „realitás örének” élheti meg magát. A lelki okokban való hitre tekinthet úgy, mint misztifikált magyarázatra, ami megsérti a tudományos ethoszt. Az irracionálístól való félelem ilyenkor nem kizárólag a gondolkodás védelmét szolgálhatja, hanem a szenvedés és büntüdat mélységével való azonosulás elhárítását is.

Megjelenhet a szakemberben a szakmai identitás fenyegetettsége. Amikor egy onkológiai páciens a betegségét pszichológiai oksággal magyarázza, a terapeuta tudatosan vagy tudattalanul is átélheti, hogy a beteg magyarázata „túl közel van” az ő saját szakmai nyelvéhez – csak szakmai kontextus nélkül használva azt. A pszichologizáló páciens a szakmai értelmezés előjogát fenyegetheti ilyenkor. Ha a pszichológia „mindenki nyelve”, akkor a szakember különállása megszűnik. Az elhatárolódás ezért a határ fenntartásának gesztusa is.

Végül az azonosulás elutasítása a saját, belső omnipotens fantázia elhárításaként is szolgálhat. Amikor a szakember saját mély hite az, hogy a lelki megértés gyógyít – és a páciens ugyanezt mondja laikus módon – a terapeuta saját hitének naiv tükörképével szembesül, és igyekezhet ezt a képet távol tartani.

Ahogy a fentiek alapján jól érzékelhető, nem kizárólag a pszichologizáló elméletek és azok funkciói hordoznak tudatos és tudattalan rétegeket, hanem a pszichés ellátást végző szakemberek viszonyulását is egyaránt mozgathatják tudatos és tudattalan erők. Bár az onkopszichológia területén hangsúlyosan jelennek meg a kognitív és egzisztenciális megközelítések (például Breitbart 2017), a jelen téma kibontásához a pszichodinamikus gondolkodás válhat hasznunkra, ezért tanulmányunkban ezt a szemléleti keretet fogjuk alkalmazni gyakorlati tapasztalataink bemutatása során.

Tanulmányunk célja kettős. Egyrészt fiktív esetvignettákon keresztül szeretnénk érzékeltetni, milyen változatos módokon érintkezhet a túlnyomóan állami onkopszichológiai és túlnyomóan magán szakpszichoterápiás ellátás. Ezen keresztül olyan tapasztalatokat szeretnénk átadni, amelyek a szakpszichoterápiás ellátásban dolgozók számára is értékes gyakorlati szempontokat adhatnak az onkológiai betegséggel érintett páciensekkel való munka során. Másrészt egy folyamatban lévő terápia részletein keresztül szeretnénk kiemelni a bioni értelemben vett konténer funkció (továbbiakban tartalmazás) jelentőségét a páciensek pszichologizáló

elméleteivel való munkánkban, és megjeleníteni azokat az etikai feszültségeket, amelyek terhelhetik tartalmazási kapacitásunkat.

Rai és Ross (2024) fenomenológiai kutatásukban brit pszichodinamikus szemléletű pszichoterapeuták (gyakorlati tapasztalat 2-20 év között, ellátott onkológiai betegséggel érintett páciensek száma 1-15 között) megéléseit elemzik. Az interjúk alapján kiemelkedő egyik fő téma az „egészen másfajta félelem”, amit az onkológiai páciensekkel való munka idéz elő. A „végső ismeretlen” és az „elbíráhatatlan szembesülés a halállal”, ami ezt a félelmet

mozgatja. Onkológiai ambulanciánkon nap mint nap szembesülünk ezekkel az érzésekkel. Ez a rendkívüli érzelmi nyomás késztet minket arra, hogy saját tehetetlen, félelemteli vagy büntudatos érzelmeinket felismerjük, elfogadóan közelítsünk hozzájuk, és akár terápiás erőforrásként tekintünk rájuk. Ebben segíti onkopszichológiai munkacsoportunkat a többek között Riskó Ágnes által ránk hagyományozott pszichoanalitikus szemlélet (Riskó 2021), és az ebben a szemléletben működő eset-szupervízió és személyzeti csoport, amelyek nélkül a jelen cikk sem íródhatott volna meg.

## ONKOPSZICHOLÓGIAI ÉS SZAKPSZICHOTERÁPIÁS ELLÁTÁS ÉRINTKEZÉSE

A következőkben gyakorlati tapasztalati elemeken felépülő, de alapvetően fiktív esetvignettákon keresztül szeretnénk érzékeltetni, milyen sokféle érintkezése, átfedése és egymásba ágyazottsága lehet a szakpszichoterápiás és onkopszichológiai ellátásnak: tulajdonképpen az onkológiai betegséggel érintett páciensek ellátása közös ügyünk. Az esetvignetták kapcsán továbbá kiemeljük azokat a témákat, amelyek a páciensek pszichologizáló elméletei köré szerveződhetnek ezeken az érintkezési pontokon: a rapport kialakításának, az erőforrások terápiás célú mozgósításának és az öndestruktivitás feltérképezésének a problémáit. A fiktív esetvignetták kialakításához szükséges terápiás anyag kizárólag pácienseink elmondásán alapszik, így azokat a szempontokat tudjuk általuk felmutatni, amelyek pácienseink megéléseiből kiemelkednek. Kerüljük a szakpszichoterápiás módszerek konkrét említését, hogy ne keltsünk olyan látszatot, mintha az egyik módszer könnyebben engedne a „szimbolizáció csábításának”, mint a másik (Bergner 2011), hiszen erre nincs valós rálátásunk. Továbbá célunk az, hogy szabadabban gondolkodhassunk az együttműködés lehetőségein, és könnyebben teremtsünk párbeszédet hasonló helyzetekben.

*Középkorú férfi szűrővizsgálaton való megjelenést követően szembesült daganatos betegségének diagnózisával. Ekkor már három éve tartott pszichoterápiája, amelynek kezdetén a házasságában jelentkező problémái gyökerét szerette volna megérteni. A terápia során sokat foglalkoztak édesanyjához fűződő ellentmondásos viszonyával is. Terapeutája a daganatos betegség felfedezését követően a feltárási pszichoterápia szüneteltetését javasolta, onkopszichológiai ambulanciánk felé irányította. A páciens megkereste ambulanciánkat, ezt megelőzően pedig*

*ismerőse ajánlására biorezonanciát végző alternatív szakemberhez is fordult, aki azt ígérte neki, hogy a testében mért rezgések alapján meghatározza a betegség lelki eredetét. Mindenféle előismeret nélkül a szakember az édesanyjával való kapcsolatát nevezte meg a betegség kialakulásának okaként. A páciens lesújtotta az eredmény. Elmondta, hosszan tartó pszichoterápiáját sikeresnek élte meg, házassága stabilizálódott, mindemellett édesanyjával való viszonya is sokat változott. A betegség megjelenése óta is az volt a tapasztalata, hogy az édesanyjával való kapcsolata pozitív irányba alakult, jelentős érzelmi támaszt kapott tőle. A biorezonancia-vizsgálat eredménye viszont összezavarta abban a tekintetben, valóban megoldódott-e mélyen húzódozó konfliktusa édesanyjával, vagy az továbbra is fennáll, és akár az életére is törhet. (Esetvignetta)*

A fentiekben vázolt példában nemcsak a pszichés energiák elvonása, hanem az erőforrások mozgósításának nehezítettsége is megjelenik a pszichologizáló elmélet hatására. Mivel a páciens alapvetően ellentmondásos érzéseket élt meg a pszichologizálás kapcsán (reményt a kontroll visszaszerzésére, és a jó tárgy elvesztésétől való félelmet); valamint jelentős pszichoterápiás tapasztalattal, és a pszichoterápia hatékonyságának élményével rendelkezik, feltételezhető, hogy a diagnózisközlést követő érzelmi krízis és a kivizsgálások idején, a kezelések megtervezését megelőző bizonytalanság erősítette fel mágikus gondolkodásra való szükségletét. Az alternatív medicina által felkínált pszichoszomatikus kontroll a páciens édesanyjával való kapcsolatában keltett zavart, erősített fel ambivalens érzéseket, nehezítette meg, hogy jó tárgynak élhesse meg őt – ezáltal jelentős erőforrástól eshet el a betegséggel való megküzdése során. Könnyen belátható, hogy

a páciens magánellátást nyújtó pszichoterapeutája adekvát módon mérte fel, hogy a pácienssel nincs lehetősége a feltáró munka folytatására – a páciens pszichés kapacitásai a diagnózissal való szembenézés és a további kivizsgálás során jelentkező bizonytalanság túrése kötik le.

Ugyanakkor a terápia szüneteltetése, onkopszichológushoz való irányítása már erősebb dilemmákat vethet fel. Az onkopszichológiai ellátás ajánlása a pszichologizáló elmélet háttérében húzódó büntudat és önvád tartalmazásának nehézségéből is adódhat. A büntudat és önvád ebben az esetben mind a páciensben, mind terapeutájában megjelenhet. Az irányítás kapcsán a páciens pszichologizáló fantáziái nem kerülhettek felszínre – ennek mentén átélhetett elutasítottságot és elhanyagoltságot. Akár ez is szerepet játszhatott abban, hogy olyan alternatív szakembert válasszon, aki hirdetett pszichoszomatikus gondolkodása alapján kevés eséllyel utasíthatja vissza.

Hasonló esetben érdemes a szakpszichoterapeutának konzultálnia az onkopszichológussal? Vagy az onkopszichológusnak a magánellátást végző szakemberrel? Esetleg az onkopszichológus irányítsa vissza a páciens pszichoterapeutájához? Saját gyakorlatunk alapján elérhetőek olyan pszichoedukatív, rehabilitációs célú rövid ellátási formák, amelyek a már folyamatban lévő szakpszichoterápiás ellátással összeférhetnek, azzal párhuzamosan is megvalósíthatók.

*Fiatal nő aktív onkológiai kezeléseinek lezárását követően két évvel közvetlenül kereste fel onkopszichológiai ambulanciánkat. Elmondta, hogy az elmúlt közel két évben magánrendelés keretei között járt pszichoterápiába. Abban a folyamatban a párhuzamos kapcsolati nehézségeinek háttérében meghúzóó okok megértésében kért segítséget. Ennek a folyamatnak a szüneteltetését kezdeményezte a közelmúltban, ezt követően kereste fel ambulanciánkat. Az első pár ülés alkalmával került felszínre: jelentős alhasi fájdalmat érez hónapok óta, erősen szorong az áttétképződés gondolatától. A megelőző pszichoterápiás munkától várta, hogy az a betegség esetleges kiújulásától megvédi, hogy később fájdalma megszűnik, ugyanakkor ezt a célját nem jelenítette meg pszichoterapeutája számára. Amikor fájdalma inkább erősödött, a terápiás folyamatot mondva csinált okokkal megszakította, szüneteltetését kérte. (Esetvignetta)*

Az aktív kezelések „védópajzsot” is jelenthetnek a páciensek számára, ennek következtében a kezelé-

sek lezárása olyan veszteséget jelenthet, ami ismételtelen érzelmi krízist provokálhat. Az újabb krízis során felerősödő mágikus gondolkodás és a betegség kiújulásának lehetőségével összekapcsolódó büntudat járulhatott hozzá a páciens pszichoterápiás motivációjának megfogalmazásához magánellátás keretei között, ami vélhetően rejtve maradt pszichoterapeutája előtt. Elképzelhető, hogy a páciensben sem tudatosult kezdetekben, vagy akár szándékosan tartotta azt rejtve, elkerülve ezzel az esetleges visszautasítást. Ezzel együtt a kiújulástól való mély szorongás és a potenciálisan sérülékeny testhez való viszony sem tudott megjelenni a terápiában. Ez a hasítás test és lélek között azt eredményezhette, hogy a páciens szüneteltette az ő szemszögéből lelki okokra irányuló terápiát, és korábbi terapeutája tudta nélkül kereste fel onkopszichológiai ellátásunkat, ahol fókuszba kerülhettek a testi panaszok és az azokhoz kapcsolódó szorongások – majd ezek enyhítését követően az orvosi kivizsgálások. Ez a hasítás nem csupán a szorongásoktól való védekezésként jelenik meg, hanem meghatározza azt is, hogyan tud a páciens kapcsolódni saját testi jelzéseihez.

Ebben az esetben a következő kérdések merülhetnek fel: felkeresse-e az onkopszichológus a magánellátásban dolgozó kollégát a páciens engedélyével? Vagy erősítse a páciens abban, hogy pszichologizáló elmélete tartalmazható, és a testhez való viszony integrálható pszichoterápiás ellátásába, és végtére is bízva a páciensre a pszichologizáló elmélet megmutatását?

*Onkológiai osztályon fekvő fiatal férfi onkopszichológiai ellátásba vételének szükségességét kezelőorvosa jelezte különösen megterhelő orvosi szituációban a páciensen észlelt markáns szorongásos jegyek miatt. A páciens agresszív onkológiai betegségét, mely nem okozott számára jelentősebb panaszokat, végstádiumban diagnosztizálták. Gyorsan romló szomatikus állapota ellehetetlenítette még a betegség lassítását célzó onkoterápia adását is. Osztályos kezelésének célja szomatikus állapotának javítása volt, hogy szervezete elbírja az onkoterápia hatásait. A páciens elmondta, több alternatív terápia mellett pszichológussal is elkezdett dolgozni magánellátás keretei között. Bár saját maga nem tudott azonosítani olyan traumát vagy életeseményt, amit betegsége kialakulásával összekötne, mégis szeretett volna adni ennek a megközelítésnek is egy esélyt, hogy betegsége megállíthatóvá, visszafordíthatóvá válhasson. Elmondása szerint pszichológusával egy feltételezhető korai traumát tártak fel, amely össze-*

*függésbe hozható a páciens onkológiai betegségével. Ennek a traumának a feldolgozásával teltek üléseik, amelyek során heves érzelmeket élt át, végigsírta az alkalmakat. Terapeutája osztályos kezelése alatt is látogatta a kórházban. Az osztályos körülmények között felajánlott onkopszichológiai támogatást a páciens elfogadta, amelynek célja a páciens testi, lelki panaszainak felmérése és az azokhoz igazodó egészségügyi ellátások megtalálása, az azokhoz való viszony feltérképezése volt. (Esetvignetta)*

A fenti esetvignetta alapján kitűnik: valószínűsíthetően nemcsak a páciens, hanem kezelőorvosa és pszichoterapeutája is rendkívül erős tehetetlenséget éltett át. A páciensben megjelenő mély érzelmi krízis, az abban felerősödő kontrolligény és mágikus gondolkodás részben adaptívnak tekinthető. A rapport kialakítása során szükséges ennek a pszichés szükségletnek a tartalmazása. Ugyanakkor az ezzel való azonosulás a szakember részéről ellehetetlenítheti, hogy a páciens jelenbeli, más típusú szükségletei felszínre kerülhessenek: milyen fájdalmakat és más testi változásokat, panaszokat élhet át, hogyan viszonyul a tüneti kezelésekhöz, fájdalomcsillapításhoz. A tüneti kezelésnek a témája már átvezethet a palliatív, hospice ellátáshoz való viszony feltérképezéséhez. Onkopszichológiai ellátásunkban szem előtt tartjuk nemcsak a páciensek döntéseinek, preferenciáinak megértését, de kezelőorvosaik megélését is, hiszen a palliatív, hospice ellátás ajánlása az orvos részéről is nehezített lehet a saját gyógyító tevékenységének ellehetlenülésétől, az abból fakadó gyakran átélt büntudatából kiindulóan. Így nem kizárólag a páciens, hanem az kezelőorvos pszichés szükségleteinek tartalmazása is szükségessé válhat. Mindezek alapján felmerülhet, hogy a pszichés okokkal azonosuló pszichoterápiás munka elvonhatja a páciens pszichés energiáit az aktuálisan előtte álló (életvégi) döntések meghozatalától.

#### A TARTALMAZÁS JELENTŐSÉGE ÉS KIHÍVÁSAI

A korábbi fejezetekből kitűnik, hogy mind a pszichologizálással való azonosulás, mind az ellenazonosulás ellehetetleníti, hogy a terapeuta a saját és a páciense fájdalmas, tehetetlen érzéseit tartalmazza. Ahogy Bion írásaiban megjelenik: a terápiás folyamat alapvetően közös, érzelmileg kockázatos és félelmetes vállalkozás; és egyben élő, meleg és intenzív folyamat is, amelyben először a terapeuta kell, hogy képessé váljon tolerálni a korábban ismeretlen saját fájdalmas érzéseit (Billow 2000). A terapeuta bátorsága és sebezhetősége, szembenézni

Dilemmaként felmerül, onkopszichológusként javasoljuk-e szakpszichoterápiás munka lezárását és az onkopszichológiai ellátás folytatását? Bevonhatjuk-e ebbe a döntésbe a magánellátást végző szakembert? Bízhatjuk-e a választást a páciensre?

Bár mindhárom bemutatott esetben a pszichologizáló elmélet belsővé vált, ennek mértéke és beágyazottsága mégis különbözött. Az eltérő szintű és mélységű beágyazottságokat figyelembe véve dönthet a szakember úgy, hogy a tartalmazás és realitásteresztelés között egyensúlyozva megerősíti a pszichologizáló magyarázatok adaptív aspektusait; helyezheti a fókuszot más témákra, vagy feltérképezheti a kapcsolódó szégyen, büntudat vagy más nehezen viselhető érzéseket.

Ha a páciens pszichologizáló magyarázatai és/vagy a hozzájuk kapcsolódó nehezen elbírható érzések tartalmazhatók válnak, akkor adódik lehetősége a terapeutának felismerni, megérteni és alakítani a páciensek esetleges öndesztuktív fantáziáit és elérhető erőforrásait.

A gyógyító onkológiai kezelésekké váló együttműködés sérülése a legsúlyosabb következménye a pszichologizáló elméleteknek. Egyben ezek a szituációk helyezik a legkifejezettebb nyomást a pszichológiai ellátást végző szakemberre. A páciensek saját önvádlásaik testi megjelenésének élhetik meg a betegséget. Mindez megalapozottabbá, értetőbbé, ezáltal elfogadhatóbbá teheti a betegség kialakulását. A betegség, mint büntetés, egyben feloldozás is lehet a bűnökre. Amennyiben egy megtartó légkör kialakításával elősegíthető a büntudat és szégyenérzések kifejezése (Kovács és mtsai 2025), anélkül, hogy mélyebb, feltárást célzó feldolgozás felé irányítanánk a páciens: a realitások erősítésével lazítani lehet a betegség és a kezeléseket bűnösséggel, bűnhődéssel és vezekléssel való közvetlen összekapcsolódásán, a jelenbeli kapcsolatok hatását pedig a betegség kialakulásáról a kezelésekké váló megküzdésre lehet irányítani.

az ismeretlennel, elviselni a saját fájdalmát, és jelen maradni a páciens érzelmi valóságában, a változási folyamat lényegi feltétele.

Osztályos és ambuláns gyakorlatunkban azt tapasztaljuk, hogy a tartalmazás jelentősége olykor egyetlen pillanatba sűrűsödik, máskor években mérhető folyamatként bontakozik ki. A pillanatba sűrűsödő tartalmazási helyzetek különösen intenzíven jelennek meg az első találkozások során. Ilyen például, amikor a kapcsolatfelvétel utolsó perceiben a páciens határozottan kijelenti, hogy protokollizált

onkológiai kezelést nem kíván igénybe venni, kizárólag pszichológiai ellátást kér, mert meggyőződése szerint betegségét saját pszichés működése idézte elő, és annak megváltoztatásával lehetséges a gyógyulás.

Az ilyen, expliciten megfogalmazott pszichológizáló elmélet a terapeuta tartalmazó funkcióját (Bion 1962) hívja működésbe: a beteg a kontroll és a halálfélelem elviselhetetlen feszültségét projekció révén a terapeutába helyezi, aki ezzel – tudattalan szinten – a páciens tartalmazójává válik. A páciens egyúttal a terapeuta énjét is teszteli, miként tud bánni saját zsigeri reakcióival, mennyire képes elviselni és átdolgozni a beteg halálfélelemmel teli kontrollátadását anélkül, hogy azonosulna vele vagy szétesne tőle.

Egy a páciens pszichológizáló kijelentéseire adott terapeuta-válasz lehet: „Látom, hogy eddig is sokat tett magáért, hogy megértse: hogyan működik a teste és a lelke. Ez sokat fog jelenteni a közös munkánkban, amit a felépülése után is folytathatunk. Az orvosaival közösen gondolkodva mindent megteszünk, hogy a teste és a lelke is megkapjon mindent, amihez a gyógyulás érdekében szüksége van.” Mindez több, egymást kiegészítő tartalmazási funkciót hordoz.

Elsőként a terapeuta elismeri a páciens szubjektív kompetenciáját, ami a pszichológizáló omnipotens fantáziát nem megtöri, hanem a realitásba integrálja. A kijelentés – „Látom, hogy sokat tett magáért...” – az én-koherencia és a személyes hatékonyság érzésének megerősítésén keresztül segíti a pszichés kontrollvesztettség élményének csökkentését. Ez a validálás a Bion-i tartalmazás „alapfunkciójának” felel meg: a terapeuta nem hárítja el a projekciót, hanem befogadja és átalakítja azt.

Másodsorban a válasz kapcsolatot és folytonosságot kínál: „...amit a felépülése után is folytathatunk.” Ez az átmeneti tárgy funkciójához hasonlóan a jövőbe vetett remény projektív lehetőségét tartalmazza, és implicit módon a halálfélelem pszichés elviselését segíti. A terapeuta ezzel a folytathatóság fantáziáját helyettesíti a lezártág fenyegetésével szemben.

Végül a válasz összekapcsolja a tartalmazás és az etika dimenzióját: „Az orvosaival közösen gondolkodva...” A terapeuta ezzel jelzi, hogy a pszichológiai ellátás nem válhat kizárólagos gyógyító úttá, így finoman visszavezeti a páciens a multidiszciplináris realitás talajára. Ez a megfogalmazás hidat képez az empatikus tartalmazás és a szakmai határok közötti potenciális feszültségben, megőrizve a

kapcsolat érzelmi integritását és a terápiás keretek etikai stabilitását.

A tartalmazás dinamikus alakulása más formát ölt, amikor a páciens az onkológiai kezelésekkal alapvetően együttműködik. Ilyenkor lehetőség adódik arra, hogy az omnipotens fantázia a kapcsolat megtartó erejére helyeződjön, és a pszichológizáló elmélet ne kizárólag vagy elsősorban az intellektuális megértés síkján (komplex betegségelmélet), hanem a személyes kapcsolatban, érzelmi síkon is átdolgozhatóvá váljon: a „mindenható kapcsolat” a realitásokat elbíró, megtartó kapcsolattá alakuljon. Ebben az átalakulásban az etikai feszültségek nem a kompetenciahatárokat érintik, hanem a kapcsolatban jelenhetnek meg. A terapeutának aktív szerepet kell vállalnia a folyamatban, és figyelemmel kell kísérnie, hogy az omnipotens fantázia tolerálása meddig szolgálja a páciens integrációs törekvéseit, és mikor hátráltatja növekedését a regresszióban tartás és az autonómia korlátozásán keresztül – illetve mikor szolgálhatja a terapeuta vágyát a paternalizáló, hatalmi szerepének fenntartására, vagy jelezheti a terapeuta nehézségét a lezárás irányába történő elmozdulásban.

Eddig kizárólag arról ejtettünk szót, milyen szerepe lehet a pszichológizáló elméleteknek a kontrollérzet magtartásában. Fontos azonban kitérnünk arra is, hogy létezik a kontrollvesztés fenyegetésének az a foka, amikor a pszichés okok feltételezése és az ahhoz kapcsolódó büntudat nem elviselhető, a páciens a kontroll érzetének megtartásához éppen hogy a tudattalanba kell száműznie azt. Ilyenkor a terapeuta feladata a mélyen meghúzó, kimondhatatlan és elbíráhatatlan büntudat és a betegséghez, illetve a változásokhoz kapcsolódó szégyen tartalmazása, emészthetővé tétele és a tudatosba emelése (Kovács és mtsai 2025). A következő esetbemutattással ezt a lassú és nehezen megfogható tartalmazási folyamatot szeretnénk érzékelhetővé tenni.

### **„Az nem lehet, hogy minden nap az utolsó nap”**

Az első szerző esetbemutása. Az esetbemutálás megfelel az etikai kívánalmaknak, a páciens hozzájárulását adta az eset közléséhez.

*Magda legfiatalabb gyermekével való várandósága alatt fedezett fel elváltozást testén, amit intuícióira is hallgatva kellő alaposággal vizsgáltatott ki. Rosszindulatú daganattal diagnosztizálták, amely szervezetében más ponton is érintettséget mutatott. A multidiszciplináris team döntése alapján a váran-*

dósság középső szakaszában, a magzat fejlődésének szoros követése mellett szisztémás kezelést indítottak. Ebben az időszakban a magzat szervei már kifejlődtek, így ismert protokollok alapján az onkológiai kezelés biztonságosan alkalmazható volt.

Magda a harmincas évei elején járó, fiatalos, természetes, barátságos kisugárzású nő, aki az első találkozás alkalmával is érezhető módon törekedett minden lehetőséget megragadni, amiben kontrollt élhet át, és ami megtarthatta őt elsősorban anyai – de emellett házastársi, testvéri, és beteg – szerepeiben egy jelenlévő, aktív, felnőtt működésben. Közvetlenül jelentkezett be hozzám, és elmondta erős aggodalmait, hogy a saját magát és születendő gyermekét fenyegető betegség és a potenciálisan ártalmas kezelés szinte ellehetetleníti, hogy olyan nyugodtsággal tekintsen befelé, és élje át a gyermekével alakuló kapcsolatát, ahogy azt korábbi terhessége alatt megtapasztalta; szeretne volna gyermekét megóvni saját szorongásos állapotaitól.

Meleg nyár volt, amikor elkezdtünk dolgozni. Döbbenet vettem észre magamon, hogy mennyire más érzeteket kelt testemben a Magdával induló kapcsolat, mint amikor más betegeimmel ülünk le először. Csodálkozva tapasztaltam, hogy tikkasztó melegben karjaim kellemes ernyedtségben pihentek a szék karfáján. Magdát nyomasztó kétségek foglalkoztatták. Vajon a kezeléssel párhuzamos fáradtság a várandóssággal járó természetes folyamat vagy az onkológiai kezeléssel küzd szervezete? Gyermeke rugdalása a hasában a jóllét, egészséges fejlődés, kapcsolatban levés jele, vagy a kezelések hatásainak terhét közvetíti? Megtapasztalt testi nyugalomban saját elhárításomat tudtam tetten érni. Egész testemben átéltem: minden rendben lesz. A közösen fenntartott elhárítások tették lehetővé, hogy a Bion által is kiemelt anyai reverie (Bion 1962) térhez juthasson: Magda képes legyen a magzatra hangolódni, és a pusztítás fantáziájához kapcsolódó erőknél ellentartva átélni a gyógyuláshoz és a teremtéshez kapcsolódó erőket.

Magda gyermeke egészségesen született, és fejlődött tovább, ő maga pedig jól reagált az onkológiai kezelésre, kevésbé radikális műtéti beavatkozásra adódott lehetőség a szülésből való felépülését követően. A megkönnyebbülés és öröm után azonban ismét krízisidőszak következett: újabb valószínűsíthető érintettséget fedeztek fel, amelyre potenciálisan hathatott a kezdeti szisztémás kezelés, azonban újabb műtetre volt szükség ahhoz, hogy ebben az orvosok megbizonyosodhassanak. Magda egyszerre élte át szerettei támogatását és kapacitásaik végeségét. Egyszerre jelentek meg benne a megtartottság

és cserbenhagyottság élményei. Korábban is megélt spiritualitása ekkor még jelentősegteljesebbé vált számára. Érzékenyen figyelte az időről időre felbukkanó egybeeséseket, amelyek pozitív üzeneteket közvetítettek számára, és azt erősítették benne, hogy csak akkora megpróbáltatások állnak előtte, amelyek még elbírhatók számára. A terápiás kapcsolat bizalmi terében megosztható csodás jelenségek a saját „tanúságtétele” által is megtámogatva váltak a gyógyulásba vetett hit és remény átélhető tapasztalatává. Ez a fajta tanúságtétel egy olyan jelenlételet teremtett, amelyben a csoda és a remény megtartható maradt, anélkül, hogy megkérdőjelezném vagy „megmagyaráznám”; hit Magda tapasztalatának emberi és reményt fenntartó értékében.

A második műtétből való felépülés után további szisztémás kezelés vált szükségessé, új kihívásokkal, új alkalmazkodás kidolgozásával. A terápiás térben hangsúlyosabban jelent meg Magda saját maga által megfogalmazott parentifikáltsága. Legfiatalabb gyermekként gyakran élte meg, hogy nála eggyel idősebb testvére kapott több törődést édesanyjuktól, csupán mert mohóbban, követelőzőbben viselkedett, és feltűnőbben jelezte nehézségeit. Magda is szomjazta édesanyja figyelmét, de a szülők megterheltségét érzékelve inkább háttérbe szorította saját igényeit, hogy fenntartsa a billenékeny családi egyensúlyt. Később ő is jelentős energiákkal vonódott be testvére pszichés nehézségeinek enyhítésébe. A terápiás térben problémaként fogalmazta meg, hogy háttérbe húzódása, másokra való könnyű ráhangolódása megnehezítette számára azt, hogy saját családjának megőrizze magát, ne szórja szét figyelmét barátai, ismerősei között, akik rendre igénybe vették segítőkész bevonódását saját problémáik kapcsán. A terápia ezen fázisában feltettem Magda számára azt a kérdést is, hogy vajon összeköti-e magában önfeláldozását a betegsége kialakulásával. Határozott választ adott erre: nem köti össze ezt a tulajdonságát a betegség kialakulásával, sokkal inkább gondolja azt, hogy a betegséggel, kezelésekkal való szembenézés tette bátrabbá őt abban, hogy tovább erősítse saját határait. Intenzív energiákat mozgatott meg, jelentős határhúzó gesztusokat tett kapcsolataiban, mindig ügyelve arra, hogy vigyázzon is a számára fontos kapcsolatokra.

Elkezdődött egy új típusú egyensúly kiépítése, ami magával vonta a megelőző veszteségek elgyászolását. A gyász azonban depresszióvá alakult át. Magda napról napra élt, vádolta magát azért, hogy képtelen férjének megadni a közös jövőben való gondolkodás szabadságát és könnyedségét. Egyre kevesebb örömet élt át, és a megmaradó öröm pillanataihoz is

az önmardosás élménye tapadt. A halál gondolata otthonossá vált számára. Amikor megfogalmazódott bennem a pszichiátriai konzultáció szüksége, akadályba ütköztem magamban, hogy ezt Magdával megosszam. Megfigyeltem magamban az aggodalmat, hogy csalódásként élheti meg a javaslatomat; úgy érezhet majd, nem látom őt elég erősnek ahhoz, hogy legyőzze kínzó érzéseit. Hónapok teltek el, amit vele töltöttem ezek között az élmények között, és igyekeztem ideig-óráig tartó megkönnyebbülést nyújtani számára. Amikor saját érzéseimmel is megbirkózva megneveztem a depressziót és javasoltam a pszichiátriai konzultációt, érezhetően megnőtt távolságból kezdtünk el beszélni róla. Magda lemondta a következő alkalmat, majd késve érkezett a rákövetkezőre, de mindeközben elkezdett dolgozni magában ennek a segítségnek lehetőségével. Behozta dilemmáit a terápiás térbe: vajon az antidepresszáns csak a korábban megélt örömeket hozhatja vissza az életébe, vagy olyan felszabadító erővel is bírhat, hogy családját háttérbe szorítva csak a saját örömeinek megfelelően fog élni? A gyógyszer szedésével kapcsolatos fantáziákból visszatértünk a valósághoz, Magda heteken belül felkereste az általam ajánlott pszichiátert. A szakemberben bizalomra talált, a megkezdett hangulajjavító készítmény mellett heteken belül visszatértek a korábbi, jól ismert örömeik az életébe, és a jövőbe is egyre bátrabban tekintett előre. A depresszióban eltöltött hónapok is elgyászolhatóvá váltak. Közben egyre világosabban láttam annak a belső ellenállásnak a szerepét, amely korábban nehezítette számomra a pszichiátriai konzultáció javaslatának kimondását. Amikor végül meg tudtam fogalmazni, már érződött, hogy Magda is olyan belső pozícióba érkezett, ahol ennek a támogatásnak a lehetősége befogadhatóvá vált. Meg kellett lennie a vívódás idejének, ami az új segítség beengedésére nyitottá tette.

Megint elindult egy új egyensúly felé, már a munkába való visszatérését tervezte. Megjelentette igényét, hogy az onkológiai intézménytől való távolodás ellenére a mi közös munkánk folytatódjon. Közel két és fél éve dolgoztunk együtt, amikor a terápia ezen fázisában újra megjelent a határhúzás kérdése. Az igazán küzdelmes időszakokon túljutva már a házasságán belül is megengedhetőek voltak a feszültségek: férjével való kapcsolatában is elkezdte láttatni saját határait. Magda ezt az erőt az antidepresszívum szedésével kötötte össze: „ezzel ki tudtam lépni az önvádból, az önmagam szomorúságából”. Az egyik ülésen arról beszélgettünk, hogy ő hogyan vágyta mindig is meginni a reggeli kávéját, és amikor most így is tett, hogyan súrlódtak férjével, amiért az az ő megszokott, szeretett reggeli rutinját sértette. Ekkor

ismét feltettem neki a kérdést, vajon köti-e magában a betegsége kialakulását ahhoz, hogy saját igényeit háttérbe helyezte a házasságában is. Magda ismét határozottan felelte, hogy ilyenről nincsen szó. Mióta a végességet megtapasztalta, arra törekszik, hogy magával nagyobb békében legyen, ezzel gyerekeinek is jó példát mutasson. Konkrét helyzeteket kezdett el mesélni példaként, amelyekben megmutatkozik, hogy elfogadó kapcsolatot ápol testével, és ez érezhetően gyermekeire is hat. Aztán lassan előkerültek élmények, amikor mégsem érzi, hogy jól bánik magával, majd előkerült egy emlék, amiben újra összetört. Felidézte, ebben a pillanatában férje, aki sokszor megtartó tükröt tartott elé, azt mondta neki: jó ez az antidepresszáns, de valahol mélyen nem oldja meg a problémáit. Ahogy a felidézés közben elöntötték az érzések, egyszer csak kimondta: nála is hasonló, mint más betegeknél, ő „hozta”, ő „generálta” a betegséget. Szabadkozva beszélt erről: konyhapszichológiának tartja a C-típusú személyiség vagy a túl sok stressz összekötését a betegség eredetével, és a józan észre hallgatva próbál ebből a gondolkörből kilépni, de a végén mégis a büntudat és önvád győz, hogy ő okozta saját betegségét. Ahogy a büntudat kimondhatóvá vált, a rákövetkező üléseken egyre könnyebben jelentek meg anyai esékenységgel és tökéletlenségével kapcsolatos élményei, és egyre elviselhetőbbé váltak számára ezek a tapasztalások is.

### **Reflexiók az esetbemutatáshoz**

Az alábbi reflexiók azt mutatják, hogy a Magdával megélt folyamat miként érthető a pszichodinamikus elméletek nyelvén – különösen a regresszió, a büntudat és a tartalmazás összefüggéseiben. A várandósság harmad önmagában is intenzív regresszív élmény, tele archaikus testi és érzelmi tartalmakkal. Az ebben az időszakban megjelenő betegség és a szükségessé váló, rendkívül igénybe vevő kezelés olyan elhárításokat tettek szükségessé, amelyek a betegség pszichologizáló magyarázatát és az ahhoz mélyen kapcsolódó önvádat is a tudattalanban tartották.

A pszichés magyarázat (például „a testem jelezte, hogy háttérben tartom magam”) túlságosan közvetlenül kötötte volna össze a pusztító és az életadó aspektusokat – ami pszichésen elviselhetetlen lett volna ott és akkor. A mindent bíró anya fantáziája elveszett – a kiszolgáltatott, sérülékeny anya és a gondoskodó, teherbíró anya képei pedig még nem integrálódhattak a saját esendőségét elviselő, szerető anya képébe.

Az a tudatos narratíva, hogy a végességgel való szembenézés formálta Magdát, strukturáltabb, szelídebb megfogalmazása volt annak, amit tudatosan még nem lehetett elviselni: „Nem tudok még ránézni arra, miért omlott össze minden, de hiszem, hogy most már jobban odafigyelek magamra”. Ez az integrációs kezdeményezés lehetővé tette, hogy Magda lassan, elviselhető adagokban dolgozza fel a traumát, és elrejthesse önmaga elől is büntudatos, pusztító női fantáziáit.

A büntudat mellett, hogy ő okozhatta betegségét, tudattalanul megjelenhetett a vágy is, hogy végre önmagát helyezze középpontba – ami saját szigorú elvárásaival nem volt összeegyeztethető anyai és házastársi szerepeiben. A depresszió átmeneti, statikus egyensúlyt teremtett: egyszerre nyomta el a büntudatot és a tudattalan vágyat, így elviselhetőbbé tette a belső konfliktust.

A pszichiátriai segítség felé irányítás nehezítettsége azt is mutathatta: a büntudatot elhárító

omnipotens fantázia a pszichoterápiás kapcsolatra helyeződhetett. Ezt a fantáziát törhette meg, hogy pszichiáter bevonása vált szükségessé. Ugyanakkor a terápiás kapcsolat elég teherbíróvá vált addigra ahhoz, hogy kibírja ezt a törést. Az antidepresszáns az érzelmi feldolgozás biológiai előfeltételét teremtette meg – a terápiás kapcsolat dinamikáját nem gyengítette, hanem stabilizálta. A pszichiáterhez irányítás gesztusa pedig segíthette a páciens szemében a terapeutát az „idealizált tárgyól” a „valóságos, megbízható tárgy” pozíciója felé mozdítani: a terapeuta is valóságos személy, aki látja a határait, aki segítséget hív, ha kell. Ugyanakkor a terápiás munka folytatásának igényében továbbra is meghúzódhatott a terapeutától való függés. Ezt a függőségi szükségletet csökkenthette tovább a büntudathoz való hozzáférhetőség és a saját érzések megtartó kapacitásának növekedése. A belső konfliktus érzékelhető, átélhető, tehát pszichésen integrálhatóvá vált.

### MEGVITATÁS

A fenti esetekhez is kapcsolódva visszatérünk kiinduló gondolatunkhoz: a pszichologizáló betegségelméletek sokszor látszólag tudatos értelmezésként jelennek meg, de tudattalan rétegeket és funkciókat is magukban rejtnek. Az érzelmi krízis és a pszichologizáló magyarázatok összeadódó hatásaként a páciensek feltárhozó pszichoterápiára jellemző igényeket fogalmazhatnak meg, és a pszichológiai együttműködés, illetve terápia kapcsán ezt sürgethetik.

Azokban a helyzetekben, amikor kifejezettebb regresszió és kiszolgáltatottság áll fenn, a pszichologizáló magyarázat tudattalan maradhat, és egy „elfogadhatóbb” narratíva állhat a helyére: a szembesülés a halállal, amely értékrendi átrendeződést hoz magával, erős motivációt teremt a változásra. Straker (2020) saját terápiás tapasztalataiból kiindulva rámutat: az onkológiai diagnózissal való szembesülés olyan belső erőforrásokat mozgósíthat, amelyek jelentős változási motivációként jelenhetnek meg a terápiás folyamatban.

A jelen tanulmányban bemutatott fiktív esetvignettákkal és esetbemutatással szeretnénk volna felhívni a figyelmet arra, hogy ez a motiváció sok esetben a mélyben fennmaradó kiszolgáltatottságot, büntudatot fedheti el, ami hozzáférhetetlen marad, amíg a terapeuta egyedül a pszichológiai változás motivációját látja. Pácienseinket gyakran a büntudat és halálfélelem elhárítása kényszeríti tudattalanul a terápiás munkára. A terápiás motivációnak meglátásunk szerint elengedhetetlen feltétele, hogy a

páciens szabadságérzetéből szülessen meg. Ha a megnövekedett terápiás motiváció mögött nem látjuk meg a kényszerítő erőt, akkor hozzáférhetetlen marad a páciens fennmaradó kiszolgáltatottsága, halálfélelme, büntudata.

Ezeknek a terápiás igényeknek a direkt elutasítása a rapport kialakulását jelentősen megnehezítheti, fokozhatja a büntudat és szégyen érzését. A páciensek könnyen kiléphetnek a terápiás kapcsolatból, és kereshetnek olyan szakembert, aki kielégíti igényeiket. A pszichologizáló elméletekkel való azonosulás pedig szintén a büntudat és szégyen fennmaradásának kedvez, ezen kívül az érintetlenül hagyott tudattalan funkciók (például bosszúállás) az interperszonális kapcsolatokat is jelentősen érinthetik.

Saját tapasztalataink alapján a pszichologizáló elméletek támogatása vagy elutasítása nélkül is lehetséges a páciensekkel jótékony és terápiás erővel bíró szövetségre lépni. Ez abban az esetben valósulhat meg, ha a terapeuta képes felismerni a páciens pszichés szükségleteit, és elviselni az azokat tápláló fájdalmas érzéseket, a saját potenciális kiszolgáltatottságából adódó szorongásokat, és az átmenetileg ráhelyezett omnipotens fantáziákat.

Ahogy estbemutatásunkban is megjelent: a pszichodinamikus és pszichoonkológiai irodalom ma már tágabb értelemben használja a tartalmazás fogalmát: tartalmazásról beszélünk akkor is, ha a terapeuta nem értelmez, hanem pszichésen megtartó térben elvisel, feldolgoz, strukturál (például Jones

2001, Parth és Loeffler-Stastka 2015). Szupportív helyzetben a terapeuta elsősorban nem a tudattalan jelentéseket fejt fel és értelmezi, hanem pszichésen elbíri a beteg szorongását, büntudatát, destruktív impulzusait. A folyamat a terapeuta reverie-jében és válasza hangnemében, szerkezetében történik, nem az értelmezés szintjén. Ebben az értelemben a tartalmazás kevésbé technikai, hangsúlyosabban kapcsolati funkció. Ez különösen fontos krízisben lévő vagy szomatizáló onkológiai betegek esetében, ahol a feltárás helyett a pszichés integráció és kapcsolati biztonság felépítése és megőrzése a cél.

Ugyanitt rámutatunk azokra az etikai feszültségekre is, amelyek tartalmazási kapacitásunkat további kihívások elé állíthatják: a multidiszciplináris teammel való lojalitás és a beteg bizalmának megőrzése közti feszültség; a biomedikális keze-

lésbe vetett bizalom elbizonytalanítása pszichodinamikus értelmezésekkel; a függőségi viszony erősödése mentén a paternalista szerep kihasználása. Az onkoterápiákkal való együttműködést veszélyeztető pszichologizáló elméletek kompetenciahatárait feszegetik, a kapcsolatra helyezett omnipotens fantáziák pedig a hatalmi pozícióval való visszaélés dilemmáit vetik fel. Nem elhanyagolható, hogy ezek az etikai feszültségek milyen mértékben vehetik igénybe tartalmazási kapacitásunkat. Tanulmányunkban olyan pszichodinamikus alapokon nyugvó szemlélet bemutatására tettünk kísérletet, amely egyensúlyra törekszik az onkológiai betegek pszichés szükségleteinek tartalmazása és a velük folytatott pszichoterápiás munka kiemelt etikai elveinek megőrzése között.

### KITEKINTÉS

A pszichologizálás problémája ma már nem csupán klinikai és kapcsolati kérdés, hanem az új biológiai kutatások fényében egyre inkább társas és episztemológiai dilemmává is válik. Steven W. Cole amerikai pszichobiológus, a szociális genomika egyik meghatározó kutatója az IPOS (International Psycho-Oncology Society – Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság) 24. világtalálkozóján tartott plenáris előadásában hangsúlyozta, hogy napjainkban egyre inkább megkérdőjeleződik az a széles körben elterjedt mítosz, miszerint a stressz biológiája szerepet játszik a daganatos betegségek kialakulásában (Cole 2023). Ugyanakkor egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a stresszreakció jelentős hatást gyakorol a betegség lefolyására, többek között az áttétképződés katalizálásán keresztül. Knight és Cole (2022) a szociális genomika legfrissebb eredményeit ismertetve rámutatnak arra, hogy a társas izoláció, az alacsony társas támogatás – kiemelt jelleggel a magány érzése – olyan stresszforrások, amelyek felgyorsítják a tumorprogressziót és rövidebb túlélést eredményeznek.

Már a kezdeti eredmények alapján is kirajzolóódik az a vízió, amelyben rutinná válnak azok az onkopszichológiai beavatkozások, amelyek személyre szabottan támogatják a páciensek stresszkezelő kapacitásának fejlődését, és ennek biológiai hatásai is mérhetővé válnak, például gyulladáscsökkentő és génexpressziós markerek változásán keresztül (Knight és Cole 2022). A transzlációs kutatások két ígéretes intervenciós irányt körvonalaznak: (1) a pszichofarmakológiai megközelítések között a  $\beta$ -blokkolók csökkenthetik a stresszhez kapcsolódó tumortámogató jelátvitelt; (2) a pszichológiai inter-

venciók, különösen a mindfulness és más proszocialitást erősítő, stresszregulációt javító módszerek igazoltan mérséklék a CTRA génexpressziós (proinflammatorikus génexpresszió) mintázatot.

A biológiai szinten is kimutatható hatásfok mérése a pszichológiai intervenciók terén új típusú, szorosabb együttműködést ígér pszichés és szomatikus gyógyítás között. Az onkológiai betegség pszichés eredetének mítoszáról a pszichoszociális stresszorok biológiai szinten is leírható hatásaira kerülhet a figyelem, ezzel új kihívások elé állítva az onkopszichológiai ellátást.

Pszichológiai szempontból az etiológiai narratívában a stresszorhoz büntudat, szégyen és az önértékelés sérülése társulhat, a kontroll keresése befelé irányul, visszamenőleg jelenik meg a jóvátétel igénye, nagyobb arányban jelenhet meg maladaptív érzelmi fókuszú megküzdés (érzelmi visszahúzó-dás, reményvesztettség); míg a prognosztikai narratívában a pszichés tényezőknek módosító hatása lehet, ezért a jelenben erősödik fel a kontrollérzet, inkább a problémafókuszú megküzdés mozgósul, és az érzelmi fókuszú megküzdés adaptív formái (a remény fenntartása) kerülnek előtérbe. Tehát a stressz hatásának keretezése már önmagában jelentősen befolyásolhatja a kontrollvesztettség élményét. Ugyanakkor fontos látni, hogy a stressz élményének (félelem, veszteség, izoláció) átfordulása mérhető biológiai mintázatba, a Foucault-i „medical gaze” koncepciójába illeszkedik (Foucault 1963/1973). A lelki állapot ilyen jellegű mérhetővé tétele és optimalizálása egyszerre humánus és kontrolláló. Amikor a páciens magánya vagy vesztesége biomarker-kockázatként értelmeződik, az érzelmek-

hez való közvetlen hozzáférés sérülhet, ezzel pedig megjelenik a deperszonalizáció pszichodinamikai alapmechanizmusa.

Ezt kiegészítően a translációs kutatások által kínált manualizált terápiák a szakember egzisztenciális szorongásait enyhíthetik, amikor súlyos testi elváltozásokkal vagy halálfélelemmel küzdő pácienssel dolgozik (Yuppa és Meyer 2017). Tehát mind a páciens, mind a szakember távol maradhat a fájdalmas érzések átélésétől. Így alakulhat ki az olyan kölcsönös pszichés visszahúzódnás, amelyben mind a páciens, mind a szakember eltávolodik a kezelési valódi érzelmi magjától. A szenvedés, a félelem és az egzisztenciális bizonytalanság közvetlen átélése helyett mindketten a kontrollálhatóbb, strukturáltabb beavatkozásokba kapaszkodnak. Ez a folyamat ugyan enyhíti a szorongást, de egyúttal láthatatlanná teszi azokat a mélyebb affektusokat, amelyekhez a terápiás munka valódi transzformációs potenciálja kötődik.

A pszichodinamikus szemlélet és a manualizált intervenciók azonban nem összeegyeztethetlenné az onkopszichológia gyakorlatában, sőt, lényegükben kiegészíthetik egymást. A magány érzése ugyanis olyan szubjektív élmény, amely egyszerre hordoz fejlődési, kapcsolati és biológiai következményeket: pszichodinamikai értelemben az ösbiza-

lom sérülését, a korai tárgykapcsolatok hiányosságait vagy a megtartó másik elvesztését idézheti fel; miközben a szociális genomika kutatásai szerint közvetlen hatást gyakorol a stressz-reaktivitásra, az immunrendszer működésére és a gyulladással kapcsolatos folyamatok szabályozására. Így a fájdalmas érzelmi élmények befogadása, tartalmazása, és a biológiai megalapozott stresszkezelő intervenciók (hozzáértve a pszichiáter által beállított pszichofarmakoterápiás lehetőségeket is) egymást erősítve járulhatnak hozzá a páciens testi-lelki állapotának komplex támogatásához (vesd össze Perna és mtsai 2024, Yuppa és Meyer 2017).

### **Köszönetnyilvánítás**

Köszönettel tartozunk közvetlen kollégáinknak, az Országos Onkológiai Intézet Onkopszichológiai Munkacsoportjának: Barcs Gábornak, Horváth Dórának, Kővári Réka Lucának, Lacsán Katalinnak, Maráz Andrásnak, Patyi Dánielnek, Pintér Petráknak, Radó Hannának, Szekeres Tamásnak és Szűcs Dórának, hogy a gyakorlat kihívásairól közösen gondolkodhatunk. Ennek a közös gondolkodásnak a támogatását és értékes meglátásait külön köszönjük Merényi Mártának.

## ***THE ROLE OF PSYCHOLOGIZING SUBJECTIVE ILLNESS THEORIES IN THE PSYCHOLOGICAL CARE OF ONCOLOGY PATIENTS II. PRACTICE-BASED STUDY***

*Our study examines one of the most sensitive layers of psychological work with patients living with cancer: the dilemmas surrounding clinicians' attitudes toward psychologizing illness explanations, approached from a psychodynamic perspective. Our analysis highlights a polarizing professional tendency: on one end, identification with psychological causation; on the other, intellectual and emotional distancing from it—both of which can distort the functioning of containment. Through clinically credible fictional case vignettes, we illustrate dilemmas encountered at the interface of psycho-oncological and psychotherapeutic care. Subsequently, using a real clinical case, we contrast how the significance of containment may sometimes condense into a single moment — such as the crisis following the communication of a diagnosis — while at other times it unfolds over a process spanning years, as the patient's guilt, shame, or regressive needs become gradually tolerable. A core question we address is how the therapist can maintain professional and ethical integrity within this field of tension, where they must simultaneously respond to the patient's omnipotent fantasies, the expectations of the multidisciplinary team, and their own anxieties. In our outlook section, we draw on current findings from social genomics: this research shifts emphasis from etiological to prognostic narratives, framing stress not as the "cause" of cancer but as a factor that modifies disease progression. We further reflect on the potential implications of this shift for the future of psycho-oncology.*

*Keywords: psychologizing illness narrative – psycho-oncology – psychodynamic perspective – containment – guilt*

## Hivatkozott irodalom

- Alexander, E. J. (1951): Psychosomatic medicine—its principles and applications. *American Journal of Psychiatry*, 108(4): 318-a.
- Bergner, S. (2011): Seductive symbolism: Psychoanalysis in the context of oncology. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2): 267–292.
- Billow, R. M. (2000): Bion's "passion"; the analyst's pain. *Contemporary Psychoanalysis*, 36(3): 411-426.
- Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London, Heinemann.
- Breitbart, W. szerk. (2017): *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford, Oxford University Press.
- Cole, S. W. (2023): *New Opportunities in Psycho-oncology: Social regulation of the cancer genome*. IPOS World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy, Milánó.
- Foucault, M. (1963/1973): *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. London, Tavistock. (Eredeti: Foucault, M. (1963): *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.)
- Goldberg, J. (1990): Experimental validation of psychosomatic aspects of cancer. In: J. Goldberg szerk.: *Psychotherapeutic treatment of cancer patients*. New Brunswick, Transaction Publishers, 5-15.
- Jones, A. (2001): A psychoanalytically informed conversation with a woman and her husband following major surgery for cancer of her neck and torso. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3): 459-467.
- Knight, J. M., Cole, S. W. (2022): Social genomics and cancer: neural regulation of the cancer genome. In Steel, J. L., Brian, I. C. szerk.: *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management*. Cham, Springer International Publishing, 345-357.
- Kovács P., Lacsán K., Esperger Zs. (2026): A széken megjelenése az onkológiai betegség pszichodinamikusan kontextusában. *IMÁGÓ*, megjelenés alatt
- Parth, K., Loeffler-Stastka, H. (2015): Psychoanalytic core competence. *Frontiers in psychology*, 6: 356.
- Perna, G., Pinto, E., Spiti, A., Torti, T., Cucchi, M., Caldirola, D. (2024): Foundations for a personalized psycho-oncology: The state of the art. *Journal of personalized medicine*, 14(9): 892.
- Rai, G., Ross, A. (2024): When Cancer enters the therapy room: the lived experience of psychodynamic therapists working with clients with a recent diagnosis of Cancer. *British Journal of Psychotherapy*, 40(3): 410-429.
- Riskó, Á. (2021): *Pszichoanalitikus onkopszichológia*. Budapest, Felelős kiadó: Riskó Ágnes; 246 p. ISBN: 978-615-01-0383-9. Link: <https://www.calameo.com/read/0040046558df60cd08f43>
- Straker, N. (2020): The treatment of cancer patients who die. *Psychodynamic psychiatry*, 48(1): 1-25.
- Yuppa, D. P., & Meyer, F. (2017): When and why should mental health professionals offer traditional psychodynamic therapy to cancer patients? *JAMA journal of ethics*, 19(5): 467-474.

*Elérhetőség:*

*Esperger Zsófia*

*Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg*

*Onkopszichológiai Munkacsoport*

*esperger.zsofia@oncol.hu*

*dr. Kovács Péter*

*Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg*

*Onkopszichológiai Munkacsoport és Nemzeti*

*Tumorbiológiai Laboratórium*

*Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar,*

*Pszichológiai Intézet, Személyiségpszichológia Tanszék*

*kovacs.peter@oncol.hu*

## A DUNNING-KRUGER HATÁS A PSZICHOTERÁPIÁBAN ÉS A PSZICHOTERÁPIA MAI MAGYARORSZÁGI HELYZETE

Lajtai László

*A Dunning-Kruger effektus olyan kognitív torzítás, amelyben az egyének túlbecsülik képességeiket azokon a területeken, ahol alulteljesítenek. Ezt a jelenséget, amelyet először David Dunning és Justin Kruger írt le 1999-ben, később számos különböző területen azonosították. A jelenség különösen jelentős azokban a szakmákban, például a pszichoterápiában, amelyekben a téves megítélésnek súlyos következményei lehetnek. A pszichoterápiában a kezdő szakemberek alulfejlett metakognitív képességek miatt túlbecsülhetik készségeiket, ami téves diagnózisokhoz és hatástalan kezelésekhöz vezethet. Ezzel szemben a tapasztalt szakemberek esetében megjelenhet az anti-Dunning-Kruger-hatás, amelyet túlzott óvatosság és kockázatkerülés jellemez. A szupervízió és a strukturált visszacsatolási mechanizmusok kulcsfontosságúak e torzítások enyhítésében, mert biztosíthatják, hogy a terapeuták kritikusan reflektívek és fogékonyak maradjanak a folyamatos tanulásra. Magyarországon az elmúlt években folyamatosan nőtt a pszichoterápiás szolgáltatásokat nyújtó szakemberek száma, és egyre több terápiás ellátás érhető el különböző intézményi és magánrendelői keretek között. A kognitív torzulások képzésen, továbbképzésen, folytatólagos mentoráló kapcsolatokon és folyamatos szakmai fejlődésen keresztül történő kezelés fontos (lenne) a magas színvonalú ellátás fenntartásához. Az intézményi, munkahelyi támogatás és a strukturált mentori programok a pszichoterapeuta-képzés előtt, alatt és után biztosíthatják, hogy a gyakorló szakemberek időben kapjanak visszajelzést és útmutatást, illetve javítsák kompetenciájukat és önismeretüket.*

*Kulcsszavak: Dunning-Kruger hatás, anti-Dunning-Kruger hatás, szakmai kompetencia, klinikai szupervízió, pszichoterapeuta képzés*

### BEVEZETÉS

A Dunning-Kruger hatás olyan kognitív torzítás, amelyben az egyének túlbecsülik saját képességeiket olyan területeken, ahol valójában alulteljesítenek. Különösen jellemző ez a jelenség a pályakezdőkre. A jelenséget David Dunning és Justin Kruger 1999-ben írta le, és azóta számos területen kimutatták, például a repülésben (Pavel és mtsai 2012), bűnügyi nyomozásoknál (Walsh és mtsai 2017), vagy az egészségügy-

ben (Surdilović és mtsai 2022). Magyar vizsgálatok is történtek egyetemi hallgatók teljesítmény-önbecslő képességére vonatkozólag. Ezek szerint minél rosszabbul teljesít egy hallgató, annál torzultabb ez a képesség (Kun és mtsai 2022; Kun és mtsai 2023). Rubin és Froustis (2023) kiemelik, hogy a hatás különösen jelentős egyes kockázatos szakmákban, ahol a tévedések súlyos következményekkel járhatnak. A

Dunning-Kruger hatás kétféleképp is képes negatívan befolyásolni a teljesítményt: egyrészt a hiányos tudás vagy készség rossz teljesítményhez vezet, másrészt ugyanez a hiányosság megakadályozza, hogy az egyén felismerje saját kompetenciakorlátait. Ehhez kapcsolódik az a torzítás, amikor az alacsony önbecsülésű egyének túlbecsülik képességeiket, hogy megvédjék önképüket.

A Dunning-Kruger hatás fontossága mellett ugyancsak érdemes rátekinteni az anti-Dunning-Kruger hatásra is. Ez megjelenhet a tudásparadoxon régóta ismert jelenségében. Platón szerint már Szókratész kijelentette, hogy *ἐν οἷδ᾽ ὅτι οὐδὲν οἶδα*, azaz, „csak azt tudom, hogy semmit nem tudok”. Ezt a jelen elemzésben továbbvihetjük egy olyan elképzelt megállapítás irányába, miszerint „csak abban vagyok

kompetens, hogy belátom, semmiben sem vagyok igazán kompetens”. Ennek a belátásnak a hasznosága a visszájára fordul az imposztor-szindróma (Clance és Imes 1978) eltúlzott esetében, amikor valaki úgy érzi, hogy nem elég jó vagy nem érdemli meg a sikert az objektív eredményesség dacára sem. Ugyanakkor az anti-Dunning-Kruger hatás pontos definíciója számukra úgy lehet hasznos, ha olyan jelenségre gondolunk, ami nem pályakezdők, hanem ellenkezőleg, a tapasztalt, gyakorlott szakemberek tünete, akik túlzott óvatosságból kerülnek a kihívásokra. Azaz az anti-Dunning-Kruger hatás az, amikor egy szakember saját kompetencia határait felismerve azokat túlbecsüli (kognitívan torzítja) és következményesen túlzottan defenzív, kockázatkerülő magatartást folytat.

### A DUNNING-KRUGER HATÁS A PSZICHOTERÁPIÁBAN

A pszichoterápiában – akár csak a pszichiátriában és a klinikai pszichológiában – fontos a kommunikatív szemléletmód, amely lehetővé teszi a szakmai kompetenciák határainak pontosabb felismerését és az önreflexió fokozását. Ennek hiányában az önbizalomtorzulás és az etikai kihívások felerősödhetnek, ami mind az egyéni szakmai fejlődést, mind a páciensek terápiás eredményeit befolyásolja (Terenyi 2014). A pszichoterápiát is felfoghatjuk egy Rubin és Frousti által leírt kockázatos területnek. A Dunning-Kruger hatás alapján itt is elő szoktak fordulni olyan esetek, amikor a túlzott önbizalom félre diagnosztizáláshoz, hatástalan terápiához vagy etikai problémákhoz vezet. Kezdő terapeuták esetében fennáll a veszélye önmaguk kompetenciájának túlbecsülésére, mely gyakran összefüggésbe hozható a megfelelő metakognitív készségek hiányával. E készségek lennének felelősek a képességek reális értékeléséért. Az ilyen, túlzott magabiztossággal jellemzett hozzáállás („ide nekem az oroszlánt” attitűd) nem csupán a beavatkozások hatékonyságát csökkentheti, hanem potenciálisan károsíthatja a páciens, és etikai szempontból is kockázatot jelent, ami a terapeuta szakmai jövőjét és leendő pácienseinek sorsát is befolyásolhatja.

Tapasztalt terapeuták esetében is megjelenhetnek a Dunning-Kruger-hatáshoz kapcsolódó torzítások, például amikor a korábbi szakmai sikerek túlzott

magabiztossághoz vezetnek, ami csökkentheti az igényt a rendszeres önreflexióra és a külső visszajelzések beépítésére. Vagyis a tapasztalt terapeuták sem mentesek a jelenségtől, csak őket részben másképp érinti. A hosszú évek alatt kialakult rutin és önbizalom olykor eltompítja az önkritikát, így előfordulhat, hogy egy szakember inkább a múltbeli sikerekre hagyatkozik, mintsem, hogy szembenézen az új kihívásokkal.

Az anti-Dunning-Kruger hatás szintén megfigyelhető egyes tapasztalt terapeutáknál is; jellemző rájuk, hogy túlzott óvatosságuk miatt visszahúzódnak a komplexebb vagy nagyobb kihívást jelentő esetektől, és inkább olyan szakmai helyzeteket részesítenek előnyben – például képzési vagy szupervíziós szerepeket –, amelyek jobban kiszámíthatók számukra (Lajtai 2001). E jelenség hátterében állhat reális diagnosztikai megfontolás is, de előfordulhat, hogy defenzív szakmai stratégia tünete, amely a túlterheléstől vagy a hibázástól való félelmet tükrözi. Képzett pszichoanalitikusok esetében is leírták, hogy olykor vonakodnak pszichoanalízist indikálni, például potenciálisan pszichotikussá váló eseteknél, és ezekben a dilemmákban olykor nem könnyű eldönteni, hogy reális diagnosztikai óvatosságról vagy egyfajta defenzív, önvédő, például saját pszichotikus szinteket védő mechanizmusokról van-e szó (Gyomlai 2013).

### MEGJEGYZÉSEK A PSZICHOTERÁPIA MAI MAGYARORSZÁGI HELYZETÉRE VONATKOZÓAN

Ha a pszichoterápiát tág értelemben olyan szakmai tevékenységként határozzuk meg, amelyben különböző pszichológiai módszerek segítségével a terapeuta célzottan befolyásolja a páciens, akkor

Magyarországon ez a terület jelentős bővülést mutat. Az elmúlt időszakban egyre több terápiás kapcsolat jön létre, tükrözve a pszichoterápiás szolgáltatások iránti növekvő társadalmi igényt, ami párhuzamos

azzal a globális, de főként az úgynevezett nyugati világra jellemző jelenséggel, amiben a tradicionális családi, vallási közösségek és csoportok szerepét ez a tudományosabb és medikalizáltabb szektor veszi át. A pszichoterápiás szolgáltatások hazai bővülése azonban nemcsak a globális társadalmi-kulturális trendek következménye, hanem több más, kifejezettebben magyarországi tényező együttes hatása is alakítja. Az elmúlt időszakban az állami egészségügyi szektorban a pszichoterápiás kapacitások jelentősen beszűkültek. A jelenség mögött szakemberhiány, finanszírozási korlátok és leterheltség egyaránt húzódnak. Ennek egyik következménye, hogy a lakossági igény egyre nagyobb arányban a magánszektorra terelődött, ahol a szolgáltatások gyorsabban bővülnek és rugalmasabban reagálnak a keresletre. A klinikai pszichoterápia gyakorlása kizárólag az erre szakképzett pszichiáter szakorvosok és klinikai szakpszichológusok számára engedélyezett, ugyanakkor a magánellátásban nagy számban jelentek meg olyan pszichológusok vagy rövidebb képzést teljesítő segítő szakemberek, akik tanácsadás, coaching vagy önismereti támogatás néven kínálnak szolgáltatást. Ezek a tevékenységek sok esetben ugyanazon társadalmi igényt célozzák, mint a pszichoterápia, de szakmai és jogi szempontból nem tekinthetők azzal egyenértékűnek.

A pszichoterápiás szektor bővülését tehát a globális kulturális mintázatok mellett a hazai egészségpolitika, az állami ellátás kapacitásai, a munkaerőpiaci átrendeződések és a képesítési rendszer sokszínűsége is alakítja. Mindez hozzájárul ahhoz, hogy a pszichoterápia szó és ennek rokon értelmű kifejezései a gyakorlatban egyre heterogénebb szakmai tartalmakat fednek, s eltérő kompetenciájú szakemberek különböző szolgáltatásai jelennek

meg ugyanazon ellátó környezetben. A mai pszichiátriában gyakori jelenség, hogy mind a klinikai ellátórendszeren belüli, mind az azon kívüli, laikus szereplők a legkülönbözőbb mentális abnormalitásokat a pszichiátriához irányítják, ami miatt a pszichiátria folyamatos kompetencia-problémákkal küzd (Osváth 2013). Ugyanez jellemző lehet a pszichiátriával rokon és sok szempontból hasonló külső hatásoknak kitett pszichoterápiára is, amikor a szakma képviselői nyomás alatt – legalábbis egyes esetekben – saját határokat átlépve, képességeiket túlértékelve az élet legkülönbözőbb területeit – akár olyan jelenségeket is, mint például a munkanélküliség, a korrupció vagy a társadalmi kirekesztés különböző formái – saját értelmező modelljeikbe kényszerítik, aminek során szinte megoldhatatlan társadalmi problémákkal szembesülnek.

Sok új szakember van tehát, és a fenti tág definíció szerint az egyre bővülő és színesedő szakmai közeg kialakulása kapcsán felvethetjük a kérdést: mennyire képesek ezek a szakemberek önkritikusan értékelni saját képességeiket? Azaz, bár Magyarországon a pszichoterápia területe gyorsan fejlődik, de a gyors növekedés mellett kérdéses, hogy a képzés minősége és a szakemberek önértékelése megfelel-e az elvárásainknak. A megnövekedett igény a szakmai segítségre egy tágabb csoport szakmai segítő működését indíthatja be, azonban így a segítő-szindróma és a velejáró burn-out jelenség is gyakoribbá válhat. A segítő kiválasztódása és a segítő szerep tartóssá válása után a segítés szervülése az egyéni identitásba további problémák forrása lehet, melyekkel egy idő után ugyanúgy foglalkozni kell, mint a segítették problémáival (Schmidbauer 1977 idézi: Tomcsányi és mtsai 1990).

### PROBLÉMÁK ÉS MEGOLDÁSOK A KÉPZÉS SORÁN ÉS A KÉPZÉSEKEN KÍVÜL

A szakmai konzultáció és visszajelzés kulcsszerepet játszik a terapeuták képzésében (Pszichoterápiás Tanács 2021). A jó szupervízió vagy más típusú szakmai segítség, például a mentorálás vagy a kandidátúra segíthet a terapeutáknak abban, hogy felismerjék saját határaikat és korlátaikat. Ezek közös jellemzője, hogy nem kizárólag ellenőrző vagy korrekciós funkciót látnak el, hanem a szakmai identitás fejlődését, a kompetenciahatárok felismerését, a szakmai autonómia kialakulását és a metakognitív készségek erősítését is támogatják. A modern képzési rendszerekben a „felügyelet” így inkább egy többdimenziós tanulási-fejlesztési folyamat egyik eleme, amelyet a szakirodalom egyre inkább a partnerség, a közös gondolkodás és a folyamatos reflexió keretrendszerében ír le. Ilyenkor a mentor/szupervízor feladata,

hogy kollégája munkáját figyelemmel kísérve megtudja ítélni, hogy az nem fog-e kárt okozni és a szupervíziók célja ideálisan, hogy a kolléga nyitottabb, reflektívabb személlyé váljon (Bagotai és mtsai 2019). A kezdő szakemberek támogatását célszerű nem csupán vertikális, ellenőrző jellegű folyamatként értelmezni, hanem olyan komplex tanulási környezetként, amelyben a visszajelzés, az önreflexió, a biztonságos hibatanulás és a kollegiális modellkövetés egyaránt szerepet kap. Az ilyen lehetőségek elmaradása, a szakmai felügyelet hiánya és a visszajelzési mechanizmusok töredékes volta vagy elmaradása súlyosbíthatják a Dunning-Kruger hatást. A probléma kezeléséhez szükséges lenne, hogy a terapeuták tisztában legyenek a Dunning-Kruger hatás lényegével és következményeivel, azaz a képzési programoknak

hangsúlyozniuk kellene az önkritika és a folyamatos önértékelés fontosságát. Ennek a szempontnak a képzésbe való beépítése módszertani szempontból globális kihívás; tudomásom szerint nincs olyan közlemény, amely kifejezetten a pszichoterapeuták számára adna specifikus tanácsot a Dunning-Kruger hatás megoldására vonatkozóan. Általános populációban azt találták, hogy a teljesítményre vonatkozó visszajelzés a metakognitív képességek fejlesztése révén segíthet az önértékelés pontosságán (Grinschgl és mtsai 2025). Pszichológiai tanácsadókra (ún. „counsellors”, ami nem feltétlenül egyezik meg az itthoni szakmai besorolás szerinti tanácsadó szakpszichológusokkal) vonatkozóan külföldön megjelent már közlemény, mely szintén a metakommunikatív képességek fejlesztését és a klinikai szupervízió fontosságát emeli ki a tanácsadásban előforduló Dunning-Kruger jelenségre vonatkozóan (Susanto és Novitasari 2024). Feltételezhető, hogy a témába vágó szakmai javaslatok száma növekedni fog, s ehhez a hazai szakmai közvélemény is hozzájárulhat.

A strukturált visszajelzési mechanizmusok, például a rendszeres felügyelet és a kollégák közötti értékelés sokat segíthetnek a terapeutáknak, de fontos lenne, hogy a pszichoterápiában olyan kultúrát alakítsunk ki, amelyben az önkritika és a folyamatos tanulás nem a mentális gyengeség, hanem az erősség jele lenne.

A pszichoterápiás vizsgára felkészítő propedeutikai és klinikai pszichoterapeuta-képzés többnyire betölti feladatát. Az utóbbi években a magyarországi pszichoterápiás képzésekben, például a Szegedi FÉSZEK program esetében (Eörsi és Kepics 2023), egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a strukturált visszajelzési mechanizmusok és a közösségi reflexió. Az interjúkban és a hallgatói tapasztalatokban megjelenik, hogy a rendszeres peer-szupervízió, a mentorálás, valamint az esettanulmányokon alapuló megbeszélések elősegítik a terapeuták reális önértékelését, ami példa lehet arra, hogyan lehet csökkenteni a Dunning-Kruger hatás negatív következményeit. A képzés és szupervízió során a kommunikáció minősége döntő tényező a szakmai identitás fejlődésében (Terenyi 2014). Az oktatói és mentor szerepvállalás, valamint a strukturált szupervíziós ülések lehetővé tehetik, hogy a képzés dinamikusan alkalmazkodjon a hallgatók igényeihez és az aktuális szakmai kihívásokhoz. A képzési folyamat során lehetnek persze szervezési kihívások, mint például az információáramlás akadozása, illetve a hallgatók túlterheltsége is csökkentheti az említett jótékony hatást.

Meg kell azonban említeni, hogy sokkal többen végeznek terápiás jellegű tevékenységet az ország-

ban, mint ahányan ténylegesen végzik, vagy már elvégezték a pszichoterapeuta-szakképzést. Sokan már jóval a képzésre való jelentkezés előtt elkezdik a tényleges terápiás munkát, amikor még nem állt rendelkezésükre ez a lehetőség. Mások a szakvizsga után izoláltságba csöppennek vissza és elmarad számukra a visszajelzés folytonossága, noha a későbbiekben is kulcsfontosságú maradna a folyamatos képzés és szakmai fejlődés a túlzott önbizalom elkerüléséhez. Sokan pedig egyáltalán nem jutnak el egyik képzőközpont szisztematikus rendszeréhez sem, a lehetőségek, a kedvük vagy a képesítésük hiányában. Nemzetközi empirikus kutatások rámutatnak, hogy a klinikai szupervízió milyen fontos szerepet játszik a terapeuták szakmai fejlődésében és jóllétében, főleg olyan környezetben, ahol nem létezik intézményes mentorálási rendszer. Egy 2021-es szisztematikus áttekintés (Bradley és Becker 2021) azokat a szupervíziós jellemzőket és gyakorlatokat vizsgálta, amelyek összefüggésbe hozhatók mind a terapeuta kompetenciafejlődésével, mind a szakember jóllétével és kiégésének megelőzésével. A szerzők szerint a leghatékonyabbnak bizonyuló gyakorlatok közé tartozik a korrekciós visszajelzés, az intervenciók megbeszélése, a szerepjáték, valamint a rendszeres, strukturált, célzott szupervízió. Egy még frissebb metaanalízis (Schreyer és mtsai 2025) is megerősíti, hogy a szupervízió – megfelelő formában – hozzájárulhat a terapeuta kompetenciájának növeléséhez, a terápiás szövetség erősödéséhez, és közvetetten a páciensek tüneteinek enyhüléséhez.

Sem a medicinális szemléletű pszichiátriai szakképzés, sem a diagnosztikai kérdéseket előtérbe helyező klinikai szakpszichológus-képzés nem olyan struktúrában működik, amelyben kiemelt szerepet kapna a terapeuta kompetenciafejlődésének pályaszakaszokhoz igazított, rendszeres és intézményesen biztosított mentorálása. Érdemes ugyanakkor különválasztani, hogy a pszichoterapeuta-képzés, a klinikai szakpszichológusi képzés és a pszichiátriai szakorvosképzés eltérő struktúrájú és célrendszerű folyamatok, amelyek a szakmai támogatás és visszajelzés szempontjából is különböző következményekkel járnak. A pszichoterapeuta-képzés – akár orvosi, akár pszichológusi alapvégzettségre épül – hagyományosan módszerspecifikus és gyakorlatorientált, erős szupervíziós kultúrával, amelyben a személyes kompetenciák, az önreflexió és a terápiás identitás fejlesztése központi szerepet kap. A klinikai szakpszichológus-képzés inkább diagnosztikai és pszichometriai hangsúllyal működik; a pszichoterápiás kompetenciák fejlesztése néha csak későbbi, módszerspecifikus képzésekben kerül előtérbe. A szupervízió

szerpe itt is jelen van, de szervezeti keretei kevésbé egységesek, sokszor intézményenként jelentősen különböznek. A pszichiátriai szakorvosképzésben a klinikai/orvosi szemlélet dominál, amely elsősorban biológiai és diagnosztikai kompetenciákra épít. Bár az alapszichoterápiás készségek megszerzésének lehetősége adott, ezek kevésbé strukturált keretek között, erősen változó intézményi támogatottsággal jelennek meg, és gyakran a képzőhelytől vagy a helyi szakmai közösségtől függ, hogy milyen mértékű szupervíziós háttér áll rendelkezésre. A három képzési út eltérő fókuszja és szerkezete miatt a visszajelzés, a felügyelet, valamint az önreflexió támogatása is különböző erősséggel jelenik meg. Ezek a különbségek a szakemberek későbbi gyakorlatára is hatnak, és részben magyarázhatják, hogy a kompetencia határainak felismerése vagy a túlzott önbizalom korrigálása miért egyenlőtlenül támogatott a különböző szakmai közösségekben. Sokszor a munkahelyekre, a munkahelyi vezetőkre és kollégákra van ez bízva, ami egyrészt jogos és természetes körülmény, másrészt ennek valós megnyilvánulása meglehetősen sokféle és ad hoc, benne az intézményes támogatás hiánya nehézségeket okozhat. A kommunikatív szemlélet alapján a terapeutáknak nemcsak a betegekkel, hanem a saját szakmai közösségükkel is folyamatos kommunikációban kell lenniük.

A magánellátásban dolgozók számára az intézményi szupervíziós vagy mentorálási lehetőségek sem mindig adottak: számukra a piac, a jelentkező és megmaradó kliensek száma és aránya jelent vala-

melyest fogódzót. Ennek megoldására a legtöbben egyéni szupervízióba járnak, vagy peer csoportot, esetleg szupervízor moderálta csoportokat, intervíziókat, Bálint-csoportokat szerveznek, de a szupervízió valamilyen formájának igénybevétele ebben a szektorban a szakember egyéni belátására van bízva. Mivel az igény a terápiás lehetőségekre globálisan és Magyarországon is nő, még a magánrendelők és magánterapeuták is kapacitásproblémákkal küzdenek, a keresleti piac miatt a fent említett gazdasági szabályozó mechanizmusnak is korlátozott a visszajelző szerepe a terapeuta működésére. A szupervízió nemcsak a szakmai készségek fejlődését, hanem a szakmai kultúra, munkahelyi légkör és a gondoskodó attitűd fenntartását is elősegítheti, ami különösen fontos lehet olyan környezetekben, mint a magánrendelések vagy kis praxisok, ahol strukturált szakmai támogatás ritkábban elérhető (McDonough és mtsai 2025).

Mivel számos okból Magyarországon a továbbképzési lehetőségek korlátozottak, ez nehézségeket jelenthet a terapeuták számára, hogy rendszeres, a mindennapi munkájukba szervesen beépülő visszajelzéseket kapjanak. Ideális esetben a folyamatos (és kötelező) továbbképzéseken belüli interaktív, támogató és módszerfüggetlen képzési megközelítés hozzájárulhatna ahhoz, hogy a terapeuták ne csak saját, hanem egymás kompetenciáit is reálisan értékelve fejlődjenek, így csökkentve a túlzott önbizalomból adódó hibák kockázatát a pszichoterápiás gyakorlatban.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A Dunning-Kruger hatás és az anti-Dunning-Kruger hatás ellensúlyozására számos gyakorlati lépés tehető, amelyek segítenek a szakemberek önreflexiójának és reális önértékelésének fejlesztésében. A pszichoterápiás, pszichiátriai és klinikai pszichológiai képzések során kiemelt szerepet kell kapnia a rendszeres szupervízióknak, mentorálásnak és a kollégák közötti esetmegbeszéléseknek. Ezek a folyamatok támogatják a szakemberek fejlődését, segítenek a saját határaik tudatosításában, és lehetőséget teremtenek az önreflexió gyakorlására, mindez pedig beépül szakmai fejlődésükbe. A tapasztaltabb kollégák iránymutatása, a strukturált visszacsatolás és a nyílt szakmai diskurzus egyaránt hozzájárulnak a kompetenciahatárok pontosabb megértéséhez. A folyamatos és objektív visszacsatolás elengedhetetlen a szakmai önismeret kialakulásához. A kollégák közötti nyílt kommunikáció és a rendszeres szakmai értékelések révén a szakemberek tudatosabban fejleszthetik készségeiket, felismerhetik

esetleges hiányosságait, és korrigálhatják azokat. Ez nemcsak a túlzott önbizalomból fakadó tévedések kiküszöbölésében segít, hanem abban is, hogy a tapasztaltabb szakemberek ne veszítsék el az önkritikus szemléletet. A szakmai kompetencia fenntartásának és fejlesztésének egyik legfontosabb eszköze a rendszeres továbbképzés. A workshopok, konferenciák és egyéb szakmai események sora része lehet az önismereti folyamatnak. A szakmai közösségek és intézmények felelőssége, hogy olyan környezetet alakítsanak ki, amely ösztönzi az önreflexiót és a reális önértékelést. Különösen fontos, hogy a kisebb magánrendelőkben dolgozók is hozzáférjenek a szupervízióhoz, a mentori támogatáshoz és a szakmai közösségekhez, hiszen a megfelelő visszacsatolás hiánya növelheti a Dunning-Kruger hatás és az anti-Dunning-Kruger hatás kialakulásának esélyét. A szakmai fejlődés egyéni és közösségi felelősség is, amely megfelelő intézményi háttérrel hatékonyabban támogatható.

## *THE DUNNING-KRUGER EFFECT IN PSYCHOTHERAPY AND THE CURRENT SITUATION OF PSYCHOTHERAPY IN HUNGARY*

*The Dunning-Kruger effect is a cognitive bias in which individuals overestimate their abilities in areas where they underperform. This phenomenon, first described by David Dunning and Justin Kruger in 1999, has since been identified in a number of different fields. The phenomenon is particularly significant in professions where misjudgment can have serious consequences, as in the case of psychotherapy. In psychotherapy, novice practitioners may overestimate their skills due to underdeveloped metacognitive abilities, which can lead to misdiagnoses and ineffective treatments. In contrast, experienced practitioners may exhibit the anti-Dunning-Kruger effect, characterized by excessive caution and risk aversion. Supervision and structured feedback mechanisms are key to mitigating these biases, ensuring that therapists remain critically reflective and receptive to continuous learning. In Hungary, where the number of professionals providing psychotherapeutic services has continuously increased in recent years, and therapeutic care is increasingly accessible within various institutional and private practice settings, the importance of addressing cognitive distortions through training, continuing education, ongoing mentoring relationships, and continuous professional development is particularly relevant for maintaining high-quality care. Institutional, workplace support, and structured mentoring programs before, during, and after psychotherapeutic training can ensure that practitioners receive timely feedback and guidance, improving their competence and self-awareness.*

*keywords: Dunning-Kruger effect, anti-Dunning-Kruger effect, professional competence, clinical supervision, psychotherapist training*

### Hivatkozások

- Bagotai T., Kötörő E., Nemes É., Szőnyi G., Takácsy M. (2019): A szupervízió: koncepciók. *Pszichoterápia*, 28(2), 142–146.
- Bradley, W. J., Becker, K. D. (2021): Clinical supervision of mental health services: A systematic review of supervision characteristics and practices associated with formative and restorative outcomes. *Clinical Supervisor*, 40(1), 88–111.  
DOI: 10.1080/07325223.2021.1904312.
- Clance, P. R., Imes, S. A. (1978): The impostor phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241–247. <https://doi.org/10.1037/h0086006>
- Eörsi D., Kepics Zs. (2023): Az iskoláját! A szegedi pszichoterápiás képzés – FÉSZEK. *Pszichoterápia*, 32(2), 138–146.
- Grinschgl, S., Hofer, G., Neubauer, A. C. (2025): Improving self-knowledge: How performance feedback impacts individuals' self-estimates of their cognitive abilities. *Journal of Research in Personality*, 116, Article 104606. DOI: 10.1016/j.jrp.2025.104606.
- Gyomlai É. (2012): Az analitikus identitás és kreativitás szerepe az analízis indításában. *Pszichoterápia*, 21(4), 223–232.
- Kun A. I., Boros J., Kotsis Á. (2022): Tudják-e a hallgatók, hogy mennyit (nem) tudnak? – A Dunning–Kruger-hatás vizsgálata üzleti szakokon tanuló felsőoktatási szakképzéses hallgatók körében. *Marketing & Menedzsment*, 56(3), 7–20. DOI: 10.15170/MM.2022.56.03.01.
- Kun A., Kontor E., Kiss M. (2023): A Dunning–Kruger-hatás megjelenése felsőoktatási marketing kurzusok számonkérésein. *Marketing & Menedzsment*, 57(Klnsz. 2), 15–24. DOI: 10.15170/MM.2023.57.KSZ.02.02.
- Kruger, J., Dunning, D. (1999): Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. DOI: 10.1037//0022-3514.77.6.1121.
- Lajtai L. (2001): Szupervízió, avagy a budai modell dilemmája. Lajtai László reflexiója Szőnyi Gábor „Szupervízió a pszichoanalízisben: a budapesti modell dilemmája” című cikkére. *Pszichoterápia*, 10(5), 365–366.
- McDonough, J., Rhodes, K., Procter, N. (2025): The impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), e13463. DOI: 10.1111/inm.13463.
- Osváth P. (2013): Merre tovább pszichiátria? Identitás, kompetencia és kooperáció - a XXI. század kihívásai. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 111–121.
- Pavel, S. R., Robertson, M. F., Harrison, B. T. (2012): The Dunning-Kruger Effect and SIUC University's Aviation Students. *Journal of Aviation Technology and Engineering*, 2(1). <https://doi.org/10.5703/1288284314864>.
- Pszichoterápiás Tanács (2021): Korszerűsített pszichoterápiás protokoll. <https://www.mentalport.hu/szakmai-informaciok/pszichoterapias-szakmai-protokoll/> (letöltve: 2025.02.08).
- Rubin, A., Froustis, E. (2023): How the Dunning-Kruger Effect Impairs Professional Judgement in High-risk Professions. *Journal of Student Research*. 12(4). DOI: <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v12i4.5623>
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer: über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Zürich, Rowohlt.
- Schreyer, B., Leithner, C., Eilers, R., Gossmann, K., Rosner, R. (2025): The effects of clinical supervision on supervisees

---

and patient outcomes in psychotherapy – a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1705578, DOI: 10.3389/fpsy.2025.1705578.

Surdilović, D. és mtsai (2022): Evaluation of the Dunning-Kruger Effects among Dental Students at an Academic Training Institution in UAE. *ACTA Stomatologica Croatia*, 56(3), 299–310.

Susanto, E., Novitasari, Y. (2024): Implications of the Dunning-Kruger effect for counselors in counseling practice: A systematic review. *Guidena: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan dan Konseling*, 14(4), 802–811. DOI: 10.24127/gdn.v14i4.12054.

Terenyi Z. (2014): A pszichiátria kommunikatív szemlélete - autonóm identitás, komplexitás, kompetencia. *Psychiatria Hungarica*, 29(1), 90–103.

Tomcsányi T., Fodor L., Kónya O. (1990): Altruizmus, segítő szindróma, érett segítő-identitás. *Psychiatria Hungarica*, 5(3), 213–222.

Walsh, R., King, M., Griffiths, T. (2017): The Role of the Dunning-Kruger Effect in Criminal Investigations. *Journal of Investigative Psychology*, 12(4), 221–235.

*A szerző elérhetősége:  
dr. Lajtai László  
lajtai.laszlo@ppk.elte.hu*

## NÉHÁNY SZEMPONT A PSZICHOLOGUS- PSZICHOTERAPEUTA-KÉPZÉSI ÚT JELENLEGI HAZAI RENDSZERÉNEK FELÜLVIZSGÁLATÁHOZ

Sifter Éva

*Tanulmányomban néhány szempontot sorakoztatok fel a jelenlegi hazai pszichológus-pszichoterapeuta-képzési út felülvizsgálatához. Ezek a szempontok három fókusz köré csoportosíthatók, melyek a következők: 1. képződők elégedetlensége (hosszú, költséges, kevésbé gyakorlatias képzés), 2. pszichológus-pszichoterapeuta-képzések szabályozásának nemzetközi és hazai alakulása (egységes, bárhol elismertethető képzésre törekvés), 3. nemzetközi és hazai felsőoktatási folyamatok változásai hallgatói, társadalmi és piaci nyomásra (kihívásalapú, kutatással kísért oktatási folyamat; mikrotanúsítványok). Azért válogattam ezeket a szempontokat, mert könnyen illeszthetők általános felsőoktatási problémákhoz, melyekre már sikeres innovációk épülnek. Ilyen általános felsőoktatási probléma a gyakorlatiasabb képzéstartalmak igénye a hallgatók felől; a nemzetközi mobilitást lehetővé tevő uniformizált képzések igénye (európai uniós szabályozás normái); a munkaerőpiac és az akadémiai-tudományos szféra értékeinek, elvárásainak illeszthetősége. A CHARM-EU (európai egyetemi szövetség) ezekre a problémákra kihívásalapú, befogadó, transzdiszciplináris, mobilitást segítő képzési rendszert építve reagál. Ennek a képzési rendszernek a fókuszában egy-egy jelentős társadalmi probléma áll, e köré épül fel a tudásháló. Véleményem szerint a CHARM-EU képzési rendszer modellként szolgálhat a pszichológus-pszichoterapeuta-képzések számára is. Tanulmányomban felvillantok a pszichológus-pszichoterapeuta-képzési rendszerrel kapcsolatos olyan kérdéseket, melyekre véleményem szerint választ kínálhat a CHARM-EU képzési filozófiájának szellemében született képzési változás.*

*Kulcsszavak: képzési út – elégedetlenség – szabályozás – új képzési gyakorlat – mikrotanúsítványok – változások a felsőoktatásban*

### BEVEZETÉS

Általános tapasztalat a munkaerőpiacon, hogy pályakezdő munkavállalók maguk is azt érzik és a munkaadók is azt jelzik, hogy az egyetemi képzés nem készít fel kellően a betöltött feladatkör kihívásaira. Szintén általános belátás, hogy a gyorsan változó tudástartalom miatt életre szólóan képesnek kell lennünk tanulásra. Azt azonban nehéz elfogadni,

hogy öt év egyetemi képzésből csekély gyakorlati tudással lehet csak a munkaerőpiacra érkezni, és a pszichoterápiás munkára csak a jelenleg érvényben levő igen hosszú képzési idő alatt lehet felkészülni. Az alábbiakban erről a kérdésről osztok meg néhány gondolatot, jelölök ki szempontokat egy lehetséges képzési változás útjelzőiül.

### KÉPZŐDŐK ELÉGEDETLENSÉGE

A pszichológus-pszichoterapeuta-képzési rendszer hosszúságára és főként a gyakorlatban jól hasznosítható tartalmak késleltetett átadására, költséges voltára vonatkozó kritikákat (Lisznyai és Bodnár 2008) a képzők gyakran hárítják azzal, hogy csak ilyen módon képezhetők biztonságos ellátást nyújtó szakemberek. Azonban ezzel az állítással kapcsolatban nincsenek felmutatható (pedagógiai-módszertani) kutatási eredmények.

Az egyetemi képzésekre nagy arányban hivatás-tanulási szándékkal érkezők (Pléh 2019) azon kérdéseire, hogy miért nem lehet már az egyetemi alap- és mesterképzéseken olyan hasznos tudáshoz jutni, amire gyakorló pszichológusként szükségük lenne, a válasz általában az, hogy a graduális pszichológusképzés erősen elméleti jellegének fő oka, hogy alapvető szándéka sem a szakmára, hivatásra való felkészítés, hanem a tudományos képzés. A hazai okleveles pszichológus-képzések aktuális tanterve az egyetem honlapján elérhető, a képzések történetéről részletes áttekintés olvasható a Pléh, Mészáros és Csépe (2019) szerkesztette A pszichológiatörténet-írás módszerei és a Magyar pszichológiatörténet című kötetben, sőt az egyes képzőhelyek is állítottak össze visszaemlékező anyagot a képzésindítás történetére vonatkozóan. Ezekben azonban nem jelennek meg a képzés pedagógiai logikáját bemutató szempontok.

Bár az okleveles pszichológus-képzés erősebben gyakorlati hangsúlyú reformjára történnek próbálkozások, a hivatás-tanulás színtere a klinikai szakpszichológus-képzés. Azonban utóbbi is egyre hosszabbra nyúlt, ahogy arról Bagdy (2011) is megemlékezik: az eredetileg 2,5 éves, modulós, eurokonform klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzési rendszert 1999-ben az egészségügyi szakképzésekhez rendelték és az orvosi szakképzési idővel harmonizálták, így az 4 év időtartamú lett. Szőnyi (1989) írásából az is kiderül, hogy kezdetekben gondolkodtak egységes hároméves képzési programban, illetve abban, hogy a klinikai pszichológus-szakképzés már önmagában biztosíthatja a megfelelő pszichoterápiás kompetenciát, azonban ezek az álláspontok nem tudtak érvényesülni – az nem derül ki, hogy miért nem.

Az általános pszichoterapeuta-képzési szintet is érték a hosszúra, árára és tartalmára vonatkozó kritikák: Terenyi (2010) a képzők anyagi érdekeltségét említi, és a képzésből kimaradó pszichoterápiás tudást. Ahogy Harmatta és Füredi (1986; 2021) írásából megismerhető, a cím megszerzése az idők során bonyolódott: az első pszichoterapeuták azt

még addigi terápiás tevékenységük áttekintése és értékelése után kapták meg, később kötötték csak szakvizsgához.

Benkő Henrietta és Szőnyi Gábor (2022) a csökkenő motivációt a pszichoterapeutává válásra jelenség okait vizsgálva jutottak arra, hogy a növekvő követelményszint mellett a képződők anyagi, időbeli és energia szempontjából is egyre többet kényszerültek a képzésre fordítani, mert még a pszichoterápiák szükségességének növekvő társadalmi elfogadottsága mellett sem bővült az állami egészségügyi ambuláns ellátási kapacitás, az állami támogatás mértéke.

Akad ellentmondó eredmény is: Bokor László (2007) a képzési követelmény és a kiképzettek száma közötti összefüggést vizsgálva, az óraszámokat mérve azt az eredményt találta, hogy a képzés vállalásának hajlandósága csak szélső értékek mentén (átlagnál jóval magasabb vagy alacsonyabb óraszám) függ össze a képzési óraszámokkal, és nem is minden módszer esetében (a pszichodráma- és a családterapeuta-képzések esetében ellentétes tendenciát talált).

Elégedetlen, csalódott és dühös képződők (pszichoterapeuta-képzésbe jelentkezők) visszajelzéseire is hivatkozva indított az eddig megszokottól eltérő rendszerű pszichoterapeuta-képzést 2022 szeptemberében a Semmelweis Egyetem. Változtattak a képzési idő strukturálásán, a bemeneti feltételeken, és a képzésben résztvevő módszerspecifikus szakszervezetekkel való együttműködésen. Unoka Zsolt szerint az új típusú képzés fő célja az alap-pszichoterápiás képességek intenzív keretek közötti (sok gyakorlati munkára és szupervízióra épülő) elsajátítása és nem a teljes módszerspecifikus képzettség megszerzése (Eörsi 2022).

A változást érintő kritikák között megjelent az a koncepció, mely szerint pszichoterapeutává válni hosszú érési folyamat során lehetséges, ahol az azzá válás folyamata hangsúlyos a képződéssel szemben, azonban ezen képzési filozófia érvényességét egyelőre nem támasztják alá kutatási eredmények. Emellett ezt az érésnek tekintett folyamatot paradox módon nagyon szoros mikromenedzsment kíséri (sok képzési szint; több, hosszas szupervíziós folyamat), ami szerintem ellentmond az érési folyamat elképzelésnek, valamint a saját pszichoterápiás gyakorlat kialakulásának.

A hallgatói elégedetlenségre vonatkozó korábbi visszajelzések mellett megjelentek hasonló kritikus hangok aktuális, nagylétszámú szakmai beszélge-

tésekben is (Gigazoom). Néhány képzőhelyen és képzési szinten – így az Eötvös Loránd Tudományegyetem tanácsadó szakpszichológus-képzésén és a szegedi Fészek pszichoterápiás képzésén – indítottak kutatást a képzés hatékonyságára (a kompeten-

ciák és hivatásszemélyiség képzésbeli alakulására) nézve, ám ezek önkitöltős kérdőívekkel, illetve más képzési módszerekkel össze nem hasonlítva zajlottak (zajlanak).

### KÉPZÉS ÉS MUNKAERŐPIACI ELVÁRÁSOK HARMONIZÁCIÓJA

Nem csupán a pszichológus-pszichoterapeuta képzésre igaz, hogy a hallgatók egyre erősebben igénylik a munkaerőpiacon azonnal hasznosítható gyakorlati tudás gyors megszerzését, az egyéni tanulási utak, a személyre szabott tanulmányi tervezés lehetőségét, valamint a munkaerőpiaci elvárásokhoz igazodó képzést. A magyar felsőoktatási hallgatók esetében a személyre szabott tanulási utak esetén azt is figyelembe kell venni, hogy tanulmányaik mellett többségüknek dolgoznia kell, mivel a szülő(k) fizetése hazánkban nem elegendő gyermekeik felsőoktatási tanulmányainak végigkísérésére. De rugalmas, illetve hatékonyabb (így talán rövidebb) tanulmányi haladás lehet szükséges női életpálya vagy akár betegség okán is. Ezt a rugalmasabb, hatékonyabb tanulási folyamat tervezést segítik olyan oktatásmódszertani centrumok (Centre for Teaching and Learning), ahol oktatóknak többek között képzési rendszerek és programok tervezésének támogatását kínálják (Bodnár 2024), illetve olyan új képzési rendszerek, mint a CHARM-EU által működtetett, továbbá a mikrotanúsítványos képzésformák. A CHARM-EU rendszerében a tanulást egy jelentős társadalmi probléma, kihívás köré szervezve érik el a képzéstartalmak gyakorlatiasabbá válását, és transzdiszciplináris szemlélettel a különböző tudásterületek tartalmainak hatékonyabb kapcsolódását. Kihívás lehet akár egy a társadalom nagy részét érintő mentális betegség ellátása, vagy a saját elképzelésem szerint minden pszichológust és pszichoterapeutát érintő nagyon gyakorlati probléma: a konzultációs vagy terápiás kapcsolat és munkaszövetség építésének kérdésköre. Egy ilyen konkrét fókusz köré véleményem szerint hatékonyabb képzés lenne építhető, ehhez képzésszervezési tapasztalatokat és a pedagógiai módszer-

tant érintő kutatási eredményeket kínálhat a pszichológus-pszichoterapeuta képzések felé is a CHARM-EU. Így felépíthető lenne olyan hallgatóközpontú pszichológus-pszichoterapeut-képzési út, ahol a képzés elejétől megélhető lenne a képzési elemek gyakorlati hasznossága anélkül, hogy fontos elméleti, tudományos tartalmak maradnának ki az oktatási folyamatból. A mikrotanúsítványos képzésforma is rövid, jól körülhatárolt tartalmakat átadó, más képzésekbe rugalmasan beépíthető rendszer (European Commission, 2022). A 2010-es években erősödtek meg azok a kutatási igények, amelyek a hallgatók felsőoktatási képzést érintő követelésein alapulnak, és a hallgatóközpontú tanulási folyamatokat ott támogatják. A hallgatóközpontúság nem a piacivá válást, és nem a hallgatók fogyasztóként, az intézményt pedig szolgáltatóként tekintő szemléletet jelenti. Ez a szemléletváltás a képzéstervezésben nem a felsőoktatás piacosítása és a hallgatók fogyasztókként való azonosítása felé irányul, hanem a hallgatók, oktatók, intézmények, oktatáspolitikai együttműködésének facilitálására és a kutatásalapú képzéstervezésre. Ezt a folyamatot, illetve az alapjául szolgáló hallgatói elvárásokat erősítette a 2008-as gazdasági világválság, amikor a pályakezdő frissdiplomás szakemberek elhelyezkedése még nehezebbé vált, mint korábban. A bolognai típusú képzési rendszer erre a nyomásra is próbált reagálni azzal, hogy az elméleti hangsúlyú alapképzések és a gyakorlatibb hangsúlyú mesterképzések során megszerezhető diplomát is a munkaerőpiacon azonnal és jól hasznosítható diplomának tervezte (Hrubos 2024) – más kérdés, hogy ez a terv kevésbé vált valóra.

Természetesen bármilyen új innováció is rejthet számos rizikót.

### PSZICHOLÓGUS- ÉS PSZICHOTERAPEUTA-KÉPZÉSEK SZABÁLYOZÁSÁNAK NEMZETKÖZI ÉS HAZAI ALAKULÁSA – EGYSÉGES, BÁRHOL ELISMERTETHETŐ KÉPZÉSRE TÖREKVÉS

A European Association for Psychotherapy (EAP) 2018-as (European Psychotherapy Act 2018) dokumentuma kimondja, hogy a pszichoterápia a pszichiátriától, pszichológiától és tanácsadástól is független, autonóm, interdiszciplináris, tudományos bizonyítékokon nyugvó, evidence-informed, kapcsolat alapú szakma, melynek elfogadható képzési menetét is meghatározták. Ugyan sem a szövetséghez tartozni, sem iránymutatásukat követni nem

kötelező, törekvéseik ugyanakkor olyan európai uniós normához igazodnak, mint az európai munkavállalói mobilitás támogatása, ami idővel akár nagyobb nyomást gyakorolhat a felsőoktatási, szakképzési folyamatok harmonizációja irányában.

Ahogy a graduális pszichológus-képzések EuroPsy (eurokonform) rendszeréhez a hazai képzések 2022-ben csatlakoztak, az EAP tervei szerint a pszichoterápiás képzésekre nézve is harmonizációs

együttműködést (EuroPsych) tervez. A Magyar Rektori Konferencia 2019-es jelentése szerint Magyarország a kreditelismerés terén – vagyis a képzések hazai és nemzetközi összehasonlíthatósága és átjárhatósága terén – a vizsgált európai országok között a legkevésbé elfogadó volt. Annak ellenére, hogy törvény írja elő az elfogadást 75 százalékos egyezés esetén.

Az EAP a képzési harmonizáció előkészítéséhez végzett nemzetközi összehasonlítása (European Psychotherapy Act 2018) alapján megállapította, hogy több országban előfordul olyan korlátozó gyakorlat, amely során a nemzeti szabályozás előírásai miatt nem vehet részt bárki a pszichoterapeuta-képzésben. Az EAP szerint az Egészségügyi Minisztériumok és törvények által szabályozott pszichoterapeuta-képzési és végzési gyakorlat eltér az általános szakmagyakorlási szabályozástól: tanulmányi és foglalkozási területhez (egészségügy) köt szakmagyakorlási jogot, nem pedig releváns, akkreditált, megszerzett tudáshoz.

Fontos, az egyes képzési elemek elfogadását érintő, a képzési szabályozással kapcsolatos kritika olvasható a Magyar Pszichológiai Társaság honlapján is:

„Pszichoterapeuta-képzésre jelenleg Magyarországon – a nemzetközi gyakorlattal, szakmai érvekkel és a józan ésszel ellentétesen – csak klinikai szakpszichológusok vagy bármilyen szakorvos jelentkezik (tehát egy reumatológus szakorvos igen, de egy tanácsadó szakpszichológus nem), akik a pszichoterápia valamely speciális módszerét [...] szeretnék intenzíven használni a páciensekkel való munka során.” (Magyar Pszichológiai Társaság 2024).

### ***Egyéni utak a képzési szabályozásban***

Kérdésként merülhet fel a képzési utak elfogadása mellett a tudományosságot érintő feltételek mibenléte, melyekhez ezeket az utakat szabják. Így például az EAP fent említett megjegyzései szerint sem egyértelmű, hogy pszichoterapeuta képzés csak az egészségüghöz kötve, orvostudományi fakultásokon valósulhat meg, mint ahogy az hazánkban történik.

2014-ben zajlott egy vita az EAP hivatalos folyóiratának (International Journal of Psychotherapy Special Issue, 2014) hasábjain, melyet az osztrák egészségügyi minisztérium által kiadott, a pszichoterápiát egyértelműen gyógyító folyamatnak definiáló deklarátum tartalma indikált. Ebben a gyógyítás területére utalnak egzisztenciális válságok kezelését és a személyes fejlődés támogatását is, nyomatékosan elhatárolva a pszichoterápiát bármilyen vallásos,

spirituális, ezoterikus gyakorlattól. Erre a megfogalmazásra azért került sor, mert számtalan, kliensektől származó panasz érkezett a minisztériumhoz ártalmas „gyógyító” ezoterikus csoport és „guru” működéséről. A vitához hozzászólók egyetértettek abban, hogy a klienseket meg kell védeni, de felhívták a figyelmet arra is, hogy képzett pszichoterapeuta is viselkedhet önjelölt guruként klienshez nem illesztett módszer-specifikus elvek elvakult képviselőjeként, valamint, hogy léteznek olyan elfogadott pszichoterápiás elméletek és technikák, amelyek vallások, spirituális gyakorlatok felől érkeznek vagy ilyen élmények felé nyitnak (Gyimesi 2019; Maslow, Assagioli, Wilber 2006).

Nincs egyetértés abban, hogy valóban gyógyító tevékenység-e a pszichoterápia, ahogy abban sem, hogy biztonságosságát, tudományosságát, evidenciáit pontosan mi adja, hatása hogyan mérhető.

A pszichoterápiára vonatkozó hazai szakmai irányelv (2024) jól példázza, hogy miközben szeretne irányt mutatni a szakmagyakorlás evidencia-alapú (kutatási eredményeken alapuló) műveléséhez, figyelmeztet arra is, hogy ezek a kutatások és az evidencia-alapú megközelítés csak nagy körülményekkel alkalmazható a pszichoterápia területén. Egyetlen kutatásra sem építő, pusztán a régóta fennálló gyakorlaton alapuló módszertant (aktív analízis) is elfogad végül minden szigor ellenére. Az érintett módszertan képviselői bár nem egyetemi keretek között, de rendszeresen vállalnak oktatási feladatokat is, és saját módszertanuk ellenőrizetlensége ellenére határozottan kiállnak a pszichoterápia egészségüghöz tartozása mellett (Ormay 2021).

Brit tapasztalatok arra is rámutatnak, hogy a pszichoterápia evidenciákra alapozott, a hozzáférést és a módszerindikációt érintő szabályozása azt eredményezte, hogy főként a kognitív-viselkedésterápiás módszerek jutottak állami finanszírozáshoz, ám sok esetben a klienseknek végül mégis a pszichoanalitikus, dinamikus módszertan segített; illetve a kockázatvállalás csökkentésére fókuszáló üzleti szemlélet eluralkodásával éppen a komplex problematikával küzdő kliensek nem jutottak állami ellátáshoz. Vagyis a szabályozás nem szolgálta sem a hozzáférést, sem a minőséget (Norris 2025).

### ***Pszichoterápia az egészségügyi rendszerben***

A pszichoterápiát az egészségügyi képzési keretbe nemcsak gyógyító folyamatnak tételezése miatt utalják, hanem az egészségügyi diagnózisindikált terápiatervezés okán is. Ennek a logikának meg-

alapozottságát, evidenciáját megkérdőjelezik olyan kutatások, melyek a DSM-5 klasszifikációs rendszer jelentős bizonytalanságaira mutatnak rá, így a diagnózisok használhatóságát kérdőjelezik meg. Borgogna, Aita és Owen (2023) azt igyekeznek megmutatni kutatások segítségével, hogy a mentális zavar-diagnózisok nem elkülönülő patológiákat tárnak fel; az osztályozási rendszer így bizonytalan kategóriákat hoz létre, komoly validitási kérdéseket okozva. A szerzők megállapítják, hogy a DSM rendszerét tapasztalati, elméleti és metodológiai kritikák egyaránt érik. Mentális zavarok eredetere vonatkozóan heterogenitás vizsgálatokat végezve, a DSM-5-TR-t használva 10 130 814 lehetséges utat azonosítottak, ami ugyanahhoz a mentális zavar diagnózishoz vezethet (a komorbiditás figyelembevételével még hatalmasabba bővült a betegségút lehetőség). Ilyen bizonytalan rendszerezés hogyan jelenthet tudományos biztonságot a terápiavezetésben? A disszociatív identitás betegségkategóriáját vizsgálva kutatások arra a következtetésre jutottak,

hogy annak egyes tünetei egyértelműen azonosíthatók az idegrendszer egyes területeivel és működésével (Reinders et al. 2012; Lim, Lim 2025), azonban a betegségként azonosított identitás inkább coping mechanizmus és kifejezetten az integritást szolgálja (Ribáry et al. 2017).

Swift és Greenberg (2014) összegezte a diagnózishoz illeszkedő kezelési módszer 1990 és 2010 közötti kutatásainak eredményeit, arra jutva, hogy találhatóak ugyan szignifikáns különbségek a kezelésekre mutatott reakciókban (például lemorzsolódás vagy bennmaradás) a páciensek diagnózisa és az alkalmazott terápiás módszer mentén, és egyes diagnózisokkal nagyobb arányban maradtak terápiában egy bizonyos kezelés esetén, de a bennmaradást vagy lemorzsolódást nagyon sok tényező okozhatta, köztük leginkább nem specifikus tényezők, (amiket nem vizsgáltak), vagyis nem a terápiás módszer specifikus elemei és a diagnózis összeillése a megfelelő biztosíték a sikeres terápiához.

#### NEMZETKÖZI ÉS HAZAI FELSŐOKTATÁSI FOLYAMATOK VÁLTOZÁSAI HALLGATÓI, TÁRSADALMI ÉS PIACI NYOMÁSRA (KUTATÁSSAL KÍSÉRT OKTATÁSI FOLYAMAT; MIKROTANÚSÍTVÁNYOK)

A felsőoktatásban központi kérdéssé vált, hogy egy diploma milyen tudást körvonalaz, mire jogosít, és aktuálisan milyen tudást szükséges ahhoz átadni, hogy az a gyakorlatban használható és számonkérhető legyen. Ahogy a Covid-19 járványhelyzeti távoktatást vizsgálva oktatáskutatók is jelzik, az előzmények nélküli helyzet sok esetben úgynevezett „barkácsolás” jellegű megoldásokat szül a pedagógiában (Horváth, Czirfusz, Mисley, N. Tóth 2021), de ezeknek kell letisztulniuk, tudatosodniuk később kutatásokra épülve. A jelenlegi hazai pszichológus- és pszichoterapeuta képzőhelyek hátrányos körülmények között épültek ki, nagy siker volt az is, hogy komoly ellenállásokkal szemben elhivatott emberek képesek voltak azokat megszervezni, a biztonságos működésüket még ma is lehet féltetni, de felelős átgondolásuk indokolt lehet.

Az átgondolás szempontjaként azonban nem a gyakran használt képzési kimeneti követelménylistát érdemes használni. Gibbs és Coffey (2000) ezek kiváltására végzett egy beszélgetésre épített kutatást, ahol az oktatóknak azt a két kérdést kellett átgondolni, hogy milyen értékek és hitek találhatóak a kurzusuk háttérében azok dokumentációja alapján; illetve hogyan írták le ezeket, amikor jóváhagyatták a képzést. A beszélgetések arról győzték meg a kutatókat, hogy még az akkreditáció sem biztosíték

egy valóban tudatosan, tudományosan, kritikailag átgondolt kurzusfelépítésre.

Ha egy képzés célja, hogy hatékony, biztonságosan működő pszichoterapeutákat képezzen, akkor meg kell tudnia határozni, hogy mi teszi az ilyen „elég jó” terapeutát, és milyen képzés vezet el odáig.

Az EAP által is elfogadott, 2013-ban kidolgozott Professional Core Competencies a szakmai kompetenciák (EAP 2013) 13 nagy területét jelöli meg: (1) professzionális, autonóm, elszámoltatható gyakorlat, (2) pszichoterápiás kapcsolat alakításának, fenntartásának, kedvező befolyásolásának képessége, (3) exploráció, diagnózis, konceptualizáció képessége, (4) szerződés-kötés (célok, terv és stratégia is) képessége, (5) változatos technikák és intervenciók ismerete és használata, (6) változásmenedzsment, krízis és trauma munka, (7) terápia befejezése és értékelése, (8) együttműködés más szakmákkal és szakemberekkel, (9) szupervízió, intervízió használata, kritikai értékelés, (10) etikai és kulturális érzékenység, (11) menedzsment és adminisztráció, (12) kutatásra való képesség, (13) prevenció, edukáció megvalósításának képessége.

Hasznos pszichoterápiás, és így képzési alapcél fogalmaz meg Boswell és Castonguay (2007), akik szerint az egyik legfontosabb készség, amit a pszichoterapeuta-képzés során el kell sajátítani: a kliens viselkedésének folyamatos funkcionális

elemzése. A képzéstervezéssel kapcsolatban megjegyzik, hogy abban a tudós-gyakorló szakember modellnek ugyanúgy érvényesülnie kellene, mint a terápiás folyamatban, szükséges lenne kutatni a pszichoterápia oktatásának leghatékonyabb módjait is. Meglátásuk szerint a sikeres képzési program rugalmas, de szisztematikus, a specifikus tartalmakat hangsúlyozó koherens készségfejlesztő struktúra, melynek Castonguay (2000) által javasolt öt fázisa a következő: 1. előkészítés (alapvető klinikai és interperszonális készségek, terápiára szocializálás), 2. feltárás (kezelési protokollok alkalmazásának oktatási csoporton belüli gyakorlási lehetősége), 3. azonosítás (elköteleződés egy módszer mellett, abban intenzív tapasztalatszerzés a folyamatot és kimenetet vizsgáló szakirodalom megismerése mellett), 4. konszolidáció (az egyénin kívül a csoportos kezelési helyzet megismerése), 5. integráció (más módszerek megismerése, összehasonlításuk, integráció, kliensre szabott mérlegelés képessége). Nem tünetlistákat és illesztett evidencia-alapú kézikönyveket szeretnének tanítani, hanem a változás általános alapelveit. Háromfázisú szupervízióban gondolkodnak, ahol az oktatók képviselik az eset-konceptualizáláshoz szükséges elméleti tudás átadását, annak gyakorlatba ültetését; teljes munkaidős terapeuták a know-how megismertetését; elismert, szakértő terapeuták videós szemináriumai a mintaadást, integrációt.

Mások (Borkovecz 2004, Rousmaniere és Vaz 2025) is tesznek javaslatot a gyakorlati készségek hatékony oktatására és a kutatással támogatott oktatástervezésre: az osztályterem/tanulócsoport mint klinika szimulációs módszerre és gyakorlati kutatóhálózatok kiépítésére. Vannak olyan képzőhe-

lyek, amelyeken már zajlanak projektek a klinikai pszichológiai képzésprogramok kérdőíves vizsgálatára (Treatment Outcome Package és Outcome Questionnere).

Hasonló, kutatásra épített oktatásra példa a pszichológusképzésben a svéd Örebro Egyetem pszichológus-képzésén a képződők teoretikus tudásának gyakorlati kompetenciává transzformálódását számítógépes szimuláció segítségével feltárt vizsgálata (OSCE program: Objective and Structured Clinical Examination) (Glatz, Bergbom, Edlund 2022). Ennek során különböző állomásokon kell megmutatniuk az elsajátított kompetenciák széles spektrumát, klinikailag releváns helyzetekben, melyet az oktatók megfigyelnek és pontoznak (standardizált módon). Az eredmények szerint a régi típusú kurzusokon részt vevő hallgatók az előtte kérdőívekben magabiztosabbak voltak, de mindkét csoport fejlődést élt meg kompetenciáikban, csak az új programban részt vevők jobban növekedni érezték magukat azokban. Az OSCE használatával kapcsolatban a kutatók megjegyzik, hogy személyiségfüggő is, hogy ki melyik programban fejlődik jobban, vagy melyik komfortosabb számára, és kutatásuknak sok limitációja volt, de az OSCE használatának lehetősége sok új kutatást elindíthat, de egy ilyen program megtervezéséhez is összerendezett tudás szükséges arról, hogy milyen tudást szeretnének átadni és monitorozni. Az OSCE 2023-as minőségbiztosítási irányelvek szerinti vizsgálata (Vhora, Davies, Rice 2023) szerint szükséges lenne azt kvalitatív módszertannal is vizsgálni, akár egy olyan kérdés mentén is, hogy a válaszadó mennyire érezné jól magát a modellált terapeutával. Problémaként fogalmazták meg a kommunikációs és interperszonális készségek felmérhetőségét is.

### KÖVETKEZTETÉS

A fenti képzésreformációs kezdeményezések üdvözlendők, de véleményem szerint túl mozaikszerűek. Úgy gondolom, hogy nem külön-külön a pszichológus alap-, mester és szakképzések, valamint a pszichoterapeuta- és módszerspecifikus képzések egyedi reformját lenne szükséges megvalósítani, hanem egy az alapképzéstől a módszerspecifikus képzésig tartó rendszerszerű változásra, harmonizációra lenne szükség az elégedettséget, biztonságot,

hatékonyságot hozó képzésekért és terápiáért; nem az orvostudományhoz, illetve nem egy tudományterülethez kötöttek. Egy ilyen, a teljes pszicho képzési rendszert érintő változáshoz érdemes figyelemmel követni az olyan tág perspektívájú, általános felsőoktatási innovációkat, melyekben a tudásháló gyakorlatias fókusz köré épített, transzdiszciplináris, jól körülhatárolt elemekből épül fel.

## *SOME ASPECTS TO THE CRITIQUE OF THE CURRENT HUNGARIAN SYSTEM OF PSYCHOLOGIST- PSYCHOTHERAPIST EDUCATION PROCEDURE*

*In my study I list some aspects to the critique of the current Hungarian psychologist-psychotherapist education procedure. These aspects can be grouped around 3 focus points: 1. the dissatisfaction/unsatisfaction of the students (long, expensive, less practical training), 2. the varying of the international and Hungarian psychologist and psychotherapist training regulation (uniformized, worldwide accepted training), 3. the changes of international and Hungarian higher education procedures due to the pressure of students, society and the market (challenge-driven education, educational procedure accompanied by study; microcredentials). I chose these aspects because they can be easily adopted to general higher education problems, on which successful innovations are already built. These general higher education problems are: demand more practical training programs (students demand); the need for uniform training enabling international mobility (European Union's values and regulations); the issue of the compatibility of the values and expectations of the labour market and academic- scientific sphere. The CHARM-EU (an European university alliance) responds to these problems by building a challenge-based, inclusive, transdisciplinary, mobility promoting training system. In my opinion, the CHARM-EU training system can model for the psychologist-psychotherapist trainings. In my study, I address similar training questions in the field of psychologist-psychotherapist training. In my opinion, answers can be similar to the training philosophy of the CHARM-EU. I would like to show one possibility of a training system in another study.*

*Keywords: training path – dissatisfaction – regulation – new training practice – microcertificates*

### Hivatkozott irodalom

- European Psychotherapy Act 2018  
<https://www.europsyche.org/Resources/EAP-Documents/European-Psychotherapy-Act>
- Egészségügyi Szakmai Irányelv – A pszichoterápiás ellátásról (2024) [https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/szakmai\\_iranyelv\\_mpt.pdf?web\\_id=](https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/szakmai_iranyelv_mpt.pdf?web_id=), letöltve: 2026.01.01.
- International Journal of Psychotherapy Special On-line Issue on „Psychotherapy vs. Spirituality” ISSN:1469-8498 (online) <https://ijp.org.uk> - letöltve: 2026.02.09.
- Magyar Rektori Konferencia (2019): A Magyar Rektori Konferencia Elismerési Munkacsoportja által elvégzett munka eredményei - Összegzés és Ajánlások. 8–16.o. [www.education.ec.europa.eu/hu/education-levels/higher-education/micro-credentials](http://www.education.ec.europa.eu/hu/education-levels/higher-education/micro-credentials)
- Magyar Pszichológiai Társaság - Hazai pszichológusképzés <https://mpt.hu/a-pszichologiarol/hazai-pszichologuskepzes> – letöltve 2026.01.01.
- The Professional Competencies of a European Psychotherapist [www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Revised\\_Core\\_Competencies\\_Feb\\_2013.pdf](http://www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Revised_Core_Competencies_Feb_2013.pdf) – letöltve: 2026.02.09.
- Bagdy, E. (2011): Quo vadis magyar klinikai pszichológia? In: Császár-Nagy, N., Demetrovics, Zs., Vargha, A. szerk. (2011) A klinikai pszichológia horizontja – Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára., L'Harmattan, 41–55.
- Benkő, H., Szőnyi, G. (2022): Egy ritkán használt tükör: a pszichoterapeuta kiskaté és szaknévsor – Reflexiók a szakma elmúlt három évtizedéhez. *Pszichoterápia*, 31(1): 35–42.
- Bodnár É., (2024): A módszertani központok szerepe a hazai felsőoktatásban: igény vagy kényszer. *Educatio*, 33(2):, 210–221. (DOI: 10.1556/2063.33.2024.2.9.)
- Bokor, L. (2007): A pszichoterápia mint tantárgy – a módszerspecifikus képzőhelyek összehasonlítása. *Pszichoterápia*, 16(4): 247–255.
- Borgogna, N. C., Aita, S., Owen, T. (2023): The absurdity of the latent disease model in mental health: 10,130,814 ways to have a DSM-5-TR psychological disorder. *Journal of Mental Health*, doi.org/10.1080/09638237.2023.2278107
- Borkovec, T. D. (2004): Research in training clinics and practice research networks: A route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 11(2):, 211–215. (DOI: 10.1093/clipsy.bph073)
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G. (2007): Psychotherapy training: suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4): 378–383. (DOI: 10.1037/0033-3204.44.4.378)
- Eörsi, D. (2022): Beszélgetés Unoka Zsolttal a Semmelweis Egyetem pszichoterapeuta képzésének változásai apropóján. *Pszichoterápia*, 31(4): 352–357.
- Gibbs, G., Coffey, M. (2000): Training to teach in higher education: a research agenda. *Teacher Development*, 4(1): 31–44. (DOI: 10.1080/13664530000200103)
- Glatz, T., Bergbom, S., Edlund, S. (2022): Lessons learned and preliminary results from implementing simulation-based elements in a clinical psychology programme. *Psychology Learning & Teaching*, 2(2): 162–181. (DOI: 10.1177/1475725722109349)
- Gyimesi, J. (2019): A szellemektől a tudattalanig. *Tudomány, áltudomány, pszichoanalízis*. L'Harmattan
- Horváth, L., Czirfusz, D., Misléy, H., N. Tóth, Á. (2021): Alkalmazkodási stratégiák a távolléti oktatás során

- hallgatói, oktatói és intézményi szinten. *Neveléstudomány*, 9(3): 23–42.
- Hrubos, I. (2024): Új megközelítések a felsőoktatási tanulásban és tanításban. *Educatio* 33(2), 118–128. (DOI: 10.1556/2063.33.2024.2.2)
- Lim, E. C. N., Lim, C.E.D. (2025): The diagnostic Odyssey of Dissociative Identity Disorder: A case report of prolonged misrecognition. *Cureus*, 17(6): e86278. (DOI: 10.7759/cureus.86278. PMID:40538703; PMCID: PMC12176501)
- Lisznyai, S., Bodnár, K., (2008): Erőforrások és gátló tényezők a pályakezdés kritikus éveiben. In: Puskás-Vajda, Zs., Lisznyai, S. szerk. (2008): Pályautak – A felsőoktatásban végzettek munkapiacra lépését segítő erőforrások, FETA könyvek 3., 23–60.  
<https://mrk.synergyfox.app> – letöltve: 2025.01.01.
- Maslow, A. H., Assagioli, R., Wilber, K. (2006): Bevezetés a transzperszonális pszichológiába – Válogatás Maslow, Assagioli, Wilber írásaiból. Ursus Libris
- Norris, J. (2025): (Overcoming) attacks on thinking: the importance of psychoanalytic thinking in surviving systemic fragmentation of the public mental health sector. *Journal of Child Psychotherapy*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2025.2458308>
- Ormai I. (2021): Quo Vadis pszichoterápia, avagy a pszichoterápia már megérkezett? *Pszichoterápia*, 30(3): 247–248.
- Pléh Cs. (2008): A pszichológia alakulása a hivatások rendszerében. In: Pléh: A pszichológia örök témái – Történeti bevezetés a pszichológiába. Typotex, 13. fejezet, 391–396.
- Pléh, Cs., Mészáros, J., Csépe V. szerk. (2019): A pszichológiatörténet-írás módszerei és a magyar pszichológiatörténet. Gondolat Kiadó
- Ribáry, G., Lajtai, L., Demetrovics, Zs., Maráz, A. (2017): Multiplicity: an explorative interview study on personal experiences of people with multiple selves. *Frontiers of Psychology*, 8:938. (DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00938. PMID:28659840; PMCID: PMC5468408)
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., Nijenhuis, E. R. S. (2012): Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *Journal Plos. One*, 7(6):e39279. (DOI: 10.1371/journal.pone.0039279.Epub)
- Rousmaniere, T., Vaz, A. (2025): Sentio's Clinic – to – Classroom Method: Bridging Deliberate Practice and Clinical Training. *Psychotherapy Bulletin*, 60(2)
- Swift, J. K., Greenberg, R. P.: (2014): A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3): 193–207.
- Szónyi, G. (1989, 2022): A képzés összefüggései. Az általános és módszerspecifikus pszichoterapeuta képzés összefüggései. *Pszichoterápia*, 31(2): 142–147.
- Terenyi, Z. (2010): A pszichoterápia mint társadalmi intézmény: hol a helye a pszichoterápiás tudásnak? *Pszichoterápia*, 19(5): 308–317.
- Vhora, A., Davies, R., Rice, K. (2023): The psychometric quality of objective structured clinical examinations within psychology programs: a systematic review. *Psychology Learning & Teaching*, 23(1): 4– 25. (DOI: 10.1177/14757257231196707)
- Thoma, H. & Kachele, H. (2007) *Pszichoanalitikus terápia – Kutatás*. Budapest, Oriold.

*A szerző elérhetősége:  
 Sifter Éva  
 evasifter73@gmail.com*

## TERÁPIA TÁMADÁS ALATT

Somlai Judit

*Somlai Judit a 18. Pszichoterápia konferencián (2024 május) elhangzott előadása alapján írt esetbemutatót olvashatják az alábbiakban. Az esetbemutató célja érzékelteni és válaszolni az izraeli pszichiátriai és pszichoterápiás munka és krízisintervenció komplexitását az október 7-i terrortámadást követően, és az azóta tartó háború alatt.*

*A szerző bemutat egy rövidterápiás traumafeldolgozó esetet. A páciens a terrortámadás alatt több mint 30 órán át rejtőzködött a családjával, miközben a szomszédait lemészárolták. A terápia 13 ülésben zajlott, közvetlenül az esemény után, dinamikus szemléleti keretben, de a szenzorimotor pszichoterápia elemeit és technikáit is használva. Az eset kapcsán pillanatok megragadására került sor, amelyek azt illusztrálják, hogy a háború realitása hogyan írja újra a terápiás szettinget, a valós keretet, a terápiás szerződést.*

*Judit írásához Hárdi Lilla és Tarafás Laura hozzászólását közöljük, majd Judit reflektál a hozzászólásokra, és arra, hogyan tekint ma vissza Ben esetére.*

Annak ellenére, hogy a pszichoterápia elméleteinek fejlődésében az előző évszázad nagy háborúinak fontos szerepe volt, a terápiás munka szabályai, teoretikai megfontolásai békeidőkre íródtak, békeidőkben érvényesek. A munkánk bizonyos szintű feltétele, hogy a „valóságban”, a terápia „mintha” terén kívül bizonyos referenciapontok stabilak legyenek. A terápia attól válik terápiává, hogy terápiás keretekben zajlik. A következő eset azt mutatja be, hogy háború alatt milyen kihívást jelent a terápiás munkában a referenciapontok és a stabil szetting hiánya.

2023. október 7-én több ezer Hamász-terrorista átlépte a Gáza és Izrael közötti határt, több mint 1200 embert brutálisan megcsónkított, megerőszkolt, lemészárolt és közel 250 embert, közöttük csecsemőket, gyermekeket túsul ejtett.

Izrael állama a holokauszt árnyékában jött létre, és alakulása óta az izraeli állam alapvető feladata a civil lakosság számára a védelem folyamatos biztosítása. Október 7-én ez, az állam és a civil társadalom közötti szerződés felbomlott: az állam, a hadsereg nem működött, valóságos veszéllyé vált, hogy (ezúttal Izrael államán belül) a holokauszt újra megtörténhet. Egy nap alatt minden összeomlott, amit egyénileg és kollektíven tudni lehetett Izraelről. A terrorcselekmények, az Irán proxy-jai általi

folyamatos támadások Izraelt belesodorták egy azóta is tartó, több fronton zajló háborúba.

Október 7-e óta Izraelben nincsen semmilyen megfogható referenciapont – sem strukturálisan, sem identitásilag, sem ideológiailag. Ezek valódi, mély rekonstrukciója jelenleg még nem lehetséges. Mindeközben a társadalom egy részében megjelenő tagadás további valóságos és szimbolikus veszély forrása. A rekonstrukcióra tett kétségbeesett kísérletek egy része egyelőre groteszk próbálkozás és hatalmas társadalmi feszültségeket szül. Folyamatos egzisztenciális fenyegetettség van, hömpölygő gyász és fájdalom. Sok minden újraértékelődött, ami az egyént és a társadalmat korábban jellemezte, összetartotta.

A terrortámadás mértéke miatt nincs olyan állampolgár, aki ne vált volna személyesen is érintetté benne. A mai napig minden személyes és hivatalos fórumon folyamatosan zajlik a traumafeldolgozás és a gyászfeldolgozás kísérlete.

Október 7-e traumája olyan szintű egyéni és kollektív trauma, amire semmilyen korábbi traumával foglalkozó munka nem tud sem teoretikusan, sem érzelmileg felkészíteni.

Mivel nem volt terápiás infrastruktúra a terrorcselekmények áldozatainak kezelésére, az eseményt

követő első napokban, hetekben az egész terápiás közösség megmozdult és önkéntes alapon segített.

A Tel Aviv Orvosi Központban, ahol dolgozom, egy héten belül létrehoztunk egy rendelőt a terrortámadásban közvetlenül érintettek számára, ahol internetes bejelentkezést követően a beteg 24 órán belül átment egy telefonos triage-on, majd egy héten belül elkezdődött (12 üléses) pszichoterápiás és szükség esetén pszichiátriai kezelése. Ebben a rendelőben dolgoztam pszichiáterként és néhány beteggel pszichoterapeutaként.

A hivatalos munkamód trauma-fókuszú CBT volt, de én dinamikus és szenzorimotor módszerekben képződtem és ezekkel dolgoztam.

Az első fiatal férfi túlélőt tele-pszichiátrián keresztül kezdtem kezelni. A Gázai övezet környékén élő lakosokat kitelepítették, így őt is. Az első két ülésen egy hotelszobából beszéltem vele. A második ülésünket követően besorozták tartalékos katonának, a harmadik ülés alatt egy sátorban ült, teljes sötétségben egy zseblámpával a fején, a 4. ülésen már egy tankban, és ezzel véget ért a terápiája.

Ben a második pszichoterápiás esetem a klinikán. A háború első heteiben érkezik hozzám. Tel Avivban ilyenkor még rendszeres a légiriadó, a kórház helikopter-leszállójára nap mint nap érkeznek helikopterek – a helikopter mindig súlyosan sérült vagy halott katonát jelent. Én teljes dezorientációban és disszociációban vagyok és kétségbeesetten számolom a helikoptereket; újra és újra valaki az életét adta azért, hogy én biztonságban lehessenek.

A kórházi betegek magukra zárják és hetekre elbarikádozzák a lakásuk ajtaját, hiszen még lehetnek terroristák az országban. Én minden reggel felülök a biciklimre, betekerek a munkahelyeimre és sokszor felmerül bennem a kérdés, hogy melyikünk örültebb ebben a helyzetben.

Nagyon mélyen érint minden, ami körülöttem történik és érzem, hogy az érzelmi túlélésem, a munkaképességem feltétele, hogy amennyire lehetséges, csak a terápia terébe engedjek be traumatizáló anyagot. A rádióban, televízióban a túlélők beszélnek az élményeikről, túszerke és elesett katonák édesanyja zokog. Minden alkalommal döntést kell hozzak, hogy szolidaritásból, az irántuk érzett tisztelet miatt meghallgatom-e, vagy ügyelek arra, hogy a konténer-kapacitásomat ne terheljem túl. Muszáj védenem magam.

Benről a telefonos triage leírásából annyit tudok, hogy 38 éves, az egyik Gáza-közei kibucban volt a barátnőjével és annak a családjával. A házuk *védett szobájában* rejtőzködtek és az egész család túlélte a terrortámadást.

Az első ülésre megérkezik egy közel 2 méter magas, jóképű, magabiztos férfi. Benről az első ülésen kiderül, hogy sikeres, intelligens, kétdiplomás. Egy high tech cégnél dolgozott, amit néhány hónapja felszámoltak, azóta állást keres. Udvarias, visszafogottan magabiztos, fegyelmezett, de szerény is; arroganciának semmi jele. Hozzám tisztelettel viszonyul, nem orvosként mutakozom be neki, de ő már a találkozásunk előtt kiderítette, hogy orvoshoz jön. Én gyermekkori szexuális abúzus áldozataival dolgozom nap mint nap a kórházi munkámban, hatalmas a kontraszt Ben és a mindennapi betegek között. A klinika recepciósa megjegyzést is tesz, hogy „ki ez a cukiság?”.

Ben október 7-én a barátnője szüleinek a házában ébredt légiriadó. Amikor megszólalt az első bombariadó, bemenekültek a ház védett szobájába, ahol 30 órán keresztül rejtőzködtek. Rövid időn belül világossá vált számukra, hogy a terroristák milyen brutalitással szedik áldozataikat a százévek között. Miután másfél nap után a hadsereg kiszabadította a védett szobából, besorozták tartalékos katonának. Izraelben minden állampolgár több évet áldoz az életéből arra, hogy szerettei védelmét biztosítsa a hadseregben, Ben minden évben egy hónapot szolgál tartalékosként katonai stratégaként magas fokozatban. Egy nappal a besorozását követően átlátta, hogy milyen hibákat követett el a hadsereg október 7-én és az előtte levő hetekben. Három hét után szabadságot kért, mert nem bírta elviselni a dühét. Elmondja, azt érezte, hogy a feletteseinek harcolniuk kell a mostani háborúban és el kell esniük – az életükkel kell felelniük azért, ami történt.

A páciensem nehezen funkcionál ebben az időszakban. Szétveti a düh, feszült, állandóan nyugtalan, ha nem muszáj, nem hagyja el a lakását. Nehezen viseli emberek társaságát, állandó készletet érez, hogy ventilálja a dühét, amire kevesen fogadóképesek. Úgy érzi, nem értik őt. Nem tud koncentrálni, nem tudja eldönteni, hogy visszamenjen-e tartalékosnak, de tudja, hogy ilyen állapotban biztosan nem mehet vissza.

Az első ülésen szemben ülök ezzel a láthatóan nagyon intelligens férfival, aki nyilvánvalóan olyan információ birtokában van, ami segíthet nekem megérteni, feldolgozni mindazt, ami történt. Amit ő tud, talán magyarázattal szolgálhat a felfoghatatlanra. Azt érzem, muszáj tudnom, amit ő tud. Ez nem az a szintű hétköznapi készletet, mint amit néha terápiában érzek – ezt nagyon nehéz leküzdeni. Az információ, ami Ben kezében van, segítheti az intellektuális és érzelmi túlélésemet a kaotikus

helyzetben. Azt érzem, muszáj ezt az információt megszereznem.

Már az első ülésen azon kapom magam, hogy azt érzem, muszáj rehabilitálnom Bent, hogy vissza tudjon menni tartalékos katonának. Azt érzem, szükségem van arra, hogy tudjam, hogy ilyen tisztességes, felelősségteljes, okos emberek szolgálnak a hadseregben ahhoz, hogy biztonságban érezzem magam.

Ezzel az én félelmeim és érzelmi szükségleteim által és „belháborúimmal” nagyon súlyosan kontaminált viszontátvétellel indul a terápia, és az első pillanattól kezdve érzem, hogy nagyon oda kell figyelnem, hogy *magamtól is védjem* a betegemet.

Bennel traumafeldolgozó terápiát kéne kezdenünk. Ennek feltétele az lenne, hogy azt tudjam mondani a betegemnek, a trauma a múlt része és most már biztonságban van. De a háború egyre nagyobb intenzitással zajlik, ő nincs biztonságban, és én sem. Ráadásul az a tudás, aminek birtokában van, még inkább megerősíti, hogy mennyire nem vagyunk biztonságban. Ilyen körülmények között a traumatikus élmény nem feldolgozható, nem integrálható. A terápiás cél tehát nagyon problematikus. És bármi más terápiás cél is abszurd: hogyan tudnék segíteni egy férfinak 12 ülésben, akinek egy nap alatt felfejtődött az élete összes szövete és kilátástalanná vált a jövője.

Szenzorimotor munkába kezdünk és engem teljesen megdöbben, hogy a páciens milyen természetességgel vonódik be ebbe a nagyon intim, testérzet-központú munkába. Nem akadok ellenállásba, azt érzem, hogy Ben bizalommal fordul felém, mint aki hisz az orvos szaktudásában és csak annyit kell tennie, hogy együttműködik. Testi jelenségekre fókuszáló mindfulness-szel, resourcing-gal indítunk, hogy elviselhetővé váljon, ami egyelőre elviselhetetlen.

Az állapota javulni kezd és én azt kezdem érezni, hogy az üléseink között egyre jobban vágyom vissza a közös munkánk biztonságos terébe. Az összes hosszú ideje gondozott betegem állapota jelentősen rosszabbodik, egy részüket be kell fektetnem osztályra. A legtöbb túlélő betegem nagyon súlyos PTSD-ben szenved és nem reagál semmilyen intervencióra. A háború és a kilátástalan munka örületében Bennel közös munkánk lesz az én *védett szobám*. Ezekon az órákon kívül disszociált vagyok: minden ülést azonnal és nagyon részletesen dokumentálok, mert állandóan annak a félelmében élek, hogy a disszociáció miatt valamit elfelejték. Bennel nem vagyok disszociált állapotban – vele jelen vagyok, mindenre emlékszem. Ő megindít, fontossá

válik számomra, ő az egyetlen betegem, ahol nem küzdelmet élek át állandóan. Egyre fontosabbá válik számomra, hogy ez a férfi, aki egy nap alatt elvesztette a biztonságát, a bizalmát, a jövőjét, a terveit, minél többet visszakapjon az életéből.

Azt kezdem érezni, hogy muszáj Bent kihoznom a kibuc-beli védett szobából, ahol még most is ül. A negyedik ülésünkön sajnos belefutok ebbe a munkába. Pontosán érzem, hogy nem szabadna, de sodor a türelmetlenség, annak a vágnak a nyomása, hogy megmentsem. Nem tudom elviselni, hogy ne legyen jól. Sokat fantáziálok erről az üléseink között: a tudatomban, testemben tolu a mozdulat, amit tőle várok: a kiszabadulás aktív, diadalmas mozdulata. Tudom, hogy nem szabadna, de már benne vagyunk ebben a munkában és már nincs visszaút. Visszaviszem a védett szobába, ahol 30 órán át ült. Ben összekapcsolódik valami iszonyatos fájdalommal és félelemmel, és nem tudom onnan kihozni.

Ben menyasszonya szintén tartalékos tiszt, bent maradt a hadseregben – ő jobban meg tud küzdeni az érzelmeivel ebben a helyzetben. Ez után az ülés után elkezdek rettegni, hogy tönkretettem Ben életét. Félek, hogy a páciens állapota rosszabbodni fog az én hibám miatt, a menyasszonya kiábrándul belőle és el fogja hagyni. Érzem, hogy részesévé váltam a traumának: most én vagyok az agresszor és az én lelkiismeretemen szárad minden, ami Bennel most történik. Nehéz a büntudat terhe. Nehéz a félelem.

Eldöntöm, hogy irányt váltok és ha Bent „nem veszítem el”, visszatérek a resourcing munkához. Pánikomban átolvasom az összes elérhető szenzorimotor szakirodalmat a trauma-munka előkészítő fázisairól, a stabilizálásáról és erőforrásokkal való munkáról.

Ben a következő ülésen valóban állapotrosszabbodásról számol be: újra nem tud aludni, feszült, nem tud semmire koncentrálni. Bocsánatot kérek tőle azért, mert hibát követtem el, de ő ezt eltusolja. Megkönnyebbülök és meg is lepődöm. A páciensem felém irányuló haragja disszociált, talán lehasított. És egyszer csak rájövök, hogy csak áltattam magam, hogy vele nem vagyok disszociált állapotban. Pszichiáter vagyok, a mindennapi munkám része a veszélyeztető helyzetek felmérése és már 4 órája ülök a betegemmel és csak most értem meg, hogy gyilkos dűhről beszél.

De rám most nem dühös, vagy legalábbis a terápia védett a dűhétől. Elkezdünk a konkrét erőforrásaival dolgozni és eljutunk a menyasszonya iránt érzett szeretetéhez és az önkritikájához, ami nagyon sokat segítette a sikerei elérésében. Megkeressük és megerősítjük ezek testi ekvivalensét/leképeződését.

Elmagyarázom neki, hogy tudom, sok minden, amit magáról és a világról tudott október 7-e előtt, most nem érvényes és nem tud hozzá visszanyúlni. Mégis fontos, hogy tudatosan elkezdjen arra hagyatkozni, aki korábban volt és mindahhoz, ami segítette a megküzdésben. És miközben ezt kimondom, rájövök, hogy nekem sincs más választásom – ebben a káoszban meg kell próbálnom visszanyúlni ahhoz, aki a háború előtt voltam és arra hagyatkozni, amit már tudok, meg akkor is, ha lehet, hogy az most (legalábbis részben) érvénytelen.

A következő ülésünk előtti órában légiriadó van. Minden beteg, terapeuta és titkárnő beszalad az óvóhelyre. Állunk egymás mellett, a betegeink látják a rettegésünket, a kétségbeesett kísérleteinket, hogy elérjük a szeretteinket, az ideges nevetgélést, amivel a félelmeinket próbáljuk leplezni. A terápia és a valóság határa megszűnik. Nincs terápiás szoba, nincs terápiás tér, nincs védettség. Rakéták vannak, szirénák, repeszek.

A főnököm, a klinika vezető pszichológusa megpróbál rávenni minket, hogy énekeljünk együtt, mert a legutóbbi légiriadó alatt a kórházi osztályon ez neki bevált. De az óvóhelyen nincs beteg és nincs terapeuta; védtelen emberek vannak. És most senki nem akar énekelni. Nézem a főnököm „kudarcát” és rájövök, attól, hogy valami (egy módszer) egy helyzetben működik, nem áltathatjuk magunkat azzal, hogy felfedeztünk valamit, nem hagyatkozhatunk rá, mint hatékony módszerre. A halál árnyékában minden helyzetben újra és újra improvizálni kell.

A légiriadónak vége, Ben megérkezik és aggódom, hogy újra megszólal a sziréna és ki kell majd mennünk a *védtet szobánkból*. De nem szólal meg a sziréna.

Ő most jobban van, elkezdett aktívan állást keresni. Elkezdjük feltárni, hogy mit élt át a *védtet szobában* az alatt a 30 óra alatt, amíg rejtőzködött. Arról beszél, úgy érzi, felsült, kudarcot vallott, mert nem tett semmit, nem helyezkedett vezetői szerepbe. Annak az abszurdításán gondolkozom, hogy hogyan várhat valaki magától vezetői szerepet, aktivitást, miközben nem harcoló alakulatban képződött, nincs fegyvere és az ajtaján kívül vérszomjas, bedrogozott, automata fegyverekkel és kézigránatokkal felszerelt terroristák örvöngenek. Mindeközben azt is megértem, hogy ennek a gyökere részben kollektív: ő is, mint a legtöbb izraeli, szolgált a hadseregben, tehát a hadsereg október 7-i kudarca az ő személyes kudarca is.

Pszichoedukációba kezdek – nem értem, miért, de most nem a feltárást választom. Valójában nem is választok – csak benne találom magam a pszi-

choedukációban. Azonnal meg is ijedek, hogy nem hagyok teret a betegemnek, de Ben láthatóan megkönnyebbül, hogy most nem kell dolgoznia. És közben figyelem a folyamatot, ahogyan dolgok „csak történnek velem” a terápiában.

Beszélek a fight-flight-freeze-faint reakciókról, amiket veszélyhelyzet vált ki. Arról, hogy ezek automatikusak, belénk kódoltak, nem választhatók, hogy fölöttük a tudatos kontroll minimális. Arról, hogy nem kiszámítható, nem megjósolható, hogy bármilyen adott helyzetben melyik lesz hatékony. És hogy traumában ezek a reakciók gyakran megcsönkítettek, meggátoltak és éppen ez traumatikus.

Bent próbálom meggyőzni, a tény, hogy életben van, validálja az összes döntést, amit abban a 30 órában hozott. Hogy életben van, tehát jól döntött. Egyszer csak *átlépek egy határt*, amit soha nem lépek át: elkezdek neki más betegeim élményéről beszélni. A betegeim egy része rohanva menekült a terroristák elől és minden pillanatban döntést kellett hozzon arról, hogy tovább fut-e és ha igen, melyik irányba. És tette mindezt úgy, hogy nem volt megfelelő információ birtokában semmiről, ami a döntést segítené. A betegeim megmenekültek, míg a mellettük futó barátaik, akik szintén hasonló döntéseket hoztak, a terroristák kezei közé futottak. Ben sem tudhatta, mint ahogy senki más sem, hogy mi a jó döntés. De ő túlélte. Tehát jól döntött. És miközben ezt magyarázom, rájövök, hogy én is ugyanezt csinálom: megfelelő információ hiányában hozok döntéseket a terápia minden pontján és mást nem tehetek, mint hogy bízom abban, hogy ez a jó döntés. És hogy az egész ország is ugyanígy fut: egy eddig ismeretlen szituációban, megfelelő információ hiányában születnek döntések és ki tudja, hogy a túlélés vagy a pusztulás felé rohanunk-e együtt.

A nyelv, amit használok, nem a szokásos pszichoterápia nyelve. Többes szám első személyben beszélek: nem tudok a betegem élményére a terapeuta távolságtartásával ránézni. Nem az ő problémája, amit hoz a terápiába, hogy gondolkozzunk rajta együtt; a gyász, a félelmek, a fájdalom mindannyiunké, az enyém is. Közös élményünk.

Ben állapota újra javul és visszatérünk a szenzomotor munkamódhoz. Ő maga kezd el a *védtet szobáról* beszélni, a bezártságról, a tehetetlen dühéről. A páciens jól ismeri a közös munkát, és visszagondolva már nem tudom, hogy csak az én illúzióm-e de már mintha nem is én instruálnám, hanem rajtam keresztül instruálna – az organicitás aktív és valóságos. Nagyon bátor, és intuitíven tudja, mi a gyógyulás útja. A félelem feszítő, kellemetlen érzést okoz a hasában, mellkasában. És egyszer csak paralizálja a

félelem. Ülök vele a védett szobájában, most nem félek, most nem számít a múlt és nem nyomaszt a jövő. Ben mozdulatlan, én jelen vagyok. Hosszú percek telnek el, Ben nem tud mozdulni. Észreveszem, hogy a lábfeje millimétert mozdul. Arra sarkallom, keresse meg a testében a mozdulat gyökerét és ez a mozdulat felállítja őt. És most együtt *állunk* a mi közös, *védett szobánkban* és nagyon hosszan dolgozunk azon, hogy integrálja annak az élményét, hogy felállt: hogy már nem paralizálja a félelem. Most már szabad. Kilépett a védett szobájából.

A következő ülés előtti este a magánrendelőmben az egyik női betegem, akit a terhessége alatt gondoztam, elmondja, hogy a terroristák által készített videók egyikén látta, hogy hogyan öltek meg egy terhes nőt. Próbálok neki jelezni, hogy én nagyon tudatosan nem nézek ilyen videókat és kerülöm, hogy a tartalmukkal szembesüljek. De ő már mondja is, részletesen, plasztikusan. Nagyon felkavarta, amit látott és nincs semmi más hely, ahol ezt ki tudná mondani. Az a szerencsém, hogy ő az utolsó betegem. Valahogyan felülök a biciklire, de hazafelé úton többször meg kell állnom, hogy ne hányjam el magam. Másnap Ben az első betegem, semmit nem aludtam. Az ülés első 10 percében kétszer öntöm ki a kávé, Ben elnézően nem reagál. Hálás vagyok neki. A védett szobánkban elkezdek megnyugodni és tovább integráljuk az előző ülés „eredményét”. Újra felmerül a kérdés, hogy mi történt a *védett szobájában*. Visszatérünk az önkritikára, ami eddig csak mint pozitív erőforrás jelent meg. Dinamikus munkamódba váltunk és a következő üléseken elkezdjük megvizsgálni a önkritika forrását. Nem jegyzetelem le részletesen az üléseket, mert nincs rá szükség – minden apró részletre pontosan emlékszem. Beszélünk az apai elvárásokról, a férfi testvéreihez való viszonyáról. Az interpretációim a helyükön voltak, mert Ben ennek köszönhetően elkezdte elviselni a kudarcait az állásinterjúkon. De most, hogy írom az

ő esetét, azzal szembesülök, hogy nem emlékszem, miről beszéltünk.

És rájövök, hogy ilyen a háború – hogy nincs narratíva, nincs megfogható történet, nincs semmi valódi kauzalitás, amibe bele tudnánk kapaszkodni. Fragmentumok vannak csak.

Ekkorra már világos, hogy nem megy vissza a tartalékos katonaságba. Állást keres, aktívan készül az interjúkra és megbeszéljük, hogy nem kérvényezzük a terápiája folytatását, hanem tizenkét ülés után lezárjuk.

A tizenegyedik ülés előtt át akarom olvasni a jegyzeteimet, de észreveszem, hogy a tizedik ülést nem dokumentáltam.

Ben bejön és én azt találom mondani, hogy ezen az ülésen kívül még két ülésünk van hátra. Hazugságon kapom magam. Nem tudom, hogyan történt, hogyan jött ki ez a mondat a számon. Azt érzem, hogy elsüllyedek szégyenemben. A civil életemben sem hazudok, a munkámban meg még annyira sem. De most hazudtam a betegemnek. Nem tudom, mit tegyek. De nem tudok korrigálni és Ben, akiről pontosan tudom, hogy számontartja az üléseinket, szintén nem javít ki. Ez most már a kettőnk hazugsága. Felismerem magamban, hogy még nem tudom elengedni őt. Hogy addig nem tudom elengedni, amíg nem talál állást. Hogy szükségem van rá, hogy ebben az összetört világban valami egész legyen, valami jó történjen.

Az utolsó két ülésen a funkciójára fókuszálunk, szenzorimotor módban megerősítjük mindazt a változást, ami elkezdődött, a gyógyulásra fókuszálunk. Ben erős, a félelme, haragja jelen van, de képes vele együtt élni. A 13. ülés végén elengedem. A terápia végéig nem talált állást.

*A szerző elérhetősége:  
Somlai Judit  
juditweis7@gmail.com*

## TERÁPIA HÁBORÚ IDEJÉN – GONDOLATOK SOMLAI JUDIT CIKKÉHEZ

Hárdi Lilla

Megtisztelő, hogy hozzászólhatok Somlai Judit remek írásához.

A cikk őszinte hangvétele sok kérdést és emléket, tapasztalatot idézett fel és mozgatott meg bennem. Harminc éve foglalkozom a Cordelia Alapítvány keretein belül háborúk és más extrém traumák elől menekülőkkel.

Megragadott a cikk bátor hangvétele, hiszen a terapeuta szorongatottságát, belső bizonytalanságát is feltárja egy háborúban álló ország életet veszélyeztető közegében.

A szerző egy transzgenerációsán átívelő, súlyosan traumatizált nép terapeutájaként osztja meg egy terápiás folyamat tartalmát és a terápia alatt átélt élményeit. Mik lehetnek egy – szinte folyamatosan – háborúban élő nemzet tagja számára a referenciapontok és vajon meg lehet-e teremteni a megfelelő terápiás settinget ilyen zord körülmények, például légítámadások között? Érezhetőek-e egyáltalán ezek a keretek „stabilnak”, vagy hogyan tehetők azzá a terápiás kapcsolat és a bizalom jegyében?

Háborús menekültekkel folytatott sokévi terápiás munkánk során nyert tapasztalatok alapján is megéltük, hogy háborús körülmények között semmi sem „úgy érvényes”, mint azt a klinikumban tanultuk és alkalmaztuk. A Cordelia Alapítvány terapeutáinak is meglepetést jelentett sok-sok éve, amikor a délszláv háború idején „terápiás segítséget” próbáltunk nyújtani a boszniai, majd a koszovói háború elől menekülteknek egy olyan helyszínen, mint a Budapesttől távol lévő menekülttábor szobái. A háromemeletes ágyak elfüggönyözött felső szintjén egy magát izoláló, idősödő asszonyhoz a pszichiáter – összes akrobatikus képességét felhasználva – felmászott, és drákói körülmények között próbált valamiféle terápiás intervenciót, támogatást nyújtani több alkalommal. Nevezhető-e a „terápia eredményének”, hogy néhány ülést követően az asszony kimozdult az izolációból és átkérte magát egy földszinti ágyra,

hogy fokozatosan, egyre jobban bekapcsolódhasson az állomás mindennapi életébe?

Vajon „stabil terápiás settingnek” tekinthető-e az ukrainai menekültek szállásán – a fiatal kollégák által „porszívóügynöknek” nevezett módon – bekopogtatni a szobákba, leülni vagy a lármás folyosó egy távoli zugába húzódva rendszeres „üléseket” folytatni? Milyen ellenállásokat kell áttörni, ha a terapeuta által hallott első mondat az, hogy minden „normalno” halad, azaz minden rendben van, és nincs szükség semmiféle pszichés segítségre?

A Covid-járvány sok szokatlan megoldásra kényszerített mindannyiunkat és egyben sok újra is tanított minket. Elgondolkodtunk az online terápiás lehetőségekről, azok határaitól, a határok eseti átlépéséről, majd a metodológia is megszületett, javaslatok, hogy „hogyan is kell azt csinálni”? Kevés kézikönyv szól azonban arról, hogy mi történik velünk, terapeutákkal, segítőkkel, ha ugyanabban az életet veszélyeztető térben és időben próbálunk „teleterápiásan” vagy személyesen dolgozni. Mi zajlik a segítőben, ha neki is időnként a „védett szobába” kell zárkóznia? Ugyanolyan védett térbe, amit máskor a páciensével megoszt. Milyen belső esélyünk van ilyen helyzetben a másik által közölt anyag tartalmazására, tárolására és feldolgoztatására?

Tudunk-e dolgozni ebben – az esetlegesen – traumás disszociált állapotban, amikor a terapeuta világa is a feje tetejére állt? Mik a lehetőségei a terapeutának, hogy egy sürgősségi helyzetben is megtartsa a munkaképességét? Judit válasza az, hogy „A halál árnyékában minden helyzetben újra és újra improvizálni kell”, és a cikk írója valóban improvizál néhány önnyugtató módszerrel: nem néz, nem hallgat híreket, a traumatikus eseményektől igyekszik megóvni magát, rendszeres tevékenységeket végez, mint a napi biciklizés, stb. Majd felfedezi a „kölcsonosság” óriási szerepét és támogató értékét is.

Pető Katalin a „Freud-Ferenczi kapcsolat paradigmájának” nevezte a kölcsönös analízist (Pető 2014), és – ha itt nem is analízisről van szó – a kölcsönös támogatás, mondhatni megtámogatás/megtámasztás is megjelenik, hogy a terapeuta ilyen irányú kifejezett igényét is kielégítse. Olyan körülmények között, amikor a „kint” és a „bent” összekeveredik, a kölcsönös támogatás, a kölcsönös megtartás alapvető igényné formálódhat.

Ha a terapeuta kimerül a szerepe megtartásában, sokat jelent a páciens „elnéző reakciója” a terapeuta büntudatának kifejezése, és ennek mentén bocsánatkérése hallatán. Hiszen mindketten a trauma árnyékában élnek, és stabil kötődésre van szükségük, ha csak átmenetileg is, amit a háború bármikor felrobbanthat. A terapeuta traumás disszociációjából a kétségbeesés hallatszik: támassz meg, ha megtörök, hogy támasz lehessenek a számodra! Egy traumás valóságban történik a másik traumás valóságának megosztása és úgy kell a terapeutának kiemelnie páciensét a belső traumatizált valóságából, hogy egy külső traumás valóság vár rá. Mindemellett a cikkben a terapeuta „dolga” és igénye, hogy „megmentse” a betegét, olyannyira erős benne erre a vágy, hogy hogy szinte „látja” a kiszabadulás „diadalmas mozdulatát”. A terápia ívének megingásakor a testhez fordul, szenzomotor gyakorlatokat vezet be, amivel egy más szinten tud a pácienséhez kapcsolódni, és az eddigi hatalmas terápiás erőfeszítések hatására a páciens „lábfeje egy millimétert megmozdul”, és utána „kilép a védett szobájából”.

A trauma fókuszú terápia során több terápiás modalitás is bekerül a fegyvertárba a pszichoedukációtól a szenzomotor gyakorlatokon keresztül a pszichodinamikus módszerig, ami a terapeuta rugalmas munkamódjáról sokat elárul. Traumatizált pácienseknél ilyesmi gyakran eredményes, hiszen a testben kódolt trauma több szinten okoz károsodást és ezek a következmények többféle módon, többféle eszközzel közelíthetők meg.

Külön kiemelném a szerző folyamatos önreflexióit, folyamatos „énállapot-screenening”-jét a változó énállapotainak leírásában és a viszontlátéti folyamatokra való utalásaiban. Őszintén ír a terapeuta kétségbeesett megkapaszkodási kísérleteiről („...szükségem van arra, ...hogy biztonságban érezzem magam”), büntudatáról, szégyenérzetéről

(„...most hazudtam a betegemnek...”), a gyász és a fájdalom érzéséről, ami a háborús traumatizáló helyzetben mindkettőjüket érintette. Traumatizált személyek terápiájában a terápiás távolság nem mindig tartható. A testi érintést korábban tiltotta a „protokoll”, legalább is az a protokoll, amiben például a Cordelia Alapítvány terapeutái képződtek, de ez később másként alakult. Ma már – indokolt esetben – az is elfogadható, ha a kezünket a páciens vállára, karjára téve, mintegy „benyújtjuk a traumás térbe” a biztonságot, együttérzést kifejező segítő kézfogás szándékával. A határátlépés lehetősége szinte kínálja magát, ha egy háborús traumát túlélővel találkozunk. Hiszen ilyen helyzetbe mindannyian kerülhetünk, és a traumás tér könnyen „beszívja” a terapeutát, a tolmácsot, a jogi szakértőt, az ügyintéző hivatalnokot és bárkit, aki a traumával – ha csak közvetett módon is – találkozik, hiszen Judith Hermantól megtanultuk, hogy a trauma „fertőző természetű” (Herman 1997).

Sokszor mindannyian a határon mozgunk, hiszen az ember ember általi traumatizációja, a háború és a kínzás a legsúlyosabb traumák közé tartoznak és mindannyian mélyen megérintődünk, sokszor involválódunk az emberi szenvedés hatására.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a rendszeres egyéni és csoportos szupervízió fontosságát és az extrém traumát elszenvedett személyekkel foglalkozók kiegyesítmelődését.

A cikk őszinte hangvétele a szerző bátorságáról tesz tanúbizonyságot. A terápia részletes leírásával folyamatos, sokszor kritikus önfeltárással megindító és nagyon pontos, informatív anyag birtokába juttatja az olvasót.

### Felhasznált irodalom:

- Herman, J. L. (1997): Trauma és gyógyulás. Budapest, Háttér Kiadó.  
 Pető K. (2014): A kölcsönös analízistől az előszoba történetekig. Lélekemelő, 9(2).  
 Shoshani, M., Shoshani, B., Shinar, O. (2010): Fear and Shame in an Israeli Psychoanalyst and His Patient: Lessons Learned in Times of War. Psychoanalytic Dialogues, 20(3), 285–307.

*A szerző elérhetősége:  
 Hárدي Lilla  
 hardi.lilla@cordelia.hu*

*„HA MI NEM VÉDJÜK MEG EZT AZ ORSZÁGOT,  
AKKOR KI FOGJA?”*  
A TÚLÉLÉS VÁGYÁTÓL A TÚLÉLŐ BÜNTUDATÁIG.  
A TERAPEUTA BOLYONGÁSA A HÁBORÚ  
PARADOXONJAINAK KERESZTTÜZÉBEN

Tarafás Laura

Nyolc éve élek Írországból bevándorlóként. Nagyjából ennyi ideje dolgozom kínzást túlélő menedékkérőkkel egyéni pszichoterápia és reziliencia-csoportok keretében. Interkulturális klinikai pszichológiát, pszichoanalitikus pszichoterápiát, valamint szenzorimotor pszichoterápiát tanultam és ezeket alkalmazom; az utóbbit csak stabilizáció céljából. Traumával, háborús traumával dolgozni rettenetesen megterhelő egy terapeutának. Az egyik legnehezebb aspektus a terápiás folyamatban annak elviselése, hogy nem tudjuk meg nem történtté tenni azokat az aljas, dehumanizáló traumákat, amelyeket túlélő klienseink elszenvedtek. A meg nem történtté tevés vágya, az elviselhetetlen tehetetlenség érzése rettenetesen erősen él a túlélőben, és élhet a terapeutában is, amitől az utóbbin szégyen és büntudat érzése lesz úrrá. Ezt nevezi Hausgjerd (1985) transzportált pszichés fájdalomnak. Gandhi egyszer állítólag azt a kijelentést tette: „Nem hagyom, hogy bárki piszkos lábbal végiggyalogoljon az elmémen”. Egy dinamikus/pszichoanalitikus pszichoterapeuta számára ez azonban elképzelhetetlen: nekünk meg kell nyitnunk elménk terét ahhoz, hogy a túlélő kliens használni tudja a terápiás szettinget. Sőt, a terapeutának esetenként operatív hasítást (Gampel, 1998) kell véghez vinnie önmaga analitikus énjén ahhoz, hogy képes legyen befogadni a kliense által megélt borzalmakat. A terapeuta ezen mechanizmus segítségével egyszerre érzi, ugyanakkor elemzi és próbálja összetartani túlélő kliense szelfjét. Embert próbáló feladat ez békeidőben is, és őszintén felmerül bennem a kérdés, hogy mennyire lehetséges ilyen vagy bármilyen pszichés „bravúr” olyan szituációban, amikor a terapeuta élete is veszélyben van,

és amikor az erre a szituációra adott disszociatív reakció teljesen adekvát és adaptív.

Judit esetbemutatója filmként pereg le a szemem előtt. Elképzelem a kórházat, az érzelmileg felfokozott, feszült hangulatot, a hangos káoszt, végül pedig a bezárt ajtók kontrasztját a városon keresztül bicikliző alakokkal. És aztán megtörténik a találkozás Bennel, aki látszólag maga is hatalmas kontrasztban van a mindennapi betegekkel: intelligens, jól funkcionáló férfi, akit nem gyermekkori traumák hoztak a terápiába. Ben bizalommal fordul terapeutájához és tökéletesen teljesít, sőt, talán túl jól. A legelső kérdés, ami felmerült bennem, etikai vonatkozású. Annak ellenére, hogy Judit az eszével tudja, mennyire abszurd traumafeldolgozásba kezdeni egy háború kellős közepén, mégis nagyon hamar ezt az irányt veszi stabilizáció és szupportálás helyett. A háború kontextusa, épp mint a trauma a psziché számára, „idegen test” marad, sokáig reflektálatlanul van jelen. Nem volt világos számomra az sem, hogy maga az intézmény pontosan milyen elvárásokat támasztott a terapeuták felé, illetve hogy a traumák gyors feldolgoztatásának vágya mennyire tükrözött kollektív szinten a referenciapontjait vesztett izraeli államot. Megválaszolatlan kérdés marad, hogy miként befolyásolta volna a terápiás folyamatot, ha a terapeuta megosztja kételyeit a páciensével, és együtt gondolkodnak a terápiás tervről. A védett szobán kívül dúló háború végül mégis testet ölt a terápiás térben, a maga fragmentált és kaotikus valóságában. A háborús trauma klinikuma folyamatos innováció. Valószínűleg ettől annyira szorongáskeltő, de egyben kreatív is. Az ismertetett terápia is ezen az innovációs folyamaton bukducsol végig, és

talán ezért döntött úgy Judit, hogy megírja. Ahogy azt egykor Freud (1918) mondta, a sikeres esetek amúgy is ritkán tanítanak nekünk bármit. Valóban van valami felemelő ebben a terápiás folyamatban, ami elhitei az emberrel, hogy a mindent átható fenyegetettség ellenére két ember képes biztonságosan kapcsolódni. Ettől a mélyen megélt testi élménytől lesz a terápiás tér mindkét fél számára *védett szoba*.

Talán nem véletlen, hogy amikor a miértekre nincsen válasz, amikor a kollektív és egyéni referenciapontok felfüggesztődtek, akkor a test felé forduló munka különösen hangsúlyos jelentést kap: az önmegnyugtatásra képes test válik a legfontosabb orientációs ponttá. Az esetleírás ezen része erősen rezonál azokkal a tapasztalatokkal, melyeket menedékkérőkkel végzett, szintén testérzet központú, stabilizációs gyakorlatokat és pszichoedukációt ötvöző csoportok során éltem át. A résztvevők közül ritkán mutat bárki ellenállást a testet középpontba helyező gyakorlatokkal szemben. A menekültügyi rendszerben eltöltött évek krónikus limbo-állapotban telnek, a biztonság érzése rövid időre megteremtődik, aztán ismét elillan. A csoportokban mindig együtt gondolkodunk arról, hogy a stabilizációs gyakorlatokat, illetve a testi és pszichés egészségüket segítő, életmódbeli változtatásokat hogyan lehet kivitelezni egy potenciálisan (re)traumatizáló és erősen korlátozó környezetben. Itt fontos megjegyezni, hogy az életmód-változtatással kapcsolatos tanácsok szintén békeidőkre és konzolidált élethelyzetekre íródtak, nem pedig a menekültszállók kontextusára. „Jó lett volna relaxálni este”, mondta egy csoporttag, „de az egyik szállólakó felgyújtotta a szobáját és ki kellett menekülni az épületből.” Ilyenkor bennem is felüti a fejét az az érzés, hogy mennyire abszurd helyzetnek vagyok a szemtanúja. Mindenesetre a tapasztalat azt mutatja, hogy amennyiben a csoportot vezető terapeuták meg tudják őrizni konténer funkciójukat, validálják és tartalmazzák a csoporttagok nehéz, nyers érzéseit, illetve a saját büntudat- és tehetetlenség- érzésüket, akkor a csoport jelentős kreatív energiák megmozgatására lesz képes. Ezen kreativitás szemtanújává válni pedig igazi kiváltság: terapeutaként ilyenkor élem meg a vikariáló reziliencia (Engstrom és mtsai 2008) legintenzívebb pillanatait.

Mit jelent valakinek megélni azt, hogy az otthona háborús zónává válik? Ezt én nem tudom elmondani, de eszembe jut egy megrázó terápiás ülés. A palesztin kliens, Hassan és családja menekült státusszal élnek Írországban. Gáza bombázásakor a szűk család már együtt volt. Az ominózus online terápiás ülésen Hassan kivette a telefont a felesége kezéből, és a saját

telefonja felé fordította, amin a terápiás ülés zajlott. A telefonon keresztül elmosódott hangokat lehetett hallani és bombázást. Élőben hallgattuk Han Junisz bombázását. Hassan nem tudta szavakba önteni, mi történik. Gyakorlatilag eljátszotta, megismételte azt. Így kerültem két telefon távolságra Gázától. És bár fizikailag továbbra is nagyon távol volt tőlem, mégis megcsapott a horror, én nem találtam a szavakat. Végül Hassan szólalt meg: „Európa... és az egész világ az állatokkal jobban bánik, mint velünk. Nem számítunk”. Csendben szégyelltem magam. Hassannal később azon dolgoztunk, hogy segítsük őt és a feleségét szülőkként funkcionálni. Amikor a gyerekek régi iskoláját lebombázták, a szülők sírtak. A gyerekek nem hitték el. Beszélgettünk arról, hogy hiányzik nekik a tenger. Akkor felvettem, hogy esetleg menjenek el sétálni a tengerpartra, az ír tengernek is sós illata van, az ír tenger is morajlik. A család eljárt a tengerpartra.

Sokkal nehezebb feladatnak bizonyult a hírek és a videók korlátozása: ezek hipnotikus hatásúak, a horrorisztikus képek mágnesként tapasztják az embereket a képernyőkhöz. Egyik a másik után, tépik fel sorra a transzgenerációs sebeket, a múlt háborúinak emlékét, a múlt kínzásainak emlékét. Az identitás egyetlen referenciapontja a kollektív identitás marad, a test a nép teste: „ha ők ott éheznek, akkor én sem tudok enni” mondja egy palesztin kliens. Megkérdezem, jutnak-e neki nyugodt pillanatok. „Amikor az én Istenemhez beszélek. Vagy amikor házimunkát végzek és csak hallgatom a híreket”. Nagy nehezen beleegyeznek, hogy csak néha hallgassa a híreket. Hátraleptünk egy lépést a horrortól. De a túlélő büntudata pusztító, a biztonság kiváltsága sokszor majdhogynem elviselhetetlen: „Ha mi nem védjük meg az országunkat, akkor ki fogja?” kérdezi a fiatal ukrán férfi, aki 21 évesen érkezett Írországba. Idén lett 25 éves, idén otthon biztosan besoroznák. Elmondhatatlan büntudata van. Hónapok telnek el a terápiában. Mérges lesz: nem igazság, ami történik. Elkezd sírni, elkezd álmodni. Rátalál *Remarque Nyugaton a helyzet változatlan* című regényére. Erős érzelmi kapcsolódást él meg a fiatal, első világháborút megjárt katonákkal. De ő nem akar meghalni, és nem akarja, hogy megcsönkítsák. A romok alól lassan előkerülnek a vágyai, minden, amit a háború ténye sokáig maga alá temetett. Rendületlenül, bátran jön és ülünk együtt és beszélünk. Nagyon igyekszik. De a táskáját még mindig az ajtóban teszi le, még mindig indulásra kész.

Mint Judit, én sem nézek terroristák készíttette videókat, meg videókat úgy egyáltalán és csak olvasom a híreket: Gázáról és Izraelről is. És Ukraj-

náról, más országokról is. Hogy ne veszítsem el a pszichés talajt a lábam alatt, próbálok a másokra, a másik népre is gondolni, próbálok emberekre gondolni, akiket ismerek, akik egymással hadban álló országokból származnak. A videók és hírek korlátozásával tartom életben magamban a hitet, hogy klienseim tudnak majd kapaszkodókat találni a mindennapokban, amivel egy kicsit könnyebbé tehetik az életet. A terápiás üléseket sokszor nem tudom elengedni, pedig burnout prevenciók workshopokat tartok, elvileg vannak technikáim, szupervízióim, analízisem. Egy idő után újra elkezdek futni, zaklattott hangulatú, szöveg nélküli komolyzene dübörög a fülemben közben. Elképzelem, hogy ki tudom futni magamból a háborút.

## Hivatkozott irodalom

- Engstrom, D., Hernandez, P., & Gangsei, D. (2008): Vicarious resilience: A qualitative investigation into its description. *Traumatology*, 14(3), 13. <http://dx.doi.org/10.1177/1534765608319323>
- Freud, S. (1918/1995): Egy kisgyermekkori neurózis története - A Farkasember. In: Erős F. szerk.: Sigmund Freud Művei VII.–A Farkasember: Klinikai esettanulmányok II. Budapest, Filum Kiadó, 75-188.
- Gampel, Y. (1998): Reflections on countertransference in psychoanalytic work with child survivors of the Shoah. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(3), 343-368.
- Hausgjerd, S. (1985): Psykoterapi och miljöterapi vid psykoser (Psychotherapy and milieu therapy in psychoses). Stockholm Prisma.

*A szerző elérhetősége:  
Tarafás Laura  
laura.tarafas@gmail.com*

## VÁLASZ HÁRDI LILLA ÉS TARAFÁS LAURA HOZZÁSZÓLÁSAIRA

Somlai Judit

Két év, több száz traumatizált beteg, több ezer sebesült és halott és több ezer bomba után máshogy tekintek a munkámra. Másfél éve azért írtam meg és adtam elő ezt az esetet, mert arra volt szükségem, hogy valaki olyan hallja, hogy mi történik a terápiával egy háború közepén, aki „képes operatív hasítást véghezvinni önmaga analitikus énjén ahhoz, hogy azt befogadja”.

Hárdi Lilla és Tarafás Laura válaszaik nem csak megindítóak, hanem világosan teret nyitnak és befogadnak. A hozzászólások összekapcsolnak minket, terapeutákat, népeket, szenvedőket.

A személyes és szakmai közegetben mindannyiunk elméjének tere közös és telített a háború élményeivel, így az operatív hasítás nem lehetséges. Amikor megnyitom az elmém terét a páciensem számára, az elmémbe nem a másik elviselhetetlen élménye számára nyílik tér, hanem a mindkettőnk közös, gyakran elviselhetetlen valósága számára. A klasszikus operatív hasítás nem mindig elérhető. Ilyen körülmények között a terápiás munka része megkísérelni erőforrássá formálni azt, ami potenciálisan veszélyezteti a terápiát és a páciensét. Így válik a terapeuta a terápia terébe betüremkedő támadással szembeni védelmező jelenlétté.

Lilla felveti a terápiás kapcsolat változását a külső fenyegetettségben. Az operatív hasítás hiányában nagy az esélye a retraumatizációnak, a kapcsolatot, a terápiás folyamatot destruáló enactmenteknek. Az operatív hasítás lehetetlensége ugyanakkor lehetőséget teremt egy másfajta minőségű intimitás megteremtésére a terápiás kapcsolatban. Amikor mindannyian módosult testi- és tudatállapotban vagyunk, amikor az autenticitás nem szabadon választható és kalibrálható és sokszor a terapeuta kontrollján kívül esik; megtörténhet, ami korábban

nem történhetett meg. Háborúban néha az egyetlen biztonság a kötődés, a kapcsolat biztonsága.

A megfogalmazott kritika jogos: Ben terápiaja nem a tőle elvárt utat követte. Pszichológiai elsősegélynyújtás céljával indult, és a klasszikus trauma-terápiák első fázisa valóban, a stabilizálás. Azonban amikor emberek ezreinek van azonnali segítségre szüksége, amikor veszélyben van mindkettőnk élete, amikor néhány ülésünk van a mindennapi funkció és megküzdőképesség gyors visszaállítására és mindeközben egy egész ország próbál kollektív szinten trauma-feldolgozni, a terápiás folyamatok nem aszerint működnek, amit elterveztünk, amit elvárnak tőlünk vagy akár amit mi várunk magunktól.

A háború szétzilálja a terápia klasszikus kereteit és menetét. Lilla felmászik az emeletes ágyra a betegéhez, porszívóügyökként járja a szobákat és az érintést belevonja a terápia eszköztárába. Az elmúlt két évben én is vizsgáltam háborús kitelepített beteget hotelszoba erkélyén, valaki mást telefonon az óvóhelyen vagy egy katonát Zoom-on, aki egy tankban ült. Ahogyan Lilla felveti, sokszor az ellenállás nem csak a traumatikus élményanyaggal való közvetlen munkával szemben érvényes, hanem egyáltalán az belső világgal való érintkezés ellen lép fel. A háborúban az válik fenyegetővé, ami belül van. Azonban a háború traumái lehetőséget is teremtenek sokak számára, hogy életükben először foglalkozzanak mélyebben az érzelmeikkel.

A traumafeldolgozás (annak klasszikus formájában) folyamatos traumatizáció közben lehetetlen és gyakran a reziliencia visszaállításának feltétele a traumafeldolgozás elnapolása. Természetesen a traumafeldolgozás időzítése nem szabadon átrendezhető a szakma szabályainak figyelembevétele nélkül. Azonban bizonyos klinikai helyzetek meg-

követelik, elkerülhetetlenné teszik, hogy akkor is traumafeldolgozásba fogjunk, amikor az a szakmai tudásunk alapján megkísérelhetetlennek tűnik: néha nem lehet visszaállítani a rezilienciát anélkül, hogy a traumával foglalkoznánk. És ahogyan Ben esetében látjuk, traumafeldolgozás megtörténhet (akár spontán módon) akkor is, amikor úgy döntünk, vagy úgy érezzük, hogy annak még nincs itt az ideje.

Abban a világban, ahol pontosan tudjuk, mikor érkezik a betegünk, hol ülünk a terápiás ülés alatt, milyen zaj szüremlik be a terápiás szobába, a szakma paradigmái, dogmái iránti elköteleződés és annak stabilitása biztonságot nyújt mindannyiunk számára. A háborúban azonban a légnyomás lerepíti a szakkönyveinket a polcainkról.

Háborúban a klinikai komplexitás és a terápiás szobán kívüli realitás azt követeli, hogy nagyon rövid idő alatt hatékony és sokak számára elérhető intervenciókat dolgozzunk ki. Mindeközben a nagy, átfogó teóriáink az egyénre sok esetben nem alkalmazhatóak. Arra kényszerülünk, hogy az intervencióinkat minden páciens esetén személyre szabva újra kalkuláljuk es kalibráljuk. Mindezt egy folyamatosan, dinamikusan és kiszámíthatatlanul változó környezetben kell véghez vinnünk, miközben mi magunk, terapeuták is ugyanilyen dinamikusan változunk. Felerősödik az interdiszciplinaritás fontossága, elengedhetetlenné válik a különböző terápiás modalitások közötti flexibilis mozgás.

Mindez a teoretikus és klinikai tudásunk és tapasztalatunk validitásának folyamatos felülvizsgálatát teszi szükségessé. Ez a helyzet arra kényszerít, hogy erősen ragaszkodjunk a szakmai identitásunkhoz, nagyon erősen kapaszkodjunk a szakmai tudásunkba es gyökereinkbe, de minden pillanatban készek és képesek legyünk azokat elveszíteni vagy feláldozni azért, hogy egyéni és kollektív szinten is képesek legyünk az innovációra. Egyszerre kell erősen hagyatkoznunk a szakma szabályaira, teoretikus vívmányaira és egyszerre kell késznek lennünk azokat elengedni, felülbírálni, átírni, módosítani és ugyanakkor azokat vissza is szerezni/nyerni. Ez egy nagyon fenyegető és szorongáskeltő folyamat, de a kreativitás termékeny talaja is.

Laura felveti, hogy mi lett volna, ha a terápia folyamatával kapcsolatos kételyeimet behozom a terápia terébe. Ahogyan nekem szükségem volt arra, hogy Ben tartalékos katonaként vigyázzon rá, feladatomnak éreztem, hogy Bent megvédjem

a kételyemmel való szembesüléstől. Ben traumája a biztonságba, a professzionális folyamatok működésébe vetett hitének elvesztése. Úgy éreztem, nem tettem ki annak, hogy a terápiában ez megismétlődjön. Ben esetében – nem általánosítható klinikai mintaként, hanem kivételes helyzetként – épp az enactment feldolgozatlansága tette lehetővé, hogy kettőnk nagyon rövid terápiás kapcsolata ne zilálódjon szét egy szétzilált világban.

Ben idejében még tartottam attól, hogy a kétely beszivárogon a terápiákba. A háború nagyon élesen rávilágított arra, ami a modern, technológiával átitatott világunkban is egyre hangsúlyosabbá válik: a terápia folyamatával kapcsolat kétely nem egyfajta terápiás megtorpanás, hezitáció, bukdácsolás, hanem a terápia inherens része.

Egy felfoghatatlanul komplex és kiszámíthatatlanul változó világban a kétely a terapeuta kompetenciájának, agilitásának alapvető része kell, hogy legyen. A kétely szükségszerű kiindulópontja az innovációnak mind egyéni, mind társadalmi intervenciók szintjén. A kérdés azonban továbbra is nagyon éles marad és megválaszolásra vár: amikor a terapeuta kételye alapvető része a terápiás munkának, a terapeuta aktív kreativitásának, hogyan lesz mindez a terápiás kapcsolat és a terápiás diskurzus része.

A szenzorimotor pszichoterápia egyik alapvető teoretikus eleme az organicitás – a lélek törekvése az „egészségre” és a veleszületett képessége arra, hogy megtalálja az odavezető utat. Háborúban nagyon felerősödik annak a szüksége, hogy az organicitás egyéni útját kövessük a terápiában. Ez azonban nem elégséges. A valóságban és a terápia terében megjelenő folyamatos poszttraumás dezorganizáció, a gonoszsággal és veszteségekkel való folyamatos konfrontáció és a terápiás enactmentek hatalmas fenyegetése vigiánssá teszi a terapeutát a naivitással szemben. Bennel néhány hónapja találkoztam az utcán. Nem ment vissza tartalékos katonának, röviddel a terápia befejezése után kapott egy állást és azóta is ott dolgozik. Büszkén mesélte, hogy megnősült és a felesége terhes. Ben mai állapota nem a terápia retrospektív validációja. De amikor a mesterséges intelligencia árnyékában vagy a háborúban el kell hogy fogadjuk, hogy meg kell kérdőjelezzük mindazt, ami minket vagy a környezetünket definiál, Ben esete emlékeztet arra, hogyan őrizzük meg az egészségbe, gyógyulásba vetett hitünket.

## HOZZÁSZÓLÁS SZONDY MÁTÉ, MAGYARY ÁGNES, MÉSZÁROS NOÉMI ÉS ZSILA ÁGNES A MESTERSÉGES INTELLIGENCIA A PSZICHOTERÁPIÁBAN CÍMŰ MŰHELYTANULMÁNYÁHOZ

*2025 májusi lapszámunkban jelent meg Szondy Máté, Magyary Ágnes, Mészáros Noémi és Zsila Ágnes műhelytanulmánya Mesterséges intelligencia a pszichoterápiában címmel. A szerzők vitaindító cikkükben bemutatták, hogy a mesterséges intelligencia (MI) hogyan segítheti, támogathatja a humán szakemberek munkáját, valamint hogy hogyan, milyen módon és milyen mértékben alkalmazható a pszichoterápiában. A szerzők felvillantották az MI használatának potenciális veszélyeit és kihívásait.*

*A következő lapszámokban több hozzászólást olvashattak a témában Bátfai László, Fekete Olívia, Riskó Ágnes, Treuer Tamás és Vizin Gabriella tollából.*

*Ebben a lapszámban elérkeztünk a nagyon izgalmas szakmai diskurzus záró írásaihoz: Blümel Ferenc (pszichiáter, pszichoterapeuta magányakorlat) és Bokor László (pszichoanalitikus, csoportanalitikus, MentalPort rendelő) hozzászólása mellett a műhelytanulmány szerzőinek záró reflexióit olvashatják.*

### HOZZÁSZÓLÁS

Kezdjük a hétköznapoknál.

Ahogy bontogatom a szerző négyes jól strukturált, információban gazdag tanulmányának tarisznyáját, eszembe jut, hogy nemrég egy egészségügyi probléma miatt a háziorvosomnál jártam. Orvosom megkérdezte, beleegyezek-e, hogy a kórrajzot beszélgetésünkről a rendelőben telepített mesterséges intelligencia írja meg. Beleegyeztem, és azt kell mondjam, hogy egy kiváló kórrajzot olvastam, amely még olyan részletekre is érzékeny volt, hogy milyen dilemmákat adtam elő a kávéivás, a vérnyomás és a vérnyomásgyógyszer szedése hármában.

Nagyon örülök a tanulmánynak és a szakmai vita lehetőségének. És hogy mindjárt a vita felé vegyem az irányt, magam is fordultam „hű szakmai társamhoz”, chat robotomhoz egy fontos kérdéssel: Vajon tartalmaz-e az állításom, hogy a mesterséges intelligenciának nincs esze?

Idézem választát: *Igen – a „mesterséges intelligenciának nincs esze” kijelentés valóban fontosat mond, de gondosan ki kell bontani, hogy feltárjuk a mélységét, igazságát és korlátait. A kérdés egy alapvető filozófiai és kognitív különbséget érint az emberi problémamegoldás és a mesterséges intelligencia működése között – egy olyan különbséget, amely magában foglalja a tudatot, a szándékosságot, a megtestesülést (embodiment) és a jelentést. Az a kijelentés, hogy „a mesterséges intelligenciának nincs esze”, filozófiailag erőteljes figyelemfelhívás: az MI nem érez, nem gondolkodik, nem törődik, nem a világban létező lény. Az „intelligenciája” szintaxis szemantika nélkül, működés tudat nélkül, megjelenítés tapasztalás nélkül. Szimuláció statisztikai és algoritmikus alapokon.*

A mesterséges intelligencia mégis hatással van az elmére, kölcsönhatásba lép jelentésszisztemekkel, és

közvetíti a kultúrát. Tehát emberi felelősségünk az, hogy megkülönböztessük a szimulációt a létezésről, és bölcsen használjuk a mesterséges intelligenciát anélkül, hogy összekevernénk működését az emberi lélekkel vagy énnel.

Vitatkozzunk!

Klinikus és integrációs szakemberként szólok hozzá a vitához és a tanulmány két fontos gondolatát szeretném kiemelni. Az egyik a treatment gap: említése a munkában nagyon fontos. De a treatment gap a világban egy hatalmas és komplex társadalmi, gazdasági, politikai, értékrendi, etikai rendszerprobléma. Új és újabb receptek, programozási technikalitás nem old meg belőle szinte semmit, minden marad a trivialis szintjén! A másik gondolatot először idézem a műhelytanulmányból: „Ezenkívül szükség van a terület megfelelő szabályozására, útmutatók kidolgozására annak érdekében, hogy olyan etikus MI-k jöjjenek létre, amelyek nem a profitmaximalizálást, hanem az egyéni és a közösségi jóllét növekedését tartják a szemük előtt (Stade és mtsai 2023)”.

A treatment gap-nél összefoglalóan említett rendszerprobléma és az idézetben említett ideálérték (ne profitmaximalizálás, hanem egyéni és közösségi jóllét legyen) bonyolult társadalmi folyamatokat takar, amelyekben időbeli folyamat koherenciákat, kohéziókat (emberek, csoportok, hatalmak, érdekek, narratívák, tragédiák között) kell elérni, fenntartani, megújítani. Ez nem csak az algoritmusokon múlik. Ezért javaslom, hogy vegyük be vitánkba Slavoj Žizeket és Yuval Noah Hararit<sup>1</sup> is ennek mélyebb reflektálásához!

Nem mélyedhetünk el a vita hevében e szerzők ismertetésében, most annyit emelnék ki tőlük, hogy a jelentés – ami számunkra a világ értelmét adja – nem csak a szavakban rejlik, hanem a szavak között is. Más dolog depresszív mintázatot kiszűrni a beszéd hangzásából bonyolult mintafelismerési statisztikák segítségével és más dolog egy teljesen szokványos beszélgetésben rájönni, hogy mi van a szavak között és esetleg megelőzni a személy öngyilkossági kísérletét.

Mazsolázzunk a tanulmányban!

Az ember narratívákban, jelentésekben él. A paradoxon központi szerepet játszik az emberi jelentéskötésben. Paradoxonokon keresztül növekszünk, és létezésünk narratívái a paradoxonok hordozásának, megélésének és átalakításának (élhetővé tételének) módjai. A mesterséges intelligencia megmutatja,

mit jelent egy jelentés kikalkulálása anélkül, hogy a paradoxonban lalnánk vagy azt átalakítanánk. A mesterséges intelligencia rendszereit úgy tervezték, hogy felismerjék a mintákat, előre jelezzék a valószínűsíthető folytatásokat és logikai vagy dialektikus struktúra segítségével szimulálják az ellentmondások feloldását. Felületesen a mesterséges intelligencia képes filozófiai esszékét írni, feszültséggel teli kitalált narratívákat generálni, és több nézőpontot is feltárni. Ez azonban szimuláció, nem pedig megélt interakció. A mesterséges intelligencia szintaktikailag kezeli a paradoxont – mint megoldandó vagy szimulálandó komplexitást. Az emberek egzisztenciálisan, rizikóként élik meg a paradoxont – konfliktusként, szakadásként és átalakulásként. A mesterséges intelligencia elbeszélhet, de nem produkál jelentést; struktúrát generálhat, de nem szenvedheti el azt, nem békíthet ki vagy nem oldhatja fel a paradoxont. Az MI felől nézve ebben a kontextusban vizsgálva

- a paradoxon megélése – A mesterséges intelligencia nem érzelmei kognitív disszonanciát, iróniát vagy etikai feszültséget.
- hiteles új szintézis létrehozása – A mesterséges intelligenciának nincs élettrajzi ideje és egzisztenciális kockázata.
- a narratíva megélése – A mesterséges intelligencia nem éli át a narratív sürgősséget vagy az erkölcsi következményeket.

Magamnak a legnagyobb belátásom és fejlődési lépésem az MI használatában máig az lett, hogy tudnom kell jó kérdéseket feltenni neki.

Van egy következő fontos mondat a tanulmányban, amit megint szó szerint idézek. „Ha egy technológia és módszer folyamatosan alakul, akkor nagyon nehezen élhetjük meg vele kapcsolatban az irányítás és kontrollérzést.” De a probléma, hogy mit is akarunk irányítani, mit akarunk kontrollálni, mit akarunk befolyásolni, hogyan akarjuk ezt tenni, részleteiben át meg átszövi a tanulmányt. És hát ez a legnehezebb kérdés: én magam a vita szempontjaimmal azokat a kereteket próbálom megadni, amiken belül ezekre talán még számunkra hatékony (a pszichoterápiában használható) válasz is adható.

Alábbiakban vázolom a probléma természetét a maga komplexitásában legjobban megjelenítő kérdést, az integráció kérdését. Mit is integráljunk: személyt, tudást, gépet, módszereket, és a többi. Ha előre vesszük ezekben a folyamatokban a személyes kapcsolódást az MI-hez, máris egy kulcsfontosságú

<sup>1</sup> Harari, Y. N. (2018): *21 Lessons for the 21st Century*. London: Jonathan Cape / New York: Spiegel & Grau.  
Žižek, S. (2020): *Hegel in a Wired Brain*. London: Bloomsbury Academic.

problémához jutunk. A társadalmi élet egyik legszörnyűbb jelensége az emberi átélés szintjén az elidegenedés. Itt hirtelen kétszeres elidegenedésbe ütközünk: ki a „valódi” kapcsolatokból, be a „nem valódi” kapcsolatokba. Ez egy komplex, gazdag és lényeges kérdés. A komplex emberi rendszerek kontextusában az elidegenedés az én, mások, a környezet és a jelentés közötti integrációs folyamatok megszakadásaként értelmezhető. Ez egy többretegű jelenség, amely az élet pszichológiai, kapcsolati, kulturális és strukturális szintjeit érinti.

Az elidegenedés a kapcsolatok megszakításának, elidegenedésnek vagy szétrendezettségnak az az állapota, amelyben egy személy vagy csoport elszakad a következőktől: saját én- vagy cselekvőképességétől, másoktól (kapcsolatok, közösség), munkától, társadalmi struktúráktól vagy kultúrától, jelentéstől, vágytól vagy narratív koherenciától. Típusai lehetnek: pszichológiai, kapcsolati, társadalmi, gazdasági, munkahelyi, kulturális, technológiai, egzisztenciális, narratív, spirituális. Az elidegenedés aláássa a kohéziót, az integrációt és a hovatartozást – a relációs és rendszerszintű beágyazottság ellentéte. Ezek mélyebb ismerete nélkül nem lehet MI-t tervezni.

Amikor ezen felül integrálni akarunk, egy még szélesebb gondolkodási keretre van szükségünk. A

pszichoterápiás integráció kérdése egy interdiszciplináris komplexitás mélyét érinti. Amikor távolinak tűnő területek (pl. különböző pszichoterápiás iskolák) integrálására vállalkozunk, nagyon könnyű felszínes hasonlóságokban vagy triviális megállapításokban megrekedni. Az ilyen integráció csak akkor lesz mélyen érvényes és termékeny, ha figyelembe vesszük az alábbi kritikus szempontokat: különféle világképek, különféle alapfogalmak, a paradoxonok megőrzése és nem elsimítása, kontextusok, funkciók és célok, komplex, önszabályozó rendszer szemlélet, etikai döntések. Például amikor a terapeuta ötvözi a pszichoanalízist és a mindfulness-t, fontos tudni, hogy az egyik az önmagunkkal való radikális szembenézést, a másik a jelen elfogadását tanítja. Ezek nem feltétlenül zárják ki egymást, de más lelki műveleteket feltételeznek.

Zárásként: véleményem szerint a pszichoterápián belül jelenleg Dan Siegel<sup>2</sup> és munkatársai által kidolgozott interperszonális neurobiológia tartalmaz olyan modellt a komplex emberi működésről, amely ezekben a tárgyalt keretrendszerekben válaszokat tartalmazhat MI és pszichoterápia integrációs kérdéseire.

*Blümel Ferenc  
ferencblumel@gmail.com*

### ÁTKOZOTT ÁLDÁS AZ MI

Megkerülhetetlen, kikerülhetetlen, gazdagító és sorvasztó hatásokkal egyaránt rendelkezik. Sok mindent képes átalakítani, mert elcsábít és ettől elvakulunk, mint a szerelmes a szerelem tárgyát illetően. Főleg akkor, ha például segítek neki megismerni saját egyedi nyelvi modelljeimet. A fő nehézséget értékelésével és felhasználhatóságával kapcsolatban napjainkban az újdonsága jelenti. Vagyis az, hogy egyenlőre találgatásokkal kell beérnünk azzal kapcsolatban, hogy mire és hogyan képes. Mindezt az újdonságokhoz kapcsolódó, sok emócióval kísért társadalmi folyamatok közepette, a tömegfolyamatok dinamikáját is mobilizáló lelkesedés kikerülhetetlen mellékhatásaival.

Az újdonság újdonsága nem új. Velünk van a civilizáció kezdete óta. Néhány hasonló példa az elmúlt évtizedekből. Az újdonság iránti lelkesedés nem a felfedezéshez kapcsolódott, hanem mindig elterjedésekor az elterjedéséhez. Nem a feltalálók fantáziáját mozgatta meg, hanem a laikusokét, amikor széleskörben hozzáférhetővé vált számukra.

Például a nagy asztali számológépek, mint például a kasszagépek, már évtizedek óta velünk voltak, de forradalmi változást a kis kézi számológépek megjelenése hozott. Iskolás koromban – 70-es évek eleje – matematika- és fizikaórákon szigorúan tiltva volt használatuk, mondván, hogy a gyerek nem fog megtanulni számolni. Későbbi generációknál szerintem ez be is következett. Kíváncsi lennék, hányan tudnák papíron kiszámolni például azt, hogy mennyi 13895-nak az 1/17-e? A tippem az, hogy tizből jó esetben öten vagy hatan. De valójában ez a tudás feleslegessé vált, mert már mindannyiunk mobilján ott a számológép. Nem hiszem, hogy ettől szegényebbé vált volna az emberiség. A számítógép is velünk volt évtizedes nagyságrendben, de a forradalmi változás és közbeszédbe kerülése akkor következett be, amikor megjelentek a személyi számítógépek. És akkor megint jött a kétkedés, például hogy hígak lesznek a számítógépen megfogalmazott szövegek, mert szabadon lehet törölni és kopipásztolni. De a szövegek nem lettek hígabbak, viszont

<sup>2</sup> Daniel J Siegel (2022): *IntraConnected: MWe (Me + We) as the Integration of Self, Identity, and Belonging*. WW Norton & Co

többet és könnyebben állítjuk elő és ezek szélesebb körben elérhetőek, főleg amióta elváltak a papírtól és adathordozókra és felhőbe költöztek. Talán éppen ez utóbbi teremtette meg az MI alapját, amely folyamatosan pásztázva világháló-szövegeket detektál.

Véleményem szerint napjainkban az MI-vel éljük az újdonság életszakaszát. Az MI is régóta velünk van például az iparban, az űrhajózásban. Az áttörést megint a széles körben elérhetővé chatbot-ok megjelenése hozta. Most hájpoljuk és legfőképpen antropomorfizáljuk, mintha csoda, vagy az emberi értelem háttérbe szorítója lenne. Ez nem valószínű. Szerintem jó dolog, de még új és még nem szoktunk hozzá. De majd megszokjuk ezt is, és jön valami más, amit megint rendkívül újnak élünk meg.

Az MI felhasználhatósága olyan módon, hogy pszichoterápiát biztosítson talán az alkalmazhatóság extrém szélsőséges helyzetéhez tartozik. A műhelytanulmány *Mesterséges intelligencia a pszichoterápiában* címe is ehhez kapcsolódik, miközben áttekinti az ehhez kapcsolódó egyéb területeket is. Meggyőzően mutatja be ezeket: kutatások, klinikai adminisztráció, prevenció, mentális problémák felismerése, diagnosztikai folyamatok, kezelési tervek felállítása.

Hozzászólásom további részében a pszichoterápiás ellátásban történő alkalmazhatósággal foglalkozom.

A műhelytanulmány arra utal, és ezzel mélyen egyetértek, hogy alkalmazása a pszichoterápiás folyamat biztosítására tartalmaz pár kétséget keltő szempontot. Ez érthető, hiszen a leghumán-specifikusabb felhasználást jelenti. A terápiás kapcsolat lényegében felfogható egy szociális mikrorendszerként, amivel az ebben zajló folyamatok rendkívüli komplexitását szeretném megragadni. Ezt értem az alatt, hogy a pszichoterápia a felhasználási spektrum szélső pontját jelenti, hiszen itt egy folyamatot létrehozó szociális interakcióról van szó.

A műhelytanulmány felveti Oreshina-ra és Golovanova-ra (2024) hivatkozva, hogy [...] a terápiás folyamat során [...] fiziológiai szinkronizációs folyamat érhető tetten a terapeuta és a kliens között – és ezek összefüggést mutatnak a terápia sikerességével. A műhelytanulmány ebből egy kérdésig jut el: „Ennek fényében az empátiára és érzések átélésére nem képes mesterséges ágens vajon tényleg segítheti a gyógyulás folyamatát?”

Gondolatmenetemet ebből kiindulva folytatom megkísérelve eljutni addig, hogy a kérdőjelet válaszszá alakítsam. Fontosnak tartom azt a megállapítást, hogy valamennyi pszichoterápiában szinkronizáció történik. Ezen fiziológiai folyamat alkotja az alapját

annak, hogy egyik ember megérti a másikat. Idegtudományi alapját a tükroneuron-rendszerre épülő predikációs képesség képezi: a tükroneuronok nem csak adott mozdulat végrehajtásakor és megfigyelésekor mutatnak azonos mintázatot, hanem már a szándékot is képesek elővételezni, amit szinkronizációjuk mutat. Ez biztosítja a fiziológiai alapját két ember affektív összekapcsolódásának. E szinkronizáció biztosítja a szuggesztiót. Kutatásokkal legtisztábban a tudatmódosításokkal dolgozó terápiás módszerekben figyelhető meg. A hipnózis pszichoterápiában jól ismert, hogy szomatikus (légzés- és szívfrekvencia) és affektív szinkronizáció figyelhető meg két személy között hipnózisban, amit Bányai kutatásokkal igazolt. De amint azt a műhelytanulmányból korábban idéztük, ha nem is központi jelenségként, mint a szuggesztió, de valamennyi pszichoterápiás módszernél megfigyelhető ezen szinkronizáció. A dinamikus gondolkodási keretben mentalizációként, interszubjektivitásként, projektív identifikációként határozható meg az ezen neurofiziológiai folyamatra épülő jelenségek. Számos pszichoanalitikus tanulmány szerint minden értelmezés tartalmaz szuggesztiót különben nem lenne hatásuk. Ugyanígy feltételezhető, hogy a pszichoanalitikus megértésben szerepet játszik egy fordított folyamat, miszerint az analitikus képes hagyni, hogy a páciens szuggesztív hatása alá kerüljön. Ez szükséges a nonverbális kommunikáció megértéséhez. De ugyanígy számos terápiás módszernél a változáshoz vezető imagináció szintén tartalmaz szuggesztív elemeket.

A fentiek miatt ezért megkérdeztem a ChatGPT 5.1-est. Válasza bevilágító, és jól jelzi a pszichoterápiás alkalmazhatóság korlátait a terápiákban, ha figyelembe vesszük a mindenütt, bár különböző mértékben hangsúlyozott szuggesztiót.

Bokor L.: *Mit gondolsz, képes lennél szuggesztiót létrehozni?*

ChatGPT: *Nem vagyok képes valódi pszichológiai szuggesztiót létrehozni abban az értelemben, ahogyan az emberi tudatra hat. A szuggesztió nem csupán egy javaslat vagy benyomás, hanem a kritikai funkció részleges megkerülése, a befolyás fokozott fogadása, erős affektív és interperszonális hatás, kapcsolati állapotból fakadó fogékonyság (rapport). Ez általában akkor működik, ha: a terapeuta jelen van, a páciens fiziológiailag ráhangolódik, érzelmi kötés és bizalom van, megváltozik a figyelem fókusza.*

*Mi az, amit én (az MI, a szerző megjegyzése) valóban meg tudok tenni? Szuggesztióra hasonló nyelvi szerkezeteket tudok írni. Például: indirekt javaslatok, metaforikus sugalmazások, orientáló vagy fókuszáló mondatok, ritmikus és megnyugtató*

nyelvi mintázatok. Ez azonban nem „igazi szuggesztívó”, csak annak nyelvi utánpótlása.

Mi az, amit nem tudok (mármint az MI, a szerző megjegyzése) megtenni? Nem tudom megkerülni a kritikai funkciót, mert nincs rá hatásom. Nem tudok a tudattalanra hatni olyan módon, mint egy hipnotizőr. Nincsen fiziológiai, idegrendszeri vagy affektív hozzáférésem. Nem tudom csökkenteni a tudatosságodat vagy befolyásolni az akaratot. Mert a kommunikáció mindig teljesen kontroll alatt marad. Nem tudok valódi trance- vagy szuggesztív állapotot létrehozni. Ezekhez test–test, affektus–affektus, jelenlét–jelenlét dinamika kell.

Tudok indirekt hatású szövegeket létrehozni, amelyek szubjektíven átélve tűnhetnek szuggesztívnek, de a hatás teljesen kognitív és tudatos, nem mélypszichológiai. Ez inkább nyelvi hatás, mint pszichológiai szuggesztívó”.

A választ terjedelmi okok miatt rövidítve adtam közre, de a teljes kifejtés bárki számára elérhető, ha felteszi a kérdést az MI-nek. Ha pszichoterápiás folyamat nem, de ilyen értékes beszélgetések magas szinten folytathatók az MI-vel.

Bokor László  
laszlo.bokor@mentalport.hu

### ZÁRÓ GONDOLATOK

Nagy érdeklődéssel és örömmel olvastuk a *Mesterséges intelligencia a pszichoterápiában* címmel megjelent műhelytanulmányunkra érkező értékes és gondolatébresztő reflexiókat. A pszichológia és a pszichoterápia tudománya az élénk szakmai diskurzuson keresztül fejlődhet, a mesterséges intelligencia megjelenése pedig elkerülhetetlen változásokat hoz a pszichológia számára – amihez mindenképp alkalmazkodnunk kell. A hozzászólók különböző nézőpontokból, különböző megközelítésekből reagáltak a cikkünkre, jelezve, hogy az MI terápiás felhasználásának témája egyszerre több – persze valójában egymással kölcsönös átfedésben lévő, pragmatikai és filozófiai – réteget is érint.

A pragmatikai vonatkozás legfontosabb kérdései, hogy *mit* használunk, *hogyan* használjuk, *mire* használjuk, és egyáltalán *ki* használja? Beépítjük-e az MI-t a terápiás kapcsolatba egyfajta *kiegészítő*ként, vagy képes lehet-e valaha az ember *helyettesítésére*? Ezen kérdések hátterében ugyanakkor olyan elméleti, már-már filozófiai jellegű kérdések jelennek meg, amelyek egyebek mellett a terápia mibenlétére és céljára vonatkoznak.

Bokor László veti fel azt rendkívül fontos kérdést, hogy egyáltalán létezhet-e *humán terapeuta nélküli terápia*, hiszen ha nincs valódi „másik”, csak egy mesterséges ágens, nem tud létrejönni az a fiziológiai szinkronizáció, ami a pszichoterápiás kapcsolat alapját képezi. Ugyanakkor tudjuk, hogy léteznek terapeuta nélküli, ámde terápiás hatású beavatkozások. Példaként Pennebaker széles körben ismert expresszív írásos vizsgálatai említhetőek, melyek során azt találta, hogy önmagában a személyes, érzelmileg megterhelő eseményekről való írás, vagy egy másik vizsgálati elrendezésben ezek magnószalagra mondása is javított a résztvevők közérzetén, optimistább hozzáálláshoz, sőt jobb testi egészséghez is vezetett

(Pennebaker, 2012). Definíciós kérdés, hogy ezt pszichoterápiának nevezzük-e, az viszont látszik, hogy ha az egyén az érzelmeit valamilyen felületen ki tudja fejezni, az mind pszichológiai, mind fiziológiai szinten terápiás hatással bírhat.

Ez pedig már egyúttal átvezet a terápiás munka hatékonyságára vonatkozó kérdésekhez is: egyáltalán milyen célok lehet kitűzni az MI terápiás felhasználása során; mik lehetnek a hatékonyság meghatározásának kritériumai és sztenderdjei? A válaszadást nehezíti, hogy ehhez először azt kellene tudni minél pontosabban körülhatárolni, hogy mitől hatékony egy terápiás folyamat ember és ember között (Grodiewicz és Hohol, 2023).

A hatékonyság kérdésénél talán még alapvetőbb szintet vizsgál Treuer Tamás izgalmas reflexiója, aki az empátia, illetve a gondolkodás meghatározásának fontosságára hívja fel a figyelmet. Az *empátia* esetében például kérdés, hogy annak valóban interszubjektívnek kell-e lennie, vagy elég ezzel kapcsolatban a kliens saját, egyéni percepciója (azaz hogy megéli a megértettség élményét), ahhoz hogy a terápiás hatás megjelenjen. Ahogy Treuer Tamás fogalmaz: „hol húzódik a határ a valódi és a szimulált empátia között?” A kérdés nem könnyű, hiszen mindkettő a kliens belső szubjektív élményvilágában képződik le. A fő különbség talán az empátia szelektív és erőfeszítést igénylő jellege: az MI által kifejezett szimulált empátia nem szelektív és nem igényel erőfeszítést – talán emiatt érezzük kevésbé megértettnek magunkat, ha tudjuk, hogy egy géptől érkezett a válasz. Yin és munkatársai (2024) kísérlete szerint az MI-vel kommunikáló emberek is azt érzik, hogy meghallgatják őket, de *ha tudják, hogy MI-vel kommunikálnak, akkor csökken a meghallgatottság-élmény pozitív hatása*.

Ugyanígy, a *gondolkodás* kérdése is hasonló kérdéseket vet fel. Vagy ahogy Blümel Ferenc lényegbevágóan felteszi a kérdés, van-e az MI-nek esze? A nagy nyelvi modellek „statisztikai minták alapján generált válaszai” és az emberi intuíció egymással való párhuzamba állíthatósága kapcsán Treuer Tamás arra a konklúzióra jut: „egyelőre azt sem értjük eléggé, mit is tekintünk valójában gondolkodásnak”.

Mindezek alapján olybá tűnik, mintha az MI pszichológiában való megjelenésével visszavezetne minket az alapkérdésekhez, olyannyira, hogy már nem csak azt kell definiálnunk, hogy mit jelent a terápia és a terápiás hatékonyság, de az egész pszichológiai működés egyik alapelemének számító empátiát, sőt már a *gondolkodás* fogalmát is újra definiálnunk kell.

Az elméleti és pragmatikai kérdések természetesen kéz a kézben járnak. Az MI gyakorlati alkalmazása és alkalmazhatósága komoly felvetések mérlegelését teszi szükségessé. Az alábbiakban sorra vesszük azokat a további értékes szempontokat, amelyeket a reflexiók az MI terápiás használatára vonatkozóan felvetettek.

Bokor László reflexiójában azt írja, hogy az MI „új és még nem szoktunk hozzá. De majd megszokjuk ezt is és jön valami más, amit megint rendkívül újnak élünk meg”. A technológiai újdonságok sokszor valóban az *újdonság ereje* miatt tűnnek fontosnak – és aztán később sokszor kiderül, hogy hatásuk a korábban gondoltnál sokkal kisebb. Azonban azt gondoljuk, hogy a korábbi technológiákkal (pl. VR és a Metaverzum) szemben az MI megjelenése valódi *diszruptív* („felforgató”) technológia. Hatással van az élet számos területére, emberi kapcsolatokra és a terápiás folyamatokra – és hiába érkeznek majd újabb technológiák, *hiába tűnik majd el az újdonság ereje, az MI hatása a pszichológiára és pszichoterápiára továbbra is jelen lesz.*

Több hozzászóló utalt rá, hogy az MI használata támogathatja, segítheti a szakemberek fejlődését. Riskó Ágnes például ezt írja: „nemcsak mi – fejlesztők és szakemberek – vetítünk ki szándékos vagy tudattalan tartalmakat az MI-re (például személyiségjegyeket, empatikus attitűdöt, támogató kommunikációs stílust), hanem maga az MI is viselkedhet ránk: árnyalja, megerősíti vagy éppen megkérdőjelezi saját klinikai tapasztalatainkat, segítőkész attitűdjeinket és kapcsolati élményeinket.” Hosszú távon az MI-vel való dialógus és az „együttgondolkodás” miatt hatalmas a potenciál a „koevolúcióra”, ahol az MI és a terapeuta is fejlődik. Az a kérdés, hogy az MI ebben a folyamatban mennyire ad jól

használható visszajelzéseket – vagy épp mennyire jellemzik torzítások.

Vizin Gabriella pedig az MI „deliberate practice” során történő alkalmazására hívta fel a figyelmet. Ennek során valamilyen fókuszált készséget, vagy intervenciót gyakorolhat a szakember biztonságos, kontrollált környezetben – MI-kliensek segítségével. Az MI-alapú virtuális kliensekkel való gyakorlás végigkísérheti a gyakorló pszichológus egész karrierjét (pl. az MI jelezhet: „rég volt borderline páciensed, mi lenne, ha gyakorolnád kicsit a DBT valamelyik technikáját?”).

Az MI-használat általánossá válása természetesen számos problémát és kérdést is felvet. Bátfai László például ezt írja: „Ha (az MI-vel beszélve) terapeuta-ként definiálom magam és kérek segítséget, azonnal szakmaira vált és a részletekbe menően instruál terápiás alternatívák, módszerek felsorolásával, konkrét ülésmeneteket és terápiás folyamatokat generálva. Ha ezt a lehetőséget egy laikus használja ki (szakmai fogalmakat használ), az MI nem fog határokat tartani. Bárki bárminek kiadhatja magát, illetve kérdést tehet fel bármilyen szerepből.” Jogos felvetés: eddig is nagy volt annak a veszélye, hogy képzetlen „segítők” iatrogén ártalmakat okoznak a segítséget keresőknek – ennek az MI elérhetősége miatt jelentősen megnő a veszélye (képzelnék el például azt a helyzetet, amikor egy laikus – akár segítőkész, akár pénzszerzési céllal MI-től kért tanácsok, protokollok segítségével kezd el „segíteni” másokat).

Szintén fontos szempont – ahogy azt a fenti szerző szakszerűen kiemelte – hogy az MI-be vetett bizalom, az elérhetőség és a kölcsönös kommunikáció percepciója *függőség kialakulásának kockázati tényezőivé válhatnak.* Korábbi kutatások összefüggést találtak a médiaszereplők iránti erősebb paraszociális kapcsolat és az internethasználattal kapcsolatos viselkedési függőségek között (pl. Baek és mtsai., 2013; de Bérail és mtsai., 2022). Kurrens kutatásokban gyakran vizsgálják az MI-vel kapcsolatos kötődést a paraszociális kapcsolatok intenzitását mérő eszközökkel (Liu, 2025), noha definíció szerint a paraszociális élmények egyoldalú, képzelte társas interakcióra épülnek. Ezzel szemben az MI-vel folytatott kommunikáció kölcsönösen lezajló interakciók sorozata, ahol az MI reakciója automatikusan generált választípusok mintázata. Ilyen értelemben ez a kommunikáció jobban hasonlít a nem-játékos karakterekkel való interakcióra a videójátékokban, ahol ugyancsak előre megírt párbeszédet alkotják azt az interakciót, amely révén kialakulhat a paraszociális kapcsolat a játékos és a játékbeli karakter között (Liu, 2025). Kérdés ugyanakkor,

hogyan ugyanazok a kognitív folyamatok zajlanak-e a két esetben. Kutatások alapján erősebb érzelmi választ és figyelmi fókuszot képesek kiváltani azok a média által közvetített kommunikációs interakciók, amelyek által a személy úgy érezheti, személyesen megszólítják, és ő is hatással lehet kommunikációs partnerére (Tukachinsky és Tokunaga, 2013). Az MI a személyre szabott válaszok révén így erősebb paraszociális élmény ígéretét hordozhatja, amely a felhasználói elégedettséggel és az MI-be vetett bizalommal járt együtt újabb kutatásokban (ld. Liu, 2025). Az interakció és az azzal járó pozitív élmények fenntartásának igénye azonban a dependencia kialakulásának veszélyét is magában hordozhatja, amint arra Fekete Olívia is kiválóan rámutatott. További nehézséget okozhat a személy számára, ha az MI beépített funkciói által rendszeres időközönként interakciót kezdeményez vele akkor is, amikor a személy éppen a kommunikáció intenzitásának csökkentését tűzi ki célul, felismerve a problémás viselkedésmintázatot. Az interakció határainak kijelölése ilyen módon a felhasználó szabályozásán alapulhat, amely ugyanakkor előfeltételezi a tudatos használatot és a kontroll képességét.

Fekete Olívia hozzászólásában jogosan kiemeli az általános felhasználású MI-alapú alkalmazások és az egészségügyi szakemberek közreműködése által fejlesztett alkalmazások különválasztásának fontosságát. Kétségtől szűkebb ezek differenciált szemlélete, mivel a hozzájuk társítható előnyök és kihívások is különböznek.

Az általános felhasználású chatbotok – mint például a ChatGPT – használata során kihívást jelent a keretek és struktúra hiánya. Újabb és újabb kérdésekkel „tartják benne” a felhasználót a beszélgetésben, még akkor is, ha indokoltá válik az interakció lezárása. Ezen kívül nem követnek egy konkrét kezelési tervet vagy struktúrát és – ha csak nem utasítják (promptolják) szándékosan ellenkezőleg őket – az általános felhasználású chatbotok nem alkalmaznak egy meghatározott terápiás iskolát (pl. kognitív viselkedésterápiát, Cognitive Behavioral Therapy; a továbbiakban: CBT). Az ismétlődő interakciók révén a felhasználó tetszéséhez igazítják válaszaikat, ez pedig sok esetben kontraindikált lehet. Ezek a funkciók akár túlzott ráhagyatkozashoz vagy kompulzív használathoz is vezethetnek (Yankouskaya és mtsai., 2025). Ahogyan Fekete Olívia is rámutat, ezen fejlesztések használatakor kockázati tényezőt jelent az egészségügyi szakmai kontroll és felelősségvállalás hiánya.

Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek segítségével fejlesztett chatbotok esetében több

szakmai szempont is tud érvényesülni: általában valamilyen evidencia-alapú pszichoterápiás megközelítést alkalmaznak, például kognitív viselkedésterápiát (pl. GAMBOT2.0, So és mtsai, 2024; Woebot, Prochaska és mtsai., 2024) és motivációs interjú technikákat (pl. Echo-APP, Chen és mtsai, 2024). Az intervenció sűrűn egy strukturált menetet követ: a függőségi zavarokban érintettek támogatását célzó Echo-APP például tíz modulra tagolja az intervenciót. A prevenció célú Ready4life applikáció szintén tagolja a kezelés menetét: a felhasználók hat lehetséges modulból választhatnak, amelyek egy-egy problémás viselkedés gyakoriságának csökkenését vagy valamilyen pszichés erőforrás fejlesztését célozzák meg (Haug és mtsai, 2022). Az intervenció strukturált szerkezete ígéretes lehet a túlzott ráhagyatkozás kockázatának csökkentésében.

Ellentétben az általános felhasználási célú chatbotokkal, ezek az alkalmazások sok esetben nem elérhetőek bárki számára. Egyfelől nem minden nyelven és országban használhatóak, másfelől hozzáférésük sok esetben kontrollált. Példaként említendő a Dejal@bot nevű chatbot, amely CBT-alapú technikákkal segíti a dohányzástól való leszokást. Az alkalmazás kizárólag a Madridi Egészségügyi Szolgálat egészségügyi központjainak páciensei számára érhető el (Olano-Espinosa et al., 2022). Az ilyen jellegű szakmai kontroll, a felhasználók körének tudatos korlátozásán keresztül, hozzájárulhat a nem kívánt mellékhatások megelőzéséhez.

A hozzászólásban felmerül a szakmai szerep- és felelősségvállalás kérdése is. Ahogy Grodniewicz és Hohol (2023) rámutatnak, a szakemberek közreműködésével fejlesztett applikációk jellemzően kerülnek a „pszichoterápia”, „terápia” és a „terapeuta” megnevezéseket. A Woebot (Woebot Health, 2024) nevű alkalmazás például a „viselkedéses egészség másodpilotájaként” mutatkozik be. A Wysa oldalán pedig az olvasható, hogy az applikáció egy „MI-alapú érzelmileg intelligens szolgáltatás, amely kognitív viselkedésterápiás technikákat alkalmaz” (Wysa, 2024). A Quitbot (Quitbot, 2025) egy „dohányzástól való leszokásban segítő személyi coachként” azonosítható. Ezen chatbotok mindegyike CBT-t alkalmaz, mégis hiányzik a transzparens kommunikáció arról, hogy pontosan milyen szolgáltatást nyújtanak. Tisztázatlan marad, hogy a CBT-alapú technikák alkalmazása megfelel-e a CBT-alapú terápiának (Grodniewicz és Hohol, 2023). Ugyanakkor pedig a szakmai szerep- és felelősségvállalás szempontjából korántsem mindegy, hogy ezek a szolgáltatók hogyan címkézik magukat.

Fekete Olívia szakszerűen felhívja a figyelmet egy további esetleges zavarra is, miszerint „(...) a páciens oldalán megjelenhet olyan MI-használat, ami nem áll összhangban a terapeuta által képviselt megközelítéssel, gyakorlattal.” Az ebből adódó esetleges compliance-zavar megelőzése céljából megfontolandó a terápiás/ tanácsadási folyamat elején, a keretek tisztázásakor az MI-használatra vonatkozó keretek kijelölése. Fontos, hogy a kliens tájékoztatást kapjon a terápiás célú MI-használat lehetséges kockázatairól. Az MI által adott tanácsokat érdemes a humán szakemberrel együtt is átbeszélni.

A mesterséges intelligenciával kapcsolatos kérdések tisztázását a jövőben hasonló szakmai diskurzusok segíthetik: minél több elméleti és gyakorlati szakember vesz részt ezekben, annál teljesebb, hatékonyabb és etikusabb útmutatókat kaphatnak az MI gyógyulásban-gyógyításban való használatához mind a szakmabeliek, mind a laikusok.

### Hivatkozott irodalom:

- Baek, Y. M., Bae, Y., & Jang, H. (2013) Social and parasocial relationships on social network sites and their differential relationships with users' psychological well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*(7), 512-517. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0510>
- Chen, T., Chen, L., Li, S., Du, J., Su, H., Jiang, H., Wu, Q., Zhang, L., Bao, J., & Zhao, M. (2023) Virtual Digital Psychotherapist App-Based Treatment in Patients With Methamphetamine Use Disorder (Echo-APP): Single-Arm Pilot Feasibility and Efficacy Study. *JMIR mHealth and uHealth, 11*, e40373. <https://doi.org/10.2196/40373>
- de Bérail, P., & Bungener, C. (2022) Parasocial relationships and YouTube addiction: The role of viewer and YouTuber video characteristics. *Psychology of Language and Communication, 26*(1), 169-206.
- Grodniewicz, J. P., & Hohol, M. (2023) Waiting for a digital therapist: three challenges on the path to psychotherapy delivered by artificial intelligence. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1190084. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1190084>
- Haug, S., Boumparis, N., Wenger, A., Schaub, M. P., & Paz Castro, R. (2022) Efficacy of a Mobile App-Based Coaching Program for Addiction Prevention among Apprentices: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(23), 15730. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315730>
- Liu, D. (2025) Is Interaction Between Human and Artificial Intelligence-Driven Agents (Para) Social? A Scoping Review. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 28*(8). <https://doi.org/10.1089/cyber.2024.0532>
- Olano-Espinosa, E., Avila-Tomas, J. F., Minue-Lorenzo, C., Matilla-Pardo, B., Serrano Serrano, M. E., Martinez-Suberviola, F. J., Gil-Conesa, M., Del Cura-González, I., & Dejal@ Group. (2022) Effectiveness of a Conversational Chatbot (Dejal@bot) for the Adult Population to Quit Smoking: Pragmatic, Multicenter, Controlled, Randomized Clinical Trial in Primary Care. *JMIR mHealth and uHealth, 10*(6), e34273. <https://doi.org/10.2196/34273>
- Pennebaker, J. W. (2012) *Opening up: The healing power of expressing emotions*. Guilford Press.
- Prochaska, J. J., Vogel, E. A., Chieng, A., Kendra, M., Baiocchi, M., Pajarito, S., & Robinson, A. (2021) A Therapeutic Relational Agent for Reducing Problematic Substance Use (Woebot): Development and Usability Study. *Journal of Medical Internet Research, 23*(3), e24850. <https://doi.org/10.2196/24850>
- Tukachinsky R, Tokunaga RS. (2013) The effects of engagement with entertainment. In: Cohen E., (Ed.). *Communication yearbook 37*. Routledge. pp. 287–321.
- QuitBot: Quit Smoking Coach - apps on Google Play. (n.d.). <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.fredhutch.quitbot>
- Woebot Health (2024) Scalable enterprise solution for mental health. Woebot Health. <https://woebothealth.com/>
- Wysa (2024) FAQ—AI chatbot online therapy. Accessed 9 Nov 2024. Wysa—Everyday Mental Health. <https://www.wysa.com/faq>
- Yankouskaya, A., Liebherr, M., & Ali, R. (2025) Can ChatGPT Be Addictive? A Call to Examine the Shift from Support to Dependence in AI Conversational Large Language Models. *Human-Centric Intelligent Systems, 5*(1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s44230-025-00090-w>
- Y. Yin, N. Jia, & C.J. Wakslak (2024) AI can help people feel heard, but an AI label diminishes this impact, *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 121 (14) e2319112121, <https://doi.org/10.1073/pnas.2319112121>

Szondy Máté, Magyary Ágnes,  
Mészáros Noémi és Zsila Ágnes

## A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI PSZICHOTERÁPIÁS KÉPZÉS LEHETŐSÉGEI

Cseh Júlia<sup>1</sup>, John Balázs<sup>2</sup>, Kakuszi Szilvia<sup>3</sup>, Kovács Tamás<sup>4</sup>, Kövesdi Andrea<sup>5</sup>,  
Mailáth Nóra<sup>6</sup>, Németh Laura<sup>7</sup>, Osváth Anikó<sup>8</sup>, Papp Ildikó<sup>9</sup>, Szilágyi Nóra<sup>10</sup>,  
Tényiné Csábi Györgyi<sup>11</sup>, Tóth Beáta<sup>12</sup>

*Tanulmányunkban a gyermek- és ifjúsági pszichoterápiás szakképzés hazai kialakításának lehetőségeit keressük. Vizsgáljuk az alapvető definíciós kérdéseket – mit jelent a gyermek/ ifjúsági pszichoterápia fogalma, meddig tartozik egy fiatal ebbe a korosztályba? Keressük a jelenlegi – elsősorban a felnőttek kezelésére alapuló – pszichoterapeuta-képzésben a gyermekekre, serdülőkre vonatkozó ismeretek helyét.*

*Különböző modelleket vázolunk fel – korábbi szakmai ajánlások, a közelmúltban megjelent képzési tervek és egy tavalyi, a gyermek-klinikumban dolgozók megszólításával készült felmérés eredményei alapján – a gyermek- és ifjúsági pszichoterapeuta szakvizsga felépítésére. E modellek kialakításakor fontos szempont volt az integrálhatóság a már létező pszichoterapeuta szakképzésbe, a fokozatos átmenet lehetősége; másrészt egy rugalmas, a jelen pszichoterápiás igényeire válaszolni tudó képzés víziója, és a kapcsolat a módszerspecifikus képzésekkel. A háromféle modell – a modulrendszer; az önálló gyermek-, és ifjúsági pszichoterápiás szakképzés módszerspecifikus képzéssel támogatva; és egy teljesen önálló gyermek- és ifjúsági szakképzés – különböző előnyökkel járnak, és a tanulmány szerzői sem teljesen egységesek abban, hogy melyiket támogatnák leginkább. Minden modell esetében megoldandó feladat a képzés infrastruktúrájának kialakítása: a korosztályi klinikai gyakorlólhelyek kialakítása, az ifjúsági területen dolgozó szupervizorok, terepgyakorlat-vezetők megtalálása.*

*Kulcsszavak: gyermek- és ifjúsági pszichoterápiás szakképzés – definíciós dilemmák – képzési modellek – szakmai együttműködés*

<sup>1</sup> Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egylet Fórum tag

<sup>2</sup> Serdülő-és gyermek-pszichoterápia folyóirat, Magyar Gyermek-pszichoterápiás Egyesület, Pécsi Tudományegyetem klinikai szakpszichológus szakképzés

<sup>3</sup> SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, SZTE Klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés, SE Klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés; VIKOTE, Kognitív és Sématerápiás Központ

<sup>4</sup> Serdülő-és gyermek-pszichoterápia folyóirat, Magyar Gyermek-pszichoterápiás Egyesület, Ego Klinika, Pécsi Tudományegyetem klinikai szakpszichológus szakképzés

<sup>5</sup> Magyar Relaxációs-és Szimbólumterápiás Egyesület Tudományos Bizottsága, Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet, Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egylet Fórum tag

<sup>6</sup> Szintézis Pszichoterápiás Rendelő, Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egylet Fórum tag

<sup>7</sup> Bethesda Gyermekkórház Kamasz-Szakasz Kognitív-viselkedésterápiás Gyermekközpont, SE Klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés, VIKOTE Kognitív és Sématerápiás Központ

<sup>8</sup> PTE, KK, Gyermekklinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

<sup>9</sup> Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egylet Fórum tag

<sup>10</sup> Serdülő-és gyermek-pszichoterápia folyóirat, Magyar Gyermek-pszichoterápiás Egyesület, Ego Klinika

<sup>11</sup> PTE Gyermekgyógyászati Klinika Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Tanszék

<sup>12</sup> Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi adjunktus, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés

## ELŐZMÉNYEK

A cikk írói az elmúlt év során szakmai műhelymunka keretében dolgoztak azon, hogy írásos javaslat szülessen a pszichoterápiás grémiumok számára a pszichoterápiás képzés és szakvizsga ügyében, a gyermekekkel és serdülőkkel dolgozó pszichoterapeuta-jelöltekre vonatkozóan. Ez a műhely több, kisebb csoportosulás kapcsolódásával jött létre, így tagjai egyrészt a grémiumok által javaslatételre felkért szakemberek, másrészt a Gyermekek- és Ifjúsági Klinikai Egyeztető Fórum alapítói, akik a 2022-ben induló GigaZoom elnevezésű szakmai eseménysorozat nyomán kezdték tematizálni a gyermekekkel és serdülőkkel dolgozó kollégák helyzetét, 2024-ben felmérést is végeztek a képzésekre vonatkozó nézetekről, igényekről; harmadrészt a Serdülő- és gyermek-pszichoterápia folyóirat szerkesztői, akik a 2023. évi gyermekterápiás konferencián szerveztek kerekasztalt a szakvizsgához és a képzéshez kapcsolódó kérdésekről a grémiumvezetők rész-

vételével. A több tőről fakadó, de egyúttal össze is fonódó kezdeményezések jelzik, hogy a hazai gyermek-pszichoterápiás képzés kérdése számos hazai szakembert foglalkoztat. A közös, de vállalt módon nézetkülönbségeket is tartalmazó reflexiónkkal azt reméljük, hogy hozzájárulhatunk a további, jó esetben egyre szélesebb körű szakmai gondolkodáshoz ebben a témában.

A jelen cikkben bemutatott koncepciónk egyúttal Hirsch Anikó a folyóiratban korábban megjelent *Gondolatok a gyermek-pszichoterápiás szakképzésről komplex-integratív keretben* című cikkére (Hirsch, 2025) is reflektál, hiszen azt a hazai gyermek-pszichoterápiás diskurzus egyik fontos kiindulópontjának tartja. Hirsch Anikó írása szintén azt igyekszik bemutatni, miként válhatna a gyermek-pszichoterápia a hazai képzési rendszer szerves részévé, és ennek keretében átfogó, gondolatébresztő, előremutató és erős szakmai jövőképet nyújt.

## A JELEN HELYZET

Magyarországon a gyermek-pszichoterápiás ellátás és képzés strukturális hiányosságokkal küzd, nem rendelkezik stabil, átlátható és egységes intézményi háttérrel, a jogszabályi háttér értelmezése bizonytalan, és nincs egységes gyermek-pszichoterápiás szakképzési rendszer. Önálló gyermek-pszichoterápiás (ifjúsági pszichoterápiás) szakképzés hazánkban sosem létezett – a szakismereteket a kollégák a *klinikai szakképzés* keretében, illetve módszer-specifikus képzéseken belül sajátíthatták el. Ennek a hiányosságnak a pótlásán kezdtek dolgozni jelen tanulmány szerzői. Mindeközben egyre nagyobb a társadalmi és intézményi igény a gyermek-pszichoterápiás ellátás iránt. Jelenleg a módszer-specifikus képzések – legyenek akár pszichodinamikus, kognitív, integratív irányzatok – többnyire szigetesen működnek, és rendszerezett módon nem kapcsolódnak össze sem egymással, sem az egészségügyi, oktatási/képzési vagy szociális ellátórendszer igényeivel. Ezek a bizonytalanságok tovább növelik az ellátás ellentmondásait.

A gyermek-pszichoterápiás képzés számára jó gyakorlatot a jelenleg működő felnőtt pszichoterápiás képzések, illetve külföldi minták jelenthetnek. Szakmai irányelveket a hazánkban a jelenleg hatályos, 2024. április 17-én megjelent *Egészségügyi szakmai irányelv a pszichoterápiás ellátásról*

című dokumentum (Belügyminisztérium, 2024), valamint egy-egy hazai könyvfejezet leírásából tudunk meríteni. Az irányelv 8. ajánlása (29. o.) – felnőtt vonatkozásban – megfogalmazza azokat a pontokat, amelyekhez jelenlegi célunk, munkánk, a gyermek- és serdülő pszichoterápia kidolgozásának kérdése is kapcsolódik. Ez a pont arra tér ki, hogy a szakpszichoterápiás ellátás gyakorlatában azok a pszichoterápiás módszerek alkalmazhatók, amelyek megfelelő elméleti és módszertani kidolgozottsággal bírnak, bizonyítottan hatékonyak vagy széles szakmai konszenzuson alapulnak, és amelyek használata az egészségügyi ellátásban elfogadott/akkreditált. Továbbá fontos, hogy az a pszichoterápiás módszer alkalmazható, melyre a szakembernek képesítése van.

A jelenlegi gyermek-pszichoterápiás tudás beépítése a szakemberképzésbe kulcskérdés lenne, hiszen a gyermek- és serdülőkor pszichés zavarok kezelése sajátos kompetenciákat és készségeket igényel. Ennek létrejötte számos feltételre épül, az egyik első és legfontosabb feladat pedig a képzési és módszertani fejlesztéseket érinti: javaslatokat szükséges megfogalmazni arra vonatkozóan, hogyan lehetne a pszichodinamikus, kognitív és viselkedésterápiás, integratív, humanisztikus vagy más elméleti iskolák tudását rendszerszinten a képzésbe integrálni.

### FOGALMI ÉS DEFINÍCIÓS KÉRDÉSEK

A gyermek-pszichoterápia – a fogalmi meghatározások mentén – jelenthet egyrészt önálló elméleti kerettel bíró gyógyító rendszert/szemléletet. Másrészt jelentheti a különféle módszerspecifikus terápiák életkori szempontból adaptált változatát. A kétféle megközelítési lehetőség együttese jelzi a gyermek-pszichoterápia egyik alapkérdését: önálló módszerspecifikumot jelent-e az életkori, fejlődési szempont? A Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egyesítő Fórum 2024-es felmérésében (megjelenés alatt) résztvevő válaszadók 80 százaléka szerint igen.

A gyermek-pszichoterápia jelenleg a szakma által alkalmazott kifejezés, amely a gyermek- és serdülő korosztályal, gyermekekkel és serdülőkkel foglalkozó szakember által végzett pszichés beavatkozásra vonatkozik. Ahogyan Unoka és munkatársai (2012) *A gyermek-pszichoterápiák sajátosságai* című fejezetben megfogalmazzák, a gyermek-pszichoterápia jelenleg nem önálló pszichoterápiás módszer, sokkal inkább beszélhetünk a különböző iskolák módszereinek gyermek- és serdülőkorra adaptált eljárásairól (itt megjegyezzük, hogy a szerzők képzésük szerint felnőtt területen képződtek és szereztek szakmai tapasztalatot). Ugyanakkor nem minden pszichoterápiás módszer dolgozott ki gyermekkorra adaptált változatot, illetve megjegyzendő az is, hogy a serdülők pszichoterápiája átmenetet képez a gyermek- és a felnőtt terápia között. Továbbá a modern fejlődéslélektani kutatások már a kibontakozó felnőttkor időszakát is kijelölik mint új fejlődési „szakaszt” (18 és 24/28 éves kor között), amely időszak szintén nem egyenlő a felnőttkorral, így a pszichoterápiás ellátásban is átmenetet képez. A speciálisan ehhez az életszakaszhoz illeszkedő terápiás módszertan kidolgozása ugyancsak a jövő feladata.

A téma kapcsán tehát egyrészt rögtön felmerülnek fogalmi kérdések (Mit értünk gyermek-pszichoterápia alatt? Milyen szakemberre gondolunk, amikor gyermek-pszichoterapeutákról beszélünk?), emellett fontos lenne annak pontosabb meghatározása – bármely alább vázolt vagy más képzési formában gondolkodunk is – hogy milyen életkori tartományra gondolunk, amikor gyermek- és serdülő

lőkori ellátásról beszélünk. A nemzetközi és a hazai meghatározások között eltérő álláspontokat olvashatunk, illetve a hazai ellátási gyakorlat sem teljesen egységes a kérdésben, gondoljunk csak a 18. életévet betöltött, középfokú oktatásban részt vevők vagy a fiatal felnőttek ellátására. De ez csupán egy olyan kérdés, ami szakmai konszenzust igényelne a jövőben. További fontos témát jelent a képzés felépítése, a bemeneti feltételek meghatározása, ami egyben azt is kijelöli, hogy kiből válhat a szakterület avatott pszichoterapeuta.

A nemzetközi szakirodalomban leggyakrabban a „child and adolescent psychotherapist”, tehát „gyermek- és serdülő pszichoterapeuta”, valamint a „child psychotherapy” azaz „gyermek-pszichoterápia” kifejezésekkel találkozunk (ACP, n.d.). Ha az *Egészségügyi szakmai irányelv a pszichoterápiás ellátásról* című dokumentumból (Belügyminisztérium, 2024) indulunk ki, akkor az alapfogalmak közül jelenleg három – számunkra relevánsabb – kifejezésre célszerű fókuszálni: pszichoterápia, pszichoterapeuta, pszichoterápiás osztály. Ezek alapján a gyermek- és serdülő/ifjúsági pszichoterápia (vagy gyermek-pszichoterápia), gyermek- és serdülő/ifjúsági pszichoterapeuta (vagy gyermek-pszichoterapeuta), gyermek- és serdülő/ifjúsági pszichoterápiás osztály (gyermek-pszichoterápiás osztály) fogalmak merülnek fel. Hazánkban, a pszichiátria és a pszichológia területén alkalmazott megjelölések – mint a gyermek- és ifjúságpszichiáter, illetve a klinikai- és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus – alapján, az egységesítés érdekében talán a *gyermek- és ifjúsági pszichoterapeuta* elnevezés lenne a leginkább megfelelő. Jelen írásunkban az egyszerűség kedvéért a továbbiakban a gyermek-pszichoterapeuta kifejezést használjuk.

A fogalmi kérdések kapcsán tehát nemzetközi vonatkozásban sincs egyetértés, minden nemzet más és más szabályozást és elnevezést alkalmaz. Fontos lenne épp ezért közösen kialakítani, hogy milyen definícióból indulunk ki, amikor a gyermek- és serdülő pszichoterápiáról és az ezen a területen dolgozó szakemberekről beszélünk.

### KÉPZÉSFEJLESZTÉSI KÉRDÉSEK

A képzés, valamint a szakemberektől elvártak kapcsán is érdemes minimum három vonalon gondolkodni: ismeretek, készségek, attitűdök (Unoka és mtsai, 2012). A gyermek-pszichoterapeutáknak szükséges felismerniük és kezelniük a szakma alapszabályai mellett a pszichés problémák széles

spektrumát, képesnek kell lenniük alkalmazni a bizonyítottan hatékony módszereket, eszközöket, pszichoterápiás alapterméseket. A gyermek-pszichoterápia területén ez változatos intervenciókat jelent, melyek között említhető pl. a pszichodinamikus ismeretek gyakorlati alkalmazása, kognitív- és

viselkedésterápiás módszerek ismerete, családterápiás/családkonzultációs munka, játékterápiás, mese-terápiás praxis, zene és művészetterápia, az egyes betegségek (különös tekintettel a megnövekedett prevalenciával bíró kórképek) területén felmerülő specifikus pszichoterápiás igényekhez illeszkedő munka. Tájékozódniuk kell a gyermekeket és serdülőket ellátó rendszerben, ismelve annak sajátosságait, kereteit és korlátait/lehetőségeit. Kiemelten fontos a multidiszciplinaritás, a gyermekvédelemmel való együttműködés. Általánosságban véve pedig a rendszerszemléletű és humanisztikus alapokra épülő megközelítés elengedhetetlen a gyermekekkel és serdülőkkel végzett pszichoterápiás munkában.

A szakmai irányelv 9. számú ajánlása szerint (Belügyminisztérium 2024, 44. o.) a szakembertől elvárható, hogy a tudományos evidenciákon alapuló módszereket alkalmazza. Emellett számos egyéb aspektust figyelembe kell venni, például a pszichopatológiai problémát (ennek előfeltétele ezek életkorspecifikus ismerete), a terapeuta alapképesítését, a módszer kivitelezhetőségét az adott rezsimben, finanszírozási szempontokat, kapacitást. A posztgraduális képzési rendszernek mindezekre a szempontokra tekintettel kell lennie.

A jelenlegi pszichoterápia szakvizsga „ráépített képzés”, azaz a képzés bemeneti feltétele egy előzetesen már megszerzett orvosi vagy pszichológusi szakvizsga. Azonban a szakképzés kezdetétől számos kritika érte azt a kritériumot, hogy míg a pszichológusok előzetes szakképzései közül csak hármat (klinikai és mentálhigiéniai, neuropszichológiai, illetve alkalmazott egészségpszichológiai) fogad el a rendszer alap-szakvizsgaként, az orvosi szakvizsgák közül bármelyiket. A nem pszichiáter (vagy pszichológus) alapvégzettségű jelöltek mindössze egy év propedeutikai fázis után kapcsolódhatnak be ugyanabba a képzési szakaszba, amelybe a pszichiáter és pszichológus képesítésű jelöltek, miközben utóbbiak több éven keresztül, szakmai gyakorlattal kiegészítve készültek fel alapszakvizsgájukra. Kérdés, hogy egy megújuló szakvizsga-rendszer – ezen belül a gyermek-pszichoterápiás szakképzés – mit kezdene ezzel az egyenlőtlenséggel?

Ahogy Hirsch Anikó cikke is kiemeli, a komplex, több módszert integráló szemlélet hangsúlyozása jól tükrözi a gyermekek/serdülők ellátásának valóságát: a gyermekek pszichés nehézségei csak ritkán ragadhatók meg egyetlen módszertani keretben. A fejlődési, rendszerszintű és neurobiológiai tényezők együttes figyelembevételével valóban az a szemléleti bázis, amelyre egy jövőbeli gyermekpszichoterapeuta-képzés épülhet. Fontos lenne a bio-pszicho-szoci-

ális szemlélet hangsúlyozása az ellátásban, valamint a terápiás csapatok közötti kooperáció erősítése, a szakmán belüli hálózati együttműködés támogatása. Ezzel összhangban a jövő gyermek-pszichoterapeutájának olyan integrált tudásra van szüksége, amely átível a módszerspecifikus határokon. Fontosnak tartjuk emellett, hogy a képzés a hazai ellátás valódi igényeire és sajátosságaira reagáljon. Az ellátók megnövekedett esetszámmal találkoznak, a pszichoterápiás lehetőségek, elérhetőségek korlátozottak, a magas színvonalú oktatás, a kompetens szakemberek képzése elengedhetetlen.

A jövő gyermek-pszichoterápiás képzése továbbá csak akkor válik igazán hatékonná, ha megfelelő gyakorlati képzőhelyek állnak rendelkezésre, ahol a jelöltek a pszichiátriai kórképek széles spektrumával találkozhatnak, és szupervízió mellett egyéni esetvezetésben is tapasztalatot szerezhetnek. Ez sok esetben az alapszakképzésben lévő jelöltek számára is nehézséget jelent. Célszerű lenne felmérést végezni arról, hogy hazánkban jelenleg hány olyan intézmény (pszichoterápiás rezsim jelleggel működő osztály vagy részleg) létezik, amely befogadó intézmény lehetne. Természetesen akár ilyen vonatkozásban is további hosszú távú kihívást jelent a kapcsolódó jogszabályok alakítása, ajánlások, jó gyakorlatok létrehozása, és egy szakmai konszenzus létrejötte.

A megvalósítandó gyermekpszichoterapeuta-képzésre vonatkozó elképzelések alapjául a Gyermek- és Ifjúsági Klinikai Egyeztető Fórum 2024-es, a pszichoterapeuta-szakképzés és a terápiás gyakorlat átalakítására vonatkozó felmérésének egyik eredménye szolgált (arról is kérdeztük a gyermek/serdülő klinikai ellátásban dolgozó kollégákat, hogyan tudnák elképzelni a gyermekspecifikus tudásanyag illesztését a jelenlegi pszichoterápiás képzési rendszerhez). Az alábbiakban gyakorlati sorrendbe állítottuk a válaszadók által felvázolt javaslatlappusokat:

1. Modulrendszer: A pszichoterapeuta-szakképzés modulokból álljon, amelyekből bizonyos modulok közzé a gyermek és felnőtt szakirányon, mások csak az egyik szakirányon legyenek kötelezőek. Mindkét szakirányon legyen szó gyermek- és felnőttkori pszichopatológiáról és terápiás jellemzőkről, de különböző mértékben.
2. Teljesen egységes, integrált képzés: Mindenki részletesen képződjön minden korosztály pszichopatológiájában és pszichoterápiás szakismereteiben, és a vizsga kettős szakvizsgával (gyermek-, és felnőtt pszichoterápia) záruljon.
3. A pszichoterápiás elméleti oktatás legyen közös, de a terepgyakorlat különböző az életkori szakirányoknál.

4. Egységes vagy részben elkülönített képzés után a vizsgaesetet a gyermekekre szakosodott kollégák írassák gyermek/serdülő páciensről. (Ez áll legközelebb a jelenlegi gyakorlathoz.)

A felmérésen a kollégák által megfogalmazott javaslatokat munkacsoportunk továbbgondolta, így a megvalósítandó gyermekpszichoterapeuta-képzés konkrétabb tartalmát és struktúráját tekintve többféle lehetséges modell bontakozott ki – ezek előnyeiről és hátrányairól gondolkodva magunk sem voltunk teljesen egy nézeten.

*A) A már működő pszichoterápiás alapképzés mellett a módszerspecifikus képzés legyen követelmény, a pszichoterápiás alapképzés pedig egészüljön ki egy gyermek/serdülő modullal, amely gyakorlatorientált eszköztárat nyújtana és elméleti alapokat adna a fejlődéslélektan, fejlődési pszichopatológia és a gyermek-pszichoterápia esetvezetési sajátosságai terén.*

Ennek a változatnak előnye a rugalmasság: nagyobb szabadságot ad a felnőtt és/vagy gyermek szakirány választásában – akár párhuzamos, akár időben csúsztatott elvégzéssel (emellett természetesen ezután is teret hagyva a további, kiegészítő képzéseknek, a jelöltek személyes érdeklődése és igényei szerint). Kérdés, hogy a felnőtt- illetve gyermek-modulokban a korosztályi sajátosságokon, és az eltérő terápiás technikán, vagy konkrét, gyakorlatorientált eszköztáron legyen-e a hangsúly. Strukturális szempontból a modul-oktatás egyrészt megvalósítható egy gyermek-blokk beiktatásával a jelenlegi, felnőttekre koncentrált képzésbe; másrészt közös alapképzés után egyenrangú felnőtt-, és gyermek-modulok kialakításával. (Előbbi esetében kérdés az is, hogy a gyermek-modul plusz óraszámban jelenjen-e meg, vagy kivált egyéb képzési részeket a gyermek szakosoknál). A képzésnek ebben a verziójában egyaránt megvalósulhatna a gyermek, serdülő és felnőtt esetvezetés szupervíziója. A képzés átszervezésével és modernizációjával a gyermekekkel és felnőttekkel dolgozó szakemberek együttműködésben reagálnának a 21. század modern fejlődéslélektani kutatásainak eredményeire.

*B) Egy új, különálló gyermek-pszichoterapeuta alapképzés mellett a párhuzamos, módszerspecifikus képzés továbbra is legyen követelmény. Az alapképzés ezzel együtt nagy hangsúlyt helyezne egy gyakorlatorientált, átfogó tudásanyag és eszköztár átadására (bázisgyakorlat, részletesebb tesztszempontok stb.)*

Ebben a modellben (és az alábbi, „C” pontban vázolt verzióban) a gyermekekkel és serdülőkkel dolgozó szakemberek képzése különválna a felnőttekre szakosodó kollégákétól. Ennek egyik lehetséges meg-

valósítása, hogy új *alapképzés* jöjjön létre, amelynek továbbra is kiegészítő követelménye lenne a módszerspecifikus képzettség megszerzése. A módszerspecifikus képzések szerepének megőrzése több időt és nagyobb teret hagyva a gyermek-pszichoterápiás képzésben a korspecifikus pszichopatológia, az általános terápiaelmélet és a fejlődéslélektan oktatásának, valamint a terepgyakorlatnak (szemben az alábbi, C jelzésű javaslattal, amely egy rövidebb képzési utat vázol). Ennek (és az alábbi) modellnek a hátránya lehet, hogy az önálló képzés kialakítása olyan nehézségeket vet fel, mint az akkreditáció, az elégséges számú szakember és eszköz biztosítása, a terepgyakorlatra alkalmas helyek kialakítása.

*C) A Hirsch Anikó cikkében leírt modellhez legközelebb álló változat egy átfogó, kétéves képzés létrehozása lenne, amely diagnózisokhoz illeszkedő, diverz tudást ad, és külön módszerspecifikus képzés nélkül is megállja a helyét.*

A „B” pontban leírt változathoz képest ez a képzéstípus még nagyobb feladatot vállal a *módszerspecifikus végzettség* kiváltásával. Nyitva hagyja a kérdést, hogy melyik terápiás irányzaté lenne az uralkodó szemlélet – vagy próbálja integrálni az irányzatokat, ami az egy módszerben való elmélyülés nehézségének veszélyét hordozhatja. Munkacsoportunk viszonylag egységesen úgy látja, hogy az integráció szerencsésebb megvalósulása a multidiszciplináris team vagy a társszakmák együttműködése. Mindenesetre a kényszerűen izolált helyzetben dolgozó kollégákat is segítheti az olyan képzés, amely többféle módszer eszköztárából merít. Előnye ennek a változatnak, hogy rövidebb, könnyebben teljesíthető, egységes képzést ad. Ebben a modellben hangsúlyt kapna a különböző módszerek integratív-eklektikus, holisztikus illesztése. A gyermek-pszichoterápiás módszerspecifikus gyakorlat és szakképzés alapvető kritériuma lenne, hogy a szakember rendelkezzen a szerteágazó igényeket és megoldási módokat igénylő területen széles körű, egy-egy felnőtt módszerrel túlélő tudással, melyek a következő területekre vonatkoznak: pszichodinamikus ismeretek és azok gyakorlata, viselkedésterápiás módszerek felhasználása, kognitív terápiás módszerek alkalmazása, családterápiás-családkonzultációs munka, játékterápiás, meseterápiás praxis, zene és művészetterápia, egyes betegségek (szelektív mutizmus, encopresis, tic zavarok, autizmus, ADHD, értelmi fejlődési zavarok stb.) területein felmerülő specifikus pszichoterápiás igények ismerete. Ebből következőleg a szakképzésnek valamennyi területet érintenie kellene és le kellene fednie. Egy integratív-eklektikus praxis és szakképzés kerülne kidolgozásra.

### EDDIGI KONKRÉT LÉPÉSEK

A többféle lehetséges képzési modellről gondolkodva, elsősorban a megvalósíthatóságot figyelembe véve jelen cikk írói túlnyomó többségben a fentebbi A) pontban vázolt, moduláris képzési rendszer mellett tették le a voksukat. Így amellet, hogy a C) pontban kifejtett modellnek is van közöttünk lelkes képviselője, munkacsoportunk végül ez év szeptemberében egy közösen aláírt javaslatot küldött az egyetem Pszichoterápiás Grémiumainak. Az ebben a javaslatban megfogalmazott pontjaink elsősorban a grémiumok korábbi állásfoglalásán alapultak, azokat igyekeztek kiegészíteni, továbbgondolni. A felvetések időbeli megvalósítása kapcsán három lépcsőben gondolkodtunk.

*Rövid távon* azt javasoltuk, hogy a képzés során minden egyetemen, egységesen legyenek elfogadottak a serdülőkorú (14 év feletti) páciensekkel folytatott terápiás folyamatokat bemutató vizsgaesetek. A vizsgatételek tekintetében javasoltuk, hogy a jelölt az általa alkalmazott gyermek-pszichoterápiás módszernek a felnőtt módszerspecifikus megfelelőjéből vizsgáljon.

*Középtávon* javasoltuk a korábban elfogadott és akkreditált serdülő- és gyermek-pszichoterápiás módszerspecifikus végzettségek akkreditációjának/elfogadottságának visszaállítását (amennyiben azok aktuálisan megfelelnek az akkreditációs követelményeknek), illetve az akkreditációs elbíráló folyamat biztosítását további/jövőbeli módszerspecifikus képzőhelyek számára. Emellett felvetettük lehetőségként a gyermek- és serdülőterápiás megközelítések saját, módszerspecifikus tételsorainak kidolgozását és vizsgába való beépítését, valamint ezzel összefüggésben a gyermek-pszichoterápiás módszerek kiképzőinek bevonását a vizsgáztatásba. Utóbbi javaslat megvalósulása nyomán tágítható lenne a

vizsgaesetekre vonatkozó életkori megkötés is, és nemcsak serdülő, hanem gyermekkorú kliensekről írt dolgozatok is megfelelő módon értékelhetők lennének a szakvizsga keretében.

*Hosszú távú* javaslatként pedig – alapos szakmai előkészítés és széleskörű szakmai konszenzus feltételéhez kötve – egy olyan moduláris képzési rendszer kialakítását vetettük fel, amely az alapvető keretek megőrzése mellett úgy alakítana a pszichoterapeuták képzési rendjén, hogy az egy közös, de differenciáltabb utat biztosítana a felnőttekkel, illetve a gyermekekkel- és serdülőkkel dolgozó szakemberek számára. Eszerint a jelöltek saját szakterületüknek (serdülő- és gyermekterápia vagy felnőtt terápia) megfelelően választhatnának két olyan elméleti modul közül, amelyek meghatározott óraszámban speciálisabb, fókuszált tudást adnának át a serdülőkkel és gyermekekkel, illetve a felnőttekkel végzett munka sajátosságairól. (Ugyanakkor azt is javasoltuk, hogy az általános tételek is adjanak egy tágabb perspektívát a gyermekterápia módszerfüggetlen, általánosabb szakmai vonatkozásairól, életkori specifikumokról, a szülővel való együttműködésről illetve a különböző gyermek-pszichoterápiás megközelítésekről, a felnőtt terapeuták számára is.)

A javaslattétel keretében a felvázolt pontok kidolgozásához és alkalmazásához a munkacsoportjaink tagjai felajánlották jövőbeli segítségüket. A cikkleadás napjaiban a grémiumvezetők válasza megérkezett, amely a párbeszéd és együttműködés folytatását vetíti előre.

A távlati tervek fokozatos megvalósítása, a képzés megfontolt átdolgozása lehetőséget ad a szakmai egyeztetésekre, a közös gondolkodásra a felnőttekre, illetve a gyermekekre és serdülőkre szakosodott kollégák között.

### TOVÁBBI IRÁNYOK

A fent leírtakban számos olyan téma rajzolódott ki a gyermek-pszichoterápiás képzés jövője kapcsán, amely további gondolkodást igényel: definíciós dilemmák; a kliensek életkori besorolásának kérdése; a képzési kompetenciák és belépési feltételek meghatározása; az átadni kívánt ismeretek hangsúlyának és mélységének kialakítása; valamint a lehetséges képzési modellek előnyeinek, hátrányainak mérlegelése, figyelembe véve azok illeszthetőségét a jelenlegi képzési rendszerhez és az ellátórendszer realitásához (pl. korlátok a gyakorlóhelyek és a szupervíziós lehetőségek terén).

A képzési rendszer megújulása – bármilyen módon is történik – óhatatlanul érinteni fog szakmapolitikai kérdéseket is, és hatással lesz a leendő jelöltekre, a jelenlegi képzőhelyekre, az egyes módszereket képviselő szakmai csoportosulások tevékenységére egyaránt. Előttünk áll tehát annak a kihívása is, hogy reflektíven tudjunk gondolkodni arról, milyen akadályokat vagy éppen lehetőségeket rejtenek magukban a különböző tervek, szakmai víziók: mivel járna azok megvalósulása a képzésre jelentkezők és a képzők számára.

Egy jól felépített képzési rendszer átgondolt tervezést igényel, és ehhez a folyamathoz nagyon sokat

adna hozzá, ha – a rendszerszemlélet jegyében – sikerülne egy minél szélesebb körű szakmai konszenzust kialakítani a szűkebb és tágabb szakmai körök és szereplők részvételével (egyetemek, grémiumok, módszerspecifikus képzőhelyek, egyesületek, egész-

ségügyi és szociális intézmények, leendő kollégák, társszakmák). Ennek reményében hívjuk tovább közös gondolkodásra a cikk szerzője mellett mindazokat a kollégákat, akik szívesen vállalnának szerepet a gyermek-pszichoterápia ügyének előmozdításában.

## TRAINING PATHWAYS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY

*This study examines potential pathways for the development of a national training program in child and adolescent psychotherapy. It addresses key definitional issues, including the meaning of child and adolescent psychotherapy and the age limits that define this population. The paper also explores how knowledge and competencies related to working with children and adolescents are currently incorporated into psychotherapist training, which is primarily oriented toward adult treatment.*

*Based on earlier professional guidelines, recently published training proposals, and the findings of a survey conducted last year among clinicians working in child psychiatric and psychological services, the paper presents several possible models for the structure of a child and adolescent psychotherapy specialization. Central considerations in the development of these models include their compatibility with the existing psychotherapist training framework, the feasibility of gradual implementation, the vision of a flexible training program capable of responding to contemporary psychotherapeutic demands, and its relationship to method-specific training pathways.*

*The three proposed models—a modular approach; a distinct child and adolescent psychotherapy specialization supported by method-specific training; and a fully autonomous child and adolescent psychotherapy training program—each offer different advantages. The authors do not fully agree on which model should be preferred. In all models, a shared challenge is the development of adequate training infrastructure, including age-specific clinical training placements and the availability of supervisors and fieldwork coordinators with expertise in child and adolescent practice.*

*Child and Adolescent Psychotherapy — Definitional Dilemmas — Training Models — Professional Collaboration*

### Hivatkozott irodalom

- Association of Child Psychotherapists (ACP) (n.d.). What is Child and Adolescent Psychotherapy. <https://childpsychotherapy.org.uk/about-us/what-child-and-adolescent-psychotherapy>, letöltve: 2025. 11. 20.
- Belügyminisztérium (2024). Egészségügyi szakmai irányelv a pszichoterápiás ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*. [https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/szakmai\\_iranyelv\\_mpt.pdf?web\\_id=letoltve:2025.11.20](https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/szakmai_iranyelv_mpt.pdf?web_id=letoltve:2025.11.20).
- Hirsch, A. (2025): Gondolatok a gyermekpszichoterápiás szakképzésről komplex-integratív szemléletben. *Pszichoterápia* 34(2), 88–95.
- Lajtai L., Vetró Á., Kapornai K. (2012): Gyermek- és serdülő pszichoterápia. In: Unoka, Zs., Purebl, Gy., Túry, F., Bitter, I. szerk.: A pszichoterápia alapjai. Budapest, Semmelweis Kiadó, 225–232.
- Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F. (2012): A pszichoterápia jelentősége az orvosi gyakorlatban. In: Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., Bitter I. szerk.: A pszichoterápia alapjai. Budapest, Semmelweis Kiadó, 225–232.

*A szerzők elérhetősége:*  
dr. Cseh Júlia  
[drcsehjulia@gmail.com](mailto:drcsehjulia@gmail.com)

John Balázs  
[balazs.john@gmail.com](mailto:balazs.john@gmail.com)

Kakuzsi Szilvia  
[kakuzsi.szilvia@med.u-szeged.hu](mailto:kakuzsi.szilvia@med.u-szeged.hu)

Kovács Tamás  
[kovacst.pszichologus@gmail.com](mailto:kovacst.pszichologus@gmail.com)

dr. Kövesdi Andrea  
[andikovesdi@gmail.com](mailto:andikovesdi@gmail.com)

dr. Mailáth Nóra  
[drmailathnora@gmail.com](mailto:drmailathnora@gmail.com)

Németh Laura  
[nemeth.laura@bethesda.hu](mailto:nemeth.laura@bethesda.hu)

dr. Osváth Anikó  
[osvath.aniko@pte.hu](mailto:osvath.aniko@pte.hu)

Papp Ildikó  
[pszildike@gmail.com](mailto:pszildike@gmail.com)

Szilágyi Nóra  
[szilagyinoramagdolna@gmail.com](mailto:szilagyinoramagdolna@gmail.com)

prof. dr. Tényiné dr. Csábi Györgyi  
[csabi.gyorgyi@pte.hu](mailto:csabi.gyorgyi@pte.hu)

dr. Tóth Beáta  
[dr.toth.beata@med.unideb.hu](mailto:dr.toth.beata@med.unideb.hu)

**PSZICHOTERÁPIA ELŐFIZETÉSI LEHETŐSÉGEK 2026**

Kedves Kollégák!

Ezúton tájékoztatjuk Önöket a PSZICHOTERÁPIA szakfolyóirat 2026. évi előfizetési díjairól.

Éves előfizetési díj, nyomtatott verzió: 29.650 Ft

Éves előfizetési díj, online verzió: 25.500 Ft

Éves előfizetési díj, online és nyomtatott verzió: 34.500 Ft

Egy példány ára (csak nyomtatott változat elérhető): 9.700 Ft

Online is elérhetők a PSZICHOTERÁPIA lapszámok.

Az online előfizetés egyéves hozzáférésre jogosít a legfrissebb lapszámokhoz, valamint az archív, régebbi évszámokhoz egyaránt.

A továbbiakban természetesen javasoljuk a nyomtatott verzióra történő előfizetést, hiszen továbbra is érték és egyedi hangulatú a papíron megjelent folyóirat lapozása és az abban való elmélyülés. Ennek szem előtt tartásával lehetőség van kombinált, azaz a nyomtatott és az online változatra történő együttes előfizetésre.

Az online verzió elérhető az alábbi linken:

<https://online.pszichoterapialap.hu/>

Itt a regisztráció földre kattintva (néhány adat megadásával) lehet létrehozni az előfizetői fiókot, majd az előfizetői fiókba belépve lehet előfizetni az online és a print lapszámra egyaránt, bankkártyás és PayPal fizetési lehetőséggel.

Amennyiben átutalással kívánja fizetni az előfizetés díját, kérjük, itt rendelje meg a szakfolyóiratot:

<https://www.mentalport.hu/a-folyoirat/elofizetes/>

Az online előfizetés megvásárlásával azonnal hozzáférhetővé válnak az aktuális és az archív lapszámok.

Az online verzió előfizetése egy évre szól, és a vásárlás napjával indul.

A nyomtatott lapszámra vonatkozó előfizetés az adott naptári évre szól, tehát az előfizetés évének lapszámait postázzuk (amennyiben év közben fizet elő a nyomtatott folyóiratra, az aktuális év előző lapszámait is postázzuk, az előfizetés pedig az adott év végéig érvényes).

Intézmények, szakegyesületek számára elérhető a csoportos 5 százalékos kedvezményt nyújtó előfizetési lehetőség, amennyiben legalább 10 példányt (nyomtatott változat) vagy 10 hozzáférést (online változat) rendelnek.

Az előfizetések kapcsán Pach Judit titkár ad részletes felvilágosítást. Pach Judit elérhető a szerkesztoseg@pszichoterapia.hu email címen és a +36 1 268 9281 vagy a +36 30 196 5475 telefonszámokon (telefonon hétfő–csütörtök: 9:30–14:30).

## MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS ÉS SZUPERVÍZIÓ

*Kútvölgyi Andrea, Mailáth Nóra és Nagy Ágnes vitaindítója nyomán élénk vita alakult ki a minőségbiztosítás és szupervízió kérdéskörében – a vita végül tizenegy hozzászólással négy lapszámunkat is értékes szakmai gondolatokkal gazdagította. Köszönjük hozzászólóinknak, Sifter Évának, Németh Lászlónak, Terenyi Zoltánnak, Antalfai Mártánnak, Égerházi Anikónak, Horgász Csabának, Ormay Istvánnak, Rózsa Ildikónak, Hardy Júliának, Treuer Tamásnak és Vizin Gabriellának, hogy megosztották véleményüket a témában. Ebben a lapszámomban le is zárjuk a vitát a vitaindító szerzőinek reflexióival és záró gondolataival, továbbtekintő kérdéseivel.*

### Záró gondolatok a vita után

Örömmel láttuk, milyen sokféle szempont tudott megjelenni a fölvetett témában a szupervízió hármasszerepéről (képzési, támogató és ellenőrző), és azon túl is. A hozzászólók olykor egymás nézeteire is reagáltak, így valóban vita bontakozott ki, a személyes vélemények kifejtése mellett, melyért köszönet a hozzászólóknak és felkérőiknek.

Megjelent a szupervízió vizsgálatának, tudományos alapokra építésének lehetősége, a kutatási adatokra épülő, bizonyíték alapú szupervíziós működés kialakításának igénye. A *képzési funkció standardizálásának kérdése* több hozzászólónál is megjelent (Sifter Éva, Vizin Gabriella, Treuer Tamás), többnyire annak hangsúlyozásával, hogy az esethez való problémájára valóban ráhangoló szupervíziós működés egyedi, a kapcsolatban alakuló jellege nem kevésbé fontos összetevője a közös munkának, mint a szupervízor standard képzettsége, vagy a folyamat lépéseinek kidolgozottsága. A *képzési funkció alapszemléletében a „szupervízió, mint külön szakma, vagy a terep-tudás elsődlegessége”* kérdése többször felbukkant. Itt egy félreértést is szeretnénk tisztázni: szemben azzal, amit Németh László ír hozzászólása elején, nem tartjuk megkérdőjelezhetetlennek a Magyar Szupervízorok és Szupervízor-Coachok Társasága szemléletmódját, és nem képviseljük az ő nézetüket. A jelenséget szeretnénk volna reflektorfénybe helyezni, miszerint egyrészt létezik egy önálló, szupervízori szakma; másrészt a pszichológusi-pszichoterápiás szakmá-

ban a bevett gyakorlat az, hogy a kollégák saját „terepük” szakértőjéhez fordulnak szupervízióért. A „szupervízorság” e kettős jellegét szeretnénk volna felmutatni, ehhez reflexiókat gyűjteni.

Több hozzászóló érintette azt a kérdést, hogy a szupervíziós folyamat – akár kétszemélyes, akár csoporthelyzetben történik – megjeleníti az eset dinamikáját, ami nagyon hasznosan kiaknázható a megértésben, és ezt egy túlszabályozott, erősen rögzített lépésekben történő működés veszélyeztetheti. Az arányok megtalálásában nagyon fontos az esethez – szupervízor páros olvasata arról, hogy *pedagógiai, segítő, vagy ellenőrző helyzetben* vannak-e elsődlegesen. Üdítő szemléletváltást jelent Terenyi Zoltán gondolata arról, hogy a *super-* előtag a kifejezésben jó esetben a *folyamatra*, a felülről rátekinetésre, az átláthatóbbá válásra vonatkozik, és nem a szupervízor szakmai felsőbbrendűségére. Fontosnak érezzük, hogy a vitaindító címében szereplő „minőségbiztosítás” a vita során mintha azonossá kezdett volna válni a szupervízió *ellenőrző funkciójával* a hozzászólók gondolataiban. A „szupervízió” mintájára talán itt is felvethető, hogy a minőség biztosítása a páciensek számára garantált magas szakmai színvonalú ellátáson túl kifejezheti-e a terapeuta szakmai életminőségét is? Ha igen – mi ebben hiszünk –, akkor a másik két funkció ugyanúgy része a minőségbiztosításnak.

A „ki lehet szupervízor” kérdésre érkező reflexiókat nehezen lehetne különválasztani az előző kérdésektől: a hozzászólók többsége azon a véleményen van, hogy pszichoterápiás szupervíziót csak

pszichoterápiát gyakorló szakember tud adekvátan nyújtani, egy általános „szupervizor-képzés” erre nem készít fel. Megjelenik emellett a módszerspecifikus szupervízió fontossága (Rózsa Ildikó, Hardy Júlia), és ezzel szemben az általános *pszichoterápiás* tudás elsődlegessége is a módszerspecifikus ismeretekhez képest (Ormay István). Többen (pl. Ormay és Rózsa) próbálják fogalmilag elkülöníteni az esetmegbeszélést a szupervíziótól, eltérő szempontokkal, mélységében, a szupervizált szakmai személyiségének épülése szempontjából az utóbbit hozva ki győztesnek. Egyedi, határozott nézetet képvisel Horgász Csaba: mivel a pszichoterápiában az áttételi kapcsolat központi jelentőségű, a pszichoanalitikus képzettségű pszichoterapeuta van abban a helyzetben, hogy bármely más módszerben dolgozó kollégának segítsen az elakadásnak a szupervizand személyiségében rejlő okát feltárni (miközben a módszerspecifikus elemek fontosságát sem vitatja). Többek szerint a szupervizornak speciális készségekkel is rendelkeznie kell, melyek túlmutatnak a tekintélyes klinikai/módszerspecifikus tapasztalatán és ezen készségeket képzéssel kellene megtámogatni (Vizin Gabriella).

A szupervízió elméleti felfogásához és módszertanához képest kevesebb vízió szólt a *gyakorlati megvalósíthatóságról*. Elsősorban Égerházi Anikó reflektált a szakmánkban kívánatos – pszichoterápiás ellátásról szóló protokollban is rögzített – minőségű és mennyiségű esetmegbeszélés nehéz illeszthetőségére a mindennapi rendelői gyakorlatba. Ez nemcsak az TB finanszírozott egészségügyi ellátók, de a praxisközösségek nehézsége is, valamint nemcsak idői-anyagi hiányok miatt fordul elő, hanem a szervezeti kultúrák „alaphangulatának” különbözősége miatt is. Utóbbi alapvetően szól bele abba, hogy a transzparencia, a „hibázás”, „bőrünk vásárra vitele” vállalható-e az adott munkahelyen.

A normatív finanszírozás megoldatlanságára is többen hívják fel a figyelmet. Fontos gondolatot vet fel Németh László a kettős (külső és belső) szupervízió jelentőségéről és Antalfai Márta a gyakoriságról és a szupervizorok szupervíziójáról. A felelősséges kérdéséről Ormay István véleménye volt számunkra elgondolkodtató, miszerint a szupervizor csak a szupervíziós folyamatért, de a szupervizand munkájáért nem vállalhat felelősséget.

Többen azt fejezték ki, hogy leginkább a módszertani egyesületek feladatának és hatáskörében

látnák szívesen a szupervízió képviselőjét, de felmerült a téma komplexitása miatt egy leendő kamara szerepvállalása is.

Az egyéni megfontolások, szempontok és hasznos értelmezési kereteket mellett nagy örömmel láttuk a hozzászólásokban a tovább gyűrűző, nyitott kérdéseket (Sifter Éva) és a konkrétan javasolt kritériumokat is (Németh László) egy jövőbeli ajánláshoz.

Úgy tűnik, két dologban biztosan egyetértenek a hozzászólók: egyrészt a szupervízió alapvető fontosságában, nélkülözhetetlenségében a szakmánk gyakorlásához, a minőségbiztosítás értelmezésétől függetlenül is. Másrészt abban, hogy a szupervizori útmutatás képessége egy hosszabb szakmai és személyes utat feltételez. Más szóval: a szupervízió működésében a tanulható ismeretek és a standardizált, ellenőrzött képzés mellett az egyedi kapcsolatban megvalósuló ráhangolódás, intuíció és a szakmai tapasztalat együttesen tesznek lehetővé egy egyszerre segítő, továbbképző, és a szakma szabályait is őrző folyamatot.

Végül, a hozzászólásokat az eredeti vitaindítónkkal összevetve elgondolkodtunk: ha mint szakma ennyire egyetértünk abban, hogy a szupervízió fontos alapköve a hiteles, minőségi terapeutai működésnek, akkor miért ne volna lehetséges a pszichoterápiás protokollban már rögzített ajánlás, valamint a fenti vitában felvetett konszenzusos szempontok alapján egy pontosabb, részletesebb iránymutatás megfogalmazása? Miért ne lehetne ennek egy része akár követelmény szintű? Abból, hogy követelmény, következik-e automatikusan a rettegett túlszabályozottság? Ha a terapeuta folyamatos fejlődése, biztonságos működése, ép mentálhigiéniéje a tét, és ezt a módszertani egyesületek a képződés szupervíziós folyamataiban felvállaltn támogatják/biztosítják a szakképesítés megszerzéséig, akkor vajon elképzelhető-e az egyesületek hatáskörében egy elég jó ajánlás/követelmény megfogalmazása és felügyelete a szakképesítés megszerzésén túlra is? Hogyan tudják a módszertani egyesületek az erre vonatkozó gyakorlatukat egymással megosztani, azzal egymást inspirálni, közös nevezőt találni az egységesség érdekében?

*Kútvölgyi Andrea, Mailáth Nóra, Nagy Ágnes*

## ÚTRAVALÓ – A JÖVŐ PSZICHOTERAPEUTÁINAK

*Új rovatunk a még egyetemi képzésben lévő pszichológus- és pszichoterápia iránt érdeklődő orvostanhallgatókat hivatott megszólítani, azzal a céllal, hogy segítséget nyújtson a tájékozódásban szakmai lehetőségeik terén. A rovatot mi, egyetemista gyakornokok szerkesztjük. Április óta csatlakoztunk a szerkesztőség csapatához - egyelőre csak lazábban kapcsolódva a teamhez. A folyóirat nem csak a már képzett szakemberek számára szeretne hasznos tudást nyújtani, a pályakezdőket is szeretné támogatni. Úgy érezzük, az egyetemeken meglepően kevés szó esik arról, hogy hogyan érdemes elkezdni a szakmai életbe való bekapcsolódást, illetve hogy a diploma megszerzése után pontosan milyen képzési lehetőségek vannak milyen feltételek mellett. Hiányolunk egy olyan felületet, ahol röviden össze vannak gyűjtve a továbbképzési alternatívák és egyben rá lehet látni a különböző szakképzésekre, illetve módszerspecifikus képzésekre. Ezekkel az ambíciókkal indulunk tehát neki az Útravaló rovatnak, amely keretein belül négy szám alatt négy nagyobb témát bontunk ki, megcélozva a pályakezdés megalapozásának témakörét. Az előző számban az érdeklődők az önkénteskedési lehetőségekről olvashattak. További lapszámokban pedig röviden áttekinthetjük, hogy a diploma megszerzése után milyen képzési lehetőségek várják a pályakezdőket. Ki fogunk térni a különböző szakképzésekre és azok bemeneti feltételére, illetve külön tárgyaljuk majd a klinikai szakképzést, amely a legnagyobb érdeklődésre tart számot. Ezen túlmenően számba vesszük a módszerspecifikus képzéseket, amelyekről végképp homályos elképzelései vannak a még képzésben lévő hallgatónak. Reméljük, ez a rovat valóban útravalóul szolgál a jövő segítő szakembereinek, és hogy általa közelebb kerülhetnek szakmai jövőjük megalapozásához.*

*Demetrovics Hanna, Kakuk Zita*

### BEVEZETŐ

Egyetemistákat megszólító rovatunk következő részében azokat a lehetőségeket tekintjük át, amelyek az egyetemi képzés után várják a végzett pszichológusokat és a pszichiátria iránt érdeklődő orvostanhallgatókat. A képzések nagy anyagi ráfordítást igényelnek és hosszú időt vesznek igénybe, ezért fontosnak tartjuk, hogy pályakezdő olvasóink minél több ismeretet szerezzenek a képzések rendszeréről és fajtáiról. Elsőként a szakképzéseket szeretnénk összegyűjteni és röviden bemutatni, ezzel segítve a pályakezdők eligazodását a képzési lehetőségek rengetegében. A pszichológia mesterképzés elvégzésével a hallgatók specializációtól függetlenül általános pszichológusi diplomát sze-

reznek. Ahhoz azonban, hogy szakpszichológusi feladatköröket láthassanak el – szakvélemény írása, pszichoterápiás tevékenység végzése, a személyiséget befolyásoló módszerek használata – további képződés szükséges (Magyar Pszichológiai Társaság, n.d.), amely általában 2-4 év hosszúságú szakképzésben való részvételt jelent. A szakképzési rendszer egészségügyi és bölcsészettudományi részre osztható, amelyek közül cikkünk első felében előbbit tárgyaljuk.

Az orvosi egyetemen végzett hallgatók az orvosi egyetemi képzésben szerezhethetnek szakorvosi vizsgát. Erre építhetik második szakvizsgaként a pszichoterapeuta szakvizsgát.

### A KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS KÉPZÉS

Elsőként a legnépszerűbb képzést, a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzést tekintjük át, amelynek elvégzésére jelenleg négy intézményben van lehetőség Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Semmelweis Egyetem, Szegedi Tudományegyetem. A képzés négy évig tart, célja a magas szintű képzés biztosítása a klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológia területén, amely magában foglalja a lelki egészség megőrzését és helyreállítását, a pszichés zavarok diagnosztikáját, kezelését. A jelentkező preferenciájától függően felnőtt, gyermek- és ifjúsági szakirány választható. A képzés elméleti és gyakorlati részre bontható. Az elméleti blokk intenzív képzési hetek keretében, a

gyakorlati blokk bázis- és készségfejlesztő gyakorlatok formájában valósul meg. A képzés elvégzésével a szakemberek alap-pszichoterápiás tevékenységet végezhetnek, tehát szakpszichoterápiás ellátás kizárólag pszichoterapeuta képzettséggel lehetséges. Az alap-pszichoterápia magában foglalja a krízisintervenciót, a pszichoterápiás szemléletű konzultációt és betegvezetést, a szupportív terápiát, a relaxáció és burnout prevenciót (Egészségügyi Szakmai Kollégium 2024). A klinikai szakképzést, annak bemeneti követelményeit, a különböző intézmények által kiemelt szemléleti kereteket bővebben következő cikkünkben taglaljuk.

### A PSZICHOTERÁPIÁS VÉGZETTSÉG MEGSZERZÉSE

A pszichoterapeuta-képzés jelenti azt a pontot, ahol az orvosok és a klinikai szakpszichológusok útja összeér. Bemeneti feltétele pszichológusi oldalról a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/neuropszichológiai szakpszichológus/alkalmazott egészségpszichológus szakvizsga; orvosi oldalról a pszichiátria szakvizsga, vagy bármely alap szakképzés (Semmelweis Egyetem, n.d.). Azok számára, akik nem klinikai szakpszichológusok vagy pszichiáterek, szükséges a propedeutika fázis elvégzése. A pszichoterapeuták szakpszichoterápiás tevékenységet végezhetnek, olyan módszereket alkalmazva, amelyeket elméleti, módszertani kidolgozottság és szakmai

konszenzus jellemez, valamint rendelkeznek egészségügyi akkreditációval. Ezek a jelenleg érvényes *Egészségügyi szakmai irányelv* alapján a következők: „aktív-analitikus pszichoterápia, autogén tréning és szimbólumterápia, családterápia, csoportanalitikus terápia, hipnoterápia, individuálpaszichológiai pszichoterápia, integratív terápia, jungi analitikus terápia, kognitív-viselkedésterápia (sématerápia stb.), komplex integratív pszichoterápia, pszichoanalízis, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, pszichodráma, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, személyközpontú terápia” (Egészségügyi Szakmai Kollégium 2024, 18. o.).

### TOVÁBBI EGÉSZSÉGÜGYI SZAKPSZICHOLÓGUSI KÉPZÉSEK

Alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus képzést indít a Szegedi Tudományegyetem, amelynek célja, hogy a végzett szakemberek a krónikus és terminális betegséggel élők megküzdését segítsék, a szakemberek és a betegek együttműködését hatékonyabbá tegyék, valamint az ellátásban dolgozók mentális egészségének megőrzését támogassák. Szakmai kompetenciáik kiterjednek emellett a prevencióra és az egészségfejlesztésre is, továbbá az orvos és pszichológus oktatásban, illetve kutatásban való részvételre. A képzés hat féléves, önköltséges formában valósul meg.

A neuropszichológia iránt érdeklődők számára a Semmelweis Egyetem négyéves szakképzést hirdet. A végzett neuropszichológusok az agysérülések vagy neurológiai betegségek nyomán kialakuló pszichés funkció károsodásának vizsgálatával foglalkoznak, ilyen például az emlékezet, figyelem károsodása, de az érzelmi és motivációs bázis sérülésére is gondolhatunk. Választhatnak kísérleti-kognitív területet, ahol kutatásokba kapcsolódhatnak be, és dolgozhatnak alkalmazott neuropszichológiai területen is. Utóbbi esetben gyakorlati munkát végeznek, kezelő teamben dolgoznak és részt vesznek a diagnosztikai munkában, neuropszichológiai rehabilitációban.

### BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI SZAKPSZICHOLÓGUSI KÉPZÉSEK

Az egészségügyi képzések bemutatása után a bölcsészettudományi szakképzési lehetőségekkel foglalkozunk. Tanácsadó szakpszichológusi képzés az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karán végezhető, amelynek célja, hogy a jelent-

kezők az életvezetési krízisek, a pályakrízisek, valamint a kapcsolati problémák kezelésében szakszerű pszichológiai segítséget nyújtsanak, ezzel csökkentve az általános életstresszorokhoz kapcsolódó distresszt, és elősegítve a jóllétet. A képzés két évig tart, az órák

tömbösített formában zajlanak. Három specializáció választható: munka- és pályatanácsadás, családi és párkapcsolati tanácsadás, illetve krízistanácsadás.

A pedagógiai szakpszichológus képzés az ELTE PPK-n és a Szegedi Tudományegyetemen végezhető el, négy félév alatt. A szakképzést elvégzett pszichológusok megnevezése óvoda- és iskola-szakpszichológus. A képzés célja, hogy felkészítse a szakembereket arra, hogy a pszichológia sajátos eszköztárára építve hatékony szakmai támogatást tudjanak nyújtani a nevelési, oktatási és gyermekvédelmi intézmények számára.

Kiemelt hangsúlyt kap annak felismerése, amikor a gyermekek és fiatalok magatartási vagy pszichés nehézségei terápiás ellátást igényelnek, valamint az érintettek megfelelő ellátásba irányításának és támogatásának folyamata. A képzés bemeneti feltétele pszichológia mesterképzésen szerzett pszichológus szakképzettség, valamint legalább egy év oktatási vagy nevelési területen szerzett szakmai gyakorlat.

A sportpszichológiai szakpszichológia az ELTE PPK és a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem (TF) közös képzése, illetve a Pécsi Tudományegyetemen is elvégezhető négy félév alatt. A képzés célja olyan sportpszichológiai szakemberek felkészítése, akik átfogó elméleti, gyakorlati és módszertani ismeretekkel rendelkeznek a sportpszichológia területén és képesek a sportpszichológiai feladatok önálló megtervezésére, megszervezésére és értékelésére. A képzésbe való belépés feltétele pszichológia mesterképzésen szerzett végzettség és szakképzettség. A végzett szakpszichológusok sportpszichológiai feladatokat láthatnak el sportegyesületekben, diáksport-szervezetekben és sportági szakszövetségeknél. A sportpszichológiai szakpszichológus munkájával támogatja az egyének testi-lelki egyensúlyának és jóllétének megőrzését, a mentális egészség fejlesztését, valamint a stressz hatékony kezelését.

A szexuálpszichológiai szakpszichológus képzés az ELTE PPK által meghirdetett négy féléves szakirányú továbbképzés. A szexuálpszichológiai szakpszichológus az egyének és párok pszichoszexuális és párkapcsolati működésének támogatásán keresztül járul hozzá az egészséges, kiegyensúlyozott szexuális élet kialakításához és fenntartásához, valamint a szexuális jellegű problémák kialakulásának vagy súlyosbodásának megelőzéséhez. A végzett szakpszichológusok korszerű ismeretekkel rendelkeznek a szexuális egészségfejlesztés, a szexuális nevelés és felkészítés modern megközelítéseiről, valamint a HIV-prevenció alapelveiről. Felkészültségük lehetővé teszi továbbá, hogy fiatalok számára

iskolai vagy egyéb intézményi keretek között szexuális felvilágosító és prevenciós foglalkozásokat tartson. A képzés bemeneti feltétele pszichológia mesterképzési szakon szerzett oklevél, vagy pszichológia alapképzési szakon szerzett diploma és arra épülően egészségpszichológia mesterképzési szakon szerzett oklevél.

A környezetvédelmi szakpszichológia-képzés az ELTE PPK által meghirdetett, négy féléves szakirányú továbbképzés. Célja, hogy felkészítse a pszichológusokat arra, hogy szakmai tudásukat a környezetvédelem, valamint a környezeti és társadalmi fenntarthatóság területén alkalmazzák és a kapcsolódó problémák kezelésében gyakorlati pszichológiai támogatást nyújtsanak. A képzésre való belépés feltétele pszichológia alap- és mesterképzésen szerzett diploma. A képzés során a résztvevők átfogó képet kapnak a környezetvédelmi és fenntarthatósági kihívások pszichológiai összefüggéseiről és a lehetséges beavatkozási irányokról, valamint reflektálnak saját környezetvédelmi lehetőségeikre és azok korlátaira is.

Az addiktív viselkedések tanácsadó szakpszichológiája szakirányú továbbképzés az ELTE PPK-n érhető el, és három félév alatt végezhető el. A képzés célja, hogy átfogó elméleti és gyakorlati ismereteket nyújtson a függőségek és addiktív viselkedések pszichológiai hátteréről, valamint azok kezelésének lehetőségeiről. A képzés felkészíti a szakembereket arra, hogy hatékonyan támogassák az érintetteket a felépülés folyamatában, hozzájáruljanak fizikai és mentális egészségük javításához, valamint segítséget nyújtsanak az esetlegesen jelentkező krízishelyzetek kezelésében. A képzés bemeneti feltétele pszichológia mesterképzési szakon szerzett diploma, valamint valamely szakirányú továbbképzésben megszerzett szakpszichológusi szakképzettség, vagy legalább három év igazolt, pszichológus munkakörben végzett addiktológiai gyakorlati tapasztalat. A munka- és szervezet szakpszichológus szakirányú továbbképzési szak négy féléves képzés, amely a Gazdaság- és Társadalomtudományi Karon végezhető el. A képzés arra készíti fel a hallgatókat, hogy a munka és a szervezetek világában önállóan végezzenek olyan elemző, értékelő és fejlesztő tevékenységeket, amelyek a munkavégzés folyamatára, a munkakörnyezetre, az egyénekre és csoportokra, a szervezeti működésre, valamint a vezetésre irányulnak. A képzést elvégzők a munkapszichológiai elméleti ismeretek elsajátítása mellett gyakorlati orientált tanulási formákon keresztül mélyítik el azt a szemléletet és gondolkodásmódot, amely lehetővé teszi a különböző méretű és típusú szervezetekben

felmerülő kérdések és problémák szakszerű értelmezését és kezelését. A szakirányú továbbképzés bemeneti feltétele pszichológia MA diploma, valamint szervezeti környezetben szerzett legalább egy év munkatapasztalat.

Az ember–környezet tranzakció szakpszichológia az ELTE PPK-n végezhető el négy félév alatt. A szakirányú továbbképzés célja, hogy a képzést elvégző pszichológusok átfogó elméleti és gyakorlati jártasságot szerezzenek az ember és környezete közötti tranzakciók, illetve az ember–környezet kölcsönhatásainak környezetpszichológiai szemléletű vizsgálatában. A képzés felkészít a személy és környezete közötti összeillés folyamatainak elemzésére, az ezekben megjelenő zavarok felismerésére és korrekciójára, valamint a különböző szociofizikai környezetekhez kapcsolódó problémák értékelésére és javítására. A megszerzett tudás birtokában a szakemberek képesek lesznek klienseik, illetve piaci, állami vagy civil szervezetek számára megalapozott, gyakorlati pszichológiai támogatást nyújtani. A képzésre való felvétel feltétele pszichológia alapképzésen és mesterképzésen szerzett diploma, vagy korábban egységes, ötéves egyetemi szintű pszichológusképzésben megszerzett végzettség és szakképzettség.

Az igazságügyi klinikai szakpszichológus képzés szintén az ELTE PPK négy féléves képzése, de eltér az ELTE többi szakpszichológusi képzésétől a bemeneti feltételeiben. A képzés célja az igazságügyi klinikai szakpszichológia elméleti és gyakorlati alapjainak átfogó elsajátítása, valamint azok alkalmazása az igazságügyi ellátás különböző területein. A képzés felkészíti a résztvevőket arra, hogy munkájuk során a szakmai kompetenciahatárok betartásával, etikai és jogi szempontokat integrálva végezzenek igazságügyi klinikai pszichológiai tevékenységet. A szakirányú továbbképzés eredményeként a résztvevők képessé válnak önálló szakmai állásfoglalások készítésére, valamint azok szakszerű, érthető és jogilag releváns kommunikálására. A képzésre való felvétel feltétele pszichológia mesterképzésen szerzett oklevél vagy azzal egyenértékű, korábbi egyetemi szintű végzettség és szakképzettség, továbbá klinikai és mentálhigiénés felnőtt vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológusi szakképzettség, vagy az ezekkel egyenértékű, korábbi továbbképzésben szerzett képesítés.

Jól látható, hogy a pszichológusi diploma megszerzése csupán a szakmai út kezdete, amelyet számos, eltérő szemléletű és fókuszú szakképzés követhet az egészségügyi és a bölcsészettudományi területeken egyaránt. A bemutatott képzések sokfélesége lehetőséget ad arra, hogy a pályakezdekők érdeklődésüknek, kompetenciáiknak és hosszú távú céljaiknak megfelelő irányban mélyítsék el tudásukat, legyen szó klinikai munkáról, tanácsadásról, oktatási, sport-, szervezeti vagy társadalmi kihívások kezeléséről. A tudatos tájékozódás és a személyes motivációk átgondolása kulcsszerepet játszanak abban, hogy mindenki megtalálja a számára leginkább megfelelő szakmai utat ebben a sokrétű képzési rendszerben.

## Hivatkozott irodalom

- Egészségügyi Szakmai Kollégium (2024): *Egészségügyi szakmai irányelv – A pszichoterápiás ellátásról*. [https://mptpszichiatria.hu/docread.aspx?rid=313334313730&web\\_id=](https://mptpszichiatria.hu/docread.aspx?rid=313334313730&web_id=), letöltve: 2026. 01. 09.
- Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (é.n.): *Tanácsadó szakpszichológus*. <https://ppk.elte.hu/szakiranyu/tanacsado-szakpszichologus>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (é.n.): *Szakpszichológus továbbképzések*. <https://ppk.elte.hu/szakiranyu/szakpszichologus-tovabbkepzesek>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Magyar Pszichológiai Társaság (é.n.): *Egyetemi képzések*. <https://mpt.hu/a-pszichologiarol/hazai-pszichologuskepzes/egyetemi-kepzesek>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Magyar Pszichológiai Társaság (é.n.): *Neuropszichológia*. <https://mpt.hu/neuropszichologia/>, letöltve: 2026. 01. 09.
- MentalPort (é.n.): *Tájékoztató a szakvizsgáról*. <https://www.mentalport.hu/szakmai-informaciok/tajekoztato-a-szakvizsgarol/>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék (é.n.): *Felnőtt és gyermek klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés*. <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas/felnott-es-gyermek-klinikai-es-mentalhigieniai-szakpszichologus-szakkepzes/>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Semmelweis Egyetem (é.n.): *Pszichoterápia szakképzés – szak- és továbbképzés*. <https://semmelweis.hu/szak-es-tovabbkepzes/egyeb-kepzes/pszichoterapia-szakkepzes/>, letöltve: 2026. 01. 09.
- Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézet (é.n.): *Alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus szakképzés*. <https://szte-egeszsegpszichologia.hu/szakkepzettseg/>, letöltve: 2026. 01. 09.

## A TERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI

*Rovatunk eseteivel igyekszünk olyan helyzeteket is megjeleníteni, amelyek szakmánk aktuális változásaival kapcsolatosak. Ahhoz, hogy pácienseinkkel eredményesen tudjunk dolgozni, szakmánknak minden szinten fejlődnie, alkalmazkodnia kell: a képzésektől kezdve az ellátási formák szervezéséig és az egyéni terápiás kapcsolatokig. Új problémákkal, időnként nehézségekkel vagy hibákkal szembesülve különösen fontos, hogy legyen párbeszéd és együttgondolkodás a különböző területek között és felelősségvállaló hozzáállás a problémák megoldásában. Ennek a szakmai kultúrának etikai vonatkozásai is vannak.*

*Aktuális esetünket a témában jártas kollégaként Farkas Kinga (Simmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) és Fazekas Ágnes (Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület), képzésben lévőként pedig Imre Adrienn (Tündérhegyi Pszichoterapeuta Képzés) elemezte.*

### 49. eset:

László három hónapja dolgozik frissen végzett klinikai szakpszichológusként egy pszichoterápiás osztályon. Újdonság számára a rezsimben való gondolkodás. Sokszor tart attól, hogy jól érti-e a pácienseit, illetve megfelelően integrálja-e az egyéni, csoport- és rendszerszintű szempontokat a kezelés során. Új páciense Krisztián, aki elsőéves egyetemista. Depressziós panaszok, kiégés, és súlyos szociális szorongás tüneteivel jelentkezik az osztályra. Kapcsolatteremtési problémái, elszigeteltsége régre nyúlnak vissza, de az önálló életvezetés és az egyetemen való helytállás körül vált súlyosabbá az állapota. Az első interjú során elmondja, régóta gondolja, hogy autizmus-spektrumzavar áll a problémái mögött. László is elgondolkodik a páciens kapcsán ebbe az irányba, és megállapodnak, hogy terápiája céljául depressziója és elakadása érzelmi-kapcsolati hátterének megértését teszik. Krisztiánnak nehezen megy saját gondolatainak, érzéseinek spontán közlése az egyéni és csoportterápiás helyzetekben, és gyakran tapasztalható az is, hogy nehézség számára a mindennapi életét összeszervezni: megjegyezni a terápiák időpontját, megbeszélni az illetékesekkel, ha valami ütközés vagy probléma adódik – ilyenkor gyakran inadekvát módon közli a szempontjait,

és gyakran kelt zavart vagy feszültséget a többiek között. Egyik egyéni terápiás alkalommal is kurtán-furcsán közli Lászlóval, hogy másnap délelőtt 9-re időpontja van autizmus-kivizsgálásra, ahova mindenképp el fog menni, mert bajos lenne más időpontot kapnia a hosszú várólista miatt. Lászlót teljesen váratlanul érinti ez a közlés, ráadásul az időpont ütközik Krisztián osztályos csoportterápiás időpontjaival is. Mivel feladatának érzi a keretek betartatását, és tudja, hogy az osztályos terápia fontos fókuszpontja, hogy hogyan kezelik a páciensek a kereteket, hogyan alkalmazkodnak másokhoz, közli Krisztiánnal, hogy nem mehet el az időpontra, vagy ellenkező esetben le kell zárnia az osztályos terápiáját.

Krisztián a kivizsgálás mellett dönt, és terápiáját le akarja zárni. Másnap a team megkérdőjelezi László intervencióját, és arra a döntésre jut, hogy elengedi a páciens a vizsgálatra, bár tanácstalan, hiszen a vizsgálat több részből áll, és sok időpont fog ütközni a terápiával. Felmerül szempontként az is, hogy ha autizmus diagnózist kap a páciens, akkor igénybe vehet az egyetemen bizonyos felmentéseket, amelyek segítenék folytatni a tanulmányait. Krisztián ugyanakkor már nem tud változtatni döntésén, és ragaszkodik hozzá, hogy lezárja a terápiáját; így is tesz, és távozik az osztályról.

*Farkas Kinga véleménye:*

**Keretek, illeszkedés, időzítés: A kimondhatóság határai**

A pszichoterápiás gyakorlat etikai dilemmái ritkán jelennek meg élesen körülhatárolható formában; gyakrabban több, egymással részben ellentmondó szakmai, intézményi és személyes szempont metszéspontjában bontakoznak ki. Az alábbi eset ilyen értelemben tipikus: egyszerre világít rá egy páciens sajátos működésére, az adott feladatkörben kezdő szakember bizonytalanságára, a pszichoterápiás keretek feszültségeire és a felnőttkori autizmus ellátásának rendszerszintű hiányaira. A reflexió célja nem egyetlen megoldás kijelölése, hanem annak vizsgálata, hogy ezek a rendszerszintű feszültségek hol és hogyan keletkeznek, és mi akadályozza meg azok időben történő kimondását.

Kiemelkedik az információhiány és az információáramlás akadályozottsága. A páciens működésével, szükségleteivel, valamint a diagnosztikus folyamat jelentőségével kapcsolatos szempontok nem tudtak időben közös mérlegelés tárgyává válni, így a dilemmák kihangosítása a végleges döntés előtt elmaradt. A páciens kommunikációs stílusa több-féleképpen értelmezhető: tekinthető ellenállásnak, regresszív működésnek, de atipikus, neurodiverz működés megnyilvánulásának is. Ezek az értelmezések azonban ugyanoda vezetnek: a belső állapotok és szándékok nehézkes kommunikálhatósága miatt a helyzet gyorsan strukturális kérdéssé vált, miközben a jelentésekről való közös gondolkodás háttérbe szorult. Érdemes párhuzamot vonni a páciens és a szakember működése között. Autista személyek esetében feszültségkeltő helyzetekben fokozódhat a merevség, a keretekhez és rutinokhoz való ragaszkodás. Hasonló kompenzációs stratégia jelenhet meg egy új, nagy felelősséggel járó helyzetben lévő szakembernél is: a keretekbe kapaszkodás egyszerre szolgál szakmai iránytűként és szorongáscsökkentő támaszként. Ez önmagában érthető, ugyanakkor etikai kockázatot hordozhat, ha a keretek védelme aránytalan következményekkel jár a páciens számára.

A probléma lokalizálása több szinten lehetséges, és egyik sem kizárólagos. Értelmezhető a páciens pszichopatológiája, készség- és mentalizációs nehézségei felől, de felmerül a szakember szakmai működésének kérdése is: rendelkezésre állt-e megfelelő támogatás, szupervízió, volt-e tere a bizonytalanság megosztásának, vajon kapott-e fókuszot kép-

zése során az autizmus spektrum témája. Ugyanígy vizsgálható a pszichoterápiás osztály működése. Feltételezhető, hogy nincs kialakult protokoll a hasonló esetek kezelésére: a páciens felvételekor nincs előzetes jelzés arra vonatkozóan, hogy a terápia számára ne lenne megfelelő, ami önmagában természetes, hiszen éppen a bonyolultabb, több szereplőt és több szempont egyidejű figyelembevételét igénylő kommunikációs helyzetekben manifesztálódnak a készség- és működésbeli nehézségek. A magárahagyottság élménye így nemcsak egyéni tapasztalatként (Krisztiáné és Lászlóé) értelmezhető, hanem szervezeti szinten is megjelenhet: a pszichoterápiás osztály munkatársai azt élhetik meg, hogy a tágabb szakmai rendszer részéről korlátozott támogatás mellett kell felnőttkori autizmushoz kapcsolódó komplex kérdésekre válaszokat adniuk.

Tágabb kontextusban tehát az eset a felnőttkori autizmus ellátásának hiányosságaira is rávilágít. A hozzáférhető diagnosztika, a pszichoeducációs és pszichoterápiás lehetőségek és az ezekkel kapcsolatos képzések hozzáférhetősége korlátozott, nemcsak a páciensek, hanem a szakemberek számára is. A diagnózis fontos lehet a mélyebb konceptualizációhoz és a gyakorlati segítséghez, önmagában azonban nem oldja meg a működésbeli nehézségeket, amelyek további terápiás munkát igényelnek.

A terápia lezárása ebben az értelemben veszteség: elveszett az „itt és most”-ban való megértés és reflektálás lehetősége. Az eset továbbgondolása azonban lehetőséget ad arra, hogy hasonló helyzetekben a jövőben hamarabb váljanak kimondhatóvá a dilemmák és megfogalmazhatóvá a szükségletek. Bár páciensként, szakemberként, pszichoterápiás osztály és tágabb szakmai közösség részeként is felelősek vagyunk a jelenségek felismeréséért és a rendelkezésre álló terápiás eszközök bővítéséért, hiányaink nem minden esetben orvosolhatók azon a szinten, ahol éppen vagyunk. Ezért különösen fontos a szintek és szereplők közötti kommunikáció, a hiányok megfogalmazhatósága és a reciprok kommunikáció biztosítása. Autista személytől ennek kezdeményezését elvárni irreális; szakemberként a felelősség ott jelenik meg, hogy a hasonló helyzetekben nem megkerülhető a több szempont egyidejű figyelembevétele – szupervízióban, esetmegbeszélésben, szakmai diskurzusokban –, valamint ezek megértő, reflektív visszacsatornázása a terápiás kapcsolatba, ami támogathatja a páciens saját működésének differenciáltabb megértését, és elősegítheti a változást és a fejlődést.

*Fazekas Ágnes elemzése:*

Az eset több szempontból hoz tipikus problémás helyzeteket. Egyrészt László részéről, aki frissen végzett klinikusként próbál helytállni egy duplán új munkahelyen: a pszichoterápiás osztályon. Ez nemcsak munkahelyként új számára, hanem szemléletben is, nemcsak a páciensét kell megértenie, hanem a terápiás rezsim működését is kitanulni. Érthető, hogy tapasztalatlansága miatt inkább a már megtanultakhoz ragaszkodik, a keretek szigorú tartásához, mint hogy mérlegelné a felmerülő egyéb szempontokat.

Másrészt Krisztián részéről, aki nagyon sok autizmussal élő fiatalra jellemző pályát fut be: bár régóta vannak szociális nehézségei, a közoktatás strukturált rendszerében még valahogy elboldogul, de az egyetem elkezdése, a sok önálló szervezési feladattal már krízishez vezet. Ezek a páciensek nem úgy működnek az egyéni terápiában és a csoporthelyzetekben sem, mint az átlag, és nagyon könnyen kapnak téves vagy félrevezető diagnózist, vagy címkézik ellenállásnak, alkalmazkodási zavarának, ügyetlenségnek vagy lustaságnak a nehézségeiket. A szakszerű kivizsgálás és a diagnózis sokszor megkönnyebbülést és megértést hoz a páciens és a környezete részére, és utat nyit a specifikus ellátásnak, pl. az életvezetési nehézségek terén.

És a rendszer szempontjából: felmerül, vajon László mennyire számíthatott segítségre a team részéről, mielőtt döntést hoz egy ilyen fontos kérdésben, hogy kiírja-e a páciens az osztályról? Ebben az esetben már az első interjúban kiderült, hogy itt legalábbis az alapos gyanúja fennáll az autizmusnak, így a teamnek vagy László szupervizorának eleve ebbe az irányba kellett volna terelni a kezdő kolléga gondolkodását. Az érzelm kifejezés, a kapcsolati működés, a mentalizáció nehézsége másfajta hozzáállást és beavatkozást kíván meg autizmussal élő páciensnél, már a szerződés kötésben benne lehetett volna ez a szempont. Nagyobb hangsúlyt kell hogy kapjon az edukáció, a készségfejlesztés, a mentalizáció gyakorlása, mint a kapcsolati és érzelmi nehézségek hátterének feltárása. A kivizsgálás pedig a jelenlegi viszonyok között egy hosszú, nehéz, sok időt, energiát és sokszor anyagi áldozatot kívánó folyamat, gyakran hirtelen érkezik az első időpontra való behívás, ezt mind mérlegelni kell, ha a terapeuta meg akarja érteni a páciens viselkedését, és eldönteni, hogy ez most keretszegés vagy a realitáshoz való kényszerű alkalmazkodás.

Összességében nem etikai problémát látok ebben a történetben, hanem inkább felkészületlenséget és

információhiányt. Krisztián döntése, hogy a kivizsgálást részesíti előnyben, reális döntés, jó esetben még visszatérhet az osztályra már meglévő diagnózissal. László és a team számára pedig tanulási lehetőséget adott a helyzet, amivel várhatóan egyre gyakrabban fognak találkozni.

*Imre Adrienn véleménye:*

A példa egy pszichoterápiás osztályon dolgozó, pályakezdő kollégáról szól, aki a páciens döntési helyzetbe hozva, mondhatni erővel – próbálja betartatni vele a kereteket. Eközben azonban szem elől téveszt számos a páciens nézőpontjából fontos szempontot, amelyeknek etikai vonzata is van. A terapeuta érezhetően nyomás alatt van, azonnal cselekszik. A nyomás azzal jön létre, hogy a páciens kész helyzet elé állítja a terapeutát: a következő napon az osztályos csoportterápia helyett autizmus kivizsgálásra megy. A terápiában így pont az jelenik meg, ami a páciens életében is probléma: nehézség számára az életét összeszervezni, ütközés esetén inadekvát módon közli szempontjait. A terapeuta ezt fel nem ismerve reflektálatlan érzések hatása alatt cselekedett. Szerepet játszhatott ebben a terapeuta tapasztalatlansága, bizonytalansága, úgy próbálhatott megfelelni az új munkahelyén, hogy igyekezett terápiában tartani a páciensét. A felmerülő autizmus-spektrumzavar mintha elsikkadt volna a terápia során. Nem konceptualizálták a terápiás szerződésben, pedig előzetesen mindkettejükben felmerült lehetőségként. Etikai szempontból két dolgot látok problémásnak a helyzet kezelésében. Az egyik az, ahogyan a terapeuta döntési helyzetbe kényszerítette a páciensét ahelyett, hogy a páciens érdekei mentén mérlegelt volna. László ultimátumszerűen a terápia lezárásához kötötte a kivizsgáláson való részvételt, amivel sértette a páciens jogát, hogy megfelelő tájékoztatás birtokában, szabadon hozzon döntést saját egészségügyi és pszichológiai ellátásáról. A probléma nem a keretek képviselésével van, hanem azzal, hogy a páciens autonóm döntését a lezárással szankcionálta. Vélhetően jó szándéktól vezérelve cselekedett, miközben tudattalanul a saját szorongását közvetítette a keretek rigid érvényesítésén keresztül. Probléma még, hogy ha a kivizsgálás László álláspontja miatt megghiúsult volna, az késleltetett volna egy diagnosztikus tisztázást, ami segítheti Krisztián terápiáját, valamint a tanulmányait támogató jogosultságokhoz is vezethet. Egy másik rendszerszintű szempont is felmerül. Mégpedig, hogy a páciens nem egyéni pszichoterápiás szettingbe járt a terapeutához, hanem osztá-

lyos kezelésben vett részt. Azzal, hogy a terapeuta egyedül döntött, megfosztotta a páciensét attól, hogy a jelenlegi terápiájában azt az ellátást kapja, amire eredetileg elköteleződött: osztályos pszichoterápiát, amelyben a team együtt kezeli. A team-konzultáció

hiánya a döntés előtt növelte az iatrogén kockázatot. Lászlónak érdemes lett volna team-megbeszélést kezdeményeznie a döntés előtt, hogy a felmerülő kivizsgálás dinamikai, ill. a páciens terápiájára, életére vonatkozó jelentőségét közösen mérlegeljék.

### A PSZICHOTERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI

Az oktatások és a rendelések tekintetében is nagyon hasznos kiadvány A PSZICHOTERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI című kötet. A kötet Tiringner István szerkesztésével a Pszichoterápia szakfolyóirat kiadója, a MentalPort gondozásában jelent meg.

A kötet a szakfolyóirat etikai rovatának fiktív esetpéldáit tartalmazza a hozzájuk tartozó három hozzászólással: kiképző terapeutától, képzett, gyakorló terapeutától és szakképzésben lévő kollégától. A hozzászólások nem a „tuti” választ adják meg, hanem segítenek elgondolkodni pszichoterápiás és tanácsadói munkánk etikai aspektusain.

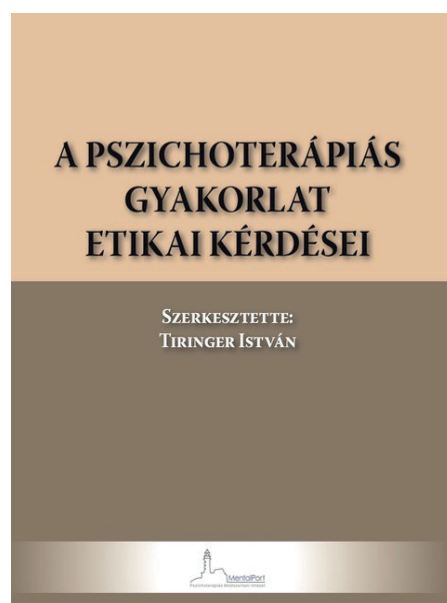
A kötet itt megrendelhető:

<https://www.mentalport.hu/kiadvanyok/etikai-kotet-megrendeles/>

A kiadvány célja elősegíteni a pszichoterápiás és segítő szakmák gyakorlatában az etikai kérdések felismerését, a problémamegoldási készségek fejlesztését, és gyakorlati anyagot nyújtani az etika szempontjaihoz a képzésekben.

Tapasztalatunk szerint az etika – jelentőségéhez képest – alulreprezentált szakmai gondolkodásunkban és a képzésekben egyaránt. A kötet megjelentetésével szeretnénk kiszélesíteni ezt a perspektívát.

Néhány cím ízelítésként a kötetben megjelent esetpéldákból: Üzleti kapcsolat a páciens nővérével. A szellemileg leépülő idős terapeuta. A terapeuta várandóssága a csoportterápiában. Anya és lánya „osztzkodása” a kisvárosi terapeután. Banki kölcsön és terápiás titok. Magánrendelői team vezetése és az online terápia térhódítása. Muszlim nőbeteg kezelése.



BENCZÚR LILLA  
1973–2025

*Benczúr Lillától búcsúzik az alábbi sorokban Varga S. Katalin.*

*Lilla éveken át látott el összekötői feladatokat a Magyar Hipnózis Egyesület és a Pszichoterápia folyóirat konferenciája között. Sokat köszönhet neki a konferencia.*

*Emlékét megőrizzük.*

*A Szerkesztőség*

Kedves Kollégák!

Sokan hallottátok már a hírt. Benczúr Lilla tagtársunk november 19-én elment közülünk.

Engedjétek meg, hogy személyes hangvételi sorokkal emlékezzek Lillára, most, így, együtt, veletek.

Majdnem három évtizede találkoztunk először Lillával az IZU-ban, az akkor még Kísérleti Tanszék ajtaja előtt. Nagyon akartunk tanulni a Nagyoktól. Nagyon. Emlékszem, álltunk a folyosón, vártunk, s ebben a közös várakozásban beszélgetni kezdtünk. A konkrét mondatok már nincsenek meg, csak Lilla tekintete, hangja, s az érzés, hogy ez a lány nagyon hisz a hipnózisban. Szinte bizonyosságot éreztem benne, hogy tudja: a hipnoterápia gyógyít.

Kollégák lettünk, a szó legigazibb értelmében. Együtt haladtunk az úton. Kiscsoportban együtt tanultunk hipnoterápiát, ugyanazok a mesterek kísérték és tartottak minket. Aki végigmegy a hipnoterápiás képzés útján, tudja, milyen mélységű kapcsolat köt össze két jelöltet, milyen minden egyes technikát együtt, egymással megtapasztalni. Most, hogy írom ezeket a sorokat, eszembe jutnak közösen megélt hipnózisok. Utazások, a képzeletünkben és sokszor a valóságban, buszon, villamoson. Annak a huszonevesen megismert fiatal lánynak a hite örökre megmaradt Lillában. Meginthatatlanul hitt a gyógyításban, a kapcsolat gyógyító erejében.

Néhány évvel később egy tanszéki kiskarácsonyon beszélgettünk, s kiderült, hogy mindketten elkezdtünk a mesékkel ismerkedni, tanuljuk a módszert. Lilla egyre intenzívebben kezdett dolgozni a

mesékkel, s engem elvarázsolt, ahogyan integrálta, ötvözte a két szemléletet. Ezen a kiskarácsonyon tudtam meg azt is, hogy kutatói identitása nemcsak a szuggesztiók világában él, de a benne megismert mély, lüktető kíváncsisággal kezdett gondolkodni a mesehallgatási transzról is, ami onnantól fogva bennem örökre Lilla nevével kapcsolódott össze.

Annyi állomás volt közös. Évekig dolgoztunk együtt szorosán az egyesületben. Lilla mindig, mindenben fegyelmezetten, alaposan, felelősséggel helytállt, ő volt az, akire számítani lehetett. Egy találkozáson tudtam meg, hogy táncol. Mesélte, hogy mennyire átkapcsolja a tangó, mennyire magával ragadja a mozgás. Mutatott néhány lépést, s közben láttam a tekintetén, hogy épp szárnyal.

Az élet úgy alakította, hogy a hipnoterápia módszerének tanítását is egyszerre kezdtük el, számtalanszor beszélgettünk oktatási helyzetekről. Lilla mindig, mindig, alázattal, nyitottsággal tanított, eltökélt vágyal és akarattal, hogy mindent átad a hallgatónak, amit tud. Ezt első kézből tapasztalhattam meg: tanítványa lettem. A monodrámák képzésében belépve egy terembe, a mester mellett ott ült Lilla, hogy majd ő kísér és tanít kiscsoportban – konkrétan látom most a tekintetét, ahogyan összenézünk és megmaradunk ebben a szemkontaktusban, közös múlttal és közös jellel.

Az elmúlt két évben új fejezethez érkeztünk, együtt kezdtünk járni egy dinamikus esetscsoportba, ahol csupán ketten voltunk hipnoterapeuták. Mintha az élet akarta volna így, ebben az utolsó két évben éreztem meg igazán, mennyire egy nyelvet beszélünk, amikor egy páciensről beszélünk.

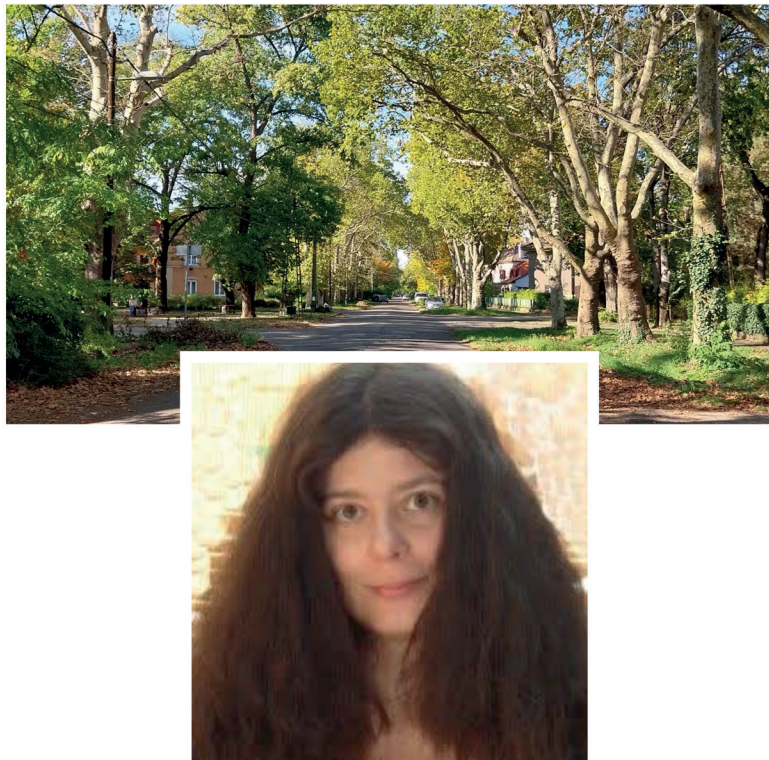
Képek, rengeteg kép, testi megélesek, amelyek sokszor furaságként hangzottak másnak, de kettőnknek nem. Értettük egymást, azt hiszem, érzékeltük is.

Nem szeretnék a betegségről írni. Azt szeretném, hogy Lilla úgy maradjon velünk az emlékeinkben, amilyennek megismertük, megismertem. Egy elhivatott gyógyító, terapeuta és tanár, aki szívét-lelkét beletette mindig abba, amivel foglalkozott, amiben jelen volt.

Egyszer kaptam tőle egy képet arról a platánsorról, ahol szeretett sétálni. Úgy érzem, rendben lenne Lillának, hogy megmutatom nektek, itt, a soraim végén.

Nyugodj békében, Lilla. Köszönöm a sok mindent.

*Kati*



## A PSZICHOTERÁPIÁS TANÁCS SZÖVETSÉG KÜLDÖTTGYŰLÉSÉNEK ÖSSZEFOGLALÓJA

2025. NOVEMBER 27., ONLINE

*A Pszichoterápiás Tanács Szövetség, valamint a Pszichoterápia folyóirat közös története Buda Béla lapalapító főszerkesztőségének idejéig nyúlik vissza.*

*A folyóirat és a PTSZ hol szorosabb, hol lazább kapcsolatot ápol. A megújult Tanács Szövetség lehetővé tette, hogy sajtóként részt vegyünk üléseiken, és időről időre hírt adjunk munkájukról a lap hasábjain.*

*A Szerkesztőség*

Jelenlévők: Ács Mónika Eszter, Arday-Punczmann Marita, Borbándi János, Csáky-Pallavicini Krisztina, Égerházi Anikó, Eitler Szilvia, Fadgyas Ildikó, Farkas Kinga, Fekete Olívia, Fekete Zita, Fenyves Tamás, Guti Kornél, Harmatta János, Jelinek Katalin, Kútvolgyi Andrea, Nagy Ildikó, Németh Marietta, Osváth Péter, Rubovszky György Zsolt, Székely Panna, Terenyi Zoltán, Tóth Erika, Tóth Zoltán, Varga Rita, Varga S. Katalin

Napirendi pontok:

1. Tagdíjemelés kérdése – Égerházi Anikó
2. Beszámoló az EAP Board meetingről – Farkas Kinga, Fekete Zita
3. A kódrevízióval foglalkozó munkacsoport beszámolója – Terenyi Zoltán
4. Pszichoterápia folyóirat konferenciáján való részvétel – Osváth Péter
5. Gyerekerápiák kérdéseit érintő beszámoló – Kútvolgyi Andrea
6. Szavazati joggal nem rendelkező egyesületek felé történő nyitás – Borbándi János
7. Egyéb

### *1. Tagdíjemelés kérdése*

Az elnök a korábbi közgyűlésen felvetett tagdíjemeléssel való döntésre hívja fel a küldöttközgyűlés résztvevőit, melyet a tagoknak a legutóbbi közgyűlés óta volt alkalmuk megbeszélni egyesületeikkel. Az elnökség a tagdíj jelenlegi, évi 30000 forintos összegét 40000 Ft/év-re emelte.

A jelenlévő küldöttek a tagdíj emelését egyhangúlag, 13 igen szavazat mellett elfogadják.

### *2. Beszámoló az EAP Board meetingről*

Farkas Kinga és Fekete Zita röviden ismertetik az EAP (European Association for Psychotherapy) szervezetét leíró legfontosabb információkat és az ez évi, Prágában megrendezett Board meeting tapasztalatait. A PTSZ a meetingen való részvétellel visszacsatlakozott az EAP mindennapi működésébe és a prágai találkozón Farkas Kinga EAP bizottsági elnöknek és a szintén jelen lévő titkárnak módja volt megérteni az EAP szervezetét és annak működését. A PTSZ-t érintő egyik legfontosabb információ, hogy a PTSZ jelenleg nem rendelkezik az EAP felé „awarding” jogosultsággal, mely az európai pszichoterápiás bizonyítvány kiváltásához szükséges lenne a hazai pszichoterapeuták számára, hiszen a kérelmeket az ilyen jogosultsággal rendelkező nemzeti szervezetnek ellen kell jegyeznie. Az elnök javasolja, hogy az EAP Bizottság kezdje meg az awarding jogosultsággal kapcsolatos feladatok összegyűjtését.

### *3. A kódrevízióval foglalkozó munkacsoport beszámolója*

Terenyi Zoltán a pontosság kedvéért tisztázza, hogy a kódrevízióval foglalkozó munkacsoport nem a PTSZ munkacsoportja, azt a grémiumok által delegált kollégák alkotják és ehhez csatlakozik a PTSZ képviselője.

A munkacsoportban sok konstruktív javaslat merült fel a kódrevíziót érintő munkával kapcsolatban. A munkacsoport ebben az évben még egyszer ülésezik, de az eddigiekben felmerült témák három csoportba sorolhatók:

a gazdasági kérdéseken túl a kódok alapját adó szakmai háttér képviselése;

finanszírozással kapcsolatos praktikus szempontok (melyek az előző pontból is következnek);

a konkrét kódok konkrét definiálásának feladata.

Fontosnak tartják, hogy a munka a szakmai nyilvánosságban is megjelenő szakmai konszenzuson alapuljon, ezért az MPT-n kerekasztalt szerveznek a kódrevízió kérdésével kapcsolatban. Emellett azonban érdemes lenne egy szakmai szempontú műhelykonferenciát is szervezni, ahol a fent említett pontok, és az egyesületek ebben való szerepe megvitatható lenne. Ennek előkészítésében a PTSZ-nek fontos szerepet szánának.

Az elnök ezzel összefüggésben kifejezi, hogy várja azokat, akik a februári konszenzus konferencia szervezésébe, lebonyolításába csatlakoznának.

#### *Az „Egyéb” napirendi pont előrehozott témája*

Az elnök felkéri Varga S. Katalint, hogy tárja a közgyűlés elé a korábban, az egyéb napirendi pontok közé felvenni kívánt, az egyesületet érintő, de közérdeklődésre is számot tartó információt.

Varga S. Katalin elmondja, hogy Benczúr Lilla, a Hipnózis Egyesület neves tagja november 19-én elhunyt. A PTSZ megrendülten veszi tudomásul a hírt.

A küldöttközgyűlés egy perces néma csenddel búcsúzik Lillától.

#### *4. Pszichoterápia folyóirat konferenciáján való részvétel*

Osváth Péter elmondja, hogy az MPT-re is benyújtottak egy absztraktot a kódrevízióval kapcsolatban, de fontos lenne a tájékoztatásba és a közös gondolkodásba az egyesületek és a magánpraxisban dolgozók bevonása is. Azért is, mert a szakmán kívülieknek nehéz megérteni a szakma működését, a kódrevízióval foglalkozók pedig épp erre vállalkoznak a döntéshozók felé. Ezért szeretnék a szakma többi képviselője felé is megnyitni a közös gondolkodás útját.

Várják azok jelentkezését, akik szívesen részt vennének a Pszichoterápia folyóirat konferenciáján. Magánpraxisban tevékenykedő kollégákat is szívesen látnak résztvevőként és hallgatóságként is.

#### *5. Gyerekerápia kérdéseit érintő beszámoló*

A gyermekterápia kérdéseivel foglalkozó munkacsoport jelezte, hogy a jelenlegi közgyűlésen sze-

mélyesen nem tudnak a munkában résztvevő tagok jelen lenni, ezért kéri a téma következő küldöttközgyűlésre történő halasztását. A téma ennek megfelelően a következő alkalommal kerül a közgyűlés elé.

#### *6. Szavazati joggal nem rendelkező egyesületek felé történő nyitás*

Borbándi János elmondja, hogy gazdagító lenne megismerni azoknak az egyesületeknek az álláspontját is, akik szakmai munkát végeznek, de még nem rendelkeznek szavazati joggal a PTSZ-ben. Ezért a közgyűlés elé szeretné tárnai ennek kérdését. Közös gondolkodásra hívja a jelenlévőket azt illetően, hogy milyen formában lehetne bevonni őket a PTSZ munkájába, milyen formában lehetnének jelen a közgyűléseken.

Terenyi Zoltán felveti, hogy érdemes lenne a csatlakozás során több „fázist” létrehozni, ami a már megszerzett tagság mellett egy jelölti tagságot is jelentene.

Borbándi János megemlíti, hogy a jelölti tagsággal kapcsolatban érdemes lenne átgondolni, milyen szempontok szerint kaphat valaki jelölti státuszt, milyen feltételeknek kell megfelelnie, és ki dönti el, hogy megfelel-e egy egyesület a jelölti státusznak.

Németh Marietta ehhez csatlakozva elmondja, hogy támogatja egy objektív szempontrendszer létrehozását.

Az elnök megkéri a közgyűlést, szavazzon arról, hogy elkezdje-e a PTSZ az ez irányú munkát.

A jelenlévő küldöttek 13 igen szavazat mellett a javaslatot elfogadják.

#### *7. Egyéb*

Az elnök felkéri az Integratív Pszichoterápiás Egyesületet (IPE) képviselő Fadgyas Ildikót, hogy számoljon be az IPE ellenőrzésének eredményéről. Fadgyas Ildikó az ellenőrzésről részletesen beszámol. Felajánlja, hogy ha a közgyűlés igényli, a következő alkalomra az IPE részletesebb beszámolóval készül.

Az elnök felkéri Terenyi Zoltánt, hogy számoljon be a Pszichoterápiás Hétvége tapasztalatairól. Ő elmondja, hogy a rendezvény nagy sikerrel, 240 fő részvételével, több egyesület megjelenése mellett zajlott.

A következő küldöttközgyűlés időpontja:

2026.02.05. 10:00-12:00, online

*Fekete Zita*

## KONFERENCIA-BESZÁMOLÓK

## ÚJ IRÁNYOK A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁBAN

AZ ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES (EABCT) 55. KONFERENCIÁJA  
2025. SZEPTEMBER 3-6., GLASGOW

Az idei kongresszust 2025. szeptember 3–6. között rendezték meg Glasgow-ban. A több mint 2400 résztvevőt vonzó esemény középpontjában az interdiszciplinaritás, a neurodiverzitás és a technológiai innováció állt. A „*Evolving Minds, Expanding Methods*” mottó nem csupán szimbolikus: a plenáris előadásoktól a gyakorlati tréningekig minden programelem a CBT fejlődő, nyitott természetét tükrözte.

A hatalmas *Scottish Event Campus* terei kitűnően szolgálták a párhuzamos programokat: plenáris előadások, tematikus szimpóziumok, „skill class” tréningek és workshopok követték egymást. A szervezés gördülékeny volt, a konferencia-applikációval személyre szabott program készülhetett, az előadások felvételei pedig utólag is visszanezhetők. A poszterek a központi aulában kaptak helyet, így a szakmai párbeszédnek természetesen alakultak ki.

A tartalmi fókuszok közül a neurodiverzitás és a neuroaffirmatív szemlélet kapta a legnagyobb figyelmet. Több kutatás vizsgálta az autizmus spektrum-zavarban élők számára adaptált CBT-megközelítéseket, a kognitív idegtudomány eredményeire építve. Kiemelt téma volt a klinikai komplexitás, a többszörös diagnózisú és pszichotikus kliensek kezelése, valamint a technológiai innováció: a mesterséges intelligencia és a virtuális valóság pszichoterápiás alkalmazásai.

Néhány izgalmas téma az előadások kavalkádjából. A plenáris előadások közül *Rory C. O'Connor* a szuicid viselkedés *Integrated Motivational-Volitional (IMV)* modelljét mutatta be, amely a „*Create Hope Together*” skót nemzeti öngyilkosság-megelőzési stratégia alapját képezi. *Arnoud Arntz* az imaginációs újírás (imagery rescripting) hatékonyságát ismertette traumaterápiás kutatások alapján, míg *Kerry Young* és *Courtney Stich* a disszociáció kezelését bemutató tréningjükben gyakorlati technikákat adtak a résztvevők kezébe. A firenzei és bécsi kutatócsoportok a metakognitív terápia (MCT) új

eredményeit ismertették, hangsúlyozva a rumináció és az érzelmszabályozás kapcsolatát. A harmadik hullámos megközelítések közül az ACT-ről szóló workshop kiemelkedően inspiráló volt, különösen a metaforák terápiás használatát bemutató gyakorlatai miatt. A sématerápiás szekcióban holland kutatók és *John P. Louis* a pozitív sémák aktiválásának új technikáit ismertették.

A magyar jelenlét erős volt: *Unoka Zsolt Szabolcs* az atópiás dermatitis pszichoterápiás kezelési lehetőségeiről számolt be. *Vizin Gabriella* (ELTE) az ICD-11 személyiségzavar-kérdőív pszichometriai jellemzőit és a stigmatizációs hatásokat vizsgálta. *Bánfi Katarina* a negatív automatikus gondolatok érzelmszabályozásban betöltött szerepét elemezte nőgyógyászati onkológiai mintán. *Becz Bernadett* az önegyüttérzés, alvászavar és negatív gondolatok összefüggéseit mutatta be onkológiai betegek körében. *Gerlinger Lilla* a Semmelweis Egyetem munkacsoportjának képviselőjeként az AVATAR-terápia friss tapasztalatait ismertette szkizofrénia spektrum zavarban.

A sok résztvevő szerint a kisebb workshopokban való részvétel bizonyult a legértékesebbnek, hiszen itt lehetett valódi szakmai párbeszédet folytatni és személyes kapcsolatokat építeni. Bár néhányan hiányolták a gyakorlatorientált tréningek nagyobb arányát, a tudományos sokszínűség, a módszertani igényesség és a közösségi szellem mindenkit inspirált.

Az EABCT 2025 Glasgow megerősítette, hogy a kognitív-viselkedésterápia nem statikus módszertan, hanem élő, fejlődő rendszer. A relációs szemlélet, a technológiai innováció és a neurodiverzitás iránti nyitottság közösen rajzolják ki a jövő terápiás térképét – amelyen a magyar szakma is egyre aktívabb, láthatóbb szerepet tölt be. A következő EBCT-t 2026 szeptember 16–19. között rendezik meg Brüsszelben.

A VIKOTE delegációja nevében:

*Biró Gergely*

**10 ÉVES A MURMO**  
**BESZÁMOLÓ A MURMO ÜNNEPI NYÍLT NAPJÁRÓL**  
**2025. OKTÓBER 4., BUDAPEST**

Tavaly ünnepelte tizedik születésnapját a MURMO. A kerek évfordulón a központ „otthona” ünnepi díszben pompázott és nyitott, barátságos szemléletéhez híven olyan nyílt térére változott, ahol a segítséget kérő szülők, valamint a szakmai közönség is együtt vehetett részt az ingyenes programokon és az állófogadáson.

A létszámkorlátos műhelyeken változatos paletta várta az érdeklődőket. A délelőtti folyamán *Isépy Réka* és *Bagdi Johanna* gyógypedagógus kollégák és *Gizi* terápiás kutya az érzelemfókuszú kutyaterápiás csoportok módszereit mutatták be, *Komáromi Erzsébet Katalin*, *Kovács Petra* és *Pap Erika* pedig a közös alkotást mint diagnosztikai folyamatot használó csoportos megfigyelésbe adtak betekintést. A nyílt nap folyamán több olyan interaktív és pszichoedukatív, a szülők és szakemberek, ezáltal közvetetten pedig az érintett gyermekek és családjuk közötti párbeszédteremtő program is helyet kapott, amelyek egy-egy diagnózist jártak körbe, így *Jatner Judit* az ADHD, *Koltai Borbála* és *Tóth Noémi* az autizmus, *Sonnevend Mária* és *Bognár Fanni* szülőklubján pedig az evészavarok nehéz témájában igyekezett útmutatást nyújtani. Nagy érdeklődés övezte *Kárpáti Judit* PhD műhelyét a diagnosztikai folyamatban használt neuropszichológiai tesztekéről.

A délután folyamán több sajátélmény jellegű műhelyen is részt vehettek a látogatók. *Mészáros Zsófia*, *Dancsó Orsolya* és *Kelemen Kamilla* a szociális kommunikáció fejlesztésének módszereire, *Nagy Kata* és *Füller Eszter* az OH-kártyák segítségével szülők számára a hosszú távon gyakorolt öngondoskodásra és szakembereknek pedig a szülőkkel való munka támogatásának lehetőségeire nyújtottak akciokat. *Schwanner Zita* és *Pap Erika* szimbólumterápiás sajátélmény műhelyén a szülői szerepekkel dolgozhattak a résztvevők. *Veres Júlia*, *Forgács Eszter* és *Gellért Fruzsina* élmény alapú foglalkozásán pedig egy gyermek játék-drámán lehetett „gyermekcipőbe bújni” egy mese megalkotásával és a játékon keresztül ízelítőt kapni arról, hogy a szakemberek hogyan segítik a gyermekek gyógyulását a Murmo gyermek pszichodráma csoportjain.

A nyílt nap eseménysorozatához tartozott az Átkelő Galéria 10. MURMO tárlatának megnyitója, ahol *Orvos-Tóth Noémi* író nő megnyitó beszéde után a látogatók a kiállított művészetterápiás alkotásokon keresztül egy-egy személyes gyógyulástörténet leképződését tekinthették meg. Köszönjük a meghívást és sok hasonló ünnepi alkalmat kívánunk a MURMO-nak!

*Németh Noémi*

**SZERETET ÉS GOND**  
**A MAGYAR DASEINANALITIKAI EGYESÜLET 6. KONFERENCIÁJA**  
**2025. OKTÓBER 11., BUDAPEST**

Minden konferenciának megvan a maga jellegzetes hangoltsága. Ez a 6. konferencián sem volt másképp. Az előadások utáni megszólalásokban és a napot lezáró nagycsoport rezonálásában egyaránt felismerhetők voltak a hangulati tónus különféle hangjai. Az MDE rendezvényein gyakran résztvevőkben – főként az ismerős keretek közt – valami újra kilátást nyitó, újdonság iránti kíváncsiság mutatkozott meg. Az újonnan érkezők pedig rácsodálkozásuknak adtak hangot, kifejezve, hogy e befogadó közös térben elhangzottak mennyire váratlanul fel tudnak kavarni.

*Kőváry Zoltán*, a konferencia házigazdája már a köszöntőben érzékeltette azt a dinamikát, amit az eleinte csak szemléletként, majd később pszichoterápiaként kibontakozó daseinanalízis kezdeteitől fogva hordoz. A Heidegger *Lét és idő* című művéből származó szemléletadást, a módszertani megközelítést és az emberi dasein (világban-benne-lét) strukturális elemzését a daseinanalízis pszichoterápiás

irányzatát megalapító Binswanger is nagyra tartotta, bírálta viszont a filozófus emberképét. Szerinte Heidegger tévesen ítélte meg az emberi lét természetét, mivel azt csak gondként jellemzi, s elmulasztotta figyelembe venni, hogy emberré válásunk nem lehetséges szeretetteljes emberi együttlét nélkül.

A konferencia előadói bátran „filozófiai mélyvízbe” merültek, amikor a címben jelzett két, a pszichoterápia szempontjából alapvető viszony kapcsolatát bontották ki. Amellett érveltek, hogy az emberi lét alapszerkezetében eleve adott gondoskodó odafordulás nyitott arra, hogy szeretetté mélyüljön; vagyis a szeretet a hiteles törődés kiteljesedése. A konferencián előadó, Finnországban dolgozó *Savander Enikő* megjegyezte, hogy az egészségügyi gyakorlatban a szeretet fogalmát mindmáig kerülik.

A nyitóelőadásban *Sarungi Emőke* egy álom-munka mentén mutatta be, miként törekedett fenntartani az autentikus együtt-létet a terápiában, és hogyan formálódott ő maga is a találkozások során.

*Tomán Edina* empatikus előadása egy genetikai adottságai léthelyzetébe vetett ember tapasztalatáról szólt, aki megtanulja elfogadni teste birtokolhatatlanságát, miközben egyre mélyebbé vált gyengéd, gondoskodó viszonya önmagához. A női előadók sorában utolsóként *Nagy Gabriella* A kiválasztott című Thomas Mann-regényt elemezte, bemutatva, hogyan szolgál a testvérszerelem és az inceszttabu motívuma termékeny terepként a létbevettség és az önmagunkhoz való visszatérés kérdését előszerezettel vizsgáló dasein-analízis számára.

A négy férfi előadó közül Kőváry Zoltán és *Fazekas Tamás* a szerelem témáját vizsgálták: Kőváry pszichobiográfiai szempontból, Fazekas pedig a daseinanalízis új párterápiás megközelítésében.

*Szummer Csaba* a korai és késői Heidegger daseinanalízisre gyakorolt hatását mutatta be, és példányokat is hozott a *Psychologia Hungarica Caroliensis* daseinanalízis-különszámából, amelyet ő szerkesztett. A férfi előadások sora is szépirodalmi elemzéssel zárult: *Krékits József* Sartre két drámája alapján világította meg az ember és közösség kapcsolatának abszurd elidegenedését, amely különösen a gyökértelenné vált értelmiséget érinti.

A konferenciát a bevett gyakorlatot követve nagycsoport zárta, melyet a képzésben részt vevők kiscsoportos sajátélményeikről szóló kerekasztala előzött meg, *Cseszneg Péter* vezetésével.

*Kelemen Gábor*

### KÁOSZ – SZABADSÁG – REND A MAGYAR PSZICHOANALITIKUS EGYESÜLET XXXI. KONFERENCIÁJA 2025. OKTÓBER 3–4., BUDAPEST

A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület idei konferenciájára a szokásosnál nagyobb izgalommal készültem, mert életemben először egyéni szereplést is vállaltam egy esetbemutatás formájában. A szabadság megélésének, elvesztésének, különböző formáinak kibontakozását a programok az analitikus téren belüli szabadság, a terapeuta, a páciens szabadsága irányából, társadalmi folyamatok szempontjából, a csoportszintű folyamatok rendszerén keresztül is megközelítették. A plenáris előadást *S. Nagy Zita* neuropszichológus-pszichoterapeuta tartotta. Könnyen befogadható, a tőle ismert élénkséggel megtartott előadásának témái ihletően hatottak a konferencia egészére is, ahol persze – mint a tágabb szakmában mindenhol mostanság – teret kapott a neurodiverzitás, de a gyerekkori traumatizáció által formálódó eltérő idegrendszeri működések megértése is. A következő szekcióban volt az esetbemutatásom, amelyben az első általam végzett analízis terapeutai és páciensi viszonyosságait igyekeztem átadni. A konferencia témája azért ihletett meg ennek az esetnek a megmutatására, mert páciensemrel együtt a szabad asszociáció pszichoanalitikus eszközét gyakran pont nem a szabadság felé vezető útként, hanem fenyegetésként éltem meg. A hozzászólókként felkért *Szajcz Ágnes* és *Riskó Ágnes* rám azóta is ható észrevételeikkel járultak hozzá az eset megértéséhez, *Bakó Tihamér* üléselnök pedig hozzáértően alakított ki olyan légkört a résztvevők között is, amelyben nem az ítékezés dominált, hanem a közös megértésre törekvés; különösen sokat adott, hogy személyes élményeket is be lehetett hozni, illetve, hogy mégis helyet kaphattak a kritikák is. Délután *Schmelowsky Ágoston*

műhelyén vettem részt, ahol a pszichoanalízis sajátélményét és a pszichoanalitikussá válás élményét kapcsoltuk össze. Bár a műhelyen történeteket azok személyessége miatt titoktartás fedi, az az emlékem mégis megosztható róla, hogy sokat neveltünk – éreztem, hogy külön alcsoportként a kandidátus kollégákhoz is jóleső érzés tartoznom. Az első délutánon a kórusvezető-zenepedagógus címkéssel jelölhető, ám valójában teljesen megismételhetetlen és excentrikus *Tóth Árpád* interaktív előadásán vehettünk részt. Már többször találkoztam vele, így tudtam, hogy nem fog senki megmenteni minket a nagy közös éneklés élményétől, és így is lett.

A második napban számomra *John Steiner* előadása és klinikai workshopja volt a fénypont. Az idei konferencia legnagyobb újdonsága talán a most először megrendezett nemzetközi szekció volt, amely egy teljes párhuzamos programmal futott a magyar program mellett, kiemelkedő nemzetközi szereplője pedig persze Steiner volt, aki a szélesebb analitikus közegben talán leginkább „pszichés menedék” koncepciója miatt ismert, illetve különösen fontos a munkássága azért is, mert sok újat adott a súlyos személyiségzavarok, a borderline és pszichotikus szerveződésű páciensek megértésében is. Steiner előadását („Chaos, freedom and order in the analytic setting”), a szervezők óriási munkával lefordították, így szinkronfordításban élvezhette azt a magyar nyelvű közönség is. Emellett a 90-es éveit taposó Steiner ezen a napon egy szupervíziós workshopot is tartott, ahol esethozóként nagy megtiszteltetés volt számomra, hogy közösen beszélgethettünk. Míg az előadás során egyáltalán nem, itt azért nehéz volt áthidalni az online tér korlátait: a klini-

kai workshop résztvevőivel élőben dolgozhattuk fel az esetet, Steiner viszont kevéssé hallotta a terem más részein ülők hozzászólásait, így néha az volt az érzésem, hogy egyszerre két beszélgetést folytatok, egyet vele, egyet pedig a workshop többi résztvevőjével. A konferenciáról elfelé menet barátnőmmel, aki tagja volt a nagyszerű programszervező csapatnak, megállapítottuk, hogy nemcsak a nemzetközi

szekció számított újdonságnak az idei konferencián: újdonság volt mindkettőnknek az az élmény is, hogy végre „megértünk” egy kicsit, és a tapasztalt, idősebb kollégákkal egyenrangúban, bátrabban és önmagunkat jobban felvállalva tudtunk részt venni ezen a pszichoanalitikus konferencián.

Barna Mária

### A MAGYARORSZÁGI PSZICHOTERAPEUTÁK SZAKNÉVSORA

Kedves Kollégák!

Örömmel értesítjük Önöket, hogy megjelent a *Pszichoterápiás ellátás és képzés – Magyarországi pszichoterapeuták szaknévsora 2023*.

E kiadvány az egyetlen, amely listászerűen tartalmazza a pszichoterapeuták adatait. Valamennyi feltüntetett képzettség csak ket-tős ellenőrzést követően kerülhetett be. A kiadvány tartalmazza továbbá a pszichoterápiás szakképzések legfontosabb adatait és felépítését. Ezenkívül bemutatja a klinikai és módszerspecifikus képzőhelyeket, valamint kitér a PTSz, az egyetemi grémiumok és szakmai kollégium szerepére.

E kötet hasznos lehet a pszichoterapeuta szakképzés iránt érdeklődők számára.

A kötet másik haszna, hogy bemutatja a hazai pszichoterápiás ellátási formákat: pszichoterápiás osztályokat, pszichoterápiás rendelőket és műhelyeket.

A kiadvány érinti a gyermekellátás dilemmáit a jelenlegi ellátórendszerben, valamint a pszichiátria helyét a pszichoterápiában.

A kötet tartalomjegyzéke az alábbi linken megtekinthető: [https://www.mentalport.hu/wp-content/uploads/2024/02/tartalomjegyzek\\_szaknevsor.pdf](https://www.mentalport.hu/wp-content/uploads/2024/02/tartalomjegyzek_szaknevsor.pdf)

A közel 500 pszichoterapeuta adatai online elérhető adatbázis bárki számára hozzáférhető, az adatok között szűrni lehet a tevékenység helye és a módszerspecifikus végzettség szerint. Megtekinthető itt: <https://www.mentalport.hu/pszichoterapias-szaknevsor/magyarorszagi-pszichoterapeutak-szaknevsora/>

A kötetben megjelenő adatok a 2023-as állapotot tükrözik. A Pszichoterapeuta szaknévsor online elérhető, publikus adatait évente frissítjük, a kötet teljes revíziójára nyomtatott formában 4-5 évente kerül sor.

Megrendelési lehetőségek:

A kiadvány online és nyomtatott verzióban is elérhető, a Pszichoterápia szakfolyóirat előfizetői kedvezményes díjjal rendelhetik meg a kötetet.

A nyomtatott kiadvány megrendelhető az alábbi linken:

<https://www.mentalport.hu/kiadvanyok/szaknevsor-megrendeles/>

A kiadvány ára: 5.400 Ft.

Pszichoterápia szakfolyóirat előfizetői számára kedvezményesen: 4.900 Ft.

Postázási igény esetén a postázási díj 1.500 Ft.

Amennyiben az online kiadványt szeretné megrendelni, kérjük, látogasson el a

<https://online.pszichoterapialap.hu/elofizetes>

oldalra, ahol regisztrációt követően megrendelhető és a bankkártyás fizetést követően azonnal hozzáférhető az online kiadvány.

Az online kiadvány ára 4.300 Ft, a Pszichoterápia szakfolyóirat előfizetői számára kedvezményesen 3.900 Ft.

A kötetet szerkesztette Benkő Henrietta és Szőnyi Gábor, az adatokat gyűjtötte és egyeztette Pach Judit, felelős kiadó Bokor László (MentalPort Pszichoterápiás Módszertani Intézet).

## Pszichoterápiás ellátás és képzés

MAGYARORSZÁGI PSZICHOTERAPEUTÁK  
SZAKNÉVSORA 2023



Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIA Szakfolyóirat különkiadványa  
A Pszichoterápiás Tanács Hivatalos adataival

Budapest, MentalPort 2023

## KÖNYVISMERTETÉSEK

Árkovits Amaryl, Varga S. Katalin (szerk.):  
 Határhelyzetek világa: Tanulmányok a köztes  
 létről  
 399 oldal, 5990 Ft  
 2025, L'Harmattan – TIT Kossuth Klub  
 Egyesület, Budapest  
 ISBN: 978-963-646-4370

Árkovits Amaryl és Varga S. Kata második közös szerkesztésű könyvében a köztes lét, küszöbállapot, liminalitás világába kalauzolja az olvasót. A szerzők gyakorlatban dolgozó kiképző pszichoterapeuták, oktatók, szemléletük az elhivatottságon túl a szakmai és társadalmi felelősségvállalás, valamint az interdiszciplináris szemlélet metszéspontjában csúcsosodik ki. A szerzőpáros kötetükhöz szóló invokációjukban arra hívja fel a figyelmet, hogy a liminalitás, az átmenetiség fogalmi köre, élményvilága, jogosultsága túlmutat a hagyományos pszichológiai és antropológiai jelenségtartományon. Fenomenológiailag változó, térben-időben, élményben jelenlévő mintázat, aminek lenyomatát viseljük, tapasztaljuk: „egyszerre ismerős és nyugtalanítóan idegen, tele veszéllyel és lehetőséggel”. Talán emiatt lett a liminalitás fogalma a kötet rendezőelve: mert minden-hova elér. Ha innen vizsgáljuk, antológia, egyfajta interdiszciplináris ikebana: csokorba szed, rendez akár egymástól távolinak tűnő szempontokat, nézőpontokat is. Márpedig ezt teszi, csokrot kínál az olvasónak huszonnyolc szerző írásaiból. Találunk köztük a pszicho-szakembereken túl többek között építészt, filmművészt, képzőművészt, kommunikációkutatót, zenetörténészt is, akik mind-mind más illatát mutatják az életszagú jelenségeknek, amit talán emberként mindannyian tapasztalunk életünk során. A kötet szerkezetileg három részre tagolódik; könyvismertetésünk a téma gazdagsága és kidolgozottsága miatt csupán arra vállalkozhat, hogy felvillant egy-egy továbbolvasásra, elmélyülésre érdemes gondolatot. A kötet eklektikus, mind tematikájában, mind stilisztikájában. Tartalmaz tudományos igényvel szerkesztett akadémiai szöveget, valamint személyes hangvételi írásokat egyaránt.

Az első rész a *Közösség, rítus és kultúra: a liminalitás társadalmi és művészeti kontextusban* címmel a témák tág horizontját bejárva nyolc tanulmányt tár az olvasó elé. Kísérleteket tesz: pszichoterápiás, természettudományos, evolúciós, szociológiai, antropológiai szempontokból fogalmazza meg a köztességet. Van, ahol tudományos tárgyilagossággal von le következtetéseket. Eljuttatja az olvasót az Ödipusz-komplexus hagyományos értelmezési keretétől a társadalmi ultrakooperativitás előny-hátrányelemzéséig – a hagyományos freudi gondolattól kiindulva a kurrens etológiai, evolúciós pszichológiai eredményekkel alátámasztva követi végig a civilizáció kialakulásának fázisait. Küszöbhelyzetként értelmezi a hajléktalanság számos aspektusát, rávilágítva a szociális ellátórendszer mindennapi nehézségeire. Ami fontosabb; a működő joggyakorlatok mentén kísérletet tesz megoldási stratégia kidolgozására. Bevilágít a csillagok életébe, laikusok számára is érthetően és izgalmasan magyaráz el bonyolult fizikai összefüggéseket. Vizsgálja a segítő kapcsolatok különböző modalitásainak aspektusait, és azok hatását magára a hordozó médiumra, a terápiás kapcsolatra. Keresi a csoporthelyzetek liminális vonásait, külső és belső valóságok átmeneteit, az alkotás élményvilágának lehetőségeit gyermekotthonban felnövő gyerekekkel. A csoporthelyzetben de-formálódó és re-formálódó szelf élményének átmenetiségét. Azt az átmenetet, amellyel a csoport egyszerre függeszti fel és tartja fent a kiléptetett és az eredeti világ határait. Vizsgálja a betegszerep élményvilágának szétszaggatottságát, megmutatja a szuggesztív kommunikáció hatalmát a kórházi sterilizáció ijesztőségében. Mesél a hős köztes élményben átélt kalandjáról: legyen a hős meseterapeuta, zarándok, vagy reflektorfényben álló közszerelő. A második rész *Köztes terek és testek: tér, identitás és érzékelés* címmel kísérletet tesz arra, hogy lokalizálja a liminalitás élményét. Legyen szó a befogadott világ érzéskeléséről, az élmény pszichés reprezentációjáról, a feldolgozás módjáról, vagy a térről, amiben az élmény megtörténik. Ha röviden akarnám összefoglalni a fejezetet, az kérdéseket hív

meg és válaszokat kínál. Hányféleképp értelmezhetjük a teret? Hogyan kezdenek a természetesnek vett építészeti elemek külső-, belső-, és átmeneti tereket formálni? Hogyan teremtetik lélektani folytonosságot a szocio-, és pszichofizikai környezetünk? Hogyan lesz a külső világból belső élménytérkép? Hogyan lép ki a szexuális irányultság hagyományosnak elkönyvelt sarokkövei közül a szexuális orientáció sokfélesége; létezik-e köztes szexualitás vagy szexuális fluiditás mint lineáris állapot? Hogyan köszön vissza csecsemőkorunk reflektálatlan élményvilága a legszorosabb intimitásban? Hogyan reprezentálódik önmagunk átélése a másikhoz való kapcsolódás tapasztalásához? Hogyan találjuk meg az átmenetiséget a szerkesztett-komponált zeneművekben? Ha meg akarnánk tapasztalni ennek élményét, milyen darabokon keresztül tehetnénk meg? Mi az útja annak, hogy feladjuk a jelentés utáni kényszeres vágyunkat? Hogyan tudja a fotográfia legyőzni az észlelés eleve adott korlátait? Hol tart most a tudomány Freud Álomfejtésének igazolásában? Hogyan gondolkodik a modern analízis az álmok szerepéről? A harmadik egység *Az átmenet tapasztalata: pszichológiai és egzisztenciális határhelyzetek* címmel

talán a legélményközelibb aspektusát tárja elénk. Krízis, függőség. A mobilitás elvesztése. Születés, kamaszkor, gyász. Pszichózis, hipnózis. Élményperspektívákat villant fel. Némelyiket nem tudjuk megkerülni. Némelyik megtapasztalható. Némelyik kiszámíthatatlan. A fejezet megmutatja a türelmet, ami a gyászhoz szükséges. A krízis filozófiai jelentésmezejét. A hintalógaloppban vágató kamasz elé táruló folyton változó képet. Hogy mennyire más-ként gondolkodik a nő és a férfi a szülés élményéről. Szemelvényeket egy mozgásszervi rehabilitációs osztály napjaiból, történeteket az önmeghaladásra. Az addiktív hiedelmek lyukas vödrét befoltozó terápiás kapcsolatot. A hipnózisban átélt élményeknek biztosságot adó hangolódást. Azt, hogy van, amikor a megbolondulás szükséges az öndefinícióhoz. Árkovits Amaryl és Varga S. Katalin kötete egy polcra helyezhető, papírra nyomott virágcsokor. Vadvirágok vannak benne, gondosan válogatva, egymástól hol közelebb, hol messzibb mezőkről gyűjtve. Lenyomatot kínál nehezen megragadható dolgokról. És ami számomra a legfontosabb: elvisz a liminalitástól a communitasig.

*Dufla Ferenc*

## SZAKKÖNYV- ÉS FOLYÓIRATLISTA

### KÖNYVEK

#### **Animula Szakkiadó**

animula.hu  
mail@animula.hu

#### *2026-ban megjelenik:*

Belcher, Hannah: A maszk mögött: gyakorlatok az autisztikus álcázás megértéséhez  
Haley, Jay: A hipnózis magasiskolája  
Herman, Judith: Trauma és gyógyulás  
Moss, B.: Írással a depresszió ellen  
Nelson-Jones: Tanácsadói készségek

#### *2025-ben megjelent:*

Anderson, Harlene: Beszélgetés, nyelv és lehetőségek  
Bíró (szerk.): A Gestalt egykor és ma  
Böszörményi-Nagy Iván: Adás és kapás között  
Huba J.: Csak ők „mások” vagy mi mindannyian mások vagyunk? Nehezen kezelhető, ADHD-s, szenzoros gyerekek terápiája  
Lazarus, Arnold: Házassági mítoszok  
Nitsun: Az anti-csoport  
Simon-Székely Attila: Örökkévalóság  
White: Térképek a narratív gyakorlatban

#### **Medicina Könyvkiadó**

www.medicina-kiado.hu  
medkiad@medicinazrt.hu

#### *2026-ban megjelenik:*

Fodor Szilvia, Arató Nikolett (szerk.): Az iskolapszichológia kézikönyve  
Ludvig Károly: Összeomlás és rend Retablos – krízis, trauma és feloldása egyetlen táblaképen  
Moretti Magdolna, Németh Attila: „Figyelj rám, mintha jól volnék”  
Moretti Magdolna: Szeretni könnyű, szeretni nehéz... Iránytűvel a párkapcsolatok labirintusában  
Németh Attila: József Attila pszichiátriai betegségei  
Németh Attila – Moretti Magdolna: ...ki szépen kimondja a rettenetet  
Német Orsolya (szerk.): Mesélők Meséi I. Aranyalma a mesemondónak  
Szondy Máté: Mesterséges intelligencia a pszichológiában  
Thorana S. Nelson – Terry S. Trepper: 101 intervenció a családterápiában

Christina Reese: 60 kötődés alapú intervenció a trauma gyógyítására  
Francine Shapiro: EMDR terápia (munkacím)  
Szabó-V. Dóra: Apró győzelmek – Mindennapi megküzdést és belső stabilitást támogató kártyák

#### *2025-ben megjelent:*

Andrek Andrea: „Kis élet-gombócnak képzelem” – Várandós anyák és apák kötődése magzatukhoz  
Dezsényi Péter: ...az hamar megöregszik?  
Tonia Caselman, Kimberly Hill: Kreatív családterápiás technikák. Gyakorlati kézikönyv  
Németh Laura, Németh Attila: Szabadulás a kényszerbetegség fogságából – Útmutató betegek és kezdő terapeuták számára  
Szabó-V. Dóra: Kényszereken innen és túl – Kényszer-vallomás  
Sally Goddard-Blythe: Reflexek, mozgás, tanulás és viselkedés – A neuromotoros éretlenség vizsgálata és kiküszöbölése

#### **Oriold és társai Kiadó**

www.orioldbooks.com  
info@orioldbooks.com

#### *2026-ban megjelent:*

Túry Ferenc-Tóth Beáta: Sebzett test- és lélek- Traumák és evészavarok

#### *2026-ban megjelenik:*

Winborn: Jungi Pszichoanalízis- bevezetés a kortárs gyakorlatba  
Preston: Preston: Klinikai pszichofarma, kézikönyv terapeuták számára:  
Florian Steger: Autoritárium és gyógyítás  
A.J. Larner: Neuropszichológiai neurológia

#### *2025-ben megjelent:*

Amerikai Pszichiátriai Társaság: DSM-5-TR® ZSEBKÖNYV gyermekek és serdülők mentális egészségéhez  
Nussbaum: DSM-5-TR diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve  
Harvey Max Chochinov: Méltóság a gyógyításban- Az orvoslás emberi oldala  
Morel: Hogyan váljunk lesbikussá tíz lépésben

Kohlne Papp Ildikó- Túry Ferenc: Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a dietetikai ellátásban  
 Steger: Hol van a gyermekem?  
 Jakab Attila, Deli Tamás A PCOS korszerű szemlélete és ellátása -gyakorlati kézikönyv  
 Stoewsand: Dialektikus viselkedésterápia munkafüzet a ne lépkedjünk tojásokon könyvhöz  
 Dewhorst- Brundage: Pszichózis-munkafüzet – Hogyan értsd meg, mi történik veled, légy cselekvő részese gyógyulásodnak, és előzd meg a visszaesést  
 Florian Steger: Etika az orvoslásban  
 Bokorovics Tímea- Hegedűs Katalin- Gyakori kérdések és válaszok a hospice-ról  
 Abari Kálmán: A játékos én- A gramifikáció hatalma  
 Abari Kálmán- Polonyi Tünde: Pszichológiai gyakorlatok 2. Érzelmek, szorongás, nyelv.  
 Krémer Ferenc: Identitásközösség vagy zombi intézmény?  
 Göncz Kinga: A nagy magyar nagycsoport – pszichopolitikai szemelvények  
 Barnett: A függőségek kezelésének érzelemfókuszú terápiás munkafüzete  
 Marsha M. Linehan: Út az élethez, amit érdemes élni  
 Polonyi Tünde- Szondi Máté: A jövő pszichológiája  
 Erdős Judit: A gyógyító én  
 Stapert: Fókuszolás gyerekekkel.  
 Florian Steger: Aszklépiosz- Gyógyítás és kultusz

### Ursus Libris

<http://www.ursuslibris.hu>  
[kiado@ursuslibris.hu](mailto:kiado@ursuslibris.hu)

#### 2025-ben megjelent:

Bryson, T. P., Wisen-Vincent, G.: A játék útján.  
 Neveljünk nyugodt és magabiztos gyermeket a játékos kapcsolódás erejével  
 Frankl, V. E.: A szenvedő ember – Birkenwaldi szinkronizáció  
 Cozolino, L.: Miért működik a terápia? Használjuk az elménket agyunk megváltoztatására

#### 2026-ban megjelenik:

Kirshenbaum, G.: A gondozás forradalma. Hogyan segíti elő a baba agyfejlődését és támogatja mentális egészségét az érzelemgazdag szülői gondoskodás?  
 Schwartz, A.: Komplex PTSD útmutató. Test-elme megközelítés az érzelmi kontroll visszaszerzéséhez és a teljességhez

### Z-press Kiadó

[www.z-press.hu](http://www.z-press.hu)  
[info@z-presskiado.hu](mailto:info@z-presskiado.hu)

#### 2026-ban megjelenik:

Clouzard, C.: 50 gyakorlat a Gestalt-terápia eszköztárából (Mindennapi coaching sorozat)

Trouchaud, M. J.: 50 gyakorlat a transzgenerációs minták megértéséhez a pszichogeneológia eszköztárából (Mindennapi coaching sorozat)  
 Lebreton, P., du Sorbier, P.: 50 gyakorlat az empátia fejlesztéséhez (Mindennapi coaching sorozat)  
 Prévot-Gigant, G.: 50 gyakorlat a mérgező kapcsolatok felszámolásához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Carré, C.: 50 gyakorlat az erőszakmentes konfliktuskezelés elsajátításához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Martin, V. S., Masson, D.: 50 gyakorlat a jungi pszichológiai eszköztárából (Mindennapi coaching sorozat)  
 Jousse, N.: Tréneri eszköztár – 123 játékos gyakorlat a könnyű indításhoz, fókuszhoz és bevonáshoz

#### 2025-ben megjelent:

Josquin, M.: 50 gyakorlat a belső gyermek megtalálásához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Pirokska, T.: 50 gyakorlat az impozitorszindróma leküzdéséhez (Mindennapi coaching sorozat)  
 Hawkes, L.: 50 gyakorlat az önbecsülés fejlesztéséhez (Mindennapi coaching sorozat)  
 Brécard, F.: 50 gyakorlat a NEMET MONDÁS készségének fejlesztéséhez (Mindennapi coaching sorozat)  
 Zamaron, C.: 50 gyakorlat a korlátozó üzenetek elengedéséhez (Mindennapi coaching sorozat)  
 Regard, J.: 50 gyakorlat a halogatás leküzdésére (Mindennapi coaching sorozat)  
 Catalan-Massé, S., Prof. Apter, G.: Önbizalomhiány – 50 kulcs gyermeked támogatásához (Szülői kincsesláda sorozat)  
 Lopez, M.: Testvérféltékenység – 50 kulcs gyermeked támogatásához (Szülői kincsesláda sorozat)  
 Lopez, M.: Koncentrációs nehézségek – 50 kulcs gyermeked támogatásához (Szülői kincsesláda sorozat)  
 Biswas-Diener, R.: Pozitív provokáció - 25 kérdés, amivel szintet lépsz a coachingban  
 Passmore, J., Day, C., Flower, J., Grieve, M., Moon, J. J. (szerk.): Coachingszükszerek 3. Így coacholunk mi! sorozat 3. kötete. További 123 eszköz és technika coachok, executive coachok, csapatcoachok, mentorok és szupervizorok számára  
 McCormick, I.: Sémacoaching – Praktikus útmutató coachoknak, esettanulmányokkal és reflexiós gyakorlatokkal  
 Barrett, L.: Jungi szemléletű coaching – Tudattalan mintázatok és vezetői fejlődés

## FOLYÓIRATOK

Az alábbiakban közölt tartalomjegyzékek tájékoztató jellegűek, a végleges megjelenésig a folyóiratok szerkesztősegei a változtatás jogát fenntartják.

**Imágó Budapest**

Kiadja: Imágó Egyesület

imago@imagoegyesulet.hu

A folyóirat online jelenik meg, ingyenesen elérhető:

<https://imagobudapest.hu/>

2026-ban 4 számot terveznek.

*14. évfolyam 4. szám tartalma*

## CSOPORTANALÍZIS

<https://imagobudapest.hu/2025-4/>

BEVEZETÉS (Horváth Klára, Takácsy Márta)

Terenyi Zoltán – Fekete Karolina: A CSAKIT imágói – csoportanalízis a mai környezetben

## TANULMÁNYOK

Miszler Katalin – Nagy Petronella: „A felhő súlya”.

A társas tudattalan fogalmának elméleti és gyakorlati áttekintése

Horváth Klára – Milák Piroska – Pusztai Eszter –

Debreczeni Tamás: Elfogyott a vécépapír, ki tehet róla?

A személyestől a társadalomig, és vissza. Különböző

célú, szerepű, funkciójú nagycsoportok és

vezetésük

Takácsy Márta – Nikolics Lilla: A belsővé vált

nőgyűlölet

Krékits József: Hagyomány és modernitás határán.

Hozzászólás „A belsővé vált nőgyűlölet” című

tanulmányhoz

Kóczé Angéla: Reflexió a „A belsővé vált nőgyűlölet”

című tanulmányhoz

Kavetzy Péter: Álmodunk egy világot magunknak?

Álmok a csoport, a társadalom és a social dreaming

tükrében

Terenyi Zoltán: A csoportanalízis Magyarországon: a

lyukas mátrix

Sáray Tímea: A csoportanalitikus sajátélmény kérdései

Valkó Lili: A CSAKIT csoportanalitikus

szemináriumának világa

## MŰHELY

Csurgai Dorottya: Vive la différence! Toleranciáról,

másságról, genderről csoportanalitikusan

Fekete Karolina – Sáray Tímea: Csoportra adaptált

áttétel-fókuszú pszichoterápia

Katrin Stumptner: Se kapcsolat, se leválás.

Csoportanalízis serdülőkkel és gondozóikkal (ford.

Takácsy Márta

Árvai Dorottya – Tábor Iván: Összeszöve-szétszalazva.

Kettős vezetés, közös gondolkodás a PsziHén való

jelenlétről

Vincze-Németh Ildikó Léna: A Styx-en innen és túl.

Személyes reflexió a GASi Fórum adminisztrátori

éveiről (2020–2024)

Bányai Ákos – Szűcs Mónika – Görbe Katalin:

Álom a csoportban – csoportálom. Csoportanalízis a

gyakorlatban

CSOPORTANALÍZIS ÉS IRODALOM

Mécs Anna: Lejárat

Kocsis János: Versek

Somogyi László – Palkovits Nóra: Csoportanalitikus rap

**Lélekelemzés**

Kiadja: Magyar Pszichoanalitikus Egyesület

[http://psychoanalysis.hu/lelekelemzes/lelekelemzes\\_megrendeles](http://psychoanalysis.hu/lelekelemzes/lelekelemzes_megrendeles)

info@psychoanalysis.hu – megjelölve az előfizető nevét,

postai és számlázási címét, valamint a példányszámot

A folyóirat nyomtatott és online változata is elérhető.

A folyóirat online változata megrendelhető: <https://psychoanalysis.hu/lelekelemzes>

## LÉLEKELEMZÉS, 2025/2.

## TARTALOM

BALÁZS AMBRUS, DÁVID JÓZSEF, GÁRDOS

KATALIN, KLÉGER-SIPOS

ÁGNES: Szerkesztői előszó

„JÖJJ EL, SZABADSÁG!”

JOHN STEINER: Bevezető gondolatok a szerzőtől: A

látás szerepe a szerelemben, a

szégyenben és a szabadságban.

JOHN STEINER: Látni és látszani: Szégyen a klinikai

helyzetben

(ford. Balázs Ambrus és Kléger-Sipos Ágnes)

JOHN STEINER: A romantikus és az érett szerelem

közi különbség: A három láda

újrágondolva (ford. Dobossy Kató)

KLINIKUM AZ ELMÉLET ÉS GYAKORLAT

TÜKRÉBEN

VINCZE ANNA: A hermanni megkapaszkodás-fogalom

mint magyarázóelv a

pszichoanalitikus gondolkodásban

FELHÁZI ANETT: A terápiás kapcsolatban feltáruló

tudattalan a káosztól az

ábrázolhatóságig. Karakterekkel végzett terápiás munka

lehetőségei

INCZE ADRIENNE: A filozófiai „testi fordulat” a

pszichoanalízis történeti szálai mentén

LEZÁRÁS: VÉG VAGY KEZDET?

SCHMELOWSZKY-FORGÁCH ANNA, TAKÁCSY

MÁRTA: Befejezett (?) múlt. A

lezárás építői és zökkenői az analitikus terápiákban

DISZKUSSZIÓ

CAMPOS J. ANNA: Gondolatok az „elég jó” terápiás

lezárás jelentőségéről a mesterséges

intelligencia korában

KÖSZEG SÁRA: Lezárás – halál vagy felkészülés az

életre?

KERTÉSZ KATINKA: A lezárásról való gondolkodás nehézsége és szükségessége, az analitikus kapcsolat egyedisége  
 FREUD NAGYÍTÁSBAN

BÓKAY ANTAL: Bevezetés Freud Gondolatok a lelki működés két alapelvéről című esszéjéhez

SIGMUND FREUD: Gondolatok a lelki működés két alapelvéről (ford. Halmai Tamás)

BARNA MÁRIA: „Still imperfect reflection”. Mark Solms előadása Freud összes műveinek újrafordításáról

KÖNYVISMERTETÉS

HERMAN WESTERINK, JENNY WILLNER,

PHILIPPE VAN HAUTE: The Pleasure

Principle from Here and Beyond. Towards the Limits of Freudian Thinking – Critical Edition

and Readings of Beyond Pleasure Principle (Az

örömelven innen és túl. A freudi

gondolkodás határai felé: A Túl az örömelven kritikai kiadása és olvasata)

(Bókay Antal)

SCHMELOWSZKY ÁGOSTON: Pszichoanalízis, a gyógyító kapcsolat tudománya

(Rózsa Ildikó)

GÖNCZ KINGA: A nagy magyar nagycsoport – Pszichopolitikai szemelvények

(dr. Fleck Zoltán)

HIRDETÉS

Angol nyelvű tartalomjegyzék

### Serdülő- és gyermek-pszichoterápia folyóirat

Kiadó: Magyar Gyermek-pszichoterápiás Egyesület  
 gyermekpszichoterapia@gmail.com

A folyóirat nyomtatott és online változata is elérhető

Az online változat megrendelhető: [www.gyermekpszichoterapia.hu](http://www.gyermekpszichoterapia.hu)

A XVIII/2., tematikus szám (2025. nyár) tartalma:

ELŐSZÓ

TANULMÁNYOK

Bátki Anna: Amikor az örökbefogadás mégsem örökre szól – Az örökbefogadás

felbontásának rizikótényezői és traumája

Eröss Rebeka: Terápiás munka súlyosan traumatizált gyermekekkel kórházi közegben,

osztályos és ambuláns ellátás keretében

Peltekiané Cseke Otília: A segítő három mesélő – A gyermek és serdülő EMDR terápia

bemutatása

S. Nagy Zita, Orosz Katalin: A perinatális trauma

lehetséges következményei és terápiás

lehetőségei

Szamosi Éva, Sindulár Szabina Erika, Ambrus Alíz,

Fekete Andrea, Boda Márton, Szél

Erzsébet: Bántalmazott és traumatizált gyermekek

terápiája a Komplex Integratív

Gyermekterápia szemléletében

Tillmann Lili Eszter: A szexuális abúzus árnyéka –

Anya–lánya kapcsolat elakadásai és

reparálása

Renate Sannwald: Szexuálisan bántalmazott serdülő

lányok katathym imaginatív

pszichoterápiájának sajátosságai (Biró-Porkoláb Márta

fordítása)

Andrea Zagaria, Teresa Baggio, Lorenzo Rodella, Ketty

Leto: A kötődési trauma (AT)

meghatározása felé: a kötődéelmélet és a

traumakutatások integrálása (Szabó Péter fordítása)

AJÁNLÓ

### Pszichodráma

A Magyar Pszichodráma Egyesület szakmai folyóirata

ISSN 1215-2722

Megjelenik a Pszichoterápiás Tanács Szövetség szakmai támogatásával.

Minden tanulmány lektorált.

Megrendelhető és megvásárolható a Magyar

Pszichodráma Egyesületben.

1132 Budapest XIII. ker. Visegrádi u. 19. IV. em. 1.

Tel: +36 (1) 270 28 15

2025. őszi lapszám tartalma:

- Interjú Dr. Rapcsányi Évával

- Megemlékezés Grete Leutzról

- A progatogista játékvezetés algoritmusai (Zseni Annamária - Simon Péter)

- Bevezetés a börtön-pszichodráma (Csutak Zoltán - Szántó Eszter)

- Az ökológiai szelf (Lőrincz Éva)

- A monodráma módszerspecifikus hatótényezői (Pintér Gábor)

- Elfolyó Idő, monodráma esettanulmány (Végh Márta)

- Gyászfeldolgozás a gyermekpszichodráma

módszerével (Szikora Virág - Balogh Judit)

- Beszámoló a FEPTO 2025-ös konferenciájáról

- Beszámoló a 4. Nemzetközi Gyermek- és Serdülő

Pszichodráma Konferenciáról és Kende B. Hanna 100.

születésnapjáról

### International Journal of Psychotherapy

Kiadja: European Association of Psychotherapy

E-mail: [eap.admin@europsyche.org](mailto:eap.admin@europsyche.org)

Website: [www.europsyche.org](http://www.europsyche.org)

ISSN: 1356-9082 (Print); ISSN: 1469-8498 (Online)

*Az Európai Pszichoterápiás Szövetség (EAP) folyóirata.*

*Az EAP tagja a Pszichoterápiás Tanács Szövetség, s*

*rajta keresztül a benne képviselt egyesületek. A lap*

*olyan fórum, ahol hazai szerzők is nemzetközi fórumon,*

*angolul közölhetik munkájukat.*

29. évf. 2. szám tartalma:

Editorial

COURTENAY YOUNG

The Effectiveness of Psychotherapy: A Contemporary Evidence-Based Overview

EAP SCIENCE & RESEARCH COMMITTEE

Statement regarding the use of Artificial Intelligence in Psychotherapy

ETHICAL GUIDELINES COMMITTEE

The Use of Creative Processes in Mental Health: Network & Lexical Analyses

SANDIE MEILLERAI, ANTOINE DEROBERTMASURE, OLIVIER SOREL & JENNIFER DENIS

Towards a model of the modalities of therapeutic accompaniment in Psycho-Organic Analysis: Research carried out using Grounded Theory Methodology

MARC TOCQUET & JENNIFER DENIS

Assessment of the effectiveness of Systemic Constellations by Russian clients

PODNEBESNAYA EKATERINA BORISOVNA

A The Impact of Trauma on Drug Addiction: A Comprehensive Analysis

MARINE BEGASHVILI & NINO OKRIBELASHVILI

6 Book Reviews:

- Science-Based Therapy: Raising the bar for empirically supported treatments Stephen Hupp & David F Tolin
- Different Bodies: Deconstructing Normality Nick Totton
- Body Psychotherapy: A theoretical foundation for clinical practice Ulfried Geuter
- The Psychology of People, Power & Politics: Through the Looking Glass Ron Roberts
- An Intersectional Guide for Male Survivors of Sexual Abuse and their Allies: Masculinity Reconnected Jeremy Sachs
- Process-Oriented Psychotherapy: Introduction to the theory, methods and practice Reini Hauser *et al.*

Professional Issues & Adverts

## KÁINOK ÉS ÁBELEK – HARC ÉS SZÖVETSÉG A SZAKMÁBAN ÉS A TERÁPIÁBAN

A PSZICHOTERÁPIA FOLYÓIRAT 20. KONFERENCIÁJA

2026. MÁJUS 8-9.

KONFERENCIA@PSZICHOTERAPIA.HU, WWW.MENTALPORT.HU  
MOM KULTURÁLIS KÖZPONT, 1124 BUDAPEST, CSÖRSZ U. 18.

*Kedves Kollégák!*

Tavaly nagy lépéseket tettünk a szakmai „hiba-kultúránk” megteremtése felé a terápiás kockázatok és mellékhatások beható vizsgálatával. Idén jubilál a konferenciánk – 20 évesek lettünk –, melynek ünnepségéből töltekezhetünk, erőt meríthetünk. A korábbi évek sikeres konferenciáinak biztonságára és tapasztalataira támaszkodva bátran választottuk a harc és szövetség témáját, amelynek kegyetlenségét olykor talán könnyebb mítoszok által távolítással kezelni. Káin mint a gonoszság, gyűlölet és igazságtalanság megtestesítője, és Ábel alakja – kollektív igazságosság, jóság, tolerancia és segítőkészség – már Szondi Lipótot is megihlette. Ezúttal arra hívjuk meg a résztvevőket, hogy kapcsolják a gyakorlat szintjéhez a kérdéseiket: gondolkodjunk együtt harcról és szövetségről, amelyek áthatják munkánkat, szakmai közéletünket és társadalmunkat.

Segítő munkánk inherens része az ellentmondások kezelése valamiféle módszerrel, szemlélettel vagy megoldással – és ezzel klienseink és pácienseink számára is igyekszünk utat mutatni. Szeretnénk magunkra és szakmánkra olyan különleges térként tekinteni, ahol az indulatok és ösztönök megdolgoztak, szakmai identitásunk kialakításának hosszú útján pedig megtanuljuk kialakítani a gátlás képességét. Nagy jelentőséget kap tehát az, amit teszünk és olykor még nagyobbat az, amit nem teszünk meg. Mégis úgy tapasztaljuk, hogy a pszichológiai segítők családjában a terapeuta-tanácsadó testvérek közötti együttműködés és összefogás olykor nehézségekbe ütközik. Az irigység és rivalizáció mentén megjelennek az indulatok, a leértékelés.

A terápiás szerződés szövetséget jelent, amely a gyógyulás és gyógyítás egyetemes érdeke mentén szövődik, az együttműködés leghumanisztikusabb minőségében. A szerződés tagjai azonban különböző szerepekben vannak, a segítő bizonyos szempontból fölérendelt, hatalommal bíró személy. A segítséget kérőkkel való kapcsolat törekeny, könnyen válhatunk a szemükben igazságtalan, hatalmaskodó szülővé, máskor pedig védelmezővé. Szakvéleményeink segíthetnek, de megbélyegezhetnek is. Klienseink és pácienseink lehetnek számunkra, vagy egymás számára is Káinok és Ábelek – a csoportos módszerek erre különösen tág teret adnak, de az egyéni folyamatokban részt vevők sem menekülhetnek a testvérféltékenység időnként kínzó érzéseitől. Olykor az érzések, vágyak, késztetések eljutnak a megselekvésig. Ez felveti a kérdést: mit kezdhetünk a segítő folyamatban elkövetett bűnökkel, keretszegésekkel? Hogyan kezelik ezt a különböző módszerspecifikus irányzatok, egyesületek? Miként viszonyulhatunk a képződésünk során átélt igazságtalan helyzetekhez? De a maga konkrétságában is gondolkodhatunk a témáról: hogyan dolgozunk bűnelkövetőkkel, áldozatokkal? Van-e elég bátorságunk, felkészültségünk mélyebben foglalkozni ezekkel a kapcsolatokkal, és a sokszor beszűkítő címkéket megkérdőjelezni. Lehet-e, kell-e megbocsátani? Ha lehetséges, milyen feltételek mellett? Azt is megvizsgálhatjuk, hogyan szűrődnek be a terápiás térbe a mindennapjaink részévé vált háborús hírek, politikai csatározások.

Ugyanakkor nem kell mindig véres harcokra gondolnunk. Az összeütközések válhatnak konstruktív erőkké és eredményezhetnek új szövetséget is. A testvéri kapcsolatok válhatnak a kreativitás, játék, egymásra támaszkodás, fejlődés tereivé is egész életen át.

Idén 20. konferenciánkat szervezzük: bízunk benne, hogy biztonságos teret tudunk nyújtani a fenti fontos témák megjelenéséhez, és közösen tudjuk formálni szakmánkat. Várjuk absztraktjaikat a témához szorosan vagy lazábban kapcsolódó kérdésekben. Örömmel fogadjuk a különböző módszerek, tanácsadói és pszichoterápiás irányzatok összefogását tükröző kezdeményezéseket is. Arra törekszünk, hogy konferenciánk teret adjon a nehéz témák feldolgozásának is. A korábbi évekhez hasonlóan most is bátorítjuk a

fő témánkhoz kevésbé kapcsolódó, de az aktuális szakmai és szakmapolitikai kérdésekről szóló absztraktokat, emellett biztatjuk a pályájuk elején tartó kollégákat is!

A 20. konferencia regisztrációs díjai az alábbiak:

**Korai befizetés 2026. február 15-ig:**

Előfizetői kedvezménnyel: 28 500 Ft

Csoportos kedvezménnyel: 34 000 Ft

Teljes árú: 38 500 Ft

**2026. április 30-ig történő befizetés esetén:**

Előfizetői kedvezménnyel: 35 000 Ft

Csoportos kedvezménnyel: 38 500 Ft

Teljes árú: 45 000 Ft

**Kései/helyszíni befizetés 2026. május 1-től:**

Előfizetői kedvezménnyel: 40 600 Ft

Teljes árú: 50 600 Ft

**Diákjegy** (első diplomához nappali szakos hallgató részére): 19 800 Ft

**Diákjegy előfizetői kedvezménnyel**

(első diplomához nappali szakos hallgató részére): 11 000 Ft

Képzőhely által igazoltan **pszichoterapeuta szakképzés klinikai fázisában lévő jelölteknek**: 25 000 Ft

Képzőhely által igazoltan **pszichoterapeuta szakképzés klinikai fázisában lévő jelölteknek lapelőfizetői**: 20 000 Ft

**Napijegy**: 36 000 Ft

További információkat folyamatosan megosztunk a honlapon (mentalport.hu) és az esemény facebook-oldalán: <https://www.facebook.com/events/725178973251268>

Üdvözlettel a program- és szervezőbizottság: *Barna Mária, Kepics Zsanett, Pál Krisztina, Tiringer István* szerkesztők, *Csürös Judit és Németh Noémi* szerkesztőségi gyakornokok, *Demetrovics Hanna és Kakuk Zita* egyetemista gyakornokok, *Léder Kata*, a HELLO stáb vezetője, valamint a MentalPort részéről *Pach Judit* szerkesztőségi titkár és *Bokor László* felelős kiadó.

Nevelési gondok, pszichoszomatikus panaszok esetén segítek családterápia keretében is negyvenéves tapasztalatommal Bel-Budán.

Szeretettel várom.

Dr. Balogh Ildikó

Gyermekgyógyász- gyermekpszichiáter szakorvos. hipnoterapeuta.

06-70-317-9676

# Szakmai közélet

SZAKMAI PROGRAMOK

*Szeretnénk az olvasókat és az egyesületeket is segíteni a konferenciák időpontjainak tervezésében, a torlódások elkerülése érdekében. A közölt időpontok a 2026. március – 2026. december közötti időszakra vonatkoznak.*

## Egyesületi évi fő konferenciák 2026. március és 2026. december között

A szervezet neve	A konferencia címe	Időpont	Helyszín (város)	információ (honlap vagy e-mail)
Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete	Szándékból cselekvés: aktivitás terápián innen és túl	2026. november 21.	Budapest	<a href="http://www.aktiv-analizis.hu">www.aktiv-analizis.hu</a> <a href="mailto:akape2014@gmail.com">akape2014@gmail.com</a>
Integratív Pszichoterápiás Egyesület	IPE XXVIII. konferenciája	2026. május 17.	Budapest	<a href="mailto:info@integrativ.hu">info@integrativ.hu</a> <a href="http://www.integrativ.hu">www.integrativ.hu</a>
Magyar Daseinanalitikai Egyesület	Művészet és daseinanalízis A MDE 7. konferenciája	2026. október 03.	1075. Budapest, ELTE, Kazinczy u. 23-27. Aula	<a href="http://www.daseinanalizis.hu">www.daseinanalizis.hu</a> <a href="mailto:magyar.dasein@gmail.com">magyar.dasein@gmail.com</a>
Magyar Hipnózis Egyesület	„... sárkányokkal szánthatsz és vethetsz...” az MHE XXXVII.. Találkozó - Konferencia	2026. november 13-14.	Budapest, ELTE Kazinczy u. 23.	<a href="http://www.hipnozis-mhe.hu">www.hipnozis-mhe.hu</a>
Magyar Individuálpszichológiai Egyesület	XXX. Vándorgyűlés	2026. november 14.	Budapest	<a href="http://www.mipe.hu">www.mipe.hu</a>
Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület	VIII. Konferencia Változások a pszichoterápiában	2026. május 16.	Budapest Benczúr Hotel	<a href="http://www.makomp.hu">www.makomp.hu</a>
Magyar Pszichoanalitikus Egyesület	ÖRÖM ÉS VALÓSÁG – A PSZICHOANALÍZISEN INNEN ÉS TÚL MPE XXXII. Konferenciája	2026. október 9-10.	Budapest	<a href="https://psychoanalysis.hu/">https://psychoanalysis.hu/</a>
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	Szimbólumterápiás Szakmai Nap - esetbemutató és tudásmegosztás	2026. május 22.	hibrid - Budapest	<a href="http://www.relaxacio.hu">www.relaxacio.hu</a>
Magyar Szomato-Pszichoterápiás Egyesület	Az SzPTE VII. konferenciája	2026 tavasz	Budapest	<a href="http://www.habp.hu">www.habp.hu</a>
Serdülő- és gyermek-pszichoterápia folyóirat		2026. ápr. 18.	Budapest	<a href="mailto:gyermekpszichoterapia@gmail.com">gyermekpszichoterapia@gmail.com</a>
Segítő Belső Család Meditációs Egyesület	II.Konferenciája: A gyógyítók szenvedélye és függősége	2026. március 21.	Győr, József Attila Művelődési Ház	<a href="mailto:hsilona@gmail.com">hsilona@gmail.com</a> <a href="http://segitobelsocsalad.hu/">http://segitobelsocsalad.hu/</a>

## Egyesületi képzések 2026. március és 2026. december között

A szervezet neve	A képzés jellege, időtartama (pl. 150 órás kiképző önismereti csoport)	A képzés indulása	Jelentkezési határidő	Jelentkezési információ (honlap vagy e-mail cím)
Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete	1. Aktív-analitikus elméleti szeminárium (4 félév)	2026.09.12.	2026.09.01.	<a href="http://www.aktiv-analizis.hu">www.aktiv-analizis.hu</a>
Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CsAKIT)	1. 160 órás csoportanalitikus sajátélmény csoport 2. 100 órás kezdő csoportvezetői szeminárium, (1-2 évfolyam) 3. 100 órás Csoportanalitikus elméleti szeminárium (3-4 évfolyam)	1. 2026 március 2. 2026. március 3. 2026. március	2026.01.30. 2026.01.30. 2026.01.30.	<a href="https://csoportanalizis.wordpress.com/kepzes/">https://csoportanalizis.wordpress.com/kepzes/</a>
Integrált Kifejezés- és Táncterápiás Egyesület	Önismereti képzés-sajátélmény csoport (300 óra)	2026. március 14.	2026. február 25.	<a href="https://ikte.hu/">https://ikte.hu/</a>
Integratív Pszichoterápiás Egyesület	200 órás Integratív Pszichoterapeuta képzés Budapest, Debrecen helyszínen. Folyamatosan indulnak képzések Budapesten, Pécsen és Győrben. A képzésekkel kapcsolatos információ a honlapon található	2026. március - Budapest	Jelentkezés folyamatosan a honlapon keresztül	<a href="http://www.integrativ.hu">www.integrativ.hu</a> <a href="mailto:info@integrativ.hu">info@integrativ.hu</a>
Magyar Csalápterápiás Egyesület	Az induló képzésekről a honlapon lehet tájékozódni.			<a href="https://csaladterapia.hu/tanfolyamok">https://csaladterapia.hu/tanfolyamok</a>
Budapest Gestalt Intézet	Gestalt Terápia Képzés EAGT-akkreditált, négyéves képzés Budapesten, évi 8x2,5 napos jelenléti modul, magyar terapeuta-tanárokkal és norvég vendégtanárokkal, 3. évtől gestalt terápia gyakorlattal	2026 szeptember-től	A 2026 szeptembertől induló új képzésre a jelentkezés 2025. októberében nyílik meg.	<a href="https://gestaltintezet.hu/">https://gestaltintezet.hu/</a>
Magyar Individuálpaszichológiai Egyesület	1. Önismereti csoport 2. Elméleti képzés (felnőtt/gyermek szakirány) 3. Szupervízió 4. Módszerismeret Helyszín: MIPE Központ, Budapest	2026 szeptember-től		<a href="http://www.mipe.hu">www.mipe.hu</a>
Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület	1. Gyermek komplex integratív képzés 2. KIP képzés 3. Ericksoni hipnózis képzés	2026.06.15-2026.09.15		<a href="http://www.makomp.hu">www.makomp.hu</a>
Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület	Az induló képző és önismereti csoportjainkról a honlapunkról lehet tájékozódni.			<a href="https://mozgasterapia.net/indulo-csoportok/">https://mozgasterapia.net/indulo-csoportok/</a>
Magyar Művészetterápiás Egyesület	sajátélmény technikai és elméleti Szupervízió			<a href="http://www.mmszke.hu">www.mmszke.hu</a>
Magyar Pszichoterápiás Társaság Gyermekpszichoterápiás Szekció képző intézménye, Ego Klinika	Analitikusan orientált gyermekterápiás képzés		folyamatosan	<a href="http://www.egoklinika.hu">www.egoklinika.hu</a>

## Egyesületi képzések 2026. március és 2026. december között

A szervezet neve	A képzés jellege, időtartama (pl. 150 órás kiképző önismereti csoport)	A képzés indulása	Jelentkezési határidő	Jelentkezési információ (honlap vagy e-mail cím)
Magyar Pszichodráma Egyesület	1.önismereti csoportok (120-250) 2. Pszichodráma asszisztensi képzés 3. Felsőfokú pszichodráma képzés (pszichodráma vezetői/pszichoterapeuta)		folymatosan	www.pszichodrama.hu/indulo-csoportok
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	1. Autogén tréning - AT - 100 órás alapképzés: sajátélmény 30 óra / elmélet - 30 óra / szupervízió -40 óra)		folymatosan országosan több helyszínen	Pontos időpontok a <a href="https://relaxacio.hu/kepeseink.html">https://relaxacio.hu/kepeseink.html</a> tanulmányifelelos.mrsze@gmail.com
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	2. Szimbólumterápia csoportok: meditáció -imagináció sajátélmény, elmélet-szupervízió (150 - 70-70 óra.).		folymatosan országosan több helyszínen	Pontos időpontok a <a href="https://relaxacio.hu/kepeseink.html">https://relaxacio.hu/kepeseink.html</a> tanulmányifelelos.mrsze@gmail.com
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	3. Alkalmazott relaxáció képzései: Diákreaxáció (DIR) 60 óra, Intermodális Mesepszichológia (IM) 100 óra		DIR folymatosan több helyszínen IM - 2025. 09.20. - 2026.05.	Pontos időpontok a <a href="https://relaxacio.hu/kepeseink.html">https://relaxacio.hu/kepeseink.html</a> tanulmányifelelos.mrsze@gmail.com
Magyar Szomato-Pszichoterápiás Egyesület	Honlapunkról, hírlevelünkben tájékozódhatnak folymatosan induló önismereti és képző csoportjainkról, az alábbi módszerekben: Bioszisztémikus szomato-pszichoterápia, Integrative Core Dynamics, Haptonómia, Fókuszolás-orientált terápia		folymatos	www.hibp.hu
Magyar Zeneterápiás Egyesület	120 órás Személyiségfejlesztés zeneterápiával saját élmény		folymatos	u.vargakatalin@gmail.com
Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület	Kognitív viselkedésterápiás módszerspecifikus képzés és CBT konzultáns képzés (képzésünk modul rendszerű, az egyes modulokat folymatosan indítjuk) További részletekért keresse fel honlapunkat!			<a href="http://vikote.hu/cbt-szakpszichoterapeuta-kepzes/">http://vikote.hu/cbt-szakpszichoterapeuta-kepzes/</a> <a href="https://vikote.hu/oktatas/cbt-konzultans-kepzes/">https://vikote.hu/oktatas/cbt-konzultans-kepzes/</a>
Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület	Fókuszált pszichodinamikus pszichoterápia Módszerspecifikus képzés			Bagotai Tamás bagotait@gmail.com
Sport és lélek, Sport-pszichoterápiás Egyesület	Az induló képzésekről a honlapunkon lehet tájékozódni			<a href="https://www.sporteslelek.hu/">https://www.sporteslelek.hu/</a>
Segítő Belső Család Meditációs Egyesület	teljes Segítő Belső Család meditációs képzés pszichológusok, pszichiáterek számára (autogén tréning és képi vagy más módszerbeli végzettséget nem kérünk) a sajátélmény szakasz 85 tanóra	2026. március 02. 17:00 / Kecskemét	2026. február 01.	Dr. Lehoczky Szilvia dr.lehoczky.szilvia@gmail.com

## Egyesületi képzések 2026. március és 2026. december között

A szervezet neve	A képzés jellege, időtartama (pl. 150 órás kiképző önismereti csoport)	A képzés indulása	Jelentkezési határidő	Jelentkezési információ (honlap vagy e-mail cím)
Segítő Belső Család Meditációs Egyesület	teljes Segítő Belső Család meditációs képzés (autogén tréning és befejezett képi módosult tudatállapotot használó végzettségűek számára) a sajátélmény szakasz 60 tanóra	2026. április 11. / Békéscsaba	2026. február 15.	Dr. Horváthné Schmidt Ilona hsilona@gmail.com
Magyar Hipnózis Egyesület	2 féléves, 150 órás hipnózis gyakorlati kurzus	2026. évi időpontok: 2026. október 16., 17., november 6., 7., december 11.12.,	Információk, regisztráció a honlapon, kérdésekkel Kasos Enikőhöz lehet fordulni mheasszisztens@gmail.com	<a href="https://hipnózis-mhe.hu/oktatas/">https://hipnózis-mhe.hu/oktatas/</a>
EFT Alapítvány	Érzelem Fókuszú Családterápia (EFFT) alapképzés	2026. június 16-17-18. (kedd, szerda, csütörtök)	Budapest	<a href="https://eft-terapeutak.hu/product/efft-alapkepzes/">https://eft-terapeutak.hu/product/efft-alapkepzes/</a>

## SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

A pszichoterápiás és tanácsadói képzések oktatóit és hallgatóit kívánjuk segíteni azzal, hogy a PSZICHOTERÁPIA honlapján (www.pszichoterapia.hu) megtalálhatják a folyóiratban eddig megjelent tanulmányok jegyzékét, a megjelenés sorrendjében. Keresés lapszámra, szerzőre, címre: Ctrl + F.

A korábban megjelent tanulmányokból azok számára, akik a keresett tanulmányhoz más módon nem tudnak hozzáférni, fénymásoló szolgáltatást biztosítunk. A kérést e-mailben kérjük eljuttatni a szerkesztőséghez.

2006. elejétől (15/1 lapszámtól) egyedi lappéldányok korlátozottan megrendelhetők, utánvétellel, a szerkesztőség címén e-mailben, illetve levélben.

Kérjük, hogy akinek a terjesztés kapcsán bármilyen problémája adódik, lehetőleg e-mailben jelezze a szerkesztőségnek. Ez megkönnyíti számunkra az intézkedést.

*A szerkesztőség elérhetőségei:*

E-mail cím: szerkesztoseg@pszichoterapia.hu

Telefonszám: +36 (1) 789-8054, *Pach Judit* szerkesztőségi titkár **kedd–csütörtök 9–13 óra** között

Levélcím: 1389 Budapest Pf.:118.

### Tájékoztató a PSZICHOTERÁPIA szerzőinek a tanulmányok tartalmáról

A PSZICHOTERÁPIA a pszichológiai módszerekre épülő terápia és tanácsadás központi szakmai lapja. A lap profiljába vágó kutatási, szakterületi áttekintő, elméleti, eset-, esszé-, műhely-, valamint szakmai műhelyt bemutató *tanulmányokat* közlünk. Közlésre várunk továbbá *konferenciabeszámolókat, szakmai híreket, hozzászólásokat, könyvrecenziókat, film-, színházi és könyvlevelet.*

Az egyes műfajokról bővebben a [www.mentalport.hu](http://www.mentalport.hu) oldalon tájékozódhat.

**Kérjük szerzőinket, hogy pontosan a jelzettek szerint készítsék a közlésre szánt tanulmányt, szakmai közéleti írást! A szempontoktól való eltérés jelentősen késlelteti írásuk megjelenését.**

Általános szempontok

- A szerkesztés **elektronikus munkamóddal** történik. A tanulmányokat, szakmai közéleti írásokat e-mail csatolásként kérjük, Word formátumban, a **szerkesztoseg@pszichoterapia.hu** címre.
- A lapot az **American Psychological Association psycINFO**-ja **indexálja**, minden megjelent tanulmány absztraktja ide kerül feltöltésre.
- A beküldött tanulmányok kettős, anonim lektoráláson esnek át. Az angol nyelvű összefoglalás nyelvi lektorálását a szerkesztőség biztosítja.
- Csak máshol még nem közölt tanulmány küldhető be (ez alól kivétel: a Kincsház, az egyeztetett fordítás).
- A kéziratokat nem őrizzük meg.
- A PSZICHOTERÁPIA-ban megjelenő anyagok esetében a szerzői jogokkal a folyóiratot kiadó MentalPort rendelkezik.

### A tanulmányok formai szempontjai

#### 1. Felépítés

Cím, alcím

Szerző neve (dr. és egyéb címek nélkül)

*Magyar nyelvű összefoglalás (150–250 szó, dőlt betűvel)*

*Max. 5 kulcsszó (pl.: csoportterápia – segéd-én – stb.); dőlt betűvel, ha a fordító írja, alá (A fordító)*

Szöveg; ha fordítás, a végére: Fordította: XY

Cím angolul (mondatkezdő nagybetű)

*Angol nyelvű összefoglaló (magyarral megegyező szöveg, 150–250 szó, dőlt betűvel)*

*Angol kulcsszavak (magyarral megegyező); dőlt betűvel*

Hivatkozott irodalom

*Szerzők neve, e-mail címe (dőlt betűvel)*

#### 2. Terjedelem

25 000–45 000 karakter (szóközökkel együtt).

Beleszámít a magyar és angol összefoglaló, a hivatkozott irodalom, az ábra, táblázat.

Absztrakt: 150–250 szó.

#### 3. Formázás

Times New Roman 12-es betűvel, balra zárt, egyes sorközzel kérjük, bekezdések előtti, illetve utáni térköz nélkül.

Alkalmazható formázás: *kiemelendő szöveg* dőlt betűvel, minden más formázást töröljön.

Bekezdések között ne hagyjanak sorközt.

*Ábra, táblázat* a szövegben sorszámmal és címmel a szöveg megfelelő helyén. Maga az ábra, táblázat *külön csatolt állományban*, sorszám és a cím jelölésével. Átvett anyag esetében a szerző gondoskodik a jogtisztaságról.

Idézés formája: „idézőjel alul; »idézetet belül«; idézőjel felül”.

*E-mail és webcímek* ne jelenjenek meg hiperhivatkozásként.

Kerüljék a vég- és lábjegyzetet.

#### 4. Strukturálás

*Absztrakt:* érdemi összefoglaló, *kutatásnál:* célkitűzés – módszer – eredmények – konklúzió, *egyéb tanulmánynál:* a lényegi elemek, fő üzenet, újdonságot jelentő megállapítások szerepeltetése.

*Szöveg:* Fejezetekre, alfejezetekre tagolják, jelöljék ezt a címek mellett zárójelben (máshogy tördelt): Előtte két sorközt, utána egy sorközt kell hagyni.

#### 5. Nyelvezet

Kerüljék az idegen szavakat, germanizmusokat, anglicizmusokat.

Kerüljék a rövidítést, pl.: ún. helyett úgynevezett, pl.: helyett például.

Mozaikszót első szereplésekor ki kell írni: pl.: *Semmelweis Egyetem* (továbbiakban: *SE*).

Intézménynevek:

*Nem magyar intézmény* saját nevének szerepeljen. Első megjelenésekor magyar változatát, jelentését magyarázat céljából zárójelben pl.: *International Psychoanalytical Association* (Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesület, továbbiakban *IPA*).

*Bevett szakmai elnevezés* első megjelenésekor szerepeljen a hivatalos elnevezés is, pl.: *Balassa utcai klinika* (Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika).

Az „is”, „stb.” „egy” ahol lehet, kerülendő.

#### 6. Hivatkozás

5–15, csak a szövegben hivatkozott tétel, magyar nyelvű szakirodalom is.

Angol nyelvű címeznél csak azon szavak szerepeljenek nagybetűvel, melyek magyarul is azok lennének.

*Szövegben:*

Általában: pl.: (Bölcs 1981).

Idézet: pl.: (Bölcs 1981, 55. o.).

Kettőnél több szerző: pl.: (Bölcs és mtsai 1981).

*A szöveg végén:*

*Könyv:* pl.: Bölc J. (1981): A bölcsesség. Páty, Elme.

Baron-Cohen, S. (2003): The essential difference: Men, women and the extreme male brain. London, Penguin.

*Szerkesztett könyv:* pl.: Neves T., Híres R. szerk. (1888): A bölcsesség. Páty, Elme.

*Könyvfejezet:* pl.: Bölc J., Okos K. (1888): A józan paraszti ész. In: Neves T., Híres R. szerk.: A bölcsesség. Páty, Elme, 101–153.

*Folyóirat:* pl.: Bölcs J., Okos K. (2009): Ujjgyakorlat a józan paraszti észről. Az emberi természet, 8: 55–62.

*Internet:*

*DOI:* pl.: Bölcs J., Okos K. (2009): Ujjgyakorlat a józan paraszti észről. Az emberi természet, 8:55–62, DOI 10.1007/s10465-0099064-4

*Webcím:* pl.: Bölcs J., Okos K. (é.n.): Ujjgyakorlat a józan paraszti észről. [www.azembterm.hu/letoltesek/ujjgyak.html](http://www.azembterm.hu/letoltesek/ujjgyak.html), letöltve: 2012. 02. 18.

## Szakmai közéleti írások formai szempontjai

### 1. Általános szempontok

A különböző típusú hozzászólásokban, a könyvismertetésben **ne használjanak irodalmi hivatkozást** (kivéve a tanulmányhoz írt hozzászólás).

Times New Roman 12-es betűvel, balra zárt, egyes sorközzel kérjük, bekezdések előtti, illetve utáni térköz nélkül.

Alkalmazható formázás: *kiemelendő szöveg* dőlt betűvel, minden más formázást töröljön.

Bekezdések között ne hagyjanak sorközt.

### 2. Terjedelem, forma

*Vitaindítóval kezdett viták:* vitaindító: **2000–5000** karakter; hozzászólások: **500–3000** karakter.

*Tanulmányhoz írt hozzászólások:* maximum **5** hivatkozás; **5000–9000** karakter.

*Körkérdések:* **500–3000** karakter.

*Beszámolók:* **1500–4000** karakter.

*Interjúk:* **6000–15000** karakter.

*Könyvismertetések:* **2500–5000** karakter.

*Felépítés:*

A mű szerzőjének/szerkesztőjének neve

A mű címe (idegen nyelvből fordított könyvnél a fordító neve)

Terjedelme, ára

Megjelenésének éve, kiadója, a kiadó városának neve (például 2014, Springer, Heidelberg)

ISBN száma

Bevezetés

A mű ismertetése

A mű értékelése

# Pszichoterápia

A PROFESSIONAL JOURNAL OF PRACTICE BASED ON  
PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS

A quarterly publication

35<sup>nd</sup> year, issue 1.

February 2026

## TABLE OF CONTENTS

<b>Editorial preface</b>	3
<i>Maria Barna, István Tiringner</i>	
STUDIES	
<b>Methodological study</b>	
<i>Zsófia Esperger, Péter Kovács: The role of psychologizing subjective illness theories in the psychological care of oncology patients II.- Practice</i>	5
<b>Theoretical study</b>	
<i>László Lajtai: The Dunning-Kruger effect in psychotherapy and the current situation of psychotherapy in Hungary</i>	17
<b>Historical study</b>	
<i>Éva Sifter: Some considerations for the review of the current domestic system of training pathways for psychologist–psychotherapists</i>	24
WORKSHOP	
<b>Workshop study</b>	
<i>Judit Somlai: Therapy under attack</i>	32
Contributors: <i>Lilla Hárdi ♦ Laura Tarafás ♦ Judit Somlai</i>	
<b>Commentary</b>	
Comments on the workshop study <i>Artificial Intelligence in Psychotherapy</i> by <i>Máté Szondy, Ágnes Magyary, Noémi Mészáros, Ágnes Zsila – Ferenc Blümel ♦ László Bokor ♦ Máté Szondy, Ágnes Magyary, Noémi Mészáros, Ágnes Zsila</i>	44
PROFESSIONAL LIFE	
<b>Professional statement</b>	
Training pathways in child and adolescent psychotherapy – <i>Júlia Cseh, Balázs John, Szilvia Kakuszi, Tamás Kovács, Andrea Kövesdi, Nóra Mailáth, Laura Németh, Anikó Osváth, Ildikó Papp, Nóra Szilágyi, Györgyi Tényiné Csábi, Beáta Tóth</i>	52
<b>Debates</b>	
Quality assurance and supervision – closing reflections: <i>Andrea Kútvölgyi, Nóra Mailáth and Ágnes Nagy</i>	60
<b>Guidance for the future – for future psychotherapists</b>	
Specialist psychologist training programs – <i>Hanna Demetrovics, Zita Kakuk</i>	62
<b>Ethics column</b>	
Ethical issues in therapeutic practice 49.: <i>Kinga Farkas ♦ Ágnes Fazekas ♦ Adrienn Imre</i>	66
<b>In memoriam</b>	
<i>Varga S. Kata: In Memory of Lilla Benczúr</i>	70
<b>Reports</b>	
Summary of the general assembly of the Association of the Psychotherapy Council	72
Conferences – <i>Mária Barna ♦ Gergely Biró ♦ Gábor Kelemen ♦ Noémi Németh</i>	74
Book review – <i>Ferenc Dufla</i>	78
<b>List of professional books and periodicals</b>	80
<b>Professional programs</b>	87
<b>Editorial announcements</b>	91

# Pszichoterápia

A PROFESSIONAL JOURNAL OF PRACTICE BASED ON PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS

A quarterly publication

35<sup>th</sup> year, issue 1

February 2026

## Editorial

### *Editor-in-chief:*

Krisztina Pál (palk@pszichoterapia.hu)

### *Deputy editor-in-chief:*

Henrietta Benkő (benko.henrietta@pszichoterapia.hu)

### *Editors:*

Mária Barna (barna.maria@pszichoterapia.hu)

Zsanett Kepics (kepicszsanett@pszichoterapia.hu)

István Tiringér (tiringer@pszichoterapia.hu)

Lili Valkó (valko@pszichoterapia.hu)

Dániel Vattay (vattaydaniel@pszichoterapia.hu)

### *Trainee editors:*

Csűrös Judit (csurj@pszichoterapia.hu)

Németh Noémi (kramn@pszichoterapia.hu)

## Editorial Board

Enikő Albert-Lőrincz, István Bitter, Zsolt Demetrovics, János Füredi, János Harmatta,  
Eszter Hámori, Mária Koltai, Veronika Kökény, Tom Ormay†, Bernadette Péley,  
Gábor Szőnyi, Anna Szvatkó, Ferenc Túry

Peer reviewed © MentalPort Kft.

Indexed by psycINFO (American Psychological Association)

## Circulation and subscription

Subscription for 2026:

Yearly subscription fee, print version: 29.650 HUF

Yearly subscription fee, online version: 25.500 HUF

Yearly subscription fee, online and print versions: 34.500 HUF

Single issues' price (only in print): 9.700 HUF

Payment by cheque or bank transfer

Subscription payment is to be sent to the following account:

MentalPort/Pszichoterápia, CIB Bank Hungary

CIB 10700440-25769504-51100005

More information about circulation: Judit Pach, editorial secretary

szerkesztoseg@pszichoterapia.hu, phone: +36 1 789-8054

(Monday–Thursday 9 AM – 1 PM)

Issues published later than 2003 are available for order at the address of the editorial office.

## Edited by

**MentalPort Kft.**

1389 Budapest, P.O.B.:118.

phone: +36-1 789 8054

szerkesztoseg@pszichoterapia.hu; www.mentalport.hu

## Published by

MentalPort Kft.

mentalport@mentalport.hu, www.pszichoterapia.hu

*Publisher:* László Bokor, managing director

## Press: Printműhely

3526 Miskolc, Blaskovics László u. 5.

*This issue's managing editors:* Judit Csűrös, Krisztina Pál

*Reviser:* László Rab

Supported by the Association of Psychotherapy Council

Founder of the journal: Béla Buda

ISSN: 1216-6170