

# Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZEREKEN ALAPULÓ GYAKORLAT  
SZAKMAI FOLYÓIRATA

Megjelenik negyedévente

35. évfolyam 2. szám

2026. május

## TARTALOM

<b>A szerkesztők előszava</b>	97
<i>Csürös Judit, Pál Krisztina</i>	
<b>TANULMÁNYOK</b>	
<b>Módszertani tanulmány</b>	
<i>Kiss Tibor Cece, Láng András: A személyiség szerveződés strukturális diagnosztikája a klinikai gyakorlatban I. – A STIPO-R interjú elméleti és módszertani bemutatása</i>	99
<b>Elméleti tanulmány</b>	
<i>Szemerey Márton: Bevonás és bevonódás kockázatai a terápia kapcsolat testi dimenziójában</i>	110
<b>Kutatási tanulmány</b>	
<i>Békési Tímea, Mucsi Georgina, Kassai Szilvia, Jancsák Csaba: Szenvedélybeteg szülő mellett nevelkedés tapasztalata – kvalitatív kutatás</i>	121
<b>MŰHELY</b>	
<b>„Így dolgozunk mi...”</b>	
<i>Bérdi Márk: Az öngyilkos viselkedés menedzselése és a kockázat becslése</i>	131
<b>Hozzászólás</b>	
<i>Csáky-Pallavicini Krisztina: Ádám lehetséges kezelése az áttétel-fókuszú pszichoterápia módszerével</i>	137
<b>Hozzászólás</b>	
<i>Kuritárné Szabó Ildikó: Ádám lehetséges kezelése az integratív pszichoterápia módszerével</i>	139
<b>Hozzászólás</b>	
<i>Perczel-Forintos Dóra: Reflexió Bérdi Márk esetbemutatására</i>	141
<b>Hozzászólás</b>	
<i>Ratkóczy Éva: Hogyan kezelném Bérdi Márk kliensét DBT (dialektikus viselkedésterápiás) módszer alkalmazásával?</i>	143
<b>SZAKMAI KÖZÉLET</b>	
<b>Interjú</b>	
<i>Ars poetica – Interjú Barát Katalinnal – Csürös Judit, Pál Krisztina</i>	146
<b>Viták</b>	
<i>A pszichoterápia intézményi helyének újragondolása – Vitaindító: Horgász Csaba</i>	148
<b>Etikai rovat</b>	
<i>A terápiás gyakorlat etikai kérdései 50.: Bogár Judit ♦ MAKOMP Etikai Bizottsága ♦ Morva Dorottya</i>	154
<b>Útravaló</b> – A jövő pszichoterapeutáinak – Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés – <i>Demetrovics Hanna, Kakuk Zita</i>	158
<b>Hírek</b>	
<i>Kitüntetések</i>	161
<b>Beszámolók</b>	
<i>A Pszichoterápiás Tanács Szövetség küldöttgyűlésének összefoglalója – Fekete Zita</i>	163
<i>Konferenciák – Sós Eszter ♦ Csupor Anna ♦ Füstös Attila Zoltán ♦ András Felícia ♦ Horváthné Teleki Szidalisz Ágnes</i>	166
<i>Könyvismertetés – Kákonyi Zoltán</i>	171
<b>Szakkönyv- és folyóiratlista</b>	173
<b>Szakmai programok</b>	178
<b>Szerkesztőségi közlemények</b>	183

# Pszichoterápia

A PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZEREKEN ALAPULÓ GYAKORLAT SZAKMAI FOLYÓIRATA

Megjelenik negyedévente

35. évfolyam 2. szám

2026. május

## Szerkesztőség

*Főszerkesztő:*

Pál Krisztina (palk@pszichoterapia.hu)

*Szerkesztők:*

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

Csűrös Judit (csurj@pszichoterapia.hu)

Kepics Zsanett (kepicszsannett@pszichoterapia.hu)

Németh Noémi (kramn@pszichoterapia.hu)

Tiringer István (tiringer@pszichoterapia.hu)

*Szerkesztőségi gyakornokok:*

Demetrovics Hanna (demetrovics.hanna@pszichoterapia.hu)

Kakuk Zita (kakuk.zita@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 utánvétellel 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

Jubileumi év a 2026-os a Pszichoterápia folyóirat számára. Harmincötödik éve jelenik meg a folyóirat, és huszadik alkalommal rendezzük meg a konferenciát. A konferenciaszervezés hajrájában vagyunk, amikor a májusi számot készítjük elő. Ez az év legsűrűbb és legizgalmasabb időszaka számunkra. Mostanra összeállt a teljes program, megvan már minden üléselnök és moderátor. A konferencia a *Káinok és Ábelek – Harc és szövetség a szakmában és a terápiában* címet viseli. Talán a cím is jelzi: sok indulattal találkoztunk a szervezés során, mégis bízunk benne, hogy a konferencia a szövetség jegyében zajlik majd. Szeretnénk együtt ünnepelni a résztvevőkkel és a szereplőkkel. *Bokor László* felelős kiadó mond köszöntőt, lesz pezsgős koccintás és buli *Unoka Zsolt*tal és bandájával, az *I love you zenekarral*.

Túl a konferencián a májusi szám sem szűkölködik izgalmakban és újdonságokban. *Kiss Tibor Cece* és *Láng András* cikke a STIPO-R interjú elméleti és módszertani bemutatását tűzi ki célul. A kétrészes tanulmány első része a személyiségzavarok diagnosztikájának dimenzionális fordulatába ágyazva mutatja be a Kernberg-féle elméleten alapuló, hazai adaptáció alatt álló STIPO-R interjút. Ezen első írás az elméleti és módszertani kereteket ismerteti, míg a későbbiekben közreadott második tanulmány egy esetvignettán keresztül szemlélteti a gyakorlati alkalmazást. A közlemény azért különösen értékes, mert összekapcsolja a mélylélektani megértést a korszerű, empirikus diagnosztikai rendszerekkel, és közvetlenül támogatja a differenciált terápiás döntéshozatalt.

*Szemerey Márton* Bevonás és bevonódás kockázatai a terápiás kapcsolat testi dimenziójában című tanulmánya a test jelenlétének sokrétű szerepét és dilemmáit tárgyalja a pszichoterápiában. A tanulmány árnyaltan különíti el a test tudatos bevonásának és a spontán testi folyamatoknak a dinamikáját, miközben konkrét klinikai helyzeteken keresztül mutat rá ezek lehetséges veszélyeire. Külön hangsúlyt kap, hogy a testi élményekkel való munka csak megfelelő keretek és reflexió mellett válhat a terápiás folyamatot támogató tényezővé.

Folyóiratunkban ritkán jelenik meg addiktológiai témájú írás. Ez alkalommal egy tanulmányt és két konferenciabeszámolót is közlünk e témában. *Békési Tímea*, *Mucsi Georgina*, *Kassai Szilvia* és *Jancsák Csaba* kvalitatív kutatási tanulmánya érintettek írásos beszámolóira támaszkodva

ad betekintést, hogy milyen tapasztalatokkal jár szenvedélybeteg szülő mellett felnőni, és hogyan formálják ezek az élmények a felnőttkori működést. A 78 élettörténeti beszámoló elemzése három visszatérő mintázatot emel ki – a kimondatlan feszültséggel átszótt családi közeget, a bizonytalan szülőképet és az „elveszett gyermekkor” élményét. Az írás rámutat arra is, hogy a korai veszteségek felismerése és feldolgozása alapvető jelentőségű a hosszú távú hatások megértésében és alakításában.

2025-ös konferenciánk egyik módszertani sokszemköztje nyomán születtek munkák „*Így dolgozunk mi*” rovatunkba. *Bérdei Márk* írása a CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) szemléletét esettanulmányon keresztül ismerteti, amelyben az öngyilkossági krízis közös megértésére és követésére épül a terápiás munka. A leírt folyamat bemutatja, hogyan járul hozzá az állapot rendszeres feltérképezése, a háttértényezők azonosítása és a közösen kialakított biztonsági lépések a krízis enyhítéséhez. Az esethez *Csáky-Pallavicini Krisztina*, *Perczel-Forintos Dóra*, *Kuritárné Szabó Eszter* és *Ratkóczi Éva* írtak hozzászólást.

Etikai rovatunkban a folyóirat 50. – fiktív – etikai esetét és annak elemzéseit *Bogár Judit*, a *MAKOMP Etikai Bizottsága* és *Morva Dorottya tollából* kínáljuk átgondolásra, ezúttal a gyerek- és ifjúsági ellátás területéről. Az esettörténet az életkori határ és ellátási folytonosság kérdését, a terápiás felelősség dilemmáit, a kompetenciahatárok labilitását, a szakmai kommunikáció buktatóit idézi meg.

*Ars poetica* rovatunkban tapasztalt pszichoterapeutákat kérdezzük arról, sokéves tapasztalataik nyomán hogyan formálódott szakmai szemléletük. Interjúalanyunk *Barát Katalin* családterapeuta, örömmel osztjuk meg ezt a nyílt, személyes, inspiráló beszélgetést.

Májusi számunkban is olvashatnak beszámolót a Pszichoterápiás Tanács Szövetség tevékenységével kapcsolatos aktualitásokról. Például arról, hogy milyen kritériumok mentén kerülhetnek jelölt státuszba és kérhetik felvételüket a PTSZ-be a frissen megalakult egyesületek. Arról is tudósítunk, hogy milyen előrelépések történtek a gyermek-pszichoterápiás képzések ügyében létrejött grémiumi egyeztetéseken.

A korábban már említett konferenciabeszámolók közül a szívünkhöz legközelebb álló *Horváthné Teleki Szidalisz Ágnes* írása, mely *Tiringer István*

kollégánk – szerkesztőségünk legrégebbi tagja – 60. születésnapja alkalmából létrehívott szimpóziumról számol be.

Bízunk benne, hogy mindenki talál számára hasznos olvasmányt, illetve hogy ki-ki merít inspirációt a

számból, illetve a 20. konferenciából. Esetleg tollat ragad és publikációval gazdagítja a Pszichoterápia folyóiratot.

*Csürös Judit, Pál Krisztina*

# Tanulmányok

MÓDSZERTANI TANULMÁNY

## A SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS STRUKTURÁLIS DIAGNOSZTIKÁJA A KLINIKAI GYAKORLATBAN I. A STIPO-R INTERJÚ ELMÉLETI ÉS MÓDSZERTANI BEMUTATÁSA

**Kiss Tibor Cece, Láng András**

*A személyiségzavarok diagnosztikája napjainkban jelentős paradigmaváltáson megy keresztül, a tünetalapú, kategorikus osztályozástól a funkcionális, dimenzionális megközelítés (DSM-5 AMPD, BNO-11) felé mozdulva. Jelen módszertani tanulmány célja a hazai adaptáció alatt álló Strukturált interjú a személyiségsszerveződés felmérésére – átdolgozott változatának (STIPO-R) bemutatása, amely operacionalizált módon méri a Kernberg-féle tárgykapcsolat-elmélet fő dimenzióit. Az eszköz ezáltal nemcsak a mélylélektani megértést segíti, hanem a kapott strukturális profil révén közvetlenül támogatja a modern, leíró diagnosztikai döntéshozatalt is. Kétrészes tanulmányunk első része részletesen ismerteti a mérőeszköz elméleti háttérét és felépítését. Bemutatja a vizsgált öt fő részterületet (Identitás, Tárgykapcsolatok, Elhárítások, Agresszió, Morális értékek), valamint az interjúvezetés specifikus pszichodinamikus technikáit (tisztázás, szembesítés). Ismertetjük az eszköz kettős pontozási rendszerét: a 0-tól 2-ig terjedő item-szintű kódolást, és a minőségi horgonypontokon alapuló, 1-től 5-ig terjedő domén-szintű klinikai profilozást. A STIPO-R dimenzionális profilja lehetővé teszi a normál, a neurotikus (1-2), valamint a magas, közepes és alacsony szintű borderline (1-3) személyiségsszerveződés megbízható elkülönítését, közvetlenül kapcsolódva a modern osztályozó rendszerek funkcionális károsodásra vonatkozó kritériumaihoz. A módszer hidat képez a pszichoanalitikus elmélet és az empirikus pszichiátria között. Az eszköz mindennapi klinikai alkalmazhatóságát, az eredmények értelmezését és a differenciált terápiás indikációban betöltött szerepét tanulmányunk második része egy magasan funkcionáló borderline személyiségsszerveződésű páciens kompozit esetvignettáján keresztül fogja gyakorlati kontextusban szemléltetni.*

*Kulcsszavak: STIPO-R, személyiségsszerveződés, strukturális diagnózis, dimenzionális modell, borderline személyiségsszavar*

*Köszönettel tartozunk Czíkora Dávidnak, Arató Nikolettnek és Szolnoki Minnának a STIPO-R interjú szakmai anyagának a magyarra fordításában való részvételükért.*

## 1. BEVEZETÉS: ELMÉLETI KERETEK

A személyiségzavarok diagnosztikája az elmúlt évtizedben jelentős paradigmaváltáson ment keresztül. A pszichiátriai osztályozó rendszerek (DSM – Diagnostic and statistical manual of mental disorders, BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása) korábbi kiadásai évtizedeken át a kategorikus megközelítést részesítették előnyben, amely a személyiségzavarokat egymástól élesen elhatárolható, tünetlisták alapján azonosítható kórképekként kezelte. A klinikai gyakorlat és az empirikus kutatások azonban rámutattak e modell korlátaira: a diagnózisok közötti magas komorbiditásra, a heterogenitásra (ugyanazon diagnózist kaphatják teljesen eltérő tünetekkel rendelkező páciensek), valamint az önkényes határértékekre a „betegség” és az „egészség” között (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019).

E nehézségekre válaszul a DSM-5 Alternatív személyiségzavar-modellje (Alternative model for personality disorders – AMPD) és a BNO-11 új rendszere a *dimenzionális* szemlélet felé fordult. Ez a megközelítés a személyiségzavart nem csupán tünetek halmazaként, hanem a személyiség működésének alapvető zavaraként írja le. A DSM-5 AMPD „A” kritériuma – a Személyiségfunkció színvonala (Level of personality functioning, LPF) – négy területen vizsgálja a károsodást: az identitás, az önismeret, az empátia és az intimitás terén. Ennek mérésére dolgozta ki Bender, Morey és Skodol (2011) az LPFS-t (Level of Personality Functioning Scale; rövid változata magyarul is elérhető; Láng és Birkás, 2023). Ez a fordulat azonban nem előzmények nélküli: a pszichodinamikus elméletalkotás, különösen Otto F. Kernberg tárgykapcsolat-elméleti modellje (például Kernberg, 1988) már évtizedekkel korábban leírta a személyiség szerveződés strukturális szintjeit, amelyek a modern dimenzionális modellek elméleti alapjául szolgáltak (Kernberg és Caligor, 2005).

Kernberg strukturális modellje a személyiségpatológiát a pszichés struktúra érettsége, illetve szervezethez való viszonyát. Kernberg az érett vagy normál személyiség szerveződési szinten kívül három alapvető szintet különít el: a neurotikus, a borderline és a pszichotikus személyiség szerveződést. (Lásd 1. táblázat.) A diagnosztikus differenciálás három fő pilléren nyugszik (Kernberg, 1984):

- 1. Identitás-integráció:* A normál és a neurotikus szerveződést egyaránt az integrált identitás jellemzi, amelyben a koherens szelf- és tárgyélmény mellett a szelf-reprezentációi és a jelentős mások-reprezentációi élesen elkülönülnek egymástól, az önmagunkról és másokról alkotott ellentmondásos képek pedig átfogó koncepciókba integrálódnak. Ezzel szemben a borderline szerveződésre az identitásdiffúzió jellemző: az én és a mások-ellentmondásos aspektusai rosszul integrálódnak és hasítottan elkülönülnek egymástól (kizárólag jó vagy rossz pólusokra), ami krónikus ürességérzésben, a szelfélmény diszkontinuitásában és a mások viselkedésének kiszámíthatatlan észlelésében nyilvánul meg. A legsúlyosabb, pszichotikus szerveződésnél a szelf- és tárgy-reprezentációk közötti határ már elmosódott, akár téveszmékkel járó identitás-zavar is fennállhat.
- 2. Elhárító mechanizmusok:* Ezen a téren a normál és a neurotikus szint finoman elkülöníthető: míg a normál szerveződést a rugalmasság és dominánsan az érettebb elhárító mechanizmusok (például anticipáció, altruizmus, humor, elnyomás) használata jellemzi, addig neurotikus szinten az elfojtás és egyéb magasabb színvonalú elhárítások (például reakcióképzés, izoláció, racionalizáció, intellektualizáció) dominálnak, amelyek ugyanakkor nem torzítják súlyosan a realitás észlelését. Ezzel szemben a borderline és a pszichotikus szerveződést egyaránt a hasítás és más alacsony színvonalú, archaikus elhárítások uralják (például primitív idealizálás és leértékelés, projektív identifikáció, tagadás, omnipotencia), amelyek célja a „jó” és „rossz” tárgy-reprezentációk szétválasztása a szorongás csökkentése érdekében, és óhatatlanul a valóság torzultabb észleléséhez vezetnek. Az érett, a neurotikus és a borderline szinteken egyaránt az a célja az elhárító működésnek, hogy megóvja az egyént az intrapszichés konfliktusoktól, ám ezek terápiás reflexióba vonhatók, értelmezésük javítja az egyén működését. A pszichotikus szerveződési szinten viszont a primitív elhárító mechanizmusok a pszichés szétválasztástól és a szelf-tárgy összeolvadástól védnek, és az értelmezésük, mint terápiás technika nem befogadható segítség a páciens számára, hanem további regresszióhoz vezethet.
- 3. Realitáskontroll:* A valóságészlelés képessége normál és neurotikus szinten teljes mértékben megtartott: az egyén képes különbséget tenni az én és a nem-én, valamint az észlelések belső,

illetve külső eredete között, reálisan és mélyrehatóan tudja értékelné önmagát és másokat, megértve a valóság társas szempontjait is. A borderline szerveződés esetén a realitáskontroll alapvetően szintén megtartott, de hullámzások figyelhetők meg önmaga és mások reális értékelésében, valamint a valóságérzékelésben;

stresszhelyzetben pedig átmeneti torzulások is előfordulhatnak, különösen a társas helyzetek értelmezésében (a szociális realitáskontroll fel-lazulása). A spektrum másik végén, a pszichotikus szerveződésnél a realitásészlelés képessége elveszett vagy súlyosan sérült.

	Normál szerveződés	Neurotikus szerveződés	Borderline szerveződés	Pszichotikus szerveződés
Identitás-integráció	A szelf reprezentációi és a tárgyreprezentációk élesen különválnak, differenciáltak egymástól.			A szelf- és tárgyreprezentációk közötti határ elmosódott, vagy téveszmékkel járó identitászavar áll fenn.
	Integrált identitás: az önmagunkról és másokról alkotott ellentmondásos képek átfogó koncepciókba integrálódnak.		Identitásdiffúzió: az én és a mások ellentmondásos aspektusai rosszul integrálódnak, és (hasítottan) elkülönülnek egymástól.	
Elhárító működés	Dominánsan érettebb elhárító mechanizmusok (pl. elnyomás, anticipáció, altruizmus, humor stb.) használata és rugalmasság jellemző.	Elfojtás és egyéb magas színvonalú elhárítások (pl. reakcióképzés, izoláció, racionalizáció, intellektualizáció stb.).	Főként hasítás és egyéb alacsony színvonalú elhárítások (pl. primitív idealizálás és leértékelés, projektív identifikáció, tagadás, omnipotencia).	
	Az elhárítások megóvják az egyént az intrapszichés konfliktusoktól. Az értelmezés javítja a működést.			Az archaikus elhárítások megóvják az egyént a szét-eséstől, ill. az én és a tárgy összeolvadásától. Az értelmezés regresszióhoz vezet.
Realitás-észlelés	A realitásészlelés képessége megtartott – az én és a nem-én, valamint az észlelések és ingerek belső, ill. külső eredetének megkülönböztetése.			A realitásészlelés elveszett vagy súlyosan sérült.
	Képesség arra, hogy önmagát és másokat reálisan és mélyrehatóan értékelje, képesség a valóság társas szempontjainak megértésére.		Hullámzások önmaga és mások reális értékelésében, valamint a valóságérzékelésben.	

1. táblázat. A személyiség-szerveződés differenciálása Kernberg szerint (Kernberg, 1981, 171. old. alapján).

**1.1. A strukturális diagnosztika evolúciója: A klinikai interjútól a STIPO-R-ig (alfejezet)**

A fenti elméleti konstrukciók klinikai mérésére Kernberg eredetileg a Strukturális interjút dolgozta ki (Kernberg, 1981), amely a pszichodinamikus diagnosztika egyik mérföldkövének tekinthető. Ez a módszer nem a tünetek leltárszerű felsorolására, hanem a páciens és a vizsgáló közötti, a vizsgálati helyzetben megvalósuló („itt és most”) interakcióra helyezte a hangsúlyt. A klinikus aktív szerepet vállalt: tisztázó, szembesítő és értelmező technikák alkalmazásával hozott létre feszültséget az interjú-helyzetben, hogy tesztelje a páciens identitásának integráltságát és realitáskontrollját, valamint figyelembe vette az áttétel-viszontáttételi jelenségeket is (Clarkin és mtsai., 2007).

Az eredeti strukturális interjú folyamata jól meghatározott, egymásra épülő fázisokból állt. Az

interjú kezdeti szakaszában a klinikus elsődleges célja az akut és krónikus organikus agyi szindrómák (a szenzórium, a memória és az intelligencia vizsgálatán keresztül), majd a pszichotikus szerveződés (a realitáskontroll felmérésével) kizárása volt. Ahogy Kernberg (1981) rámutatott: amíg a realitáskontroll megtartottsága nem tisztázott, addig az identitásdiffúzió meglétének vagy hiányának vizsgálata másodlagos. Amennyiben a pszichotikus és organikus okok kizárhatók, az interjú a középső fázisába lép, ahol a fókusz már az identitásdiffúzió jelenlétére és az elhárító mechanizmusok minőségére helyeződik. Összességében az interjú logikája szerint a realitáskontroll megléte vagy hiánya különíti el a borderline szerveződést a pszichotikus struktúráktól, míg az identitásdiffúzió jelenléte vagy hiánya differenciálja a borderline patológiát a nem-borderline (neurotikus) karakterpatológiától. Fontos azonban kiemelni, hogy bár ez a strukturá-

lis fókuszú kikérdezés innovatív volt, a borderline spektrumon belül még nem tett lehetővé finomabb differenciálást – alacsony, közepes és magas szintű borderline szerveződés között –, csupán magát a borderline szerveződést különítette el a neurotikus és pszichotikus szintektől.

Bár ez a megközelítés a gyakorlott klinikus számára rendkívül gazdag mélylélektani információt nyújtott a diagnózisalkotáshoz és a terápiás indikáció felállításához, a módszer erősen függött az interjúztató szubjektív ítéletalkotásától és klinikai tapasztalatától (Clarkin és mtsai., 2007; 2021). Standardizált pontozási rendszer hiányában a diagnózis megbízhatósága és kutathatósága korlátozott volt, ami gátolta a pszichoanalitikus fogalmak integrálását az empirikus pszichiátriába.

E módszertani ür betöltésére született meg a *Strukturált interjú a személyiség szerveződés felmérésére* (Structured Interview of Personality Organization, STIPO; Clarkin és mtsai., 2007). A fejlesztők célja az volt, hogy a strukturális diagnózist a kutatás számára is hozzáférhetővé tegyék, megőrizve annak pszichodinamikus lényegét. A STIPO már félig strukturált formátumot követett, hasonlóan a Nemzetközi személyiségzavar-vizsgálat (International Personality Disorder Examination, IPDE) interjúhoz (Loranger, 1999, idézi: Clarkin és mtsai., 2007), és konkrét horgonypontokkal ellátott, háromfokú (0–2 terjedő) skálán mérte a válaszokat. Ez lehetővé tette a személyiségfunkciók (identitás, tárgykapcsolatok, elhárítások) dimenzionális mérését, túlmutatva a puszta kategorikus besoroláson. Az eredeti STIPO azonban akár 100 kérdést is<sup>1</sup> tartalmazhatott, ami a klinikai gyakorlatban túlságosan időigényesnek bizonyult, továbbá a pszichometriai elemzések során egyes alskálák (például a Realitáskontroll) mérési tulajdonságai finomításra szorultak (Clarkin és mtsai., 2007).

A klinikai tapasztalatok és pszichometriai elemzések alapján 2016-ban elkészült a módszer revideált változata, a *Strukturált interjú a személyiség szerveződés felmérésére – átdolgozott változat* (Structured Interview of Personality Organization-Revised, STIPO-R) (Clarkin és mtsai., 2016; 2021). A revízió során az eszközt 55 itemre rövidítették, növelve ezzel a klinikai használhatóságot, miközben a mérési tartományt is pontosították. Kiemelendő változás, hogy a STIPO-R-ben a patológiás nárcizmus mérése hangsúlyosabbá vált:

különböző személyiség szerveződési területekhez tartozó itemekből egy 11-tételes koherens Nárcizmus-skálát hoztak létre, amely a grandiozitást és a sérülékenységet egyaránt vizsgálja. Ide sorolódnak többek között a tárgykapcsolatokat felmérő tételek közül a kapcsolatban megjelenő ‘unalom’, vagy ‘a kapcsolatok nyereség alapú szemlélete’ területet vizsgáló kérdések, de az archaikus elhárítások közül az ‘omnipotens fantázia’, vagy a morális értékek közül a ‘kihasználás’ témájára fókuszálók is.

További változtatás az átdolgozott változatban, hogy a pontozási rendszer kifinomultabbá vált: az item szintű (0 = ‘jó funkcionálás’, 1 = ‘enyhe patológia’, 2 = ‘súlyos patológia’ értékeket felvehető) értékelés mellett megjelent a klinikai profilozás lehetősége is, ahol a vizsgáló 1-től 5-ig terjedő skálán súlyozhatja az adott részterület (domén) patológiájának mértékét, figyelembe véve a páciens nonverbális reakcióit és az interjúhelyzetben mutatott viselkedését, valamint a felbukkanó ellentmondásokat is.

A STIPO-R jelentősége abban áll, hogy hidat képez a pszichodinamikus elmélet mélylélektani belátásai és a modern, bizonyítékokon alapuló orvoslás mérési követelményei között. Az eszköz fejlesztése párhuzamosan zajlott a DSM-5 Alternatív modelljének (AMPD) kialakításával, és a kutatások igazolták, hogy a STIPO-R kiválóan alkalmas az AMPD „A” kritériumában szereplő Személyiségfunkció színvonalának (Level of Personality Functioning) megbízható becslésére (Preti és mtsai., 2018). Ugyanakkor ahogy azt saját, hazai mintán végzett kutatásaink is alátámasztják, a STIPO-R többet nyújt puszta funkcionális mérésnél: nem csupán a személyiségzavarok súlyosságát méri, hanem olyan specifikus kockázati tényezőket is képes beazonosítani, amelyeket más modellek kevésbé ragadnak meg. Eredményeink szerint a személyiség szerveződés szintje – amely olyan, az AMPD-ben nem szereplő specifikus területeket foglal magában, mint pl. az agresszió és a morális értékek –, látens konstruktumként szignifikánsan előrejelezte az alkoholhasználati zavar kockázatát, szemben a tisztán funkcionális AMPD-moddal. Ez az eredmény jól rávilágít a strukturális diagnózis egyedi klinikai hozzáadott értékére (Kiss és mtsai., közlés alatt)

<sup>1</sup> Az interneten elérhető angol változat (a valóságészlelésre vonatkozó kérdések nélkül) 87 itemet tartalmazott, a német változat lefedte a valóságészlelés területét is, valamint egyes kérdésköröket részletesebben vizsgált, így összesen 100 itemet tartalmazott.

## 2. A MÓDSZER ELEMZŐ BEMUTATÁSA: A STIPO-R

A STIPO-R egy 55 kérdésből álló, félig strukturált diagnosztikai interjú, amelyet a személyiség-szerződés Kernberg-féle modelljének dimenzionális mérésére fejlesztettek ki. A revízió elsődleges célja a korábbi, jelentősen hosszabb változat (STIPO) klinikai alkalmazhatóságának növelése volt, a pszichometriai megbízhatóság megőrzése mellett. Az interjú a vizsgált személy elmúlt öt évének élményanyagára és viselkedésére fókuszál, kivéve azokat az időszakokat, amikor a páciens akut krízis vagy szerhasználat miatt másmilyen volt, mint amilyen „szokott lenni”, amilyennek önmagát ismeri.

### 2.1. Az interjú technikája és gyakorlati keretei

A STIPO-R különlegessége, hogy ötvözi a strukturált interjúk (például a Structured Clinical Interview for DSM – SCID) standardizáltságát a pszichodinamikus klinikai interjúk feltáró jellegével. Módszertana túllép az előbbieket mechanikus kérdés-felelet dinamikáján. Bár a kérdések sorrendje kötött és szövegezése is adott (amit csak akkor magyarázunk részletesebben, ha az abban a formában valamiért nem érthető a páciensnek), ugyanakkor az interjú végző klinikus aktív szerepet vállal a válaszok mélyítésében, amelyhez a pszichodinamikus interjútechnikák eszköztárából elsősorban a tisztázást (*clarification*) és a tapintatos szembesítést (*confrontation*) hívja segítségül. A tisztázás technikáját akkor alkalmazza a vizsgáló, ha a páciens válasza homályos vagy kétértelmű; ilyenkor rákérdezhet a részletekre – például arra, hogy mit ért pontosan „szoros” barátság alatt. A szembesítés során az interjúztató tapintatosan rámutat az egymásnak ellentmondó állításokra, mint például amikor a vizsgált személy a munkahelyén rendkívül pedáns, míg a magánéletében kaotikus és impulzív viselkedésről számol be. E beavatkozás célja nem a páciens elbizonytalanítása vagy provokálása, hanem annak tesztelése, hogyan kezeli az inkongruenciát. A reakció diagnosztikus értékű: míg az érett vagy neurotikus működésmódra a széttartó énrészek integrálásának képessége jellemző, addig a borderline reakciót a zavarodottság, esetleg a paranoid gyanakvás megjelenése jelzi. A klinikus figyelme kiterjed az áttétel-viszontáttételi jelenségekre is.

Gyakorlati szempontból a STIPO-R felvétele egy gyakorlott klinikus számára átlagosan 75–90 percet vesz igénybe, amely a páciens patológiájának súlyosságától, a védekező mechanizmusok

intenzitásától és a válaszok részletességétől függően esetenként két órára is nyúlhat. Bár a módszer felépítése egyetlen kiterjesztett diagnosztikus interjú feltételez, a mindennapi klinikai gyakorlatban – különösen a páciens teherbírásának és az interjú pszichodinamikus, olykor feszültségkeltő jellegének figyelembevételével – a felvétel szükség esetén két (45-50 perces) ülésre is bontható. Ez a rugalmasság különösen az alacsonyabb szerveződési szintű páciensek esetében indokolt, elkerülve ezáltal a túlzott kimerülést vagy az interjúhelyzet okozta esetleges regressziót. Bár a kérdések és a főbb vizsgált témakörök (domének) sorrendje az interjúprotokoll szerint alapvetően kötött – hiszen ez biztosítja a standardizáltságot és a területek logikus, egymásra épülő feltárását –, a módszer ad némi teret a klinikai rugalmasságnak is. Amennyiben a páciens spontán módon olyan releváns klinikai anyagot hoz be, amely egy későbbi doménhez tartozik, a gyakorlott vizsgáló élhet azzal a szabadsággal, hogy ideiglenesen követi a páciens fonalát, majd finoman visszatér az eredeti struktúrához.

Az adatok rögzítése az interjú folyamán, illetve közvetlenül az ülést követően a STIPO-R hivatalos pontozási űrlapjának segítségével történik. Ez a dokumentum kettős célt szolgál. Egyrészt biztosítja a kétlépcsős numerikus kódolást: felületet ad a specifikus itemek 0-tól 2-ig (jó funkcionálástól a súlyos patológiáig) terjedő pontozásának, valamint az ehhez szorosan kapcsolódó, az egyes részterületeket (doméneket) 1-től 5-ig terjedő skálán súlyozó összefoglaló klinikai profilozásnak is. Másrészt a strukturált űrlap elengedhetetlen teret ad a kvalitatív adatrögzítésnek is; a klinikus ezen vezetheti a legfontosabb minőségi megfigyeléseit, a páciens beszédesebb szó szerinti válaszait (verbatim idézeteket), az inkongruenciákat, valamint a vizsgálat során felbukkanó áttételi-viszontáttételi jelenségeket. A gondos menetközbeni jegyzetelés kritikus fontosságú, hiszen a végső diagnosztikus profil kialakítása a számszerűsített értékek és a rögzített klinikai benyomások integrációján nyugszik.

### 2.2. A vizsgált domének részletes ismertetése

A STIPO-R öt fő domént vagy részterületet vizsgál, némelyeket aldoménekre bontva (lásd: 2. táblázat), továbbá értékeli egy ezekből származtatott hatodik területet, a nárcizmust is:

1. *Identitás (Identity)*. Ez a legátfogóbb domén, amely a személyiségmag stabilitását méri három alskálán keresztül.
- *Energiabefektetési képesség (Capacity to invest)*. Azt vizsgálja, képes-e a személy tartósan és hatékonyan elköteleződni a munka/tanulmányok, illetve valamilyen szabadidős tevékenységek iránt. A pontozásnál nemcsak a teljesítmény számít, hanem a szubjektív élmény is: a munka örömforrás-e, vagy csak kényszerű robotolás? A patológiát jelzi, ha a célok hiányoznak, vagy ha a teljesítmény messze elmarad a képességektől (például „krónikus alulteljesítés”).
  - *Szelf-koherecia és folytonosság (Sense of self-coherence and continuity)*. Ez a skála méri az identitásdiffúzió központi elemét. Az interjúztató arra kéri a páciens, jellemezze önmagát („*Hogyan írná le magát, hogy minél előbb, teljesebb képet kapjak arról, hogy ön milyen ember?*”). Az egészséges válasz árnyalt, integrálja a pozitív és negatív tulajdonságokat. A patológiás válasz felszínes (például csak külső tulajdonságok), inkoherens, vagy szélsőségesen polarizált (csak jó vagy csak rossz). Ide tartozik az önbecsülés stabilitásának és a mások véleményétől való függésnek, a belső üresség-érzésnek a vizsgálata is.
  - *Tárgyreprezentáció (Representation of Other)*. A jelentős másokról (például partner, szülő) alkotott belső kép minősége, mélysége, stabilitása. Képes-e a személy a másikat árnyaltan, ambivalenciákkal együtt, „teljes emberként” látni? Borderline szerveződésnél a másokról alkotott kép gyakran torzított, egydimenziós, és a saját szükségletek kielégítésének eszközzé redukálódik (szelftárgy reprezentáció).
2. *Tárgyakapcsolatok minősége (Quality of object relations)*. Ez a domén a társas viselkedés és a belső kapcsolati modellek érettségét méri három területen.
- *Interperszonális kapcsolatok és barátságok (Interpersonal relationships / friendships)*. Van-e a személynek a családon kívül legalább egy tartós, bizalmas barátja, akivel rendszeresen tartja a kapcsolatot? A súlyos patológiát az jelzi, ha nincsenek barátok, vagy a kapcsolatok kizárólag felszínes ismeretségekre korlátozódnak. Ezen túlmenően arra is rákérdezőnk ennél a részterületnél, hogy mennyire konfliktusosak a páciens iskolai/munkahelyi kapcsolatai?
  - *Intim kapcsolatok és szexualitás (Intimate relations and sexuality)*. Képes-e a személy tartós párkapcsolat kialakítására, amelyben a gyengédség és a szexuális vágy integráltan jelenik meg? A skála méri a szexuális gátlásokat és a promiszkuus viselkedést is, amennyiben az az intimitás elkerülését szolgálja.
  - *Kapcsolatokba való bevonódás (Internal investments in others)*. Ez a részterület a kapcsolatokról kialakított belső munkamodellt vizsgálja. Milyen a kapcsolatok érzelmi minősége? Képes-e a személy empátiára és kölcsönösségre, vagy kapcsolatait az énközpontúság, az unalom (a másik iránti érdeklődés gyors elvesztése), és a szükségletkielégítő viszonyulás jellemzi? Például a másikat csak addig tartja fontosnak, amíg az valamilyen funkciót lát el számára. A szükségletkielégítő kapcsolati mód a nárcisztikus és borderline patológia erős jelzője.
3. *Elhárítások (Defenses)*. A Kernberg-modell egyik alapköve a primitív (hasításon alapuló) és az érett (elfojtáson alapuló) elhárítások megkülönböztetése. A stresszhelyzetekre és belső konfliktusokra adott reakciókat ennek megfelelően két, a működésmód érettsége mentén élesen elkülönülő skála vizsgálja.
- *Archaikus, „primitív” elhárítások (Lower-level, „primitive” defenses)*. Uralják-e a személy működését a hasításon alapuló mechanizmusok? Ide tartozik többek között a mélyen bizalmatlan, szenzitív-paranoid beállítódás, a primitív idealizáció és leértékelés (hirtelen váltások a másik megítélésében), a szélsőséges, fekete-fehér gondolkodás, a felelősségelhárító, externalizáló attitűd vagy az omnipotens fantáziák. A magas pontszám a realitásészlelés torzítását és a borderline szerveződést jelzi.
  - *Érett elhárítások – Megküzdés vs. rugalmatlanság (Higher-level defenses – coping vs. rigidity)*. Képes-e a személy adaptív módon kezelni a nehézségeket? Olyan területeket mérünk itt fel, mint például az anticipáció (előre tervezés), a szuppresszió (a problémák tudatos, átmeneti félretétele a funkcionálás érdekében), a rugalmasság, vagy a perfekcionizmus. A magasabb pontszám itt is az alacsonyabb működési színvonal, a rigid megküzdés jelzése.
4. *Agresszió (Aggression)*. A DSM-5 kritériumrendszeréből gyakran kimaradó, de a pszichodinamikus diagnosztikában kulcsfontosságú dimenzió. Ez a domén a destruktív és öndestruktív impul-

zusok megnyilvánulási formáit, illetve az azok feletti kontrollt vizsgálja. Két alskálája van:

- *Önmaga felé fordított agresszió (Self-directed aggression)*. Nemcsak a nyílt önsértést és szuicid kísérleteket méri, hanem a rejtettebb, krónikus formákat is. Idetartozik az önelhanyagolás (egészségügyi problémák ignorálása), a kockázatkereső viselkedés (például védekezés nélküli szex, gyorsajtás), valamint az evészavarok és a szerhasználat öndesztuktív aspektusai.
  - *Mások felé fordított agresszió és ellenségesség (Other-directed aggression and hostility)*. A dühkitörések és fizikai agresszió mellett vizsgálja a szubtilisabb jeleket is: az irigységet, a bosszúvágyat vagy a szadisztikus örömet mások szenvedése felett. Ez utóbbiak különösen a rosszindulatú nárcizmus és antiszociális tendenciák differenciáldiagnosztikájában fontosak.
5. *Morális értékek (Moral Values)*. Ez a részterület a felettes-én működését térképezi fel, azt vizsgálja, mennyire internalizált a személy értékrendje. Például képes-e a személy büntudatot érezni, ha

másoknak árt, és törekszik-e a jóvátételre? Vagy viselkedését kizárólag a lebukástól való félelem (külső kontroll) szabályozza? Jellemző-e a személyre a hazugság, a csalás, a korrupció vagy mások manipulálása személyes haszonszerzés céljából? Folytat-e illegális tevékenységeket? A morális gátlások hiánya a patológiás nárcizmus és az antiszociális tendenciák fontos jelzője, amely prognosztikus faktor a pszichoterápia kimenetele szempontjából.

+1 *Nárcizmus (Narcissism)*. Ez a skála a STIPO-R egyik módszertani újítása: nem önálló kérdéscsoportként jelenik meg az interjúban, hanem a fenti öt domén specifikus kérdéseiből származtatott dimenzió. Figyelembe veszi többek között a grandiozitást, illetve a csodálatigényt (az Identitás doménből), az én-közponúságot, vagy a kapcsolatok nyereségalapú szemléletét (a Tárgykapcsolat doménből), továbbá néhány primitív elhárítási formát, vagy a kizsákmányoló attitűdöt (a Morális értékek doménből). Ez a skála lehetővé teszi a patológiás nárcizmus súlyosságának mérését a személyiség szerveződés szintjétől (borderline vagy neurotikus) függetlenül is.

<b>1. rész: Identitás – 15 ítem</b>
Energiabefektetési képesség (munka/tanulmányok és rekreáció terén) – 4 ítem (1–4)
Szelfélmény – koherencia és folytonosság – 7 ítem (5–11)
Tárgyrepresentáció, jelentős mások reprezentációja – 4 ítem (12–15)
<b>2. rész: Tárgykapcsolatok – 15 ítem</b>
Interperszonális kapcsolatok / Barátságok – 4 ítem (16–19)
Intim kapcsolatok és szexualitás – 5 ítem (20–24)
Kapcsolatokba való bevonódás / A kapcsolatok belső munkamodellje – 6 ítem (25–30)
<b>3. rész: Elhárítások – 10 ítem</b>
Archaikus, „primitív” elhárítások – 6 ítem (31–36)
Érett elhárítások – 4 ítem (37–40)
<b>4. rész: Agresszió – 9 ítem</b>
Önmaga felé fordított agresszió – 4 ítem (41–44)
Mások felé fordított agresszió – 5 ítem (45–49)
<b>5. rész: Morális értékek – 6 ítem</b>
A büntudat élménye; morális és immorális viselkedés – 6 ítem (50–55)

2. táblázat. A STIPO-R részterületei az adott területet vizsgáló ítemek számával, valamint zárójelben azok sorszámaival.

### 2.3. Pontozási rendszer és kiértékelés

A STIPO-R értékelési módszertana kettős rendszert alkalmaz, amely biztosítja a diagnózis finomhangolását és a személyiségműködés árnyalt feltérképezését. Az értékelés első szintje az *item-szintű pontozás*, ahol a vizsgáló minden egyes kérdésre – a válasz tartalma és minősége alapján – 0-tól 2-ig terjedő

értéket ad. Ezt a folyamatot közvetlenül támogatja, hogy maga az interjúprotokoll szöveggönyve is tartalmazza a pontozást segítő szempontokat: a kérdésblokkok végén konkrét, szöveges leírások találhatóak a 0, 1 és 2 pontos értékekhez, így a klinikusnak nem kell külön dokumentumból kikeresnie a kritériumokat az interjú közben. E skálán a 0 pontszám a patológia hiányát, vagyis az ép, adaptív funk-

cionálást jelöli. Az 1-es érték az enyhe vagy közepes mértékű, illetve időszakos problémákra utal, míg a 2-es pontszám a súlyos, pervazív patológiát, a funkció teljes hiányát vagy jelentős torzulását jelzi. Alább bemutatunk egy konkrét példát is. Az interjú 3. kérdése (mely egyébként a Nácizmus-skálának is részét képezi) így hangzik:

*Élvezi a munkáját? Elmondható, hogy a munka elégedettséggel tölti el? Meg tud élni elégedettséget, büszkeséget, ha jól végzi a munkáját?*

A pontozást segítő szempontok (több szempont esetén nem szükséges mindegyik együttes fennállása):

*0 = A munka egyértelműen elégedettség és öröm forrása.*

*1 = Valamennyire elégedetlen a munka terén; valamennyi elégedettséget/gratifikációt biztosít a számára; a munkából minimális öröme származik; a munkát lehet, hogy „csak egy eszköznek” látja, kevés intrinzik motiválóerővel, vagy hogy csodálatot váltson ki.*

*2 = Jelentős vagy súlyos és/vagy krónikus elégedetlenség a munkával szemben; kevés vagy teljesen hiányzó gratifikáció/elégedettség/öröm a munka terén; neheztelést érez, hogy dolgoznia kell; a munkát kizárólag „csak eszközként” látja, vagy egy elvárásnak, aminek meg kell felelni; a munka kizárólag a nárcisztikus gratifikáció eszköze.*

*9 = Nincs meghatározó munkavégzés az elmúlt 5 évben – kérdés átugorva*

Az értékelés második, átfogóbb szintje a *domén-szintű profilozás*. Itt a klinikus nem csupán az itemek matematikai átlagára támaszkodik, hanem az 1-től 5-ig terjedő skálán értékeli az egyes fő dimenziókat (mint az Identitás vagy az Agresszió). Fontos kiemelni, hogy ez a klinikai értékelés szigorú protokoll alapján történik: a STIPO-R pontozási űrlapja minden egyes domén és aldómén esetében részletes, kvalitatív horgonypontokat határoz meg az 1-től 5-ig terjedő skála minden egyes fokozatához. Ennek köszönhetően a vizsgáló a domén-szintű összesítést és az adatrögzítést végig egyetlen dokumentumon, magán az űrlapon végezheti el, azonnal összevetve a páciens válaszait a skála fokozataival. Ezek a szöveges leírások konkrét klinikai ismérvekkel segítik a vizsgálót a besorolásban. Ez az úgynevezett „klinikai értékelés” lehetővé teszi a vizsgáló számára, hogy figyelembe vegye a páciens nonverbális jelzéseit – például az interjú során tanúsított arroganciát, szorongást vagy távolságtartást –, valamint súlyozza a feltárt ellentmondásokat. A vizsgáló feladata tehát, hogy az item-szintű pontokat, a megfigyelt viselke-

dést és az áttételi jelenségeket integrálva kiválasztja az űrlapon szereplő horgonypontok közül azt, amelyik a leginkább leírja a páciens működését. Ezen a skálán az 1-es érték az egészséges, illetve neurotikus tartományt, míg az 5-ös érték a legsúlyosabb, alacsony szintű borderline szerveződést reprezentálja. Itt is mutatunk egy konkrét példát, az Energiabefektetési képesség klinikai értékelését az alábbi szempontok segítik:

*1 = Mély, tartós és folyamatos bevonódás munka/tanulmányok ÉS szabadidő tevékenység terén.*

*2 = Mély, tartós és folyamatos bevonódás munka/tanulmányok VAGY szabadidő tevékenység terén, miközben valamelyest felszínes a másik területen.*

*3 = A bevonódás nélkülözi a mélységet, nem konzisztens vagy felszínes a munka/tanulmányok és szabadidős tevékenységek terén; az egyik területen lehet nagyobb energiabefektetés, VAGY látható energiabefektetés, amit azonban a nárcisztikus gratifikáció iránti igény motivál.*

*4 = Minimális energiabefektetés a munkába/tanulmányokba vagy szabadidős tevékenységekbe.*

*5 = Nincs energiabefektetés a munkába/tanulmányokba vagy szabadidős tevékenységekbe.*

Az így kapott pontszámokból rajzolható ki a páciens egyéni strukturális profilja, amely vizuálisan is megjeleníti a személyiség erősségeit és deficiteit, közvetlen támpontot nyújtva a terápiás fókusz kijelöléséhez. (Erre példát lehet látni a cikk második részében.)

Mint arra fentebb már utaltunk, az eredeti strukturális interjú idején a klinikai értékelés még csupán a neurotikus és a borderline (valamint pszichotikus) fő szerveződési szintek elkülönítésére szorítkozott, ezen kategóriákon belüli további finom differenciálás nélkül. Az elmélet és a diagnosztika későbbi fejlődésével azonban ez a kép jóval árnyaltabbá vált. A STIPO-R által kapott profil alapján a páciens ma már sokkal pontosabban besorolható a személyiségszerveződés valamely specifikus szintjére. (1) A *normál* szerveződést integrált, mély és stabil identitás, érett elhárítások, stabil és kölcsönös tárgyakapcsolatok, valamint internalizált morális értékek jellemzik. A korábban egységesként kezelt neurotikus tartomány immár két szintre bontható. (2) A *Neurotikus 1* szinten az identitás továbbra is teljesen integrált és szilárd, a patológia csupán a tárgyakapcsolatok vagy elhárítások területén megjelenő enyhe rigiditásban vagy konfliktusokban érhető tetten. (3) A *Neurotikus 2* szinten az identitás bár integrált (nincs identitásdiffúzió), de a szelf- és tárgyélményben már megjelenik a felszínesség vagy az elköteleződés ingadozása, a tárgyakapcsolatokat

és elhárításokat pedig kifejezettebb, közepes szintű diszfunkció jellemezheti.

Hasonlóképpen, a borderline spektrumon belül a STIPO-R a korábbi egyetlen kategória helyett további differenciálást tesz lehetővé: (4) a *magas szintű borderline (Borderline 1)* szerveződésnél enyhe identitásdiffúzió és változó tárgykapcsolatok mellett még jó szociális adaptáció tapasztalható. (5) A *közepes szintet (Borderline 2)* már kifejezett identitásdiffúzió, a primitív elhárítások dominanciája és instabil kapcsolatok jellemzik. (6) A *legsúlyosabb, alacsony szintű szerveződésnél (Borderline 3)* pedig súlyos identitásdiffúzió, kontrollálatlan agresszió, a morális gátlások hiánya és kaotikus életvitel figyelhető meg. (Lásd 3. táblázat.)

Fontos módszertani sajátosság, hogy bár Kernberg elméleti modellje és az eredeti strukturális interjú a pszichotikus szintet is önálló kategóriaként kezeli, a STIPO-R ezt a struktúrát már nem méri és nem dimenzionálja. A mérőeszköz fókuszában a megtartott realitáskontrollal rendelkező páciensek finomabb differenciálása áll. Ennek megfelelően a STIPO-R a realitásészlelést már nem pontozza külön doménként, és a kapható legsúlyosabb profil-érték (az 5-ös pontszám) a Borderline 3 szintnek felel meg. Nyilvánvaló pszichózis, akut téveszmék vagy a realitáskontroll tartós elvesztése esetén a STIPO-R felvétele eleve nem indikált, mivel az interjú feszültségkeltő dinamikája ilyen esetekben állapotromláshoz vezethetne.

	Normál, érett	Neurotikus 1	Neurotikus 2	Magas szinten	Közepes funkcionáló	Alacsony borderline
	személyiségsszerveződés					
<b>Identitás</b>	1	1	2	3	4	5
					(3-5)	(4-5)
<b>Tárgykapcsolatok minősége</b>	1	2	3	3	4	5
		(1-2)	(2-3)	(2-4)	(3-5)	(4-5)
<b>Elhárítás</b>	1	2	2	3	4	5
		(2-3)	(2-3)		(4-5)	(4-5)
<b>Agresszió</b>	1	2	2	3	4	5
		(1-3)	(1-3)	(2-3)	(3-4)	(4-5)
<b>Morális értékek</b>	1	2	3	3	3	5
		(1-2)	(2-3)	(2-3)	(3-4)	(4-5)

3. táblázat. A STIPO-R dimenzionális értékpontjai a személyiségsszerveződés szintjei szerint, 2021-ben frissítve.

A fentebb részletezett dimenzionális profilozás lehetővé teszi a differenciált terápiás indikáció felállítását. Míg a neurotikus és magas szintű borderline szerveződésű páciensek jellemzően jól profitálnak a kevésbé strukturált, feltáró jellegű terápiákból, addig az alacsony szintű szerveződés strukturáltabb, a keretekre nagyobb hangsúlyt helyező megközelítést igényel, amilyen például az áttételfókuszú pszichoterápia (TFP) (Doering, 2020). Az interjú így nem csupán a diagnosztikus besorolást segíti, hanem a terápiatervezéshez és a prognózis megítéléséhez is támpontokat nyújt.

Összegzésképpen a STIPO-R alapján felállított klinikai vélemény a számszerűsített eredmények és a minőségi megfigyelések integrációja. A leletben jellemzően nem az item-szintű pontokat, hanem

az 1-től 5-ig terjedő domén-értékeket, valamint az ezekből kirajzolódó strukturális profilt és a személyiségsszerveződés végső szintjét (pl. magas szintű borderline) tüntetjük fel. Ez a strukturális diagnózis közvetlenül illeszkedik a DSM-5 AMPD és a BNO-11 dimenzionális rendszereihez. Az Identitás és Tárgykapcsolatok domének pontszámai pontosan lefedik ezen rendszerek funkcionális károsodásra vonatkozó kritériumait (szelf- és interperszonális funkciók romlása). Ahogy a cikk második részének esetvignettája is szemlélteti, a STIPO-R összegző véleménye feltárja a tüneti felszín mögötti deficitet, és a kapott profil alapján egzakt módon meghatározza a személyiségzavar BNO-11/DSM-5 szerinti súlyossági fokát, egyértelmű támpontot nyújtva a célzott terápiás beavatkozáshoz.

### 3. ÖSSZEGZÉS ÉS MEGVITATÁS

#### 3.1. A strukturális diagnosztika és a modern osztályozó rendszerek integrációja

A személyiségzavarok diagnosztikájában lezajló paradigmaváltás (DSM-5 AMPD, BNO-11) a patológia dimenzionális, funkcióalapú megközelítését helyezte előtérbe. Tanulmányunk első részében bemutattuk, hogy a STIPO-R interjú hogyan kínál ehhez pszichodinamikusan megalapozott, mégis empirikusan tesztelhető és standardizált módszertant. A Kernberg-féle személyiségsszerveződési szintek (normál, neurotikus, borderline, pszichotikus), valamint az öt fő domén (Identitás, Tárgykapsolatok, Elhárítások, Agresszió, Morális értékek) mentén történő strukturális profilozás nemcsak a diagnosztikus besorolást finomítja, hanem a felszíni tünetek mögött meghúzódó intrapszichés dinamikát is feltárja. A kettős (item- és domén-szintű) pontozási rendszer biztosítja a klinikai megfigyelések és a kvantitatív adatok integrációját, ezáltal megbízható alapot nyújtva a mélylélektani diagnózis felállításához.

#### 3.2. Klinikai alkalmazás

Bár az elméleti keretek és a módszertani protokoll ismerete elengedhetetlen, a STIPO-R valódi diagnosztikus ereje a konkrét klinikai interakcióban, az „itt és most” tapasztalatában mutatkozik meg. Mivel a strukturális interjú nem csupán információt gyűjt, hanem a vizsgáló aktív részvételével a páciens teherbírását, inkongruenciáit és áttételi reakcióit is teszteli, alkalmazása komoly klinikai rutint és a pszichodinamikus folyamatok értését igényli.

Annak érdekében, hogy a módszer mindennapi alkalmazhatóságát és terápiás hasznát bemutassuk, következő tanulmányunkban a STIPO-R gyakorlati használatára fókuszálunk. Egy magasan funkcionáló borderline személyiségsszerveződésű páciens kompozit esetvignettáján keresztül lépésről lépésre demonstráljuk majd az interjú felvételének dinamikáját, a domén-szintű profilozás folyamatát, valamint a kapott strukturális diagnózis terápiás indikációkra gyakorolt hatását. Az esetpélda gyakorlati kontextusba helyezi a jelen cikkben bemutatott elméleti fogalmakat, és részletesen szemlélteti, hogyan képes a STIPO-R megragadni a megtartott szociális funkcionálás mögött rejlő identitásdiffúziót és archaikus elhárításokat, ezáltal hidat képezve a strukturális elmélet és a klinikai gyakorlat között.

## *STRUCTURAL DIAGNOSIS OF PERSONALITY ORGANISATION IN CLINICAL PRACTICE, PART I. A THEORETICAL AND METHODOLOGICAL OVERVIEW OF THE STIPO-R INTERVIEW*

*The diagnosis of personality disorders is currently undergoing a significant paradigm shift, moving from symptom-based, categorical classification toward a functional, dimensional approach (DSM-5 AMPD, ICD-11). The aim of this methodological study is to present the Structured Interview of Personality Organization – Revised (STIPO-R), which is currently being adapted for use in Hungary and measures the main dimensions of Kernberg’s object relations theory in an operationalized manner. The tool thus not only aids in depth psychological understanding but also directly supports modern, descriptive diagnostic decision-making through the structural profile it provides. The first part of our two-part study describes in detail the theoretical background and composition of the assessment tool. It presents the five main subdomains examined (identity, object relations, defences, aggression, moral values), as well as the specific psychodynamic techniques of interview administration (clarification, confrontation). We describe the instrument’s dual scoring system: item-level coding ranging from 0 to 2, and domain-level clinical profiling ranging from 1 to 5, based on qualitative anchor points. The STIPO-R’s dimensional profile allows for the reliable differentiation of normal, neurotic (1–2), and high-, medium-, and low-level borderline (1–3) personality structures, directly aligning with the criteria for functional impairment in modern classification systems. The method bridges the gap between psychoanalytic theory and empirical psychiatry. The second part of our study will illustrate the tool’s*

*everyday clinical applicability, the interpretation of results, and its role in differentiated therapeutic indications in a practical context through a composite case vignette of a patient with a high-functioning borderline personality organization.*

*Keywords: STIPO-R, personality organization, structural diagnosis, dimensional model, borderline personality disorder*

## Hivatkozott irodalom

- American Psychiatric Association. (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bender, D. S., Morey, L. C., Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., Kernberg, O. F. (2007): *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf> utolsó hozzáférés: 2025. 12. 08.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., Kernberg, O. F. (2016): *Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPO-R.pdf> utolsó hozzáférés: 2025. 12. 08.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., Kernberg, O. F. (2021): *Manual for the Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPORmanual.July2021.pdf> utolsó hozzáférés: 2025. 12. 08.
- Doering, S. (2020): *Áttétel fókuszú pszichoterápia (TFP)*. Budapest, Oriold és Társai.
- Kernberg, O. F. (1981): Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(2), 169–195. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30944-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30944-4)
- Kernberg, O. F. (1984): *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1988): Object relations theory in clinical practice. *The Psychoanalytic Quarterly*, 57(4), 481–504. <https://doi.org/10.1080/21674086.1988.11927218>
- Kernberg, O. F., Caligor, E. (2005): A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (szerk.): *Major theories of personality disorder* (2nd ed.). New York, Guilford Press, 114–156.
- Kiss T. C., Rubovszky Gy. Zs., Demetrovics Zs., Szabó R. V., Láng A. (közlés alatt): The distinct roles of assessment method and theoretical framework in predicting functional impairment and alcohol use. (Közlésre benyújtott kézirat).
- Láng A., Birkás B. (2023): A Személyiségműködés Színvonal – Rövid Változat 2.0 kérdőív magyar változatának (LPFS-BF 2.0 H) pszichometriai jellemzői egyetemista mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 24(2), 100–112. <https://doi.org/10.1556/0406.2023.00031>
- Loranger, A.W. (1999): *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc., idézi: Clarkin és mtsai., 2007
- Preti, E., Di Pierro, R., Costantini, G., Benzi, I. M. A., De Panfilis, C., Madeddu, F. (2018): Using the Structured Interview of Personality Organization for DSM–5 Level of personality functioning rating performed by inexperienced raters. *Journal of Personality Assessment*, 102(1), 60–70. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1448985>
- World Health Organization. (2019): *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

*A szerzők elérhetősége:  
Kiss Tibor Cece  
kiss.tibor.cece@pte.hu*

*Láng András  
lang.andras@pte.hu*

## BEVONÁS ÉS BEVONÓDÁS KOCKÁZATAI A TERÁPIÁS KAPCSOLAT TESTI DIMENZIÓJÁBAN

Szemerey Márton

*Miközben a test mindig része a terápiás helyzetnek, a hozzá való viszonyulás felettébb sokféle lehet. Néha fontos szerepet kap a változások elérésében, máskor szinte teljesen észrevétlen marad. A test tudatos megszólítása nagyban gazdagítja a segítő kapcsolatban kibontakozó munkát, ám nem feltétlenül jár káros következményekkel az sem, ha időnként a figyelem perifériájára szorul. Azonban a viszonyulás e két szélsőértéke egyaránt hordoz kockázatokat. Ezekre összpontosítva a tanulmány célja néhány olyan terápiás alaphelyzet áttekintése, amelyekben valamilyen módon teherré vagy akadállyá válik a testi élményvilág egyes részeinek felerősítése vagy felerősödése. Ehhez egyfelől megvizsgálom, hogy milyen kockázatokat rejt magában a test célzott bevonása a testtudatosságot, mozgást, légzést, érintést stb. használó intervenciós technikák révén. Másfelől foglalkozok a test nem tudatosan történő bevonódásának veszélyeivel, amikor a szomatikus viszontáttétel vagy egyéb dinamikai történések részeként a kliens vagy a segítő teste a disszociáció és a traumatizáció irányába mutató változások vagy más problémák színterévé lesz. Megemlítem továbbá a test-orientált munkamód különböző kontraindikációit. Az így érintett résztémák összességében azt is segítik körvonalazni, hogy milyen feltételek mellett tud megvalósulni a test biztonságos, szakszerű bevonása a terápiás folyamatba, és milyen tényezők segítik leginkább a bevonódás kockázatainak enyhítését.*

*Kulcsszavak: test – autonóm idegrendszer – disszociáció – trauma – érzelemszabályozás*

A test szerepét nem mindig könnyű kijelölni a segítő kapcsolatban. A terapeuta személyes tapasztalata és szakmai álláspontja, valamint az általa képviselt módszerek szemléletmódja egyaránt jelentős mértékben befolyásolják viszonyulását a terápiás folyamatban lejátszódó történések testi vonatkozásaihoz. Akár a saját testéről, akár a klienséről van szó, a terápiás helyzettel összefüggésben jelentkezhetnek szokatlan testérzetek, mozgásimpulzusok, a tartás, a légzés, a tekintet vagy a hangszín módosulásai, nem beszélve a szomatizációs jelenségek változatos formáiról. A fentebb említett tényezőkkel szoros összefüggésben előfordul, hogy e sokféle testi jelzés egyáltalán nem,

vagy csak elenyésző mértékben tudatosul. Máskor észrevételre kerül, becsatornázódik a közös munkába, együttes reflexió tárgya lesz, jelentést nyer. Bármelyik esetről legyen is szó, a testi élménysík nem kellően körültekintő felerősítése vagy kontrollálatlanul maradó felerősödése kockázatok és sérülések forrása lehet, amelyek csak komoly odafigyeléssel küszöbölhetők ki vagy fordíthatók a terápiás folyamat javára. Mielőtt ennek részleteire rátérnék, az alábbiakban elsőként két olyan fogalmat kell tisztázni, amelyek révén a segítő kapcsolat testi mozzanatai jobban lehorgonyozhatók a klinikai pszichológia nyelvezetének és gondolkodásmódjának talajára.

## BEVONÁS ÉS BEVONÓDÁS

A tanulmányban a *bevonás* szóval utalok azokra helyzetekre, amelyek során kísérlet történik a test célzott bevonására a terápiás ülésen zajló munkába erre kialakított intervenciós eszközök alkalmazásával. A bevonásról való gondolkodáshoz kiindulópontként szolgál számomra a test-orientált pszichoterápia gyakorlata, amely a testtudatosság, a mozgás, a légzés, a hangadás és az érintés szerepét hangsúlyozó pszichoterapiás módszerek egy csoportjából áll. E módszerek, amelyek sokszínű együttesére összefoglalóan a szomato-pszichoterápia vagy a testpszichoterápia nevekkel utalunk, szerteágazó történetük, változatos elméleti hátterük és a test-orientált munkamód súlypontjainak eltérései mentén válnak el egymástól. Ugyanakkor közös bennük a következő bekezdésben megemlített testi technikák egyik vagy másik csoportjának kitüntetett szerepe a terápiás folyamatokban (Heller 2012, Geuter 2015, Marlock és Weiss 2015, Totton 2015). Habár a test-orientált pszichoterápia kiemelt jelentőséget tulajdonít a testnek, fontos hangsúlyozni, hogy az ember fizikai létmódjából adódóan a test mindig résztvevője a terápiás helyzetnek, és ennek megfelelően a szomatikus intervenciók valamely formája szinte minden pszichoterapiás iskolában azonosítható. Így a pánikbetegség kognitív viselkedésterápiájában nem csupán a testi jelenségek katasztrófizáló értelmezésének korrekciója történik, de a szorongásmenedzselés részeként izomcsoportok ellazítására és légzéstréningre is sor kerülhet, az interoceptív expozícióhoz pedig használható többek között a hiperventiláció, a beteg forgószékre ültetése, a levegő akarattalagos visszatartása, valamint fizikai erőfelfejtést igénylő gyakorlatok (Mórotz 2010). Az is ismeretes, hogy a pszichodráma színpadán a szerepfejlődés folyamatának részeként időnként fontossá válik a testi gesztusokat is magába foglaló „acting out, agresszió kiélés, üvöltés, érintés” (Goda 2016, 29. o.). Hasonlóképpen a pszichoanalitikus terápiában érzékeny figyelem övezi azt a gazdagon árnyalt élményanyagot, amelynek forrása a test megjelenése a kliens és a terapeuta önmagukról és egymásról alkotott fantáziáiban, álmaiban és a közöttük felépülő sokrétű kapcsolati dinamikában (Szili 2010, Erdélyi 2013). Számos további példa volna említhető, azonban talán ennyi is elegendő annak szemléltetésére, hogy a test megszólítására irányuló intervenciók vizsgálatakor nem célszerű a szomato-pszichoterapiás módszerekre szorítkozni. Amennyire a keretek engedik, igyekszem ezt a tág nézőpontot érvényesíteni a tanulmányban.

A különböző módszerekhez köthető test-fókuszú beavatkozásoknak mostanára többféle osztályozása is kialakult. Gyakorlati szempontból a bevonásra használatos eljárások némi túlegyszerűsítéssel a figyelmi, a mozgásos és az érintéses technikák három nagy csoportjába sorolhatók (Szemerey, 2023). A figyelmi technikák körébe tartozik minden olyan testtudati technika, amely a figyelmet ráirányítja a saját testben zajló folyamatokra és a testből származó benyomásokra, a kapcsolatban résztvevő másik személy testére, vagy az interszubjektív dimenzió testi történéseire. A mozgásos technikák a különféle szabad és strukturált mozgásformák igen változatos együttesét fedik le, amelyek között az érzelemkifejező taglejtésektől a légzésgyakorlatokon át az izomtónushoz kapcsolódó műveletekig számtalan variáns megtalálható. Az érintéses technikák a felületi érintéstől a mélyszöveti masszázsig terjedő széles spektrumon helyezkednek el, seregnyi intervenciótípust felölelve az önérintéstől az egyirányú érintésen át a kölcsönös érintésig. Természetesen nem ritka a kevert intervenciós helyzet, amelyben egyszerre vagy közvetlen egymásutániségben jelenik meg a három technikatípus közül több is, azonban a tanulmány témájára nézve ez mellékes tényezőnek tekinthető.

A bevonás tudatos megfontolás alapján megválasztott eljárásaival szemben *bevonódásként* hivatkozom minden olyan esetre, amikor önkéntelen testi reakciók jelentkeznek a terápiás ülés során, a terápiás munkával összefüggésben. Ezek lényegében az autonóm idegrendszer működésével, mindenekelőtt az arousal-szint elmozdulásával kapcsolatos válaszok, amelyek folyamatosan kísérik a kapcsolati történéseket, de többnyire nem tudatosulnak. Egy részük külső szemmel is megfigyelhető, például a légzés, a bőrpír, a pupillatágulat és az izomtónus bizonyos változásai, a verejtékezés, a reszketés vagy egy-egy mozdulatkezdemény megjelenése, valamint a spontán önérintés eltérő módjai. Ezekhez képest elsősorban a belső érzékelés számára hozzáférhetők az émelygés, hányinger és más zsigeri válaszok, a fájdalmak, görcsök, enyhe remegések és egyéb szokatlan testérzetek többsége, a fülcengés, a látótérkiesés és az észlelés más módosulásai, az alacsony intenzitású mozgásimpulzusok és hasonlók. Tulajdonképpen az ilyenfajta nem akarattalagos, autonóm idegrendszeri eredetű válaszok alcsoportját képezi a szomatoform disszociatív tünetek sajátos együttese, amelyeket kiemelt terápiás jelentőségük miatt érdemes külön megemlíteni a bevonódás gyakori példái

között (van der Hart és mtsai 2024). A disszociáció felerősödésével párhuzamosan időnként külső szemmel is látható például a tekintet kiüresedése és a szemkontaktus megritkulása, a beszéd és a mozgás meglassulása és töredezetté válása, az arcjáték és a gesztikulálás élénkségének csökkenése, a reakcióidő növekedése. Ezzel szemben főként belsőleg érzékelhető változás például a részleges vagy teljes érzetkiesés egyes testtájakon, valamint a fáradtság, elnehezülés, erőtlenség, tompaság, álmoság, eltávolodás stb. fokozódó érzete.

Jól szemlélteti az elmondottakat az alábbi esetvignetta, amely egy test-orientált pszichoterápiás szemléletben megvalósuló traumafeldolgozási folyamat egyetlen rövid epizódját mutatja be.

Beverly egy traumatikus autóbalesetet követően jött el terápiába, amely során súlyosan megsérült, a sofőr pedig, aki elütötte őt, meghalt. Csak úgy volt képes beszélni a balesetről, hogy teljesen leválasztotta magát testi érzeteiről. Egy nap Beverly húsz perc késéssel érkezett a terápiás ülésre; dühös volt és ingerlékeny, panaszkodott a közlekedési dugóra, ami feltartotta. Ahogy beszélt a késésről és a dugóról, ajka remegett. Beverly gyorsan átváltott egy másik témára, amiről beszélni akart az ülésen.

Megállítottam és arra kértem, beszéljen ismét a közlekedési dugóról: „Érzékeli, hogy remegnek az ajkai, miközben beszél?” „Most, hogy felhívta rá a figyelmem, igen”, felelte. „Engedje meg ennek a finom remegésnek, hogy tegye, amit akar, adjon neki teret”, kértem. Beverly kinyújtotta a kezét és megkért, hogy fogjam meg. Ült, kezeink egymáson, és a remegés szétterjedt – az ajkáról a nyakra, a karjaira, a mellkasára, a hasára és a lábaira. Olyan volt, mintha keresztülsöpört volna rajta a remegés hulláma. Mialatt rázkódott, beszámolt képekről is, de arra kértem, hogy továbbra is összpontosítson a testérezetekre. Nagyjából tíz perc rázkódás után a vibráció megállt. Beverly lefeküdt a matracra, kezével továbbra is belekapaszkodva az enyémbé. Légzése mély volt és nyugodt; és elmesélte – könnyek között, mégis nyugodtan, a balesete történetét. Teste lágy mozgásban volt, még mindig a hullámokat követve, amelyek ritmusokba rendeződtek és ellágyultak, de már nem egy elárasztó cunami élményként jelentek meg. (Rolef Ben-Shahar 2014, 164-165. o.)

Az esetrészlet többirányú kérdésfeltevésre is alkalmat kínál a folyamat testi, érzelmi, mentális és kapcsolati vonatkozásait illetően, azonban ezen a helyen nincs mód kitérni minden részletre. Tisztán technikai oldalról közelítve az látható, hogy az ülésen a kliens testi bevonódása az egyik kulcsmozzanat (agitált állapot, remegés a száj körül), amelyet a terapeuta érzékel (figyelmi technika) és aktív jelenléttel bevonássá tud tovább alakítani. Először a kliens érzékelését irányítja rá saját testére (figyelmi technika), majd a bevonódás keretében előzőleg már megjelent remegések átmenetileg felerősödnek (mozgásos technika), amelyeket a kliens jelzése nyomán a holding funkció részeként értelmezhető testi kontaktus egészíti ki (érintéses technika). Mindeközben pozícióváltás történik (a kliens ülésből fekvő testhelyzetbe megy át), amely biztonságosabbá teszi a traumafeldolgozással összefüggő idegrendszeri és érzelmi folyamatok megélését és kísérését egyaránt. Jól látható, hogy a bevonódás és a bevonás egy kontinuum két végpontjához hasonlítható, amelyek néha együttesen, szoros összekapcsoltságban jelentkeznek, máskor pedig markánsan elkülönülnek egymástól.

A fenti példa egyéni terápiás helyzetet ábrázol, aminek kapcsán megjegyzendő, hogy az egyéni üléseken a bevonódás viszonylag általános jelenség, ugyanakkor a bevonás módja és mértéke erősen függ a segítő szakember által képviselt módszerek elméleti keretétől és az erre szolgáló technikai repertoár kidolgozottságának fokától. Ugyanez elmondható a csoportterápiás helyzetekről, ahol a csoportfolyamat intenzitása miatt a csoporttagok bevonódása az egyéni különbségekkel együtt is gyakran megtörténik, és ez olykor fontos szerepet játszik a csoportalkalmak dinamizálásában. A bevonás csoporthelyzetben szintén a vezető(k) és a választott módszer szemléletének függvénye. Távtérápiás helyzetben leginkább a bevonódás feltételei adottak, bár a nyilvánvaló korlátokat figyelembe véve bizonyos test-orientált intervenciókkal ilyen elrendezésben is van lehetőség a bevonásra (Eve 2022). A továbbiakban megfogalmazott észrevételek elsősorban személyes jelenléttel zajló egyéni ülések tapasztalataira épülnek, azonban legtöbbjük érvényessége nem vész el a pár-, család- és csoportterápiás elrendezések esetében sem.

### HÁROM ALAPESET

Az eddig elmondottak alapján három alapeset körvonalazódik, amelyeket érdemes röviden áttekinteni a testi síkon történő bevonás és a bevonódás kockázatait keresve: 1) amikor a terapeuta aktívan bevonja a kliens testét a folyamatba, 2) amikor a kliens teste bevonódik a folyamatba, és 3) amikor a terapeuta teste bevonódik a folyamatba. (A pszichoterápiás szakirodalom ismeri azt a helyzetet is, amikor többnyire előre nem egyeztetett módon, közvetlen fizikai kontaktuskeresés útján a kliens kezdeményezi a segítő testének bevonását a folyamatba. E sajátos és meglehetősen összetett szituáció taglalásától azonban a terjedelmi korlátok miatt itt eltekintek.)

#### ***1. Amikor a terapeuta aktívan bevonja a kliens testét a folyamatba***

A bevonás alább ismertetett problémás esetei tematikus hasonlóság alapján három típusba sorolhatók: beszélhetünk befejezetlen, túlterhelő és irányítévesztő intervenciókról. Mivel a bevonásra használatos eljárások jelentős része test-orientált pszichoterápiás módszerekben kerül alkalmazásra, amelyek ismertsége hazánkban mérsékeltnek mondható, megeshet, hogy némelyik leírás idegennek hat az olvasó számára. Ezért az egyes típusok bemutatását rövid példák teszik szemléletesebbé. A felsorolt példák semmiképp sem ölelik fel az összes lehetséges helyzetet, azonban sokféleségükkel így is érzékeltetik, hogy mennyire eltérő területeken képes megjelenni a bevonás egyik vagy másik kockázatos formája.

*A befejezetlen bevonás:* A test bevonása történhet megalapozatlan és felemás módon, amikor adott helyzetben nincs valódi szakmai indoka egy ilyen technika felajánlásának, vagy az intervenció illeszkedik ugyan a körülményekhez, azonban a kivitelezés befejezetlen és hiányos marad. Főként olyan momentumokról van szó, amelyekben a test ötletszerűen, tanácstalanságból vagy akár egyszerűen a betanult protokollok mentén kerül bevonásra. A test bevonását célzó technikák többségénél a segítő nyugodt és természetes jelenléte elengedhetetlen a kliens biztonságérzetéhez, ezért az ilyenkor megjelenő esetlegesség és határozatlanság sokszor a bizonytalan kísérletezés jellegét kölcsönzi az intervenciónak. Az ilyen próbálkozás gyakorta zavart szenved, ellenállást vált ki, a figyelem elkalandozik, a folyamat félbeszakad és végül a remélt hatás nem jön létre. A felszínes, nyugtalan vagy sietős mun-

kamód ezenfelül jelentősen megnehezíti az intervenció révén megszólított belső tartalmak verbális megmunkálását és integrációját is. Összességében azt lehet mondani, hogy az ilyenfajta intervencióval a test bevonása legtöbbször elkezdődik, de végsősoron nem tud a maga teljességében kibontakozni, és általában a történetekre való reflektálás sem egyszerű feladat. Például könnyen ilyen helyzetté válhat, amikor a kliens figyelme csupán futólag, mintegy mellékesen kerül ráirányításra saját testére, és az összetettebb interoceptív ingerek megfigyelésének idői feltételei nincsenek biztosítva. A befejezetlenség egy másik formájában lezajlik egy testtudatosági gyakorlat, ám a rajta keresztül nyert észleletek és benyomások nem képezik alaposabb verbális reflexió tárgyát a gyakorlatot követően. Némi rokonságot mutatnak ezzel azok az intervenciók, amelyek során a figyelem bizonyos mozgásos technikák kivitelezésére összpontosul, ám az eközben formálódó belső élmény érdemben nincs átbeszélve az akciófázis lezárulta után, és a kliens az esetlegesen felmerülő kérdésekre sem kap választ. Az így kivitelezett bevonás számos lehetséges negatív hatása között említhető a testi munkamód iránti nyitottság csökkenése, valamint tágabb értelemben a segítő szakértelmének megkérdőjelezése és a segítő kapcsolatba vetett bizalom gyengülése. A magyarázat nélkül maradt, zavart keltő vagy hiányérzetet hátra hagyó intervenciók emellett felerősíthetik a kulturálisan eleve meglévő tendenciát a testtől való elfordulásra, a testélmény lehasítására.

*A túlterhelő bevonás:* A bevonás fokozottan kockázatos módját képviselik azok az intervenciók, amelyek a kliens számára túlságosan intenzív testi állapotokat, érzelmi átéléseket vagy gondolati tartalmakat provokálnak. Példaként említhető egyfelől a katartikus-expresszív munkamód nem megfelelő alkalmazása, másfelől bizonyos test-orientált technikák használata a traumafeldolgozás adott szakaszában. A katartikus megéléseket célzó eljárások különösen gyakran támaszkodnak a repetitív mozgulatok, a testi érzelmkifejezés és a hosszabb időn át folytatott intenzív légzés módosult tudatállapotot előidéző hatásaira, így esetükben a test bevonására szolgáló technikák sokszor az eszköztár szerves részét jelentik. Amennyiben mindez előkészítés nélkül, az önismereti munka túlságosan korai fázisában, jól működő érzelmszabályozási készségek hiányában, túlzott intenzitással, elégtelen mértékű utólagos stabilizációval vagy az átéltek megfelelő mélységű verbális feldolgozásának elhagyásával

történik, a túlterhelődés veszélye számottevően megnő. Ferenczi okkal tesz különbséget a katarzis terápiásan megalapozott formája, valamint „a csak átmenetileg gyógyító, töredékes indulati és emlékezeti áttörések” között (1929/1997, 81. o.).

Az elmúlt évtizedekben a traumafeldolgozásban egyre inkább elterjedté válnak a testi technikák, ami miatt két kockázatos beavatkozásra mindenképp érdemes utalni ebben a vonatkozásban. Egyrészt, nem célszerű a figyelmet idejekorán és túlságosan hosszan a saját testre irányítani olyan személyek esetében, akik belső egyensúlyukat a trauma emlékeit hordozó testélmény nagyarányú leválasztása révén tudják fenntartani. A testi érzetek és benyomások messzemenő lehasítása ilyen esetekben jellemzően azt hivatott meggátolni, hogy a traumával kapcsolatos emléknymok, amelyekkel szemben védtelennek éli meg magát a személy, elárastó és bénító módon betörjenek a tudatba (van der Kolk 2020). Ennek figyelmen kívül hagyása magában hordozza a veszélyt, hogy a testtudatosság erőltetése révén a kliens kiszolgáltatottá válik azokkal a belső tartalmakkal szemben, amelyekkel ekkor még nem tud megküzdeni. Másrészt, nem kevésbé problémás az érintés kérdése olyanoknál, akik közvetlen kontaktussal járó fizikai vagy szexuális erőszakot szenvedtek el. A nemzetközi szakma álláspontja ebben a kérdésben távolról sem egységes (Szemerey 2023). Annyi mégis elmondható, hogy bár az érintésnek ilyen esetekben is lehetnek pozitív hatásai, ezekhez viszonyítva a szoros fizikai közelség aránytalanul nagy mértékben képes megterhelni a terápiás folyamatot a kapcsolati dinamika szintjén megmutatkozó negatív reakciókon keresztül. Emiatt többek meggyőződése szerint a kliensek e csoportjánál ajánlott előnyben részesíteni a figyelmi és mozgásos technikákat, és teljességgel kerülni (Rothschild 2000), vagy kellő fokozatossággal bevezetni (Merényi 2021, Endresz és mtsai 2023) az érintés alkalmazását.

A túlterhelő bevonás kockázata elsősorban a disszociatív folyamatok felerősödése, amire a traumatizált vagy strukturális zavarral élő személyek eleve hajlamosak (Schore 2003). A nehezen vagy egyáltalán nem elviselhető ingerek, élmények és emlékmény nyomása alatt életbe lépnek a korai, kevésbé érett évnédő mechanizmusok, és ebben az állapotban a stabilizációt leszámítva terápiás munka alig lehetséges.

*Az irányítévesztő bevonás:* Az irányítévesztő bevonás lényege, hogy a választott test-orientált technika a fennálló panasz enyhítése vagy az egyéb kijelölt terápiás célok elérése ellenében hat. Például kérdé-

ses a terápiás értéke annak, ha a segítő érzelmileg labilis, fokozottan impulzív személyekkel az önszabályozás és a mentalizáció készségeinek fejlesztése helyett tartósan katartikus-expresszív munkamódban dolgozik (Geuter 2015). Az is ismeretes, hogy egyes szívpanaszoknál, valamint realitásvesztéssel járó mentális állapotokban bizonyos relaxációs technikák hozzájárulhatnak a tünetek jelentős rosszabbodásához (Bagdy és Koronkai 1988; Kanji 1997). Az irányítévesztő bevonás egy bonyolultabb esete állhat elő, amikor az idegrendszeri és érzelmi szabályozás támogatása jegyében a terapeuta a traumával vagy más zavarral összefüggően megterhelő testélménytől szenvedő személy figyelmét rendszeresen a kellemesebb, megnyugtatóbb érzeteket nyújtó testtájakra irányítja. Tény, hogy sokaknál ez valódi megkönnyebbülést hozó lépés, amely az akut helyzetben enyhíti a szenvedésnyomást és elősegíti a belső erőforrások testi elemeinek felépülését. Azonban vannak olyan kliensek, akiknél a figyelmi fókusz ilyenfajta áthelyezésére való rátanulás hosszabb távon akadályozza a hozzáférést az ismétlődően jelentkező, kellemetlen testi jelzések forrásához, a mögöttes szimbolikus tartalmakhoz és a személyes jelentések különböző rétegeihez. Egy másik buktatóra figyelmeztetnek Goetzmann és mtsai (2020), akik tapasztalata szerint pszichoszomatikus tünetképzés esetén magasfokú szimbolizációs készséggel rendelkező személyeknél a koncentrált testtudati munka elvonhatja a figyelmet a panasz hátterében gyakran meghúzódó kapcsolati konfliktusról. A négy példában mindössze annyi a közös, hogy valamely sajátos feltétel miatt a választott intervenció terápiás hatótényezőből könnyen a szenvedés fennmaradásának egyik okává válik.

## 2. Amikor a kliens teste bevonódik a folyamatba

*Bevonódás mint az implicit tartományból érkező válasz:* Ahogy a tudatos bevonásnál, úgy a kliens önkéntelen bevonódása esetében is igaz, hogy csak megfelelő körülmények között képes előmozdítani a terápiás folyamatot. Az implicit, nem-verbális, procedurális szint történései, amelyek az ülés explicit dimenziójában zajló munkát megszakítás nélkül kísérik, egyebek mellett autonóm idegrendszeri válaszok formájában mutatkoznak meg, és túlnyomórészt nem tudatosulnak. Egyik funkciójuk, hogy nem csupán az érzelmi megérintődés felerősödését mutatják, hanem bizonyos helyzetekben tudósítanak a cselekvési készség hangsúlyos változásáról is, amely előrelépést hozhat egyes témák élményszerű

átdolgozásában. Nem véletlenül, a test bevonását célzó intervenciók sokasága szolgál annak támogatására, hogy a bevonódás ilyen pillanatainak tudatossá tételével és aktív kitágításával teret kapjanak a spontán testérzetek, az önindította mozdulatok, az egykor félbemaradt gesztusok és az ezekhez kapcsolódó érzelmek, gondolatok és szavak (Levine és Frederick 2017).

A tanulmány elején olvasható esetvignettában a szokásosnál feszültebb állapotban érkező kliens szájának futó remegése volt a bevonódás azon jele, amelyben a terapeuta felismerte a lehetőséget a bevonás megkísérlésére, hogy ezáltal az élmény mélyülni tudjon. Az intervenció a leírás alapján nem volt hatástalan, azonban kockázatoktól mentesnek sem mondható. Miből gondolta a terapeuta, hogy az esetlegesen felszínre törő traumatikus emlékek már elbírhatóak lesznek Beverly számára? Hogyan állapította meg a folyamat alatt, hogy meddig célszerű hagyni a maguk természetes lefolyásában kibontakozni a kliens idegrendszeri és érzelmi reakcióit? Mi volt a feltevése a kliens részéről kezdeményezett érintés kapcsolati dinamikára kifejtett későbbi hatásait illetően? Habár a test-orientált traumafeldolgozásról rendelkezésre álló ismeretek következtetni engednek némely részletre, a szóban forgó terápiás folyamat egészére vonatkozó további információk hiányában ezekre a kérdésekre nincs mód kimerítő választ adni. Tudnunk kellene például, hogy a kiemelt ülés hányadik volt, hogy mennyi tapasztalatot szerzett a kliens érzelemszabályozó működéseiről addigra a terapeuta, milyen keretben állapodtak meg a test-orientált technikákat illetően és mekkora mértékben váltak ezek részévé az üléseiknek, mennyire tudott kialakulni a terápiás szövetség és milyen releváns tényezők vannak a kliens múltjában és jelenlegi élethelyzetében, amelyek befolyásolhatják egy ilyen, meglehetősen összetett intervenció befogadását és feldolgozását.

Behatóbb tájékozódás nélkül az idézetben szereplő konkrét terápiás helyzet biztonságos vagy veszélyes mivoltáról aligha lehetséges megalapozott állításokat tenni, azonban az imént megfogalmazott kérdések jól szemléltetik a bevonódás e formájához köthető egyik legnagyobb kockázatot. Amennyiben a terapeuta az általa észlelt bevonódást kellő óvatosság nélkül próbálja meg a különböző intervenciók technikák segítségével elmélyíteni, akaratlanul is a túlterhelő bevonás feltételeit teremtheti meg fellépésével. Ugyanakkor, mintegy a meggondolatlan bevonás ellenpontjaként érdemes megemlíteni, hogy a bevonódás egyértelmű jeleinek figyelmen kívül hagyása sem kívánatos eljárás, mivel emez a

kockázatok más fajtáit vonhatja maga után. Mi a potenciális veszteség abban, ha az ülésen Beverly hamar áttér az eredetileg tervezett témára, a száj körüli remegés alábbhagy, a közlekedési dugó okozta belső feszültség lassanként csökken és ő ismét elkerüli a szembesülést a néhai traumaélmény tudatközelbe került testi-érzelmi emléknymaival? Mi lehet a hatása annak, ha a terapeuta valamely szakmai megfontolás alapján, vagy akár a testi munkamód idegensége miatt akkor is következetesen mellőzi a visszatérően fellépő idegrendszeri jelzést, amikor okkal gondolható, hogy a közös munka nyomán a kliens már felkészült a traumaexpozíció szakaszba való belépésre? Feltehetően a poszttraumás stressz zavar tüneteinek elhúzódása, amelyek miatt a kliens eredetileg terápiába jelentkezett. Bár a túlterhelő bevonás nyilvánvalóan kerülendő irány, hosszútávon az sem tűnik előnyös stratégiának, ha a segítő nem foglalkozik a bevonódás jeleivel. Az utóbbi meglátást talán még világosabban igazolja a bevonódás alábbi két típusa.

*Bevonódás mint ellenállás:* Habár az ellenállás csak megszakításokkal kerül napjaink szakmai diskurzusainak homlokterébe, történeti szempontból a bevonódás első igazán részletekbe menő leírásai az ellenállásanalízis szakirodalmában találhatóak. Amikor Ferenczi beszámol az aktív technikákkal való kezdeti kísérletezéseiről, az ellenállást megtestesítő autoerotikus kielégülés szinte végtelen variánsait véli felfedezni páciensei akaratlan mozdulataiban és szokásszerű testi viselkedéseiben. Az onánia-ekvivalensként értelmezett „tüneti cselekmények” között említi például a combok öntudatlan egymáshoz szorítását, a lábak keresztbe tételét, egyes testrészek játékos nyomogatását és csipkedését, a testtartás nyughatatlan változtatásait, a nadrágzsebben való kotorászsát, a váratlan vizelési ingert, a tic-szerű izomrángásokat, a lábizmok remegtetését és általánosságban az „indifferens testrészek ártatlannak látszó izgatását” (Ferenczi 1919/2023, 306. o.). Az 1920-as évek második felében ezt a megközelítést viszi tovább Reich karakteranalitikus technikája, majd az 1960-as évektől ezekre az alapokra is támaszkodva Davanloo és munkatársai dolgozzák ki az elhárító mechanizmusok és az ellenállás újabb, átfogó rendszerezését (Malan és Coughlin Della Selva 2006, Abbass 2024). Az ellenállás funkcióját betöltő bevonódás egyértelműen akadályként jelenik meg ezekben a modellekben. Közös vonásuk, hogy szükségesnek látják a segítő szakember aktív szerepvállalását annak érdekében, hogy a terápiás folyamatot ne hátráltassa krónikus elakadás a maka-

csul visszatérő önkéntelen testi reakciók és tünetképzés formájában.

*Bevonódás mint a disszociáció jele:* A bevonódással összefüggő kockázatok között feltétlenül említésre szorul a súlyos lelki megrázkódtatások hatására fellépő disszociáció kérdésköre, amelyet növekvő pszichoterápiás figyelem övez az elmúlt évtizedekben (Kuritárné Szabó és mtsai 2018). Amint a tanulmány bevezető részében olvasható, a szomatoform disszociatív tünetek sajátos alcsoportot alkotnak az autonóm idegrendszeri válaszok halmazán belül (van der Hart és mtsai 2024). Akár a szimpatikus, akár a paraszimpatikus irányba lépi át az idegrendszer aktivációs szintje a személy számára még elbírható mértéket, a kognitív készségek színvonala fokozatosan romlani kezd. A toleranciaablak ekképpen megvalósuló elhagyásával a markáns érzelmi változások mellett egy sornyi testi jel is utalhat a disszociáció felerősödésére (Siegel 1999). E folyamat felismerése ugyanakkor nem mindig könnyű a külső szemlélő számára, miután előfordul, hogy a disszociáció főként a testtapasztalat és a cönesztéziás érzetek belsőleg hozzáférhető módosulásaiban jelenik meg. Emiatt érdemes áttekinteni néhány helyzetet, amelyben a bevonódás disszociatív fajtája jellemzően előáll. Egyrészt, az éretlen elhárító mechanizmusok dominanciája a személyiség működésében alkatilag hajlamosít a disszociatív állapotok átélésére. Stabilan elérhető belső erőforrások, fejlett megküzdési stratégiák és adekvát érzelemszabályozási készségek hiányában sokszor a disszociáció az egyetlen mód a stresszel való megküzdésre (Schore 2003). Másrészt, a terápiás folyamatban felszínre jövő megterhelő belső tartalmak felidézése és szavakba foglalása, valamint az eközben felmerülő érzelmek és testérzetek átélése ugyancsak alig elviselhető mértékű stressz forrásává válhat, beindítva a disszociációt. Harmadrészt, a segítő kapcsolatban lejátszódó trigger-jellegű történések szintén kiválthatnak disszociatív reakciót. Traumatizált személyek esetében nem ritka, hogy pusztán egy másik ember fizikai közelsége, egy bizonyos hangszín, zajtípus, téri elrendezés vagy ruhadarab képes felébreszteni a múltból származó szélsőséges fenyegetettség emlékét. Ami a terapeuta számára a zsebkendő odanyújtásának jószándékú, hétköznapi gesztusa, az a kliens szemszögéből lehet egy váratlan, hirtelen felé irányuló mozdulat, amely rémülettel tölti el. Ezek mindig a személy konkrét traumaélményéhez köthető egyedi motívumok, amelyek körültekintő megismerése és figyelembevétele nélkül a disszociatív bevonódás ismétlődése

és vele együtt a terápiás folyamat nagyfokú megnehezedése valószínűsíthető.

Az implicit szintről érkező válaszaként értelmezhető bevonódás esetében tehát a feladat mindenekelőtt az élmény szakszerű, nem túlterhelő elmélyítésében, kibontásában és a benne rejlő terápiás lehetőségek kiaknázásában van. Ezzel szemben, a bevonódás ellenállás-jellegű és disszociatív formáinál sokkal inkább a folyamat kontrollálatlan kiteljesedésének megakadályozása és szabályozása az elsődleges cél. Ennek hiányában az ilyenfajta bevonódás fennmarad, tovább erősödik és képes hátráltatni, akár ellehetetleníteni a terápiás munkát.

### **3. Amikor a terapeuta teste bevonódik a folyamatba**

Az implicit, nem-verbális, procedurális tartomány történései a terapeuta esetében is hozzájárulhatnak a bevonódás előidézéséhez, elsősorban a terápiás helyzet interperszonális szintjén érvényesülő hatások mentén (Szili 2010). Az empátia, a viszontátéttel, a projektív identifikáció, az interszubjektivitás, a rezonancia és a ráhangolódás egytől egyig olyan fogalmak, amelyekben a tudatos vagy tudattalan megérintettség testi-idegrendszeri oldala éppúgy jelen van, mint annak érzelmi és mentális vonatkozásai. A szakirodalom gazdagon közöl leírásokat arról, ahogyan a bevonódás formát ölt a terapeuta megváltozott testélményében. Az így jelentkező akut testi tünetek hosszú sorában egyebek mellett szerepel álmoság, gyorsuló szívverés, görcsök és feszültségek a zsigerekben, fokozott érzékenység bizonyos szagokra, énidegen kézmozdulatok megérettel, a légzés, a tartás és a hangszín változásai, szájszárazság, légszomj, altesti fájdalmak, remegés, fejfájás, zsibbadtság, valamint nagyobb időtávon alvászavar, a testsúly változásai, megbetegedések és a látóképesség romlása (Szemerey 2016).

A kockázatok témája mentén gondolkodva mindezekről elmondható, hogy a gyakori és hosszan tartó ráhangolódás a különféle mentális zavarokkal együtt járó szenvedésteli állapotokra számottevően megnövelheti a negatív, megterhelő tartalmak arányát a terapeuta testi élményvilágában. Ennek fő veszélye a stresszhatások észrevétlen felhalmozódása, amely az együttérzési kimerülés (*compassion fatigue*), a kiégés és a vikariáló traumatizáció melegágyának tekinthető. Érdeemes hozzátenni, hogy rizikófaktorok sokasága állhat a segítő szakember testi bevonódásából adódó problémák hátterében. Ilyenek például a testtudatosság hiánya és a tes-

ti-érzelmi önszabályozás gyengesége, amelyek sem a saját bevonódás és megterhelődés regisztrálását, sem a belső egyensúly helyreállítását nem támogatják. Egy másik kockázati tényező lehet a hiányos testi önismeret, amely elfedi a szakember előtt élettörténetének és identitásának meghatározó testi vonatkozásait és a belőlük eredő sérülékenységeit és

korlátait. A magánéleti krízisek, gyász, betegségek és az aktuális élethelyzetből származó más nehézségek ugyancsak növelhetik a segítő kitettségét. Végül a test-orientált munkamóddhoz szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek hiánya szintén eredményezheti a bevonódás jobbára tehetetlen elszívódását, annak minden következményével együtt.

### A HÁROM ALAPESETRŐL ELMONDOTTAK ÖSSZEGRÉSE

A tanulmány eddigi részében röviden áttekintésre került azon kockázatok és veszélyek néhány példája, amelyek a kliens testének aktív, célzott bevonásával, illetve a kliens és a terapeuta testének önkéntelen bevonódásával együtt járhatnak. Az elemzett helyzetek semmiképp sem fedik le az összes lehetséges problémát, de talán mintát nyújtanak a terápiás

munka testi síkján jelentkező nehézségekről való további gondolkodáshoz. Az elmondottakat az 1. sz. ábra foglalja össze.

A fentieket kiegészítendő a következő részben azokról a helyzetekről lesz szó, amelyekben egyes testi technikák alkalmazása vagy a test-orientált munkamód egésze ellenjavallottnak tekintett.

Alapeset	Típus	Főbb kockázatok
Bevonás	Befejezetlen	A testélmény lehasításának fennmaradása vagy erősödése, a testi munkamód iránti bizalom csökkenése
	Túlterhelő	Disszociatív folyamatok felerősödése
	Iránytévészto	A panaszok fennmaradása, akár rosszabbodása
Bevonódás (kliens)	Implicit	Meggondolatlan bevonással túlterhelődés, mellőzés esetén a panaszok fennmaradása, akár rosszabbodása
	Ellenállást jelző	A terápiás folyamat akadályoztatása, akár teljes elakadása
	Disszociatív	Disszociatív folyamatok felerősödése
Bevonódás (terapeuta)	Kapcsolati	Fokozott túlterhelődés, kiégés, vikariáló traumatizáció

1. sz. ábra: A bevonás és bevonódás egyes típusainak főbb kockázatai

### A TEST-ORIENTÁLT MUNKAMÓD KONTRAINDIKÁCIÓI

A test bevonásával járó munkamód kontraindikációit tekintve megoszlanak a vélemények azt illetően, hogy a tünetek és tünetértékű viselkedések mely súlyossági foka jelöli ki a javallott és az ellenjavallott területek határmezsgyéjét. A szigorúbb álláspont szerint a klinikai szintű tünetképzés súlyosabb esetei lényegében egyöntetűen a kontraindikált csoportba sorolódnak. Ezt a nézetet tükrözi Röhrich (2015) felsorolása, aki szerint

gyógyszeres vagy egyéb úton megvalósuló stabilizációt megelőzően nem javallott a test bevonása a terápiás munkába, ha a személy a) akut mániás epizódot él át, amelyben önkontrollja számottevően meggyengült, b) személyiségzavar vagy egyéb tényező miatt nem rendelkezik elégséges impulzuskontrollal és egyértelműen hajlamos az acting outra, c) akut szuicid készletésekről számol be, d) szkizofreniform zavarban szenved, amely miatt az

énstruktúra és a viselkedés súlyosan dezorganizált állapotban van, e) csekély strukturális integrációval jellemezhető és veszélyezteti az elárasztódás az elsődleges folyamat élményanyagával, vagy e) valamely súlyos mentális zavar akut fázisában van. Ehhez viszonyítva annyival megengedőbb a másik felfogás, hogy elkülöníti egymástól a kontraindikációk relatív és abszolút osztályait. Geißler (2023) szerint az egyetlen abszolút kontraindikációt az jelenti, ha a személy bármilyen okból elutasítja a részvételt a test-orientált keretben zajló terápiás munkában. Ehhez képest az előző lista elemein túl ő a relatív kontraindikáció esetének tartja még a) a teátrális viselkedésre való hajlamot, b) az egészségzorongásra való hajlamot, c) a nagyon erős testi fenyegetettség megélésével járó állapotokat, d) az akut delíriumos epizód fennállását, e) a súlyos testi fájdalmakkal járó állapotokat, f) a szociopátia (antiszociális személyiségzavar) fennállását, g) az aktív szerhasználatot, h) a szexuális és agresszív bántalmazásból eredő traumatizációt, valamint i) a fokozott hajlamot a kapcsolatok szexualizálására, amennyiben a személy nem tudatos viselkedésének e jellemzőjéről. A szerző szerint a relatív kontraindikációk esetében a kórrajz anyagának és a terápiás folyamat esetlegesen már lezajlott szakaszainak elemzése mellett az osztályos háttér meglétének kérdése és a gyógyszeres támogatás lehetősége mind olyan körülmények, amelyek mérlegelése szükséges ahhoz, hogy megalapozottan lehessen dönteni a testi technikák alkalmazásáról.

Külön területet képvisel az érintés és a hozzá tartozó technikák együttese. Az idevágó etikai és indikációs szempontok régóta tartó viták tárgyát képezik a pszichoterápiában, amit csak bonyolultabbá tesz a különböző módszerek sokféle viszonya az érintéshez. Míg egyes iskolák a teljes absztinencia elvét tekintik irányadónak, a másik póluson olyan módszerek találhatók, amelyek központi technikája éppen az érintés. A teret e két végpont között azon módszerek tömege tölti ki, amelyekben valamilyen formában megjelenik ugyan a testi kontaktus, ám nem része a tényleges technikai repertoárnak és ha történik is érintés, többnyire elenyésző figyelmet kap. Mindezek fényében nem meglepő, hogy az érintésre vonatkozó szabályok eltérő mértékben kidolgozottak a különböző felfogást képviselő szakmai szervezetekben. Az alábbiakban két általános elveket összegző lista elemei

láthatók, amelyek jó kiindulópontot jelentenek a kontraindikációk átgondolásához. Rolf Ben-Shahar (2014) úgy véli, hogy ellenjavallott az érintés és az érintéses technikák használata, amennyiben a terapeuta a) nem érzi magát késznek az érintésre, nem akar érinteni, b) bizonytalan abban, hogy tud-e biztonságos érintést nyújtani, c) a szeretetlenni vagy a szexuális érintés hiányát éli meg, d) képtelen a megfelelő önszabályozásra, illetve ha e) a kliens énhatárai túl gyengék, vagy f) nincs összhang a kliens érintésre vonatkozó kérése és a nem-verbális szintről érkező üzenetei között. Westland (2015) szerint tartózkodni kell az érintéstől minden olyan esetben, amikor az a) kontrolálatlan szexuális és agresszív késztetéseknek nyithat utat, b) a terapeuta narcisztikus hataloméhségét táplálja, c) a nemek között eleve meglévő hatalmi egyenlőtlenséget erősíti, d) növeli a függést és a regressziót, e) tárgyiasító módon kerül alkalmazásra, f) szöveti sérülést okozhat, g) fennáll a veszélye, hogy a kliens elhárításainak rendszerét túlságosan kibillentí az egyensúlyából és disszociatív folyamatokat indít el, h) túlságosan erős projekciókat hív meg, vagy i) túlságosan nagy kölcsönös sebezhetőséget okoz a terápiás helyzet mindkét résztvevőjének. A két szerző által megjelölt pontok valójában csak töredékét fedik le a különböző etikai kódexekben, tanulmányokban és egyéb dokumentumokban fellelhető idevágó megfigyeléseknek. Annyi azonban így is látható, hogy a test bevonására szolgáló három technikátípus közül pillanatnyilag talán az érintés kontraindikációira vonatkozó leírások a legrészletesebbek. Ehhez képest kevesebb publikáció foglalkozik azokkal az esetekkel, amelyekben a figyelmi vagy a mozgásos technikák alkalmazása ellenjavallottnak tekinthető. Emiatt is jelentős fejlemény, hogy az elmúlt években mind a mozgás- és táncterápiák (Koch 2020), mind a légzésterápiák (Bischof és mtsai 2012) területén megjelentek törekvések az egyes iskolákban használt testi intervenciók kontraindikációinak alaposabb feltérképezésére.

A bevonás és bevonódás előzőleg taglalt kockázatait, valamint a test-orientált intervenciók kontraindikációival kapcsolatos meglátások fényében lehetőség van próbát tenni a biztonságos, de legalábbis kockázatoktól kevésbé terhelt terápiás munkamód testi vonatkozású feltételeinek meghatározására.

### A BIZTONSÁGOS MUNKAMÓD TESTI VONATKOZÁSAI

Ahhoz, hogy a test bevonását célzó intervenciók megalapozott és szakszerű módon kerülhessenek kivitelezésre, meglátásom szerint elengedhetetlen, hogy a segítő hosszan tartó, elmélyült egyéni vagy csoportos sajátélményt szerezzen az általa választott test-orientált modalitásban. Hasonlóan fontos, hogy alapos kiképzésben részesüljön a módszer testi technikáinak elméleti hátterét illetően és legyen módja azok készségszintű elsajátítására. Ugyanennyire lényeges, hogy a képződése lezárulta után is rendszeresen vegyen részt szupervízióban olyan szakembernél, akinek elegendő tapasztalata van a test-orientált technikák használatában és kellő rálátással rendelkezik a terápiás munka testi dimenziójának sajátos és összetett jelenségeire.

Míg a bevonást célzó testi technikák alkalmazása a segítő szakember döntésén alapul, addig a bevonódás sokkal inkább indokolt úgy tekinteni, hogy az nem választás kérdése, hanem módszertől és szettingtől függetlenül természetes módon megtörténik a terápiás helyzetben. Emiatt úgy vélem, nem túlzás

azt állítani, hogy a segítő szakember bevonódást illető felkészültsége kevésbé mellőzhető feltétele a biztonságos munkamódnak. Az előzőekben már említett szempontok szerint a terapeuta testtudatosságának és testi-érzelmi önszabályozásának megerősítése tulajdonképpen az elég jó szintű belső stabilitás és figyelmi kapacitás fenntartásának egyik alapkritériuma. Ennek eléréséhez szükség lehet a saját önismeret testi oldalának mélyebb feltárására, a személyes múlt és a jelen élethelyzet vonatkozásában egyaránt. A szokásszerű törekvés a terapeuta mentálhigiéniájának és testi egészségének megőrzésére ugyancsak nagyban támogatja ezt a folyamatot. Nem utolsósorban fontos, hogy a segítő rendelkezzen friss elméleti és gyakorlati ismeretekkel legkevesebb a traumatizációt és a vele együtt járó disszociatív állapotokat kísérő testi jelenségekről. Ez készíti fel őt a bevonódás leginkább kockázatos formáinak időben történő felismerésére, és átláthatóbbá, kezelhetőbbé teszi számára az így előállt helyzeteket.

## RISKS OF INVOLVING AND GETTING INVOLVED IN THE SOMATIC DIMENSION OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

*While the body is always part of the therapeutic situation, attitudes towards it can vary greatly. Sometimes it plays an important role in achieving change, while at other times it remains almost completely unnoticed. Consciously addressing the body can enrich the work that unfolds in the helping relationship in many ways, but it does not necessarily have harmful consequences if it is occasionally pushed to the periphery of attention. However, both extremes of relating to the body carry risks. Focusing on these, the aim of this paper is to review some of the basic situations in which it becomes a burden or an obstacle that certain elements of the bodily experience intensify or get intensified. To this end, I will examine the risks of consciously involving the body through intervention techniques that use body awareness, movement, breathing, touch, etc. On the other hand, I will address the dangers of the body becoming unconsciously involved when, as part of somatic counter-transference or other events of the therapeutic relationship, the client's or helper's body becomes the site of changes leading to dissociation or traumatization, or other issues. I will also mention the various contraindications to a body-oriented approach. Taken together, the sub-themes thus covered also help to outline the conditions under which the body can safely and professionally be involved in the therapeutic process, as well as the factors that best help to mitigate the risks of involvement.*

*Keywords: body – autonomic nervous system – dissociation – trauma – affect regulation*

## Hivatkozott irodalom

- Abbass, A. (2024): Az ellenállások meghaladása. Haladó pszichoterápiás technikák. Budapest, Oriold és Társai.
- Bagdy E., Koronkai B. (1988): Relaxációs módszerek. Budapest, Medicina.
- Bischof, S., Olbrecht Paisi, B., Rieder, A. (2012): Atem der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen. Norderstedt, BoD GmbH.
- Endresz H., Merényi M., Szili K. (2023): A traumával való munka a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában. In: Árkovits A., Terenyi Z., Varga S. K. szerk.: Trauma-kaleidoszkóp. Budapest, Oriold és Társai, 563–589.
- Erdélyi I. (2013): Álomkönyv. Pszichoterápiás álommunka. Budapest, Oriold és Társai.
- Eve, J. (2022): Relating in online body psychotherapy: ‘Are you there?’ Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 18: 2–37.
- Ferenczi S. (1919/2023): Technikai nehézségek egy hisztéria-eset analízisének. In: Borgos A., Pető K. szerk.: Ferenczi Sándor Összes Művei 3. Háború, forradalmak, pszichoanalízis. Budapest, Oriold és Társai, 305–310.
- Ferenczi S. (1929/1997): A relaxáció elve és a neokatarzis. In: Uő: Technikai írások. Budapest, Animula, 70–85.
- Geißler, P. (2023): Körperarbeit in der Psychotherapie. Esrte Schritte zur Öffnung der Setting. Gießen, Psychosozial-Verlag.
- Geuter, U. (2015): Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Berlin, Springer.
- Goda Gy. (2016). Egy valódi modell. Pszichodráma Újság, 24: 22–29.
- Goetzmann, L., Siegel, A., Ruettnner, B. (2020): On the axis of psychosomatic totality. European Journal of Psychoanalysis, 7: 1–22.
- Heller, M. (2012): Body psychotherapy. History, concepts, methods. New York: W. W. Norton.
- Kanji, N. (1997): Autogenic training. Complementary Therapies in Medicine, 5: 162–167.
- Koch, S. (2020): Indications and contraindications in dance movement therapy. Learning from practitioners’ experience. GMS Journal of Art Therapies, 2: 1–13.
- Kuritárné Szabó I., Molnár J., Nagy A. (2018): Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia. Budapest, Oriold és Társai.
- Levine, P., Frederick, A. (2017): A tigris felébresztése. Hogyan dolgozható fel a trauma? Budapest, Ursus Libris.
- Malan, D., Coughlin Della Selva, P. (2006): Lives transformed. A revolutionary method of dynamic psychotherapy. London, Karnac.
- Marlock, G., Weiss, H. szerk. (2015): The handbook of body psychotherapy and somatic psychology. Berkeley, North Atlantic Books.
- Merényi M. (2021): Mozgás- és testélmény alapú pszichoterápiák és más nonverbális módszerek. In: Merényi M., Korbai H. szerk.: Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia. Budapest, L’Harmattan, 25–48.
- Mórotz K. (2010): A pánik és az agorafóbia. In: Perczel Forintos D., Mórotz K. szerk.: Kognitív viselkedésterápia. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 277–336.
- Rolef Ben-Shahar, A. (2014): Touching the relational edge. Body psychotherapy. London, Karnac.
- Rothschild, B. (2000): The body remembers. New York, W. W. Norton.
- Röhrich, F. (2015): Body psychotherapy for severe mental disorders. In: Marlock, G., Weiss, H. szerk.: The handbook of body psychotherapy and somatic psychology. Berkeley, North Atlantic Books, 704–716.
- Schore, A. (2003): Affect dysregulation and disorders of the self. New York, W. W. Norton.
- Siegel, D. J. (1999): The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York, Guilford.
- Szemerey M. (2016): A viszontlátétel és az empátia tehrei. A testélmény szerepe a vikariáló traumatizáció kialakulásában. Imágo Budapest, 5, 3-4: 25–40.
- Szemerey M. (2023): Test-orientált pszichoterápiás intervenciók a traumafeldolgozásban. In: Árkovits A., Terenyi Z., Varga S. K. szerk.: Trauma-kaleidoszkóp. Budapest, Oriold és Társai, 687–714.
- Szili K. (2010). A szenzualitás útjai. Lélekelemzés 5, 1: 55–70
- Totton, N. (2015): Egy bevezetés a szomato-pszichoterápiába. Budapest, Oriold és Társai.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2024): A kísértetjárta szelf. A strukturális disszociáció és a traumatizáció kezelése. Budapest, Oriold és Társai.
- Van der Kolk, B. (2020): A test mindent számon tart. Az agy, az elme és a test szerepe a traumafeldolgozásban. Budapest, Ursus Libris.
- Westland, G. (2015): Touch in body psychotherapy. In: Marlock, G., Weiss, H. szerk.: The handbook of body psychotherapy and somatic psychology. Berkeley, North Atlantic Books, 494–508.

*A szerző elérhetősége:  
Szemerey Márton  
mszemerey@gmail.com*

## SZENVEDÉLYBETEG SZÜLŐ MELLETT NEVELKEDÉS TAPASZTALATA – KVALITATÍV KUTATÁS

**Békési Tímea, Mucsi Georgina, Kassai Szilvia, Jancsák Csaba**

*Szenvedélybeteg szülő mellett nevelkedés, mint az egyik leggyakoribb ártalmas gyermekkori élmény (ACE), az alkoholprobléma jelentős elterjedtsége miatt számos gyermeket érint ma Magyarországon. Az ilyen családban felnövő gyermekek esetében jelentős a kockázata fizikai és mentális betegség, valamint viselkedési problémák kialakulásának. Számos vizsgálat foglalkozik azzal, hogy a szerhasználó szülők gyermekeinél nagy arányban megjelenik a szerhasználati probléma, azonban más következmények vizsgálata, különösen a megélt tapasztalat feltárása is hangsúlyos kell, hogy legyen, hogy adekvát beavatkozásokat tervezzünk a gyermekek védelmére és a problémával küzdő családok segítésére. A vizsgálat célja a szenvedélybeteg szülő mellett felnőtt gyermekek gyermekkori élményeinek feltárása, és annak vizsgálata, milyen hatással vannak a gyermekkori tapasztalatok a felnőttkorra. Empirikus kutatásunkban 78 érintett írásos beszámolóját elemeztük, akiknek egyik vagy mindkét szülője szenvedélybetegséggel küzdött, és már elhunyt. Az elemzés során az alábbi főtémákat azonosítottuk: a „víziló a nappaliban” érzés, a bizonytalan szülőkép, az elveszett gyermekkor. Az elemzés eredményei összhangban vannak korábbi vizsgálatok eredményeivel, azonban új perspektívát is adnak az eddigi tudáshoz. Az ártalmas gyermekkori élményeket összefoglalva elveszett gyermekornak is nevezhetjük, amelyek hatása a felnőttkorra és annak transzgenerációs továbbadása akkor állítható meg, ha az érintett veszteségeit felismeri és elgyászolja azokat. Az eredményeket alapul véve javaslatokat is megfogalmazunk a felnőtt gyermekek érzelmi és szociális támogatására vonatkozóan, mert a szülői szerhasználat következményei a gyermekkoron túlmutatóan is jelen lehetnek.*

*Kulcsszavak: szenvedélybeteg család, elveszett gyermekkor, gyászfeldolgozás, rendszerszemlélet, bizonytalan szülőkép*

### BEVEZETÉS

A visszaélészerű pszichoaktív szerhasználat, különösen a problémás alkoholfogyasztás Magyarországon jelentős társadalmi kihívást jelent. A World Population Review (2023) adatai szerint Magyarország 2023-ban világelső volt a problémás alkoholfogyasztás által érintett lakossági arányban, a társadalom 21,2 százalékát érinti. Az alkohol a legszélesebb körben hozzáférhető legális

tudatmódosító szer, amelynek fogyasztása mélyen beágyazódott a magyar kultúrába (Békési, Kassai, 2022). A KSH adatai alapján 2022-ben 413 ezer alkoholproblémával küzdő egyént regisztráltak Magyarországon, ami növekvő tendenciát mutat (2019: 389 ezer, 2020: 392 ezer, 2021: 415 ezer)<sup>1</sup>. Ezen adatok az addiktológiai és pszichiátriai gondozók nyilvántartásaiból származnak, azonban a

<sup>1</sup> Központi Statisztikai Hivatal: 4.1.1.30. Az alkoholisták gondozása, [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0030.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0030.html)

valós szám ennél magasabb lehet, mivel sok érintett nem kér segítséget, és így kimarad a statisztikákból. Ha a statisztikai adatok alapján becsüljük meg azon gyermekek számát, akiknek szülei problémás alkoholfogyasztással küzdenek, körülbelül 400 ezer gyermekről beszélhetünk. Ha hozzáadjuk azokat a felnőtteket, akik ilyen családi környezetben nőttek fel, megállapítható, hogy a magyar társadalom közel 20 százaléka érintett. Őket „elfeledett gyermekeknek” is nevezik (Frankó, 2021), utalva a családon belüli szenvedélybetegség rejtettségre és tabusítására, amely a családtagok, különösen a gyermekek elfeledett helyzetéhez és fel nem ismert veszteségeihez vezet.

A függőség a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) meghatározása szerint olyan pszichoaktív szer használata révén kialakuló tünetegyüttes, amelynél az egyén a szerhasználat annak káros következményei ellenére sem hagyja abba. Az addikció négy fő kritérium mentén jellemezhető: a kontroll elvesztése a használat felett, fizikai függőség, társas problémák, valamint a szerhasználat kockázatos formája. Az addikció gyakran a családi rendszer diszfunkcionális működésére utalhat (Kelemen, 2001), és a jelenség családi kontextusban történő megközelítése segíthet annak mélyebb megértésében és hatékonyabb kezelésében. Ebből a nézőpontból az egyéni tényezők figyelembevétele önmagában nem elegendő. Ha egy családtag függővé válik, az a család többi tagjától különféle alkalmazkodási mechanizmusokat kíván meg. A családi rendszerszemléletben a homeosztázis fogalma kulcsfontosságú a szenvedélybeteg család működésének megértéséhez. A családtagok igyekeznek fenntartani a rendszer egyensúlyát, még akkor is, ha ez számukra egészségtelen alkalmazkodást követel meg (Lander et al., 2013), s ez akár több generáción át megfigyelhető, ismétlődő minta. Minden családtag a saját érettsége és lehetőségei mentén próbálja ezt megtenni és különböző szerepeket vesznek fel. A gyerekek általában a „hős”, a „bűnbak”, az „elvesztett gyermek” és a „bohóc” szerepét töltik be (Kelemen, 2001). Korábban Berne (1968) is foglalkozott a szenvedélybeteg családokban kialakuló játsszakkal, az „üldöző”, a „megmentő” és a „balek” szerepeit azonosítva. Az alkalmazkodás során felvett szerepek erős függést alakítanak ki a családi helyzettől és a szerhasználó családtagtól, valamint a függőség dinamikájától. Ez különösen igaz a gyermekek és a nem szerhasználó házastárs esetében, akiknél ez a függőség kodependenciához vezet. A kodependens működés hátterében a csala-

ldátagok azon törekvése áll, hogy megfékezzék az addikciót, azonban paradox módon ez a mechanizmus az, amely fenntartja mind a függőséget, mind pedig a család diszfunkcionális működését (Fuller, Warner, 2000).

Egy szenvedélybeteg szülő nem tud megbízhatóan reagálni a gyermeke szükségleteire (EMCDDA, 2012), és a függőség hatására kialakult családi légkör nem biztosítja azt a gondoskodást, amely elengedhetetlen lenne a gyermek egészséges fejlődéséhez (EMCDDA, 2012). A gyermek ebben a közegben általában ideje korán vállal felelősséget olyanért, amelyre érzelmileg még nem állna készen, gyakran él át fizikai és/vagy verbális bántalmazást, elhanyagolást (Muir et al., 2023), ezzel együtt izolációt a környezetében, és erős szégyenérzetet (Muir et al., 2023). Fontos hangsúlyozni, hogy bár kimutatható összefüggés van a szülői szerhasználat és a gyermekeket érintő negatív kimenetek között, a szülők alkohol- vagy droghasználata önmagában nem magyarázza teljes mértékben, hogy miért vannak ezek a gyermekek veszélyeztetett helyzetben. Az együtt előforduló kockázati tényezők – például a szülő egyéb pszichopatológiája, valamint a családi nehézségek, ideértve a szegénységet, a konfliktusokat és a családstrukturát sajátosságait – olykor jobban magyarázzák a gyermekek kockázatát, mint a szülők szerhasználati előzményei (Solis et al., 2012).

A kutatások az 1970-es években kezdtek el foglalkozni az alkoholbeteg szülők gyermekeivel, nagyjából azzal egy időben, amikor az Egyesült Államokban az Anonim Alkoholistákat támogató csoportok mellett megjelentek a családtagok öngyógyító csoportjai is (Woititz, 1985). Ekkor került előtérbe az a nézet, hogy a szenvedélybetegséget nem csupán a függő szemszögéből kell vizsgálni, hanem annak tágabb, a családtagokra gyakorolt hatásait is figyelembe kell venni, különösen a kodependencia jelensége miatt (Harter, 2000). A későbbi kutatások megerősítették, hogy nemcsak a kodependencia jelenik meg a családtagoknál, hanem számos egyéb negatív következmény is. A szenvedélybeteg szülő mellett nevelkedés az egyik leggyakoribb ártalmas gyermekkori élmény (ACE) (Fekete-Gál et al., 2022). Az ilyen környezetben felnövő gyermekek-nél jelentős a fizikai és mentális betegségek, valamint a viselkedési problémák kialakulásának kockázata (Muir et al., 2023). A vonatkozó vizsgálatok leggyakrabban a gyermekeknél kialakuló szerhasználati problémákra fókuszálnak, míg egyéb következmények ritkábban kerülnek előtérbe (Rossow et al., 2016), azonban azok is küzdhetnek hosszútávú,

felőttkorra kiterjedő nehézségekkel, akik nem válnak szerhasználóvá. A hosszú távú következmények feltárásához szükséges a gyermekkori élmények

megélt tapasztalatokra alapozott mély feltárása, amely jelen vizsgálatunk célja.

Empirikus kutatásunk célja a szenvedélybeteg szülők mellett nevelkedés tapasztalatának feltárása volt.

### MÓDSZERTAN

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy milyen volt a kapcsolat a szülő-gyermek között, hogyan jelent meg a függőség a családban, és miként befolyásolta annak működését, milyen hatással volt ez a gyermek életére. Kvalitatív pszichológiai módszerrel elemeztük olyan magyar résztvevőknek az írásos beszámolóit, akiknek egyik vagy mindkét szülője függőséggel küzdött (leggyakrabban alkoholizmussal). A vizsgálatra az engedélyt a PTE BTK Kutatás-tikai Bizottsága adta ki (2/2023. /IX. 28./ határozata).

A vizsgálatban résztvevőket kérdőív alapú program (Google Forms) felületén egy hosszabb, írásos interjú kitöltésére kértük. A demográfiai adatok mellett összesen 9 nyitott végű, kifejtős kérdést tartalmazott a vizsgálat, érintve a gyermekkort, a szülővel való kapcsolatot, a függőség jelenlétét a családban, a szülő halálesetét és az azt követő gyász folyamatot (ez utóbbi kettő téma eredményeit külön tanulmányban publikáljuk).

Az írásos interjú kérdései az alábbiak voltak:

1. Melyik szülője hunyt el?
2. Hány éve történt(ek) a haláleset(ek)?
3. Kérjük, mutassa be, hogyan volt jelen a függőség a családban! (Melyik szülője volt érintett, hogyan hatott ez a mindennapi életükre, az ünnepekre, az Ön gyerekkorára, társas kapcsolataira?)
4. Kérjük, mutassa be milyen volt a szüleivel a kapcsolata gyermekkorában! Majd később (ha a szülő/szülők még éltek) felnőtt korában!
5. Kérjük, írja le, hány évesen és hogyan vesztette el a szülőt/szüleit!
6. Kérjük, mutassa be a szülője/szülei elvesztését követő időszakot, a gyász folyamatát! (Például hogy hatott Önre, hogyan befolyásolta mindennapjait.)
7. Kérjük, írja le, melyek voltak ennek az időszaknak a nehézségei! (Például saját gyásza

a családja rendszerében; kapcsolatok átalakulása; elrendezni valók; különböző érzések; a saját gyásza mikor volt nehezebb, mikor volt könnyebb?)

8. Kérjük, írja le, mi segítette ebben az időszakban! (Például emberi kapcsolatait, segítő szakember, gyászcsoporthoz, szabadidős/művészeti tevékenységek.)
9. Mi gátolta, akadályozta ebben az időszakban? (Például környezet reakciói, túlzott elvárások, önmagával szemben támasztott kihívások, váratlan akadályok, satöbbi.)
10. Hogyan érzi most az elhunyt szülővel való „kapcsolatát”? Mennyire sikerült a közös múltat, és a halálát feldolgozni?
11. Kérjük írja le, hogy van, hogy érzi magát most? (Például van-e még utóéregése, hatása a veszteségeknek: gyerekkori hiányoknak, szülő halálának.)

Összesen 78 írásos beszámoló érkezett be 2023 szeptembere és 2024 januárja között. A résztvevők átlagéletkora 45 év volt (legfiatalabb 24 éves, a legidősebb 69 éves). 40 százalékuk főiskolai, 30 egyetemi, 11 szakközépiskolai végzettséggel rendelkezik. A kitöltők 84 százaléka nő. 32 százalék lakott a fővárosban, 27 megyeszékhelyen, 28 városban.

Az írásos beszámolók elemzését a tematikus analízis (Braun & Clarke, 2006) módszerével végeztük. Az elemzést 3 kutató egymástól függetlenül készítette, ahol a kódolást követően altémákba, témákba rendezte a kódokat és kialakította a fő témákat. A kutatók konszenzusra jutottak a témákat, fő témákat illetően – a kutatói konszenzus a kvalitatív pszichológiai elemzés során az eredmények reliabilitását növeli (Rodham et al., 2015). Az elemzés során a következőkben olvasható eredmények bontakoztak ki.

### EREDMÉNYEK

Az elemzés során az alábbi fő témákat azonosítottuk: „*Víziló a nappaliban*” érzés, a *Bizonytalan szülő-kép* és az *Elvesztett gyermekkor*.

#### „*Víziló a nappaliban*” érzés

Ezen fő téma alá azon beszámolók tartoznak, amelyek bemutatják, hogyan fordult ki a családi élet a szülő problémás alkoholfogyasztásának hatására.

A téma címe a „*víziló a nappaliban*” érzést idézi, amit egy résztvevő szó szerint említett. Valószínűleg egy könyv címéből származik a kifejezés, amelyet Tommy Hellsten írt, és alkoholisták szülők mellett felnőtt gyerekekről, valamint a segítségükről szól (a könyv címe magyarul: *Víziló a nappaliban*). A kifejezés arra utal, hogy a nappaliban egy víziló van, ami nem illik oda, de kitölti a szobát, jelenléte átalakítja a mindennapokat, félelmet kelt, mégis tagadni kell a létezését. Ez tökéletesen leírja, milyen az alkoholizmus jelenléte egy családban.

„*Kisgyerekkoromtól kezdve megvolt a víziló a nappaliban érzés, mindent áthatott, mindent irányított, de nem beszéltünk róla.*”

„*A mindennapok szervezettek voltak, anyukánk gondoskodó, de érezhető volt egy mindent körülölelő másság érzés.*”

A beszámolókból egyértelműen kirajzolódik, hogy minden épp az ellenkezője annak, ami egy egészséges családban normális lenne. A gyermek akkor érzi magát biztonságban, ha a szerhasználó szülő nincs otthon, vagy épp rettegéssel telik az az időszak, amikor a család várja haza, mert kiszámíthatatlan, hogy ittas állapotban érkezik-e. A gyermek inkább érzi jól magát, amikor nincs otthon; szívesebben tölti az idejét ismerősöknél, osztálytársaknál, vagy ha nincs hova mennie, az utcán csavarog.

„*Amikor dolgozott, jól telt (az idő), mert nem volt otthon, de ha otthon volt, ivott és így őhöz kellett alkalmazkodni. Már mint az aktuális hangulatához.*”

„*Igyekeztem minél kevesebbet otthon lenni, sokat voltam a barátnőimnél.*”

„*Mindennap gyomorideggel figyeltük, mennyi idő telik el a kocsijának csapódása és a bejárati ajtó nyílása között. Ha hosszú idő volt, tudtuk, hogy ismét lapítás van.*”

Az ünnepeket, amelyek a családi szeretet, összetartozás és melegség alkalmi lehetnének, egy alkoholbeteg családtag jelenléte teljesen felülírhatja. Az ünnepekre általában negatívan emlékeznek vissza, mivel azok kifejezetten rosszul teltek. Ennek oka lehet, hogy a család, mint mindenki, szeretné, ha legalább az ünnepek jól sikerülnének, ha már a hétköznapiak nem. Ez fokozott nyomást helyez a már eleve gyengén működő családi rendszerre, ami gyakran a legnagyobb veszekedésekhez, lerészegedésekhez és bántalmazásokhoz vezet.

„*Nagyobb összejöveteleken, ünnepeken volt, hogy hangos, »vicces«, aztán szomorú vagy agresszív lett. Nagyon szégyelltem és féltem is olyankor.*”

„*Nem emlékszem meghitt ünnepekre. Nem hallottam a szeretlek szót, nem volt ölelés nálunk.*”

„*Az alkohol minden ünnepen előkerült nyilvánosan és rendszeres hétvégi kirándulások alkalmával is. Az ünnepek alkalmával az alkohol általában rontott a helyzeten, főleg a családi összejövetelek szoktak inkább kellemetlen, feszült hangulatban zárulni, amikor a politikát kezdték tárgyalni.*”

Az alkohol megszemélyesítése gyakori a beszámolókból. Ahogyan a „*víziló a nappaliban*” érzés is mutatja, az alkohol szinte egy nem kívánt családtagként van jelen. Megszemélyesítve csak negatív jellemzőkkel ruházzák fel, és mindig valamilyen kárt okoz a család életében. Ez a megszemélyesítés részben azt a célt szolgálja, hogy kiemelje a probléma súlyosságát, és érzékeltesse, hogy az alkohol jelentős szerepet játszik a család mindennapjaiban. Másrészt a megszemélyesítés egyfajta távolításként is szolgálhat. Ha az alkoholról, mint önálló entitásról beszélünk, akkor nem egy személyt (például a szerhasználó családtagot) hibáztatunk, hanem magát az alkoholt.

„*Alkoholizmus volt jelen, érintette anyámat, nevelőapámat. Megkeserítette a gyerekkoromat, elszigetelt, magányossá tett. Az ünnepeket elvette, a magatartásuk brutálissá, bántalmazóvá fajult.*”

„*Minden ünnepet tönkretett.*”

„*A legnagyobb fájdalom az volt, hogy az alkohol elvágta a természetes kötődést, és nem figyeltek rám, nem érdekelték őket semmi a függőségükön kívül.*”

A „*víziló a nappaliban*” érzésének központi eleme a tagadás. A családtagok nemcsak a szerhasználat tényét, hanem az abból eredő problémákat is tagadják. Ezzel együtt elnyomják a negatív érzelmeket is, és mivel valódi pozitív érzelmek nincsenek jelen, az érzelmeik kifejezése teljesen tiltottá válik a családban. Minden negatívumot tagadnak, így egy szűk, külső szemlélő számára boldognak és gondtalannak tűnő „skatulyába” próbálják magukat beszorítani. Ez a korlátozott keret azonban eleve kudarcra ítélt, ami további negatív eseményeket és érzelmeket szül, és így még több tagadáshoz vezet.

„*A családon belül nem lehetett beszélni a problémákról, (a család) háritott és elbagatellizálta a jelentőségét. Belül tabuk, kívül képmutatás.*”

„*A családnak nem tartotta őt alkoholistának, mert mi egy »rendes, normális« család voltunk, csak anyám haragudott rá, mormogva nekünk az az orra alatt, hogy 'apádnak már megint csillog a szeme'.*”

„*Addig a mindennapok otthon többnyire pokoliak voltak, miközben a suliban és a többi élethelyzetben a normalitást kellett színlelni. Ugyanakkor az iskola, a tanulás, a sport és a barátok jelentettek örömet és sikerélményeket.*”

A problémák és az érzelmek tagadásával együtt az intimitás is háttérbe szorul, a családtagok közti kötődés hiányáról számolnak be az alanyok. A gyermek szükségletei is elfelejtődnek, mert azok kielégítésére a megterhelt családi rendszer már nem képes.

*„Nem volt szokás otthon érzelmekről beszélni, az intimitás fogalmát csak pár éve értem. Volt egy szigorú szabályrendszer és bele kellett férni a skatulyába.”*

### **A bizonytalan szülőkép**

A résztvevők részletesen beszámoltak a szülőjükkel való kapcsolatukról, ami alapján összetett képet alkothatunk arról, hogyan látják őt. A szülő több „arcát” is megismerjük, amelyek állandóan változnak, bizonytalanságot és kiszámíthatatlanságot sugallva.

A gyermekben a szülőről alkotott kép megváltozik a szerhasználat hatására, és idővel át is alakul. A szerhasználat, különösen az alkohol, egyfajta „átváltozást” eredményez a szülőben, aki a gyermek számára ismeretlenné és sokszor felismerhetlenné válik. A szülőkép gyakran negatív irányba változik, vagyis a józan állapotban ismert szülői kép a szerhasználat hatására eltűnik, és helyébe egy negatív figura lép, aki agresszív, akitől félni kell.

*„Tipikusan, ha józan volt, 'aranyember' volt.”*

*„Gyerekkoromban szerettem őket, de amikor »átváltoztak«, akkor féltem tőlük.”*

A szülőről alkotott kép idővel is változhat. Sok beszámolóban említik, hogy korai gyermekorból több pozitív emléket is őriznek a szülőkről, például közös nyaralásokról és más együtt töltött időről. Később azonban ez megváltozott, és már nem keletkeztek idilli családi emlékeik, csak negatívak. Ezeket a beszámolókat kétféleképpen lehet értelmezni: egyrészt, hogy a gyerekek fiatalabb korban a szülők még jobban tudtak működni, mielőtt az alkoholizmus elhatalmasodott volna; másrészt, hogy a gyerek kiskorában még nem vette észre a problémákat, mert nem értette, így csak a pozitív emlékek maradtak meg benne.

*„Vannak kisgyermekkorai, gyermekkorai emlékeim róla, azokban mindig egy mély és meleg szeretetérzés működik. Belőle árad felém. De mikor kamasz lettem, akkorra már édesanyám hatása alatt voltam.”*

*„Visszagondolva nagyon szép gyerekkorom volt kb. 9 éves koromig. Mindent megkaptunk, nyaralni jártunk, szerettek bennünket, és én is szerettem a*

*szüleimet. Azt gondolom, hogy addig kiegyensúlyozott volt a kapcsolatunk.”*

A vizsgálatban résztvevők tapasztalatai szerint a szülő az átváltozás révén eltávolodik a gyermektől, és a kapcsolatuk a szülő részéről egy „adok és viszszaadok” viselkedésre szűkül. Emiatt a gyermek azt éli meg, hogy láthatatlanná válik.

*„Gyerekkorban nagyon hamar megtanultam, hogyan kell minél kevesebb gondot okozni, amit lehet segíteni.”*

A gyermek természetes módon vágyik a szülő szeretetére és figyelmére, ezért igyekszik megfelelni, „jó gyerek” és jó tanuló lenni. Azonban egyre inkább azt tapasztalja, hogy bár a szülő fizikailag jelen van, érzelmileg elérhetetlen marad, nem kapja meg tőle a pozitív visszajelzést, sosem tud neki megfelelni.

*„Sokszor azt életem meg, hogy mindketten cserben hagynak, elhanyagolnak lelkileg.”*

A gyermekek gyakran elképzeli, milyen lenne, ha a szülő olyan lenne, amilyennek ők szeretnék, de ez csak egy vágy marad, mert válaszul mindig távolságtartást tapasztalnak.

*„Sokáig fájt, hogy nem tud anyám olyan lenni, amilyennek szeretném, hogy legyen.”*

A gyermekek gyakran felismerik, hogy a szülő érzelmi eszköztelensége saját problémáiból fakad, ám a szülő elérhetlensége csak fokozza a korábban említett láthatatlanság érzését. Az elérhetlenség nem csak az alkoholbeteg szülőre jellemző, mindkét szülőnél előfordulhat, függetlenül attól, melyikük a szerhasználó. A gyermek mindkét esetben ugyanazt az elhanyagolást éli meg.

Gyakori, hogy a gyermek idealizálja valamelyik szülőt, különösen azt, aki valamilyen módon kifejezi szeretetét és figyelmét felé. Ez független attól, hogy a szülő szerhasználó-e vagy sem. Sok esetben éppen a szerhasználó szülő válik idealizálttá, mert például az alkohol hatása alatt szerethetőbb és gondoskodóbb képet mutat, és a másik szülőt ellenségnek érzékeli.

*„Piedesztálra helyeztem, imádtam. Később is, mivel rendkívüli személyiség volt.”*

A gyermekek általában az egyik szülő pártjára állnak a másikkal szemben. Így a fejükben kialakul egy kép, ahol az egyik szülő az áldozat, míg a másik az ellenség. Ha a gyermek az „ellenségnek” tartott szülő mellé állna, úgy érezné, hogy elárulja a másik szülőt.

*„Én édesanyámhoz húztam, sajnáltam őt apa cirkuszaik miatt, őt láttam áldozatként. Ma már érzem, hogy saját maga alakította így a családi kapcsola-*

*tait. A gyermekeit szövetségeseiként 'alkalmazta'. Apa volt talán a legnagyobb áldozat."*

Az alkoholista családok dinamikájában gyakran előfordul, hogy a szülő gyermekszerepbe kerül, így a gyerekek kell gondoskodnia róla, azaz parentifikálódik. A szerhasználó szülő a bódult állapot miatt segítségre szorul: haza kell hozni a kocsmából, vezetni kell helyette a háztartást, vagy gondoskodni kell a testvérekről. De még a nem alkoholbeteg szülő is elvárhatja a gyermekétől, hogy szülői szerepben legyen, például érzelmi és fizikai támaszként szolgáljon, vagy extrém esetben a társává váljon a függőség miatt kieső szülőpár helyett.

*„Minden este én mentem érte a kocsmába és vittem haza."*

*„Gyerekként én vigyáztam rájuk."*

*„Kamaszkoromra sokat fejlődött, gyakorlatilag én próbáltam őt »nevelni«, hogy ne lásson mindent annyira fekete-fehéren."*

*„Az érdekes, hogy anyukámra haragszom jobban, mert nem védett meg az abúzus során... Pajzsként használt, mert ő nem akart apukámmal szexelni."*

### **Az elveszett gyermekkor**

Az elveszett gyermekkor téma alá azokat a traumával átszőtt tapasztalatokat gyűjtöttük, amelyek az interjúalanyok jelentős részénél megjelentek, és amelyekkel egyetlen gyermek sem kíván szembesülni. Ebbe a körbe tartozik a bántalmazás, a szülők szerhasználatának kényszerű elszívése, a gyermek érzelmi támaszként vagy szülői szerepkörben való helyállása, valamint önmaga elvesztése – ezen tapasztalatokat egy szenvedélybeteg szülő mellett nagy eséllyel átéli a gyermek. Ezen élmények mindegyike önmagában is traumatikus lehet, vizsgálatunkban azonban azokra a tapasztalatokra helyezük a hangsúlyt, amelyek különösen negatív következményekkel járnak a gyermek fejlődésére és egész életútjára nézve.

Például szülők öngyilkossági kísérleteinek végignézése 7-8 éves korban:

*„7 éves koromban anyám öngyilkosságot kísérelt meg, amit végignéztünk öcsémmel (ő 4 éves volt akkor), együtt sírtunk öcsémmel az ágyban, mert apám berohant azon a reggelen és azt üvöltötte, hogy 'a nagyokos anyátok gyógyszerert vett be, hogy megdögöljön'. Anyám több napig feküdt otthon, miután hazaengedték a kórházból, nem mertem őt zavarni, de látni szerettem volna. Mérges voltam, mert recsegett a padló a lépteim alatt és nyikorgott az ajtó, ahogy résnyire nyitottam, de megnyugvás volt anyát*

*látni, hogy ott van a szobában 10 méterre tőlem. Apám 8 éves koromban kísérelt meg öngyilkosságot. Igazából valószínűleg csak a padlásra ment inni, de úgy maradt meg bennem, hogy apa azért ment fel a padlásra, hogy felakassza magát. Egész nap kerestük apát, talán a kocsákat is végigjártam, végül az éppen nálunk dolgozó kőművesek törték rá apára a padlásfeljáró ajtaját."*

A vizsgálat egy másik résztvevője végignézte, ahogyan az egyik szülője a másik halálát okozta: *„Aztán gimibe kerültem, megváltás volt. Egyszer jöttek el, hullarészegen. Csak lógtam egyedül, ma sem tudom, hogyan éltem túl. Nem volt semmi célom. Ment egyik nap a másik után. Aztán az apám megölte az anyámat."*

*„Az anyám több alkalommal meg akarta ölni az apámat, ilyenkor előkerült a konyhakés is a fiókból. Gyerekként azt hittem, hogy ez természetes, ezért nem is viselt meg. A bátyám a tanulásba menekült, én pedig a csavargásba."*

Az ilyen traumát okozó élmények után megfogalmazza a gyermek, hogy: *„Általában sokat gondolok a gyermekkoromra, hogy mi lett volna, ha nem így-úgy történik minden. Úgy-így lett. Nem is gondoltam volna, hogy milyen nehéz a következő sorokat leírni."*

Az érintettek gyakran beszámolnak arról, hogy az abúzus mindennapos volt a család életében. A szerhasználó szülő rendszeresen bántalmazta a családtagokat, beleértve a gyermekeket is. A fizikai erőszak mellett szinte mindig jelen van az érzelmi bántalmazás is. Ezeknek az élményeknek az egyik következményeként sokan az elszigeteltség érzését tapasztalják. Erről nem tudtak beszélni másoknak, a szégyenérzet elválasztotta őket a kortársaiktól.

*„Érzelmileg elhanyagolt voltam, ahogy fizikailag is, édesanyám napi szinten bántalmazott, mind fizikailag, mind érzelmileg"*

*„Bennem gyerekként félelem volt, hogy mikor üti meg apu anyut."*

*„Az abúzus teljesen elszigetelt más gyerekektől, sosem tudtam kapcsolódni hozzájuk"*

Az „elveszett gyermekkor" gyakran olyan traumákkal társul, amikor a gyermek életkorának és érzelmi érettségének nem megfelelő felelősséget vállal. Ilyen helyzet, amikor segítenie kell a szerhasználatban, érzelmi támasszá válik, vagy szülői szerepet kell betöltenie, testvéreiről és/vagy a szülő(k)ről kell gondoskodnia. Ezek a korai felelősségvállalások azt eredményezik, hogy a gyermek elveszíti gyermekkori énjét, és olyan felnőtt szerepbe kényszerül, amelyre a diszfunkcionális családi rendszernek szüksége van a működéséhez.

Miközben elveszíti önmagát, identitása alapjává az válik, hogy ő valakinek a valakije.

„Óvodás koromtól tudok visszaemlékezni, ahogy a szüleink minket küldtek le a helyi ABC-be visszaváltani az üres sörösiüvegeket.”

„Emiatt parentifikálódtam és arra tettem fel az életem, hogy megmentssem. Későbbi kapcsolataimban is jelen volt ez a séma. Borzasztó nehéz időszak volt ez.”

„19 éves koromban anyám rákos lett. 4-5 évig én igyekeztem vigasztalni őt és kicsit belehaltam ebbe a szerepbe.”

„Iskola után addig kínozott a beszédével, amíg el nem kezdtem sírni, vagy szégyellni magam. Elérte, hogy senkinek és semminek éreztem magam.”

„Az egész életemet áthatotta, hogy megpróbáltam megmenteni, mindenben ott álltam mellette, gyakorlatilag feláldoztam az életem ennek érdekében.”

## DISZKUSSZIÓ

Kvalitatív vizsgálatunk során a szenvedélybeteg szülő mellett való nevelkedés élményét, tapasztalatait vizsgáltuk. A szülővel való kapcsolat, a szülőről alkotott kép, a családi dinamikák, amelyeket a függőség határoz meg, vagy rendez át, minden vizsgálatban résztvevő számára komplex, többségében negatív élményekkel és következményekkel társul, ahogyan ezt korábbi vizsgálatok is hangsúlyozták (Muir et al., 2023). A negatív élmények alapja, hogy a gyermek idejekorán olyan felelősséggel terhelődik, amelyre nem áll készen és a család nem képes számára az egészséges fejlődéshez szükséges közeget biztosítani, valamint bántalmazást, elhanyagolást él át. Az átélt negatív élmények minden esetben egyfajta veszteséget jelölnek, a boldog, gondtalan gyermekkor - amelyre minden gyermek vágyik - lehetőségének elvesztését. Így a gyermekkorban átélt veszteségeket összefoglalóan „elveszett gyermekkorok” is nevezhetjük (Zupanick, 1994).

A bizonytalan környezet és az ehhez kapcsolódó bizonytalan szülőképp Muir és munkatársai (2023) kvalitatív vizsgálatában is megjelent, mint meghatározó gyermekkori élmény. A család működését jelentősen befolyásolja, hogy a szülő milyen állapotban van, ha éppen ittas, kell-e tőle félni, ha pedig éppen nem iszik, vajon meddig tart az idillinek nevezhető

állapot (ld. Főtéma: A bizonytalan szülő-kép). Mivel a szülő nem megbízhatóan van jelen, a gyermekben ez bizonytalan kötődési mintákat alakít ki (Nodar, 2012), amelyek hatása felnőttkorban is megmarad, kapcsolataiban ezt a bizonytalan (szorongó-elkerülő, szorongó-ambivalens, dezorganizált) (Bowlby, 1969) kötődési mintákat fogja keresni és kialakítani (2007; Simonič, 2023).

A megbízhatatlan szülőképp másik következménye a parentifikáció. Ennek során a gyermek feláldozza saját érzelmi szükségleteit, hogy a szülők helyébe lépjen, fizikai és érzelmi szükségleteikről gondoskadjon, így saját szülei szüleivé válik (Böszörményi-Nagy, 2014). Ez a jelen vizsgálatban is hangsúlyosan megjelent (ld. Főtéma: A bizonytalan szülő-kép), amely felnőttkorban az önismeret hiányához, kapcsolataiban pedig mások szükségleteinek túlzott előtérbe helyezéséhez, valamint az egészséges határok kialakításának képtelenségéhez vezethet.

Az „elveszett gyermekkor” tehát olyan komplex hiányt jelöl, amelynek felnőttkorban is jelentős hatása lehet. A veszteségek felismerése és elgyászolása nélkül azonban nem lehetséges a feldolgozás, ennek hiányában azok adódnak tovább generációról generációra (Böszörményi-Nagy, 2014; Zupanick, 1994).

## A KUTATÁS KORLÁTAI

Tanulmányunknak több korlátja is van. A kutatási minta nem reprezentatív, többségében magas iskolai végzettségű, városban lakó nők töltötték ki, tehát az eredmények csak rájuk vonatkoztatva értelmezhetők hitelesen. További korlátot jelent, hogy a bevont személyek feltehetően tudatos önreflexióval fordulnak saját múltbeli tapasztalataik felé, ami egyrészt torzíthatja, másrészt azonban finomíthatja és elmélyítheti az eredményeket. A kvalitatív mód-

szertan alkalmazása szintén korlátozó tényező: a kis elemszámra épülő vizsgálati eljárás nem teszi lehetővé reprezentatív eredmények és általánosítható következtetések levonását. Ugyanakkor ez a módszer mélyebb betekintést biztosított a vizsgált élményekbe, és hozzájárult új kutatási kérdések megfogalmazásához, amelyekre a jövőbeni vizsgálatok során kívánunk kitérni.

### KONKLÚZIÓ, KITEKINTÉS

Vizsgálatunk alapján elmondható, hogy az ártalmas gyermekkori élmények, különösen a szülő függősége által generált családi helyzet hosszú távon hatással van a gyermekek fizikai, mentális és érzelmi jólétére, amely hatások felnőtt korban is jelen lehetnek. A beavatkozások tervezése során a gyermek egyéni igényeinek figyelembevétele mellett a családközpontú megközelítés elengedhetetlen. A kutatásunk során feltárt élmények elősegíthetik a családi rendszer és a gyermeket ért hatások mélyebb megértését. Az egész család bevonásával a felépülési folyamatba jobban megérthetők és kezelhetők a függőséghez hozzájáruló vagy abból eredő dinamikák és interakciók. Ez a holisztikus megközelítés biztosítja, hogy minden családtag megkapja a szükséges támogatást, és a függőség okai hatékonyabban legyenek kezelve. Olyan komplex rehabilitációs

program, amelyről Jerry Moe amerikai szakember magyarul megjelent könyvében olvashatunk (Moe, 2020), és amelyben a szülők és kiskorú gyermekeik párhuzamosan kaphatnak segítséget, hazánkban jelenleg még nincsen. A gyermekkori traumák és veszteségek feldolgozásában az egyéni pszichoterápia fontossága nem hangsúlyozható eléggé. A holisztikus megközelítés rendkívül fontos, amely szem előtt tartja a gyermekkori traumák kontextusát és azok összefonódását. Ebben az egyéni rendszer-szemléletű terápia különösen hatékony lehet (Carr, 2016). Továbbá a gyász munkájának a szenvedélybeteg szülők felnőtt gyermekeinek pszichoterápiájába való integrálása elengedhetetlen. A veszteségek elismerése és megélésének lehetősége fontos mérföldkő lehet az „elvesztett gyermekor” feldolgozásában.

### SZAKMAI AJÁNLÁSOK A HATÉKONY SEGÍTÉSRE

A szenvedélybeteg családokban élő gyermekek közvetlen segítése gyakran jogi és intézményi akadályokba ütközik, ezért a támogatás több, egymást kiegészítő szinten szükséges. Ideális esetben a család minden tagja párhuzamos és összehangolt ellátásban részesül (Frankó, 2021), amihez az ellátórendszer további fejlesztése szükséges, addig pedig a szolgáltatók közötti együttműködés erősítése elengedhetetlen. A segítő munka középpontjában a gyermek szükségleteinek kell állniuk, miközben figyelembe vesszük a szülő iránti lojalitást és az ebből fakadó belső konfliktusokat.

A támogatás egyik kulcsterülete a reziliencia fejlesztése, valamint azoknak az intrapszichés erőforrásoknak és adaptív erősségeknek a megerősítése, amelyek a diszfunkcionális családi környezethez való alkalmazkodás során alakulnak ki. Ezek az erősségek (Wolin, Wolin, 1995) – mint a kitartás, terhelhetőség, szociális érzékenység, empátia, rugalmasság és kezdeményezőkézség – fontos védőfaktoroként működhetnek.

Magyarországon már elindultak speciális csoportok (AAP – Apa, Anya, Pia – kimondható.hu) és komplex program (benne szakembereknek szóló továbbképzésekkel), amelynek keretében célzott segítséget nyújtanak gyermekeknek, serdülőknek és felnőtteknek, emellett az önsegítő csoportok is hatékony támogatást jelentenek a felépülés folyamatában. A családterápia kiemelt jelentőségű, mivel nemcsak a szenvedélybetegség kezelésének egyik leghatékonyabb formája, hanem hozzájárul ahhoz

is, hogy a gyermek lehetőség szerint családban maradjon, továbbá a traumaterápiák fontosságát is hangsúlyoznunk kell ilyen komplex ártalmakat átélt kliensek körében (pl. EMDR, Somatic Experience).

Kutatásunkban arról kaphattunk képet, hogy milyen élményeket élnek át szenvedélybeteg szülők gyermekei, ha a gyermek és a családja nem, vagy alig kap segítséget, ha a szülő nem tud elindulni a felépülés útján és betegségébe sokszor idő előtt belehal.

Megvizsgálva azokat a történeteket, ahol a válaszadó több éve foglalkozik a gyermekkori élmények feldolgozásával – sok esetben terápiás segítséget is igénybe véve – részben vagy egészben fel tudta dolgozni a hiányait, veszteségeit és traumáit, egyensúlyban van az élete, elégedettséget, hálát, megnyugvást érez –, az rajzolódott ki, hogy felépülési útjukon rendszerszemléletű munkát és/vagy gyászfeldolgozást végeztek.

*„Megértettem a családfánk feldolgozásával, hogy ki honnan, milyen traumákkal és sérült életutakkal, milyen történelmi sebekkel élt a felmenőim közül. Ez segített megérteni a transzgenerációs folyamatokat a családban. Segítő szakemberként a kliensek támogatása közben is sok tükröt kaptam a saját személyiségem fejlesztéséhez. Hálás vagyok ezekért. Apám függősége és halála adta a »belépőjegyet« önmagam megismeréséhez. A legnagyobb örökség ez, amit ember kaphat. Hálával gondolok rá.”*

„Megnyugvás van bennem. Nem haragszom rájuk, de látom a hibaikat, tudom az okokat is. Szerencsére sokat beszélgettünk, megvan a teljes családtörténet. Hálás vagyok, hogy a komoly betegségeik ellenére ilyen sokáig kitartottak. Szerettek minket.”

“Már nem haragszom az elhunyt apámra, sem az élő anyámra. Időnként kimegyek a temetőbe, rendszerben tartom a sírt. Ott próbálok elmélkedni, de igazából semmi nem történik. Nem olyan régen elkezdtem a családunk történetét kutatni. Ez az, ami nagyon sokat segített megérteni, és feldolgozni a kapcsolatainkat.”

Ők már ismerik, átlátják és értik a családjuk működését több generáción keresztül, megértik a szüleiket, ami nem zárja ki azt, hogy elismerjék a részben vagy egészben „elveszett gyermekkor” hiányát és annak sokszor élethosszig ható következményeit. Ugyanakkor ez a megértés saját magukra is kiterjed. Látják azt is, hogy a felépülés akár élethosszig tartó folyamat és ezen az úton haladva, az önismeret mélyüléséhez, a gyógyuláshoz és a veszteségek feldolgozásához akár több, egyéni és csoportos módszerrel keresztül vezet út.

## THE EXPERIENCE OF GROWING UP WITH A PARENT WITH ADDICTION – A QUALITATIVE STUDY

*Growing up with a parent struggling with addiction is a common adverse childhood experience (ACE), particularly in Hungary, where alcohol-related problems are widespread. Such children face increased risks of physical and mental health difficulties and behavioural problems. While prior research has primarily focused on the intergenerational transmission of substance use disorders, less attention has been given to the lived experiences of affected children and their long-term consequences. This study explores the childhood experiences of individuals raised by addicted parents and examines how these experiences shape adulthood. Written narratives from 78 participants whose one or both parents struggled with addiction and were deceased were analysed. Three central themes emerged: a pervasive atmosphere of unspoken tension (“the elephant in the room”), an unstable and inconsistent parental image, and the experience of a lost childhood. These findings align with existing literature while offering additional insight into how adverse experiences may persist across the life course and be transmitted across generations. The results highlight the importance of acknowledging and processing loss in order to interrupt this cycle and inform the development of targeted emotional and social support for adult children of addicted parents.*

*Keywords: addicted family, lost childhood, grief processing, systems approach, uncertain parental image*

### Hivatkozott irodalom

- American Psychiatric Association, D.-5 T. F. (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM, 5th Ed., xlv, 947–xlv, 947. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Békési, T., Kassai, S. (2022): Újraépített életek—Történetek szenvedélybeteg szülők felnőtt gyermekeiről. Budapest, HVG Könyvek.
- Berne, E. (1968). Games people play: The psychology of human relationships (Vol. 2768). Penguin Uk.
- Böszörményi-Nagy, I. (2014). Invisible loyalties. Routledge.
- Bowlby, J. (1969). Attachment (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Braun, V., Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Carr, A. (2016). How and Why Do Family and Systemic Therapies Work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(1), 37–55. <https://doi.org/10.1002/anzf.1135>
- EMCDDA (2012): Pregnancy, Child care and the Family: Key Issues for Europe's Response to Drugs. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>, letöltve: 2025. 07. 20.
- Fekete-Gál, M., Matuszka, B., Makara, M. (2022): A pofonoktól a túig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat. <https://drogkutato.hu/drog szemle/a-pofonoktol-a-tuig-a-negativ-gyermekkori-elmények-es-a-szerhasznalat/>, letöltve: 2024. 10.19.
- Frankó, A. (2021). Szendélybeteg szülők—Elfeledett gyermekek. In F.Lassu Zs., Frankó A., Czinkócziné K.A., Kormos P. szerk.: *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban—Kézikönyv segítő szakemberek számára*. Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 67–136.
- Fuller, J. A., Warner, R. M. (2000): Family stressors as predictors of codependency. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 126(1), 5–24.
- Harter, S. L. (2000): Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 311–337.
- Kelemen, G. (2001): Szendélybetegség, család, pszichoterápia. Pécs: Pro Pannonia.

- Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013): The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205.
- Moe, J. (2020): Gyerekszemmel a függőségről és a felépülésről. Remény, segítség és gyógyulás a családoknak. Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- Muir, C., Adams, E. A., Evans, V., Geijer-Simpson, E., Kaner, E., Phillips, S. M., Salonen, D., Smart, D., Winstone, L., McGovern, R. (2023): A Systematic Review of Qualitative Studies Exploring Lived Experiences, Perceived Impact, and Coping Strategies of Children and Young People Whose Parents Use Substances. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3629–3646. <https://doi.org/10.1177/15248380221134297>
- Nodar, M. (2012): Chaotic environments and adult children of alcoholics. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 2(1), 43–47.
- Rodham, K., Fox, F., Doran, N. (2015): Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: Lost in transcription. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(1), 59–71. <https://doi.org/10.1080/13645579.2013.852368>
- Rossow, I., Felix, L., Keating, P., McCambridge, J. (2016): Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12319>
- Simonič, B. (2023): Parentification of Children of Alcoholics as Emotional Abuse and Relational Family Therapy: A Case Study. For the Publisher, 53.
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R., Hussong, A. M. (2012): Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2), 135–147.
- Woititz, J. G. (1985): *Struggle for intimacy*. Health Communications, Inc.
- Wolin, S., Wolin, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediátria Clinics*, 42(2), 415–429.
- World Population Review. (2023): Alcoholism by Country 2023 (<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/alcoholism-by-country>).
- Zupanick, C. E. (1994): Adult children of dysfunctional families: Treatment from a disenfranchised grief perspective. *Death Studies*, 18(2), 183–195.

*A szerzők elérhetősége:*

*Békési Tímea  
Semmelweis Egyetem, Egészség Tudományi Kar, Addiktológiai  
Tanszék, Budapest  
Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris  
Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ,  
Interdiszciplináris Családtudományi Kutató- és Fejlesztő  
Központ, Szeged  
bekesitimea@gmail.com*

*Jancsák Csaba  
Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző  
Kar, Alkalmazott Társadalomtudományok Tanszék, Szeged  
Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris  
Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ,  
Interdiszciplináris Családtudományi Kutató- és Fejlesztő  
Központ, Szeged  
jancsak.csaba@szte.hu*

*Kassai Szilvia  
Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged  
Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris  
Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ,  
Interdiszciplináris Családtudományi Kutató- és Fejlesztő  
Központ, Szeged  
kassai.szilvia@med.u-szeged.hu*

*Mucsi Georgina  
Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi  
Kar, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszéke, Pécs  
Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris  
Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ,  
Interdiszciplináris Családtudományi Kutató- és Fejlesztő  
Központ, Szeged  
mucsi.georgina@pte.hu*

## AZ ÖNGYILKOS VISELKEDÉS MENEDZSELÉSE ÉS A KOCKÁZAT BECSLÉSE

**Bérdi Márk**

*„Így dolgozunk mi...” rovatunkban Bérdi Márk öngyilkossági krízisben lévő pácienséről olvashatunk. A szerző bemutatja, hogyan dolgozik, gondolkodik a CAMPS keretei között. Hozzászólóinktól azt kértük, írják le, hogyan látják, értik a bemutatott esetet, a terápiás munkát. A közölt esetrészletbe belehelyezkedve azt jelenítsék meg, hogy ők hasonló helyzetben mit látnának, mit tennének, gondolnának másképp, munkájukat meghatározó szemléletük, módszerük alapján és gyakorlatukból kiindulva. A hozzászólásokon keresztül a módszertani eszköztár mellett bepillantást nyerhetünk a felkért hozzászólók munkamódjába, megtapasztalhatjuk terapeutai attitűdjüket.*

*Jelen tanulmányban Bérdi Márk esetéhez szól hozzá Csáky-Pallavicini Krisztina, valamint Kuritárné Szabó Ildikó a TFP (áttétel fókuszú terápia), Perczel-Forintos Dóra a CBT (kognitív viselkedésterápia), illetve Ratkóczi Éva a DBT (dialektikus viselkedésterápia) szemszögéből.*

*A szerkesztő*

Az alábbiakban egy öngyilkossági krízisben lévő páciens, Ádám terápiájának néhány mozzanatát mutatom be. Ádámmal a közös munka egy akut öngyilkossági krízis felismerésével indult, és a terápiás folyamatot a CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) keretei között alakítottam. Mielőtt rátérek a terápia kontextusának és fő lépéseinek bemutatására, röviden szeretnék írni az alkalmazott módszerről, a CAMS-ről.

A CAMS (Jobes, 2023) olyan módszer, amely keretet kínál az öngyilkos viselkedés, az öngyilkossági krízisállapotok menedzseléséhez. David Jobes – a CAMS kidolgozója – szándékosan a „mene-

dzselés” és nem a „kezelés” kifejezést használja. A CAMS által kínált megközelítés egyik fontos sajátossága, hogy nem tekinti a szuiciditást hagyományos értelemben vett tünetnek vagy diagnózissnak, amelyet a terapeuta „kezel”. Ezzel szemben az öngyilkos viselkedést olyan, időben rendkívül dinamikus állapotnak tekinti, amelyet a pácienssel együtt – kollaboratív módon – kell felmérni, megérteni és menedzselni. E transzdiagnosztikus szemlélettel a CAMS jól illeszkedik ahhoz a régi-új kríziskoncepcióhoz (Osváth és mások, 2020), amely az ezredforduló óta egyre inkább – vagy talán pontosabban fogalmazva – újra teret nyer.

### A CAMS-TERÁPIA FELÉPÍTÉSE

#### **1. A folyamat kezdete – a szuicid veszély felmérése**

Van, hogy egy páciens úgy érkezik, hogy már tudunk valamit az öngyilkossági kockázatáról, mert például erre vonatkozó beutaló kérdéssel érkezik vagy mert történt az ülés előtt szuicid kockázatszűrés. De sok esetben nem tudunk semmi erre vonatkozót. Ha már tudunk a kockázatról vagy az ülés során mi magunk észleljük az emelkedett kockázat jeleit – pl. szuicid

gondolatok –, akkor, a CAMS protokoll szerint a lehető leghamarabb, azonnal, expliciten hozzuk szóba az öngyilkossági veszély témát. Ezután pedig, még az adott ülésen, végezzünk részletes kockázatbecslést. Ehhez a CAMS saját eljárását használjuk, az öngyilkossági állapotfelmérő űrlapot (Suicide Status Form, SSF).

Az SSF a CAMS központi eszköze, ami nem pusztán pszichometriai skála, hanem terápiás eszköz

is. Az SSF lényege, hogy strukturáltan, de kollaboratív módon térképezi fel az öngyilkossági állapotot. Három fő részből áll. Az 'A' részben a páciens saját szavaival és skálák segítségével írja le kirisállapotát, többek között lelki fájdalmát, reménytelenségét, az életbentartó és a meghalni akarás felé mozdító tényezőket. E rész jellegzetessége, hogy a páciens maga tölti ki, miközben a terapeuta mellette ül. A 'B' részben a terapeuta egészíti ki ezt a képet klinikai kockázatbecsléssel (releváns pszichopatológiai tünetek, öngyilkossági gondolatok jellemzői, terv, eszközök, múltbeli viselkedés stb.). A 'C' rész pedig a kettőből együtt felépülő, kollaboratív módon kidolgozott kezelési tervet tartalmaz, amely az öngyilkosság mozgatórugóira (*drivere*-re) – ezekről bővebben is írok – és az állapot stabilizációjára fókuszál. A részletes kockázatbecslést követően még az első ülés végén sor kerül egy biztonsági terv kidolgozására. A CAMS sarokköve a biztonsági terv – a CAMS-ben ez nagyon hasonló a jól ismert Stanley-Brown-féle biztonsági tervhez (Priyanka Elek és mások, 2025). A CAMS-ben tehát az SSF és egy biztonsági terv elkészítésével ér véget az első alkalom.

## 2. A köztes alkalmak

A CAMS szerkezete szerint minden további ülés az aktuális öngyilkossági veszély felmérésével kezdődik, amihez az SSF-et használjuk. Ez a felmérés gyorsan kirajzolja, mi a jelen állapot, milyen irányú változás történt az elmúlt hét során. Ezt követi a *mozgatórugók* pontosítása, aktuális intenzitásuk áttekintése, végül pedig az ezekkel kapcsolatos specifikus beavatkozások.

Ahogy látni lehet majd, a most bemutatott esetrészletben három kiemelt mozgatórugó változásait vizsgáltuk, azokhoz igazítottam az intervenciókat is. Kognitív viselkedésterápiás és pszichodinamikus technikákat egyaránt bemutatok – hangsúlyozva, hogy a CAMS olyan keretet kínál csupán, amely maximálisan teret ad a módszertani pluralitásnak, eklektikának. A választott pszichológiai intervenciók – a jelen esetben bemutatottakon túl – sokfélék lehetnének. Az intervenciókat a páciens problematikájának sajátossága és a terapeuta technikai tárháza jelölik ki.

De mik az öngyilkos viselkedés mozgatórugói? Kétfajta mozgatórugóról beszélhetünk. *Közvetlen* mozgatórugóknak nevezzük azokat a pszichológiai tényezőket, amelyek közvetlenül és azonnali módon táplálják az öndesztuktív készletet vagy gondolatot. Ez a *miért pont most* kérdése. Ezen élmények tipikusan akutak, szenvedésteli érzelmi állapotok,

amelyek a páciens elmondása szerint „most hajtják, mozgatják” a gondolatokat (pl. reménytelenség, tehetetlenség, intenzív szégyen, elviselhetetlen érzelmi fájdalom), legfőképpen az öngyilkossági vágyat. A *közvetett* mozgatórugók azok a háttérben húzódó, tartósabb vagy kontextuális tényezők, amelyek nem közvetlenül váltják ki a szuicid gondolatot, de fokozzák annak valószínűségét, fenntartják a sérülékenységet és előkészítik a talajt a közvetlen mozgatórugók aktiválódásához (pl. régóta fennálló kapcsolati dinamikák, identitáskriszis, munkahelyi túlterhelés, krónikus önértékelési problémák, traumatikus életemények). Ez a *miért pont ő* kérdés. Stressz-diatézis/vulnerabilitás modellben (Wasserman, 2001) megfogalmazva a közvetlen driverek a stresszorok (triggerrek), a közvetettek pedig a vulnerabilitási tényezők.

A jelen esetben az öngyilkossági krízisek kezelésének standard protokollja (Rudd és mások, 2022) alapján kiegészítettem a CAMS-et azzal, hogy az öngyilkos viselkedést egy kurrens elmélet keretében magyaráztam el a páciensnek, milyen tényezők játszanak szerepet öngyilkossági krízisében. Ehhez Thomas Joiner interperszonális öngyilkosság-elméletét (magyarul lásd Bérdi, 2022; Joiner, 2005) használtam, amely – tapasztalatom szerint – különösen jól illeszkedett a szuicid gondolatok logikájának, a krízis lélektanának megértéséhez.

## 3. A CAMS-folyamat lezárása

A CAMS-ben a lezárás nem pusztán annak az érzésén alapul, hogy „javulás történt”, hanem néhány jól meghatározott kritériumokhoz kötődik. Többek között ez teszi lehetővé azt is, hogy a CAMS hatékonysága kutatásokban mérhető, s más terápiákkal összevethető legyen (Jobes és mások, 2016).

A CAMS akkor zárható le, ha 1) a páciens két egymást követő ülésen 3 alatti öngyilkossági kockázati érték jellemez (az SSF alapján összesített kockázati szint egy 1-5 skálán), 2) az elmúlt két ülésen nem számolt be öngyilkos viselkedésről, 3) a felmerülő öngyilkossági gondolatokat hatékonyan kezelte.

A CAMS tehát egy nagyon erős keretet kínál a szuicid veszélyben lévő páciens állapotának menedzseléséhez. A módszer fő jellegzetessége a szuicid kockázat folyamatos monitorozása és dokumentálása, a szuicid viselkedés mozgatórugóinak megismerése és egy jól kidolgozott biztonsági terv alkalmazása. Az intervenciókat a terapeuta saját módszere szerint választja meg. Az alábbiakban bemutatok egy olyan terápiát, amelyet a CAMS keretei szerint vittem.

### EGY CAMS-TERÁPIA BEMUTATÁSA

Ádám 39 éves, több egyetemi végzettsége van. Kreatív, de sok stresszel járó munkát végez egy közepes méretű fővárosi cégnél. Amikor először találkoztunk, feleségével éltek együtt, gyerekek nem volt, de ahogy Ádám fogalmazott: „évek óta csak lakótársak” voltak már. Volt időszak – még a házasság előtt – amikor pár hónapot külön éltek, „átmenetileg elköltözött, hogy mindkettőnknek legyen tere gondolkodni”, mesélte Ádám. De aztán újra összeköltöztek és összeházasodtak. A háziorvosa irányította pszichológushoz, miután egy éjszaka erősen ittas állapotban ököllet ütötte a falat és depresszió tüneteit látta rajta a háziorvos. Ádám keze megsérült, rögtönre volt szükség.

Az Ádámmal való első találkozás legelején, már az első percekben világossá vált számomra, hogy öngyilkossági krízissel, azaz aktuálisan megemelkedett kockázatról van szó. Ádám fásult volt, többször kijelentette, hogy „úgysem fog változni semmi”. Az első találkozásunkkor derült ki, hogy körülbelül 3 hónappal korábban volt egy öngyilkossági kísérlete: altatókat vett be alkohollal, majd egy rövid telefonhívásban elbúcsúzott a párjától, aki értesítette a mentőket. A kísérletéről, illetve a szándékáról azt mondta, hogy „inkább meg akartam halni, mint nem”. A kísérlet után toxikológiai osztályra vitték, felajánlottak neki pszichiátriai osztályos kezelést, de nem fogadta el, így – mivel a szuicid veszély nem volt magas – másnap haza is ment. Azóta büntudatgyötri.

Amikor korábbi kísérletéről, önsértő viselkedéséről beszél, akkor döntöttem úgy, hogy a CAMS struktúrája szerint folytatjuk a munkát. A módszer előírásának megfelelően ekkor rögtön, tehát az első ülés legelején bemutattam neki az SSF-et, megkérdeztem, hogy mit szólna hozzá, ha jobban megvizsgálánánk és megpróbálnánk megérteni, hogy milyen lelkiállapotban van most és milyen fokú az öngyilkossági veszélye.

Az első találkozáskor felvett SSF is megerősítette azt a klinikai képet, hogy Ádámot erős lelki fájdalom és több hónapja tartó kimerültség jellemzi. Elmondása szerint folyamatosan úgy érzi, hogy „elfogy körülötte a levegő”, és sem a kapcsolatában, sem a munkájában nem lát olyan pontot, amibe kapaszkodhatna. A pszichés fájdalom mögött hosszan fennálló érzelmi üresség és elszigeteltség rajzolódott ki, amit ő maga úgy írt le: „mintha fal lenne közte és mindenki más között”. A stressz szintjét jelentősen emelte a munkahelyi nyomás, egy családi konfliktus az örökséggel kapcsolatban és az a bizonytalan,

hullámzó állapot, amit az alvászavar és a fáradtság tovább erősített.

A nyugtalanság érzése inkább epizodikusan jelent meg: gyakran beszélt arról, hogy tehetetlennek érzi magát, és időnként hirtelen készletétél át arra, hogy „tennie kellene valamit”, bár azt sem tudja pontosan, mit. A reménytelenség ezzel szemben már az első ülésen átható volt. Amikor azt kérdeztem, lát-e bármi esélyt arra, hogy a dolgok változni fognak, csak annyit mondott: „Bármit is teszek, nem lesz jobb”. Ugyanezt érezte önmagával kapcsolatban is: erős önvádat hordozott a korábbi kísérlete miatt, és gyakran tért vissza ahhoz a mondathoz, hogy „mindenki jobban járna nélkülem”. Az öngyilkossági krízisállapotokra jellemzően a problémák megélése differenciálatlanná, vagy-vagy kérdésekké váltak (Schechter és mások, 2024).

Az első SSF-felvétel során az öngyilkossági gondolatok hullámzó, de tartósan jelenlévő mintázata rajzolódott ki. Ezen a ponton korábbi kísérletéről is részletesen beszámolt: altatókat vett be alkohollal, majd telefonon elbúcsúzott a párjától, mielőtt a mentő kórházba szállította. Jelenleg nem jelzett konkrét tervet, ugyanakkor többször hangsúlyozta, hogy „nem fél a haláltól”. Ez a kijelentés számomra is figyelmeztető jel volt, mert arra utal, hogy az öngyilkosságra való képesség – azaz a fájdalomtűrés növekedése és a haláltól való félelem csökkenése – már kialakult Ádámnál (Joiner, 2005). Bár azt mondta, „úgysem tenném meg”, kidolgozott öngyilkossági terve nem volt, de a visszatérő szuicid gondolatok, az érzelmi kimerültség és a friss élethelyzeti krízis alapján a kockázatot közepesnek ítéltém.

Az élni és meghalni vágyás mögöttes okai is megjelentek az SSF felvétele során. Ádám megfogalmazott olyan tényezőket, amelyek miatt „talán mégis érdemes élni”. Leginkább az édesanyjához való kötődést említette, bár ezt is ambivalensen („talán neki fájna a legkevésbé”). Emellett érzékelhető volt, hogy a terápiás kapcsolat elemi szintű kapaszkodást jelent számára. A meghalás melletti érvek ezzel szemben sokkal élesebben jelentek meg: a teherérzés („kolonc vagyok”), a házasságában megélt elárultság, a munkahelyi kiüresedtség, valamint a jövőkép teljes hiánya mind hozzájárultak ahhoz, hogy a halál gondolata időnként megkönnyebbülésként jelenjen meg számára.

A kezdeti állapotfelmérés alapján három fő mozgatórugó rajzolódott ki. Az első a kapcsolati összeomlás és az ezzel járó identitáskrízis, amely

a felesége terhességének hírével vált igazán akuttá. A második az egzisztenciális üresség és a munkahelyi túlterheltség, amely hosszú ideje tartotta fenn benne az értelmetlenségérzést. A harmadik pedig a reménytelenség és az önvád, amely a kísérlet utáni szégyenérzettel és saját értéktelenségének megelégsével kötődött össze. Ez a három mozgatórugó adta a további munka fő vonalait.

Az ülés végére az állapotfelmérés alapján világossá vált, hogy szükség van egy közösen kidolgozott biztonsági tervre is – összhangban a CAMS-kerettel. Ádámmal együtt végigvettük, milyen helyzetek jelezhetik számára a romló állapotot, hogyan tudja felismerni a saját veszélyeztetettségének korai jeleit, és milyen lépéseket tehet ilyenkor, beleértve azt is, kihez fordulhat segítségért. Fontos, hogy a biztonsági terv ne pusztán egy papír legyen, hanem olyan eszköz, amelyet valóban használni tud. Ádám maga is így élte meg: „legalább van valami, amihez vissza tudok nyúlni, ha baj van.”

A CAMS szemléletéhez is igazodóan fontosnak tartottam, hogy a közös munkát ne egyirányú tanácsadásként, hanem valódi kooperációként élje meg. Ádám is jelezte, hogy ez a fajta együttgondolkodás – például az SSF-en keresztül történő állapotfelmérés – számára megnyugtatóbb volt, mint bármilyen más eddigi segítségkérés. Együtt ültünk az autóban, bekötött biztonsági övvel, ő vezetett és én voltam a mitfárer.

A terápia elején Ádám gyakran fásult volt. Azzal kezdte: „Az egész beszélgetésnek nem sok értelme van, úgyse fog változni semmi.” Úgy tűnt, mintha csak azért jött volna, hogy „le legyen tudva” a dolog. Öngyilkossági gondolatai vannak most is és voltak többször az elmúlt fél évben és hetekben, de ezekről azt mondja, hogy „úgysem tenném meg”. Beszélgetünk az öngyilkossági kísérletéről és ekkor mondja el, hogy „amúgy nem félek a haláltól.” Itt jelent meg az első terápiás dilemma (magamban): „Mennyire veszélyes, ha valaki nem fél a haláltól, de jelenleg nem is akar aktívan meghalni?” El is mondja, hogy bár a haláltól nem fél, de azért a vértől retteg: „Borzasztó. Egy vérvételnél is rosszul vagyok. De ha muszáj, kibírom. A toxikológián is a legrosszabb az infúziós tű meg a szagok voltak.”

Az első ülések egyikén arról is beszélgetünk, hogy mi miatt érzi, hogy érdemes élnie: „Talán anyám. Talán. Bár szerintem ő is jobban járna nélkülem. Meg a feleségem is jobban járna nélkülem. Ő folyton gyereket akar, én meg képtelen vagyok elképzelni magamat, mint apa. Kizárt, nem megy. Csak kolonc vagyok a nyakán.” „És mi az, amiért meghalna?” kérdezem. „Hát most éppen nem aka-

rok meghalni...nem annyira. De ha igen, akkor a munkából van elegendő és az otthoni dolgok miatt. Nem tudom.”

Mivel tudtam, hogy volt már öngyilkossági kísérlete, megkértem, hogy mesélje el az odavezető utat: – Szeretném, ha megpróbálnánk együtt megnézni, hogyan jutott el addig a pontig, amikor úgy döntött, hogy beveszi az altatókat. Nem diagnózist keresünk, hanem történetet. Ahogyan ön látta. Ahogyan ön élte meg.

Ekkor Ádám elcsendesedett, majd halkán elkezdett beszélni:

– Nem volt egy konkrét nap. Inkább hónapok, amikor azt éreztem, hogy elfogy a levegő. A feleségemmel már régóta nem működött, de nem volt bennem energia változtatni. A munka is üres volt, csak teljesítmény meg számok. Folyamatosan csesztettek. Egy nap csak ültem a konyhában, és azt mondtam magamnak: ‘Ha most meg tudnál halni úgy, hogy nem fájna senkinek, megtennéd?’ És azt válaszoltam: ‘Igen, azonnal.’ Folyton az a Balaton-szám, az Ady-vers járt a fejemben, hogy ‘Minden halálok fejedelme’.

Elmesélte még, hogy a kísérlet előtti hetekben nagyon rossz volt a hangulata, vagy inkább ingadozott, hullámzott. Mindenki „pörgött” körülötte, ő meg nem tudott eleget aludni, mindig nagyon fáradtnak érezte magát. Ahogy mesélte a történetét, folyton váltakozott a jelen és múlt idő: „Nem bírok kapcsolódni senkihez. Mintha mindig lenne egy fal közöttem meg a többiek között. És nem tudom eldönteni, hogy ők nem akarnak látni, vagy én nem akarom, hogy lássanak.” Kilátástalansága, reménytelensége átható volt. De azt éreztem, hogy ez egyszerre a kísérlet előtti állapota és a jelen állapot is. „Ha eljövök magához, az se fogja megoldani az egészemet. Mert velem van a baj, és az nem fog elmúlni.” Majd halkán hozzátette:

– És nem akarok újra csalódnai abban, hogy bármi változhat.

Az ötödik alkalom környékén Ádám dühösen, kétségbeesetten azzal a hírrel jött, hogy „a feleségem terhes”. Ekkor láttam először sírni. Tiltakozott. Megfogalmazta, hogy átverve érzi magát. Az egyik kollégájának, barátjának – egy 15 évvel fiatalabb férfi – tegnap el is mondta a „nagy hírt”.

– A Peti meg csak annyit mondott, „gratulálok öregem! Ez fantasztikus. Mondtam neki, hogy ‘én ettől készen vagyok, ezt nem akarom’, de nem fogta fel. Közben meg a nővérem is szarodik az örökséggel, az a rohadt kis aligai kunyhó lett az enyém és most nem akarja a nagyiék őrsegi házáat megfelezni,

mondván, hogy ‘öcsi, baszki, tiéd a nyaraló, enyém a ház, ebben maradtunk’.”

S tovább dühöngött:

– Hogy fogom így eltartani a gyereket meg az egész családot?! Átvert, mondtam neki, hogy nem tudok, nem akarok gyereket, nem vagyok kész erre.

Az, hogy minden alkalmat az öngyilkossági kockázat részletes felméréssel kezdtünk, Ádám számára eleinte szokatlan volt, később azonban kifejezetten értékelte, hogy krízisállapotát így egyre jobban megértjük, egyben „számszerűvé is válik”, és ő maga is láthatta a fokozatos változásokat. Az újracsatlakozási pont ilyenkor mindig a gondolatok intenzitásának felmérése volt, majd innen tértünk rá a három fő mozgatórugó aktuális állapotára.

Időt szántam arra is, hogy átbeszéljük Ádám öngyilkossági krízisének kialakulását, annak folyamatjellegét mozgató tényezőket Joiner interperszonális pszichológiai modelljének keretében. Különösen fontosnak éreztem, hogy Ádám megértse: a szuicid készítés nem irracionális jelenség, hanem pszichológiai tényezők („teher vagyok mások számára” élmény, a megélt elhagyatottság és reménytelenség) együtteséből áll össze. A beszélgetés során mindhárom tényező viszonylag könnyen beazonosítható volt: erőteljesen megélt azt, hogy mások számára teher, súlyos kapcsolati elszigeteltségélmény, reménytelenség, hogy e kettő nem fog érdemben változni és – ami Joiner modellje szerint jelentősen megemeli az öngyilkosság veszélyét – az öngyilkosságra való képesség, azaz a haláltól való félelem csökkenése, ami – részben talán – a korábbi kísérlet miatt lehet. Ádám számára ez a modell segített újfajta távolságot venni a gondolataitól, állapotának jobb megértését is segítette, s többször mondta: „Jó, hogy ez valami megérthető dolog, nem csak egy káosz”.

A terápiás munka a három mozgatórugó köré szerveződött. A kapcsolati összeomlás és identitásválság feldolgozásakor leginkább az apasággal kapcsolatos hiedelmeit vizsgáltuk meg. Kognitív megközelítésben próbáltuk elemezni, átfogalmazni az irracionális hiedelmeit, azokat a gondolatokat, amelyek önmagát alkalmatlannak láttatták. Ugyanakkor a dinamikus megközelítésben fontos szerepet kapott az elárultság és tehetetlenségélmény feltárása is: azt tapasztaltam, hogy a düh és a félelem gyakran egymásba csúszva jelent meg nála, és sokszor inkább a tehetetlenséget hangsúlyozta, mint a tényleges érzéseit.

A második mozgatórugó, az egzisztenciális üresség és munkahelyi túlterhelés esetében problémamegoldó megközelítésben elemeztük a helyzeteket

s próbáltuk kisebb egységekre bontani a hatalmas „hegyet”. Ádám kezdetben gyakran beszélt arról, hogy „nincs mit tenni”, amikor azonban lépésről lépésre végignéztük, hogy pontosan mi zajlik a munkahelyén és mi az, ami ténylegesen befolyásolható, fokozatosan visszanyerte a kontroll élményét. Ezzel párhuzamosan a dinamikus fókuszú alkalmon a teljesítményhez kötött önértékelési mintázatai kerültek előtérbe.

A harmadik mozgatórugó, a reménytelenség és önvád feldolgozása bizonyult a leglassabbnak. A kognitív átstrukturálás során folyamatosan visszatértünk a „kolonc vagyok” élményhez, és igyekeztünk arra fókuszálni, milyen bizonyítékok szólnak a korábbi értelmezés ellen. A szuicid kísérlet kapcsán fontos volt, hogy Ádám új jelentést tudjon adni ennek az eseménynek: ne gyengeségként, hanem extrém distresszre adott, maladaptív, de érthető megküzdési kísérletként tekintsen rá.

Az ő szempontjából az öngyilkosság, mint csaknem egyetlen lehetséges megoldás érthető, átélhető. Az ő szempontjának radikális elfogadása természetesen nem az öndestruktív szelfrészével való kollúziót, vagy az öngyilkosság, mint megoldás elfogadását jelenti. A radikális belehelyezkedés, együttérzés, Ádám élményeinek validálása a szuicid páciensekkel végzett terápiáknak (is) fontos jellemzője. A dinamikus megközelítésű munkaszakaszok során pedig a szégyen interperszonális szerepe került előtérbe: azt tapasztaltam, hogy ez a szégyen sokszor nem is annyira a konkrét történetekhez, mint inkább a kapcsolati mintázatokhoz kapcsolódott, amelyekben nehezen engedett közel bárkit is magához.

Ahogy haladtunk a terápiában, az SSF mutatók tartós csökkenése adott jelzést a változásokról: a szuicid gondolatok intenzitása hetek alatt a korábbi 6–7-es értékről 2–3 körüliire stabilizálódott. A mozgatórugók terén is látható változások történtek, különösen az apasággal kapcsolatos irracionális félelmek és a munkahelyi kontrollérzet visszanyerése tekintetében. Emellett azt is láttam, hogy egyre önállóbban használja a biztonsági tervét, és valós időben képes felismerni, ha a distressz szintje emelkedik.

A lezárás felé haladva fontos volt számomra, hogy közösen döntsünk a lezárásról vagy – immár a CAMS kereteit elhagyva – a folytatásról. Ádám maga is úgy érezte, hogy a szuicid krízis már nem aktív, ugyanakkor nyitott volt arra, hogy tovább dolgozzunk a meghatározott problémákon. A CAMS-protokoll ilyenkor lehetővé teszi, hogy a terápiás fókusz elmozduljon egy következő felé. A döntést együtt hoztuk meg: lezártuk a CAMS-sza-

kaszt, és a továbbiakban a kapcsolati problémáira és az önértékelésére helyeztük a hangsúlyt.

Ádám SSF-értékei a következőképpen alakultak a folyamat során: a kezdeti 8/10-es pszichológiai fájdalom 3/10 körülire csökkent, a szuicid gondolatok megélt intenzitása és a reménytelenség élménye jelentősen mérséklődött. A stresszorok közül több már nem akut formában volt jelen, és ő maga is stabilabbnak élte meg az alvását, aktivitását és mindennapi működését. A biztonsági tervet Ádám magabiztosan használta, és jól láthatóvá vált, hogy a három kiemelt mozgatórugó mentén végzett célzott munka hozta meg számára a legnagyobb változást.

A CAMS-ben a *kollaborativitás* és a szuicid krízis *narratívájára* történő fókuszálás meghatáro-

zóak. Egymást támogatva valódi, átélt saját történet kibontakozását segítik. Ádám esete jól mutatja, hogy a CAMS keretei között végzett munka hogyan teremthet strukturált és mégis rugalmas lehetőséget a szuicid krízis kezelésére. A folyamat során a kollaboratív szemlélet végig hangsúlyos maradt: a mozgatórugókkal való munka, a rendszeres SSF-felmérés, valamint Joiner modelljének pszichoedukációs megközelítése hozzájárultak ahhoz, hogy Ádám képes legyen új megértéssel közelíteni saját gondolataihoz, érzéseire. A CAMS lezárását követően pedig már nem egy akut krízisben lévő emberrel dolgoztam tovább, hanem valakivel, aki képes volt saját történetét új, élhetőbb értelmezés felől látni.

## Hivatkozott irodalom

- Bérdi, M. (2022). „Sosem tudnám megtenni.” Az öngyilkos viselkedés „gondolatból tett” paradigmája. *Orvosi Hetilap*, 163(28), 1095–1104.
- Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: a collaborative approach*, Third edition. New York, NY, The Guilford Press.
- Jobes, D. A., Comtois, K. A., Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., O'Connor, S. S. (2016). Lessons Learned from Clinical Trials of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS). In: *The International Handbook of Suicide Prevention*. John Wiley & Sons, Ltd, 431–449.
- Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*, 1 edition. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Osváth, P., Fekete, S., Vörös, V. (2020). Szuicid-specifikus szindrómák és új szempontok az öngyilkossági rizikó felmérésében - kríziskonceptió újratöltve? *Psychiatra Hungarica*, 35(2), 126–135.
- Priyanka Elek, L., Bérdi, M., Gonda, X. (2025). Az ASQ és BSSA alkalmazása Magyarországon: háromlépcsős klinikai útvonal és az öngyilkossági kockázat csökkentése. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XXVII(3), 185–207.
- Rudd, D., Bryan, C. J., Jobes, D. A., Feuerstein, S., Conley, D. (2022). A Standard Protocol for the Clinical Management of Suicidal Thoughts and Behavior: Implications for the Suicide Prevention Narrative. *Frontiers in Psychiatry*, 13. doi:10.3389/fpsy.2022.929305
- Schechter, M. A., Goldblatt, M., Ronningstam, E., Herbstman, B. (2024). Az öngyilkosság pszichoanalitikus megközelítésű vizsgálata, II. rész: Az elmélet, a kutatás és a klinikai gyakorlat integrációja. *Lélekelemzés*, 19(1), 141–166.
- Wasserman, D. szerk. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: *Suicide--an unnecessary death*. London, Martin Dunitz, 13–28.

Bérdi Márk  
berdimark@gmail.com

## ÁDÁM LEHETSÉGES KEZELÉSE AZ ÁTTÉTEL- FÓKUSZÚ PSZICHOTERÁPIA MÓDSZERÉVEL

Csáky-Pallavicini Krisztina

Az Áttétel-fókuszú Pszichoterápia (TFP) keretében történő kezelés első lépése a diagnosztikus tisztázás lenne: ennél az esetről különösen fontos a Major depressziós epizód elkülönítése a személyiségzavar talaján kialakult, aktuális élethelyzeti nehézség(ek) következtében elmélyült önértékelési krízistől. Ennek a diagnosztikus tisztázásnak eredménye lehet annak mérlegelése, hogy a diagnózis függvényében szükség van-e gyógyszeres támogatásra, illetve várhatunk-e ettől érdemi változást, védelmet. Az esetből kiemelnék néhány tisztázandó pontot. Tüneti szinten körbejárom a vegetatív tünetek kiterjedtségét: van-e az alvászavaron kívül más vegetatív tünet, és érdemes lenne az alvászavart is jobban feltérképezni, milyen jellegű, mikor lép fel stb. A büntudati tematika belső dinamikája a leírás alapján ellentmondásos: kérdés, hogy a „mindenkinek jobb lenne nélkülem” érzés és a konkrét szuicid cselekvés miatt érzett büntudat mennyire valós büntudat, ami akár rögeszmeszerűen uralja a belső világot, vagy mennyire egy súlyos narcisztikus önleértékelés, illetve a környezet felé irányuló harag része, ami esetleg évek és évek óta hullámozóan fennáll. Depresszióban a terapeuta konfrontációja – amely azzal az ellentmondással szembesíti a páciens, hogy miközben úgy véli, várandós feleségének és születendő gyermekének jobb lenne nélküle, ez a realitás szintjén nehezen tartható – nem vezet változáshoz: a páciens gyakran kitart az irreális meggyőződés mellett, miközben önvádlása esetleg tovább mélyül. Személyiségzavar esetén tudná követni a terapeuta gondolatmenetét, tehát a realitás talaján maradna. Természetesen ebben az első körben ez nem eredményezne változást, diagnosztikusan viszont fontos kérdés. A diagnosztikus tisztázás során fontos kérdés az is, hogy a depresszív tünetek mögött elsősorban büntudati tematika, vagy inkább a környezet felé irányuló, nehezen hozzáfér-

hető harag áll. Ennek tisztázását segítheti például a munkahelyi elárultság-élmény vagy a „kolonc” érzés részletesebb feltárása: elképzelhető, hogy ezek mentén megjelennek a környezettel szembeni vádak és szemrehányások, amelyek inkább személyiség-szerveződés-szintű problematikára utalnak.

Ha döntésre jutottunk a diagnózis és a differenciáldiagnózis tekintetében, a következő lépés a terápiás keret és szerződés kialakítása. Ádám esetében a szuicid fenyegetettség már a terápia elejétől jelen van, ezért ezzel a kérdéssel a kezdeti szerződésben is részletesen foglalkoznánk. Ennek részeként a TFP terapeuta a pácienssel együtt feltérképezi a szuicid gondolatok megjelenésének körülményeit, tisztázó kérdések segítségével vizsgálva, hogy milyen helyzetekben aktiválódnak, milyen cselekedetek követik őket, hogyan viszonyul hozzájuk a páciens, és mekkora a tényleges veszély egy-egy ilyen állapotban. A terapeuta ennek során igyekszik képet kapni az esetleges másodlagos előnyökről, például a szuicid viselkedéssel Ádám esetleg sikerrel kontrollálja a környezetét, és ezen keresztül fejezi ki haragját a felesége, születendő gyermeke, esetleg szülei felé, vagy áll bosszút rajtuk. Ez a kérdés a szerződés szempontjából is lényeges, mivel később kulcskérdés lesz, hogy a páciens képes-e lemondani az ebből származó kielégülésről. A TFP szemlélete abból indul ki, hogy mindenképpen van egy olyan egészséges felnőtt énrész, amelyik szeretne adaptívabb, „egészségesebb” módon működni, és ezzel az énrésszel tudunk szerződni arról, hogy a közös célunk az lesz, hogy megvédjük őt a haláltól. Ennek a szerződésnek ki kell arra is térnie, hogy ez lemondással jár a páciens részéről. Lemondani az eddig „bejártott”, maladaptív kapcsolat- és érzelmszabályozási módszerekről és a fent említett másodlagos előnyökről komoly erőfeszítést jelent, és veszteség-élménnyel jár együtt.

A szerződéskötés során fontos, hogy a páciens számára világossá váljon, hogy a folyamatban mi a terapeuta felelőssége, és mi az övé. Egészen konkrétan, pontról pontra átbeszéljük, mit vállalok én, és mit várok, hogy ő vállaljon. Én vállalom például, hogy fenntartom a rendszeres heti kétszeri ülésgyakorlatot és ettől csak vis maior vagy előre bejelentett szabadság esetén térek el. Továbbá vállalom, hogy a megbeszélte csatornákon a megbeszélte módon elérhető vagyok, tehát stabilan számíthat a jelenlétemre és arra, hogy nehéz pillanatokban pontosan tudhatja, mikor lesz újra lehetősége velem beszélni. Vállalom, hogy legjobb tudásom szerint gondolkodom arról, amit ő elmond, és mindent a rendelkezésére bocsátok, ami hasznára lehet abból, amire én jutok. Viszont nem tudok állandóan elérhető krízisintervenciós központként működni, tehát a két ülés között neki kell kezelnie a rossz állapotait és öngyilkossági késztetéseit – ez az ő felelőssége. Ádám esetében ezen a ponton fontos támpontot jelenthet – az esetre visszatérve – az öngyilkossági kísérletet követő állapot, amit az esethozó a „bűntudat gyötri” kifejezéssel írt le. Explorálnám, hogy az öngyilkossági kísérletet követő bűntudat pusztán önmarcangoló ruminációként jelenik-e meg, vagy tetten érhető benne az egészséges én megnyilvánulása is, amely szeretné máshogy megoldani az ilyen helyzeteket. Megkérném továbbá, hogy gondolja végig, tudna-e egy ilyen helyzetben legközelebb – a megállapodásunkra támaszkodva – más megoldást találni: ideális esetben kibírni a következő ülésig, amikor megosztja velem a nehéz gondolatait, vagy segélyhívó telefonszámot hívni, végső esetben pedig mentőt.

A TFP terápia szempontjából elemi jelentőségű, hogy a szerződés ne pusztán üres rábólintás, hanem egyfajta közös megértés és a páciens részéről valós döntés eredménye legyen, ugyanis a későbbiek során a terapeuta a technikai neutralitás pozíciójában dolgozik, vagyis nem törekszik arra, hogy a páciens destruktív gondolatait közvetlenül cáfolja vagy felülírja, nem igyekszik meggyőzni arról, hogy érdemes élni, vagy hogy bizonyos változtatásokkal megszüntethetné a problémáit, hanem ezeknek a gondolatoknak és késztetéseknek a belső dinamikáját igyekszik a pácienssel együtt feltárni. Például, ha Ádám a megállapodás szerint azzal érkezne terápiába, hogy két napja nagyon erős késztetést érzett, hogy öngyilkosságot kövessen el, akkor az ülést arra fordítanám, hogy exploráljam azt az érzelmi állapotot, amiben volt, és – ha lehetséges – pszichoa-

nalitikus keretben megkísérelném megragadni a mögötte rejtőző tudattalan konfliktust. Ennek során megvizsgálnám a bennem megfogalmazódott hipotézist, hogy az öngyilkossági késztetés a csapdaélményből való kitörés lehetőségeként jelenik meg, azaz a halállal kapcsolatos tudatos vagy tudattalan fantáziák nem a megsemmisüléshez, hanem a teljes szabadság és önrendelkezés képzetéhez kapcsolódnak. Alátámasztja ezt a hipotézist az általa idézett Ady vers is, és a megdolgozás fázisában biztosan kérném, hogy beszéljen arról az állapotról, amikor „minden halálok fejedelmének” érzi magát. A vele való közös munka során kidolgozhatóvá válhat az a hatalom-tehetetlenség diád, amiben a halál állapota a teljes hatalmat, az élet pedig a végletes alárendeltséget, és az ebből származó tehetetlen dühöt jelenti. Ennek során egyre inkább kirajzolódhat az a dinamika mag, amely a TFP szemléletében központi jelentőségű: a patológiás grandiózus szelf működése.

Ezekben a témákban elmélyülni azonban csak akkor tekinthető biztonságosnak, ha érzékelhető, hogy a szerződés tart, és a páciens jelzi, ha ismételten szuicid gondolatai vagy késztetései jelentkeznek. Amennyiben ez megtörténne, ezt a terápiában tett fontos előrelépésként vissza is jelezném neki, ha viszont kétségeim támadnának ezzel kapcsolatban, a TFP alapvetései szerint e kétségek tisztázása előnyt élvezne minden más tematikával szemben (ezt nevezzük priorizálásnak, amit konkrét prioritáslista segít). Mély, tudattalan konfliktusokkal dolgozni, azokat feltárni ugyanis csak biztonságos térben lehet.

Azt várnám összességében, hogy egy jól felépített, biztonságos keret védelmében fokozatosan tematizálhatóvá válik a látszólag depresszív tematika mögött megjelenő intenzív indulat és tehetetlenség, valamint az ezekkel szembeni küzdelemben mozgósított patológiás grandiózus szelf, amely a halált nem megsemmisülésként, hanem a teljes szabadság állapotaként értelmezi. Ha ez apránként meg tud történni, várható, hogy a szuicid tematika csendesedik, a szuicid veszélyeztettség csökken, és lehetőség nyílik egy hosszabb feltáró folyamatban a patológiás grandiózus szelf fokozatos lebontására, ami végső soron a feltételezhető nárcisztikus személyiségpatológia alapját képezi.

*Csáky-Pallavicini Krisztina  
krisztinacsaky@gmail.com*

## ÁDÁM LEHETSÉGES KEZELÉSE AZ INTEGRATÍV PSZICHOTERÁPIA MÓDSZERÉVEL

Kuritárné Szabó Ildikó

A terápiás intervenciók megválasztásához meg kell értenünk a beteget: fel kell mérnünk a személyiségét, meg kell becsülnünk az öngyilkossági kockázat mértékét, és tekintetbe kell vennünk a terápiás kapcsolat minőségét. A konkrét módszertani megoldások megválasztásánál a fentiekén túl mérlegeljük a beteg adott módszerrel kapcsolatos megelőző tapasztalatait is.

Ádám személyiségét illetően kötődési problémák valószínűsíthetők, hisz a feleségével csak egymás mellett élnek, nem szeretne gyereket vállalni, s az anyjával való kapcsolatában is problémák feltételezhetők. Ádám maga megfogalmazza, hogy „nem bírok kapcsolódni senkihez. Mintha mindig lenne egy fal köztem és a többiek között”.

A viselkedéskontroll, ami az öngyilkossági veszély szempontjából fontos tényező, a mindennapokban megtartottnak tűnik: dolgozik, bár nem jelent számára örömet a munkája, s korábban elvégezte az egyetemet. Nem bocsátkozik kockázatos viselkedésekbe, inkább passzívan szenvedőnek tűnik. A szakemberrel való találkozásnak bár nem látja értelmét, de eleget tesz a háziorvos kérésének, és képes udvarias, kontrollált viselkedésre az exploráció során.

Szuicid veszélyeztetettség: akut veszély nem valószínű, aktuális krízishelyzetre nem utal az esetleírás. Sokkal inkább krónikus öngyilkossági veszély rajzolódik ki: Ádám már jó ideje örömtelen és elégedetlen az élete fontos területein: koloncnak érzi magát a felesége nyakán, s a munka üres robot számára. Krónikusan nehéz, reménytelen érzések mellett gyűri a mindennapokat, s feltehetően az élete korábbi szakaszaiban sem lehetett sokkal jobban, hiszen személyiség szintű problémákról van szó.

Az öngyilkossággal kapcsolatban kifejezetten ambivalens. Igaz, volt egy korábbi szuicid kísérlete, de azt ittas állapotban követte el, s a fal ütögetése

(dühroham? fájdalom? tehetetlenség?) is erősen ittas állapotban történt. Észre kell vennünk az akut kockázatnak ellentmondó tényezőket is, hogy ne reagáljunk túl az öngyilkossággal kapcsolatos tematikát: krónikus rossz lelkiállapot tettekbe fordításához Ádámnak alkoholra van szüksége, egyébként nem veszíti el a viselkedése fölötti kontrollt, hanem tűr és szenved. Ambivalenciára utal az is, hogy a kísérlet után felhívta a feleségét, ezzel lehetőséget teremtve az élete megmentésére. Fél a vértől, ami bizonyos elkövetési módokat valószínűtlenné tesz; s rákérdezésre említ visszatartó tényezőt, az anyjának okozott érzéseket.

Felesége váratlan terhessége és a nővérével kapcsolatos örökösödési vita esetleg tekinthető krízishelyzetnek, de mindkét történés arra is alkalmat nyújt, hogy *kifelé* irányíthassa a haragját.

A harmadik mérlegelendő tényezőről, a terápiás kapcsolatról viszonylag kevés az információnk, de úgy tűnik, érzelmileg (a többi kapcsolatához hasonló módon) kevésbé involválódik, részvételével csak kötelezettségét teljesíti, és nem bízik a változásban.

Teendők: Hospitalizációra nincs szükség az öngyilkossági tartalmak krónikus jellege miatt. Krónikus szuicidalitás esetén a kórházi kezelés nem indokolt és nem segít. Pszichoterápiára van szükség, melynek során a pótlólagos személyiségfejlődés a cél, hogy a beteg megtanuljon olyan életet élni, amit érdemes élni. A személyiségfejlődési deficiteket kell feltölteni, értelmet, célt, örömöket és a kötődést megtanulni. Ez hosszú pszichoterápiával érhető el, de ennek segítségével valóban elérhető. Ezt hitelesen és nyomatékkal el kell mondani a betegnek. Ezzel a reményt képviseljük: van esélye egy kielégítőbb életnek a számára! Mindeközben hitelesítjük a szenvedését és értékeljük a kitartását. Dolgozunk a terápiába való bekötődésén és a terápiával kapcsolatos reménytelenségén is.

Fontos, hogy beszéljünk arról a beteggel, hogy az alkoholhasználat mindkét esetben jelen volt az önkárosító és szuicid viselkedése során, ezért nem szabad innia. (Mindennapos alkohol problémákra nem utal az eset).

Fontos, hogy mi magunk ne ijedjünk meg túlzottan az öngyilkossági veszélytől és a megelőző kísérlettől, hogy ne erre szűküljön be a terápiás fókusz, hanem tudjuk a személyiségen való munkát végezni (de közben a szuicid tendenciákról is tájékozódunk).

Módszertanilag a Katatím Imaginatív Pszichoterápia (KIP) kiválóan alkalmas személyiségfejlesztésre, szisztematikus használata esetén a lélektani deficitek pótlására, tehát a KIP-et alkalmaznám elsődleges módszerként. A KIP kifejezi a tudattalan tartalmakat, s ugyanakkor a szimbolikus munka révén kellő védelmet is nyújt.

Az esetismertetésben foglaltak két konkrét technika alkalmazását kínálják fel. A legelső üléseken ezeket konfrontatív jellegük miatt nem használnám, de a módszerekben gyakorlott és bizonyos stabilitást már elért betegnél, jó terápiás kapcsolat fennállása esetén biztosan dolgoznék ilyen módon.

1) Ego-state technika az öngyilkossággal kapcsolatos ambivalencia feltárására: Módosult tudattállapot létrehozása után megkérjük a beteget, hogy beszélhessünk azzal a részével (énállapotával), aki meg akarja ölni magát, majd azzal a részével (állapotával) is, aki nem akar meghalni. A részek feltehetőleg sokkal többet tudnak mindkét szándékról és annak gyökereiről, jellemzőiről, erejéről, mint a páciens maga. A módszer révén a részek beszélgetésbe bocsátkozhatnak a terapeuta segítségével, s feltárhatják, megvizsgálhatják ennek a súlyos dilemmának az összetevőit. Lehetővé válik,

hogy a beteg találkozzon a benne élő konfliktussal, melynek során az élni akaró rész (nem a terapeuta) fogalmazza meg érveit az életben maradás mellett. Ádám ego-state-re való készenlétére utal (de enélkül is megvalósítható), hogy Ádám elmondása szerint spontán párbeszédbe bocsátkozott önmagával az öngyilkossága napján. Megkérdezte önmagától, hogy „megtennéd?”, és kapott választ a kérdésére.

2) A KIP segítségével imaginációban beállítható az öngyilkossági kísérlet napja, hogy jobban megérthessük a betegben ekkor lejátszódó folyamatokat, majd életkorregresszió révén ezeknek a mélyebb vonatkozásait. Az *aktuális élményből képet* létrehozó technika során megkérjük a beteget, hogy legyen újra ott a konyhában, lássa maga körül a helyiséget, hallja a hangokat, érezze az érzéseit, a gondolatait, a testi érzéseit. Majd affect bridge technikával megkeressük az aktuális érzései gyökereit, olyan élettörténeti (gyermekkori) eseményeket, ahol az aktuális érzésnek megfelelően érezte magát. Itt lehetőségünk van a self-mothering technikával segíteni annak a nagy valószínűséggel megjelenő szomorú, magányos, elveszett kisgyerekeknek, aki egyedül érzi magát, és nem bízik abban, hogy jóra fordulhatnak a dolgai, aki kolonc a mások nyakán, s akinek nincs támasza a nagy ürességben. Az életkorregressziós technikának az alkalmazása megfelelő teherbírást és kipróbált terápiás kapcsolatot kíván meg, a terápiás folyamat elején nem javallott! Ugyanakkor nagyon hatékony, hisz utat nyit a gyermekkori élmények feldolgozásához.

Kuritárné Szabó Ildikó  
kuritarne.ildiko@med.unideb.hu

## REFLEXIÓ BÉRDI ESETBEMUTATÁSÁRA

Perczel-Forintos Dóra

Nagy örömmel olvastam a szerző esetelemzését, amelyben egy 39 éves férfi példáján keresztül mutatta be egy célzott szuicid prevenciók módszerét, a CAMS alkalmazását. Különösen azért találtam fontosnak, mert korábbi multicentrikus szuicidológiai vizsgálatok (Fekete és Osváth, 2004) arra a sajnálatos megállapításra jutottak, hogy bár öngyilkossági kísérletet követően Magyarországon töltik a betegek a legtöbb napot kórházban, mégis itt a legmagasabb a megismételt kísérletek aránya. A kutatók ebből azt a következtetést vonták le, hogy nem önmagában a hospitalizáció időtartama a meghatározó, hanem az, hogy az érintettek részesülnek-e célzott, az öngyilkossági krízis kialakulásában szerepet játszó tényezőkre irányuló intervenciókban.

A pszichoterápiák lendületes fejlődése magával hozta annak lehetőségét, hogy a különböző pszichés problémákat egyre árnyaltabban értelmezzük, és kezelésükre mind differenciáltabb módszerek álljanak rendelkezésre. A gyógyszerkutatásokhoz hasonlóan – amelyek révén egyre szelektívebb, kevesebb mellékhatással járó készítmények váltak elérhetővé – a pszichoterápiás intervenciók területén is megjelentek az egyre célzottabb, egy-egy konkrét pszichés nehézségre fókuszáló megközelítések. Ez a tendencia az öngyilkosság megelőzésének területén különösen szembetűnő, ahol a fókuszáltság kiemelt jelentőségű, hiszen a korábbi öngyilkossági kísérlet az egyik legerősebb, nem módosítható kockázati tényező a szuicid veszélyeztetettség szempontjából. Ennek megfelelően számos klinikai pszichológiai kutatás irányult arra, hogy feltárja az öngyilkossági veszélyeztetettséghez vezető folyamatokat, valamint az ezek megelőzésére irányuló lehetőségeket.

A pszichiátriai megközelítés szerint a depresszió, a szerhasználat és/vagy egyes pszichotikus állapotok diagnózisa jelent szuicid kockázatot, az önsértő viselkedés pedig leginkább borderline személyiségzavarban jelenik meg. A klinikai pszichológiai és pszichoterápiás megközelítés feltárta a depresszív

hangulat mellett bizonyos intrapszichés tényezők, maladaptív megküzdési módok, szociális készségek hiányát, a negatív kognitív triád felismerését, amelyek különböző hangsúllyal, de mind megjelennek a szuicid prevencióra irányuló terápiákban. Aaron Beck felismerte, hogy diagnózistól függetlenül a reménytelenség és a negatív jövőkép, a jövőperspektíva lezárulása az „utolsó csepp” a pohárban. Mark Williams ezt úgy írta le, hogy a személy úgy érzi magát, mint aki csapdába esett és nem képes ebből önerőből kijönni, mivel alacsony szintűek a problémamegoldó készségei, Linehan a borderline önsértő viselkedést érzelmszabályozási zavarnak tekintette. A CAMS (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*) és az ASSIP (*Attempted Suicide Short Intervention Program, Öngyilkossági kísérlet utáni rövid intervenciók programja*) pedig a személy narratíváján keresztül tárják fel a szuicid krízishez vezető utat, támaszkodva az imént felsorolt reménytelenség, csapdahelyzet, érzelmszabályozási zavar vagy maladaptív megküzdőképesség csökkentésére.

Rátérve a bemutatásban szereplő CAMS módszerre, az esetvezetést kifejezetten átgondoltnak, szépen felépítettnek és logikailag koherensnek találtam. Márk kiemeli, hogy Ádám problematikáját már a kezdetektől szuicid keretbe helyezte, és a szuicid prevencióra fókuszált, ami ebben az esetben valóban elsődleges prioritást élvez.

Leírása szerint már az első találkozás perceiben világossá vált, hogy aktuálisan megemelkedett szuicid kockázatról van szó. Ádám fásultnak tűnt, és többször is megfogalmazta reménytelenségét („úgysem fog változni semmi”). Ekkor derült ki az is, hogy körülbelül három hónappal korábban öngyilkossági kísérletet követett el: altatókat vett be alkohollal, majd egy rövid telefonhívásban elbúcsúzott a párjától, aki végül értesítette a mentőket. A szándékát utólag úgy fogalmazta meg, hogy „inkább meg akartam halni, mint nem”. Ugyanakkor a leírásból az is kiderül, hogy a pszichológushoz irányítását

megelőzően egy másik krízishelyzet is fennállt: erősen ittas állapotban ökölrel ütötte a falat, amely során megsérült a keze, és orvosi ellátásra szorult. Ez az epizód, valamint a házi orvos által észlelt depresszív tünetek vezettek a pszichológiai konzultációhoz.

Ha azt vizsgálom, hogyan dolgoznék én ezzel a pácienssel, első lépésként – Márkhoz hasonlóan – részletesen felmérném az öngyilkossági kockázatot, valamint a protektív tényezőket, részben az első interjú, részben standardizált kérdőívek segítségével. Számomra Ádám működésében több jelenség is diagnosztikai megfontolásokat vet fel: a reménytelenség élménye, az önsértő viselkedés (ökölrel fal ütése), az ürességérzés és az intenzív lelki fájdalom egyaránt felvetik a depresszió, a borderline személyiségzavar, illetve egy éretlenebb személyiségserveződés lehetőségét.

A terápiás fókusz kijelölésénél abból az alapelvből indulnék ki – amely mind a dialektikus viselkedésterápiában (DBT), mind a kognitív viselkedésterápiában (CBT) hangsúlyos –, hogy érdemes a könnyebben hozzáférhető és gyorsabb változást ígérő területeken beavatkozni a remény és a motiváció fenntartása érdekében. Ennek megfelelően kezdetben a lehangoltság és a reménytelenség oldására irányuló intervenciókat alkalmaznék. Fontos kérdés számomra, hogy milyen negatív automatikus gondolatok és diszfunkcionális attitűdök húzódnak meg a kilátástalanság élménye mögött. Vajon reálisan értékeli a helyzetét, vagy a nehézségek felnagyítása, a negatívumokra fókuszálás figyelhető meg? A rendelkezésre álló információk hiányossága miatt a munkahelyi stresszorok szerepére csak következtetni tudok, ugyanakkor felmerül bennem, hogy Ádám mennyire tolerálja azt, ha a helyzetek nem az elvárásai szerint alakulnak. Elképzelhető, hogy rigid, akár nárcisztikus attitűdök is jelen vannak, például az a meggyőződés, hogy „elviselhetetlen, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy szeretném”. Erre utalhat a felesége terhességével kapcsolatos intenzív indulati reakciója is.

A terápiában fontosnak tartanám annak feltárását is, hogy az externalizáló, másokat hibáztató működésmód mellett Ádám milyen módon járul hozzá – akár nem tudatosan – a jelenlegi helyzet alakulásához. Megpróbálnám megérteni, hogy mások hibáztatása és externalizálás helyett ő maga milyen módon van benne (természetesen nem tudatosan) a mostani helyzet kialakulásában. Ha legalább részben rálátást nyerne arra, hogy a dolgok, helyzetek, kapcsolatok alakulhatnak másképp, mint ahogy ő azt elvárja vagy szeretné, akkor lenne esélye vál-

tozni ebben a tekintetben és nem „bószítané fel”, nem sodornák el az indulatai. Tapasztalataim szerint a kognitív átstrukturálás gyakran vezet „aha” élményhez frusztrált, dühös, indulatos klienseknél, amikor felismerik, hogy arra vágnak, a másik személy az ő elvárásuknak megfelelően viselkedjen. El lehet-e ezt várni másoktól és ha igen, akkor milyen mértékben? Vajon a páciens mennyire szereti, ha mások elvárásainak kell megfelelnie?

A terápia középső szakaszában hangsúlyt fektetnék annak megértésére, hogy a Márk által leírt három fő mozgatórugó milyen módon kapcsolódik egymáshoz, illetve van-e közös gyökerük. Különösen fontos kérdés számomra, hogy a kapcsolati kiüresedés és az egzisztenciális üresség milyen érzelmi deficitek talaján alakult ki, és ezek hogyan járulnak hozzá ahhoz, hogy Ádám nehezen tudja vállalni az apai szereppel járó felelősséget. Elképzelhető, hogy az ezzel kapcsolatos belső feszültség intenzív érzelmi reakciókhoz, alkoholfogyasztáshoz és önsértő viselkedéshez vezet.

Ádám esetén gondolkozva arra törekedtem, hogy érzékeltessem: a viszonylag korlátozott, ugyanakkor klinikailag releváns anamnesztikus információ alapján milyen összefüggések rajzolódhatnak ki, és ezek mentén hogyan gondolkoznék a lehetséges terápiás célokról és irányokról.

Összességében úgy látom, hogy az ilyen komplex esetekben – ahol a szuicid rizikó, az érzelmi szabályozási nehézségek és a kapcsolati működés problémái egyszerre vannak jelen – különösen nagy jelentősége van a strukturált, ugyanakkor a páciens narratívájára építő megközelítéseknek. Bérdi Márk nagyszerű esettanulmánya egyértelműen rávilágít arra, hogy szuicid veszélyeztetettség esetén mennyire fontosak a prevencióra irányuló intervenciók. Véleményem szerint nagyon fontos lenne, hogy ez a szemlélet hazánkban szélesebb körben elterjedjen, és minél több szakember váljon képessé ilyen intervenciók alkalmazására a klinikai gyakorlatban.

## Hivatkozott irodalom

- Fekete S, Osváth P (2004): Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig. Pécs, Pannónia Könyvek.
- Michel, K. és Gysin-Maillart, A (2026): Öngyilkossági kísérlet utáni rövid intervenció program (ASSIP). Semmelweis Kiadó, 2026.
- Perczel-Forintos D. (2012): Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció. (szerk. Kalmár S., Németh A., Rihmer Z.), Medicina Kiadó, Budapest 280-297.

## HOGYAN KEZELNÉM BÉRDI MÁRK KLIENSÉT DBT (DIALEKTIKUS VISELKEDÉSTERÁPIÁS) MÓDSZER ALKALMAZÁSÁVAL?

Ratkóczi Éva

Örömmel olvasom Bérdi Márk írásában a Caplan-féle kríziskoncepció újraéledését. Nem az egyetlen, nagy magyarázó értékkel bíró elmélet, amely háttérbe szorult az utóbbi évtizedekben. Ilyennek tartom Erikson „epigetikus fejlődélméletét” is, pedig az esetrészletben szereplő Ádám krízisének fő mozgatórugói éppen beleillenek az életszakaszának megfelelő eriksoni „fejlődési krízisbe”. Ádám életkori fejlődési feladata Erikson szerint a „generativitás” lenne, azaz a jövő nemzedékért való felelősségvállalás, ami nemcsak gyerekvállalásban, hanem egyéb, másokat (is) szolgáló értelmes tevékenységben is megvalósulhat, viszont ő mindkét vonalon elakadtnak érezheti magát. Lehetséges magyarázat, hogy Ádámnál ehhez a fejlődési krízishez adódik hozzá caplani akcidentális krízisként a konkrét munkahelyi túlterhelődése és a feleségével kapcsolatos csalódottsága. Mindezek ellenére Ádám esetében felmértem volna a betegség szintű depresszió lehetőségét, eredetét és súlyosságát is, és mérlegettem volna kiegészítő gyógyszeres kezelését. (Más kérdés, hogy utólag igazat kell adnom Márknak, aki tisztán krízisintervenciós és pszichoterápiás módszerekkel ki tudta hozni kliensét a kezdetben rendkívül súlyosnak tűnő, kognitívblokádközel állapotról.) A depresszióval kapcsolatos kérdések megválaszolásához én az ugyancsak méltatlanul feledésbe merült, viszont a tünetek mellett az okokat is számba vevő Kielholz-féle depresszió felosztás szempontjait szoktam átgondolni. Ádám esetében azt próbálnám elkülöníteni, hogy egy döntően genetikusan meghatározott, esetleg periodikusan visszatérő depresszió következtében alakulhatott-e ki az aktuális krízisállapot, vagy fordítva, egy hosszan tartó (a leírás alapján minimum fél éve már öngyilkossági gondolatokkal járó) megoldatlan krízis toroklott pszichogén depresszióba.

Mindez azonban számomra is csak a kiegészítő gyógyszeres kezelés és a hosszabb távú terápiás tervezés szempontjából lenne irányadó, az azonnal elkezdett krízis intervenciós munka szempontjain nem sokat változtatna. E tekintetben, ha nem is a számomra eddig ismeretlen CAMS kérdőív használatával, de lényegében és nagyjából Márk gondolkodási menetét, lépéseit és szemléletét követném. Ezek ugyanis alapvetéseikben megfelelnek a nálam bejáratott caplani és linehani krízisintervenció ajánlásainak. Lényeges különbség viszont, hogy habár Linehan is használ kockázatfelmérő becslőskálát, az nem része olyan direkt módon a terápiás eszköztárnak, mint a CAMS terápiánál. *A CAMS terápia többlete tehát a becslőskála terápiás és kapcsolatépítő eszközként való használata.*

Marsha Linehan dialektikus viselkedésterápiája (DBT) eredetileg kifejezetten a nagy öngyilkossági kockázatú, érzelmileg krónikusan labilis, nagyrészt borderline személyiségek számára kidolgozott módszer. Többféle megközelítést és módszert ötvöző, több részből (egyéni terápia, pszichoszociális készségfejlesztő tréning, telefonos konzultáció, szupervízió) álló, minimálisan egyéves terápia. Nem rövid kríziskezelés tehát, de részét képezi az állandó krízismonitorozás és szükség esetén a jól kidolgozott kríziskezelő technikákra való azonnali átváltás. A terápia speciális része a pszichoszociális készségfejlesztés, ami az egyéni terápiától elkülönítve (lehetőleg csoportban), 4 különböző készségblokk alkalmazásával történik (érzelemszabályozási, interperszonális, stresszkezelő/kríziskezelő készségek, valamint mindfulness gyakorlatok.) A központi szerepet játszó mindfulness gyakorlatok a figyelem szándékos irányításával és az így megfigyelt külső és belső eredetű élmények elfogadó tudatosításával segítik a feszültségtűrés javítását és az érzelemsza-

bályozást. A figyelem külső ingerek felé való elterelése az elviselhetetlenek megélt belső feszültségek aktuális enyhüléséhez vezethet. A figyelem befelé irányítása, azaz a testi érzések, gondolatok, késztetések, vágyak és érzelmek rendszeres tudatos és elfogadó megfigyelése hosszabb távon csökkenti az érzelmi labilitást és az impulzivitást. A tudatos megfigyelés ugyanis segít távolságot tartani az előtű érzelmeiktől, késztetésektől és evidenciaként megélt vélekedésektől (pszichoanalitikus nyelven mondva erősíti a „megfigyelő énrészt” és az identitást, fejleszti a mentalizációt, sématerápiás nézőpontból erősíti az „egészséges felnőtt sémamódot”). A mindfulness gyakorlás tehát hasonlóképpen segíti a távolságtartást a belső fájdalmas élményektől és veszélyes késztetésektől, mint a CAMS kérőív rendszeres kitöltése. *Az öndestruktív késztetések elfogadó és egyben távolságtartó kezelése az egyedüli eszköz, ami megnyithatja a választás lehetőségét a késztetések megvalósítása és kontrollálása között.* Sok esetben elengedhetetlen a gyógyszeres vagy a külső védelem biztosítása ezekkel a belső destruktív erővel szemben, de mindannyian tudjuk, hogy *egyik sem nyújt olyan biztos védelmet, mint a késztetés tudatos uralása.* Más módszerekkel valósítja meg, de ennek elérésében tökéletesen egyezik a CAMS terápia és a DBT törekvése.

Legtöbb szokványos terápiától (amelyek általában a problémák megoldására és a feszültségek megszüntetésére koncentrálnak) eltér Linehan szemlélete abban, hogy kitüntetett figyelmet szentel a fájdalmas élmények elfogadására és elviselésére (az egyéves terápiás cikluson belül egy háromhónapos készségblokkot). Dialektikus szemléletében jól megfér a két (látszatra) ellentétes alapelv: 1./ Azt állítja, hogy nem öngyilkosság-megelőzést végez, hanem „egy élhető élethez” akarja hozzásegíteni a pácienseit. 2./ Hangsúlyozza, hogy a fájdalmas élmények is az élet részei, ezért meg kell tanulni elfogadni és elviselni őket. Impliciten a CAMS és minden krízisintervenciós módszer is ezt az elvet érvényesíti, amikor kríziskezelést végez, átmenetileg félretelve a mélyebb háttértényezők megoldását.

Azt, hogy Ádámot bevonnám-e egy teljes DBT programba, láthatatlanban nem tudom megmondani. A DBT terápia akkor javasolt, ha a személy lényeges deficitet mutat a DBT-ben elsajátítható készségek terén, és ugyanakkor képes legalább 1 éven keresztül a csoportos (esetleg egyéni) készségfejlesztő munkára és a tanult készségek rendszeres otthoni gyakorlására. Gyanús ugyan nekem, hogy Ádámnak komoly interperszonális és érzelemszabályozási készséghiányai (is) lehetnek, még gyanúsabb, hogy

nemcsak krízisben lehetnek impulzuskontroll problémái az alkohollal kapcsolatban, de ezek megítéléséhez nincs elég adat az esetrészletben, és krízis állapotban (akárcsak súlyos depresszióban) nem is lehet az eredeti személyiségvonásokat és készségeket megítélni. Számos jól használható alapelv és technika azonban akkor is átvehető a DBT-ből, ha nem alkalmazzuk a teljes DBT terápiát, és ezek bármely más módszerrel integrálhatók.

Ha én kezelném Ádámot, mindenképpen figyelembe venném Linehan prioritási sorrendjét, mely szerint öngyilkossági gondolatok gyanúja esetén mindig előnyben kell részesíteni ezek megbeszélését minden más felmerülő céllal, témával szemben – és ezt a kríziskezelő szakasz lezárása után is kiemelt figyelemmel kísérem. Használom ehhez Linehan rendkívül alapos kockázatfelmérő kérdőívének szempontjait és kríziskezelő technikáját, ami nem különbözne lényegesen Márkétól. Márkhoz hasonlóan és Linehan módszerének is megfelelően én is validálnám Ádám fájdalmas érzelmeit, kidolgoznék vele krízistervet, „láncselemtéssel” segíteném a közvetlen kiváltó okok és a viselkedése közötti összefüggések megértését, és csak a későbbiekben foglalkoznék a diszfunkcionális lelki struktúrák feltárásával és korrigálásával. *Ami Linehan módszerében többletet jelent, az a készségfejlesztés és a krízishelyzetben megengedett telefonos kapcsolattartás.* Ádám esetében akkor is alkalmaznám DBT-s stresszkezelő-kríziskezelő technikákat, ha egyébként nem venném be őt egy teljes DBT programba. Az ezek közé tartozó figyelem elterelő, mindfulness, relaxációs és egyéb feszültségcsökkentő technikák (pl. légzésfigyelés, fiziológiailag áthangoló külső ingerek alkalmazása) mellett kiemelten használnám az elfogadást segítő technikákat (pl. bizonyos mimika, testtartás beállítása) és az előny-hátrány elemzést az öndestruktív késztetések megvalósításának előnyeire/hátrányaira vonatkozóan.

Ádám nagyon tömörnek tűnő kezdeti kilátástalanság-érzése miatt feltehetően nehéz lenne vele rögtön életigenlő, terápiás célokat kitűző szerződést kötni. Ez esetben – Linehan instrukciói alapján – megelégednék azzal, ha Ádám annyit vállalna kezdetben, hogy „akarja, hogy akarjon élni”, „szeretné, hogy tudjon hinni a változásban”, vagy valami hasonló. Ehhez fűződik Linehan egyik legszebb hasonlata, miszerint az ilyen szerződés olyan, mint amikor valaki útélágazás elé ér, és a középhegyzetből befordul a kiválasztott út irányába. Még egy lépést sem tett azon az úton, de már irányba fordult, ez esetben az „az élhető élet irányába”.

Most veszem észre, hogy végig elméletekről, elvekről, technikákról beszélek itt, miközben semmi sem lehet veszélyesebb egy kríziskezelésnél a technicizálódásnál, és semmi sem olyan fontos, mint a természetes, hiteles emberi kapcsolattartás. Ezt viszont valamilyen metodikaként leírni épp oly paradox dolog, mint azt mondani valakinek, hogy „légy spontán!”. Mégiscsak ezt kell azonban megvalósítanunk, a spontán jövő-természetességünk

megtartását, bármilyen metodikát is alkalmazunk és bármennyire is monitorozzuk közben saját érzéseinket. Bérdi Márk írásán átsüt, hogy neki sikerült. Saját feltételezett terápiámnál csak remélni tudom ugyanezt, de biztos vagyok benne, hogy az eredménye nagy részben ezen múlna.

Ratkóczi Éva  
ratkoczie@gmail.com

#### A PSZICHOTERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI

Az oktatások és a rendelések tekintetében is nagyon hasznos kiadvány A PSZICHOTERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI című kötet. A kötet Tiringer 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.

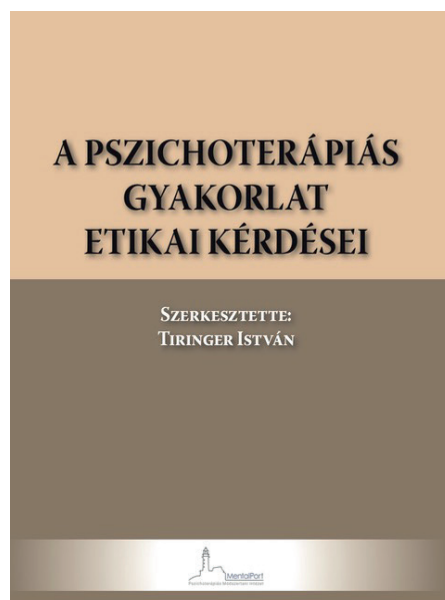
A kötet itt megrendelhető:

<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 ízelítőként 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.



## A PSZICHOTERÁPIA INTÉZMÉNYI HELYÉNEK ÚJRAGONDOLÁSA

Horgász Csaba

*A pszichoterápia képzési, intézményi és finanszírozási keretei az elmúlt években egyre több szakmai kérdést és dilemmát vetnek fel. Miközben a mentális egészségügyi ellátás iránti igény folyamatosan növekszik, a szakemberképzés, a kompetenciahatárok, valamint az állami és magánellátás viszonya körüli feszültségek is egyre láthatóbbá válnak. Vajon a jelenlegi struktúrák (vagy azok hiánya) hosszú távon képesek-e biztosítani a pszichoterápia hozzáférhetőségét és szakmai autonómiáját? Ezekről a kérdésekről indít vitát Horgász Csaba.*

*A szerkesztőség*

Az elmúlt években egyre erősödik a pszichológusokban az a feszültség, hogy bár motiváltak lennének, a kétféle pszichoterapeuta-képzés számukra szinte elérhetetlen: túl hosszú, túl drága és túlzottan központosított. Eközben a rendszer gyakran olyan esetek ellátására kényszeríti őket, amelyek meghaladják a kompetenciahatáraikat. A klinikusképzés mindezt tovább erősíti azzal, hogy a pszichoterápiát egyre hangsúlyosabban egészségügyi tevékenységként állítja be, ami a képzési struktúrát is torzítja. A szakember-utánpótlás beszűkülése és a pszichoterápia indokolatlan medikalizációja olyan rendszerszintű feszültségeket hozott létre, amelyek a pszichoterápia működését alapjaiban érintik. A jelenlegi struktúra nem képes befogadni a pszichoterápia sajátos szakmai logikáját, és ez a képzésben, az ellátásban és a szakmai szerepekben egyaránt torzulásokat eredményez. A kérdés most vált különösen időszerűvé, mert a képzés és az ellátás egyaránt olyan szűk keresztmetszetekbe ütközik, amelyek a szakma fennmaradását is veszélyeztetik.

A pszichoterápia egészségügyi keretek közé szorítása történeti eredetű, és mára olyan helyzetet hozott létre, amelyben az állami ellátásban dolgozó pszichoterapeuta két egymásnak ellentmondó elvárásnak próbál egyszerre megfelelni. A rendszer egyrészt autonóm szakmai felelősséget vár el tőle: a terápiás folyamatért teljes körűen ő felel, saját szakmai megítélése alapján hoz döntéseket, és a klienssel való kapcsolat minősége az ő kompetenciáján múlik. Ugyanakkor a szervezeti struktúra

alkalmazottként és „ellátási kapacitásként” kezeli, mintha a pszichoterápia protokollal leírható, időkeletes, mérhető szolgáltatás lenne, amelynek teljesítése adminisztratív és hierarchikus elvárásokhoz igazodik. Ez a két szerepelvárás egymást kizárja, és közvetlenül hozzájárul ahhoz, hogy a pszichoterápia alapfeltételei – autonómia, biztonságos keret, szupervízió, teammunka – a jelenlegi struktúrában nem garantálhatók. A képzési utak beszűkülése pedig a túlmedikalizált szemléletből és rendszerből fakad: abból, hogy a pszichoterápia indokolatlanul csak második, ráépített szakképzésként jelenhet meg, szűk hozzáféréssel és intézményileg korlátozott kapacitásokkal.

Nemzetközi példák is azt mutatják, hogy a pszichoterápia akkor válik széles körben hozzáférhetővé, ha önálló intézményi és képzési háttérrel rendelkezik. A brit Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program jól szemlélteti, hogy amikor a pszichoterápiák külön szervezeti struktúrát, elkülönített finanszírozást és saját kompetencia-keretet kapnak, akkor az ellátás valóban bővül. A program lényege, hogy az állam külön intézményi keretet hozott létre a pszichoterápiák számára, így a lakosság ingyenesen, standardizált minőségben jut hozzá az ellátáshoz. A modell fontos kérdést vet fel: vajon nem működhetne-e jobban a pszichoterápia ott, ahol nem az egészségügyi rendszer mellékágaként kezelik?

A magyar helyzetben a hozzáférés javulása nem a magánellátás bővülésétől várható, hiszen a magán-

rendelés ma a legtöbb kliens számára megfizethetetlen. A kérdés sokkal inkább az, hogy létrehozható-e olyan önálló, közfinanszírozott pszichoterápiás ellátási forma, amely nem az egészségügyi rendszer túlterhelt struktúrájába próbálja beilleszteni a pszichoterápiát, hanem saját intézményi keretet biztosít számára. Ez tenné lehetővé: állami és önkormányzati pszichoterápiás központok létrehozását, ahol ingyenesen vagy minimális térítéssel elérhető a terápia; transzparens, kiszámítható képzési és akkreditációs rendszert, amely nem szűkíti mesterségesen a szakember-utánpótlást; a szakemberek megtartását, mert nem szorulnának ki a közellátásból; valódi

kapacitásbővítést, nem pedig a meglévő struktúrák túlterhelését.

A pszichoterápia jelenleg azért elérhetetlen, mert nincs intézménye. A kérdés tehát nem az, hogy szükség van-e változásra, hanem az, hogy milyen irányba érdemes elindulni. Lehetséges-e egy önálló, multidiszciplináris pszichoterápiás keretrendszer kialakítása? És milyen szakmai, jogi vagy finanszírozási lépések szükségesek ahhoz, hogy a pszichoterápia valóban hozzáférhetővé váljon?

A vitaindítóhoz kapcsolódó háttéranyag e-mailben (horgasz.csaba@t-online.hu) kérhető.

### 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 kettes 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 rendelőköt 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/magyarorszag-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 különszáma  
A Pszichoterápiás Tanács Hivatalos adataival

Budapest, MentalPort 2023

## INTERJÚ BARÁT KATALINNAL

*Új interjúrovatunkban, az Ars poetica-ban tapasztaltabb pszichoterapeutákat, segítő szakembereket szólítottunk meg. Arra ösztönözzük őket, hogy meséljenek emberszemléletük, terápiás beállítódásuk alakulásáról, munkamódjuk fejlődéséről. Fontosnak vélt hatásokról, mesterekről, elkövetett hibákról, melyek alakíthatták szakmai karakterüket. A tudás átadhatóságáról, a tapasztalat szerepéről. Csupa olyan dologról, mely hiányzik a tankönyvekből, hisz ezek személyes leszűrődések, egyéni hitvallások.*

*Jelen lapszámunk interjúalánya Barát Katalin pszichiáter, pszichoterapeuta, kiképző családpszichoterapeuta, aki immár öt évtizede dolgozik a közellátásban, a budapesti Rókus kórház különböző néven működő intézményeiben. Pályájának középpontjában mindvégig a családterápia állt és áll ma is, klinikai munkája mellett generációk szakmai képzésében és szemléletformálásában van meghatározó szerepe. Tizenöt éven át a Magyar Családterápiás Egyesület Tanulmányi Bizottságának elnöke, öt évig az egyesület elnöke volt. Harmincöt éve folyamatosan oktat és tart képzéseket az egyesületben, emellett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanácsadó szakpszichológus képzésének oktatója, címzetes egyetemi docense. Tanít a Semmelweis Egyetem Klinikus szakpszichológus képzésében, a lelkigondozó képzésben, valamint időről-időre a pszichoterapeuta képzésben is; korábban a szociális munkás MA-képzésben is oktatott. Részt vesz az erdélyi Pro Familia Családterápiás Egyesület munkájában és képzéseiben; állandó előadója a családterápiás és pszichoterápiás szakma hazai kongresszusainak, többek között a Magyar Családterápiás Egyesület és a Magyar Pszichiátriai Társaság rendezvényein. Családterápiás témájú cikkei és könyvfejezetei mellett elsősorban oktatásszervezési, oktatói és előadói munkássága révén vált a magyar családterápia meghatározó alakjává.*

A szerkesztő

*Csűrös Judit:* Bár nem életpálya-interjút szeretnénk készíteni, azért próbáltunk információt gyűjteni rólad. Nem nagyon találtunk.

*Barát Katalin:* Ötven éve a Rókusban dolgozom, ezt a nyugdíjintézetben sem hitték el.

*Csűrös Judit:* Bevezetőül mesélj arról, hogyan lettél pszichiáter és miért lettél családterapeuta?

*Barát Katalin:* Az orvosi egyetemen közepesen éreztem jól magam. Az anyukám pedagógus, az apámnak is pedagógus vénája volt. Solymáron születtem, most is Solymáron lakom, akkor egy falu volt, a szomszéd nénitől hoztuk a tejet, ő fejte. Falusi lány voltam plebejus szemlélettel meg életérzéssel. Nekem az orvosi egyetem – ahol a csoporttársak fele rózsadombi orvosszülők gyerekeként érkezett – egy kicsit idegen közeg volt. De tán nem is a társak, hanem amilyen módon zajlott

az orvoslás, ahogy tanultunk. Vízit, elől a professzor és a harmincadik helyen a hallgatók. Semmit nem értettünk, hogy van a beteg, jól van? Ott fekszik egy gyomorfekély, ott egy gyomorrák, mondták, egyáltalán nem látták az embert. Nem tudtam elképzelni, hogy ha előbbre fogok kerülni, az jó lesz nekem. A másik lehetőségnek az tűnt, hogy Nobel-díjas kutató leszek, felfedezem a rák gyógyszerét. Kitűnő tanuló voltam, elmentem TDK-zni, de ott egerek voltak, én meg állatfóbiás vagyok. Rendesek voltak, találtak nekem laboratóriumi kísérletet, amiben nem kellett megfogni az egeret meg a patkányt, de mikropipettákkal kellett adagolni, egynegyed pötty a reagensből, ötvenkilenc az anyagból, aztán kettő-ötvennyolc, na én azt már az ötödiknél rég összekevertem. Tehát alkalmatlan vagyok a tudományos munkára, ez fél év alatt kiderült, elbúcsúztam a

Nobel-díjtól. Negyedikesek voltunk, amikor Csorba János csoporttársam, aki később szintén pszichiáter lett, kérdezte, hogy van-e kedvem kimenni Pesthidegkútra, ott van egy pszichiátriai osztály, be lehet menni egy nagycsoportra. Miért ne volna kedvem, megyek. Március 15-e volt, az egyetemen szünet, de ott ment az élet, és ez fantasztikus volt. A pszichiátriai betegek Kossuth-nótákat énekeltek, Kempelen Tünde énektanárnő vezényelt hozzá. Mindenki utcai ruhában, a főorvos, a segédnővér, a betegek – akik egy kicsit kicsípték magukat március 15-re. Egészen más volt, mint amit korábban tapasztaltam. Ez egy érdekes történetű osztály volt, nem sokkal korábban megbüntették Goldschmidtet, a főorvost (Goldschmidt Dénes – a szerk.), mert Halász Péter-féle színházat csinált az osztályon, nem a betegeknek, hanem pszichológusoknak, és akkor ott meztelenre vetkőzött, mint alternatív színész, nagy botrány lett belőle. Az osztály nagyon nyitott volt, pszichológushallgatóknak, orvostanhallgatóknak szerveztek szabad interakciós csoportot, oda jártam én is. Ötven éve az orvosegyetemen a pszichológia szó gyakorlatilag nem hangzott el a pszichiátriai oktatásban sem. Az egyenrangúság az ott dolgozó orvosokkal, pszichológusokkal számomra egészen más, új és rendkívül vonzó volt. A negyedév után, ha a gyógyszeren szigorlatot megcsinálta az ember, lehetett ügyelni is ott. Pesthidegkút egy rehabilitációs pszichiátriai osztály volt, nem jött a mentő akut beteggel, hétfévente főként orvostanhallgatók dolgoztak, amikor a betegek nagy része hazament. Amikor diploma után ott kezdtem dolgozni, már két éve rendszeresen ügyeltem és jártam be a csoportokra, sokféleképpen ismertem már az osztályt. Én nem általában, bárhol akartam pszichiáter lenni, mert azért a pszichiátriai klinikán az orvosi szoba ajtaján akkoriban nem kilincs, hanem gomb volt, onnan a szigorlók is ki voltak zárva, hosszan kopogtunk, vártunk, amíg valaki kinyitotta az ajtót! Az szoba nem jött, hogy a betegek oda bemennek. Pesthidegkúton tárva-nyitva voltak az ajtók, a főorvosi szoba is. Sokszor nem lehetett befejezni egy megbeszélést, mert még három beteg jött be, amíg az ember beszélt a főnökkel. Mivel senkin nem volt fehér köpeny, ha jött a megyei főorvos, öt perc után kérte, valaki mondja el, hogy ki kicsoda, mert nem tud tájékozódni. De mi ebben nagyon jól tudtunk létezni. A betegekkel kirándulni mentünk, faliújságot csináltunk. Ki mit tud?-ot szerveztünk, ahol az adjunktus szavalt, az elmebeteg énekelt. Nem, nem akartam a pszichiátriai klinikán, én csak Pesthidegkúton akartam pszichiáter lenni. A mostani eszemmel, ahogy visszatekintek rá, a szemlélet fogott meg

a legjobban, az, hogy amitől legjobban szenved a páciens, az a betegségének a kapcsolataira gyakorolt hatása. Ez a kapcsolati fókusz nagyon tetszett, nagyon emberinek találtam. Különösképpen, hogy a terápiás közösségben, a nagycsoportban, a művészetterápián, a pszichodramán, a mozgás-, a munkacsoporton, amelyekben a betegek részt vettek, minden a kapcsolatokról szólt. És a felelősségről. „Én skizofrén vagyok, de amiért tudok, felelősséget kell vállalnom. Ha azt mondom, hogy meg fogok teríteni, akkor meg fogok teríteni, ha épp nem az angyalokkal beszélgetek.” Ez ragadott meg, és az a szemlélet, hogy mindenkinek van valamennyi igazsága, mindenkinek van saját szempontja, saját érdeke, és ez fontos. Nem fekete-fehérek a dolgok. És megbeszélés, megbeszélés, rengeteg megbeszélés volt, így formálódott a terápiás közösség.

*Pál Krisztina:* Innen egy lépés a családterápia.

*Barát Katalin:* No, és volt ott egy adjunktus, Balázs-Piri Tamás, aki tudott angolul. Ez azért a 70-es években nem volt annyira általános, mindenki inkább németül beszélt. Goldschmidt, a főnökünk is német szakirodalmat olvasott, de Tamás tudott angolul, és bár főként terápiás közösséggel kapcsolatos könyveket olvasott, a családterápiás írások is eljutottak hozzá. Innen, onnan, amonnan családterápiás cikkeket kezdtünk olvasni, és nagyon amatőr módon, de elkezdtünk foglalkozni vele. Füredi is volt akkor már, Ausztráliában tanult a családterápiáról (Füredi János pszichiáter – a szerk.). Megosztották a tapasztalataikat. A nagy lökést 1980 jelentette, amikor megalakult a Pszichiátriai Társaság, ahol egy családterápiás munkacsoportot kezdtek szervezni – Komlói Piroska és Székács Judit volt a vezetője –, és én első tag akartam lenni, ami sikerült is. Nem pesthidegkútiak lettek a munkacsoport-vezetők, mert nem csak Hidegkúton volt családterápia. Füzeki Bálint, Komlói Piroska egy ideggondozóban kezdett családterápiát. Székács Judit Angliából jött haza, a Tavistookon dolgozott, próbálta keresgélni, hogy itt mit lehet ezzel a tudással kezdeni. Kézdy Balázs Péccsett, Csiszér Nóra a Korányi krízisen dolgozott családokkal. Megtaláltuk Rátay Csabát és még néhány embert, akik szintén amatőr módon elkezdtek családokkal dolgozni. Ez lett a munkacsoport, olvasó szemináriumot szerveztünk. Szereztünk egy angol könyvet, amit fejezetenként lefordítottunk és megbeszéltük. Elindult egy szupervíziós csoport is, amit Goldschmidt vezetett a Lipóton (Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet – OPNI – korábbi nevén Budai Magyar Királyi Országos Tébolyda, majd Országos Ideg- és Elmeógyógyintézet – a szerk.). Judit a kapcsolatai révén meg tudta

hívni John Byng-Hall-t, aki azt mondta, csak akkor jön, ha csinálunk átpillantó tükörrel megfigyelt családterápiát, ahova be is ülhet. Mondtuk, hogy ez csak a művelt nyugaton működik, itt keleten, a pusztákon nem, de annyira akartuk, hogy jöjjön, megszerveztük. A gyógypedagógiai főiskolán a Damjanich utcában találtunk egy oktatótermet átpillantó tükörrel, találtunk hozzá családot és jött a Byng-Hall! Kétszer is járt Magyarországon. Ezután lett igazán élő a családterápia megfigyelésekkel, megbeszélésekkel, szemináriumokkal. Nagyon lelkesek voltunk.

*Pál Krisztina:* A változás érzékelhető az utadban, de az állandóság is, ahogy mondod, 50 éve itt dolgozol a Rókusban. Nyilván van magánterápiás praxisod is.

*Barát Katalin:* A magánpraxis a nyugdíjjal kezdődött, addig nem csináltam. Időm se lett volna rá, elkezdtem oktatni, meg itt egy 36 órás állásom volt, két kis gyereke, nehéz lett volna beilleszteni.

*Csűrös Judit:* Neked a közellátás fontos.

*Barát Katalin:* Nagyon. Rengeteget tanultam ebből. Az még Hidegkúthoz hozzátartozik – ez egy Pest megyei kórház volt –, hogy a budapesti elit, a demokratikus ellenzék, a pártelit és a művészek – főként Goldschmidt kapcsolatai révén – és a Pest megyei tanyák, falvak alacsony iskolázottságú pszichiátriai betegek együtt ültek a nagycsoporton. És hát ott fantasztikus dolgok történtek. Volt, amikor pszichotikusabb volt a demokratikus ellenzékhez tartozó, és már jobb állapotban volt a vidéki beteg, és ahogy segítettek egymáson, ahogy együttéreztek! Ez a családterápiás utamon nagyon sokat jelentett, a tapasztalat, hogy nem az iskolázottságon múlik, kivel hogyan lehet dolgozni. Nagyon alacsony iskolázottságú, sokproblémás családokkal is lehet dolgozni, ezt is ott tanultam meg. Nagy szomorúság volt, amikor '90-ben, a vezetés lecserélése miatt ezt az osztályt ott kellett hagyni. A Pesthidegkúti osztály a Rókus Kórház részlege volt, ekkor jöttem át a Rókus rendelőintézetébe. Megnyertem Buda Bélát, aki akkor nagy szaktekintély volt, hogy adjon szakmai javaslatot a folytatásra. Részletesen leírta, hogy milyen fantasztikus dolgot fogunk itt csinálni, ha családterápiával foglalkozhatunk és így megkaptam a kórház TB-engedélyt az új „családterápiás szakrendelésre”, se előtte, se utána nem volt ilyen, most már nem is lehet ezt az elnevezést használni. Itt addig nem volt mentálhigiénés szakrendelés, nem volt „családtag”, akivel családterápiát lehetett volna csinálni, semmi nem volt, de nekem megengedték, hogy egy pszichológussal és egy szociális munkással idejőjjenek. Már csak az volt a feladat, hogy legye-

nek itt családok. Végigjártam a kórházat, először a gyermekpszichiátriai gondozóba mentem, ott egy nagyon szimpatikus főorvosnő ezt támogatta, onnan jöttek a gyerekes családok. Itt dolgozott a reumán Kricsfalvi Péter nagy pszichológiai érzékenységgel, ő is küldött betegeket, párokat, családokat. De a gyerekosztályon például azt mondták, hogy nincsenek családi problémák, csak gyerekbetegségek. No, elkezdődött. Lett itt a nulláról egy nagyon nagy forgalmú családterápiás rendelés. Közben folytatódott a mozgalmi aktivitásom is. '87-ben megszerveztük az első családterápiás vándorgyűlést. Ne olyan vándorgyűlésre gondoljatok, mint ami most van, akkor 40 ember volt. '88-'89-ben alapítottuk meg az egyesületet hárman, Rátay Csabával és Füredi Jánossal.

*Pál Krisztina:* Elég sok mindenben benne volt a kezded, és nagyon új dolgokban.

*Barát Katalin:* Jókor születtem, jó időben. De most sajnálom, hogy ilyen öreg vagyok. A mai fiataloknak is szerencsájuk van, mert ki van dolgozva a képzés. Mi tényleg összeszedeggettük a dolgokat, nem volt intézményes képzés. Azért annak nagyon jó hangulata volt, olyan lelkesedés, közösségi szellem jellemezte, ami szerintem most már nem reprodukálható.

*Csűrös Judit:* A munkád során milyen meggyőződések, irányelvek vezetnek?

*Barát Katalin:* A felelősség. A marginalizált csoportok, a cigányság, az LMBTQ, a szegénység – ezeket az embereket hangsúlyozottabban kell segíteni. Klasszikus párterápiás probléma, hogy a középpolgári családban a házaspár elhidegült egymástól, sokszor gondoltam, ha még egyszer meghalok, hogy „elhidegültek”, kiugrok az ablakon. Jó, túl vagyok ezen is, és csinálom, de azt gondolom, hogy elsősorban azoknak a családoknak van szükségük családterápiára is, akik egyébként sok szempontból hiányt szenvednek, és ezt itt a Rókusban lehetett csinálni.

*Pál Krisztina:* Az elméleteken túl mit tartasz fontosnak átadni a tanítás során?

*Barát Katalin:* A volt hallgatóim szokták írni nekem, hogy én egy szakmát adtam nekik. Hogy sok helyen sok mindent tanultak, de az emberségem, a hozzáállásom mennyire megfogta őket. Ahogy családokról beszélek, ahogy családokhoz fordulok, a tisztelet, az alázat, az emberség, az érdeklődés, a kíváncsiság az, amit nem felejtenek el. Kicsit meg is vagyok „sértődve”, mert azt gondolom, hogy egyre többet tudok, egyre okosabb vagyok – mégse ezt dicsérik.

*Pál Krisztina:* A családterápiás képzésben vitathatatlanul nagy szereped van. Ha lehetőség lenne, mit változtatnál a képzésen?

*Barát Katalin:* Szerintem a családterapeuta-képzést elég rendesen kialakítottuk, szabályoztuk úgy, ahogyan most működik. Mi a pszichoterapeuta-képzés módszerspecifikus részét csináljuk. A képzés fejlesztése állandó igazítást, állandó gondolkodást igényel, nyilván nem ugyanott tart a családterápia, mint ötven évvel ezelőtt. Ez egy folyamatos munka. Sokáig voltam tanulmányi bizottsági vezető, Miklós halálától (Kovács Miklós – a szerk.) ‘21-ig az egyesület elnöke, de az oktatással elnökként is sokat foglalkoztam. Egyrészt azt gondolom, hogy sikerült jó alapokat letenni, de időnként a vizsgán derül ki, hogy mi az, amit nem csinálunk jól.

*Pál Krisztina:* Milyen hiányérzeted van egy vizsgán, amikor azt érzed, hogy valamit nem sikerült átadni?

*Barát Katalin:* Amikor jön valaki egy problémával, de az a jelöltnek nem áll össze, nem érti, mi történik abban a családban. Ilyenkor belerakják a családot egy húsdarálóba, hozzápakolják a módszereket, szobor, elvarázsolts családrajz, dixit kártya, meghajtják a darálót, és kijön belőle valami. Persze ha nem értik, akkor is tudnak pozitív változást elérni, mert nagyon jó a szetting. Az, hogy a konfliktusokban, problémákban érdekelték egyszerre, egy időben ülnek le, nagy ereje a családterápiának.

*Pál Krisztina:* A terápiás saját élményedből vizsgálódó-e valami a munkád során, akár még most is?

*Barát Katalin:* Ott is a közösség, az együtteség. Ajkai Klárához és Erdélyi Ildikóhoz jártam pszichodramára évekig, ott is egy nagyon jó csapat volt, nem protagonista központú, hanem Mérei-féle pszichodramát csináltak. A dráma nagyon élményszerű volt. Dramatikus eszközöket használok a családterápiában is. Varga Zoltánhoz jártam analízisbe, klasszikus, heti kétszer fekvősbe, ott olyan dolgok történtek velem, amiket korábban nem gondoltam. Mi, a kliensei, utána szupervízióba is hozzá jártunk, és hát ezek nagyon nagy élmények voltak, ott is fontos volt egymás támogatása, segítése. Legutóbb BSP (Brainspotting) intenzív csoporton voltam önismereten. A BSP traumafeldolgozó módszer, hát annak két hétig a betege voltam. Itt nem kezdők ültek egymás mellett, hanem több évtizedes szakemberek, de hogy belőlünk is mi szakad fel egy-egy ilyen erősebb módszer kapcsán, azért az megrázó volt. Sokat tanultam itt traumafeldolgozásból, ami szintén használható a pár- és családterápiában.

*Pál Krisztina:* Még mindig tanulsz, ez azt jelenti.

*Barát Katalin:* Sokszor kérdezem magamtól, hogy kell ez még nekem? 73 éves vagyok, mi a francnak? Miért megyek el még erre meg arra a képzésre?

*Pál Krisztina:* És mi a válaszod rá?

*Barát Katalin:* Az, hogy nagyon nehéz lelassítani. Most a neurodivergencia büvökörében élünk, hát igen, van bennem egy kis ADHD, ez a sokféle érdeklődés... Most az oktatás az, amire tényleg koncentrálok, hogy tudnék még többet átadni, még több ismeretet, még több szemléletet. De ahhoz, hogy oktatni tudjak, tanulni és dolgozni is kell családokkal, mert bár nagyon sok régi történet van a fejemben, mégiscsak a friss tapasztalatokat tudom élményszerűbben bemutatni a hallgatóknak.

*Csürös Judit:* Változott az emberszemléleted az évek alatt? Hogy viszonyulsz az emberekhez, hogyan látod őket?

*Barát Katalin:* Ami ötven év alatt változott, hogy sokkal-sokkal megengedőbb vagyok mindennel. Rettenetesen rosszul bírtam az elején például a megcsalást, különösen a gyerekágyas megcsalást, ötgyerekes család, ötödik gyerek után – ezt azért nagyon nehezen tudtam cirkulárisan értelmezni. Morális síkra tereltem magamban, és nagyon sokat kellett fegyelmelni magam, hogy ne! Ebben nagy változás történt, hasonlóan az alkohollal, azzal, hogy időnként elbukunk, nehezen állunk fel. Nem kell szabályos életet élni. Lehet három diplomával kecskesajtot csinálni, ez is választható élet.

*Pál Krisztina:* Ha visszautazhatnál az időben, van-e valami, amit tanácsolnál kezdő terapeuta önmagadnak? Valami intelem, vagy útravaló?

*Barát Katalin:* Még nagyobb odafigyelés. Az egyéni terápiában azt mondta nekem a Varga, hogy egész jó terapeuta leszek, csak kevesebbet beszéljek. Amikor Székely Ilonához mentem családterápiás szupervízióba, ott is az hangzott el, hogy nagyon jó családterapeuta leszek, csak kevesebbet beszéljek.

*Csürös Judit:* És kevesebbet beszélsz?

*Barát Katalin:* Kicsit kevesebbet, másrészt viszont bizonyos dolgokat már határozottan mondok. Ezt jó megtalálni, hogy mikor érvényes a „kevesebb beszéd”, és mikor kell szilárdan képviselni valamit. Kezdetben lehettem volna lassabb, kivárósabb. De azt gondolom, megtaláltam a saját tempómat, ritmusomat. Én a kezdetektől annyit kaptam a családterápiától, elkötelezve érzem magam arra, hogy továbbadjam. Az embernek van jogosultsága és elkötelezettsége, én a jogosultságomnál jóval többet kaptam ettől a szakmától, mint amennyit érdemeltem, és azt gondolom, hogy kötelességem továbbadni. Igen, az oktatás terén, a továbbadás terén van

még kötelezettségem. Abba az életkorba kerültem, hogy mindent meg kell osztani, úgy érzem.

*Csürös Judit:* Velünk is megosztasz egy-két olyan dolgot, melyről azt gondolod, hogy a terápiában azt muszáj leszögezni, képviselni?

*Barát Katalin:* Például azt, hogy bántalmazni nem lehet. Ha bántalmazás történik, azt meg kell nevezni, ki kell mondani. Ebben nagyon határozott vagyok a tanításban és az üléseken is. A bántalmazásra nincs elfogadható érv.

*Csürös Judit:* Ugyanakkor azt mondod, hogy megengedőbb lettél.

*Barát Katalin:* Egyrészt. A lány lelkem azt mondja, hogy persze, mindenkinek mindenre van oka. De ez nem azt jelenti, hogy az egyénnek ne volna felelőssége. Amit csinál, az a maga választása. Bántalmazásnál nem hivatkozhat arra, hogy a másik ezt kiprovokálta, ez nem menti fel, az az ő felelőssége, és ez legyen kimondva.

*Csürös Judit:* Minden pár veszekszik, minden szülő veszekszik a gyerekkel. Hol látod a határát a bántalmazásnak és az indulatosabb konfliktuskezelésnek?

*Barát Katalin:* A becsmérlő szavaknál. De van, amikor nem is a csúnya beszéd, hanem a sorozatos lekezelés, a leminősítés a legfájdalmasabb – azt is bántalmazásnak gondolom.

*Csürös Judit:* Akár szép szavakkal is lehet bántalmazni.

*Barát Katalin:* Akár szép szavakkal is. Erről van egy külön előadásom, az egyirányú meg a kétirányú partner-bántalmazásról. A kétirányú is nagyon nehéz feladat, mert az meg erodálja, hosszú távon leradírozza a kapcsolatot.

*Pál Krisztina:* Vissza tudsz-e rá emlékezni, hogy ha megosztható, mi volt a legnagyobb szakmai hiba, amit elkövettél?

*Barát Katalin:* Az elején az osztályon nyilván rengeteget, amiket azért nehezen tudok teljesen a saját hibámnak venni, mert egy csomó döntést együtt hoztunk. Több páciensem öngyilkos lett, meghalt. Nem vettem észre, vagy nem jól vettük észre, hogy most nem volna szabad hazaengedni, most több vagy kevesebb gyógyszer kellene. Az egyik páciensem megölte a barátnőjét, a kórházból ment hétvégi kimenőre, nem láttuk a jelét, hogy ilyesmi előfordulhat. Sokszor kiderült később, hogy félreértelmeztem, félreértelmeztem, nem vettem észre dolgokat, egész másról szólt az eset. De ebből már elméletet is gyártottam, hogy azzal tudok dolgozni, amit idehoznak, amit nem hoznak ide, azzal nem. Voltak olyan terápiák, amelyek azért szakadtak meg, bár lekerekítettem, mert nem tudtam a neutralitást

jól megvalósítani. Valakinek a traumatikus előtörténete annyira megrendített, hogy nem tudtam a párkapcsolati konfliktusban neutrális lenni, jobban képviseltem vagy többször képviseltem az ő érdekét. Ezt azonnal megérzi a másik, és azzal vége van a terápiának.

*Csürös Judit:* Ebben lehet fejlődni?

*Barát Katalin:* Ezek a hibák motiválnak arra, hogy sokkal tudatosabban, sokkal átgondoltabban dolgozzak. Mindig van hiba. Ha gyereket bántanak, eleinte attól nagyon ingerült tudtam lenni és néha beszóltam szülőknek, de ezzel nem használok a gyerekeknek. Ennek a gyerekek holnap is ő lesz a szülője. Ez persze evidencia, de ha rögtön át tudom állítani az agyamat arra, hogy az nem együttérző a gyerekével, akivel a saját szülője nem volt együttérző, akkor könnyebben higgadt tudok maradni. A családterápiában azért el tud szabadulni a pokol.

*Csürös Judit:* Milyen egy jó terapeuta?

*Barát Katalin:* Nem az elméleti tudástól lesz valaki jó családterapeuta, de azért nem árt okosnak lenni egy kicsit. Hogy lásd az összefüggéseket, sok mindent tudj egyszerre látni. Jó, ha ismeri az ember a családterápia elméletét, de kell a plusz emberismeret, világismeret. Érdekes tudni, hogy milyen az iskola, milyen az egészségügyi ellátórendszer, milyen a fiatalok kortárs közössége. Nem tudok jól foglalkozni válás utáni kapcsolattartási ügyekkel, ha fogalmam sincs, hogy működik ez az eljárás, mik a nehézségek, mik a buktatók, hogy zajlik az igazságügyi pszichológiai eljárás. Két lábbal kell állni a valóságban. És alázat is kell ahhoz, hogy nem tudhatok mindent. Hiába csinálom ötven éve, hiába ismerem a családterápiás irodalmat, hogy abban az adott családban mi történik, arról nagyon keveset tudok. Minden intervenciómat ehhez igazítom. A jó családterapeuta képes sokféle embert párhuzamosan elfogadni, tisztelni. A családterápia erőforrás szemléletű, abból tudnak valamit kihozni, ami bennük van. Tisztelni, látni az erőforrást és ezt fölhangosítani, ez nagyon fontos terapeuta-tulajdonság.

*Csürös Judit:* Pár mondatban megfogalmazva mi a terápiás *ars poeticád*?

*Barát Katalin:* Hogy próbáljunk normálisak maradni. Meg szeretni is kell ezt a munkát. Én tényleg nagyon szeretem, csak ez rendkívül elkoptatott mondat... Ezért is nehéz abba hagyni, mert kevés dolgot tudok, ami ennyire érdekel. És hogyha az ember szereti csinálni, szerintem akkor jobban is csinálja. Érdeklődöm, figyelek, olvasok sok szakirodalmat, gondolkodom. Ha az ember szereti csinálni, akkor odafigyel és állandóan képzi magát. Semmilyen más módszerből nem vizsgáztam le, EMDR-

ből sem, BSP-ből sem, sémából sem, de mindről azt gondolom, hogy belemegy az agyamba, és alakítja a gondolkodásomat.

*Csűrös Judit:* Hibákról kérdeztünk, de azt még nem kérdeztük meg, hogy mire vagy büszke?

*Barát Katalin:* Ez nehéz kérdés, erre a nyitottságra, érdeklődésre, hogy úgy tudok családokhoz fordulni, ami nekik jó. És hát arra, hogy olyan sokproblémás családokkal dolgozom, akiket azért küldenek hozzám a kollégák, mert nekik véget ért a kompetenciájuk. Nem tudom, hogy nekem hol van a kompetencia-határom, az a baj, hogy azt hiszem, nincs.

*Csűrös Judit:* Te nem rettensz meg?

*Barát Katalin:* Tényleg nincs már olyan helyzet, amibe nem merek belemenni, jönnek a családok és jelentős változások történnek.

*Pál Krisztina:* Ha már nem fogsz dolgozni, mit szeretnél, milyen emléket őrizzen majd rólad a szakma?

*Barát Katalin:* Azt, amit egy emlékkönyvbe a tanítványaim le is írtak, hogy érdekes volt, jó volt

hozzám járni tanulni. Éléményszerű is volt, hogy sok történetet meséltem, és ha viccesen is mondtam, de mélysége, komolysága volt annak, ahogy tanítok. Azt, hogy meg merem mutatni, ahogy dolgozom. Mellettem ülnek hallgatók nehéz esetekben is, van, amikor kész, megadom magam, ordibáljanak a kliensek, nem tudok megszólalni- és ezt is végignézik. Megmutatok olyan videót, ahol rosszul csinállok valamit, azt is végignézik. És rengeteg rossz történetet is mesélek magamról.

*Csűrös Judit:* Ez biztos bátorságot is önt a tanítványokba.

*Barát Katalin:* Igen, hogy szabad hibázni, pontosan. Viccesen szoktam néha mondani, hogy a családterápiában kettő dolgot nem szabad csinálni, nem lehet megverni a klienst és szexuális kapcsolatot létesíteni vele. Minden mást szabad. Van Kurtágnak egy műve, az a címe, hogy „Melléütni szabad”. (*Kurtág György Kossuth- és Erkel-díjas zeneszerző, zongorista / Játékok I. / – a szerk.*), ez a családterápiára is érvényes. Csak észre kell venni, és ha lehet, korrigálni.

## A TERÁPIÁS GYAKORLAT ETIKAI KÉRDÉSEI

*Rovatunk jubileumhoz érkezett: aktuálisan az 50. etikai esetünket és annak elemzéseit jelentjük meg. Etikai rovatunk lassan 15 éve, a 2011 októberi számunkban indult. Nagy öröm számunkra, hogy fiktív eseteink elemzése sokakat megmozgatott az évek során. Közel 140 kollégánk működött közre, szinte mindegyik módszerspecifikus egyesületből részt vettek kiképzők és etikai bizottsági tagok az elemzésekben. Külön öröm volt a rovat működtetése során, hogy milyen színvonalas és alapos elemzéseket írtak képzésbe járó ifjú kollégáink.*

*Az első 38 esetből és elemzéseiből önálló kötet jelentetett meg a MentalPort Kiadó, amelyet sok pszichoterápiás képzésben használnak.*

*Köszönjük mindenkinek, aki az évek alatt igényes munkájával hozzájárult etikai rovatunk sikeres működéséhez.*

*Szeretnék egy kulisszatitkot is elárulni. Bár a fiktív esetvignetták a szerkesztőség közös munkái, több szerkesztőségi munkatársunk írta, többen csiszoltak ezek végső formáját az évek során, ám a legtöbb írás Valkó Lilié, aki 15 éven át volt szerkesztőségünk tagja. Az ő dramaturgiai készsége nagyban hozzájárult eseteink életszerűségéhez, és ahhoz, hogy könnyű volt elemzőként bevonódni ezek átgondolásába. Hálásak vagyunk azért, hogy az etikai rovatban továbbra számíthatunk munkájára.*

*Aktuális írásunk egy szakmai közéletünket intenzíven foglalkoztató területhez, a gyermek-pszichoterápiához kötődik. Az eset érzéketlenül mutatja, hogy szakmánk működésének kisebb hiányosságai könnyen összeadódnak, mely végül a páciens magára maradásához vezethet egy lélektanilag kritikus állapotban. Az esetet tapasztalt kollégaként Bogár Judit (nyugdíjas, korábban Óbudai Nevelési Tanácsadó, Lendület Műhely), etikai bizottsági oldalról a MA-KOMP Etikai Bizottsága (Horányi Endre, Szarka Vivien, Nagy-Kasza Tünde), képzésben lévőként pedig Morva Dorottya (Debreceni Klinikai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus képzés) elemezte.*

**50. eset:**

Áfonya nehéz körülmények között jött a világra. Nem várt gyerek volt, anyja 20 évesen, még egyetemistaként esett teherbe. Születése előtt nem sokkal anyai nagymamája váratlan szívbetegségben meghalt. A szülei kapcsolata viharos volt, két éves korára tudtak elszakadni egymástól, de addig is sok volt a se veled-se nélküled életszakasz a családban. Áfonya anyja terápiába ment, stabilizálódott, karrierjében megtalálta magát. Áfonya 5 éves volt, mikor az anyjának lett egy stabil párkapcsolata és született három féltestvére, ikerhúgai 9 és öccse 13 éves korban. Korarérett, segítőkész gyerek volt, az iskolában nem a legjobb tanuló volt, de nagyon szorgalmas volt, minden tanár nagyon szerette. A kistestvérei

körül is sokat segített. 16 éves korában lett az első barátja, egy nála 4 évvel idősebb, taxisként dolgozó fiú. Ekkor kezdődtek a nehézségek, kimaradozott, elkezdett szert használni, a kapcsolatukban sok volt a szakítás, újra összejövés, megcsalás. Az anyja nagyon aggódott érte, de nem értettek egymással szót. Egy gyógyszeres öngyilkossági kísérletet követően, ami szomatikus osztályos ellátást nem igényelt, gyerekpszichiátriai osztályon kezelték egy hónapig, majd ambuláns pszichoterápiát javasoltak folytatásként családterápiával kiegészítve. Áfonya Csillához került, a klinikai szakképzésbe járó, lelkiismeretes pszichológushoz, aki egy gyerekrendelőben dolgozott. Nagy kihívásnak érezte Áfonyát, de szívesen vállalta, hol a szakképzésbe vitte szupervízióba az esetet, hol a rendelő vezetőjé-

hez, aki egyben a fiatalabb kollégák szupervizora is volt. Áfonya állapota rendeződött, élete stabilabbá vált, sok mindent feldolgozott gyerekkorából. De ahogy a tizennyolcadik szülinapja közeledett, egyre depressziósabbnak érezte magát. Előfordult, hogy falcolt is, bár határozottan állította, hogy nem tervez öngyilkosságot. Csilla elbizonytalanodott, hogy valamit nem jól csinál, ha Áfonya állapota romlik. A rendelő vezetője szupervizorként azt javasolta, hogy ez a felnőtté válás jó alkalom arra, hogy lezárják a terápiás folyamatot és a páciens keressen felnőttekkel foglalkozó, képzett pszichoterapeuta szakembert. Csilla ezt nem teljesen értette, azért sem, mert a rendelőbe sok olyan páciens járt, akik 18 éves koruk előtt kezdte a terápiájukat húszas éveik kezdetén is ugyanazon kollégáknál folytatták. Mivel nem volt biztos magában, azt gondolta, ez egy jelzés, hogy a rendelő vezetője nem tartja őt eléggé alkalmasnak ehhez az esethez, úgyhogy megbeszélte Áfonyával februárban, hogy három hónap múlva lezárják a közös folyamatot. Áfonya azzal reagált, úgyse látja, hogy bárminek lenne értelme. A lány anyukája elkezdett felnőtt pszichoterapeutát keresni, májusban sikerült találnia valakit, akinek ösztől lenne kapacitása. Az anya megrémült, mert úgy érezte, hogy lánya állapota ennél sürgősebben igényelne ellátást. Felvetette, hogy nem lenne-e megint indokolt osztályos kezelés, de Csilla csak azt „hajtogatta”, hogy felnőtt szakos pszichoterapeutára lenne szüksége. Amikor ősszel Áfonya elment az első interjúra, a pszichoterapeuta azt mondta, hogy nem látja motiválnak a pszichoterápiára, úgyhogy nem tudja vállalni, és felnőtt pszichoterápiás osztályos ellátást javasolt.

*Bogár Judit véleménye:*

Az első, etikai szempontból megkérdőjelezhető problémát abban látom, hogy Csilla munkahelyi főnöke egyben a szupervizora is. Lehet, hogy érdemes lett volna egy szervezetileg független szupervizor véleményét is megkérdezni az eset kapcsán. Lehet, hogy ez a rendelőben bevezetett gyakorlat egyébként jól működik, de abban az esetben, ha egy fiatal, még képzésben levő kolléga és a tapasztalt, de szervezetileg fölérendelt szakember között nézetkülönbség van, könnyen kialakulhat máskor is ilyen helyzet, a fiatal pszichológus szakmailag nehezen felvállalható döntésre kényszerül, ráadásul alakuló kompetenciájában is elbizonytalanodik.

Nem teljesen érthető, hogy a munkahelyi vezető véleménye szerint miért csak egy felnőtt pszichote-

rapeuta felel meg a folytatáshoz, amikor Csillával tulajdonképpen eredményesen dolgoztak együtt két évig, noha ő „csak” klinikai képzésbe járó pszichológus. A kialakult terápiás kapcsolat, bizalom, talán elegendő töke lett volna a terápia folytatásához a rendelőben. Ez annál inkább indokolt lehetett volna, mivel a rendelőben több „túlkoros” fiatal is folytathatta a terápiáját 18 éves kor után is. Ha azonban a munkahelyi vezető, mint tapasztaltabb szakember úgy ítélte volna meg, hogy Áfonya állapota súlyosabb annál, hogy a rendelőben lehessen folytatni az ambuláns terápiát, nem felnőtt pszichoterapeutát, hanem újabb osztályos ellátást, pszichoterápiás osztályra történő beutalást kellett volna javasolnia.

Az anya aggasztónak látta májusban a lánya állapotát, és osztályos ellátást tartott volna indokoltnak. Ennek jogosságát alátámasztja, hogy az anya által talált felnőtt pszichoterapeuta sem vállalta Áfonya ambuláns terápiáját, felnőtt pszichoterápiás osztályos ellátást javasolt.

Etikai vétséget szerintem a rendelő vezetője követett el, részben azzal, hogy saját beosztottjai szupervízióját végzi, részben pedig azzal, hogy nem járult hozzá Áfonya további kezeléséhez rendelői keretek között. Ha pedig Áfonya állapotát súlyosnak ítélte, nem ambuláns felnőtt pszichoterapeutát, hanem osztályos elhelyezést kellett volna javasolnia.

Csilla is etikai vétséget, szakmai hibát követett el azzal, hogy engedelmesen követve a főnök véleményét, feltétlenül csak ambuláns ellátást javasolt Áfonyának az anya aggodalmai ellenére. Lehet, hogy a szakmai kérdés korrekt megítélésében is segítségére lehetett volna egy független szupervizor. Nincs szó arról az esetleírásban, vajon a szakképzésben élt-e a dilemma kapcsán a szupervíziós lehetőséggel.

*A MAKOMP Etikai Bizottság elemzése:*

Az ismertetett eset több, egymással összefonódó etikai problémát vet fel, amelyek elsősorban a kliens biztonságához, az ellátás folytonosságához és a szakmai felelősség megoszlásához kapcsolódnak. Továbbá ez az eset jól példázza az intézményi működés és az egyéni szakmai döntés között sokszor meghúzódó feszültségeket is.

Mindenekelőtt hangsúlyos kérdés a *kliens aktuális állapotának és szükségleteinek elsődlegessége*. Áfonya esetében a terápiás folyamat lezárása olyan időszakban történt, amikor állapota romló tendenciát mutatott (depresszív tünetek, önsértés). Az etikai alapelvek – különösen a *nem-ártás (nonmaleficence)* és a *jóllét elősegítése (beneficence)* – alapján,

ilyen helyzetben a kezelés megszakítása csak akkor elfogadható, ha az ellátás folytonossága ténylegesen biztosított. Jelen esetben ez nem valósult meg, ami etikai szempontból aggályos. A terápia lezárása nemcsak adminisztratív folyamat, hanem klinikai jelentőségű beavatkozás is, ez egy leválási folyamat, melynél megfelelő körültekintéssel kell eljárnia a terapeutának.

Csilla felelőssége több szinten értelmezhető. Pozitívként értékelhető, hogy rendszeresen szupervízióba vitte az esetet, ugyanakkor döntésében jelentős szerepet játszott a felettes implicit elvárásának való megfelelés. Ez felveti a *szakmai autonómia korlátozottságának* kérdését. Az etikai irányelvek szerint a pszichológus felelőssége, hogy saját kompetenciahatárain belül, de önálló szakmai mérlegelés alapján döntsön. Amennyiben bizonytalanság áll fenn, további konzultáció vagy másodvélemény kérése lett volna indokolt, különösen egy potenciálisan veszélyeztetett kliens esetében.

A rendelő vezetőjének szerepe különösen kritikus. Szupervizorként nemcsak szakmai irányítást ad, hanem felelősséggel tartozik a kliens ellátásának biztonságáért is. Az a javaslat, hogy a nagykorúvá válás apropóján zárják le a terápiát, miközben a kliens állapota instabil, *nem tükrözi kellő mértékben a kliens érdekének prioritását*. Ez a döntés azt sugallja, hogy adminisztratív vagy képzési szempontok felülírták a klinikai szükségleteket.

Rendszerszinten is jelentkezik etikai probléma: a gyermek- és felnőtt ellátás közötti átmenet nem volt megfelelően szervezett. Az, hogy az új ellátás csak hónapokkal később lett volna elérhető, majd a kliens motiválatlanság miatt elutasításra került, rámutat a *hozzáférhetőség és ellátási kontinuitás hiányosságaira*. Etikai szempontból nem elfogadható, hogy egy sérülékeny kliens „ellátási vákuumba” kerüljön.

A kockázatkezelés szempontjából is hiányosságok azonosíthatók, mivel nem történt öngyilkossági kockázatfelmérés, nem készült biztonsági terv, ami ebben az esetben indokolt lett volna.

További kérdést vet fel a kliens motivációjának értelmezése a később megkeresett terapeuta által. Ő arra hivatkozva utasította el Áfonyát, hogy nem motivált, azonban ebben a helyzetben (depresszív állapot, korábbi terápia lezárása során újra aktiválódott elhagyatottság-élmény, krízis) a motiváció csökkenése központi tünet lehet. Ennek kizáró kritériumként való értelmezése, a kliens további konkrét segítség nélküli elutasítása szakmailag megkérdőjelezhető.

A helyzet kezelésére az alábbi lépések lettek volna indokoltak:

- a terápia *folytatása az átadás tényleges megvalósulásáig*, a terápiás cél itt a pszichoterápiára való előkészítés lehetett volna, ami Csilla kompetenciakörébe egyértelműen belesik;
- aktív koordináció az új ellátóval (pl. konzultáció, átadó megbeszélés);
- a kockázat mértékének megfelelően *krízisellátás vagy intenzívebb kezelés mérlegelése*,
- valamint a kliens és a szülő *transzparens bevonása* a döntéshozatalba.

Az eset arra hívja fel a figyelmet, hogy a szakmai hierarchia, az intézményi működés és az életkori határok nem írhatják felül a kliens biztonságának és folyamatos ellátásának követelményét. Az etikai felelősség megoszlik ugyan a szereplők között, de végső soron minden érintett szakember kötelessége lett volna a kliens védelme és az ellátás megszakításának megelőzése.

A terapeuta etikus szakmai döntésének középpontjában mindig a kliens aktuális pszichés állapota és sérülékenysége lehet a meghatározó, ennek figyelmen kívül hagyása etikai vétség. Ez abban az esetben is így van, ha ehhez az intézményi működés vagy a szakmai szerepek újragondolására van szükség.

*Morva Dorottya véleménye:*

Érdeemesnek az eset kapcsán röviden arra a róka fogta csuka helyzetre kitérni, amibe klinikai képzésben lévő hallgatóként gyakran kerülünk. A képzésben nagy hangsúlyt kap a kompetenciahatárok betartása, ami a kliensek és a gyakorló szakemberek biztonsága szempontjából is alapvető. Ugyanakkor a gyakorlat azt mutatja, hogy a képzés során elvárt munkahelyeken olyan esetekkel találkozunk, amelyek ezeket a határokat fessegetik, miközben a szupervíziós támogatás nem mindig elérhető. Mivel a képzés ezekhez a munkahelyekhez köt, és az ellátórendszer is erősen túlterhelt, hallgatóként sokszor nehéz a saját szakmai határainkat képviselni. További nehézség, hogy bár a serdülőkor fejlődéslélektani értelemben gyakran túlmutat a 18. életéven, az ellátórendszer sok esetben éles határt húz, így ezek a kliensek könnyen „szürke zónába” kerülnek, nem találva a helyüket az ellátórendszerben. Felmerül az a költői kérdés is, hogy vajon a szakmai kompetenciánk vagy a kliens szükségletei érdemben megváltoznak-e attól, hogy a 17. életévéből a 18.-ba lép, és ezzel az ellátórendszerben, akár diagnosztikai kategória szerint is, más csoportba kerül. Illetve,

ha egy eset már a 18. életév előtt is meghaladja a képzésben lévő szakember kompetenciahatárait, akkor mi indokolja, hogy azt mégis ő vigye?

A bemutatott eset is jól mutatja, hogy ezek a rendszerszintű nehézségek hogyan jelennek meg konkrét terápiás döntési helyzetekben.

Etikai szempontból nehezen tarthatónak tűnik az a helyzet, hogy Csilla szupervizora egyben a rendelő vezetője is. Ez a helyzet szükségszerűen függő viszonyt hoz létre, amelyben a vezető egyértelmű autoritást képvisel. Ilyen keretek között nehezebben tud kialakulni egy partneribb, együtt gondolkodó szupervíziós tér, amelyben a bizonytalanságok és nehéz érzések (például az inkompetenciától való félelem) biztonsággal megoszthatók lennének. Felmerül az is, hogy ebben a helyzetben mennyire tisztázott a szupervízor felelőssége: miközben az esetet befolyásoló döntési javaslatot tesz, nem egyértelmű, hogy milyen mértékben vállal részt a kliens ellátásáért viselt felelősségből.

Ez a szupervíziós helyzet jól tükröződik Csilla bizonytalanságában és döntéseiben is. Csilla a kliens állapotának romlásakor elbizonytalanodik, és úgy értelmezi a szupervíziós javaslatot, mint saját alkalmatlanságának visszajelzését. Ebben a helyzetben nem jelenik meg a döntés közös mérlegelése, inkább egy autoritatív iránymutatás követése látszik, amelynek következtében a terápiás folyamat lezárása kerül előtérbe. Áfonya helyzetét átgondolva azonban ez a döntés több szempontból is

problematikusnak tűnik. Egy korábbi öngyilkossági krízist követően állapota stabilizálódott, és feltételezhetően biztonságos, megtartó terápiás kapcsolat alakult ki Csillával. Ehhez képest különösen érzékeny időszakban kerül sor a folyamat lezárására, éppen akkor, amikor állapota ismét romlani kezd. Ebben a helyzetben a terápiás kapcsolat megszakítása könnyen megerősítheti azt az élményt, hogy sérülékenysége nem tartható meg a kapcsolatban, és nehézségei idején magára marad. Ez összefügghet azzal a korábbi működésével is, amelyben felelős, gondoskodó szerepet vállal, és kevésbé enged teret saját szükségleteinek. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az új ellátás nem volt azonnal elérhető, így egy kritikus időszakban ténylegesen ellátás nélkül maradt.

Nagyon érthetőnek találom Csilla reakcióját a helyzetre, figyelembe véve a korábban bemutatott nehézségeket. Azt hiszem, én arra törekednék, hogy visszavigyem a dilemmáimat és nehéz érzéseimet a szupervízióba, és igyekeznék jobban megérteni a szupervízor továbbküldésre vonatkozó javaslatának hátterét. Fontosnak tartanám, hogy ezek a bizonytalanságok őszintén megjelenhessenek a közös gondolkodásban. Amennyiben meg tudnám tartani a saját biztonságérzetemet az eset kapcsán, és valódi támogatást kapnék, akár szorosabb szupervíziós kísérés mellett inkább tovább kíséreném Áfonyát, különös tekintettel aktuális sérülékeny állapotára.

## 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 egyetemista gyakornokaink szerkesztik, akik 2025 április óta a szerkesztőség csapatához tartoznak. 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 azokat a lehetőségeket tekintettük át, amelyek az egyetemi képzés után várják a végzett pszichológusokat és a pszichiátria iránt érdeklődő orvostanhallgatókat. További lapszámokban pedig röviden áttekintjük, 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 hallgatóknak. Reméljük, ez a rovat valóban útravalóul szolgál a jövő segítő szakembereinek, és hogy általa közelebb kerülhetnek szakmai jövőjük megalapozásához.*

Demetrovics Hanna, Kakuk Zita

### **Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés**

Egyetemistáknak szóló rovatunk harmadik számában a pszichológus hallgatókat szólítjuk meg. A legkeresettebb pszichológiai szakképzést szeretnénk bemutatni: a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzést. Ezen képzés célja, hogy azok az okleveles pszichológusok, akik rendelkeznek releváns tapasztalattal a felnőtt- és gyermekellátás területén, és magas szintű szakmai ismereteket tudhatnak magukénak, az egészségügyi rendszer területén belül végezhesék tevékenységüket. A továbbiakban áttekintjük azokat az intézményeket, ahol jelenleg lehetőség nyílik a képzés elvégzésére. A képzések struktúrája mellett a jelentkezés feltételeit is részletesen tárgyaljuk.

A Semmelweis Egyetem klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusi képzése 4 éves posztgraduális képzési formában zajlik. A jelentkező céljától függően felnőtt, valamint gyermek- és ifjúsági szakirány választható. A képzés integratív, kognitív hangsúlyú, viselkedésterápiás, pszichodinamikus és rendszerszemléletű pszichoterápiás elveket ötvöző szemléletet képvisel, amely naprakész ismereteket biztosít a klinikai pszichológia területén. A képzés struktúrája elméleti és gyakorlati képzésből, valamint szupervízióból áll. Az elméleti blokkok többsített formában, a félév elején zajlanak. A gyakorlati képzés során a hallgatók egészségügyi környezetben, szupervízió mellett dolgoznak pszichiátriai vagy szomatikus osztályokon, pszichoterápiás ambulanciákon vagy rehabilitációs intézményekben. A képzés további meghatározó eleme a 150 órát felölelő,

akkreditált egyesület kiképző pszichoterapeutájánál megvalósuló sajátélményű pszichoterápia.

A jelentkezés során előnnyel rendelkeznek azok, akik legalább egy év klinikai vagy mentálhigiéniai, egészségügyi területen szerzett pszichológusi tapasztalattal rendelkeznek. A munkáltatók tekintetében az állami vagy egyházi fenntartású munkahelyeken dolgozók és az akkreditált magánrendelő alkalmazotti jogviszonnyal rendelkezők élveznek prioritást. A jelentkezés feltételei a BA és MA pszichológiai diploma mellett a munkaviszony igazolása, a pszichodiagnosztikai tárgyak elvégzésének igazolása, illetve azok számára, akik nem pszichiátria fekvőbeteg osztályon dolgoznak, a pszichiátria befogadó nyilatkozat leadása, amellyel vállalkoznak arra, hogy heti tíz óra vagy tömbösítve félévente két hét pszichiátria osztályos gyakorlatot végeznek az első két évben.

A jelentkezőknek lehetőségük nyílik államilag támogatott, rezidensi szakképzési helyeket is megpályázni (a 2025-ös felvételi időszakban maximum 5 fő), amely magában foglalja a klinikai munka mellett a kutatói és oktatói tevékenységet is. A pályázat olyan jelentkezők számára szól, akik már egyetemi tanulmányaik során is szereztek tapasztalatot kutatási területen, például Kari vagy Országos Tudományos Diákköri Konferencián vettek részt, valamint a betegellátás terén is rendelkeznek tapasztalattal, tehát önkéntes tevékenységet folytattak klinikai környezetben. A rezidensek a Semmelweis Egyetem klinikáin dolgoznak, gyakorlatukat a Klinikai Pszichológia Tanszék képzőhely irányításával folytatják.

A Pécsi Tudományegyetem klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus képzésére jelentkezők budapesti és pécsi képzési helyszínek közül választhatnak, ezáltal a képzés 900 órás gyakorlati része mindkét városban végezhető. Szintén felnőtt, valamint gyermek és ifjúsági szakirány megjelölhető.

Az elméleti képzés, amely 400 órából áll, a PTE-n valósul meg és a pszichopatológia mellett a fejlődéslélektani, pszichodinamikus megközelítésekre, valamint a pszichológia alkalmazott területeire, a pszichodiagnosztikai és az alapszichoterápiás készségek fejlesztésére fókuszál. A gyakorlati képzés központi eleme az esetkonceptualizálás során az etiopatogenetikai tényezők komplex, több szempontot ötvöző (dinamikus, kognitív, rendszer és biológiai szemlélet) feldolgozása. Jelentős ezen túl a krízisállapotok megfelelő kezelésére, diagnosztizálására fektetett hangsúly.

A jelentkezés feltétele Pszichológia MA vagy Egészségpszichológia MSc diploma, illetve heti 20 vagy 36 órában klinikai pszichológiai és/vagy men-

tálhigiénés munkakörben alkalmazotti jogviszony. Ha a jelentkező nem pszichiátria osztályon, szakrendelőben vagy neurológiai osztályon dolgozik, az első két évben 10 órás heti gyakorlatot kell teljesítenie egy befogadóhelyen, amely az előbb felsorolt típusú egészségügyi intézmények mellett pszichiátria rehabilitációs osztály is lehet.

A Debreceni Egyetemen is elérhető a klinikai és mentálhigiéniai felnőtt, valamint gyermek- és ifjúsági szakpszichológus képzés. A képzés 8 féléves és önköltséges formában valósul meg. Az elméleti, illetve a gyakorlati képzések (ami szupervíziót és bázisgyakorlat takar) előre megadott időpontokban, tömbösített formában történnek havi rendszerességgel. Fontos lehet az ide jelentkezők számára, hogy a bázisgyakorlat Budapesten is elvégezhető. A képzés két fő részből épül fel: elméleti és gyakorlati szakaszból. Az elméleti képzés modulos rendszerben, tanulmányi egységekre bontva történik. A gyakorlati képzés pedig a klinikai gyakorlólhelyeken eltöltött gyakorlatból, illetve konkrét klinikai feladatok ellenőrzött keretek között történő megvalósításából áll. Az elméleti képzés összesen 400 órát, a gyakorlati képzés pedig 900 tanulmányi órát ölel fel, ami összesen 1300 képzési órát jelent. Így félévenként átlagosan 150 képzési óra teljesítése szükséges.

A DE szakképzésére való jelentkezés feltételei a következők: akkreditált képzésben szerzett MA vagy MSc fokozatú egyetemi pszichológus diploma. Feltétel továbbá klinikai (és/vagy mentálhigiéniai), állami egészségügyi teljes idejű, de legalább heti 40 órás munkaviszony. A gyermek szakpszichológus képzésre jelentkezők esetében klinikai pszichológiai feladatok ellátásra irányuló, de nem kifejezetten egészségügyi munkakör is megfelelő. A szakképzésbe jelentkezésnek nem feltétele az önismereti pszichoterápiás saját élmény megléte, azonban a képzés végére a hallgatónak gondoskodniuk kell a feltétel megszerzéséről (150 óra kiképző pszichoterapeutánál). A felvételin írásbelire lehet számítani, ami a tudásszint felmérése szolgál a klinikai pszichológia témakörében.

A Szegedi Tudományegyetem szintén 8 félév alatt elvégezhető a felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, illetve a gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzés. Mindkettő szakvizsgára felkészítő szakirányú szakképzés, melyek elméleti blokkokban és gyakorlati keretben történnek, munkavégzés mellett, ami ebben az esetben is a gyakorlati képzés részét jelenti. A 8 félév alatt összesen 1300 képzési órán kell részt venni (400 óra elmélet, 900 óra gyakorlat).

Az SZTE képzésére való jelentkezéskor hasonló feltételeknek kell megfelelni, mint a korábban részletezett egyetemeken esetében. Szükséges pszichológus diploma (MA/ MSc/ osztatlan), illetve a szakterületen állami szektorban egészségügyi munka végzése, legalább heti 36 órában. Részmunkaidős foglalkoztatás esetén pedig legalább heti 20 órás munkaidejű egészségügyi tevékenység. A felvételi eljárás során előnyt jelent, ha a jelentkező jártas pszichodiagnosztikai eszközök használatában, részt vett tudományos tevékenységben a klinikai pszichológia területén, rendelkezik pszichiátriai, illetve klinikai tapasztalattal és amennyiben teljes állásban dolgozik pszichiátria osztályon vagy szakrendelőben. A hozott pontokból összesen 60 pont, a felvételin pedig 40 pont szerezhető.

A klinikai képzést elvégezni vágyók több egyetem közül is választhatnak, amelyek struktúrájukban hasonló felépítést követnek, ugyanakkor egyes szervezési és tartalmi elemekben különbözhetnek. A képzés minden intézmény esetében 4 éves és az elméleti oktatás mellett jelentős hangsúlyt fektet a gyakorlati tapasztalatszerzésre, a szupervízióra, valamint a sajátélményű pszichoterápiára.

A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzés elvégzése olyan egészségügyi szakképesítést ad, amely feljogosítja a pszichológusokat arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer keretein belül diagnosztikai és terápiás munkát végezzenek. A képzés

során megszerzett kompetenciák lehetővé teszik a pszichés zavarok felismerését, pszichológiai vizsgálatok végzését, valamint különböző pszichológiai intervenciók alkalmazását egyéni, vagy csoportos formában. A szakpszichológusok munkájának fontos szerepe van a mentális zavarok megelőzésében, a pszichés problémákkal küzdő páciensek támogatásában, valamint az egészségügyi és szociális ellátórendszerben dolgozó szakemberekkel való együttműködésben.

A szakképesítés megszerzése után többféle intézményi keretben is lehetőség nyílik elhelyezkedésre. Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusok dolgozhatnak például pszichiátriai és pszichoszomatikus osztályokon, járóbeteg-ellátásban, mentálhigiénés központokban, gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézményekben, valamint egyéb egészségügyi vagy szociális intézményekben. A képzés egyúttal fontos alapot jelent további szakmai fejlődéshez is: a szakpszichológusi végzettség megszerzése után lehetőség nyílik a – másodszakvizsgaként – a pszichoterapeuta-képzésbe való belépésre, amely magasabb szintű, módszerspecifikus terápiás kompetenciákat biztosít. Emellett a szakemberek különböző pszichoterápiás irányzatok – például kognitív viselkedésterápia, családterápia vagy pszichoanalitikus irányzatok – képzéseiben folytathatják tanulmányaikat, tovább bővítve szakmai eszköztárukat.

## Felhasznált irodalom

- Debreceni Egyetem (n.d.). Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus. <https://aok.unideb.hu/klinikai-es-mentalhigieniai-szakpszichologus>
- Pécsi Tudományegyetem (n.d.). Felnőtt klinikai szakpszichológus szakirányú szakképzés. <https://pte.hu/hu/felveteli/kepzes/felnott-klinikai-szakpszichologus-szakiranyu-szakkepzes-0>

- Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék (n.d.). Felnőtt és gyermek klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés. <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas/felnott-es-gyermek-klinikai-es-mentalhigieniai-szakpszichologus-szakkepzes/>
- Szegedi Tudományegyetem (n.d.). Klinikai szakpszichológus szakképzés. <https://u-szeged.hu/szakk/menu-horizontalis/klinikai>

## KITÜNTETÉSEK

A 2025. évi Oláh Gusztáv-életműdíjat Kurimay Tamás és Lehóczky Pál nyerte el.

*(Oláh Gusztáv- emlékérem évente egy vagy két személynek adható, aki a Társaság feladatainak megfelelő magas színvonalú munkát végzett.)*

Kurimay professzort Réthelyi János, Lehóczky Pált Tringer László laudálta.

A 2025. évi Nyíró Gyula-díjat 2 könyv nyerte el.

*(Nyíró Gyula-díj – Az elmúlt naptári évben külföldön vagy itthon megjelent legjobb kézikönyv, monográfia szerzőjének vagy szerkesztőjének adható évente, 1-3 szerző kaphatja.)*

Dr. Árkovits Amaryl – Varga S. Katalin (szerk.):  
Terápiás kapcsolat – Tizenhét írás (L'Harmattan 2024.)

Mészáros Judit – Harmatta János – Bókay Antal (főszerk.):

Ferenczi Sándor összes művei 1-7. (Oriold és Tsa Kiadó 2025.)

A 2025. évi Hollós István-díjat 3 cikk nyerte el.

*(Hollós István-díj – a Pszichiatria Hungaricaban megjelent tanulmányért ítélt oda két évente, páratlan években.)*

Farkas Kinga és munkatársai: Bálint Melinda, Baráth Katalin, Gallai Mária, Lakos Eszter, Lisincki

Anna, Matolcsi Rita, Somogyi Andrea, Szuromi Bálint, Réthelyi János:

Autizmus diagnosztikája és kivizsgálása felnőttkorban (PH 2024/3)

Szendi István: A metabolikus pszichiátriai alapjai (PH 2024/2)

Wernigg Róbert – Hajduska-Dér Bálint: A mesterséges intelligencia szerepe a pszichiátriában (PH 2024/1)

2026. évben, a XI. Nemzeti Kongresszuson elnöki különdíjak átadására is sor került.

A pszichiátria és a pszichoterápia terén végzett több, mint 30 éves kiadói tevékenységéért három kiadót díjazott az MPT elnöke:

Az Animula Kiadó részéről Bíró Sándor vette át a díjat.

A Medicina Könyvkiadó Zrt. főigazgatója, Farkasvölgyi Frigyesné kapta meg a díjat.

A pszichiátria és a pszichoterápia terén végzett 20 éves kiadói tevékenységéért az Oriold és Társai Kiadó Kft. ügyvezetője, Oriold Károly vette át az elnöki különdíjat.

A MentalPort Kiadó részéről Szőnyi Gábor vette át a díjat a Pszichoterápia folyóirat kiadásáért és pszichoterápia-konferenciák megrendezéséért.

Örömmel és büszkeséggel osztjuk meg, hogy a *MentalPort Pszichoterápiás Intézet a Magyar Pszichiátriai Társaság* küldöttgyűlésén elnöki különdíjban részesült kiadói tevékenységéért. A díjat Molnár Károly, az MPT elnöke adta át, az elismerést Szőnyi Gábor, a *Pszichoterápia* volt főszerkesztője vette át. A *Pszichoterápia* folyóirat szerkesztősége nevében is köszönjük a megtisztelő elismerést!

A Buda Béla által alapított *Pszichoterápia* folyóirat 35 esztendeje jelenik meg. Konferenciája, amit ebben az évben 20. alkalommal szervezünk meg, egyre növekvő számban hozza össze a tágabb pszichoterápiás szakma képviselőit. A szerkesztőség tagjai – Barna Mária, Csűrös Judit, Kepics Zsannett, Németh Noémi, Pál Krisztina, Tiringner István; gyakornokaink: Demetrovics Hanna, Kakuk Zita –

társadalmi munkában dolgoznak a pszichoterápiás szakmáért.

Az elmúlt 23 évben a *Pszichoterápia* folyóirat szerkesztői voltak: Bokor László, Albert-Lőrincz Enikő, Túry Ferenc, Stang Tünde, Kiss Tibor Cece, Valkó Lili, Takácsy Márta, Berger Noémi, Benkő Henrietta, Eörsi Dániel, Vattay Dániel.

Köszönjük minden kollégának és önkéntesnek – különösen Pach Juditnak, Léder Katának és a HELLO stábnak –, akik elkötelezett munkájukkal hozzájárulnak a folyóirat és a konferencia szakmai színvonalához és stabil működéséhez!

Gratulálunk a díjazottnak!

A szerkesztőség



## A PSZICHOTERÁPIÁS TANÁCS SZÖVETSÉG KÜLDÖTTGYŰLÉSÉNEK ÖSSZEFOGLALÓJA

2026. ÁPRILIS 9.,  
1021 BUDAPEST, HŰVÖSVÖLGYI ÚT 75/A

*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: Varga S. Katalin, Hajdú Nándor, Tóth Erika Hajnalka, Németh Marietta, Bagotai Tamás, Harmatta János, Szél Erzsébet, Kácsándi Elvira, Székely Panna, Bodnár Csilla, Rubovszky György Zsolt, Pataki Teréz, Jelinek Katalin, Ács Eszter, Eitler Szilvia, Borbándi János, Farkas Kinga, Kútvolgyi Andrea, Milák Piroska, Csáky-Pallavicini Krisztina, Fekete Zita, Égerházi Anikó

### *Napirendi pontok:*

1. A 2025. évi munkabeszámoló és pénzügyi beszámoló ismertetése és elfogadása - Égerházi Anikó
2. A Felvételi Bizottság bővítése - Milák Piroska
3. A jelölt státusz kritériumainak meghatározása - Beszámoló a Felvételi Bizottság eddigi munkájáról - Milák Piroska, Csáky-Pallavicini Krisztina
4. Beszámoló a gyermekpszichoterápiás képzések ügyében történt grémiumi egyeztetésekről - Tóth Erika
5. Beszámoló az EAP márciusi meetingjéről - Farkas Kinga

A Zoom előfizetéssel kapcsolatos kérdések megvitatása - Kútvolgyi Andrea

Az egyesületek érdeklődésére számot tartó etikai kérdések megvitatása - Szél Erzsébet

Egyéb

### *1. A 2025. évi munkabeszámoló és pénzügyi beszámoló ismertetése és elfogadása*

Az Elnök részletesen ismerteti a PTSZ 2025-i évi munkájáról készült munkabeszámolót. A munkabeszámolót követően bemutatja a küldötteknek a PTSZ 2025-i évi pénzügyi beszámolóját. Végül a 2026-i évi munkatervvel zárja beszámolóját.

A jelenlévő küldöttek a munka- és pénzügyi beszámolót 13 igen szavazat mellett elfogadják.

Pataki Teréz a beszámolóban elhangzott szociális média megjelenések kapcsán megjegyzi, hogy érdemes lenne több, a PTSZ-t munkáját érintő tartalmat megosztani, mert tapasztalatai szerint ezeknek jó az elérése. Vállalja, hogy ezeket a tartalmakat az érintett bizottság/tag kérése mentén elkészíti. Emellett felveti, hogy a beszámolót a PTSZ honlapja mellett rövidített formában a szociális média felületeket is érdemes lenne megosztani.

Ezt a javaslatát a küldöttek 13 igen szavazat mellett elfogadják.

### *2. A Felvételi Bizottság bővítése*

Milák Piroska, a Felvételi Bizottság elnöke javasolja Csáky-Pallavicini Krisztina felvételét a Bizottságba. A Bizottság aktuális feladata a jelölt státusz feltételeinek kidolgozása, Csáky-Pallavicini Krisztina érintettsége egy potenciálisan jelölt státuszra pályázó

egyesület munkájában pedig értékes hozzájárulást jelenthet az FB tevékenységéhez.

A jelenlévő küldöttek 13 igen szavazattal támogatják Csáky-Pallavicini Krisztina felvételét a Felvételi Bizottságba, így az négytagúvá bővül.

*3. A jelölt státusz kritériumainak meghatározása*  
*Beszámoló a Felvételi Bizottság eddigi munkájáról*  
Csáky-Pallavicini Krisztina a TFP Munkacsoportban szerzett tapasztalatai alapján elmondja, hogy nagyon hosszú időt vesz igénybe, amíg egy új egyesület fel tud épülni úgy, hogy a PTSZ felvételi kritériumoknak megfelelő 5 kiképzővel rendelkezzen. A TFP 13 évi munka után is egyelőre 3 kiképzővel rendelkezik. További problémát jelent, hogy a képzés elvégzésével a kiképzett szakemberek hajlamosak visszatérni azon egyesületeikhez, melyek tagságot tudnak nekik kínálni. Ez alapján hangsúlyozza, hogy a kiképzők száma egy olyan pont, mely átgondolásra érdemes. Az érintett egyesületek átmenetileg akár külföldi kiképzővel is dolgozhatnak, ez esetben azonban felmerülhet az a kérdés, hogy az idő alatt az ő munkájukért ki vállal felelősséget. Illetve felmerül a kérdés, hogy hogyan lehet a külföldi képzettséget és a hazait ekvivalenssé tenni. A külföldi kiképző jelenlétét minőségbiztosítási szempontból is fontosnak tartaná.

Rubovszky György Zsolt felveti, hogy a külföldi kiképzőkkel esetleg együttműködési megállapodás is köthető.

Borbándi János szerint a jelölt státusz odaítélésekor akár egyedi elbírálási szempontokat is figyelembe lehetne venni. Rubovszky György Zsolt pedig az újonnan megalakuló egyesületek felé türelmi idő meghatározását javasolja.

Tóth Erika a kiképzők számához kapcsolódóan megjegyzi, hogy érdemes figyelembe venni, hogy a pszichoterápiás képzésben a tutori feladatok ellátásának kritériuma volt korábban a legalább 5 éves tapasztalat, mely egy új rendelettel 3 évre csökkent, és a képzések egyéb vonatkozásaiban is lejjebb szálították a kritériumokat.

Varga S.Katalin és Harmatta János hangsúlyozzák, hogy a Felvételi Bizottságnak és a Képzési Bizottságnak érdemes lenne közösen dolgozni a jelölt státusz kritériumainak kidolgozásán. Varga S. Katalin vállalja, hogy kezdeményezni fogja a KB és az FB közös munkája időpontjának egyeztetését.

*4. Beszámoló a gyermek-pszichoterápiás képzések ügyében történt grémiumi egyeztetésekről*

Tóth Erika röviden ismerteti a grémiumi egyeztetések eredményeit.

A gyermek-pszichoterápiával foglalkozó munkacsoport 3 területen tett fontos előrelépéseket:

1. Elkészítették az új gyermek-pszichoterápiás tételsort, melyet a grémiumok elfogadtak. 2026 ősztől ezek a 3. tételsorban szerepelnek. Emellett továbbra is szükséges egy akkreditált módszerben szerzett képzettségről szóló igazolás a szakvizsga teljesítéséhez.
2. A szakvizsga megszerzése után kapott cím nem változik, a szakvizsgázott személyek a pszichoterapeuta címet viselik. A gyermek-pszichoterapeuta cím bevezetése jogszabálmódosításhoz lenne kötött.
3. 14 és 18 év közötti páciens esete megírható szakvizsga esetként. Emellett a vizsgázónak az új 3. tételsorból kell tételt húznia.

*5. Beszámoló az EAP márciusi meetingjéről*

Farkas Kinga röviden bemutatja az EAP-t, annak felépítését, delegáltjait. Elmondja, hogy az EAP célja a pszichoterápia mint önálló tevékenység elfogadtatása. A pszichoterápiás tevékenység szabályozása azonban nagyon különböző országoként, ez megnehezíti a célkitűzés eléréséhez szükséges lépések összehangolását. Emellett az egyes nemzeteken belüli konfliktusok és hasadások az EAP szervezetében is leképeződnek, további kihívásokat okozva. Az EAP magas színvonalú és igen szigorú követelményeket támaszt a tagjaival szemben ezért, még ha a Szövetségen belül megosztó kérés is a PTSZ „awarding” jogosultságának (NAO) megszerzése, mindenképpen javasolja azt.

*6. A Zoom előfizetéssel kapcsolatos kérdések megvitatása*

A CSAKIT által előfizetett és kezelt, valamennyi egyesület használatára bocsátott Zoom előfizetés március végén lejárt. A tagegyesületek közötti korábbi megállapodás értelmében az előfizetés megújítását a PTSZ veszi át. Kútvölgyi Andrea felveti, hogy mivel a nagy létszámú, komoly előfizetési költséget vonzó előfizetésre a tapasztalatok alapján nincsen szükség, ugyanakkor a Zoom havi előfizetést is kínál kisebb létszámú csoportos online meetingek számára, érdemes-e a teljes PTSZ-nek folyamatos előfizetést vásárolnia. Vajon nem raci-

onálisabb-e, ha a PTSZ a Gigazoom rendezvények előfizetését biztosítja, a kisebb, egyesületi online rendezvényekre a rövid távú előfizetést pedig az egyesületek maguk intézik?

Ezt a felvetést a jelenlévő küldöttek 12 igen és 1 tartózkodás mellett támogatják.

*7. Az egyesületek érdeklődésére számot tartó etikai kérdések megvitatása*

Szél Erzsébet a saját egyesületében szerzett tapasztalatok alapján felvázol egy valamennyi egyesület érdeklődésére számot tartó, több szervezeti, képzési, etikai dilemmát felvető kérdést. A kérdés a jelenlévő küldöttekben élénk érdeklődést váltott ki, olyannyira, hogy a számos felmerülő további gondolat és kérdés miatt a közgyűlés a napirendi pontot a közgyűlés keretein belül lezárni nem tudta. Az elnök javasolja, hogy a PTSZ szervezzen a küldöttek számára egy tematikus online találkozót a felmerült aspektusok további megvitatására.

*8. Egyéb*

Varga S. Katalin bejelenti a küldöttek számára szervezett „PTSZ Teadélután” következő alkalmának időpontját, illetve javasolja, hogy a következő, május 21-én esedékes alkalmat érdemes lenne a közgyűlés során le nem zárt kérdések a témájának szentelni.

Emellett ismerteti a jelenlévőkkel, hogy egy jövőbeli új kötet tervezetén dolgoznak, melynek részleteivel a későbbiekben fog szolgálni.

A Bagotai Tamás által ismertetni kívánt Etikai Bizottsági bejelentés a közgyűlés során elhangzott témák kapcsán korábban megtörtént.

A következő küldöttközgyűlés időpontja:

**2026.06.04. 10:00-12:00, online**

*Fekete Zita*

## KONFERENCIABESZÁMOLÓK

### A SZENVEDÉLYBETEG SZÜLŐ ELVESZTÉSÉT KÖVETŐ GYÁSZFELDOLGOZÁS LEHETŐSÉGEI

#### ELVESZETT GYERMEKKOR

2025. MÁJUS 15., SZEGED

„Az összetett gyászfolyamatot, amit a szenvedélybeteg családban való felnövés indukál, hatalmas önismereti munka kibogozni” – hangzott el a nap egyik kulcsmondata *Mucsi Georginától*, aki a Szegedi Tudományegyetem IKIKK Társadalmi Felelősségvállalás Kompetenciaközpont támogatásában megvalósuló, szenvedélybeteg családban nevelkedés következményeit vizsgáló kutatásuk eredményeiről számolt be a konferencián.

*Kassai Szilvia*, a SZTE SZAOK Magatartástudományi Intézetének adjunktusa a módszertani hátteret felvázolva megosztotta, hogy összesen 94 interjút elemeztek függőséggel küzdő szülőket elvesztett felnőtt résztvevőktől, és hogy munkájuk során elsősorban a gyermekkorú élményeket, azok felnőttkori hatásait és az alkoholbeteg szülő halálát követő gyászfolyamatnak, a veszteségek feldolgozásának a sajátosságait vizsgálták, továbbá a segítség lehetőségeit.

*Belányi Boglárka*, a SZTE SZAOK orvostanhallgatója a kutatás során kifejezetten arra fókuszált, hogy a szenvedélybeteg szülő és gyermeke közötti kötődés milyen hatással van a gyermek felnőttkori kapcsolataira. Az interjúalanyok többségénél magas arányban jelentek meg sérült és diszfunkcionális kötődési minták, továbbá sokszor nem csak a másokkal való bizalmas kapcsolatnak a kialakítása okozott számukra nehézséget, hanem az önmagukba vetett bizalom, valamint saját belső értékeiknek a felismerése is.

*Békési Tímea* addiktológiai konzultáns, etnográfus, képzésben lévő családi tanácsadó, gyászkiadó és meseterapeuta a veszteségek felnőttkori hatásainak ismertetésekor kifejtette, hogy a szenvedélybeteg szülők gyermekei komplex veszteségélményt élnek át, amelynek része az elvesztett gyermekkor gyászja, a fantáziaszülő elvesztésének gyászja, a szülő tényleges halála, valamint a felnőttkorra kivevülő veszteségek sora is. A veszteségek elgyászolása

azért nehéz, mert bár azok a gyermekkorban jelennek meg, jövőre irányuló hatásuk is van, akár élethosszig tartó. A múlt veszteségeivel való szembesülésnek sokszor feltétele a szülő halála, mert a felnőtt gyermek akkor tud elkezdni magára figyelni. A szülő elvesztését követő gyászfolyamatot nem elsősorban a szülő halálának ténye teszi komplikálttá, hanem az, hogy az addig elnyomott veszteségek a felszínre kerülnek. Ilyen veszteségek lehetnek például: a bizonytalan közeg, amiben felnőtt, a fizikai és/vagy lelki abúzus, az elhanyagolás, a parentifikáció, a biztonságos kötődés elvesztése.

A kutatócsoport negyedik tagja, *Mucsi Georgina*, a PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék adjunktusa a kutatási tapasztalataik ismertetése során elmondta, miért szükséges kiemelt figyelemmel kísérni a szenvedélybeteg szülő elvesztését követő gyászfolyamatot. „A szülő halálával végleg megszűnik annak minden esélye, hogy a felnőtt gyermeknek olyan családja legyen, amelyet szeretett volna. A szülő gyászolása arra a gyászfolyamatra érkezik, és sok esetben fel is erősíti, amelyben a gyermek az elvesztett gyermekkorát gyászolja. Az érzések felszínre hozása, tudatosítása és feldolgozása sokszor évtizedekben mérhető. Nagy bátorság és őszinteség szükséges a szembenézéshez, és a sokrétű veszteség feldolgozásához. Ebben a folyamatban a segítő eszközök elérhetősége és biztosítása kulcsfontosságú lehet. Kutatásunk rámutat a szenvedélybeteg családokban nevelkedő gyermekek minél korábbi elérésének, segítségének, valamint a szülő elvesztését követő gyászfolyamatban történő kísérésének fontosságára.”

A kutatócsoport tagjai szerint szükséges lenne olyan képzések indítása, amelyek segítségével a szakemberek közelebb kerülhetnek a veszteségfeldolgozás témájához, ahhoz, hogy a gyász ne egy rémisztő tabu legyen, hanem kompetensen tudják

támogatni a hozzájuk forduló kliensek összetett gyászfolyamata során az érzések felszínre hozását, és az ezzel kapcsolatos önismereti munkát. A kutatás tapasztalatai alapján kirajzolódott, hogy a szenvedélybeteg családokban nevelkedett felnőttek segítségével a leginkább hatékony módszer a gyászfókuszú, rendszerszemléletű munka, amely lehet egyéni-, pár- és családterápia, illetve -konzultáció.

Mintegy erre reflektálva, a konferencia zárásaként, a szenvedélybeteg szülők és gyermekeik egyéni, csa-

ládi és csoportos segítségi lehetőségeiről, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogadó Pszichoszociális Szolgálatnál jelenlegi elérhető támogatási formákról, többek között a 2019 óta működő *Apa, Anya, Pia* elnevezésű támogató csoportokról tartott előadást *Kormos Piroska* szociálpedagógus és *Frankó András* családterapeuta, az intézmény vezetője.

Sós Eszter

## EGY.8

### KONFERENCIA A SZENVEDÉLYBETEG SZÜLŐK MELLETT FELNŐTT

#### ELFELEDETT GYERMEKEKÉRT

2025. OKTÓBER 24., BUDAPEST

A függő szülők mellett felnövekvő „elfeledett gyermekek” problémáinak láthatóságáért, az ő jólétükért jött létre az Elfeledett Gyermekek Konferencia, amelyet 2025. októberében már a nyolcadik alkalommal rendezett meg a Máltai Szeretetszolgálat. Ezek a konferenciák általában egy téma köré szerveződnek, 2025-ben a fókusz a segítség módjain, eszközein volt.

Jómagam negyedik alkalommal vettem részt a konferencián, most is szép élmény volt számomra.

Találkoztam kollégákkal, akikkel együtt dolgoztunk, önkénteskedtünk korábban és persze új ismereteket is kötöttem.

Beszéltem néhány résztvevővel, kollégával, akiknek érintettségük okán sok nehéz emlék, érzelem került felszínre, azonban ők is azt mondták, sok felismerés, megerősítés is érkezett és tudják, hogy ezek mind a fejlődésüket szolgálják. Elmondták azt is, hogy már önmagában a tudat, hogy nincsenek egyedül, hogy van segítség akár felnőttként is, kifejezetten felszabadító.

A nap során számos előadást meghallgattam, szinte mindegyik kapcsolódott így-vagy úgy a konzultánsi munkámhoz, tágították látókörömet, hozzájárultak szakmai ismereteim gyarapításához.

Ilyen előadás volt többek közt a „Bántalmazott gyerekek – a segítség lehetőségei és korlátai a Kék Vonal tapasztalatai szerint” című előadás, melyet *Táler Orsolya*, a Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítványok képviselőjében tartott. Azért is tartom fontosnak ezt kiemelni, mert felelős szakemberként azokat a klienseket, gyermekeket, felnőtteket is megfelelő helyre kell tudnunk irányítani, akikkel mi magunk nem foglalkozunk.

A számomra leginkább inspiráló előadás, mely a Máltaiak szerint is az elmúlt egy év legnagyobb

eseményéről, a *Köttusa Kampanyról* szólt, *Kormos Piroska* és *Békési Tímea* „Civil összeKÖTtetések” című előadása volt, melyben beszámoltak a kampány tapasztalatai mellett a további terveikről is.

A kampány ötletgazdája, Békési Tímea megosztotta velünk, honnan jött a Köttusa ötlete, mi motiválta, inspirálta. A pénzgyűjtés melletti cél elsősorban a hiteles információ terjesztése volt, azaz a média és a nem érintettek figyelmének felhívása a problémára, de fontos cél volt a destigmatizálás is, hiszen a függőség még mindig tabu, a változáshoz azonban ezeket a tabukat le kell bontogatnunk.

S hogy honnan jött az ötlet? Ma körülbelül 400 ezer gyerek él olyan családban, ahol az egyik vagy mindkét szülő alkoholfüggő.

Ha ezek a gyermekek egymás mellé állnának, akkor Budapesttől Bécsig tartó élő láncot látnánk. A Budapest és Bécs közötti távolság 220 kilométer, így adódott az ötlet, hogy kössenek, minimum 220 méternyi sálát.

És mi az, ami végül összejött? A jó szervezés és a kiváló kampányfilm eredményeként számos újságcikk is született, készült összesen 443,9 méter sál, s több, mint 11 millió forint is összegyűlt. Az eredmények hihetetlenül megerősítőek voltak.

Az összegyűlt pénzt kiskorúak és gyermekként érintett, de már felnőttek támogatására fordítják, csoportokat, színházterápiás hétvégéket szerveznek, családterápiás lehetőséget is biztosítanak. Terveik szerint szakemberek részére is lesznek képzések, programok.

Akit érdekel a téma, a nyolcadik és a korábbi évek előadásait is megtekintheti a konferencia weboldalán.

Csupor Anna

**TÜKRÖZŐDÉSEK**  
**A MAGYAR C. G. JUNG ANALITIKUS**  
**PSZICHOLÓGIAI EGYESÜLET 26. KONFERENCIÁJA**  
**2025. NOVEMBER 8., BUDAPEST**

Az ELTE Kazinczy utcai épülete adott otthont adott a Magyar C. G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület Tükröződések című, immár 26. alkalommal megrendezett konferenciájának.

A rendezvény középpontjában idén is a kapcsolati szemlélet, az emberi élményvilág társas közege, valamint a kortárs jelenségek jungiánus értelmezése állt. A szervezők és előadók egy olyan gondolati ívet kívántak felrajzolni, amelyben a belső és külső tükreink – kapcsolataink, a minket körülvevő környezet, a technológiai és kulturális hatások – egyaránt alakítják a szelfet.

A konferencia mottójává választott jungi gondolat – „*A legmélyebb értelemben nem önmagunkból álmodunk, hanem abból, ami köztem és a másik között van.*” – pontosan megragadta az idej program sorozat alapélményét: hogy a psziché sohasem magányos jelenség, hanem dinamikusan kölcsönhatásban áll a másikkal és a világgal.

A délelőtti előadások a jungiánus kapcsolati megközelítés alapjaitól a kollektív és archetipikus motívumokig terjedtek. *Dúll Andrea* az egyén és környezete ökológiai összefonódásáról beszélt, míg *Bokor László* a kapcsolati tükröződések neuropszichológiai alapjait mutatta be, mely során figyelemfelkeltő gondolatok hangzottak el az anyag-hullám (kvantummechanika) és objektum-szobjektum (szinkronicitás) dualizmusának feloldásáról is többek között. Külföldi előadóink közül *Brigit Soubrouillard* előadása a mítoszok, a mesterséges intelligencia és az emberi lélek közötti újfajta együttműködési kérdéseket járta körül, hogy van-e egy robotnak szíve, mit jelenthet számunkra a szuperintelligencia és a mesterséges empátia, ennek fényében pedig referenciáink elvesztése, míg *Galit Ben Amitay* pedig a sebek és a gyógyító tükrözés viszonyáról osztott meg mélyen reflektív gondolatokat, azt a kérdést feszegetve, hogy „Mi a gyógyító, ha a seb nem gyógyul meg teljesen?” vagy van-e olyan seb, mely meghatározhatja hogyan viszonyulunk a másikkal, és ez a seb mennyire rejtett vagy látható, hagyjuk-e megnyílni egyáltalán?

A konferencia teljes időtartama alatt kávé és többféle frissítő, valamint gondosan összeválogatott sütemények várták a résztvevőket, a konferencia plenáris szekcióit pedig kétirányú tolmácsolás kísérte (magyar-angol), amely lehetővé tette, hogy a nemzetközi közönség egyformán hozzáférjen az elhangzottakhoz.

A délutáni szekciókban párhuzamos műhelyek és előadások zajlottak, amelyek három nagyobb téma köré csoportosultak: (1) művészet és mese – a kreatív folyamatok és a kollektív képzelet tükrei; (2) mesterséges intelligencia – a modern technológia pszichológiai lenyomatai; (3) környezetvédelem és ökológia – ember és természet kapcsolati hálózata.

*Riskó Ágnes* a projekciók háromszögét vizsgálta az MI kontextusában, míg *Antalfai Márta* a művészetterápia során megjelenő olyan archetipikus ösélmények lelki vetületeibe engedett betekintést nyerni, mint a krízisek, dezintegráció, regresszió, újjászületés, de a külvilággal analóg lelki élmények megjelenésének témája a műhelyek alatt is felmerült. Hiszen ahogyan *Valachiné Geréb Zsuzsanna* is kezdte előadását Jung (1964) gondolatával: „*Amikor az alkotó folyamat hatalmába keríti az embert, egész valóját mozgásba hozza, és arra kényszeríti, hogy önmagát teljessé tegye.*” A délutáni műhelyekben megjelent a testtörténetek tükröződése, a homokjáték terápiás iránya, a női tapasztalatok reprezentációi, valamint a mesterséges intelligencia és önismeret filozófiai kérdései, mint a terápiás kapcsolat a halál viszonylatában.

A napot gazdag szakmai párbeszéd, sokszínű perspektívák, valamint a tradicionális és modern jungi gondolkodás termékeny találkozása jellemezte. A Tükröződések konferencia így a nap utolsó, *Susan E. Schwarz* a Puella és Puell archetípusának jungi megközelítéséről szóló előadásával összességében bizonyította, hogy a személyiség, a társas tér és a kollektív hatások kölcsönhatása továbbra is az analitikus pszichológia egyik legizgalmasabb kérdésköre.

*Füstös Attila Zoltán*

**TESTHATÁROK ÉS HATÁRHELYZETEK**  
**A MAGYAR MOZGÁS- ÉS TÁNCTERÁPIÁS EGYESÜLET VII. KONFERENCIÁJA**  
**2025. NOVEMBER 14-15., BUDAPEST**

Idén hetedik alkalommal került megrendezésre a Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület konferenciája, amelyet nagy várakozás övezett. Ezt bizonyítja az is, hogy már jóval a konferencia kezdete előtt a szervezők telt házat hirdettek.

Az nyilvánvaló volt már az esemény programfüzetéből is, hogy az egyesület nemcsak a PMT (pszichodinamikus mozgás- és táncterápia) köré kívánja szervezni a rendezvényt, hanem teret kapnak nem akkreditált, illetve nem pszichoterápiás módszerek is. Az első nap egyik érdekes kerekasztal-beszélgetése éppen aköré szerveződött, hogy ezek a különböző irányok (a teljesség igénye nélkül például: Feldenkrais-módszer, SODA – Somatic Dialogues Academy, stb.) hogyan gondolkodnak a testtudati munkáról. A panel résztvevői Bárdos Adrienne, Gál Eszter, Gyulavári Ági, Kálmán Ferenc, Kovács Dániel Attila és Merényi Márta voltak. Az ezen módszerek kapcsán meglévő szkepszisemet a kerekasztal-beszélgetés nem oldotta, de jó volt látni, hogy a konferencia párbeszédet kezdeményez a területek között. Az első napon kapott még helyet Incze Adrienne előadása is, aki a testi szelf és az emlékezet dilemmáival foglalkozott a terápiás térben. Kortárs analitikus szerzőket is megidézve adott izgalmas szempontokat ahhoz, hogy verbális terápiákban is milyen fontos lehet a testről való gondolkodás. A test az interszubjektív tér közvetítője: nemcsak hordozó, elbeszélő is egyben. Izgalmas szempontok merültek fel a szégyennel való munkát illetően is: milyen fontos a testi megnyugtató jelenlét, mennyi mindent közvetítünk testen keresztül a terápiás térben terapeutaként (is), vagy hogyan okozhat törést akár egy tekintet.

A második napon sem szűkölködtünk érdekes előadásokban. Boros Edit és Kiss Tibor Cece a tündérhegyi osztályos pszichoterápiás rezsimbe illeszkedő mozgáscsoport vezetőiként egy alutárgyalt, de rendkívül fontos témát hoztak a konferenciára: „Határátlépés akkor és most: férfiak szerepe

a terápiás csoportokban”. Nagy erőssége volt az előadásnak, hogy gyakorlatiasan, eset-példákon keresztül tárgyalt többek között olyan kérdéseket, hogy hogyan válhat a férfi csoportvezető egy súlyosan traumatizált, női csoporttag számára az érintéses feladatokon keresztül (a csoportban egyedüli férfi résztvevőként) „bántalmazóvá”, hogy hat ez a csoportra, mit lehet kezdeni ezzel a nehéz helyzettel. Az előadás után a büfében tovább beszélgettek a fentiekről a közönség tagjai, rendkívül megmozgatta őket a téma. Ezt követően Borbándi János és Szűcs Mónika előadásában a mozgáscsoportok alapvető dilemmáiról gondolkodhattunk. Olyan, a módszerbe kódolt paradoxonokról, melyekre nincs „helyes” válasz, csak a paradoxonok okozta feszültség elviselése és a folytonos reflektivitás. Nagyon érződött az előadókon, hogy gondolkodásmódjukat megtermékenyítően befolyásolja csoportanalitikus képzettségük, többek között olyan kérdéseket is felvetettek, hogy az általuk vezetett ambuláns mozgáscsoportok egyszerre viselik magukon a középcsoport (14-18 fő) és a kiscsoport (fokozott intimitás) dinamikai jellemzőit, és ez több ponton dilemmák elé állítja a vezetőket.

Az némileg hiányérzetet okozott, hogy szinte minden előadásnál az időkeret igen szűkös volt, már-már lehetetlen volt tartani, illetve csak azon az áron sikerült, hogy az előadók az előadásuk jelentős részét valójában nem tudták érinteni. A konferencia végül számomra egy kedves, személyes élménnyel zárult. Valaki a folyosón megállított, némileg meglepődve, de afölötti örömét kifejezve, hogy eljöttem a konferenciára és érdeklődöm a közösség iránt. Biztos vagyok benne, hogy az implicit procedurális memória „korában” egyre többen érdeklődnek a terület iránt, és a rendelőkben is egyre nagyobb számban jelentkeznek súlyos személyiségzavarral, preverbális sérüléssel élő páciensek, akik a testükkel (is) mesélnek nekünk.

*András Felícia*

**MEGÉRTÉSTŐL A VÁLTOZÁSIG: PSZICHOSZOMATIKA ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS**  
**SZIMPÓZIUM TIRINGER ISTVÁN SZÜLETÉSNAJJA ALKALMÁBÓL**  
**2026. MÁRCIUS 27., PÉCS**

Kollégák, tanítványok és barátok gyűltek össze ünnepelni és kerek születésnapján köszönteni *Tiringer Istvánt* a Pécsi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézetének habilitált adjunktusát.

Mi mással lehetne illőbb módon köszönteni Istvánt és tisztelni munkássága előtt, mint tudománnyal: szakmai párbeszéddel, összekapcsolódó, egymást – sokszor nélkülözhetetlenül – kiegészítő területek, elméleti és gyakorlati megközelítések találkozásával. István pszichiáterként, az orvosi pszichológia, a pszichoszomatika, a kardiopszichológia kutatójaként, valamint az orvos- és pszichológusképzés meghatározó alakjaként kiterjedt és komplex életművet hozott létre, amelynek sokrétűségét a tiszteletére szervezett szimpózium érzéketlenül jelenítette meg.

A szimpóziumot nyitó – és olykor a szakmai programba is finoman becsempészett – köszöntők személyesebb, ugyanakkor mértéktartó hangon tárgyalták a jelenlévők elé István klinikai, oktatói és kutatói tevékenységét. A megszólalók jelentős tudományos eredmények, publikációk, szerkesztői munkák és gyümölcsöző szakmai együttműködések hosszú sorát idézték fel, kirajzolva egy több évtizedes, következetes és elkötelezett pálya ívét.

A folytatásban elhangzó előadások, valamint a szimpózium tematikus íve egyaránt hűen tükrözték azt a sajátos ötvözetet, amely István munkásságá-

nak egyik legjellegzetesebb vonása. A kiterjedt és integrált elméleti tudás, a rendszerszemlélet, a precíz tudományos elemzés és módszertani igényesség mind hangsúlyosan jelentek meg az előadásokban, csakúgy, mint a pszichológiai-pszichiátriai klinikai gyakorlat is, annak egészséges, a pszichés és szomatikus folyamatokat integráló, a páciens és a terapeuta testi-lelki jóllétét egyaránt szem előtt tartó megközelítésében.

Az ünnephez illően tortával kísért állófogadás légköre és szakmai-személyes találkozásai talán mindezeknél is érzékletesebben szimbolizálták István különböző területeket összekapcsoló hatását. A kötetlen beszélgetések során közelebbi és távolabbi kollégák, különböző szakmai hátterek és társterületek képviselői találtak egymásra, és fedeztek fel közös pontokat – szakmai és nem szakmai értelemben egyaránt.

Tiringer István eddigi – de korántsem lezárt – életműve, szakmai alázata és elkötelezettsége, valamint az akadémiai, klinikai és oktatási térben betöltött szerepe inspiráló és követésre ösztönző példaként állhat mindannyiunk előtt. A szimpózium ezt nemcsak méltó módon ünnepelte, hanem meggyőzően láthatóvá is tette.

*Horváthné Teleki Szidalisz Ágnes*

## KÖNYVISMERTETÉS

Tőreki Annamária:

Megsebző terápia

Hogyan sérülhet páciens és terapeuta egyszerre a terápiás folyamatban?

Ára: 5790 Ft, 196 oldal

Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2025

ISBN: 9789632269801

A könyv szerzője Tőreki Annamária, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ egészség-szakpszichológusa, habilitált egyetemi docense. Reprodukciós pszichológiai szaktanácsadó, kognitív viselkedésterapeuta és pasztorális tanácsadó.

*Megsebző terápia* című kötete a pszichoterápiás folyamatok ritkán tematizált, ugyanakkor szakmailag kiemelten fontos aspektusát állítja középpontba: a terápiás kapcsolatban létrejövő ártalmak és sérülések kérdését. A szerző célja annak bemutatása, hogy a pszichoterápia – strukturális sajátosságainál fogva – nem csupán gyógyító, hanem potenciálisan megsebző hatások hordozója is lehet.

A könyv hármas tagozódást mutat. Az első fejezet a pszichoterápia hatótényezőit mutatja be a terapeuta-kliens kapcsolat dinamikáján keresztül, mintegy eszközt adva az olvasó kezébe a második és főként a harmadik fejezet értelmezéséhez. Mindezt olyan logikai ív mentén teszi, melyben Sigmund Freud klasszikus neutralitás és absztinencia felfogásától kiindulva a kapcsolati analízis megjelenésével előtérbe kerülő interaktivitás és empátia fontosságának hangsúlyozásához érkezik meg a szerző.

A második fejezet egy különleges, gyógyító jellegű terapeuta-kliens kapcsolódást mutat be Irvin D. Yalom és Ginny Elkin *Minden nappal közelebb* című könyvén keresztül.

A könyv legizgalmasabb része a harmadik fejezet, amely egy megsebző jellegű fiktív terápia leírását mutatja be, a terapeuta szupervizorával történő levelezésén keresztül, aki nem más, mint Irvin D. Yalom. Magáról a páciensről is a terapeutának írt levelein keresztül alkothatunk képet, mely a terape-

uta szubjektumán és a szupervizor objektivitásán átszűrve jelenik meg.

Elméleti szempontból a kötet elsősorban pszichodinamikus és kapcsolati keretben gondolkodik, ugyanakkor több ponton kapcsolódik a trauma-informált szemlélethez is. A szerző nem törekszik egyetlen elméleti modell kizárólagos képviselőjére; inkább olyan integratív megközelítést alkalmaz, amelyben a klinikai tapasztalat elsődlegessége érvényesül. A hangsúly nem az eseményeken, hanem azok értelmezési lehetőségein van. Következtesen kerül az utólagos „helyes megoldások” kijelölését, és inkább a terápiás döntések bizonytalanságát, valamint azok lehetséges következményeit tárja fel. Ez a megközelítés lehetőséget ad az olvasónak arra, hogy saját szakmai gyakorlatát is kritikai reflexió tárgyává tegye.

A szerző szépirodalmi stílusban bontja ki, hogy hogyan lesz a „megsebződés” egyszerre kockázat és lehetőség. Hogyan válik meghatározó hatótényezővé a kapcsolat, mely mind a kliens, mind a terapeuta áttételein és viszontáttételein keresztül egy új közös valóságot teremt a terápiában kettejük számára, melyben létrejöhét korrekatív emocionális élmény, de szenvedés is. Erőteljes affektív tónusú történetvezetésével hatékonyan érzékelteti, hogy a terapeuta feladata nem a szenvedés eliminálása, hanem a szenvedéssel való munka biztonságos kereteinek megteremtése. Nem kínál gyors megoldásokat, nem zárja le egyértelmű tanulságokkal a történeteket, hanem teret hagy az ambivalenciának és a bizonytalanságnak – annak a pszichoterápiás valóságnak, amelyben a legtöbb szakember dolgozik. A terapeuta hibái nem egyéni alkalmatlanságként, hanem a szakmai működés elkerülhetetlen kockázataiként jelennek meg, amelyek felismerése és feldolgozása a szakmai érettség része. Ez a szemlélet összhangban áll a nemzetközi szakirodalomban egyre hangsúlyosabban megjelenő önreflektív és etikai megközelítésekkel.

A kötet implicit módon a képzési és szupervíziós keretek szerepére is ráirányítja a figyelmet, még ha ezek részletes elemzése nem is képezi a munka

központi témáját. A könyv így hozzájárulhat ahhoz, hogy a terápiás ártalom kérdése a szakmai diskurzus legitím és reflektált részévé váljon.

Összegzésként megállapítható, hogy Töreki Annamária kötete fontos és hiánypótló hozzájárulás a hazai pszichoterápiás szakirodalomhoz. Olvasmányossága és tanulságos esetbemutatása miatt nemcsak szakmai körökben, hanem a laikus olvasó számára is értéket hordoz. A *Megsebző terápia* nem kész válaszokat kínál, hanem olyan szemléletet képvisel, amely a terápiás munka komplexitását és etikai felelősségét egyaránt komolyan veszi. A

könyv értéke egyrészt abban rejlik, hogy elősegíti a szakmai önreflexiót, és ösztönzi a terápiás gyakorlat kritikus, ugyanakkor konstruktív újragondolását. Másrészt izgalmas önismereti kalandot kínál: a könyv olvasása közben az olvasó is részévé válik a terápiának. Mélyen átmozgatva dolgozik benne a mű, megérintve saját elakadásait, melyek mentén hánykolódva, hol a kliens, hol a terapeuta oldalán vonódik be, hiába várva a feloldozó lezárást. A mű végén ott találja saját magát, munkafázisban, önnönmagával.

*Kákonyi Zoltán*

### 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 lapszámaint postázzuk (amennyiben év közben fizet elő a nyomtatott folyóiratra, az aktuális év előző lapszámaint 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).

## 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:

Bérdi Márk: Az öngyilkossági veszély becslése a klinikumban – Elmélettől a gyakorlatig  
B. Mészáros Katalin: Végállomás: BURNOUT!?  
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”  
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: Ember, lélek, algoritmus A mesterséges intelligencia pszichológiai hatásai és alkalmazásai

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  
Szalai Tamás Dömötör: MAGAMÉRT FOGYOK, MIATTAD ESZEM

Ellátási útmutató és önségítő kalauz evészavarral, testképzavarral küzdőknek – motivációs, énkép, testkép, érzelemszabályozási és kötődési gyakorlatokkal

#### 2026-ban megjelent:

Moretti Magdolna: Szeretni könnyű, szeretni nehéz... Iránytűvel a párkapcsolatok labirintusában  
Thorana S. Nelson – Terry S. Trepper: 101 intervenció a családterápiában

#### 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 – éhes lélek – Traumák és evészavarok  
Preston: Preston: Klinikai pszichofarma, kézikönyv terapeuták számára  
Ljusza Kalika: 820 nap a föld alatt – Odessza, 1942.01.10-1944.04.10.  
Dr. Radics Judit: Alváskönyv 3 kiadás

*2026-ban megjelenik:*

Winborn: Bevezetés a kortárs jungi pszichoanalízisbe  
 Florian Steger: Autoritárium és gyógyítás  
 A.J. Larner: Neuropszichológiai neurológia  
 Barcsi Tamás és Tari Gergely (szerkesztők) A  
 PSZICHIÁTRIA FILOZÓFIAI ÉS ETIKAI  
 VONATKOZÁSAI  
 Túry Ferenc, Babusa Bernadett, Purebl György:  
 JÓL(L)ESZÜNK – Hogyan lábáljunk ki együtt az  
 evészavarokból? – Családi útmutató

*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  
 Kohlné 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-ről  
 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 – pszichopo-  
 litikai 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*

Cozolino L.: Mitől működik a terápia? Hogyan  
 változtassuk meg az agyunkat az elménk segítségével  
 Wisen-Vincent, G. – Bryson, T. P.: A játék ereje  
 Kapcsolódás a hétköznapiakban – hogyan neveljünk  
 kiegyensúlyozott és magabiztos gyermeket

Frankl, V. E.: A szenvedő ember – Birkenwaldi  
 szinkronizáció  
 Maguire, J.: Az idegrendszer újraindítása. Hogyan  
 gyógyítsuk meg a traumát, szabaduljunk meg a krónikus  
 stressztől és fájdalomtól, és hogyan szabályozzuk  
 érzelmeinket a bolygóideg segítségével  
 Fisher, J.: A trauma bennünk élő lenyomatának  
 átalakítása. Gyakorlati útmutató túlélők és terapeuták  
 számára

*2026-ban megjelent*

Kirshenbaum, G.: A gondoskodás forradalma. Hogyan  
 formálja a ráhangolódo gondoskodás gyermekünk agyát  
 és mentális egészségét

*2026-ban megjelenik*

Schwartz, A: Komplex PTSD útmutató. Test-elve  
 megközelítés az érzelmi kontroll visszaszerzéséhez és a  
 teljességhez  
 Lyubomirsky S. – Reis H.: Szeretve érezni magunkat. Öt  
 alapelv, hogy szert tegyünk arra, ami a legfontosabb az  
 életben

**Z-press Kiadó**

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

*2026-ban megjelenik:*

Martin, V. S., Masson, D.: 50 gyakorlat a jungi  
 pszichológiai eszköztárból (Mindennapi  
 coaching sorozat)  
 Carré, C.: 50 gyakorlat az erőszakmentes  
 konfliktuskezelés elsajátításához (Mindennapi  
 coaching sorozat)  
 Prévot-Gigant, G.: 50 gyakorlat a toxikus kapcsolatok  
 felszámolásához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Jousse, N.: Tréneri eszköztár – 123 játékos gyakorlat a  
 könnyű indításhoz, fókuszhoz és  
 bevonáshoz  
 Doyle N., McDowall, A.: Neurodiverzitás coaching  
 Maubras R.: Teamcoaching eszköztár – 75 eszköz és  
 módszer  
 Autissier D., Moutot J-M., Johnson K.: Változáskezelési  
 eszköztár – 65 azonnal bevethető  
 eszköz  
 Salzer J., Stimec A.: Konfliktuskezelési eszköztár – 66  
 azonnal bevethető eszköz

*2026-ban megjelent:*

Clouzard, C.: 50 gyakorlat a Gestalt-terápia  
 eszköztárból (Mindennapi coaching sorozat)  
 Trouchaud, M. J.: 50 gyakorlat a transzgenerációs  
 minták megértéséhez a pszichogeneológia  
 eszköztárból (Mindennapi coaching sorozat)  
 Piroška, T.: 50 gyakorlat a korlátozó hiedelmek  
 felszámolásához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Lebreton, P., du Sorbier, P.: 50 gyakorlat az empátia  
 fejlesztéséhez (Mindennapi coaching sorozat)

*2025-ben megjelent:*

Josquin, M.: 50 gyakorlat a belső gyermek megtalálásához (Mindennapi coaching sorozat)  
 Piroska, T.: 50 gyakorlat az imposztorszindróma 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.): Coachingeszközök 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.

*15. évfolyam 1. szám tartalma*

Szégyen – Interdiszciplináris perspektívák  
 Bevezetés (Csabai Márta, Papp-Zipernovszky Orsolya)

**A SZÉGYEN MÉLYLÉLEKTANI ÉS FILOZÓFIAI ELMÉLETEI**

Bokor László: A szégyen terápiás és társadalmi vonatkozásai  
 Incze Adrienn – Treuer Tamás: A megfigyelt test szégyene: Digitális testkép, identitás és szégyen a fenomenológia és pszichoanalízis tükrében – elméleti modellek és klinikai kitekintés  
 Réz Anna: Nekem kínos – Szekunder szégyen és erkölcsi érzelmek  
 Indries Krisztián: Társadalmi erkölcs és szégyenérzet Napkeleten. A japán társadalom mint szégyenkultúra

**SZÉGYEN-TAPASZTALATOK EGÉSZSÉGBEN/ BETEGSÉGBEN**

dr. Kovács Péter – Lacsán Katalin Anna – Esperger Zsófia: A szégyen interszubjektív megjelenése az onkológiai betegségek pszichodinamikus kontextusában  
 Nagy Vivien – Rönkös Fanni – Papp-Zipernovszky Orsolya: „Majd jöjjenek vissza, ha gyereket szeretnék!” A stigma és a szégyen megjelenése policisztás ovárium

szindrómával élő nők élményvilágában  
 Tomán Edina: Az élvezet szégyene: A húsevés és az állati test pszichoanalitikus–fenomenológiai értelmezése  
 Hajagos Kincső Rita – Kovács Gréta – Székely Zsófia: „Hol vagy?” A szégyen arcai a szülészeti erőszakban

**TRAUMA, SZÉGYEN ÉS MARGINALIZÁCIÓ A TÁRSADALOMBAN**

Nagy Gabriella Ágnes: A kiválasztottak szégyene. A Lebensborn program, avagy „gyerekgyárak” a Harmadik Birodalomban  
 Kánya Kinga: A sérült gyereket nevelő szülők érintetlen veszteségei. A szégyen szerepe a veszteségek strukturális elvitatása során és hatása a társadalmi marginalizáció folyamatára  
 Fiáth Titanilla: „Minden börtön, mit ember emel, a szégyen tégláiból épül.” Női fogvatartottak szégyentapasztalatai

**RECENZÍÓ**

Gerevich József: A letépett maszk mögött: Közelkép a vallomások költészetéről (Ita Mariann)

**NEKROLÓG**

Judith Dupont (1925–2025) (Vincze Anna)  
 „Én a saját magam útját járom” – emlékezés Judith Dupont-ra (Takács Mónika)

**Lélekelemzés**

Kiadja: Magyar Pszichoanalitikus Egyesület  
[http://psychoanalysis.hu/lelekelemzes/lelekelemzes\\_megrendeles](http://psychoanalysis.hu/lelekelemzes/lelekelemzes_megrendeles)  
[info@psychoanalysis.hu](mailto: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 közti különbség: A három láda újragondolva (ford. Dobossy Kató)

KLINIKUM AZ ELMÉLET ÉS GYAKORLAT TŰKRÉBEN

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 örömmel innen és túl. A freudi gondolkodás határai felé: A Túl az örömmel 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 Gyermekepszichoterápiás Egyesület  
gyermekpszichoterapia@gmail.com

A folyóirat nyomtatott és online változata is elérhető

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

gyermekpszichoterapia.hu

XIX. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM, 2026. TAVASZ

MEGJELENT: 2026. MÁRCIUS

## TARTALOMJEGYZÉK

## ELŐSZÓ

## TANULMÁNYOK

Adrigán Erzsébet: „Ez családás...!” – A játékszabályok betartása (betartatása?) a gyerekektérképben

Cseh Júlia, Kövesdi Andrea, Mailáth Nóra, Papp Ildikó: Mit kíván a magyar gyermekklinikus?

Beszámoló a Gyermeke- és Ifjúsági Klinikai Egyeztető Fórum 2024-es felméréséről

Földy-Molnár Lilla, Székely Zsuzsanna: Töredezett tükörkép – Örökbefogadott kamaszok

támogató csoportjának tapasztalatai

Madarassy-Szücs Anna, Sipos Boldizsár, Vétek Zsófia, Túri Anna Berta, Józsa-Kis Dóra

Sarolta: A Neuroaffirmatív Terápia (NAFT) szemlélete és eszköztára autista serdülők és

fiatal felnőttek támogatásában

Miklósi Mónika, Gallai Mária: Online viselkedésterápiás szülőtréningprogram

hatékonyságának vizsgálata figyelemhiányos/

hiperaktivitás zavarral diagnosztizált

gyermekek szüleinek bevonásával, randomizált

kontrollált elrendezésben

Mogyorósy-Révész Zsuzsanna: Meddig bírjuk cérnával?

Szemponok a családi reziliencia

támogatásához – Az érzelmi toleranciaablak tágítását

célzó néhány módszer és gyakorlat

bemutatása egy esetvezetés mentén

Antonella Cirasola, Peter Martin, Peter Fonagy,

Catherine Eubanks, J. Christopher Muran,

Nick Midgley: Törések a terápiás szövetségben és a

kapcsolódás helyreállítása a serdülőkori

depresszió rövid pszichoanalitikus pszichoterápiájában –

Empirikus esettanulmány (fordítás)

AJÁNLO

## **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

Website: 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 Meillerais, Antoine Derobertmeasure, 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

# 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 június és 2027 február közötti időszakra vonatkoznak.*

<b>Egyesületi évi fő konferenciák 2026 június és 2027 február között</b>				
<b>A szervezet neve</b>	<b>A konferencia címe</b>	<b>Időpont</b>	<b>Helyszín (város)</b>	<b>információ (honlap vagy e-mail)</b>
Sport és Lélek Sport-pszichoterápiás Egyesület	V. Magyar Sportpszichológiai Konferencia	2026. november 12–13	Budapest	<a href="http://www.sporteslelek.hu">www.sporteslelek.hu</a> <a href="mailto:egyesulet@sporteslelek.hu">egyesulet@sporteslelek.hu</a>
Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete	Szándékból cselekvés: aktivitás terápián innen és túl	2026.11.21.	Budapest	<a href="http://www.aktiv-analilis.hu">www.aktiv-analilis.hu</a> <a href="mailto:akape2014@gmail.com">akape2014@gmail.com</a>
Csoportanalitikus és Kiképző Társaság	Csakit - Csoportanalitikus sajtóélmény nap;  A Csoportanalitikus és Kiképző Társaság VI. éves konferenciája	2026. szeptember 26.  2027. február 19–20.	Budapest  Budapest	<a href="https://csoportanalizis.wordpress.com/">https://csoportanalizis.wordpress.com/</a>
Dinamikus Rövidterápiás egyesület és Alkotóműhely	DREAM XV. Egyesületi konferenciája	2027 január	Pécs	<a href="http://www.dreamterapia.hu">www.dreamterapia.hu</a>
Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)	Jung Egyesület Konferenciája: Ármaynk barlangvilága	szervezés alatt	Budapest	<a href="http://www.cgjung.hu">www.cgjung.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 Individuálpeszichológiai Egyesület	XXX. Vándorgyűlés	2026. november 14.	Budapest	<a href="http://www.mipe.hu">www.mipe.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 Szomato-Pszichoterápiás Egyesület	Az SzPTE VII. konferenciája	2026. tavasz	Budapest	<a href="http://www.habp.hu">www.habp.hu</a>
Magyar Szupervizorok és Szupervizor-coachok Társasága (MSZCT)	Találkozások-Kapcsolódások-Közösség – SZUPERVÍZÓ A XXI. SZÁZADBAN	2026. június 6.	1088 Budapest, Reviczky u. 6. KRE	<a href="http://www.szupervizorok.hu">www.szupervizorok.hu</a>

Egyesületi képzések 2026. június és 2027. február 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)
Sport és Lélek Sport-pszichoterápiás Egyesület	Sportszülői továbbképzés (Ősz) Helyszín: Budapest	2026.09.09. 2026.09.23. 2026.10.07. 2026.10.21.  Időtartam: 16:00–18:00		<a href="https://www.sporteslelek.hu/kepzesrendezveny/sport-sz%C3%B1%C5%91i-to-v%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s">https://www.sporteslelek.hu/kepzesrendezveny/sport-sz%C3%B1%C5%91i-to-v%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s</a>
Semmelweis Egyetem, PPK Klinikai Pszichológia Tanszék	CBT konzulens / CBT terapeuta szakirányú továbbképzés	Kezdési időpont: 2026.09. kéthetente szerda időtartam: 9–18h	2026. szeptember 1.	Jelentkezés: pszichotanszek@semmelweis.hu  További információ: <a href="https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas">https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas</a>
Semmelweis Mindfulness Központ (Semmelweis Egyetem, PPK Klinikai Pszichológia Tanszék)	Mindfulness csoportvezető képzés	Kezdési időpont: 2026.10.16.  Időtartam: kéthetente péntek 9–13 h	2026. aug. 31.	Jelentkezés: klinpszicho@semmelweis.hu  További információ: <a href="https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas/akkreditalt-tovabbkepzesek/">https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/oktatas/akkreditalt-tovabbkepzesek/</a>
DREAM Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely	1. DREAM Módszerspecifikus Képzés, Elméleti modul (100 óra) - Pécs  2. DREAM önismereti csoport (150 óra) - Pécs	1. 2026. szeptember  2. 2026. szeptember	1. jelentkezés folyamatos  2. 2026 május	1. Varga É. Júlia <a href="http://www.dreamterapia.hu">www.dreamterapia.hu</a> dreamkepzes@gmail.com  2. Árkovits Amaryl amaryleszter@gmail.com
Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete	1. Aktív-analitikus elméleti szeminárium (4 félév)	2026.09.12.	Jelentkezni 2026.09.01-ig	<a href="http://www.aktiv-analisis.hu">www.aktiv-analisis.hu</a>
Magyar C. G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület	1. Az analitikus pszichológia alapjai 2025-2027 évf. 3. f.  2. A jungi pszichoterápia gyakorlata. Technikai szeminárium I. CME:50 pont	2026 szept.-dec.  2026.szept.- dec. / havi 1 szombat	2026.09.06.  2026.09.15.	mapekepzes@gmail.com  Szautner Erika (IAAP) szautnererika11@gmail.com
Magyar Családterápiás Egyesület	Az induló képzésekről a honlapunkon lehet tájékozódni.			<a href="https://csaladterapia.hu/tanfolyamok">https://csaladterapia.hu/tanfolyamok</a>
Magyar Daseinanalitikai Egyesület	Szemináriumi képzéseink folyamatosak. 2022. ősztől sajátélményű daseinanalitikus álemelemző csoport indult blokkos formában Budapesten, 2023 ősztől pedig Szegeden heti rendszerességgel szerdai napokon.	Nincs határidő.	Lassú, nyílt sajátélményű csoportjainkba folyamatosan lehet belépni. Egyéni sajátélmény egyeztetett időpontban lehetséges.	<a href="http://www.daseinanalisis.hu">www.daseinanalisis.hu</a> magyar.dasein@gmail.com krekitsj@gmail.com

## Egyesületi képzések 2026. június és 2027. február között

A szervezet neve	A képzés jellege, időtartama (pl. 150 óras kiképző önismereti csoport)	A képzés indulása	Jelentkezési határidő	Jelentkezési információ (honlap vagy e-mail cím)
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	Új képzés 2026 szeptembertől	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 szeptembertől		<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	2026.09.01-től	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		folymatosan	<a href="http://www.egoklinika.hu">www.egoklinika.hu</a>
Magyar Pszichodráma Egyesület	1. önismereti csoportok (120–250) 2. Pszichodráma asszisztensi képzés 3. Felsőfokú pszichodráma képzés (pszichodráma vezetői/ pszichoterapeuta)		folymatosan	<a href="http://www.pszichodrama.hu/indulo-csoportok">www.pszichodrama.hu/indulo-csoportok</a>
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	1. Autogén tréning - AT - 100 óras alapképzés: sajátélmény 30 óra / elmélet - 30 óra / szupervízió -40 óra)		folymatosan országosan több helyszínen	Pontos időpontok a <a href="https://relaxacio.hu/kepzesek.html">https://relaxacio.hu/kepzesek.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/kepzesek.html">https://relaxacio.hu/kepzesek.html</a> tanulmányifelelos.mrsze@gmail.com
Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület	3. Alkalmazott relaxáció képzései: Diákreaxáció (DIR) 60 óra, Intermodális		DIR folymatosan több helyszínen	Pontos időpontok a <a href="https://relaxacio.hu/kepzesek.html">https://relaxacio.hu/kepzesek.html</a> tanulmányifelelos.mrsze@gmail.com

<b>Egyesületi képzések 2026. június és 2027. február között</b>				
<b>A szervezet neve</b>	<b>A képzés jellege, időtartama (pl. 150 órás kiképző önismereti csoport)</b>	<b>A képzés indulása</b>	<b>Jelentkezési határidő</b>	<b>Jelentkezési információ (honlap vagy e-mail cím)</b>
Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület	Személyközpontú módszerspecifikus kiképző csoport 150 óra önismeret 100 óra tréning 50 óra elmélet 25 óra terápiás lánc 100 óra szupervízió	Várható kezdés: 2026. ősz		Bővebb információ: <a href="https://www.szemelykozpontu.hu/kepzesek.html">https://www.szemelykozpontu.hu/kepzesek.html</a>  Kapcsolatfelvétel: kovac.orsolya@gmail.com in.izabella@gmail.com  Előzetes jelentkezés várólistára: Kánvási Ferencné kanvasiferencne@gmail.com
Magyar Szomato-Pszichoterápiás Egyesület	Honlapunkról, hírlevelünkben tájékozódhatnak folyamatosan induló önismereti és képző csoportjainkról, az alábbi módszerekben: Bioszisztémikus szomato-pszichoterápia, Integrative Core Dynamics, Haptonómia, Fókuszolás-orientált terápia		Folyamatosan	szilvera@gmail.com www.hibp.hu
Magyar Tranzakcióanalitikus Egyesület HATA- Magyar Tranzakcióanalitikus Egyesület (az EATA- Európai Tranzakcióanalitikus Egyesület-tagegyesülete)	Bevezetés a tranzakcióanalízisbe (TA101 - 14 órában) Sajátélmény (TA 202 - 52 óra 4x2 napban) Módszerspecifikus kiképzés (TA 303-TA404)		2026. szept. 11-12. 2026. nov. 27-28. 2026. szept.4-dec. 5.  2026. márc. 27-től / 2026 szept. / 2027. február	Antal Sándor, TSTA-0 Jelentkezés: <a href="mailto:antal.sandor@szervezete.hu">antal.sandor@szervezete.hu</a> További információk: <a href="http://szervezete.hu">szervezete.hu</a> ; <a href="http://hata.hu">hata.hu</a> , <a href="http://eatanews.org">eatanews.org</a>
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 folyamatosan indítjuk) További részletekért kérjük 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>
Sport és lélek, Sport-pszichoterápiás Egyesület	Az induló képzésekről a honlapunkon lehet tájékozódni	.		<a href="https://www.sporteslelek.hu/">https://www.sporteslelek.hu/</a>
Magyar Hipnózis Egyesület	2 féléves, 150 órás hipnózis gyakorlati kurzus	2026. I. félév. Kezdés: 2026. október 16.	Információk, regisztráció a honlapon. Kérdésekkel Kasos Enikőhöz lehet fordulni <a href="mailto:mheasszisztens@gmail.com">mheasszisztens@gmail.com</a>	<a href="https://hipnózis-mhe.hu/oktatas/">https://hipnózis-mhe.hu/oktatas/</a>

### Egyesületi képzések 2026. június és 2027. február 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 Hipnózis Egyesület	2026 II féléves szeminárium sorozat:		Információk, regisztráció a honlapon. Kérdésekkel Kasos Enikőhöz lehet fordulni mheasszisztens@gmail.com	<a href="https://hipnozis-mhe.hu/">https://hipnozis-mhe.hu/</a>
	Gáti Ágnes, Sümeg Szilvia: Belső képek-külső felismerések. Imagináción alapuló önismereti csoportmunka előnyei és nehézségei. (online)	2026.09.11.		
	Kelemen-Szilágyi Adrienn, Diószeghy Csaba: Pszichoszomatikus tünetek a sürgősségi osztálytól a hipnoterápiáig	2026.10.09.		
	Békési Bea: Hol a határ? Szakemberként idegen kultúrában: veszteségek és nyereségek a szakmai identitásban.	2026.11.20.		
	Ziss Mariann: „A készültség mint módosult tudatállapot	2026.12.18.		
EFT Alapítvány	Érzelem Fókuszú Családterápia (EFFT) alapképzés	2026. június 16-17-18. (kedd, szerda, csütörtök)	Budapest	<a href="https://eft-terapeutak.hu/product/eftt-alapkepzes/">https://eft-terapeutak.hu/product/eftt-alapkepzes/</a>
EFT Alapítvány	Working with Adult Clients with Neurodiversity Using Emotionally Focused Couple Therapy	2026. szeptember 24.	Budapest	<a href="https://eft-terapeutak.hu/product/neurodiversity-2026/">https://eft-terapeutak.hu/product/neurodiversity-2026/</a>
EFT Alapítvány	EFT Externship	2026. okt. 5–8.	Budapest	<a href="https://eft-terapeutak.hu/product/eftt-alapkepzes-externship-2026/">https://eft-terapeutak.hu/product/eftt-alapkepzes-externship-2026/</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](mailto: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; »idézetben 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 tanulmány*nál: 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 nevén 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 2.

May 2026

## TABLE OF CONTENTS

<b>Editorial preface</b> <i>Judit Csürös, Krisztina Pál</i>	97
<b>STUDIES</b>	
<b>Methodological study</b> <i>Tibor Cece Kiss</i> : Structural diagnosis of personality organisation in clinical practice, Part I. A theoretical and methodological overview of the STIPO-R interview	99
<b>Theoretical study</b> <i>Márton Szemerey</i> : Risks of involving and getting involved in the somatic dimension of the therapeutic relationship	110
<b>Research study</b> <i>Tímea Békési, Georgina Mucsi, Szilvia Kassai, Csaba Jancsák</i> : The experience of growing up with a parent with addiction – A Qualitative Study	121
<b>WORKSHOP</b>	
<b>„The way we work...”</b> Márk Bérdi: Management of suicidal behavior and risk assessment	131
<b>Commentary</b> <i>Krisztina Csáky-Pallavicini</i> : The potential treatment of Adam using Transference-Focused Psychotherapy (TFP)	137
<b>Commentary</b> <i>Ildikó Kuritárné Szabó</i> : The potential treatment of Adam using Integrative Psychotherapy	139
<b>Commentary</b> <i>Dóra Perczel-Forintos</i> : Reflection on Márk Bérdi’s case presentation	141
<b>Commentary</b> <i>Ratkóczi Éva</i> : How I would treat Márk Bérdi’s client using Dialectical Behavior Therapy (DBT)	143
<b>PROFESSIONAL LIFE</b>	
<b>Debates</b> Rethinking the institutional role of psychotherapy – A discussion starter by <i>Csaba Horgász</i>	146
<b>Interview</b> Ars Poetica — Interview with Katalin Barát — <i>Judit Csürös, Krisztina Pál</i>	148
<b>Ethics column</b> Ethical issues in therapeutic practice 50.: <i>Bogár Judit</i> ♦ <i>Ethics Committee of MAKOMP</i> ♦ <i>Morva Dorottya</i>	154
<b>Roadmap – for future psychotherapists</b> Specialization in Clinical and Mental Health Psychology – <i>Hanna Demetrovics, Zita Kakuk</i>	158
<b>News and reports</b> Awards	161
Summary of the general assembly of the Association of the Psychotherapy Council – <i>Zita Fekete</i>	163
Conferences – <i>Eszter Sós</i> ♦ <i>Anna Csupor</i> ♦ <i>Attila Zoltán Füstös</i> ♦ <i>Felícia András</i> ♦ <i>Szidalisz Ágnes</i>	166
<i>Horváthné Teleki</i>	
Book review – <i>Zoltán Kákonyi</i>	171
<b>List of professional books and periodicals</b>	173
<b>Professional programs</b>	178
<b>Editorial announcements</b>	183

# Pszichoterápia

A PROFESSIONAL JOURNAL OF PRACTICE BASED ON PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS

A quarterly publication

35<sup>th</sup> year, issue 2

May 2026

## Editorial

### *Editor-in-chief:*

Krisztina Pál (palk@pszichoterapia.hu)

### *Editors:*

Mária Barna (barna.maria@pszichoterapia.hu)

Judit Csürös (csurj@pszichoterapia.hu)

Zsanett Kepics (kepicszsanett@pszichoterapia.hu)

Noémi Németh (kramn@pszichoterapia.hu)

István Tíringér (tiringer@pszichoterapia.hu)

### *Trainee editors:*

Demetrovics Hanna (demetrovics.hanna@pszichoterapia.hu)

Kakuk Zita (kakuk.zita@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 Csürös, Krisztina Pál

*Reviser:* László Rab

Supported by the Association of Psychotherapy Council

Founder of the journal: Béla Buda

**ISSN: 1216-6170**