

A PSZICHODIAGNOSZTIKA kézikönyve

Szerkesztette

VIZIN GABRIELLA | DEMETROVICS ZSOLT

1.

A PSZICHODIAGNOSZTIKA kézikönyve

Szerkesztette

VIZIN GABRIELLA | DEMETROVICS ZSOLT

1.



MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT. • BUDAPEST, 2024



AZ NKFI ALAPBÓL
MEGVALÓSULÓ
PROJEKT

„A MEC_K 141340 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a Mecenatúra 2021 pályázati program finanszírozásában valósult meg.”

© Alkotó szerkesztő: Vizin Gabriella, Demetrovics Zsolt

© Szerzők, 2024

© Medicina Könyvkiadó Zrt., 2024

E könyv szövege, ábraanyaga és mindenféle tartozéka szerzői jogi oltalom és a kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának előzetes írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részének felhasználása, illetve többszörözése akár mechanikai, akár fotó-, akár elektronikus úton. Ezen engedélyek hiányában mind a másolatkészítés, mind a sugárzás vagy a vezeték útján a nyilvánossághoz való közvetítés, mind a digitalizált formában való tárolás, mind a számítógépes hálózaton átvitt mű anyagi formában való megjelenítése jogszerűtlen.

Figyelmeztetés!

A könyvben ismertetett diagnosztikus és terápiás eljárások a tudomány aktuális állásának felelnek meg. Bár a szerzők és a szerkesztők az adatokat gondosan ellenőrizték, ez nem menti fel a szakembert azon kötelessége alól, hogy adott esetben a beavatkozások indikációit, az intenzitást és a lehetséges hatásokat mérlegelje és individuálisan alkalmazza.

ISBN 978-963-226-922-1

A kiadásért a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója felel

Felelős szerkesztő: Tiszóczy Tamás

A borítót tervezte: Bede Tamásné

Az ábrákat készítette: Olgay Géza

Műszaki szerkesztő: Veres Ildikó

Terjedelem: 54,59 (A/5) ív

Azonosító szám: 4213

Tartalom

Előszó / VII

A kötet szerzői / IX

I. rész. A pszichodiagnosztika alapelvei / 1

Bevezetés / 2

1. A pszichológiai diagnosztizálás fejlődése, irányzatai és keretei (*Vizin Gabriella – Demetrovics Zsolt*) / 3
2. Diagnosztikai rendszerek a kezdetektől napjainkig (*Demetrovics Zsolt – Vizin Gabriella*) / 19
3. A pszichodiagnosztika folyamata a bizonyítékokon alapuló gyakorlat tükrében (*Vizin Gabriella*) / 33
4. A pszichodinamikus-pszichoanalitikus szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei (*Schmelowszky Ágoston*) / 55
5. A kognitív viselkedésterápiás szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei (*Vizin Gabriella*) / 65
6. Etikai szempontok a pszichodiagnosztikában (*Varga Katalin*) / 75

II. rész. A pszichodiagnosztika módszerei / 85

Bevezetés / 86

1. fejezet. Az interjúfelvétel módszerei és technikái / 87

1. Obszerváció és exploráció a pszichiátriai és klinikai pszichológiai gyakorlatban (*Réthelyi János*) / 89
2. A strukturálatlan interjú (*Schmelowszky Ágoston*) / 99
3. Félig strukturált interjú: Viselkedésdiagnosztika (*Szekeres Tamás – Vizin Gabriella*) / 107
4. Félig strukturált interjú: Kognitív szempontú diagnosztika (*Virág Márta – Vizin Gabriella*) / 115
5. Strukturált diagnosztikai interjú: Strukturált klinikai interjú a DSM zavarok felmérésére (SCID) (*Szabó Dominik – Unoka Zsolt*) / 123
6. Strukturált diagnosztikai interjú: A Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) felnőtt és gyermek változata (*Balázs Judit*) / 143
7. A személyiség strukturális diagnosztikájának főbb mérőeszközei (*Csáky-Pallavicini Krisztina – Unoka Zsolt*) / 149

2. fejezet. A projektív személyiségmérés eszközei / 157

1. „Röntgenfelvétel” a pszichéről: A projektív próbák általános jellemzői (*Reinhardt Melinda*) / 159
2. A Rorschach-teszt: Jelölés és értelmezés Mérei Ferenc rendszere alapján (*Kőváry Zoltán*) / 165
3. A Rorschach-teszt: Szemlélet, kódolás és értelmezés a Rorschach – Performance Assessment System (R-PAS) alapján (*Rubovszky György Zsolt*) / 185
4. A Rorschach-teszt klinikai pszichológiai alkalmazása (*Csigó Katalin*) / 211
5. Történetmesélő technikák: A Tematikus Appercepciók Teszt (TAT) bemutatása (*Reinhardt Melinda*) / 219
6. Történetbefejező technikák: A Képes Frusztrációs Teszt (Picture Frustration Test; PFT) (*Reinhardt Melinda*) / 233

7. Szóasszociációs technikák: A Jung-féle szóasszociációs teszt bemutatása (*Reinhardt Melinda*) / 243
 8. A sors 48 arca: A Szondi-teszt bemutatása (*Reinhardt Melinda*) / 255
 9. A Metamorfózisok tesztje (*Reinhardt Melinda*) / 267
 10. A képi kifejezés vizsgálata (*Vass Zoltán*) / 277
3. fejezet. Az objektív személyiségmérés eszközei / 299
1. A személyiség tanulmányozása többdimenziós kérdőívvel (*Oláh Attila*) / 301
 2. A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) teszt fejlődési folyamata: Az MMPI, az MMPI-2, az MMPI-A, az MMPI-2-RF és az MMPI-3 bemutatása (*Girasek Hunor – Reinhardt Melinda*) / 335
4. fejezet. Az intelligencia mérése / 361
1. Az intelligencia vizsgálata a pszichodiagnosztikában (*S. Nagy Zita*) / 363
 2. A Wechsler-féle intelligenciatesztek (*Mészáros Andrea*) / 373
 3. Intelligenciamérés a Wechsler-teszteken túl (*Báthori Karola – S. Nagy Zita*) / 385
5. fejezet. Kérdőívek és tünetbecslő skálák / 395
1. Specifikus mentális állapotok felmérése kérdőíves módszerekkel: depresszió, szorongás, kényszeres zavar, PTSD (Beck-skálák, PHQ-9, GAD-7, PHQ-4, Y-BOCS, PCL-5) (*Kiss-Leizer Márton*) / 397

Előszó

A pszichodiagnosztika múltja hosszú, hazai története mégis alig több mint fél évszázadra nyúlik vissza. Hazánkban a második világháborút követően a pszichológusképzést betiltották, és mindennemű pszichológiai tesztelés negatív megítélésűvé vált. Az 1960-as években tudott újrászerveződni a szakma graduális és posztgraduális szinten egyaránt. A pszichológusképzés 1963-ban indulhatott meg ismét az Eötvös Loránd Tudományegyetem bölcsészkarán, mellyel közel egy időben az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (akkor még Országos Ideg- és Elmeógyógyintézet) Pszichodiagnosztikai Laboratóriumot szerveztek. A laboratórium vezetői és munkatársai, Mérei Ferenc, majd Szakács Ferenc, Bagdy Emőke és még sokan mások elévülhetetlen érdemeket szereztek a pszichológiai mérések és a pszichodiagnosztika területén. A laboratórium jelentős szakmai műhellyé alakult, ahol elsőként dolgoztak ki és honosítottak meg pszichodiagnosztikai tesztek és módszereket. Az itt folyó munka eredménye volt az 52 számot megért „Pszichodiagnosztikai vademecum” sorozat kiadása is. Évtizedekig ennek a sorozatnak a darabjai és egyetemi jegyzetek segítették pszichológusnemdékek számára a pszichodiagnosztika elsajátítását. Mindazonáltal később a pszichodiagnosztikai eszközök kidolgozása vagy hazai adaptálása decentralizálódott, különböző egyetemi vagy képzőhelyi bázisokon folytatható a munka, ami számos előnye mellett hátrányt is jelentett a korábban jelentős fejlődésnek indult szakterületnek. Noha idővel új diagnosztikai módszerek és új eszközök jelentek meg, ezek elérhetősége gyakran korlátozott volt. Ezek a tényezők elengedhetlenné tették a pszichodiagnosztika területének újbóli, alapos áttekintését. Ennek a folyamatnak köszönhetően születhetett meg *A pszichodiagnosztika kézikönyve* c. kétrészes kötet, amelynek most első részét tartja kezében az Olvasó, s melyhez hasonló, átfogó magyar nyelvű kézikönyv ezen a területen korábban nem látott napvilágot.

Fontos további fejlemény, hogy az elmúlt időszakban világszerte alapvető szemléletbeli változások indultak meg a pszichodiagnosztikában. Számos érv szól a kutatási eredményekre támaszkodó, megbízható, em-

pirikusan bizonyított mérőeszközök alkalmazása mellett a diagnosztikai tevékenység során, de további újdonság, hogy kategoriális megközelítések helyett dimenzióanalízis szempontokra, transzdiagnosztikus megközelítésre és a diverzitással szembeni nyitottságra helyeződött a hangsúly.

A bizonyítékokon alapuló mérés gyakorlata során a szakember figyelembe veszi a friss kutatási eredményeket, az elérhető szaktudást és a páciens preferenciáit is. A bizonyítékokon alapuló mérés tudásalapú és átgondolt. A bizonyítékokon alapuló mérés gyakorlata lehetővé teszi a megbízható és valid mérőeszközök alkalmazását, a dimenzióanalízis, transzdiagnosztikus és diverz szempontok beemelését, amivel egyúttal lehetőséget kínál a pszichológiai nehézségek feltárása és kezelése kapcsán megnövekedett kereslet optimális, hatékony megoldására is az ún. lépcsőzetes ellátási modell révén. Noha a *bizonyítékokon alapuló mérés* kifejezést gyakorta övezi negatív megítélés, a modern pszichodiagnosztika szempontjából számos előnnyel jár. Jelen kötet fontos célja a pszichodiagnosztika elméleti hátterének és alkalmazott eszköztárának széles körű áttekintése, támaszkodva a bizonyítékokon alapuló mérés alapelveire.

A kötet áttekinti a pszichodiagnosztika legfőbb alapelveit és eszköztárát az objektív tesztekkel szemben a projektív tesztekig, a korábban alkalmazott mérőeszközöktől a legfrissebb, legújabb fejlesztésű pszichodiagnosztikai eszközökig, az analitikus szemlélet diagnosztikai eszközkészletétől a kognitív szemléletű metódusokig. A kézikönyv első kötete magában foglalja a klinikai pszichológia egyik legfontosabb tevékenységi körének, a pszichodiagnosztikai munkának a bemutatását, alapelveit, folyamatának ismertetését. Ezenkívül részletesen ismerteti az obszerváció, exploráció, interjúk, objektív és projektív tesztek, valamint a pszichológiai tesztek jellemzőit, alkalmazási területeit, pszichometriai jellemzőit, fő limitációit, valamint előnyeit és fejlesztésre szoruló aspektusait. A kézikönyv második kötete kitér a klinikai pszichológia speciális területein alkalmazott mérőeszközök összefoglaló bemutatására,

mely a gyakorló szakemberek számára nyújthat könnyebb tájékozódást, és segédlet lehet a bizonyítékokon alapuló mérőeszközök kiválasztásában. A második kötet a diagnosztikai és terápiás munka kapcsolódási pontjaira, a pszichodiagnosztikának a farmakoterápia meghatározásában betöltött szerepére, valamint a kutatásban alkalmazható diagnosztikus eszközök bemutatására is kitér.

Reményeink szerint a két kötet hatékonyan tud hozzájárulni általában a pszichológusok, de különösen a klinikai szakpszichológusok, alkalmazott egészségpszichológusok, neuropszichológusok, pszichiáterek és egyéb,

a diagnosztikus munkában részt vevő, pszichológiai végzettséggel rendelkező szakemberek, pszichiáterek, pszichoterapeuták munkájához, átfogó, friss tudásanyagot biztosítva az elméleti felkészüléshez és a gyakorlati munkához egyaránt. Bízunk benne, hogy a kézikönyv mindkét kötete végigkíséri a tanulás és a gyakorlati munka fázisain a jelenleg felnövekvő szakembernemzedékeket csakúgy, mint a már praktizáló szakembereket.

Budapest, 2023. november 26.

Vizin Gabriella és Demetrovics Zsolt

A kötet szerzői

Balázs Judit

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Oslo New University College, Oslo, Norway

Báthori Karola

Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Csáky-Pallavicini Krisztina

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola
ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

Csigó Katalin

Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológiai Intézet
Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Nyíró Gyula Központ

Demetrovics Zsolt

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
University of Gibraltar, Centre of Excellence in Responsible Gaming

Girasek Hunor

Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály

Kiss-Leizer Márton

Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Nyíró Gyula Központ

Kőváry Zoltán

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

Mészáros Andrea

MRE Bethesda Gyermekkórháza Bethesda Utcai Mentálhigiénés Osztály Neurodevelopmentális Részleg

Oláh Attila

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

Reinhardt Melinda

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek- és Serdülőpszichiátria
Dr. Szondi Lipót Emlékalapítvány

Réthelyi János

Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Rubovszky György Zsolt

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola
Kairosz Pszichoterápiás Rendelő
Észak-budai Szent János Centrumkórház, Budai Család-központú Lelki Egészség Centrum

Schmelowszky Ágoston

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Magyar Pszichoanalitikus Egyesület

S. Nagy Zita

OMINT – Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Vegyes Profilú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

Szabó Dominik

Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Szekeres Tamás

Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Varga Katalin

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai
Intézet

Vass Zoltán

Károli Gáspár Református Egyetem, Általános Lélek-
tani és Módszertani Tanszék

Virág Márta

Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti
Intézet

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai
Intézet

Vizin Gabriella

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai
Intézet

I. rész

A pszichodiagnosztika alapelvei



Bevezetés

A pszichodiagnosztikai tevékenység a klinikai pszichológiával szerves egységben fejlődött az elmúlt 100 évben. A pszichológiai diagnosztizálás kezdetektől merített az empirikus bizonyítékokból, ami a mai napig végigkíséri a diagnosztizálás folyamatát, annak minden színterét és alapelveit egyaránt. A hatékony pszichodiagnosztikai munkához elengedhetetlen a folyamatos tanulás, képződés és az alkalmazott pszichodiagnosztikai eszköztár folyamatos frissen tartása, összehangoltan a legfrissebb kutatási eredmények számbavételével, a klinikai tapasztalatokkal és a páciensek igényeivel.

A *pszichodiagnosztika alapelvei* című rész tanulmányai közül „A pszichológiai diagnosztizálás fejlődése, irányzatai és keretei” című írásban történeti perspektívába helyezve ismerhetjük meg a pszichodiagnosztika nemzetközi és hazai fejlődését, bepillantás nyerhetünk a diagnosztikai feladatok színtereibe, alapelveibe és legfőbb kereteibe, valamint a pszichés zavarok ellátásának lépcsőzetes ellátási modelljébe.

A pszichodiagnosztika elképzelhetetlen diagnosztikai rendszerek nélkül. A „Diagnosztikai rendszerek a kezdetektől napjainkig” című tanulmány áttekintését adja a jelenleg alkalmazott diagnosztikai rendszerek kialakulásának, jelenkori alkalmazásuknak, így részletesen

olvashatunk a Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvről, a Betegségek Nemzetközi Osztályozásáról, valamint a Pszichodinamikus Diagnosztikai Manuálról. Kitér továbbá az írás a jövő transzdiagnosztikus rendszereinek bemutatására is, különös tekintettel a HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) és az RDoC (Research Domain Criteria) jellemzőire.

„A pszichodiagnosztika folyamata a bizonyítékokon alapuló gyakorlat tükrében” című tanulmány alapos áttekintését adja a sokak által a mai napig fenntartásokkal kezelt bizonyítékokon alapuló pszichológiai felmérés gyakorlatának, noha a klinikai pszichológiai gyakorlatban a megbízhatóság vagy akár a hatékonyság tekintetében, egészen a kezdetektől, tapasztalatilag alátámasztott eszköztárat alkalmaztak a szakemberek.

A *pszichodiagnosztika alapelvei* című rész két további tanulmányában („A pszichodinamikus-pszichanalitikus szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei”, valamint „A kognitív viselkedésterápiás szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei”) a szerzők részletesen bemutatják a diagnosztikai munka során alkalmazott két jelentős irányzat, a pszichodinamikus és a kognitív viselkedésterápiás szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelveit.



A pszichológiai diagnosztizálás fejlődése, irányzatai és keretei

Vizin Gabriella – Demetrovics Zsolt

1. Bevezetés

„A pszichológiának hosszú múltja, de rövid története van” – írta 1908-ban egyik munkájában Hermann Ebbinghaus, a kísérleti lélektan nagy alakja. Ez az állítás igaznak tekinthető olyan specifikus pszichológiai területekre is, mint a pszichológiai tesztelés. Az emberek személyiségének és képességeinek mérése iránti vágy az emberiséggel egyidős, azonban mint szakma és mint színvonalas tevékenység csupán hozzávetőleg 100 éves történettel rendelkezik.

A pszichodiagnosztika fejlődése nem választható külön a klinikai pszichológia fejlődésétől, sőt maga a klinikai pszichológia gyakorlása kezdetekben a lelki nehézségek tesztelését tette ki. A pszichodiagnosztika a története során mindvégig merített az empirikus bizonyítékokból. Már az első tesztek kidolgozása is jelentős kutatási háttéren alapult, és ez a szemlélet töretlenül megmaradt a mai, modern kori gyakorlat és a bizonyítékokon alapuló eljárások igénye mellett is. A pszichodiagnosztika színterei az idők folyamán ugyanakkor bővültek, és manapság a pszichiátriai ellátás és a pszichológiai ambulanciák mellett a testi betegséggel küzdő személyek ellátásában, az igazságszolgáltatás különböző szintjein és az oktatás területein is helyt kell állnia a szakembereknek és a tesztek megbízhatóságának egyaránt. A helyszínek bővülésével a keretek és feltételek is változtak, egyre nagyobb szakmai teret kell lefedni limitált számú szakemberrel. A rugalmas alkalmazkodás képessége a változó feltételekhez elengedhetetlen. Ez magában foglalja azt is, hogy klinikusként folyamatos képződésben kell lennünk, a pályaválasztással hivatást is választottunk, és ez elköteleződést jelent az élethosszig tartó tanulás mellett. Ez igaz a pszichodiagnosztika eszköztárának frissítésére, képződésre, a jó pszichometriával rendelkező eszközök használatának igényére egyaránt.

Jelen fejezet fő célja, hogy áttekintést nyújtson a pszichodiagnosztika történetéről, főbb eszközeiről és a diagnosztikai munka legfőbb feltételeiről, valamint kitekintést adjon arra vonatkozóan is, hogy a 21. század kihívásai a pszichodiagnosztikában milyen paradigmaváltást hoz-

tak és milyen szemléletváltást követelnek a szakma gyakorlótól.

2. A pszichodiagnosztika meghatározása

Pszichodiagnosztikát klinikai területen képzett pszichológusok végezhetnek. A klinikai pszichológia a lélektan alkalmazott ága (Bagdy, 1998), azonban definiálása nem könnyű. Az Amerikai Pszichológiai Társaság Klinikai Pszichológiai Osztályának definíciója szerint a klinikai pszichológia a tudomány, az elmélet és a gyakorlat integrálása révén igyekszik megérteni, előre jelezni és enyhíteni az egyén maladaptív alkalmazkodását, képességbeli hiányosságait és diszkomfortját, valamint előmozdítani az adaptációt, az alkalmazkodást és a személyes növekedést. A klinikai pszichológia az intellektuális, emocionális, biológiai, szociális és viselkedési aspektusokra fókuszál, különböző kulturális, életkori és szocioökonómiai szinteken egyaránt (APA, 2012). Lényegét tekintve tehát a klinikai pszichológia integrálja a tudományt és a gyakorlatot, és ezt az integrált tudást alkalmazza az emberi szenvedés csökkentésében és az egészség fejlesztésében, és teszi mindezt korra, nemre, bőrszínre, anyagi javakra vagy iskolázottságra való tekintet nélkül (Kramer és mtsai, 2019). A klinikai pszichológusok munkájának 95%-át az alábbi hat tevékenység különböző kombinációi teszik ki: diagnosztika, terápia, kutatás, oktatás (szupervízió), konzultáció és adminisztráció (Norcross és mtsai, 2005).

A diagnosztikai munka során a pszichológus információkat gyűjt az egyénről: viselkedéséről, problémáiról, jellemzőiről, képességeiről, intellektuális szintjéről. Ezek az információk segítik a szakembert abban, hogy megértse a problémás viselkedést és annak hátterét, leírja a páciens személyiségjellemzőit, kiválassza a legjobb terápiás módszert, szükség esetén segítse a jogi döntéseket igazságügyi kérdésekben, kutatási helyzetekben kiszűrje a pácienseket potenciális beavatkozásokhoz, vagy felmérje az adott kezelést, terápiás módszer hatékonyságát (Kramer és mtsai, 2019). Pszichodiagnosztika során a legtöbb

információ az egyénről megfigyeléssel, különböző interjúk és pszichológiai tesztek segítségével nyerhető.

Vitathatatlan, hogy a pszichológusoknak jelentős hozzájárulása van a pszichoterápiás ellátás fejlődéséhez, gondoljunk csak Rogers személyközpontú szemléletére és terápiájára, vagy a behaviorista módszertanra, valamint jelenleg a kognitív terápiás szemlélet terjedésére, mégis a diagnosztikai munka, tesztek fejlesztése és alkalmazása a mai napig jelentős részben kiteszik a klinikai szakpszichológusok tevékenységét. A gyakorló klinikusok több mint 90%-a foglalkozik pszichológiai vizsgálatokkal, sőt, idejük 10–25%-át diagnosztikával töltik (Watkins és mtsai, 1995; Groth-Marnat és Wright, 2016). Kétségbevonhatatlan tény, hogy a mai napig a pszichológiai felmérés a klinikai pszichológusok egyik legfőbb hozzájárulása a gyakorlathoz (Groth-Marnat és Wright, 2016), más szavakkal, tulajdonképpen ez az a kompetencia, amivel egy egészségügyi-pszichiátriai teamben csak a pszichológus rendelkezik (Hajduska-Dér és mtsai, 2019).

3. A pszichodiagnosztika rövid története

A személyiség mérésére tett erőfeszítések az emberiséggel egyidősek. Vannak arra utaló jelek, hogy barlanglakó őseink is igyekeztek kiszűrni és kihagyni a vadászatból a nehéz személyiségű, esetleg kellő motiváció nélkülöző társaikat, tartva attól, hogy jelenlétük végzetes következményekkel járhat (ld. pl. Butcher, 2009). A személyiség mérésére kidolgozott módszerekről már az ókorból találunk példákat. Az ókori Kínában például Kr. e. 2200-ból származnak feljegyzések a kormánytisztviselők alkalmasságának vizsgálatairól, mely mérőeszközök egy része a személyiség jellemzőinek feltárását célozta (DuBois, 1970). Sőt, maga az Ószövettség is leír kezdetleges személyiség- és állapotfelmérési módszereket (Bírák könyve 3,7), mely alapján Gedeon a megfelelő harcosokat választhatta ki háborújához.

A pszichodiagnosztika történetében a következő nagy lépés az újkorra tehető, amikor megszületett a frenológia, és sok tudós hitt abban, hogy az ember megjelenése, kinézete vagy éppen fejének dudorai alapján jól megítélhetők személyiségjellemzői (ld. pl. Johan Spurzheim és Franz Joseph Gall bécsi orvosok munkásságát; Butcher, 2009; magyarul Pléh, 2010). Bár a frenológia meglehetősen nagy népszerűségnek örvendett a maga idejében, a tudományos közösség vitatta a jelenség megbízhatóságát. Mindazonáltal ez a népszerűség rávilágít arra, hogy évszázadok óta jelentős igényt fogalmaztak

meg az emberek, hogy értsék és megértsék a megfigyelhető és a mögöttes viselkedési és lelki jellemzőket, sőt, Gall frenológiájának köszönhető az egyéni különbségek előtérbe kerülése is (Young, 1970).

Tudománytörténeti érdekesség, hogy a későbbi, képességekre és személyiségre vonatkozó különbségek mérésének igényét egy csillagászati mérési hibának köszönhetjük. Történt ugyanis, hogy Greenwichben 1795-ben mester és tanítványa, Nicholas Maskelyne és David Kinnebrook eltérő eredményekre jutottak egy csillagmozgással kapcsolatos mérés tekintetében, és minden erőfeszítés ellenére a tanítvány mérései később még inkább eltértek a mester méréseitől. A történet vége az lett, hogy Kinnebrookot elbocsátották állásából, azonban 20 évvel később egy német csillagász, Friedrich Wilhelm Bessel felfigyelt a mérési különbségre, és megállapította, hogy két személy eltérő eredményeivel számolni kell a becslésekben, sőt, ezzel kapcsolatban létrehozott egy „személyi egyenletet”, mely a mérések átlagolását és pontosítását segítette (ld. részletesen Kirsch és Winter, 1983).

Az egyéni különbségek mérésével kapcsolatos első explicit eljárásokat Sir Francis Galton (1822–1911) munkásságának köszönhetjük. A jómódú angol családból származó Galton unokatestvére, Charles Darwin evolúciós elméletéből merítve úgy ítélte, hogy meg kell mérni az intellektuális képességek egyéni különbségeit ahhoz, hogy örökölhetőségük bizonyítható legyen. Galton – műkedvelő tudósként – jelentősen hozzájárult a képességek normális eloszlása és a mérések közötti összefüggések vizsgálatához, valamint specifikus területek mérésére alkalmas képességmérő eljárást is kidolgozott (Kirsch és Winter, 1983; Pléh, 2010). Ezenfelül úgy vélte, hogy a mentális vonások felmérésére a kérdőíves módszer lehet megoldás, de ő maga kérdőíveket nem dolgozott ki (Butcher, 2009).

Bessel „személyi egyenletére” felfigyelve, Wilhelm Wundt (1832–1920), a Heidelbergi Egyetem élettanásza kialakította bonyolult kísérleti metodikáját a reakcióidő vizsgálatával kapcsolatban (Kirsch és Winter, 1983). Noha Wundt a kísérleti lélektan területén szerzett elvitathatatlan érdemeket, legalább három olyan tanítványról tudunk, akik jelentősen hozzájárultak a klinikai pszichológia kialakulásához és a mentális zavarok diagnosztizálásához. Elsőként Emil Kraepelint kell megemlíteni, aki Wundt kísérleti módszertanát alkalmazta a pszichopatológia területén, és nevéhez fűződik a modern pszichiátriai nozológia megalkotása (részletesebben ld. könyvünk I/2. tanulmányát). A másik Wundt-tanítvány James McKeen Cattell (1860–1944) volt, aki

az egyéni különbségek első empirikus kutatását bonyolította le és publikálta doktori disszertációjában. A harmadik tanítvány pedig nem más, mint Lightner Witmer, aki a Pennsylvanai Egyetemen 1896-ban megalapította az első egyetemi pszichológiai klinikát (Kirsch és Winter, 1983).

Cattell, hazatérve az Egyesült Államokba, a pszichológiai mérés úttörőjévé vált, mint Wundt tanítványa és egyúttal Galton lelkes híve. Cattell 1890-ben használta először a mentális teszt kifejezést egyik cikkében, melyben egy 10 tesztből álló sorozatot írt le, melyekkel pszichofizikai méréseket (például szenzoros diszkrimináció vagy reakcióidő) tudott végezni (Kirsch és Winter, 1983). Bár kutatási eredményeiből nem sok használható maradt fenn, a modern tudománymetria tekintetében a szakmai rangsorolás révén elvitathatatlan érdemei vannak, és nagyon sokat köszönhetünk neki a pszichológia mint foglalkozás megszületése kapcsán is (Pléh, 2010).

A Pennsylvanai Egyetemen, a Cattell által megalapított pszichológiai laboratóriumban volt munkatárs Lightner Witmer (1867–1956), aki az első pszichológiai klinika megalapításán túl jelentős hozzájárulással bír a klinikumban alkalmazott pszichológia megterem-

téséhez. Witmer a pszichológia ezen területét klinikai pszichológiának nevezte el, és leírta, hogy a klinikai pszichológia fő területe az egyéni esetek diagnosztikája és kezelése. Fontos további hozzájárulása, hogy hangsúlyt helyezett a modern interdiszciplináris teammunkára, a prevencióra, és létrehozta az első klinikai pszichológiai folyóiratot is (Kirsch és Winter, 1983). Mindennek ellenére ismertsége és munkásságának elismerése nem kellően széles körű.

Az amerikai, Cattell által kidolgozott teszteléssel szemben, amely az értelmi képességek elemi mechanizmusain nyugodott, a francia Alfred Binet (1857–1911) véleménye szerint a komplex mentális folyamatokat direkt, amolyan gondolkodtató „értelempróbák” formájában érdemes felmérni. A modern intelligenciamérés alapjait megteremtve létrehozott egy mérőeszközt, a Binet–Simon-skálát, melyet 1905-ben publikált értelmi kihívásokkal küzdő gyermekek tesztelésére (ld. részletesen könyvünk II/4.1. tanulmányát).

A modern diagnosztikai eszközök másik előfutára az első önjellemző személyiségletár, melyet az első világháború alatt dolgozott ki Robert Woodworth (1896–1962), elsősorban az amerikai katonák pszichiátriai nehézségeinek kiszűrésére. A kialakított mérőeszköz 116 tételt

1. táblázat. Pszichodiagnosztikai tesztek megjelenése időrendben

Időpont	Teszt neve	Szerző	Jelen könyv tanulmánya, mely ismerteti a tesztet
1920	Woodworth Személyi Adatlap kérdőív	Woodworth	
1921	Rorschach-teszt	Rorschach	II/2.2. és II/2.3.
1938	Tematikus Appercepciók Teszt (TAT)	Murray	II/2.5.
1940	Minnesota Többfázisos Személyiség-kérdőív (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)	Hathaway és McKinley	II/3.2.
1956	Kalifornia Személyiség-kérdőív (California Psychological Inventory, CPI)	Gough	II/3.1.
1957	16 Személyiségfaktor kérdőív (Sixteen Personality Factors Questionnaire, 16-PF)	Cattell és Stice	II/3.1.
1985	NEO Személyiség-kérdőív (NEO Personality Inventory, NEO-PI)	Costa és McCrae	II/3.1.
1989	Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. (MMPI-2)	Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen és Kaemmer	II/3.2.

tartalmazott, és a tételekre adott összesített pontszámot lehetett számolni a teszt alapján (Woodworth, 1920). Woodworth a háború alatt és utána is vizsgálatokat végzett katonák körében a mérőeszközzel, valamint kidolgozott egy hasonló kérdőívet serdülők számára. Efféle kérdőíveket dolgoztak ki az 1920-as és 30-as években mások, azonban azok klinikai alkalmazása nem terjedt el (Butcher, 2009). Mindazonáltal Woodworth személyiségleltára megadta a lehetőséget további, a személyiség mérésére alkalmas mérőeszköz kidolgozására (pl. Rorschach-teszt, Tematikus Appercepció Teszt, MMPI, CPI, NEO-PI; ld. részletesen könyvünk vonatkozó tanulmányait). A különböző tesztek publikálási ideje alapján, időrendben tüntettünk fel az 1. táblázatban néhány széles körben ismert mérőeszközt.

4. A modern klinikai pszichológia születése: nemzetközi és hazai vonatkozások

Az első specifikusan klinikai pszichológiai intézetet Witmer alapította meg az Egyesült Államokban 1896-ban. Bár az intézet fő profilja elsőként nem felnőttek, hanem tanulási és magatartási zavarokkal küzdő gyermekek ellátása volt, komplexitása más intézmények számára is modellként szolgált. Witmer például a klinikai teammunka mellett érvelt, intézetében a gyermekek vizsgálata és ellátása teammunkában zajlott. Ez azt jelentette, hogy az orvos a gyermek fizikai állapotát vizsgálta meg, a szociális munkás az esettörténet feltárását végezte, míg a pszichológus antropometriai, szemészeti és pszichometriai vizsgálatokat vezetett. A felmérést követően kezelési programokban vettek részt a gyerekek, és a fejlődésüket újratesztelés révén igyekeztek megállapítani (Krisch és Winter, 1983). 1907-ben a klinika tovább terjeszkedett, valamint Witmer megalapította az első klinikai szaklapot *The Psychological Clinic* néven. Noha Witmer munkásságát és újításait az Amerikai Pszichológiai Társaságban kevésbé lelkesen fogadták, 1935-re az Egyesült Államokban már közel 90, a witmeri modellen alapuló klinika működött (Krisch és Winter, 1983).

A klinikai pszichológia első évtizedeiben a szakterület nem örvendett különösebb megbecsülésnek és népszerűségnek. Witmer nyomdokain a pszichológusok többnyire diagnosztizáltak, valamint intervencióként korrekciós gyakorlatokat vezettek a készséghiányokkal küzdő gyermekeknek. Ebben az időben a klinikusokat többnyire „mentális tesztelőként” tartották számon,

ugyanakkor ők maguk rendkívül elégedetlenek voltak ezzel a szereppel. Egyre többen ismerték fel közülük, hogy például a tanulási zavarokkal küzdő gyermekek körében nem ritka az érzelmi érintettség vagy háttér, így a szakemberek egy része, ellenkezve a rájuk rótt szereppel, felelősségét kiterjesztve viselkedési és személyiségproblémák terápiájába kezdett. A szakmai közönség nem fogadta ezt a kezdeményezést teljes lelkesedéssel, sőt azt mondhatjuk, hogy nagyon nehéz út vezetett a „mentális tesztelés”-től addig, hogy pszichoterápiás ellátást is nyújthattak klinikai pszichológusok. Ennek ellenére a második világháború kezdetére már az amerikai klinikai pszichológusok egyharmada foglalkozott pszichoterápiával is, amely arány tovább emelkedett a háború után (Krisch és Winter, 1983).

Európában a klinikai pszichológia születése a bécsi iskola nagyjainak, különösen Alfred Adlernek köszönhető, aki 1919-ben hozott létre elsőként a witmeri intézethez hasonló tanácsadó szolgálatot Bécsben (Bagdy, 1998). Mindazonáltal fontos megjegyeznünk, hogy a 20. század derekáig Európában a pszichés nehézségek tesztelését és kezelését szinte kizárólag orvosok végezték, gondoljunk például Charcot-ra, Mesmerre, később Freudra, Adlerre vagy Jung-ra.

Magyarországon a második világháború előtt a budapesti iskola jelentős alakjai határozták meg a pszichológiai munka természetét, mint például Ferenczi Sándor, Hermann Imre, vagy a tesztek tekintetében Szondi Lipót. A magyarországi klinikai pszichológia és ezen belül a pszichodiagnosztika gyakorlatában is jelentős műhellyé vált az 1868-ban megalapított Budai Magyar Királyi Országos Tébolyda, mely később az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) nevet kapta, és ahol a feljegyzések szerint már az 1890-es évektől végeztek vizsgálatokat a betegek mentális állapotának felmérésére (Szakács és Bagdy, 2022). Az 1930-as években saját fejlesztésű tesztekkel vizsgálták az intelligenciát, később, az 1940-es évektől a Binet–Simon-teszt terjedt el ugyanebből a célból, és 1948-ban megalakult az intézet első lélektani laboratóriuma is (Szakács és Bagdy, 2022). A klinikai pszichológia fejlődésében jelentős pozitív fordulatot világszerte a második világháború és tragikus következményei, valamint a háború okozta pszichés hatások felismerése hozott, hazánkban ugyanakkor a pszichológia megítélése 1951-től olyan negatívvá vált, hogy a képzést megszüntették, és az 1960-as évekig jelentős sorvadásnak indult a szakma. Mindeközben, a witmeri hagyományhoz hasonlóan, pszichológiai ismereteket a gyógyepedagógusok tanulhattak Magyar-

országon, melynek során képessé váltak explorációt, anamnézist, heteroanamnézist felvenni, tesztvizsgálatokat elvégezni, véleményt írni és korrekciós tervet készíteni (Szakács és Bagdy, 2022). A pszichológusképzés 1963-ban indulhatott meg ismét az Eötvös Loránd Tudományegyetem bölcsészkarán, mellyel közel egyidőben az OPNI-ban (akkor még Országos Ideg- és Elmegyógyintézet) Pszichodiagnosztikai Laboratóriumot szerveztek. A laboratórium vezetője elsőként Mérei Ferenc lett, helyettese Szakács Ferenc volt. A laboratórium jelentős szakmai műhellyé alakult (ld. pl. Bagdy, 2010), ahol elsőként óriási hatékonysággal dolgoztak ki vagy honosítottak pszichodiagnosztikai tesztek, valamint Mérei, Szakács és később Bagdy Emőke szerkesztésében 52 számot megért Pszichodiagnosztikai vademecum-sorozatot adtak ki. Fontosabb munkák ebből az időből Mérei Rorschach-fejlesztése, ugyancsak Mérei kétprofilos Szondi-teszt-fejlesztése, a Lüscher-teszt, a TAT, Szegedi Mártontól a Bender-teszt és a Raven-teszt, vagy Szakács Ferenc hozzájárulása a Rozenzweig-féle Képes Frusztrációs Teszt (PFT) honosításához. Az ezt követő évtizedekben, az OPNI 2007-es bezárásáig a laboratórium képzőhellyé, valamint rangos klinikai pszichológiai kutatóközponttá nőtte ki magát, standardizálták az MMPI-t, a MAWI-t, valamint jelentős szakmai és szakmapolitikai tevékenységük révén hazánkban elismertté válhatott és megszilárdulhatott a klinikai pszichológia mint speciális szakterület és specifikus tudást és kompetenciákat igénylő hivatás (Szakács és Bagdy, 2022). A laboratórium 1977-től már mint Klinikai Pszichológiai Osztály működött, ahol 1980-ban

indult el a klinikai pszichológus szakképzés Szakács Ferenc és Moussong-Kovács Klára tervezete alapján. A Klinikai Pszichológiai Osztályt 1981–1994 között Szakács Ferenc vezette, mely később a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem önálló Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszékeként működött, Bagdy Emőke vezetése alatt. 2001-től a tanszék vezetését Perczel-Forintos Dóra látja el, miközben az egység átkerült a Semmelweis Egyetemre, és az ország egyetlen önálló klinikai pszichológiai tanszékeként működik (Perczel-Forintos, 2022).

Az elmúlt évtizedekben számos pszichológus és pszichiáter kolléga járult hozzá számottevően a hazai klinikai pszichológiai munka és ezen belül a pszichodiagnosztika színvonalának fejlődéséhez. Fontos megjegyezni továbbá, hogy az 1960-as évektől, a diagnosztikán kívül a pszichoterápiás tevékenység tekintetében is jelentős fejlesztések, kompetenciakör-bővítő törekvések történtek az OPNI bázisán működő klinikai pszichológiai centrum működése hatására.

5. A pszichodiagnosztika eszközei

A pszichodiagnosztika eszközeit a pszichodiagnosztika folyamatának kontextusában lehet legkönnyebben leírni és indokolni. Jelen alfejezetben igyekszünk képet nyújtani a legelterjedtebb pszichológiai vizsgáló eljárásokról, rávilágítva azok előnyeire és hátrányaira. A leggyakrabban alkalmazott diagnosztikai eljárások típusait, fő előnyeiket és hátrányait a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. táblázat. A főbb diagnosztikai eljárások előnyei és hátrányai

(Groth-Marnat és Wright, 2016; valamint Antony és Barlow, 2020 alapján)

Eljárás típusa	Irányzat	Előnyei	Hátrányai
Strukturálatlan klinikai interjú	nézőponttól független, a klinikus képzettségének és választott terápiás irányzatának függvénye	teret enged az obszervációnak, idioszinkratikus adatgyűjtés, riportépítés tere, krízishelyzetben adekvátabb, mint más eljárások	a klinikus torzítási lehetőségei: <ul style="list-style-type: none"> • első benyomás elsődlegessége, • holdudvar-hatás, • elsőbbségi hatás, • konfirmációs hiba, pszichometriailag kevésbé megbízható
Strukturált diagnosztikai interjú	kognitív-objektív	felhasználóbarát, pszichometriai megbízhatóság, diagnózisalkotás megbízható eszköze, kutatásban és klinikumban is jól alkalmazható	idioszinkratikus adatokat figyelmen kívül hagyhatja, riportépítésre kevés teret enged, néhány interjú nagyon hosszú

2. táblázat folytatása

Eljárás típusa	Irányzat	Előnyei	Hátrányai
Projektív személyiség-tesztek	dinamikus	átfogó, feltáró felmérés, a válaszadási torzítás kiszűrhető, törekvések a megbízhatóság javítása mellett (pl. R-PAS), alapos felkészítő tanfolyamok csökkenthetik a szubjektivitást a jelölésben, értékelésben	a szubjektivitást nem nélkülözi az értékelés, hosszadalmas képzések, a pszichometriai megbízhatóság kérdéses, néhány teszt képi anyaga elavult
Objektív személyiség-tesztek	objektív	átfogó kép nyerhető a páciensről, valid, megbízható mérőeszközök, kiértékelés könnyebb, gyakran komputerezált értékelés segíti a klinikus munkáját	válaszási torzítás, tesztek zöme hosszú, pszichometriailag némely teszt nem kellően megalapozott
Intelligencia-tesztek	nézőponttól független, objektív	átfogó, kutatásokban és klinikumban is jól alkalmazható, a tesztfelvétel lehetővé teszi az érzelmi állapot és a reakciók detektálását teljesítményhelyzetben	specifikus neuropszichológiai területek felmérésére kevésbé alkalmas, ökológiai validitása megkérdőjelezhető, diverz csoportokban bizonytalan a megbízhatósága
Kérdőívek/ becslőskálák	kognitív	felhasználóbarát, rövid, gyors kiértékelés, szűrés, tüneti kép felmérését és terápia hatékonyságának mérését is lehetővé teszik, pszichiátriai és szomatikus ellátásban is alkalmazhatók, érvényes, megbízható, különböző kultúrákban és csoportokban jól alkalmazható mérőeszközök	válaszási torzítás, többnyire tünet- vagy zavar-specifikus mérőeszközök

A pszichodiagnosztika első és egyik legfontosabb lépése a klinikai/beutaló kérdés megfogalmazása, mely a kliens/páciens nehézségeire és a legrelevánsabb intervenciókra vonatkozhat (részletesen ld. könyvünk I/3. tanulmányát). A klinikai/beutaló kérdés és annak kontextusa zömében specifikálja a választható diagnosztikai eljárásokat. A legáltalánosabb és a köztudatban is leginkább elterjedt diagnosztikai környezet a *pszichiátriai ellátás*. A pszichiátriai ellátásban, legyen az osztályos vagy ambuláns jellegű, a megjelenő személyek mentális zavarral küzdenek. Ezért általánosságban elmondható, hogy ezekkel a személyekkel egy felvételi – többnyire strukturálatlan első – interjút követően a diagnózis pontosítására, súlyosságára, veszélyeztető és fenntartó tényezőkre, a szuicidium-rizikó becslésére, valamint a választott terápiás eljárás hatékonyságának felmérésére kerülhet sor a pszichodiagnosztikai folyamat so-

rán. A klinikai/beutaló kérdést itt a pszichiáter kolléga teszi fel, a diagnosztikai eljárások kiválasztása a klinikai szakpszichológus kompetenciája. A pszichiátriai szettingben a pszichológus az obszerváció, a strukturált diagnosztikai interjúk, az objektív és projektív személyiségtesztek, kérdőívek/becslőskálák, teljesítménytesztek teljes készletét használhatja, a klinikai/beutaló kérdés iránymutatásának megfelelően. Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, hogy hazai pszichiátrikon nem ritkán hangzik el klinikai/beutaló kérdésként a pszichológus felé, hogy „Szükségem lenne egy Rorschach-tesztre”. Miután a klinikai pszichológus kompetenciája a feltett kérdéshez kapcsolódóan a tesztek típusának kiválasztása, ezért javasoljuk, hogy tesztelés helyett pontosabb, a páciens nehézségeinek feltárását célzó klinikai/beutaló kérdés kerüljön megfogalmazásra. A lefolytatott diagnosztikát követően a pszichológus, a klinikai

kérdésnek megfelelő, optimalizált hosszúságú klinikai pszichológiai véleményt fogalmaz meg, mellyel segíti a pszichiátert a döntéshozatalban.

A másik medikális terület, ahol jelentős szerep jut a pszichodiagnosztikának, a *testi betegségek ellátását célzó*, osztályos és ambuláns intézmények. A testi megbetegedések olyan kritikus periódust tudnak okozni a személy életében, mely miatt jelentősen fokozódik a betegséggel kapcsolatos distressz, szorongás, depresszió, de a kezelések kapcsán akár poszttraumás stressz zavar is megjelenhet (Cordova és mtsai, 2017; Daré és mtsai, 2019; Mitchell és mtsai, 2011). Emellett természetesen minden testi betegséggel küzdő személy a saját személyiségével és esetleg korábbi pszichés nehézségeivel kerül az ellátórendszerbe. Ezek a tényezők összességében nehezíthetik az adherenciát, ellehetleníthetik a gyógyulás esélyét, vagy az együttműködést a rehabilitációs folyamattal (Zhu és mtsai, 2017). További szomorú tény, hogy ezeket a pszichés állapotokat a testi betegségek ellátása során többnyire aludiagnosztizálják, tehát nem ismerik fel és nem kezelik őket (Blount és mtsai, 2007; Walker és mtsai, 2014). Ennek a helyzetnek az orvoslásában kaphat jelentős szerepet a pszichodiagnosztika. Természetesen az ún. alacsony intenzitású pszichoszociális ellátás részeként tud elsőként tevékenykedni a klinikai szakpszichológus a testi betegségek ellátását végző szakemberek mellett, a betegek fizikai állapotához igazítottan tudja feladatát végezni. Ebben a szettingben a szomatikus ellátást nyújtó orvos teszi fel a klinikai/beutaló kérdést a pszichológusnak, ami többnyire az adherenciát és compliance-t befolyásoló tényezők (hangulati állapot, distressz, addikciók) felmérését, a szuicidium rizikójának feltárását, valamint a rehabilitációs folyamatot nehezítő tényezők (kognitív és metakognitív stílus, megküzdés, személyiségjellemzők) áttekintését célozhatja. Emellett jelentős szerep juthat a klinikusnak a neuropszichológiai ellátás során, melyet hazánkban specifikus végzettséghez kötött lehet végezni. Az eszközkészlet tekintetében a strukturálatlan és félig strukturált interjúk, az állapotfelmérő kérdőívek, az obszerváció, a képességmérő eszközök lehetnek a pszichodiagnosztika legfőbb eszközei.

Az elmúlt néhány évtizedben a pszichológusoknak egyre jelentősebb szerep jut jogi kérdésekben is. Hazánkban ezt a feladatot többnyire *igazságügyi* specializációval rendelkező kollégák látják el, de bizonyos esetekben szükség lehet klinikai pszichológus véleményére is. A forenzikus pszichiátria és pszichológia az igazságszolgáltatás különböző szintjein segíti a szakembereket, jogászok

munkáját. Így kikérhetik szakvéleményét különböző jogi procedúrák, perek során, például gyermekelhelyezés, beszámíthatóság kérdései tekintetében, de ugyanúgy szükségesek a klinikusok a büntetés-végrehajtás intézményeiben is. Ezekben a szettingekben strukturálatlan és strukturált interjúkat, megfigyelést, projektív és objektív személyiségvizsgáló eljárásokat, valamint teljesítménytesztet alkalmazhat a klinikus diagnosztikai munkája során (ld. pl. Groth-Marnat és Wright, 2016).

A *nevelési/oktatási területen* hazánkban elsősorban klinikai gyermek-szakpszichológusok, valamint tanácsadó és iskolapszichológusok tevékenykednek. A pszichodiagnosztika tekintetében a különböző, gyermekkorban megjelenő viselkedési, tanulási, alkalmazkodási zavarok és neurodevelopmentális zavarok szűrésében játszik jelentős szerepet a klinikus. Ennek intézményi hátterét hazánkban jelenleg a pedagógiai szakszolgálatok bázisán működő nevelési tanácsadók, valamint szakértői bizottságok adják. Az alkalmazott eszközök széles körűek, a gyermek megfigyelésén és a szülői strukturálatlan interjúkn túl strukturált interjúk, különböző kérdőívek, becslőskálák, projektív és objektív eljárások és teljesítményteszt is használatosak. A fiatal felnőtteket érintő egyetemi tanácsadó központokban klinikusok is tevékenykedhetnek, és így diagnosztikai munka is történhet, többnyire limitált fókusszal és időkeretekkel.

Végezetül meg kell említeni a *pszichológiai ambulanciák* területét is, melyek hazánkban, kevés kivételtől eltekintve (pl. a korábban említett Klinikai Pszichológiai Tanszék a Semmelweis Egyetemen), a magánellátás keretein belül szerveződnek. Ezekben a színtereken klinikai szakpszichológusok önállóan, teamben, vagy orvoskollégákkal együttműködve tevékenykednek, általában valamilyen speciális megközelítés (dinamikus, kognitív, személyközpontú, rendszerszemléletű) ellátási protokolljához igazodva, de nemritkán eklektikus vagy integrált szemléletben folyik az ellátás. Ezekben a helyeken a diagnosztikai feladatot általában az a klinikus látja el, aki később a pszichoterápiás ellátást is nyújtja a kliensnek/páciensnek. A diagnosztikai eszközök alkalmazása hasonló a pszichiátriai ellátás eszközeihez, vagyis a különböző interjúk, obszerváció és diagnosztikai tesztek széles tárházával találkozhatunk, a klinikus kolléga érdeklődési területének és képzettségeinek megfelelően. Diagnosztikai cél a tüneti kép felmérése, a diagnózis pontosítása, az állapot súlyosságának feltárása, személyiségjellemzők vagy képességbeli mintázatok feltérképezése, terápia tervezése és hatékonyságának megítélése lehet.

3. táblázat. A gyakran alkalmazott mérőeszközök vizsgált területek szerint, az adott tesztet ismertető könyvbeli fejezetek megjelölésével (Groth-Marnat és Wright, 2016 javaslatai alapján)

Terület	Tesztek	Könyvünk tesztet ismertető tanulmányának sorszáma
Általános kognitív képességek	MMSE (Mini-Mental State Examination) AKV (Addenbrooke Kognitív Vizsgálat)	IV/1.
Intellektuális képességek	WAIS (Wechsler Felnőtt Intelligencia Skála) WISC (Wechsler Intelligencia Skála Gyerekeknek) Stanford–Binet-teszt Raven-teszt Woodcock–Johnson-teszt	II/4.
Emlékezeti képességek	Rey auditoros-verbális tanulási teszt Benton-teszt	IV/1.
Vizuokonstruktív képességek	Bender-teszt Rajztesztek	IV/1.
Gondolkodási folyamatok	WAIS (Wechsler Felnőtt Intelligencia Skála) WISC (Wechsler Intelligencia Skála Gyerekeknek) Stanford–Binet-teszt Raven-teszt Wisconsin Kártyaszortírozási teszt TAT (Tematikus Appercepciók Teszt)	II/2.5., II/4., IV/1.
Személyiség, érzelmek, pszichopatológia súlyossága – általános mintázatok	MMPI (Minnesota Többfázisos személyiség-kérdőív) Rorschach-teszt	II/2.2., II/2.3., II/3.2.
Személyiségvizsgálat	NEO-PI-R (NEO Személyiségleltár) CPI (Kaliforniai Pszichológiai Kérdőív) TCI (Temperamentum és Karakter Kérdőív) STIPO (Személyiség szerveződés Strukturált Interjúja)	II/3.1., II/1.7.
Diagnózis	SCID (Strukturált diagnosztikai interjú a DSM diagnózisok felmérésére) MINI (Mini Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú) AMPD (Strukturált Diagnosztikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségzavar Modelljéhez)	II/1.5., II/1.6., IV/4.
Depresszió	BDI (Beck Depresszió Kérdőív) PHQ-9, PHQ-2 (Páciens Egészség Kérdőív-9, Páciens Egészség Kérdőív-2)	II/5.1.
Szorongás	BAI (Beck Szorongás Leltár)	II/5.1.
Addikciók (alkoholhasználat zavar, pszichoaktív szerhasználat zavar, viselkedési addikciók)	AUDIT (Alkoholhasználati rendellenesség azonosítási teszt) DUDIT (Droghasználati rendellenesség azonosítási teszt)	IV/2.
Szuicid rizikó felmérése	RS (Beck Reménytelenség Skála)	IV/10.

A leggyakrabban alkalmazott mérőeszközöket a vizsgálandó terület meghatározása szerint a 3. táblázat foglalja magában.

A pszichodiagnosztikai eszközök alkalmazása speciális szaktudáshoz kötött. A tesztek eredményeinek interpretálása és az eredmények közlése ugyancsak jelentős körülményt igényel (ld. könyvünk I/3. tanulmányát).

6. A pszichodiagnosztika keretei

6.1. A képzési és jogi feltételekről dióhéjban

A különböző mérőeszközök alkalmazása speciális szaktudást és képeztést igényel, melyet hazánkban a klinikai szakpszichológusok képzése, valamint különböző kiegészítő tesztképzések során lehet elsajátítani. A hazai klinikai pszichológusi szakma megszilárdulásának elmúlt évtizedei nem voltak viszontagságoktól mentesek. Bagdy Emőke írásai kiváló mementóját adják ennek az időszaknak (ld. pl. Bagdy, 1998; 2010).

A klinikai szakképzés 1980-ban indult Szakács Ferenc, majd Bagdy Emőke vezetésével. Akkoriban a képzés két évig tartott, 1994-től két és fél évre bővült, és legalább egyéves klinikai gyakorlattal és pszichoterápiás előképzettséggel rendelkező pszichológusok jelentkezhetek rá. Az ezredfordulóval ugyanakkor jelentős átszervezések történtek, a pszichológusképzés bolognai rendszerűvé vált, a jogi feltételek változtak, a képzés ideje kibővült, valamint nemcsak Budapesten, hanem Pécsen és Debrecenben is elérhetővé vált a klinikai szakképzés. Jelenleg MA pszichológus vagy MSc egészségpszichológus oklevéllel lehet jelentkezni a szakképzésre, ahol egységes, törvényileg meghatározott tantervi követelmények mellett klinikai és mentálhigiéniai felnőtt- vagy gyermek-szakpszichológus végzettséget lehet szerezni. A képzés négy tanévre (48 hónapra) terjed ki, melyet egy gyakorlati és egy elméleti szakvizsga zár. A szakmai érdekképviselő is változott. Az 1990-es években létrejött az önálló Pszichológus Kamara, mely néhány év múlva, a törvényi keretek miatt megszűnni kényszerült. A klinikai pszichológusok számára továbbiakban az érdekvédelmi bázist a Magyar Orvosi Kamara biztosítja. A klinikai pszichológusnak tudását folyamatosan bővítenie és frissítenie kell, részben a törvényi előírások alapján továbbképzési rendszerben (hasonlóan a szakorvosi gyakorlathoz), másrészt önállóan is, különösen a bizonyítékokon alapuló ellátás biztosítása miatt, mely alapvető elvárás a modern klinikai pszichológiai

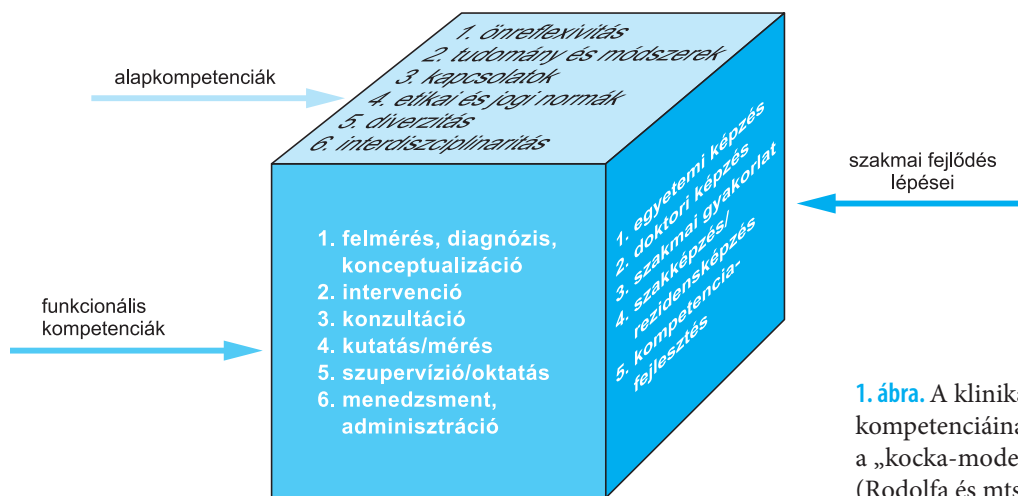
tevékenységgel szemben (ld. pl. Castelnuovo, 2017). A tesztek használatával kapcsolatban fontos további tudnivaló, hogy bizonyos tesztek használata speciális továbbképzéseket igényelhet, valamint a pszichológiai tesztek akkreditációs eljárásában a Magyar Pszichológiai Társaság Tesztbizottsága illetékes, míg az egészségügy területén használatos eljárások kérdésében egyeztetni kell a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégiummal (Szakács és Bagdy, 2022).

6.2. Személyi feltételek

A klinikai munka jelentős fizikai, érzelmi és szellemi terhet jelenthet gyakorlójának. Éppen ezért a képzéseknek fontos feladata, hogy megfelelően felkészítsék a szakembereket a kihívásokra, és színvonalas elméleti és gyakorlati tudással lássák el őket. Sőt, további fontos feladat lehet a folyamatos tudásfrissítés utáni vágy kialakítása is, a bizonyítékokon alapuló tevékenységtervezés érdekében. Bagdy Emőke összefoglaló munkájában (2010) röviden kitér azokra az alapkészségekre, melyekkel az egyetemi képzés során fel kell vértéződjene a hallgatók arra, hogy később helyt tudjanak állni a klinikai szakképzésben és a klinikumban. Ezek a készségek a következők:

1. A szakmai személyiségfejlesztés és önismeret fejlesztése: a klinikus tevékenységében személyisége jelentékenyen részt vesz, emiatt személyiségének fejlesztése, etikus és professzionális használata elengedhetetlen feltétel.
 2. Terepismeret: a pszichológushallgatónak tapasztalatokat kell gyűjtenie klinikai szakterületeken, szervezett gyakorlatok formájában.
 3. Munkaeszközök ismerete: diagnosztikai eszköztár készség szintű használata (interjúzás, kérdőívek, teljesítménytesztek, személyiségvizsgáló eljárások).
 4. Intervenciós műveletek ismerete: alapszintű kapcsolatkezelési jártasság, kommunikációs készségek, egyszerű intervenciós technikák ismerete.
- Mindezt kiegészítenénk egy újabb ponttal, mely a szakmaiság megtartása érdekében nélkülözhetetlen:
5. Szupervízió iránti igény, képzések, bizonyítékokon alapuló módszertan iránti nyitottság.

A nemzetközi szakirodalomban a klinikai szakpszichológusokkal szembeni követelmények „kocka-modelljét” (cube model) idézik legtöbbit, amely a klinikai pszichológus kompetenciáinak három nagy tartományát mutatja be, az alapkompenciákat, a funkcionális



1. ábra. A klinikai szakpszichológusok kompetenciáinak rendszere a „kocka-modell” alapján (Rodolfa és mtsai, 2005 alapján)

kompetenciákat és a szakmai fejlődés lépéseit (Rodolfa és mtsai, 2005). Ezek a tartományok és azok elemei mind-mind összefüggenek egymással (ld. részletesen az 1. ábrán és a 4. táblázatban).

Az alap- és funkcionális kompetenciák önmagukban is fejleszthetők, de a szakmai képzési rendszer alapvető feladata kell hogy legyen minden szükséges kompetencia fejlesztési lehetőségének biztosítása.

4. táblázat. A klinikai pszichológusok alap- és funkcionális kompetenciáinak típusai és jellemzői (Rodolfa és mtsai, 2009 alapján)

Kompetencia neve	Kompetencia tartalma
<i>Alapkompetenciák</i>	
1. Önreflexivitás és önértékelés	Élethosszig tartó tanulás és szakmai fejlődés melletti elköteleződés, kompetenciahatárokon belüli tevékenység, kritikus gondolkodás.
2. Tudományos ismeretek és módszerek	A kutatások, illetve módszertanuk megértése, valamint a tudományos ismeretek, az adatgyűjtés módszerei és elemzése, a viselkedés biológiai és kognitív-affektív alapjai, az élethosszig tartó emberi fejlődés tiszteletben tartása.
3. Kapcsolatok	Hatékony és értelmes kapcsolatok kialakításának képessége egyénnel, csoportokkal és közösségekkel.
4. Etikai és jogi normák	Etikai szempontok és jogi ismeretek alkalmazásának képessége a szakmai gyakorlat során. A szakma képviselője.
5. Diverzitás: egyéni és kulturális sokszínűség	Tudatosság és érzékenység az egyéni, csoportos és kulturális diverzitás tekintetében a szakmai tevékenység során.
6. Interdiszciplinaritás	Kollégákkal és munkatársakkal való együttműködés képessége, társszakmák alapfogalmainak, szakkifejezéseinek ismerete, kapcsolatteremtési képesség társszakmák képviselőivel.
<i>Funkcionális kompetenciák</i>	
1. Felmérés, diagnózis, konceptualizáció	Problémák és nehézségek felmérésének, diagnosztikájának képessége, esetkonceptualizálás.
2. Intervenció	Intervenciók ismerete és alkalmazása az egyén/csoport/szervezet szenvedésének enyhítésére, az egészség és jóllét támogatására. Bizonyítékokon alapuló ellátás ismerete.

3. Konzultáció	Szakmai segítség és tanácsadás adásának képessége az egyén szükségleteit és céljait figyelembe véve.
4. Kutatás/mérés	Kutatások létrehozása, melyek hozzájárulnak a szakmai tudás bővítéséhez és a szakmai hatékonyság javításához.
5. Szupervízió/oktatás	Szupervízió és képzéseken való részvétel, illetve azok tartása a szakmai tevékenységek hatékonyságának növelése miatt.
6. Menedzsment, adminisztráció	Klinikai pszichológiai szolgáltatás szervezése, adminisztrálása.

6.3. Körülmények

Gyakorló klinikusként gyakran találkozunk olyan helyzetekkel diagnosztikai munkánk során, ami a legkevésbé sem ideális körülményeket jelent. A klinikai munka során előfordul, hogy belenyugszunk ezekbe a körülményekbe (folyosón, osztály ebédlőjében történik a vizsgálat), azonban a fiatal kollégák gyakran felhívják a figyelmünket arra, hogy ez tarthatatlan és lelombozó. A pszichodiagnosztikai tevékenység téri és idői körülményei meg egyeznek minden pszichológiai tevékenység alapvető feltételeivel, gondolhatunk itt egy csendes, zárható szobára, a zavaró zaj-, hőmérséklet- vagy fényhatások kiszűrésére, egy megfelelő méretű asztalra, két székre, íróeszközökre, valamint a diagnosztikai eszköz egyéb szükséges elemeire (például a Rorschach tábláira, a MAWI teljes készletére, kérdőívekre). További fontos szempont a téri távolság tervezése (melyről részletesen könyvünk V/2. tanulmányában olvashatnak), valamint a kulturális diverzitás tiszteletben tartása is (ld. könyvünk V/3. tanulmányát). Az adminisztrációs igények vagy bizonyos tesztek kiértékelése miatt elkerülhetetlenül szükséges egy jó színvonalon működő asztali komputer is. Az idői keretek tekintetében érdemes rugalmasan tervezni, azonban a páciens teherbírását minden esetben figyelembe kell venni. A legtöbb mérőeszköz előnyben részesíti az egy ülésben történő felvételt, azonban ha a kliens/páciens állapota megkívánja, a tesztfelvétel átmenetileg felfüggeszthető, esetleg megszakítható.

7. Quo vadis pszichodiagnosztika? Diagnosztizálás a lépcsőzetes ellátási modellben: a bizonyítékokon alapuló gyakorlat

Az elmúlt néhány év szakmai tapasztalatai alapján elmondható, hogy világszerte markáns változások indul-

tak meg a klinikai pszichológiában, ezen belül a pszichodiagnosztikában is. Ezek a változások jelentős mértékben támaszkodnak a kutatásokkal nyert empirikus bizonyítékokra, a kategoriális megközelítések helyett a dimenzionális szempontokra és a transzdiagnosztikus megközelítésre, a pszichológiai nehézségek feltárása és kezelése kapcsán megnövekedett kereslet optimális, hatékony megoldásaira, valamint a diverzitással szembeni nyitottságra. Ezeket a tényezőket segítségül hívva igyekszünk röviden reflektálni a jelenbeli és a várható törekvésekre a pszichodiagnosztika területén.

1. Az elmúlt időszak kutatási eredményei egyértelművé tették, hogy a klinikai pszichológia, ezen belül a pszichodiagnosztika jelentős empirikus háttérrel rendelkezik, hovatovább a kognitív idegtudományoknak vagy a pszichogenetikai vizsgálatoknak is tekintélyes hatása van a jelenleg alkalmazható diagnosztikai eszköztárra. Mindazonáltal világszerte, de fókuszálva a kontinensünkre, Európában egyértelműen megfigyelhető jelenség, hogy az empirikus bizonyítékok helyett hajlamosak vagyunk a szakmánkat egyfajta hitrendszer mentén gyakorolni (Lairreiter és Weise, 2019; Plante, 2011). Az alapvető klinikai gyakorlatban jelentősen támaszkodnunk kellene a friss kutatási eredményekre, a bizonyítékokra egyes mérőeszközök megbízhatósága vagy egyes intervenciók hatékonysága szempontjából. Ezzel szemben Európa-szerte megfigyelhető jelenség, hogy a pszichológusok munkájuk során azonosulnak különböző társaságokkal, megközelítésekkel, és nagyon nehéz ebből a kategóriákhoz rendelt sematikus megközelítésből kimozdítani őket. Ez az inflexibilitás egy tudományosan megalapozott szakma esetén kerülendő, hiszen munkánknak nem kiválasztott hitrendszereken, hanem a szakterületre vonatkozó tudományos bizonyítékokon, valamint a klinikai

szakértelmen kellene alapulnia (Laireiter és Weise, 2019). Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kötelező továbbképzések mellett folyamatosan frissítjük tudásunkat az aktuális kutatási eredmények megismerése révén, valamint ezen eredményekre igyekszünk támaszkodni gyakorlati munkánk során.

2. A legújabb diagnosztikai rendszerek a korábban elfogadott kategoriális megközelítés helyett, mely a normalitás/abnormalitás kérdésében a dichotómiára támaszkodott, a dimenziók mentén történő diagnosztizálást és a spektrumszemléletet részesítik előnyben (APA, 2013; WHO, 2018). Mind a dimenzió-nális megközelítés, mind a mentális zavarok nevének változása (pl. demencia helyett major kognitív zavar) a pszichés megbetegedések stigmatizációja elleni törekvés része. A diagnózisok szükségszerűen címkék, melyek, minden pozitív szándék ellenére, diszkrimináció tárgyává válhatnak, ezért az óvatos terminológia és a kategóriák helyetti dimenzió-nális megközelítés a stigmatizációs hatások mérséklését célozza. Az új diagnosztikai megközelítés szemlélet-váltást igényel a klinikusoktól is. Gondoljunk például a személyiségzavarok BNO-11 által javasolt diagnosztikájára, mely szerint elégséges a személyiség-zavar meglétét és súlyosságát megítélni, a specifikus típus legfeljebb jelölhető (WHO, 2019). A korábbi megközelítésben a személyiségzavarok diagnosztikája gyakran szenvedett hátrányt a jól megítélhető és körülírható klinikai állapotokhoz képest, ami nem ritkán a diagnózis elmulasztásához vezetett vagy félrediaosztizálást okozott (Tyrer és mtsai, 2015). Ennek oka lehet az is, hogy a mentális zavarok ellátása éppen a kategoriális megközelítés kapcsán specializálódott, így sok szakember úgy ítélte, a személyiségzavarok ellátása olyan speciális terület, amelyhez ő maga nem ért. Belátható ugyanakkor, hogy a személyiségzavar diagnózisa nélkülözhetetlen ahhoz, hogy megfelelő kezeléshez jusson a páciens. A jelenlegi megközelítés szerint nem szükséges a személyiségzavarok típusainak alapos ismerete ahhoz, hogy a személyiség szintű nehézség felismerhető legyen, sőt éppen a BNO-11 (WHO, 2019), hasonlóan a DSM-5-höz (APA, 2013), speciális szűrőkérdőívek létrehozását szorgalmazta, melyek hozzásegíthetik a klinikust ahhoz, hogy felmérje, fennállhat-e a személynél személyiségzavar, vagy sem. A pozitív eredményű szűrés jó alapot szolgáltat a további alapos kivizsgáláshoz.
3. Miután a diagnózisalkotás elsődleges célja a megfelelő intervenció kiválasztása, az intervenció oldaláról is érdemes mérlegelni a diagnosztika súlypont-jait. Gondoljunk például a bizonyítottan hatékony terápiák azon jellegzetességeire, mely pontos mentális zavarok diagnózisától függetlenül, vonások, állapotok, konfliktusok, elhárítások mentén szervezik a beavatkozást. A transzdiagnosztikus megközelítés e területekre fókuszál, és alapját azon kutatási eredmények és klinikai tapasztalatok adják, amelyek szerint a különböző mentális zavarral küzdő páciensek gondolkodásában és viselkedésében számos közös vonás található. Emellett megfigyelhető, hogy a több diagnózissal rendelkező páciensek esetén egységes intervenciók hatására gyakran nemcsak a megcélzott, hanem a komorbid zavarok tüneteiben is javulás mutatkozhat (Mansell és mtsai, 2008; Perczel-Forintos, 2011). Ilyen transzdiagnosztikus tényező lehet a perfekcionizmus (Egan és mtsai, 2012), a rumináció (Hsu és mtsai, 2015; Grierson és mtsai, 2016) vagy például a pszichológiai rugalmatlanság és az érzelmi diszreguláció (Abdi és Pak, 2019; Faustino, 2021). A transzdiagnosztikus megközelítés tehát olyan területekre hívja fel a figyelmet, melyek a hatékony terápia tervezése miatt a pszichodiagnosztika központi elemeivé kellene hogy váljanak.
3. Friss kutatási eredmények a szorongásos zavarok élettartam-prevalenciáját 33% (Bandelow és Michaelis, 2015), míg a depresszív zavarokét 20% körüli értékre becsülik (Hasin és mtsai, 2018). Az érintettek egy része tartósan vagy ideiglenesen munkaképtelenné válhat, ami ösztársadalmi szinten is komoly kiadásokat jelent (Craske, 2018; Naeem és mtsai, 2017). Sőt, a páciensek nagy részénél egy időben több zavar is fennállhat; esetükben rosszabb prognózis várható, az általános életminőségük alacsonyabb, valamint a pszichés nehézségek a szomatikus rendellenességek menedzselését is megnehezítik (Dindo és mtsai, 2017). Noha jól ismert és hatékony kezelési lehetőségek állnak rendelkezésünkre, az egészségügyi ellátás gyakran nem áll készen e zavarok megfelelő ellátására (Polyák és Vizin, 2021; Wang és mtsai, 2007). A tradicionális betegellátás a magasan képzett szakemberek által nyújtott egyéni, bizonyítottan hatékony ellátáson alapul, azonban a kezelésre szorulóknak száma jóval meghaladja az elérhető szakemberekét (Craske, 2018; Perczel-Fo-

- rintos, 2011). A kialakult helyzet sürgető, optimális, reális megoldásokat igényel. Az angolszász országokban már hagyományosnak tekinthető lépcsőzetes ellátási modell meghonosítása hazánkban a mentális zavarok ellátásában, a diagnosztika és az intervenciók tekintetében is haszonnal járhat. A lépcsőzetes ellátási modellben (Polyák és Vizin, 2021) a lelki nehézségek kezelése lépcsőzetesen építkezve, az orvos-beteg kommunikáción alapuló első progresszivitási szinttől az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók második szintjén át a klinikailag jelentős állapotok rövid pszichoterápiájának harmadik szintjéig, valamint a személyiség szintű nehézségek hosszú, mély, feltáró jellegű pszichoterápiás ellátásának negyedik szintjéig terjed (Polyák és Vizin, 2021; Purebl, 2018). A modell elsődleges célja, hogy fokozza a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetőségét, ezért az ellátás részeként olyan metódusokat, protokollokat alkalmaznak, melyek hatékonyságát egyértelmű kutatási eredmények bizonyítják (Polyák és Vizin, 2021). A modell egyúttal magában foglal egy olyan észszerű diagnosztikát, mely az elsődleges progresszivitási szinteken az interjúk és szűrőkérdőívek használatán nyugszik, melyet a harmadik-negyedik progresszivitási szinteken a különböző átfogó mérőeszközök követhetnek mind a mentális zavarok ellátását célzó intézményekben, mind a szomatikus ellátás színterein (ld. pl. Andersen és mtsai, 2014; Layard és Clark, 2015).
4. A lépcsőzetes ellátási modell a bizonyítékokon alapuló gyakorlaton (Evidence Based Practice, EBP) nyugszik. A bizonyítékokat a kutatási eredmények szolgáltatják, melyek a megbízhatósági kontinuumon különböző szinteket képviselnek, így az esettanulmányok, vagyis az egyetlen eset alapján nyert eredmények a legalacsonyabb, míg a több randomizált kontrollált vizsgálat eredményét magában foglaló és elemző metaanalízisek a legmagasabb bizonyító erővel bírnak. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat során három szempontot vesz figyelembe a klinikus a klinikai döntéshozatalban, ami diagnosztikai és intervenciók döntést is magában foglalhat: (1) a hozzáférhető empirikus bizonyítékokat, tehát a kutatások eredményeit, (2) a klinikus tapasztalatait és képzettségét, valamint (3) a páciens értékrendjét, preferenciáit, körülményeit (Spring, 2007). A bizonyítékokon alapuló diagnosztika egyrészt a pszichopatológiára és a normál emberi fejlődésre vonatkozó, tudományosan alátámasztott elméleten kell hogy alapuljon. Másrészt empirikusan erős pszichometriai háttérrel kell rendelkezzen, vagyis az adott mérőeszközök esetén fontos látnunk, hogy milyen szenzitíven és specifikusan, mennyire érvényesen és megbízhatóan képes felmérni az adott jelenséget az adott mérőeszköz. A korábbi eredmények és a jelenlegi felhasználás esetén látnunk kell azt is, hogy milyen diverz jellemzők mentén tud jól mérni az adott eszköz. És végül talán a legfontosabb szempont, hogy a pszichodiagnosztika folyamatában a döntést maga a klinikus hozza, a diagnosztikai eszközök csupán részét képezik ennek a folyamatnak, és előnyös, ha a legkisebb mérési hibával képesek működni, ezzel is csökkentve a döntési szubjektivitás hatásait (ld. pl. Antony és Barlow, 2020). A klinikusok munkáját segítő, egyre több ajánlás jelenik meg a bizonyítékokon alapuló mérőeszközök tekintetében, elsősorban a felméréndő diagnosztikai területekre specifikusan (Hunsley és Mash, 2007; Wright és mtsai, 2022).
5. A pszichodiagnosztika folyamata során jelentős fókuszra kell helyeznünk a kulturális, nemi, értékrendbeli sokszínűség hatásaira. Korábban kultúránkban a roma identitással rendelkező személyek diagnosztikájában mindig figyelembe kellett venni a kulturális hatásokat. Vagy például a Rorschach-elemzésekben is fontos szempont volt a személy foglalkozása, hiszen egy anatómus nagyobb eséllyel adhatott *Anat* válaszokat, amit figyelembe kellett venni az értékelésnél (ld. Mérei, 2002). Mai korunkban a diverzitás szempontjait a nyelvi vagy a nemi sokszínűség tekintetében is számításba kell vennünk. Az MMPI-2 esetén például ezért tettek jelentős erőfeszítéseket a különböző kulturális jellemzőkkel és nyelvi tudással bíró csoportok bevonására a teszt validálása során (Butcher és mtsai, 1989). Gyakorlati példaként érdemes továbbá átgondolni, hogy nem-bináris személyek esetén a születési nem alapján kapott pszichometriai eredmények mennyire megbízhatóak a különböző mérőeszközök esetén. Vagy például bizonyos tesztek, melyek eredendően bináris megközelítést tartalmaznak (például a TAT), hogyan, milyen feltételekkel használhatók nem-bináris személyek esetén? A nem kellő körültekintéssel kidolgozott, a mai, 21. századi követelményeknek kevésbé megfelelő pszichodiagnosztikai eszközök elavulttá válhatnak, függetlenül attól, hogy „hiszünk-e” az adott mérőeszközben, vagy sem.

8. Összefoglalás

Jelen bevezető írásban rövid áttekintését igyekeztünk adni a pszichodiagnosztika múltjának, jelenének, és utaltunk a jövőre vonatkozó kívánalmakra is. Láthatóvá vált, hogy az egyéni különbségek feltárása utáni vágy az emberiséggel egyidős, de professzionális pszichodiagnosztikáról körülbelül az utóbbi 100 évben beszélhetünk. A diagnosztika eszköztárának alkalmazása speciális szaktudást igényel, és az első eszközök megjelenésétől kezdve igen erőteljes az empirikus háttér. A jövő pszichodiagnosztikája egyénre szabott és problémafókuszú kell legyen, mely téri és idői kereteit racionalizálni kell, és bizonyítékokon alapuló eljárásokon kell alapulnia.

Miután kézikönyvünk első, bevezető írásánál tart az olvasó, minden említett területnél, tesztnél igyekeztünk utalni a könyv további írásánál, hogy ily módon is segítsük a tájékozódást a további tárgyalt témákat illetően.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Abdi, R., & Pak, R. (2019). The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences*, 142: 282–287.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC.
- American Psychological Association (2012). *About clinical psychology*. Retrieved from <http://www.apa.org/divisions/div12/aboutcp.html>
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15): 1605.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (2020). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. Guilford Press.
- Bagdy E. (2010). Quo vadis magyar klinikai pszichológia – avagy mit tudjon az, aki ma e hivatás szolgálatára vágyik. *Alkalmazott Pszichológia*, 12: 109–124.
- Bagdy E. (1998). A klinikai pszichológia a medicinában. *Orvosi Hetilap*, 139(45): 2691–2697.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3): 327–335.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., & Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3): 290.
- Butcher, J. N. (2009). Clinical Personality Assessment: History, Evolution, Contemporary Models, and Practical Applications. In: Butcher, J. N. (ed.): *Oxford Handbook of Personality Assessment*. New York, Oxford University Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for Administration and Scoring*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Castelnuovo, G. (2017). New and old adventures of clinical health psychology in the twenty-first century: standing on the shoulders of giants. *Frontiers in Psychology*, 8: 1214.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4): 330–338.
- Craske, M. G. (2018). Honoring the past, envisioning the future: ABCT's 50th anniversary presidential address. *Behavior therapy*, 49(2): 151–164.
- Daré, L. O., Bruand, P. E., Gérard, D., Marin, B., Lameyre, V., Boumédiène, F., & Preux, P. M. (2019). Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 19: 1–12.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14: 546–553.
- DuBois, P. L. (1970). *A history of psychological testing*. Boston, Allyn & Bacon.
- Ebbinghaus, H. (1908). *Psychology: An elementary textbook*. Boston, Heath.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3): 279–294.
- Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(2): 233–246.
- Grierson, A. B., Hickie, I. B., Naismith, S. L., & Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories

- in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological medicine*, 46(12): 2467–2484.
- Groth-Marnat, G., & Wright A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.
- Hajduska-Dér N., Németh-Rácz K., & Kapitány-Fövény M. (2019). A klinikai szakpszichológus szerepe a pszichiátriai osztályon. In: Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., & Varga S. K. (szerk.): *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina.
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA psychiatry* 75(4): 336–346.
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of affective disorders*, 188: 22–27.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual review of clinical psychology*, 3: 29–51.
- Kirsch, I., & Winter, Ch. (1983). A history of clinical psychology. In: Walker, C. E. (ed.): *The handbook of clinical psychology: Theory, research and practice*. Dow Jones-Irwin, USA.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A., & Phares, V. (2019). *Introduction to clinical psychology*. Cambridge University Press.
- Laireiter, A. R., & Weise, C. (2019). The heterogeneity of national regulations in clinical psychology and psychological treatment in Europe. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1): 1–9.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2015). *Thrive. How better mental health care transforms lives and saves money*. Princeton University Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3): 181–191.
- Mérei F. (2002). *A Rorschach-próba*. Budapest, Medicina.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2): 160–174.
- Naeem, F., Pikard, J., Rao, S., Ayub, M., & Munshi, T. (2017). Is it possible to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program. *International Journal of Mental Health*, 46(4): 253–268.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology* 61, 1467–1483.
- Perczel Forintos, D. (2011). The availability of evidence based psychotherapies. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 3–10.
- Perczel-Forintos D. (2022). Memento mori – emlékeim a Lipótról – Pszichológia. In: Nagy Z. (szerk.): *A Lipótmező utolsó éve*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Plante, T. (2011). *Contemporary clinical psychology*. (3. ed.) Hoboken, NJ, USA, John Wiley & Sons.
- Pléh Cs. (2010). *A lélektan története*. Budapest, Osiris.
- Polyák K., & Vizin G. (2021). A kognitív viselkedésterápia helye a mentálhigiénés ellátásban – Az alacsony intenzitású intervenciók elemzése. *Alkalmazott Pszichológia*, 21(4): 103–121.
- Purebl G. (2018): *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó Kft., 8–10.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4): 347.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of clinical psychology*, 63(7): 611–631.
- Szakács F., & Bagdy E. (2022). Emlékezés a Lipótmezőre. In: Nagy Z. (szerk.): *A Lipótmező utolsó éve*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969): 717–726.
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5): 343–350.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J.,

- Seedat, S., Wells, J. E. (2007): Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590): 841–850.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(1): 54.
- Woodworth, R. S. (1920). *Personal data sheet*. Chicago, Stoelting.
- World Health Organization (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems*. (11. ed.) <https://icd.who.int/>
- Wright, A. J., Pade, H., Gottfried, E. D., Arbisi, P. A., McCord, D. M., & Wygant, D. B. (2022). Evidence-based clinical psychological assessment (EBCPA): Review of current state of the literature and best practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(4): 372–386.
- Young, R. M. (1970). *Mind, brain and the adaptation in the nineteenth century*. Oxford, Clarendon Press.
- Zhu, J., Fang, F., Sjölander, A., Fall, K., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2017). First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology*, 28(8): 1964–1969.



Diagnosztikai rendszerek a kezdetektől napjainkig

Demetrovics Zsolt – Vizin Gabriella

1. Bevezetés

Gondolkodásunkban a kategóriákba rendező szándék már csecsemőkorunkban megjelenik. A kategóriákban történő gondolkodás gazdaságosabb információfeldolgozást tesz lehetővé, de a kategóriáknak egyszerűsítő és ezáltal akár a valóságot torzító hatása is lehet. A kategorizáció előnyei és hátrányai megmutatkoznak a mentális zavarok diagnosztikai rendszereiben is. Eleinte a túl kevés kategória nem tette lehetővé minden zavar diagnosztizálását, gondoljunk például Kraepelin rendszerére, aki elsősorban a pszichózissal járó állapotok kategóriáival foglalkozott. Később, a múlt század derekán a kategóriák mentén ugyan egyre több pszichiátriai állapotot tudtak beazonosítani, a háborúk okozta pszichés nehézségek diagnosztizálására ugyanakkor ezek a kategóriák nem voltak alkalmasak. Az elmúlt időszakban a diagnosztikai rendszerek kategorikus megközelítésével az egyik fő nehézség az volt, hogy tiszta kórállapotokat követelne meg, holott ezek a tiszta kategóriák ritkának, szinte kivételszerűnek tűnnek, részben a magas komorbiditás miatt is, így a diagnózisalkotás nehézségekbe ütközhet. A legújabb, ún. dimenzionális megközelítés a mentális állapotok sokszínűségére, a spektrumok alapján történő diagnosztizálásra helyezi a hangsúlyt, ami a diverzitás értékének elismerése mellett a dichotóm normalitás–abnormalitás tengely mentén zajló gondolkodásunk felülírására készítheti a szakembereket. Jól látható, hogy ismereteink bővülése és gondolkodásunk fejlődése a különböző pszichiátriai zavarokról végigkíséri a diagnosztikai kategóriák alakulását és az elmúlt időszak paradigmaváltásának köszönhetően a dimenzionális rendszerek megjelenését.

Jelen tanulmány fő célja, hogy röviden áttekintse a pszichiátriai zavarok diagnosztizálásának történetét, bemutassa a *Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv* (DSM; APA, 2022) és a *Betegségek Nemzetközi Osztályozása* (BNO; WHO, 2022) diagnosztikai rendszereit, valamint bepillantást nyújtson a *Pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv* (PDM, 2006) szemléletébe. További célunk, hogy áttekintését adjuk a legújabb, transzdiag-

nosztikus szemléleten nyugvó rendszerek, így a HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology; Kotov és mtsai, 2017) és az RDoC (Research Domain Criteria; Lilienfeld és Treadway, 2016) jellemzőinek és alkalmazásuk lehetőségeinek is.

2. A mentális zavarok diagnosztikájának története

A mentális zavarokról az első leírás Kr. e. 3000-ből származik, melyben az ókori egyiptomi Ptah-hotep herceg demenciáját említik meg (Mack és mtsai, 1994). Az ókori egyiptomiak és sumérok beazonosították a melankóliát és a hisztériát (Kr. e. 2600 körül), később Indiában hozták létre az első klasszifikációs rendszert a mentális zavarok beazonosítására (Kr. e. 1400) (Mack és mtsai, 1994).

A következő nagy lépés a mentális zavarok beazonosítása és csoportosítása tekintetében az ókori Görögországban történt (Mack és mtsai, 1994), ahol Hippokratész (Kr. e. 460–377) és követői a mentális zavarok hat típusát különítették el: (1) frenitisz (akut mentális zavar lázzal); (2) mánia (akut mentális zavar láz nélkül); (3) melankólia (krónikus mentális zavarok); (4) epilepszia (ugyanaz, mint jelenleg); (5) hisztéria (paroxizmális nehézlégzés, fájdalom, görcsök); és (6) szkíta betegség (transzvesztitizmus). Hippokratész, a saját megfigyelései alapján, azonosított négy temperamentumot is, amelyek mindegyike egy adott humorális egyensúllyal hozható összefüggésbe: (1) kolerikus (dühös, ellenséges); (2) szangvinikus (optimista, vidám); (3) melankolikus (pesszimista, nyomott) és (4) flegmatikus (apatikus, közömbös). A későbbi, ókori római osztályozási kísérletek, például Galénosz osztályozása is Hippokratész rendszerén nyugodott (Kagan, 2018).

Annak ellenére, hogy az emberiséget mindig különösen érdekelte a különc, bizarr viselkedés, hosszú évszázadokba telt, mire az első osztályozási rendszerek megjelenésétől eljutottunk az átfogó, diagnosztikus és terápiás célt szolgáló kategoriális rendszerek létrejöttéig.

A 18. század végén nagy előrelépés volt Philippe Pinel (1745–1826) francia orvos munkássága, aki egyrészt fogva tartás helyett valódi terápiás intézeteket hozott létre, másrészt szisztematikus megfigyeléseinek köszönhetően megalkotta az első átfogó osztályozási rendszert is (Nathan és Harris, 1983). A pszichiátriai nozológiához Jean-Martin Charcot (1825–1893) francia neurológus histériával kapcsolatos tanulmányai is jelentősen hozzájárultak (Nathan és Harris, 1983).

A modern pszichiátriai nomenklatura és osztályozási rendszerek atyjának Emil Kraepelin (1856–1926) német pszichiátert tartjuk. Kraepelin egyik jelentős hozzájárulása a pszichiátriai osztályozási rendszerekhez, hogy elkülönítette a „mániás depressziót” a „dementia praecox”-tól (Nathan és Harris, 1983), mely kategóriákat ma bipoláris affektív zavarnak és szkizofréniának nevezünk.

A diagnosztikai kategóriák elsődleges célja ebben az időben elsősorban statisztikai és népszámlálási adatok gyűjtése volt, azonban a 20. század elején mind Európában, mind Amerikában jelentős szakmai igény jelent meg átfogó diagnosztikai rendszerek iránt (Nathan és Harris, 1983). Időrendben elsőként egy 1853-as kezdeményezés következményeként, Jacques Bertillon (1851–1922) francia orvos és statisztikus elnöklétével megalakult bizottság kidolgozta a *Classification of Causes of Death* (Halálokok osztályozása) nevű osztályozási rendszert, melyet 1893-ban, a Nemzetközi Statisztikai Intézet chicagói kongresszusán ismerhetett meg a szakmai közönség. A létrehozott rendszer egyesítette az addig ismert osztályozási rendszereket, és elsőként 44 betegséget tartalmazott, melyek között különbséget tettek az általános betegségek és az adott szervre vagy anatómiai területre lokalizált betegségek között. A Bertillon-féle *Classification of Causes of Death* osztályozását világszerte egyre több ország adaptálta, és az összeállítói törekedtek arra, hogy 10 évente revízióon essen át a kialakított klasszifikációs rendszer. Ez a rendszer a ma ismert *Betegségek Nemzetközi Osztályozása* (BNO) elődje (Hirsch és mtsai, 2016).

A klasszifikációs rendszer revízióit Bertillon egészen 1922-ben bekövetkező haláláig irányította. Az osztályozási rendszer 4. és 5. revíziója 1929-ben és 1938-ban látott napvilágot (Hirsch és mtsai, 2016). 1948-ban az Egészségügyi Világszervezet (WHO) vette át a revíziók irányítását, és átnevezték a rendszert Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO, angolul: International Classification of Diseases, ICD). A BNO teljesen megújult, és talán a legfontosabb változás, hogy a BNO 6.

kiadása a pszichiátriai zavarokról szóló résszel bővült ki (Hirsch és mtsai, 2016).

Eközben az Egyesült Államokban a betegségek nevezéktanának nemzeti konferenciáját rendezték meg 1928-ban, melynek fő célja egy jól alkalmazható diagnosztikai rendszer létrehozása volt. Az erőfeszítések végül gyümölcsözőnek bizonyultak, és 1933-ban megjelenhetett a betegségek nevezéktanának első osztályozási rendszere *Standard Classified Nomenclature of Disease* néven. A rendszer egyik része a standardizált pszichiátriai nomenklaturát tartalmazta, melyet az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) elődje dolgozott ki (Nathan és Harris, 1983). Ez a klasszifikációs rendszer ugyanakkor elégtelennek bizonyult a második világháború idején a katonák között tapasztalt mentális zavarok osztályozásához, hiszen többnyire csak olyan kórképeket tartalmazott (organikus és funkcionális pszichózisok), melyeket közkórházi ellátásban tanulmányoztak a rendszer kialakítói. Mindezt felismerve az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1948-ban elkezdett dolgozni egy jóval átfogóbb rendszer kialakításán, melynek első kiadása 1952-ben jelent meg *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) címmel (Nathan és Harris, 1983).

A jelenleg alkalmazott klasszifikációs rendszerek közül a klinikai gyakorlatban a világ számos országában, így Európa-szerte és az Egyesült Államokban is, a BNO legfrissebb, 11. kiadását alkalmazzák (WHO, 2022), míg a pszichiátriai kutatásokban elsősorban a DSM legújabb, ötödik, átdolgozott verziója (DSM-5-TR) (APA, 2022) használatos. A szakemberek folyamatosan törekednek arra, hogy a két alkalmazott rendszer között jelentős átfedések legyenek, de a főkategóriákban és a betegségek nevezéktanában találhatunk továbbra is különbségeket.

3. A modern diagnosztikai rendszerek célja és kialakításának alapelvei

A modern diagnosztikai rendszerek kialakításának egyik legfőbb célja, hogy segítse a kutatók és gyakorló szakemberek egymás közötti kommunikációját. Gondoljunk például egy páciensre, aki anorexia nervosával küzd. A diagnózis hozzásegíti a szakembereket ahhoz, hogy kevés információ alapján is pontosan értsék, milyen jellemző tünetei lehetnek a páciensnek, és azt is tudják, hogy például restriktív altípus esetén milyen tünetei nincse-

nek (pl. falásrohamok). Ezenkívül a megfelelő diagnózis nagyban hozzájárul a várható prognózis megítéléséhez és az adekvát kezelési terv kialakításához. Amikor egy személynél keresztmetszeti képben depressziós tünetek dominálnak, de kiderül, hogy a múltban mániás vagy hipomániás periódusok is voltak az életében, a bipoláris affektív zavar diagnózisát kaphatja, mely merőben más terápiás terv kialakítását indokolja (pl. farmakoterápia, pszichoedukáció), mint depresszív zavar esetén (pl. pszichoterápia, farmakoterápia). Az utóbbi néhány évtizedben pedig, éppen a diagnosztikai rendszerek miatt, a pszichiátriai kutatások jelentős fejlődésének lehetünk tanúi, különösen a tüneti kép, az etiológiai faktorok és az adekvát kezelési formák hatékonyságvizsgálatai tekintetében (ld. pl. First, 2015). Jelentősen bővült a tudásunk a genetikai, epigenetikai és környezeti hatások pszichiátriai kóroki vizsgálatai alapján, és a gyógyszeres terápiák és pszichoterápiák hatékonyságára vonatkozóan ugyancsak széles körű ismereteink vannak. A pontos diagnózisnak köszönhetően különösen gazdag ismeretekre tettünk szert az utóbbi évtizedekben például a borderline személyiségzavar etiológiájára és kezelésére vonatkozóan, holott korábban egy kevésbé ismert és nehezen kezelhető megbetegedésként tartottuk számon (ld. pl. Setkowski és mtsai, 2023; Stepp és mtsai, 2016; Stoffers-Winterling és mtsai, 2022; Torgersen és mtsai, 2000).

Az osztályozási rendszerek különböző megközelítéseket használtak és használnak alapelveként, melyeket három szempont mentén csoportosíthatunk (First, 2015):

- *Etiológiai vagy deskriptív szemlélet szerinti csoportosítás:* Az etiológiai klasszifikáció a feltételezett patogének alapján osztályozza a különböző megbetegedéseket. Miután a pszichiátriai megbetegedések jelentős hányadánál a pontos etiológiai faktorok kevésbé ismertek, emiatt többnyire elméleti fejtegetésekre szorítkozhatunk, amelyek egyes megbetegedések esetén igazak lehetnek, míg más esetben nem, így az elméletek széles körű hasznossága megkérdőjelezhető. Éppen ezért a pszichiátriai megbetegedések esetén előnyösebb a deskriptív, leíró szemlélet alkalmazása, mely a korábban említett Kraepelin-féle osztályozási rendszer sajátossága volt, megalapozva ezzel a jelenleg alkalmazott DSM felépítését.
- *Tünetek vagy tünetegyüttesek:* Noha történetileg létezett olyan megközelítés, melyben a tüneteket számos osztályba, rendbe és nemzettségbe sorolták, hasonlóan a növények és állatfajok specifikus jellemzők mentén történő csoportosításához, de ez az osztályozási forma átláthatatlanul

nagy számú megbetegedést eredményezett. A jelenleg alkalmazott klasszifikációs rendszerek tünetek egyidejű megjelenését és mintázatát azonosítják be, vagyis tünetegyütteseket (szindrómákat) írnak le, feltételezve, hogy ezek a tünetegyüttesek valamilyen klinikailag releváns okból csoportosulnak, például közös eredet, lefolyás vagy a kezelésre adott válaszok alapján.

- *Kategoriális vagy dimenzionális megközelítés:*

A jelenleg alkalmazott klasszifikációs rendszerek (BNO, DSM) egészen a közelmúltig kategoriális meghatározásokat tartalmaztak. Ez azt jelenti, hogy ha bizonyos diagnosztikus kritériumok jelen vannak egy személynél, akkor az adott rendellenesség definíciós követelményei teljesülnek, tehát a betegség fennáll, míg, ha ezen kritériumok nincsenek maradéktalanul jelen, akkor a rendellenesség nem áll fenn. Ez az osztályozási módszer hasonló a testi betegségek osztályozásához, vagyis valakinek vagy van vakbélgyulladás, vagy nincs. A mentális zavarokkal kapcsolatban a normalitás–abnormalitás közötti választóvonal azonban inkább kontinuum mentén képzelhető el, a konkrét határ nehezen definiálható. Noha a klinikus szakemberek az abnormalitás kritériumaként jó néhány szempontot igyekeztek figyelembe venni, így a szubjektív szenvedés mértékét (súlyos depresszió esetén ez jól észlelhető), a kulturális elvárásoktól és normáktól való eltérést (bizarr viselkedés szkizofrénia esetén), a statisztikai ritkaságot (pl. a bipoláris affektív zavar vagy az autizmus spektrum zavar gyakorisága alacsony a teljes lakosság körében), valamint a károsodott szociális működést (pl. szociális fóbiában vagy személyiségzavarok esetén) (ld. pl. Pomerantz, 2020), mégis úgy tűnik, a pszichiátriai tüneti kép inkább szerveződik dimenziók mentén, mint kategóriákban. Jó általános példa lehet erre a vérnyomás vagy a testsúly. Mindkét változó értékei egy kontinuum mentén alakulhatnak, és csak attól válnak dichotóm változóvá, ha a vágópontot meghatározzuk, és az afölötti értéket magas vérnyomásként vagy túlsúlyként definiáljuk. A mentális zavarokkal kapcsolatban a normalitás–abnormalitás hasonló mutatóként szerepel, de a vágópont meghatározása bonyolult. Emellett a dimenzionális megközelítés a normalitás kérdésén túl jóval komplexebb mutatók mentén teszi lehetővé a megbetegedések jelenlétének meghatározását. Az elmúlt évtizedek kutatási eredményei felvetik továbbá, hogy a külön kategóriaként kezelt depresszív

zavarok és a szorongásos zavarok, vagy a bipoláris zavarok és a szkizofrénia egymástól és a normalitástól való elkülönítése nem történhet szigorú határok mentén, hiszen úgy tűnik, nem is léteznek ilyen szigorú határok. A dimenzionális megközelítésnek számos előnye van, például a felhalmozódó diagnózisok helyett bizonyos dimenziókban elért magasabb értékek jelzésére van mód. Gondolhatunk például egy személyre, aki depresszióval és szociális szorongással is küzd. A kategoriális megközelítésben a személy minimum két diagnózist kapna, a dimenzionális megközelítésben viszont elég annyit jelölni, hogy mely dimenziókban ér el magasabb értékeket. Ennek különösen fontos jelentősége van a személyiségzavarok diagnosztikájában, ahol a kategoriális megközelítésben nem ritka, hogy három vagy négy diagnózist is kaphat a személy, míg a dimenzionális rendszerben a személyiségjegyek és személyiségműködés mentén jelezhetjük a magasabb értékeket. A dimenzionális megközelítés a stigmatizáció elkerüléséhez is hozzájárul, hiszen ahelyett, hogy a kategoriális megközelítésben azt mondjuk, teljesült az 5 kritérium, tehát a személy depressziós, elég annyit jelezni, hogy a depresszió dimenzióban magas értékeket ért el. További előny, hogy a dimenzionális megközelítés lehetővé teszi az állapotok súlyosságának jelölését is, ami az adekvát terápiák megválasztásánál rendkívül fontos mutató. Gondoljunk csak az enyhe depresszióra, melynél jó választás lehet önmagában a kognitív viselkedésterápia vagy az antidepresszív farmakoterápiás kezelés, de súlyos depresszió esetén mindenképp farmakoterápiás kezelésre van szükség. A dimenzionális megközelítésnek vannak persze korlátai is, ami leginkább az eddig megszokott kategoriális szemléletű gondolkodásból ered. Vagyis kategóriákban tudunk könnyen diagnosztizálni, kategóriák mentén ismerjük a különböző etiológiai hátteret, epidemiológiát, lefolyást, kezelési módokat. A dimenzionális rendszer paradigmaváltás, új szemléletmódot és új típusú kommunikációs metódusokat igényel szakember és szakember között.

4. A BNO fejlődése, a BNO-11

A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) eredete a 19. század közepéig nyúlik vissza, amikor Bertillon említett jelentős hozzájárulása révén kialakították

a Halálokok osztályozását. 1898-ban az Egyesült Államok is adaptálta ezt az osztályozási rendszert, mely folyamatosan frissült, gondosan ügyelve arra, hogy minden évtizedben újabb és újabb kiadásai jelenhessenek meg. Noha az első 5 kiadás még nem BNO, hanem ILCD (International List of Causes of Death) néven jelent meg, 1948-ban a WHO égisze alatt kiadott Betegségek Nemzetközi Osztályozása 6. kiadása (BNO-6) előzményének ezeket a klasszifikációs rendszereket tekintjük. A BNO-6 sok tekintetben több volt elődeinél, így például a mortalitási adatok kódolása mellett kibővült a morbiditási adatokkal, valamint a pszichiátriai zavarokkal is (Hirsch és mtsai, 2016). Ezt követően a BNO hetedik revíziója (BNO-7) 1957-ben, a nyolcadik revízió (BNO-8) 1968-ban látott napvilágot. Miután az Egyesült Államokban a kórházi és sebészeti ellátás területén is adaptálták a BNO-t, emiatt a BNO-8 olyan speciális verziója is megjelent az USA-ban, mely az ottani különleges igényeknek megfelelt (ICDA-8) (Hirsch és mtsai, 2016). Jelentősebb változások a BNO-9-ben történtek, melyet 1977-ben tett közzé a WHO. Ebben a revízióban már 4 jegyű kódok alapján történt a betegségek kódolása. A BNO-9 tovább bővült és BNO-9-CM (BNO-9 Clinical Modification) néven jelent meg, melynek fő célja volt, hogy a fekvőbeteg-, járóbeteg- és egyéb orvosi rendelőkben adott diagnózisok kódolására is lehetőséget kínáljon. A BNO-9-CM-et az Egyesült Államok Országos Egészségügyi Statisztikai Központja (National Center for Health Statistics) gondozta és évről évre frissítették (Hirsch és mtsai, 2016). A BNO-10 fejlesztése 1983-ban indult és végül 1992-ben publikálták. Jelentős változás, hogy a BNO-10 sokkal részletesebb, mint a BNO-9, 17 000 kódról körülbelül 155 000-re bővült. A BNO-10-et világszerte alkalmazzák a szakemberek a megbetegedések kódolására, de érdekesség, hogy az Egyesült Államok csak 2013-tól állt át BNO-9-ről BNO-10 alapján történő kódolásra az egészségügyi szolgáltatások területén, a BNO-10-CM pedig 2015-től lépett életbe az USA-ban (WHO, 1992; Hirsch és mtsai, 2016).

A BNO legfrissebb verziója, a BNO-11 2019-ben került elfogadásra, és jelentős változtatásokat tartalmaz a korábbi verziókhöz képest (WHO, 2022). Ebben szerepet játszik az is, hogy a BNO-11-re közel 30 évet kellett várni, amely időszak alatt jelentős empirikus tudásra tettek szert a szakemberek a különböző megbetegedések kapcsán. A BNO-11 célja továbbra is az, hogy alfanumerikus kódok révén információkat nyújtson az egészségügyi állapotokról, a betegségek elterjedéséről,

halálzási adatokról. Bár a BNO-11-et 2019-ben publikálták, a WHO ajánlása szerint 2022. január 1-től kötelező alkalmazni ezt a kódrendszert a nemzetközi jelentésekben. A BNO-11-ben számos újítás jelent meg a korábbi kiadásokhoz képest (WHO, 2022):

- a betegségfogalmak jobban definiáltak;
- a kódrendszer részletesebb azonosítást tesz lehetővé (kódolható pl. az etiológia, a patomechanizmus, a súlyosság);
- egy-egy betegségfogalom több osztályba is sorolható;
- minden BNO fogalom egyedi, nyelvfüggetlen kóddal rendelkezik;
- fogalomkészlete bővült;
- lehetőség van részletes információk kódolására is;
- a 6. fejezet tárgyalja a mentális zavarokat, melynek kategóriái jelentős átfedésben vannak a DSM-5-tel;
- új főfejezetek (pl. A szexuális egészséggel kapcsolatos állapotok) és új diagnosztikai kategóriák jelentek meg (pl. elhúzódó gyász zavar, komplex poszttraumás stressz zavar);
- a személyiségzavarok diagnosztikájának alapja a súlyosság mértéke lett.

A BNO-11-et olyan céllal fejlesztették, hogy a lehető legjobban alkalmazkodjon a 21. századi orvostudomány kihívásaihoz. Ennek köszönhetően a kódolási fejlesztések pontosabb és részletesebb adatrögzítést és adatgyűjtést tesznek lehetővé, valamint egy felhasználóbarát klasszifikációs rendszert sikerült létrehozni, melyben a kódolás jól illeszkedik az online és offline platformok kívánalmaihoz egyaránt.

5. A DSM a kezdetektől napjainkig

A *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) első kiadása 1952-ben jelent meg (APA, 1952). Megjelenését jelentős erőfeszítés előzte meg, mely során a szakemberek arra törekedtek, hogy a katonák körében tapasztalható pszichés rendellenességek számára is megfelelő diagnosztikai keretet teremtsenek. Ez azt jelentette, hogy a korábban zömmel pszichotikus zavarokként azonosított kórképek mellett a DSM-I magában foglalta a pszichodinamikus elméleti alapon meghatározott neurotikus kórképeket is. A pszichoneurózisok pszichodinamikus magyarázatai mellett minden funkcionális pszichiátriai zavart reakcióként

konceptualizált, reflektálva arra a pszichoszociális szemléletre, mely szerint a pszichopatológia eredője a pszichológiai konfliktusok és a környezeti tényezők szinergiája. Ebből a szemléletből fakadóan a DSM-I-ben még kevés erőfeszítést tettek a pszichiátriai zavarok pontos definiálására, hiszen úgy vélték, a nyilvánvaló tünetek csupán elfedik a belső, releváns folyamatokat, melyeket nem lehet közvetlenül kifejezni (First, 2015). A DSM második kiadása (APA, 1968) ugyanezen koncepción nyugodott, a DSM-III ugyanakkor jelentős változásokat hozott (APA, 1980).

A DSM-III életre hívását komoly szakmai elégedetlenség előzte meg, többek között a pszichiátriai nevezéktan hiányosságaival, a diagnosztikai megbízhatatlansággal és a pszichopatológia pszichodinamikus modelljével kapcsolatban, ráadásul nőtt az igény a mentális zavarok patofiziológiai és etiológiai kutatásai, valamint a pszichofarmakonok hatékonyságvizsgálatai iránt, ami jóval pontosabb diagnózisokat követelt volna meg (First, 2015). A DSM-III új, leíró jellegű kategoriális megközelítéséhez hozzájárult továbbá Thomas Szasz szemlélete arról, hogy az elmebetegség csupán „mítosz” lenne (Szasz, 1960). Mindez arra készítette a pszichiátereket, hogy a tüneti kép bizonyosságából kiindulva hozzanak létre diagnosztikai kategóriákat, ezzel is igazolva a pszichiátriai betegségek valóságát. A DSM-III tehát paradigmaváltást hozott a pszichiátriai diagnosztikában. A diagnózisok leíró jellege miatt a DSM diagnózisai elméletsemlegessé váltak, és ezáltal könnyebbé vált a kommunikáció két, akár más elméleti keretben tevékenykedő szakember között. További újítás, hogy a DSM-III-ban a diagnózisalkotás tengelyek mentén valósulhatott meg. Ez azt jelentette, hogy a rendelkezésre álló információk alapján 5 tengely mentén komplexebb és a terápia tervezése tekintetében relevánsabb diagnózisokat határozhattak meg (Nathan és Harris, 1983). A DSM-III tengelyeit az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat. A DSM-III tengelyei (APA, 1980)

1. tengely: klinikai szindrómák és állapotok
2. tengely: személyiségzavarok és fejlődési rendellenességek
3. tengely: testi betegségek és állapotok
4. tengely: pszichoszociális stresszorok súlyossága
5. tengely: az adaptív funkcionálás legmagasabb szintje az elmúlt évben

A DSM-III jelentős újításai ellenére számos hiányossággal is küszködött, így gyakran érte kritika különböző fogalmi pontatlanságok, következetlenségek miatt. Ezek kiküszöbölésére hozták létre a DSM-III-R-t 1987-ben (APA, 1987), amely sok apró változtatás ellenére teljesen hű maradt a DSM-III alapkoncepcióhoz (First, 2015). A DSM-IV fejlesztése nem sokkal a DSM-III-R után kezdődött, és fő oka a BNO-10 előkészületei voltak. Az Egyesült Államokban, más országokhoz hasonlóan, a klinikai gyakorlatban BNO kódokat alkalmaznak, emiatt tartották rendkívül fontosnak a szakemberek a DSM és a BNO koncepcióinak egyeztetését. Mindazonáltal a DSM negyedik verziója (APA, 1994) struktúrájában nem hozott sok újdonságot a DSM-III-hoz képest, mégis jelentős innovációja volt a különböző diagnosztikai változtatások magyarázatoként az empirikus bizonyítékok áttekintése és összefoglalása (First, 2015). A DSM-IV további revíziója a DSM-IV-TR (APA, 2000) volt, melyben a szöveg további frissítése zajlott empirikus alapokon, fenntartva ezzel a DSM klinikai hasznosságát és oktatási értékét. A 2. táblázatban egy összetett diagnózissal rendelkező fiatal nő DSM-IV szerinti többtengelyes diagnózisát látjuk.

2. táblázat. Egy összetett diagnosztikai képpel rendelkező fiatal nő DSM-IV szerinti diagnózisai, BNO kódokkal

- | | |
|------|---|
| I. | Visszatérő major depresszív zavar, jelenleg mérsékelt epizód (F33.10)
Szociális fóbia (F40.10) |
| II. | Borderline személyiségzavar (F60.31) |
| III. | Allergiás rhinitis pollentől (J30.10) |
| IV. | Családon belüli konfliktusok, jelenleg munkanélküliség, tanulmányai szüneteltetése |
| V. | GAF (működés átfogó becslése) = 55 |

Számottevő változtatások történtek ugyanakkor a DSM-5-ben (APA, 2013), melyek közül kiemelhető, hogy az élethosszig tartó perspektívát részesíti előnyben, felismerve az életkor és a fejlődés fontosságát a mentális zavarok kialakulásában, megjelenésében és kezelésében. További változás, hogy a többtengelyes rendszer megszűnt, eltörölték a korábban a DSM-IV ötödik tengelyén kódolható *működés átfogó becslése* (Global Assessment of Functioning, GAF) pontszámot,

valamint jelentősen átszervezték a betegségek klaszifikációját, új kategóriák (pl. kényszeres és kapcsolódó zavarok, traumával és stresszorral összefüggő zavarok) és új mentális zavarok (pl. szeparációs szorongás zavar, diszruptív hangulatszabályozási zavar, videójáték-használati zavar, kényszeres szexuális viselkedés zavar) jelentek meg. Ezenkívül több mentális zavart átneveztek, elsősorban a zavar nevének stigmatizációs hatását elkerülendő (pl. demencia helyett major neurokognitív zavar, függőségek helyett szerhasználati zavar, patológiás szerencsejáték helyett szerencsejáték-használati zavar diagnózist adunk). A stigmatizációt kerülő nyelvezet ezen túlmenően is általános célja a DSM-nek. További jelentős újítás, hogy megjelent a spektrumszemlélet és a DSM-5 III. szekciójában a személyiségzavarok diagnosztikája tekintetében bekerült a dimenzionális megközelítés (APA, 2013). Erre a személyiségzavarokkal kapcsolatos diagnosztikai nehézségek megoldási kísérleteként került sor. A személyiségzavarokat a klinikumban többnyire aluldiagnosztizálják, holott empirikus bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a személyiségzavarok kezelésében különböző pszichoterápiás eljárások bizonyosan jelentős segítséget jelentenek és így az életminőség javulásához járulnak hozzá. Ezeket az eljárásokat bizonyítottan hatékony módszereknek tekintjük, de diagnózis híján kevésbé valószínű, hogy a személyiségzavarral küzdő személy valóban eljuthat ezekre a terápiákra. Emellett komoly problémát jelent a komorbiditás, valamint a szenvedést okozó, de a kategoriális megközelítés szerint nem vagy csak nem meghatározott személyiségzavarként diagnosztizálható zavarok gyakorisága is (Tyrer, 2015). Ezekre a kihívásokra igyekszik választ adni a személyiségzavarok diagnosztikájának dimenzionális megközelítése. A megközelítés lényege, hogy az egyén személyiségműködésének szintjét és személyiségjegyeinek jelenlétét felmérve, azok súlyosságát megítélve tehetünk javaslatot a személyiségzavar fennállítására vagy elvetésére. A DSM az alábbi személyiségműködési elemeket és személyiségjegy-tartományokat különbözteti meg:

- *Személyiségműködés területei:*
 - Szelfműködés
 - Identitás: a személy úgy képes tekinteni önmagára, mint egyedire, világosan elhatárolva másoktól; önbecsülés, érzelmek szabályozásának képessége
 - Önirányítottság: életcélok, proszociális normák, önreflexió

- Interperszonális működés
 - Empátia: megértés, mások megbecsülése, tolerancia
 - Intimitás: másokhoz fűződő mély kapcsolatok
- Személyiségjegyek:
 - Érzelmi stabilitás vs. negatív affektivitás
 - Nyitottság vs. elkerülés
 - Együttműködés vs. antagonizmus
 - Lelkiismeretesség vs. gátlástalanság
 - Egyértelműség (transzparencia) vs. pszichoticizmus

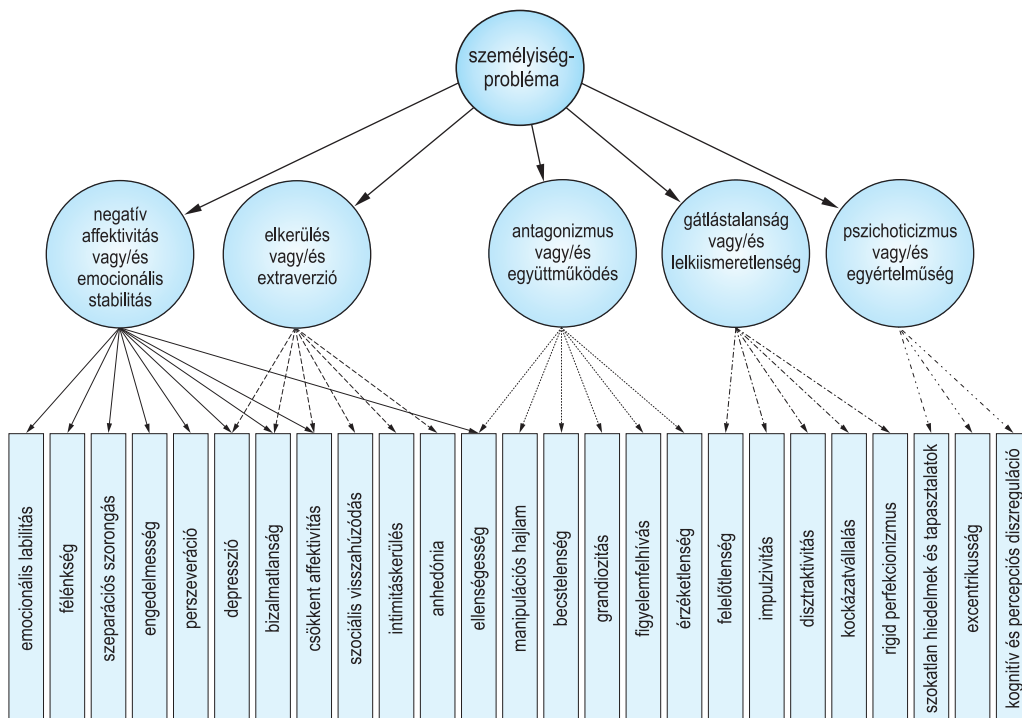
A személyiségjegyeket és a fő tartományokat az 1. ábra szemlélteti.

A jelenlegi legfrissebb DSM a DSM-5-TR, mely 2022-ben jelent meg (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) (APA, 2022). A legfőbb változások a DSM-5-höz képest négy területet érintenek, így új diagnózisok hozzáadását (pl. elhúzódó gyász zavar), diagnosztikai kritériumok változásait (pl. autizmus spektrum zavar esetén), frissített terminológiát (pl. intellektuális képességzavar helyett intellektuális fejlődési zavart, vagy konverziós zavar helyett funkcionális neurológiai tünet zavart diagnosztizálunk) és egyéb átfogó szövegfrissítéseket tartalmaz (First és mtsai, 2022).

6. PDM, a pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv

A kategoriális szemlélettel való elégedetlenség egyre erősödött a szakemberek körében. A *Pszichodinamikus diagnosztikai kézikönyv (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM)* (2006) kidolgozásának fő indoka az volt, hogy a humanisztikus és pszichodinamikus terapeuták igyekeztek ellenállni annak a nézetnek, mely szerint a kategoriális megközelítés alapján, „kategoriális diagnózisként” gondoljanak pácienseikre. Emiatt jelentős erőfeszítéseket tettek egy komplex, dimenzionális, kontextuális és biopszichoszociális alapokon nyugvó alternatíva kidolgozására (Lingiardi és McWilliams, 2015). A PDM első kiadása 2006-ban jelent meg, és olyan pszichodinamikusan orientált diagnózisok megfogalmazására tett erőfeszítést tükröz, mely a BNO és a DSM diagnosztikai rendszerét hivatott kiegészíteni. A PDM diagnózisokon átívelő dimenziókat használ, valamint a személyiségműködések és zavarok alapos áttekintését adja. Ebben az értelemben a PDM a DSM diagnosztikai kategóriáit használja, de magába foglalja a vizsgált személy belső tapasztalatait, így a PDM inkább az „ember taxonómiáját” jeleníti meg, semmint a „betegség taxonómiáját” (PDM, 2006).

A PDM négy fő részre tagolható: (1) Felnőtt mentális zavarok, (2) Gyermek- és serdülőkori mentális egészségi



1. ábra. A személyiségjegyek rendszere a DSM dimenzionális megközelítésében

szindrómák, (3) Csecsemő- és koragyermekkorai rendellenességek, és (4) a mentális egészségi rendellenességek pszichodinamikus osztályozási rendszerének fogalmi és empirikus alapjai. A csecsemők és az óvodások értékelésének kivételével a klinikusnak értékelnie kell minden betegénél a személyiség szerveződésének szintjét és a jellemző személyiségstílusokat vagy rendellenességeket (P tengely), az általános mentális működés szintjét (M tengely), a tüneteket és szindrómákat, valamint a páciens azokról kialakult szubjektív tapasztalatait (S tengely) (Lingiardi és McWilliams, 2015).

A PDM második kiadása (PDM-2) 2017-ben jelent meg, és bár az alapvető struktúrája megmaradt, az első kiadáshoz képest jelentősen kibővítették és átdolgozták, valamint külön fejezetet kapott benne az időskorúak mentális állapotára vonatkozó rész. Megszűnt továbbá a pszichodinamikus osztályozási rendszer konceptuális és empirikus alapjait tárgyaló rész, de egy új szakaszt illesztettek be a mérési eszközökről, valamint külön részt szenteltek klinikai példának is (Lingiardi és mtsai, 2015; Lingiard és McWilliams, 2017). A két utóbbi terület a PDM-2 klinikai hasznosságát tekintve felbecsülhetetlen, maga a kézikönyv minden egyes felméréndő területhez jelentős számú mérőeszközt javasol, önkitöltős kérdőíveket, becslőskálákat, valamint átfogó személyiségmérő eljárásokat egyaránt.

7. Paradigmaváltás a diagnosztikában: a kategóriáktól a transzdiagnosztikus megközelítésig

A pszichiátriai zavarok diagnózisának jelenlegi szemlélete elsőként a DSM-III-ban jelent meg (APA, 1980), melyet a BNO-10 (WHO, 1992) deskriptív kialakítása követett, és ennek révén világszerte elfogadottá vált ez a megközelítés. E rendszerek legfőbb jellemzői, hogy explicit diagnosztikai kritériumokat határoznak meg, és hangsúlyozzák a megfigyelhető jellemzőket. Noha ezek a rendszerek jelentősen hozzájárultak a diagnosztikai folyamat egyértelműségéhez, és lehetővé tették a különböző országok egészségügyi statisztikáinak összehasonlítását, mégis számos hiányossággal bírnak (ld. pl. Lingiard és McWilliams, 2015; Kotov és mtsai, 2021). Egyrészt, ezek a rendszerek kategoriális szemléletet követnek, holott kutatási eredmények támasztják alá, hogy normalitás és abnormalitás között egyfajta folytonos átmenet van (ld. pl. Haslam és mtsai, 2020; Kotov és mtsai, 2021). Bár a legfrissebb DSM és BNO már di-

menzionális megközelítést is tartalmaz, a legtöbb diagnózis esetén még kategoriális szempontokat veszünk figyelembe (APA, 2013; WHO, 2022). Ezenkívül a kategoriális rendszer információvesztéshez és megbízhatóságának megkérdőjelezéséhez vezethet, hiszen például a kórképek fennállásának idői (teszt-reteszt) és interrater stabilitása is gyakran kérdéses (ld. pl. Markon és mtsai, 2011; Regier és mtsai, 2013). További problémát jelent a klinikai döntéshozatalban és a kutatási tervek kialakításában a magas komorbiditás (Caspi és mtsai, 2020), valamint az egyes kórképek tüneti képének heterogenitása és markáns átfedése is (pl. a poszttraumás stressz zavar DSM-5 kritériumai összesen 636 120 kombinációt eredményezhetnek, vagyis több mint hatszázezerféleképpen lehet egy személynek PTSD-je) (Galatzer-Levy és Bryant, 2013). Végezetül, sok olyan pácienssel találkozhatunk a klinikumban, akiknek a tünetei nem merítik ki egyik diagnosztikai kategóriát sem, mégis szenvednek és ellátást igényelnek. Ilyen esetekben gyakran adunk *nem meghatározott* vagy *egyéb meghatározott zavar* diagnózist, ami kevésbé informatív a nehézség természetét illetően (Verheul és Widiger, 2004).

Az egyik első válasz a BNO és a DSM kapcsán felhalmozódó problémákra az Egyesült Államokban a mentális egészségügyi intézet (National Institute of Mental Health, NIMH) kezdeményezésére jött létre *Research Domain Criteria (RDoC)* néven (Lilienfeld és Treadway, 2016). Az RDoC kialakulásában jelentős szerepet játszott, hogy a NIMH felismerte, a DSM olyan szigorú elméleti keretet ad minden egyes kutatásnak, ami akadályozhatja a pszichopatológiai kutatások fejlődését. Emiatt egy olyan rendszer kialakítására törekedtek, mely kiszabadítja a translációs és klinikai kutatókat a BNO–DSM „fogságából”. Az RDoC hivatalosan 2009-ben indult, és fő céljaként azt tűzte ki, hogy a mentális zavarok magyarázatában és diagnózisában a leíró tüneti kép helyett az idegi hálózatok tudományosan megalapozott modelljére támaszkodjunk (Lilienfeld és Treadway, 2016).

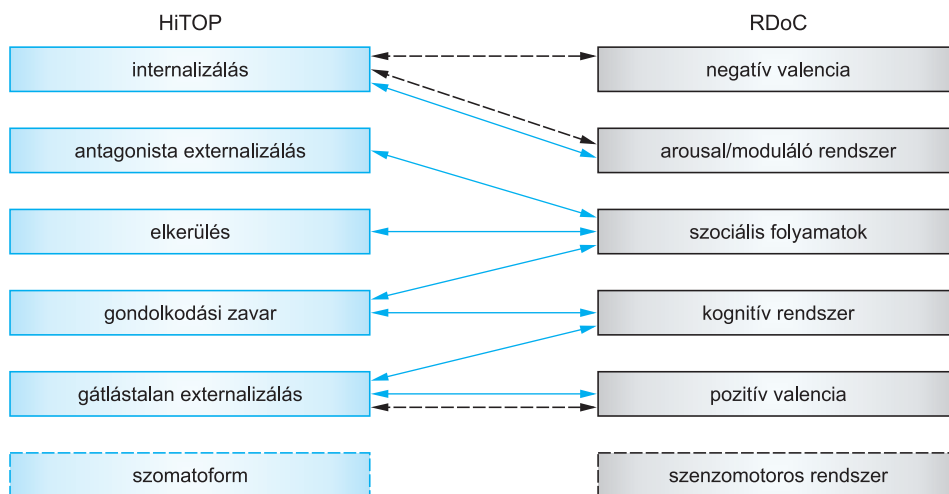
Az RDoC egy meglehetősen bonyolult keretrendszeren nyugszik, mely szerint a környezeti (szűkebb és tágabb környezeti tényezők, traumák) és neurodevelopmentális faktorok szinergiájának kontextusában jelenik meg a RDoC mátrixa, mely 5 funkcionális tartományt (negatív valencia, pozitív valencia, kognitív rendszer, szociális folyamatok rendszere, arousal/moduláló rendszer) és ehhez kapcsolódóan 7 elemzési egységet (génnek, molekulák, sejtek, neurális hálózatok, fiziológia, viselkedés, önbeszámoló) foglal magában. Az RDoC

tehát egy kísérleti keretrendszer, a fenti egységek közötti kapcsolatok elemzése révén tesz javaslatokat a pszichopatológiai kutatások számára (ld. részletesebben Clark és mtsai, 2017; valamint jelen könyv V. rész 6. tanulmányát). Noha a gyakorlatban az RDoC rendszere valószínűleg soha nem fogja kiszorítani a BNO–DSM rendszereket a diagnosztizálás folyamatából, mégis ráirányítja a figyelmet a pszichobiológiai tényezők jelentőségére a diagnosztikai szempontok kialakításánál (Lilienfeld és Treadway, 2016).

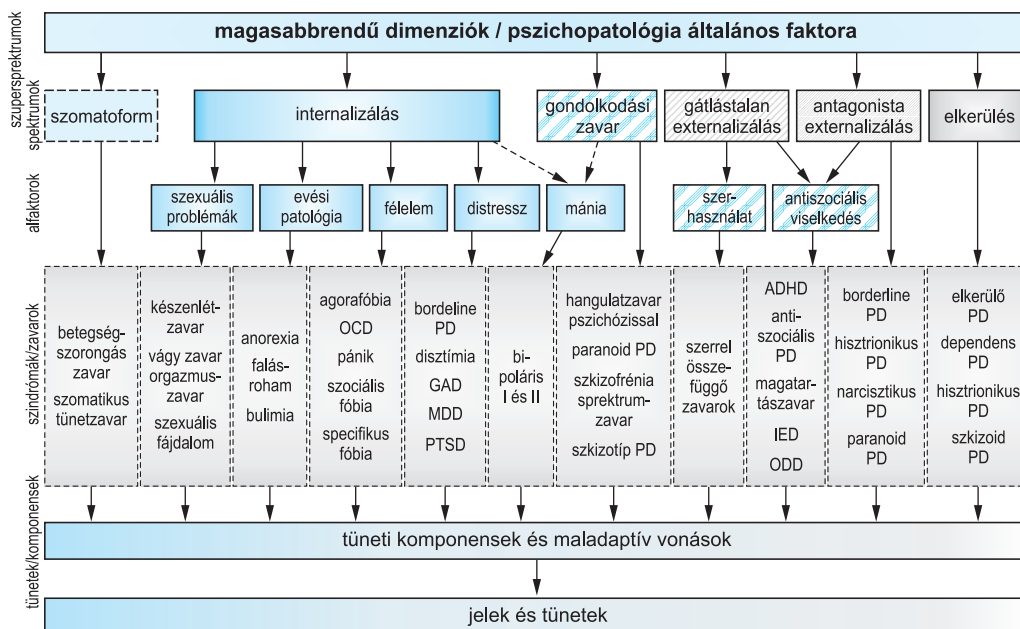
A pszichiátriai klasszifikációs rendszerek kialakításában általában két szemlélet jelenik meg, az egyik az irányított, bizottságok segítségével, felülről lefelé építkező forma, mely a BNO és DSM rendszerek, valamint az RDoC kialakításában is szerepet játszott; míg a másik az empirikus megközelítés, melynek során lentől felfelé történő, empirikus bizonyítékokkal alátámasztott építkezés történik. Ilyen empirikus megközelítés alapján szerveződik a *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)* modellje (Kotov és mtsai, 2017; 2021; Krueger és mtsai, 2018). A HiTOP konzorcium 2015-ben jött létre a pszichopatológia teljesen empirikus klasszifikációjának létrehozása miatt, és fő célja a klinikai gyakorlat és a mentálhigiénés kutatások segítése volt. Az RDoC és HiTOP rendszer közötti átjárás lehetőségeit a 2. ábra szemlélteti.

A HiTOP konzorciumot Roman Kotov, Robert F. Krueger és David Watson szervezte, és kezdetben 40 pszichológusból és pszichiáterből állt, akik jelentős tudományos hozzájárulással bírtak a pszichopatológiai osztályozáshoz. A konzorcium azon a felfogáson alapult,

hogy (1) a hagyományos diagnózisoknak alapvető korlátai vannak, (2) a statisztikailag alátámasztott (vagyis mennyiségi) konstrukciók ezen korlátok tekintetében megoldást nyújthatnak, (3) hasznos a konstrukciókat hierarchikusan rendezni, (4) csak kellő empirikus alátámasztással rendelkező konstrukció szerepeljen a modellben, és (5) a javasolt osztályozás mielőbb használható legyen a kutatásban és a klinikai gyakorlatban, megfelelő mérőeszközök alkalmazása révén (Kotov és mtsai, 2021). A HiTOP modell alapvetései szerint egyrészt a pszichopatológiát dimenziók révén jellemezzük legjobban, ami javítja a megbízhatóságot, valamint kiküszöböli az egyéb meghatározott / nem meghatározott diagnózisok szükségességét. További alapvetés, hogy a pszichopatológia jellemzőinek együttes előfordulása révén jól beazonosítható annak természetes szerveződése, ami képes a heterogenitás problémáját feloldani. Végezetül pedig a pszichopatológia hierarchikusan szerveződik a specifikus dimenzióktól az általános tényezők felé, mely alapján a modell a komorbiditás bonyolult szövedékét képes átláthatóbbá és kezelhetőbbé tenni (Kotov és mtsai, 2021). A modell a pszichopatológiai jellemzők hierarchikusan rendezett dimenzióiból áll. A jelek és tünetek meghatározott dimenziókba csoportosíthatók, melyek tüneti komponenseket és maladaptív vonásokat alkotnak (pl. teljesítményszorongás, szeparációs bizonytalanság), a szorosan összefüggő komponensek és vonások pedig szindrómákká kombinálhatók (pl. szociális szorongás). Noha a HiTOP rendszere önmagában nem tartalmaz DSM vagy BNO diagnózisokat, maguk a kategóriák a modellhez rendelhetők,



2. ábra. A HiTOP és az RDoC között ábrázolható kapcsolatok, Kotov és munkatársai (2021) alapján. A fekete nyilak az asszociáció pozitív jeleit, a színes nyilak az asszociáció negatív jeleit jelzik. A kettős nyilak azt jelzik, hogy az RDoC tartományon belüli konstrukciók eltérő előjeleket mutatnak.



3. ábra. A pszichopatológia hierarchikus taxonómiájának (HiTOP) rendszere, Kotov és mtsai (2021) alapján. A szürke téglalapok a DSM kategóriák helyzetét jelölik a HiTOP modelljében. Rövidítések: ADHD = figyelemhiányos hiperaktivitási zavar, GAD = generalizált szorongásos zavar, IED = intermittens explozív zavar, MDD = major depresszív zavar, OCD = kényszeres zavar, ODD = oppozíciós zavar, PD = személyiségzavar; PTSD = poszttraumás stressz zavar

ugyanakkor a HiTOP fő célja éppen ezen leíró jellegű tünetek bizonyítékalapú átszervezése. A szindrómák csoportjai azután alfaktorokat alkotnak (pl. félelem). A nagyobb klaszterek spektrumokat hoznak létre, és a spektrumok szuperspektrumokká kombinálhatók, mint például a pszichopatológia általános faktora (p-faktor) vagy az érzelmi diszfunkció (Kotov és mtsai, 2021). A HiTOP modelljét a 3. ábra szemlélteti.

Kérdésként merülhet fel, hogy egy ilyen kutatásokkal megalapozott rendszer milyen klinikai gyakorlati haszonnal jár. Jól ismert tény, hogy a nevezéktan a klinikai gyakorlat alapját képezi, hiszen segíti a szakemberek kommunikációját, kijelöli a kezelések irányát, felhívja a figyelmet a prognózisra és a várható lefolyásra. Mindazonáltal a hagyományos diagnózisok gyenge megbízhatósággal rendelkeznek, és a fő tünetek tekintetében kevés útmutatást adnak például a kezelésekre (Kotov és mtsai, 2021). Gondolhatunk itt például a narcisztikus személyiségzavarra, mely zavart a DSM alapján többnyire arrogáns, gögös, feljogosított viselkedési mintázatok révén írhatunk le, holott jól ismert a zavar vulnérabilis, érzékeny, szégyenkező típusának gyakori megjelenése is (Russ és mtsai, 2008). Ezen altípusok ismerete elkerülhetetlen a megfelelő terápiás terv kialakítása szempontjából.

A diagnosztika szempontjából kiemelendő, hogy a szakember elsőként spektrumokra, majd az adott spektrumon belül a tünetek felmérésére helyezheti a hangsúlyt, csökkentve ezzel a diagnosztikával járó terheket. A kezeléseket dimenziókra lehet tervezni (pl. internalizálás), de fókuszálni is lehet a beavatkozást, például az álmatlanság tünetére (Kotov és mtsai, 2021).

Számos előnye ellenére még jelentős munka áll a HiTOP kidolgozói előtt, amely révén a pszichiátriai ellátórendszer minden igényét képessé válhat betölteni ez a modell, de átfogó és empirikus bizonyítékokon nyugvó jellege mindenképpen értékessé teszi a későbbi klinikai gyakorlat számára (bővebben a modellről ld. jelen könyv V. rész 6. tanulmányát). A modell további jelentősége a transzdiagnosztikus jellegből adódik.

A transzdiagnosztikus szemlélet nem új keletű, hiszen a kognitív viselkedésterápiás (cognitive-behavioral therapy, CBT) elméleti és gyakorlati tudásunk fejlődésével egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy bizonyos faktorok több vagy a legtöbb CBT-vel kezelhető mentális zavarban megjelennek. Ahogyan Allison G. Harvey és munkatársai (2004) összefoglaló munkájukban utalnak rá, a figyelmi fókusz rendellenességei, a szelektív emlékezet, a különböző gondolkodási torzítások, a téves

következtetések és a maladaptív viselkedési formák (biztonsági viselkedések, pl. elkerülés) jelentős számú pszichiátriai zavar tünetei között megjelennek. Számos más kutatási eredmény mellett egy frissebb metaanalízisben biológiai, környezeti és pszichológiai rizikófaktorok hatását bizonyították olyan átfogó transzdiagnosztikus faktorokra, mint a pszichopatológia általános faktora (p-faktor), valamint az internalizálás és externalizálás (Lynch és mtsai, 2021). A transzdiagnosztikus szemlélet legfőbb előnye összecseng a HiTOP modell előnyeivel, így többek között kiküszöböli a komorbiditásból fakadó zűrzavart, és a legjobb terápiás terv és cél kialakításához segíti hozzá a gyakorló szakembereket.

8. Diagnosztikai rendszerek és mérőeszközök

A különböző diagnosztikai rendszerekhez különböző mérőeszközöket fejlesztettek ki, így elérhetőek kérdőívek és strukturált diagnosztikai interjúk a DSM-hez, a BNO-hoz és a PDM-2-höz is. A HiTOP rendszerével kompatibilis mérési lehetőségeket és új mérőeszközök kifejlesztésének folyamatát pedig az *Assessment* 2022. januári számában tárgyalják, a speciális lapszám összesen 8 kiváló tanulmányt tartalmaz ezzel kapcsolatban (ld. pl. Watson és mtsai, 2022; Mullins-Sweatt és mtsai, 2022; Simms és mtsai, 2022). A különböző diagnosztikai rendszerekkel kapcsolatos, elérhető mérőeszközöket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

3. táblázat. A különböző diagnosztikai rendszerekkel kompatibilis mérőeszközök és (kötetünkbeli) elérhetőségük

Diagnosztikai rendszer	Diagnosztikai eszköz	Elérhetőség
DSM	SCID (Structured clinical interview for DSM)	II/1.5. tanulmány
	SCID – AMPD (Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders)	II/1.5. és IV/4. tanulmány
	PID-5 (Personality Inventory for DSM-5)	IV/4. tanulmány
	LPFS – SR (Levels of Personality Functioning Scale-Self Report)	IV/4. tanulmány
	PCL-5 (PTSD Checklist)	II/5.1. tanulmány
BNO	PDS-IDC-11 (Personality Disorder Severity ICD-11 Scale)	IV/4. tanulmány
PDM-2	PDC-2 (Psychodiagnostic Chart-2)	Gordon és Stoffey, 2014
	OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnosis)	II/1.7. tanulmány
	STIPO (Structured Interview of Personality Organization)	II/1.7. tanulmány
	TAT (Thematic Apperception Test)	II/2.5. tanulmány
	Rorschach-teszt	II/2.2., II/2.3., II/2.4. tanulmány
	MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	II/3.2. tanulmány
	HiTOP és HiTOP-kompatibilis mérőeszközök	HiTOP internalizálás és externalizálás spektrumok felmérése
	PID-5 (Personality Inventory for DSM-5)	IV/4. tanulmány
	MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	II/3.2. tanulmány

9. Összefoglalás

A pszichiátriai zavarok diagnosztizálásával kapcsolatos rendszerek kialakítására tett próbálkozások hozzávetőleg ötezer éves múltra tekintenek vissza. A hosszú múlt ellenére a modern, ma is alkalmazott rendszerek közvetlen elődeit a múlt század derekán fejlesztették ki. Ezek a rendszerek (BNO, DSM) leíró, kategoriális megközelítést használnak, melynek egyik magyarázata, hogy hasonlóan a testi betegségek kategoriális megközelítéséhez, a medikális felhasználás megkövetelte ezt a fajta felépítést. Mindazonáltal a mentális zavarokkal kapcsolatban a normalitás–abnormalitás közötti határvonal nagyon nehezen megragadható, nem úgy, mint testi betegségek esetén, amikor a betegség fennállása – kevés, bizonytalan, megmagyarázhatatlan tüneti kép kivételétől eltekintve – egyértelmű. A kategoriális, dichotóm megközelítést egyre inkább felváltja az új paradigmának köszönhető, dimenziókat és spektrumokat beazonosító perspektíva. Ez a nézőpont a mentális zavarok transzdiagnosztikus szemléletére támaszkodik, és számos előnye mellett fontos kiemelni, hogy a stigmatizáció ellen hat, hiszen a diverzitást mint a priori értéket hangsúlyozza.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 1. DSM-I*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 2. DSM-II*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3. DSM-III*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3. Revision. DSM-III-R*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Text revision. DSM-IV-TR*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 5. DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 5. Text revision. DSM-5-TR*. Washington, American Psychiatric Association.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., ... & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study. *JAMA network open*, 3(4): e203221–e203221.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2): 72–145.
- First, M. B. (2015). Psychiatric classification. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. K., First, M. B., Riba, M. B. (eds.): *Psychiatry – Fourth edition*. John Wiley & Sons.
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: Overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*, 21(2): 218.
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on psychological science*, 8(6): 651–662.
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart (PDC). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78: 1–15.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, Oxford University Press.
- Haslam, N., McGrath, M. J., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9): 1418–1432.
- Hirsch, J. A., Nicola, G., McGinty, G., Liu, R. W., Barr, R. M., Chittle, M. D., & Manchikanti, L. (2016). ICD-10: History and Context. *AJNR. American Journal of Neuroradiology*, 37(4): 596–599.
- Kagan, J. (2018). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Routledge.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., ... & Wright, A. G. (2021). The

- Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17: 83–108.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4): 454.
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... & Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17(3): 282–293.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1): 27.
- Lilienfeld, S. O., & Treadway, M. T. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual review of clinical psychology*, 12: 435–463.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). The psychodynamic diagnostic manual–2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*, 14(2): 237.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (eds.) (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1): 94.
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*, 87: 102036.
- Mack, A. H., Forman, L., Brown, R., & Frances, A. (1994). A brief history of psychiatric classification. From the ancients to DSM-IV. *The Psychiatric Clinics of North America*, 17(3): 515–523.
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5): 856.
- Mullins-Sweatt, S. N., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Clark, L. A., Corona Espinosa, A., Jonas, K., Keyes, K. M., Lynam, D. R., Michelini, G., Miller, J. D., Min, J., Rodriguez-Seijas, C., Samuel, D. B., Tackett, J. L., & Watts, A. L. (2022). HiTOP Assessment of Externalizing Antagonism and Disinhibition. *Assessment*, 29(1): 34–45.
- Nathan, P. E., & Harris, S. L. (1983). The diagnostic and statistical manual of mental disorders: History, comparative analysis, current status, and appraisal. In Walker, C. E. (ed.): *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. Illinois, Dow Jones-Irwin.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pomerantz, A. M. (2020). *Clinical Psychology. Science, Practice, and Diversity*. (5. ed.) SAGE Publications.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170(1): 59–70.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11): 1473–1481.
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., ... & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–20.
- Simms, L. J., Wright, A. G., Cicero, D., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Sellbom, M., ... & Zimmermann, J. (2022). Development of measures for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A collaborative scale development project. *Assessment*, 29(1): 3–16.
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord*, 7(4): 316.
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., ... & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1–15.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15: 113–118.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6): 416–425.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969): 717–726.

- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4): 309–319.
- Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2022). The Development of Preliminary HiTOP Internalizing Spectrum Scales. *Assessment*, 29(1): 17–33.
- WHO (World Health Organization) (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th revision.) WHO, Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2022). *ICD-11: International classification of diseases*. (11th revision.) <https://icd.who.int/>



A pszichodiagnosztika folyamata a bizonyítékokon alapuló gyakorlat tükrében

Vizin Gabriella

1. Bevezetés

A mérés és értékelés életünk része, csecsemőkorunktól halálunkig. Gondoljunk csak az újszülöttkori Apgar-értékre, amit megszületésünkkor kapunk, vagy az iskolai teljesítményünk folyamatos monitorozására, de ugyanúgy felmérések történnek munkahelyi felvételnél vagy orvosi vizsgálatok alkalmával. A pszichológiai mérés egy speciális területe a méréseknek. A klinikai pszichológia központi eleme a pszichológiai állapot felmérése, többnyire a megfelelő intervenció vagy rehabilitációs terv kialakítása céljából. Mindazonáltal fontos megjegyezni, hogy nem mindegy, hogy ki mér, és az sem mindegy, hogy mivel, milyen eszközökkel történik a mérés. Pszichodiagnosztikát csak megfelelő végzettséggel és képzettséggel rendelkező pszichológusok végezhetnek, hiszen a tesztek alkalmazásának és pszichometriájának alapos ismerete, a felmérni kívánt területek köre, a pácienshez való illeszkedés megítélése mind-mind jelentős szakmai tudást és folyamatosan frissen tartott szakmai kompetenciákat követel. Egy ökölszabály szerint, ha tíz évig nem frissítjük a teszteléssel kapcsolatos eszközeinket és tudásunkat, vélhetően elavultak lesznek az ismereteink, és a diagnosztikai eredmények megbízhatósága így kérdésessé válik (ld. pl. Groth-Marnat és Wright, 2016). Kutatási eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a diagnosztikai munka során hajlamosak lehetünk a szemléletmódunknak, orientációnknak megfelelő eszközkészlet használatára, valódi empirikus bizonyítékok nélkül, ami ugyancsak megkérdőjelezheti a pszichodiagnosztikai eredményekből levont következtetések megbízhatóságát (Norcross és mtsai, 2006). A klinikai gyakorlat és kutatási eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a bizonyítékokon alapuló felmérés (evidence-based assessment, EBA) egy térkép, követhető sorvezető, mely segíti a hatékony felmérést és hozzájárul a lehető legoptimálisabb ellátás eléréséhez (Hunsley és Mash, 2014). A modern klinikai pszichológiai gyakorlatban a legprecízebb eredmények eléréséhez elkerülhetetlenül támaszkodnunk kell erre a szemléletre diagnosztikai munkánk során, és hátráltató tényező helyett inkább lehetőség-

ként és segítségként tekinteni rá. Mindez nemcsak az ellátandó személyek számára, de összetársadalmi kiadások tekintetében is előnyös következményekkel jár.

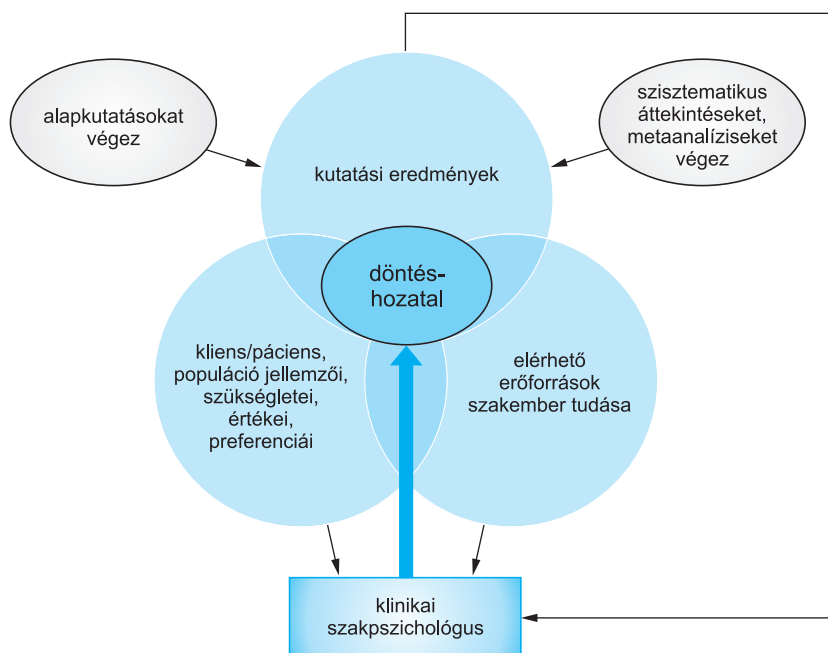
Jelen tanulmány célja, hogy áttekintse a bizonyítékokon alapuló felmérés főbb jellemzőit, előnyeit és hátrányait, valamint az EBA alapján tervezett pszichodiagnosztikai folyamat lépéseit és a véleményírás főbb szempontjait.

2. Bizonyítékokon alapuló pszichodiagnosztika

2.1. A bizonyítékokon alapuló pszichológusi gyakorlat

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat (evidence-based practice, EBP) az 1990-es évek elején jelent meg az orvoslás területén, és három nagy terület szerepét emeli be a klinikai döntéshozatalba: a kutatást, a klinikus szaktudását és a páciens preferenciáit (ld. pl. Satterfield és mtsai, 2009). Ezt a három elemet a bizonyítékokon alapuló pszichológusi gyakorlat is magában foglalja, kiegészítve a pszichológusi szakma sajátosságaival. A pszichológusok a kutatások kapcsán a különböző jelenségeket felmérik, kutatják, kísérletesen igyekeznek bizonyítani azokat, valamint legalább ilyen fontos szerepük van a különböző metaanalízisek és szisztematikus áttekintések elvégzésében. Ezzel a kutató pszichológusok különböző kutatási bizonyítékok révén jelentősen hozzájárulnak a gyakorló szakemberek döntéseinek megalapozásához. A klinikai szakpszichológus döntéseiben a kutatások eredményeire, a saját erőforrásaira és a páciens jellemzőire támaszkodik. Ez azt jelenti, hogy a klinikus egyrészt a kutatások „fogyasztója”, másrészt feltárja saját erőforrásait és lehetőségeit, valamint mérések révén feltérképezi a páciens jellemzőit, panaszait, a panaszok kialakulását, a kezelések történetét, a páciens anamnézisének, szükségleteit, erősségeit és preferenciáit (Satterfield és mtsai, 2009; Spring és Neville, 2014). A folyamat komplexitását az 1. ábra szemlélteti.

Annak ellenére, hogy az utóbbi néhány évtizedben a bizonyítékokon alapuló pszichológiai mérőeszközök



1. ábra. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat a klinikai pszichológusi döntéshozatalban, Spring és Neville (2014) munkája alapján

fejlesztése terén jelentős előrehaladásnak lehetünk tanúi, a klinikusok nagy része kerüli a bizonyítékokon alapuló felmérés gyakorlatát (Jensen-Doss, 2011). Ehhez a folyamathoz hozzájárul az is, hogy a klinikusok képzésében nagyon sok olyan mérőeszközzel tanulnak, amelyek valójában vagy gyenge vagy vegyes kutatási bizonyítékkal rendelkeznek az alkalmazhatóságukat tekintve (Hunsley és Mash, 2014). Gondoljunk például a Tematikus Appercepciók Tesztre (TAT, Murray, 1943) vagy a Derogatis-féle Tünetlistára (SCL-90-R, Derogatis, 1992). Noha egy átfogó kutatásban a TAT-ot a klinikusok zöme hiteles mérőeszköznek ítélte (Norcross és mtsai, 2006), valójában ellentmondásos eredmények állnak rendelkezésünkre a megbízhatóságára vonatkozóan. A TAT-tal szembeni egyik legjelentősebb érv, hogy rendkívül változatos a teszt pontozása, interpretálása, és ezért nincs kellő bizonyíték a teszt megbízhatósága és érvényessége tekintetében (Rossini és Moretti, 1997). Sőt, a TAT tulajdonképpen nem képes elkülöníteni a mentális zavarral küzdő és nem küzdő személyeket egymástól, ami egy klinikai mérőeszköz esetén fajsúlyos korlát (Lilienfeld és mtsai, 2000). Bár a Derogatis-féle Tünetlista képes a mentális zavarral küzdő és nem küzdő személyek között differenciálni, úgy tűnik, hogy ennél komplexebb felmérésre már nem alkalmas. Ez azt jelenti, hogy bár maga a kérdőív 9 alskálán méri fel a pszichés tüneteket, csupán a globális súlyossági index (GSI) megfelelő az általános distressz felmérésére, ami a mentális zavarral küzdő és mentális zavarral nem küzdő személyek elkülönítésére használható mutató, de precíz

tüneti kép felmérésére már nem (ld. pl. Olsen és mtsai, 2004). Ez arra utal, hogy egy 90 tételes kérdőív kitöltését követően csupán arról szerezhetünk megbízhatóan információt, hogy küzd-e valamilyen mentális zavarral az egyén, vagy sem, ami megkérdőjelezi a mérőeszköz klinikai alkalmazhatóságát szakmailag, de legalább annyira gazdaságosság és időmenedzselés tekintetében is.

A pszichodiagnosztikai tesztek használatánál nem ritka jelenség, hogy kevésbé a megbízhatóság és szakmai megalapozottság, mint inkább hit és személelmód alapján hozunk döntéseket, ami gyakran nem elégséges indok az adott mérőeszköz alkalmazása mellett, sőt a diagnosztikai munka eredménye is megkérdőjelezhetővé válhat ezáltal. Norcross és munkatársai (2006) egy átfogó vizsgálatukban 101 praktizáló, az Amerikai Pszichológiai Társasággal kapcsolatban álló klinikust kérdezett Amerika-szerte, hogy mennyire tartják megbízhatónak és hitelesnek a különböző mérőeszközöket. A mérőeszközök listájának létrehozását egy széles körű gyűjtés előzte meg az elmúlt száz évben ismert és alkalmazott mérőeszközökre vonatkozóan, amerikai és nyugat-európai területekről. A tesztek listájára végül 30 mérőeszköz került, és az értékelő szakembereknek egy 5 fokú Likert-skálán kellett megítélniük, hogy mennyire tartják hitelesnek vagy éppen hiteltelennek az adott mérőeszközt és az annak révén kapott eredményeket. A három legkevésbé hiteles mérőeszköznek a Lüscher-tesztet, a Szondi-tesztet és a grafológiai elemzést tartották, míg leghitelesebbnek a Rorschach-teszt exneri komprehenzív változatát (CS) vagy például az IQ-tesztek alkalma-

zását vélték, ez utóbbit főleg tanulási zavarok felméréseiben. A szerzők eredményeikből arra következtettek, hogy egyrészt a szakemberek zöme nagyon sokféle tesztet egyáltalán nem ismer, de önbevallás alapján az összeállított listán részletezett tesztek alkalmazásának utánanézték, ami arra utal, hogy a gyakorló szakemberek nyitottak új ismeretek befogadására tevékenységük hatékonyságának növelése érdekében. Másrészt, az elméleti orientáltság meghatározta a szakértők döntését, és úgy tűnik, a legtöbb, hitelességet megkérdőjelező értékelés a kognitív szemléletű szakemberektől érkezett, ami arra utalhat, hogy ők jelentősebb nyitottsággal bírnak a kísérleti bizonyítékok iránt, de az sem kizárható, hogy a véleményük egy szemléletfüggő konszenzusos torzítás következménye.

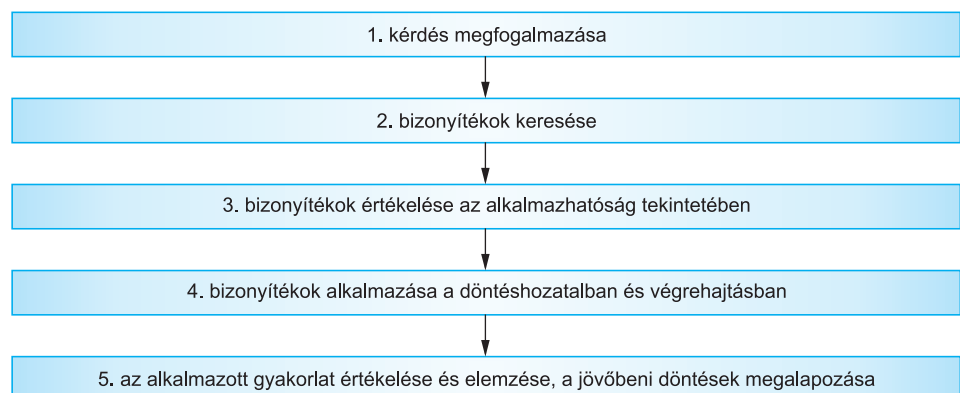
A képzésekben elérhető mérőeszközök megbízhatósága, a teoretikus háttér jelentős befolyása a klinikai mérőeszközök alkalmazása tekintetében, valamint a gyakorló klinikusok nyitottsága a friss információk iránt ráirányítja figyelmünket a bizonyítékokon alapuló felmérés gyakorlatának szükségességére és jelentőségére.

2.2. A bizonyítékokon alapuló felmérés

A bizonyítékokon alapuló pszichológiai gyakorlat során a szakember az adekvát pszichológiai mérőeszközök és intervenciók kiválasztásánál megalapozott kutatási eredményekre támaszkodik. A bizonyítékokon alapuló felmérés ugyanakkor azt is jelenti, hogy a pszichológus felismeri, még ha pszichometriailag erős mérésből származó adatokat is gyűjt a diagnosztikai folyamat során, hogy maga a felmérés és értékelés egy *döntési folyamat*, melynek során a klinikus releváns hipotéziseket fogalmaz meg, és azokat teszteli a mérőeszközök segítségével, az inkonzisztens vagy hiányos adatok és ellentmondó eredmények integrálása révén (Hunsley és Mash, 2014).

Ez utóbbi az a pont, amikor elvitathatatlanul szükséges a megfelelő szakképzettség és elmélyült ismeretek birtoklása, orientációtól függetlenül. A klinikus a döntéshozatal során felméri és értékeli a folyamatban rejlő esetleges torzítások és hibák hatásait is, és reflektál azokra. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat összességében a pszichodiagnosztika során gyűjtött adatok, a klinikus szaktudása és a betegek preferenciái alapján meghozott döntési folyamatot írja le és illeszti a betegek ellátási lehetőségeihez (Hunsley és Mash, 2014). Ez a gyakorlatban jelenti, hogy a klinikus igyekszik nyomon követni a legfrissebb kutatási eredményeket, melyek az egyes mérőeszközök pszichometriai jellemzőire vonatkoznak az adott nyelven, adott populációban, folyamatosan fejleszti tudását, képzéseken vesz részt, felméri a páciens preferenciáit (egyénpontú szemlélet), és felméri az adott közegben, intézményben, országban elérhető adekvát, hatékony kezelési lehetőségeket, és végezetül ezen tényezők alapján hoz döntést és tesz javaslatot a páciens vagy kliens pszichés jellemzőire és ellátására vonatkozóan.

A bizonyítékokon alapuló felmérés *tervezésében* az EBP 5 lépéses modellje jól alkalmazható. Első lépésként, a rendelkezésünkre álló adatok alapján adekvát, egyénpontú klinikai kérdéseket fogalmazunk meg, melyek kapcsán következő lépésként áttekintjük a rendelkezésünkre álló bizonyítékokat, egyes területek felmérésének irányelveit. Harmadik lépésként el kell döntenünk, hogy jelen esetben milyen mérőeszközöket használjunk a rendelkezésünkre álló eszközök és a rájuk vonatkozó bizonyítékok, valamint saját szaktudásunk és a páciens preferenciái alapján. Negyedik lépésként alkalmazzuk ezeket az eszközöket, majd ötödik lépésként elemezzük az alkalmazhatósággal nyert tapasztalatokat, és a későbbi alkalmazhatóság szempontjából változtatásokat eszközölhetünk. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat lépéseit a 2. ábra szemlélteti.



2. ábra. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat (EBP) lépései Satterfield és munkatársai (2009) munkája alapján

A bizonyítékokon alapuló felmérés a gyakorlatban azt jelenti, hogy egy olyan páciens esetén, akinél például valamilyen személyiségzavar gyanúja áll fenn, elsőként releváns kérdésként feltehetjük, hogy „*az adott személynél személyiségzavar diagnosztizálható-e, és ha igen, milyen típusú zavarról van szó?*”. Ezt követően áttekintjük a személyiségzavarok diagnosztikájában és differenciáldiagnosztikájában alkalmazott eszközök ellen és mellett szóló kutatási érveket és eredményeket, valamint átgondoljuk, hogy adott személy esetén inkább strukturált diagnosztikai interjút, esetleg önkitöltős kérdőívet vagy egyéb, átfogó személyiségvizsgálatot végezzünk. A preferált mérőeszközt kiválasztjuk, végrehajtjuk a vizsgálatot és ezt követően értékeljük annak jövőbeli alkalmazhatóságát. A gyakorlatban mindez meghaladja a beidegződött diagnosztikai szokások alkalmazását a megbízhatóbb eredmények érdekében, és aktivitást igényel a klinikustól a rendelkezésre álló legfrissebb kutatási eredmények áttekintése, mérlegetése és megbízható mérőeszközök alkalmazása tekintetében. Ezzel a klinikus legteljesebb mértékben a vizsgált személy érdekeit szolgálja és a legadekvátabb kezelési módok kiválasztásához járul hozzá, segítve a mentális egészséghez való alapvető emberi jog kiteljesedését (UN, 2020).

2.3. A bizonyítékokon alapuló felmérés előnyei és hátrányai

Érthető, hogy időnként kifejezetten nehéz szembesülnünk az egyes mérőeszközökkel kapcsolatos kutatási eredményekkel, melyek gyakran vonják kétségbe az eddig bevett gyakorlatunkat. Mindazonáltal a diagnosztikai tevékenység és ezzel a klinikai pszichológia megítélése és elfogadottsága múlhat azon, hogy megbízható mérőeszközöket választunk a pszichodiagnosztika folyamata során. Természetesen, mint minden meghatározott tevékenységnek, az EBA-nak is megvannak a maga előnyei és hátrányai, melyeket az alábbiakban ismertettek röviden (Pomerantz, 2020 alapján).

Előnyök:

1. Tudományos megalapozottság: korábban a pszichodiagnosztika folyamata során ugyanazon betegnél két, különböző szemléletű szakember különböző mérőeszközök alkalmazása révén más-más diagnózishoz és más-más kezelési tervhez juthatott. Ennek feloldására a tudományos megbízhatóság jelent megoldást. További érv, hogy a klinikai pszichológia, csakúgy, mint a pszichoterápia, egészségügyi tevékenység,

melynél ugyanúgy megkövetelt a bizonyítottan hatékony gyakorlat, mint az orvosi ellátás során.

2. A kompetenciaszint meghatározása: a potenciálisan káros gyakorlat kiszűrésére jelent megoldást az előírászerű képzési rend, melyben csak megbízható módszertan alapján kerülnek be metodikák, és csak megfelelő szaktudás és készségek birtoklása esetén juthat a személy végzettséghez. Ez szavatolja a segítséget kereső személyek számára a bizonyítékokkal alátámasztott ellátást, és lehetőséget kínál az inkompetens, káros „szakemberek” kiszűrésére.
3. Képzések: a módszerspecifikus képzések biztosítják a pszichológusok készségeinek és szaktudásának fejlődését, erősödését. Ezen a területen kívánatos olyan képzések elérhetővé tétele, melyek valóban bizonyítékokon alapuló módszertant jelentenek. Ebben az Egyesült Államokban az Amerikai Pszichológiai Társaság akkreditációja, hazánkban pedig az orvosi egyetemi szakképzési akkreditáció jelent biztosítékot.
4. Klinikai döntéshozatal: a klinikai pszichológusok gyakran hagyatkoznak saját szubjektív tapasztalataikra diagnosztikai döntésekben és a terápia tervezésében, ami negatívan befolyásolja a felmérés megbízhatóságát és az intervenciók hatékonyságát. A bizonyítékokon alapuló eljárás, az irányelvek ismerete és alkalmazása révén, képes kiküszöbölni a szubjektív ítéletekben rejlő hibákat, és a javasolt eljárások alkalmazása miatt a lehető leghatékonyabb ellátáshoz juttathatja a pszichés problémákkal küzdő egyéneket.

Hátrányok:

1. A kliens/páciens és a pszichológus közötti kapcsolat elhanyagolása: jól ismert tény, hogy a pszichológiai ellátás során rendkívüli hatékonysága van a terápiás kapcsolatnak (ld. pl. Wampold és Imel, 2015). Ennek ellenére az EBP manúálok nem különösebben részletezik a terápiás kapcsolat és terápiás szövetség kialakítására tett erőfeszítések fontosságát, hanem az eszközök alkalmazására és a technikákra helyezik a hangsúlyt. Mindazonáltal a kliens/páciens és a pszichológus közötti kapcsolat kialakítására és fenntartására érdemes jelentős figyelmet fordítani a gyakorlati munka során.
2. „Tankönyvi esetek”: az EBP manúálok többnyire olyan kutatási eredményeken nyugszanak, melyekben a kutatók diagnosztikai kategóriák mentén, többnyire strukturált interjút és önkitöltős kérdőívek alapján diagnosztizált személyekkel zajló vizsgálatokat végeztek. A gyakorlatban nagyon ritka az ún. „tankönyvi eset”, ennél sokkal bonyolultabb diagnózisokkal, komorbiditással találkozhatunk klinikai

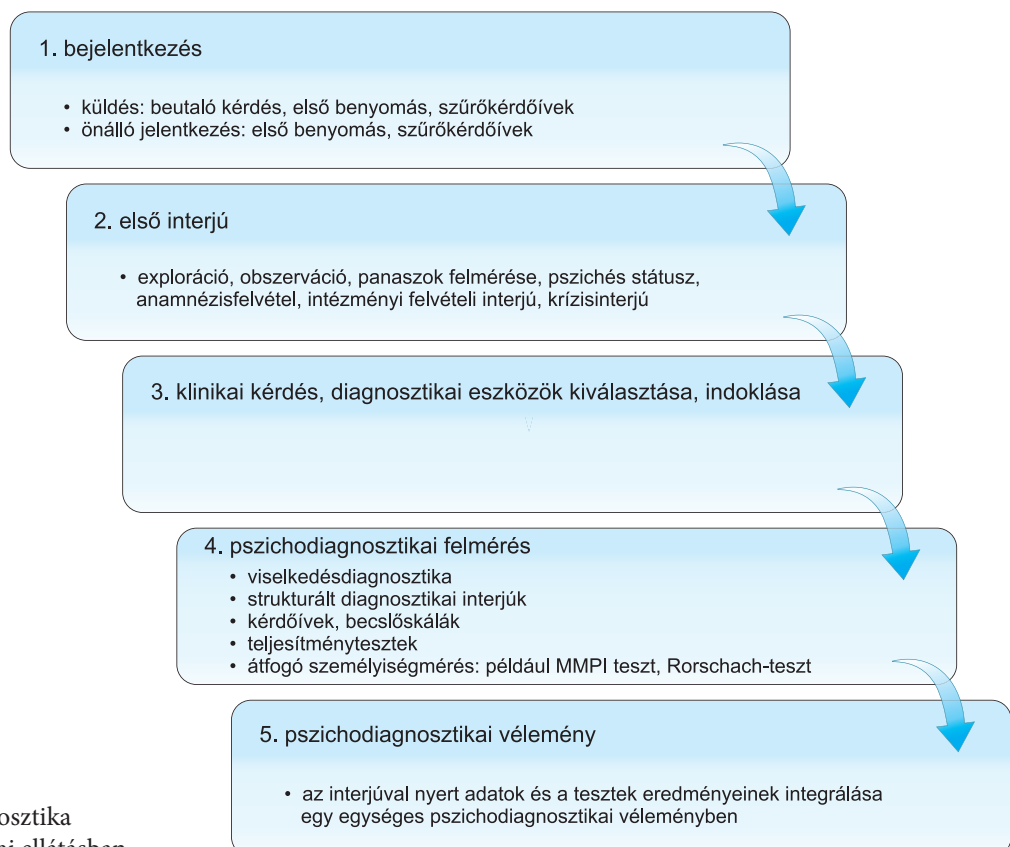
- munkánk során, ami a „tankönyvi esetekre” kidolgozott manuálok alkalmazhatóságát kérdőjelezi meg.
3. A gyakorlat korlátozása: az EBP eszközök és terápiás manuálok empirikus bizonyítékokkal alátámasztott módszereket tartalmaznak. Az empirikus bizonyítékokkal nem rendelkező módszertan ugyanakkor lehet hatékony, például a korábbi klinikai tapasztalatok alapján, de kétségtelenül kockázatokat rejthet alkalmazása. A szigorú ragaszkodás az EBP metódikájához hatékony eljárásokat zárhat ki az elérhető módszerek közül. A szigorú ragaszkodás az EBP-hez a klinikai döntéshozatal esetén is kerülendő, hiszen kizárólag manuálok alapján, a klinikus kompetenciái és a páciens preferenciái nélkül döntéseket hozni egy-egy diagnózisról vagy terápiáról kifejezetten veszélyes lehet, a terápiás kapcsolat megszakadásával járhat. A manuálok rugalmas, a körülményekhez és a páciens preferenciáihoz illesztett alkalmazása viszont a beavatkozások sikerességéhez járul hozzá. Ehhez a flexibilitáshoz a klinikus szak tudása és korábbi tapasztalatai elengedhetetlenek.
 4. Vitatható empirikus bizonyítékok: bizonyos eszközök és metódusok tekintetében jóval több empirikus bizonyítékunk van, mint más területeken. Például a kognitív szemléletű diagnosztika eszközeiről (struk-

turált diagnosztikai interjúk, önkitöltős kérdőívek) és terápiás módszereiről jelentős számú publikáció látott már napvilágot, szemben a pszichodinamikus vagy személyközpontú megközelítés módszereivel. További nehézség, hogy vizsgálati eredményeket többnyire akkor közlünk, ha azok sikeresek. De vajon mi a helyzet a sikertelen eredménnyel zárult kutatások eredményeivel? Mindenesetre elkerülhetetlenül szükséges az empirikus bizonyítékok ismerete, de legalább annyira fontos a humanista szemléletmód is szakmánk gyakorlása során.

Látható tehát, hogy az EBP módszertana és különböző ellátási manuálok alkalmazása jelentős segítséget nyújthat a klinikai pszichológusok tevékenysége során, azonban ezeket a metódusokat jól kell tudnunk illeszteni a páciens preferenciáihoz, az elérhető lehetőségekhez és saját képzettségi szintünkhöz a megfelelő hatékonyság elérése érdekében.

3. A pszichodiagnosztika folyamata mentális zavarral küzdő személyek ellátásában

Mentális zavarral küzdő személyek többnyire a klinikai pszichológiai és pszichiátriai ellátásban jelennek meg és kérnek segítséget, de nem ritka az sem, hogy szomatikus



3. ábra. A pszichodiagnosztika folyamata a pszichiátriai ellátásban

ellátásból, esetleg alapellátásból utalják be őket, vagy a sürgősségi ellátásból kerülnek pszichiátriai osztályra. A mentális zavarral küzdő személyek ellátása több szinten valósulhat meg, így, súlyosságtól függően, akut pszichiátriai osztályokon, rehabilitációs osztályokon, közösségi pszichiátriai gondozásban és nappali kórházban, pszichiátriai ambulanciákon, valamint klinikai pszichológiai ambulanciákon vizsgálják ki és kezelik őket. Pszichiáterek és klinikai szakpszichológusok nagy számban tevékenykednek magánellátás keretei között is, ahol ugyancsak igény van a pszichés állapot felmérésére.

Szerencsés, ha a pszichodiagnosztika folyamata ezeken a szintereken lépcsőzetes formában valósulhat meg, mellyel kapcsolatban a 3. ábra az ideális folyamat lépéseit mutatja be. Ettől a folyamatától, a korábban említett EBP részeként a páciens állapotának, az ellátás színtérének és lehetőségeinek, valamint a klinikus képzettségének és tapasztalatainak mérlegelése révén rugalmasan eltérhet a gyakorló szakember, de a folyamat alapelveit minden esetben érdemes figyelembe venni.

3.1. Bejelentkezés

A jelenlegi hazai pszichiátriai gyakorlatban a páciént *küldik* a klinikai szakpszichológushoz. A páciens közvetlen bejelentkezésére a pszichiátriai ellátás szinte minden területén lehetőség van, de az első találkozás ilyen esetekben, a klinikai pszichológiai ambulanciák kivételével, pszichiáterrel történik. Ugyanez igaz az akut, sürgősségi felvételek során is. A pszichiáter kolléga javaslatára érkezik a páciens az osztályon vagy ellátó egy-

ségben tevékenykedő pszichológushoz, aki zömmel diagnosztikai munkát végez, de kapacitásától függően van módja egyéb pszichoterápiás ellátásra is. Küldés esetén rendkívül fontos a küldő kolléga tájékoztatásának módja, a klinikai kérdés tartalma. Az esetek egy kis hányadában, amikor a páciens közvetlenül klinikai pszichológiai ellátásba érkezik, legyen az állami vagy magánfinanszírozott jellegű, a klinikai pszichológussal történik az első találkozás. Ilyenkor a páciens többnyire önkéntesen jelenik meg, és ő maga számol be nehézségeiről a pszichológusnak elsőként. Az első interjú alapján a klinikusnak döntést kell hoznia a további kivizsgálás szükségességéről és a tervezett intervenciók legfőbb szempontjairól (kríziskezelés, pszichiátriai beutalás, szomatikus orvosi kivizsgálásba irányítás, további pszichológiai kivizsgálás indokai, céljai, a tervezett pszichoterápiás intervenció várható hossza, módszertana). Ebben az esetben a klinikai/beutaló kérdést maga a klinikai szakpszichológus fogalmazza meg.

3.1.1. A klinikai/beutaló kérdés

A pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus a tapasztalt tünetek alapján fogalmazza meg klinikai/beutaló kérdését, amely kérdés elsősorban a lelki zavart mutató személy funkcionálásának szintjére, betegségének megértésére, az egyén gyengeségeinek és erősségeinek értékelésére vonatkozik. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a szakember diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai kérdéseket tesz fel, a legjobb ellátás tervezése miatt. Időnként előfordul, hogy beutalás ese-



4. ábra. A klinikai/beutaló kérdés javasolt témái Kellerman és Burry (2007) munkája alapján

tén olyan klinikai/beutaló kérdést kap a pszichológus, hogy „Mi a baja a betegnek?” vagy „Mi okozza a beteg tüneteit?”. Ezekre a kérdésekre nem tudunk pszichodiagnosztikai eszközök segítségével választ találni. Minél pontosabb és minél realisabb a kérdés, annál több esély van arra, hogy a pszichodiagnosztikai lelet hiteles legyen. A megfelelő kérdés egy olyan konkrét klinikai kérdés, melyet a kezelőorvos vagy klinikai szakpszichológus hipotézisként, kérdőjeles diagnosztikai vagy differenciáldiagnosztikai kérdésként fogalmaz meg (ld. pl. Vizin és Jekkel, 2015). Az adekvát klinikai/beutaló kérdésre vonatkozó javasolt témákat a 4. ábra mutatja be.

3.1.2. Első benyomások

A klinikai kérdés és a pszichológiai kivizsgáláson való megjelenés körülményeinek ismerete nagyon sok olyan információt rejthet, amelyek már önmagában hozzájárulhatnak az első benyomások kialakításához és hipotézisek generálásához a pszichodiagnosztikai munka során. Első benyomása mindenkinek van másokról, de a pszichodiagnosztikai szettingben ennek különleges szerepe és célja van. A pszichológus a benyomásait detektálja, például a páciens nonverbális és verbális megnyilvánulásait, testtartását, gesztusait, megjelenését, szóhasználatát, viselkedését, és ezeket a tapasztalatokat felhasználja a diagnosztikai folyamat tervezésénél és a pszichodiagnosztikai vélemény megfogalmazásánál egyaránt (Kellerman és Burry, 2007). Döntő jelentőségű, hogy az első benyomásunkat a kulturális és nemi sokszínűséget tekintetbe véve értékeljük, ami feltételezi a klinikus alapos ismereteit ezeken a területeken.

3.1.3. Tünet-specifikus szűrőkérdőívek

Pszichiátriai beutalás vagy közvetlen klinikai pszichológiai ellátás esetén ugyanúgy módja van a pszichológusnak az első beszélgetés előtt vagy azt követően tünet-specifikus szűrőkérdőíveket alkalmazni, melyek a panaszok felmérése tekintetében jelentős hozzájárulással bírnak az alaposabb klinikai kép kialakításához, és támogatják az EBA alkalmazását. Ezek az eszközök ugyanakkor pozitív vagy negatív irányba is befolyásolhatják a pácienssel való első találkozás atmoszféráját, a rapport kialakulását, a páciens állapotát. Egy szorongásos zavarral küzdő személy számára például a Beck Szorongás Leltár (BAI) nagyon sokat segíthet a tüneteinek és panaszai

áttekintésében és az érvényesítő élmény megtapasztalásában, de egy depresszióval küzdő személy esetén, ha nehézségekbe ütközik a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) kitöltése, azzal egy újabb kudarcélményt okozhatunk számára. Az is előfordulhat, hogy a személyt befolyásolják az olvasott kérdések és tünetek, emiatt az első interjú csak ezekről számol be, megfedkezve más, releváns tüneteiről. Ezek fényében a szűrőkérdőívek alkalmazása kellő körültekintést igényel, és klinikusként mérlegelni kell az általuk nyerhető információkat az esetleges negatív következmények tükrében. Mindazonáltal szűrőkérdőívek alkalmazása az első interjú követően mindenképpen indokolt lehet a tüneti kép és a súlyosság pontosítása miatt (ld. erről részletesebben könyvünk II/5.1. tanulmányát).

3.2. Első interjú

Az első interjú egy olyan komplex folyamat, amely során a klinikus explorál, obszervál, felméri a páciens panaszait, az anamnesztikus adatokat, és a feltárt információk alapján hipotéziseket fogalmaz meg a páciens diagnózisával, nehézségeinek hátterével és az adekvát intervenciók formáival kapcsolatban. Az első interjú tehát egy olyan folyamat, amely révén jelentős mennyiségű információhoz juthatunk a páciens testi és lelki állapotáról, élethelyzetéről, képességeiről, vélekedéseiről, problémáiról egyaránt. Néha szakmán belül is, de szakmán kívül különösen gyakran előfordul, hogy az első interjút egy szimpla beszélgetésnek tartják, miközben az első interjú professzionális céllal jön létre, tipikus, jól elkülöníthető szakaszai vannak, és a páciens felmérése szempontjából releváns témákat érint (Groth-Marnat és Wright, 2016).

Az első interjú, célja alapján, lehet felvételi interjú (például pszichiátriai osztályos felvétel előtt), anamnéziszfelvétel (részletes élettörténet és betegségi történet), pszichés státusz vizsgálata, krízisinterjú (például szuicid krízis esetén) vagy diagnosztikai célú első interjú. A pszichodiagnosztikai folyamat során az első interjú célja a páciens panaszainak feltárása, releváns anamnesztikus adatok gyűjtése, a pszichodiagnosztikai munka előkészítése, de mindeközben a pszichés státusz vizsgálata is zajlik megfigyeléssel és explorációval gyűjtött adatok alapján (ld. részletesen könyvünk II/1.1. és II/1.2. tanulmányát). Az első interjú, komplexitásából fakadóan, nemritkán kettő vagy akár több alkalmat is igénybe vehet.

Az interjúkat strukturáltságuk alapján is osztályozhatjuk, így megkülönböztetünk egymástól strukturálatlan (pl. klinikai interjú, terápiás első interjú), félig strukturált (pl. viselkedésszociális interjú) és strukturált (strukturált diagnosztikai interjú) típusokat (ld. pl. Rózsa és Kő, 2006; Groth-Marnat és Wright, 2016). A strukturálatlan interjúk nagyobb teret engednek a rapport kialakítására, ugyanakkor jelentős kritika éri ezt a formát a diagnosztikai megbízhatóság és érvényesség tekintetében. Emiatt fejlesztették ki a szakemberek a különböző félig strukturált és strukturált interjúkat, melyek diagnosztikai megbízhatósága lényegesen jobb

a strukturálatlan formához képest, ugyanakkor a rapport kialakítását a struktúra szigorú követése megnehezíti. A pszichodiagnosztikai folyamatban az első interjú többnyire strukturálatlan (ld. részletesen könyvünk II/1.2. tanulmányát), kikérdezés helyett főként személyközpontú elvek alapján, non-direktív eszközöket és nyílt kérdéseket használunk, de a felmérés során gyakran alkalmazunk félig strukturált és strukturált interjúkat is (ld. könyvünk II/1.3., II/1.4., II/1.5. és II/1.6. tanulmányát). A strukturálatlan interjúk szemlélettől és orientációtól függetlenül alkalmazhatók, bár kétségtelen tény, hogy az interjútechnikák fejlődése során a korai, medi-

1. táblázat. Interjúk részletei más-más szemléletű szakemberek esetén. A páciens egy 30 éves, szeparációs szorongással küzdő nő. Pope (1983) munkája nyomán

Kognitív viselkedésterápiás szemléletű szakember első interjúja	Analitikus szemléletű szakember első interjúja	Személyközpontú szakember első interjúja
<ul style="list-style-type: none"> – Mikor tapasztalta utoljára ezt a szorongást? – Tegnap. – Pontosán mikor? – Amikor a férjem elment dolgozni. – Mit tett ekkor? – Megkértem, hogy hívjon fel, amint beért a munkahelyére. – Értem. És mi történt ezután? – Nem ígérte meg, és amikor elment, kétségbe estem, zokogtam, nem tudtam, mi történik velem. – És mit érzett pontosan? – Mint mindig. A szívem dobogni kezdett, kapkodtam a levegőt, rettegtem, hogy elájulok. – A tegnapi esemény előtt történt valami, ami nehéz lehetett ezzel kapcsolatban Önnek? – Hm. Igen. Tegnapelőtt próbáltam elérni telefonon a munkahelyén, de nem vette fel. 	<ul style="list-style-type: none"> – Kérem, próbálja elmondani a nehézségét, ami ide hozta most Önt. – Képtelen vagyok elviselni, hogy a férjem távol van tőlem. Tudnom kell pontosan, hogy hol van és mit csinál. – Hogy érzi magát, amikor távol van a férje? – Pánikolok. Sírok, kapkodom a levegőt, erősen zakatol a szívem, és rettegek, hogy rögvest elájulok. – Elájult már valaha ilyen esetben? – Nem, még soha. – Tudna még erről többet mondani? – Elképesztően kínos ez az egész, képtelen vagyok elengedni anélkül, hogy ne ígérné meg, hogy felhív a munkából. Dühös már miattam, azt mondja, zavarom munka közben, de képtelen vagyok ellenállni annak, hogy felhívjam. – Ez mindig így volt? – Nem, a kapcsolatunk elején ez egyáltalán nem volt így. Ha jobban belegondolok, azóta van így, amikor egyszer azt gondoltam, tönkretethetem a házasságunkat. – És előfordult mással is ilyesmi? – Igen, amikor egyetemre kerültem, emlékszem, mennyire aggódtam anyám miatt, rettegtem, hogy rosszul lesz és én nem tudok vele lenni, rendkívül sokat sírtam akkortájt. 	<ul style="list-style-type: none"> – Amiatt érkezett, mert nagyon zavarja a szorongása? – Igen, félek attól, hogy emiatt elveszíthetem a munkámat és elveszíthetem a férjemet is. – Az a benyomásom, hogy ezek a félelmek valódi rettegéssel töltik el. – Igen, mert amikor erre gondolok, a szívem zakatolni kezd, és kapkodom a levegőt. – Mintha valami borzalmas dologra számítana. – Igen, néha attól is félek, hogy egyenesen elájulok. – És arra számít, hogy történni fog valami Ön és a férje között? – Igen, mert fogalmam sincs, hogy meddig bírja, amit csinálok vele. – Tehát attól tart, hogy a férje türelmetlenné válik amiatt, amit elvár tőle. – Hát persze. Amikor elmegy dolgozni, megkérem, hogy hívjon fel, ha odaér, majd többször én magam is hívom, és ha nem tudja felvenni, teljesen kétségbe esek. – Tehát azt várná, hogy valaki nyugtassa meg a férjével kapcsolatban, mert miközben retteg attól, hogy a viselkedése miatt el fogja Önt hagyni, mégis képtelen megállni azt, hogy napjában többször fel ne hívja a munkahelyén.

kális jellegű kikérdezési módszerek alkalmazását a pszichoanalízis hatására a szabadon lebegő figyelem és nyílt kérdések alkalmazása váltották fel, mely hatás a mai napig érződik a strukturálatlan interjúk módszertanában (ld. pl. Argelander, 1976; Groth-Marnat és Wright, 2016). Noha az első interjú célja és strukturáltsága lehet hasonló, a klinikai pszichológus fő szemléletmódja befolyásolhatja a kérdezés stílusát, a kérdések tartalmát. Az 1. táblázatban ugyanazon személy interjújának részleteit láthatjuk kognitív viselkedésterápiás, analitikus és személyközpontú megközelítésből. A példa jól szemlélteti, hogy kognitív viselkedésterápiás szemléletben az interjú során konkrét szituációkra, érzésekre, testi tünetekre, viselkedésekre, gondolatokra kérdezzünk rá, analitikus szemléletben jelentősebb szerepet kap a tapasztalatok múltbéli eseményekkel való összekapcsolása, személyközpontú szemléletben pedig a non-direktív módszer és az empátikus verbalizáció segíti hozzá a páciens és a pszichológus helyzet és a páciensben zajló folyamatok jobb megértéséhez.

3.2.1. Az interjúfelvétel alapelvei

Az interjúfelvételnél, legyen az klinikai pszichológiai vagy pszichiátriai, néhány alapvető szempontot figyelembe kell venni ahhoz, hogy hatékony legyen (Trull és Phares, 2004; Groth-Marnat és Wwright, 2016; Sommers-Flanagan és Sommers-Flanagan, 2013). Így például elengedhetetlen, hogy megfelelő körülményeket biztosítsunk, különös tekintettel az optimális fényviszonyokra, hanghatásokra, ülőalkalmatosságokra és a szoba

elszeparálhatóságára. További szempont a bemutatkozás és a megszólítás tisztázása mindkét fél részéről. Itt megjegyzendő, hogy a magyar gyakorlatban többnyire a magázódást preferáljuk szakember–páciens relációban. Fontos, hogy tisztázzuk az interjú célját, kereteit, és biztosítsuk a páciens a titoktartásról, valamint egyéb etikai és törvényi keretek betartásáról (ld. pl. General Data Protection Regulation, GDPR; EU, 2016). A páciens-től engedélyt kell kérni a jegyzetelésre, és jegyzeteinket elzárva kell tárolni. Elengedhetetlen az olyan nyelvhasználat, melyet a páciens megért, az elfogadó, empátikus miliő biztosítása és figyelmünk páciensre történő összpontosítása, melyek a megfelelő rapport kialakításának alapfeltételei. Az interjúfelvétel legfőbb szempontjait az 5. ábra szemlélteti.

A klinikai szakterületen kevés gyakorlattal rendelkező vagy kezdő szakemberek számára jelenthet segítséget az első interjúk tartalmára vonatkozó ellenőrző lista (ld. 2. táblázat), valamint diagnosztikai munkájukban a pszichodiagnosztikai eszközök között alkalmazható strukturált diagnosztikai interjúk. A strukturált diagnosztikai interjúk standard kérdések sorozatát tartalmazzák, amelyek célja, hogy megválaszolásukkal a páciens problémái az érvényben lévő osztályozási rendszereknek (pl. DSM vagy BNO, ld. részletesen könyvünk I/2. tanulmányát) megfelelően diagnosztizálhatóak legyenek.

A leggyakrabban használt strukturált diagnosztikai interjúk a SCID interjúk (Structured Clinical Interview for DSM) (First és mtsai, 2015; 2016) és a MINI interjú (Mini International Neuropsychiatric Interview, Lecrubier és mtsai, 1997; Balázs és mtsai, 1998) (ld. könyvünk II/1.5. és II/1.6. tanulmányát).



5. ábra. Az interjúfelvétel főbb szempontjai Trull és Phares (2004), Groth-Marnat és Wwright (2016), valamint Sommers-Flanagan és Sommers-Flanagan (2013) munkái alapján

2. táblázat. Ellenőrző lista az első interjú során gyűjthető adatok típusairól Groth-Marnat és Wright (2016) ajánlása alapján

Felmérendő területek

Jelen panaszok és azok kialakulásának története	
probléma leírása tünetek első megjelenése tünetek gyakorisága, annak változása kiváltó tényezők, következmények	tünetek intenzitása és időtartama korábbi kezelések megoldási kísérletek (maladaptív megküzdés is) aktuális kezelések
Családi háttér	
szocioökonómiai státusz szülők végzettsége, foglalkozása testi és érzelmi fejlődés szülők házassága, válása, különköltözés családi körülmények	kulturális háttér szülők jelenlegi egészsége családi kapcsolatok városon/vidéken történő felnövekedés
Személyes történet	
csecsemőkor csecsemőkori fejlődés családi miliő szülőkkel való kapcsolódás gyermekkor iskolai beilleszkedés teljesítmény az iskolában hobbik, érdeklődés serdülőkor iskolai beilleszkedés teljesítmény az iskolában hobbik, érdeklődés szerhasználat szexuális viselkedés felnőttkor karrier, foglalkozás személyközi kapcsolatok életcélok megfogalmazása, elfogadása hobbik, érdeklődés, aktivitás romantikus kapcsolatok, házasság időskor egészségi állapot éniintegritás	korai egészségi állapot és betegségek szobatisztaság elérése kortárskapcsolatok szülőkkel való kapcsolatok fontos életesemények, változások kortárskapcsolatok szülőkkel való kapcsolatok fontos életesemények, változások párkapcsolatok serdülőkor megélése gyermekkori abúzus családon belüli bántalmazás egészségi állapot szülőkkel való kapcsolat gazdasági stabilitás szerhasználat hanyatló képességek megélése gazdasági stabilitás
Egyebek	
önismeret, énfogalom, önreflexivitás emlékek, korai emlékek félelmek	testi panaszok fontos életesemények rémálmok

Elmondható, hogy a pszichodiagnosztika folyamata elképzelhetetlen az első interjú nélkül, ami tehát szükséges és esetenként elégséges információval szolgálhat

a páciens pszichológiai jellemzőiről, állapotáról, diagnózisáról. A strukturálatlan interjú megbízhatósága és validitása csekély, a szubjektív torzítás kiszűrése miatt

hasznos strukturált interjúk és egyéb mérőeszközök alkalmazása a pontos esetkonceptualizáláshoz, diagnózishoz és a kezelések tervezéséhez.

3.3. Klinikai kérdés, diagnosztikai eszközök kiválasztása, indoklása

A klinikai/beutaló kérdés vagy adott, amennyiben a páciens pszichiáter kolléga küldte pszichodiagnosztikai vizsgálatra, vagy a klinikai szakpszichológus fogalmazza meg az első interjúval nyert adatok alapján. A klinikai/beutaló kérdés – követve a 4. ábrán bemutatott ajánlásokat – hipotézisek generálása alapján jön létre, melyek mentén kiválaszthatóak a megfelelő, EBA által javasolt mérőeszközök. Az első interjúval nyert információk alapján a bizonytalan, diagnosztikailag és a kezelések tekintetében kérdéses területek feltárására lehetséges koncepciókat, hipotéziseket fogalmazunk meg, melyek tesztelése a legadekvátabb mérőeszközök kiválasztása révén valósulhat meg. A mérőeszközök kiválasztásánál segítségül hívható a korábban ismertetett, bizonyítottan hatékony felmérés 5 lépése (ld. 2. ábra). Erőfeszítéseket kell tennünk a legmegbízhatóbb és leggazdaságosabb mérőeszközök kiválasztására, melyek a felmerülő hipotézisek tekintetében adekvát válaszok létrehozására képesek a páciens preferenciáinak, valamint a klinikus tapasztalatainak és képzettségének megfelelően.

A tesztek kiválasztásának legfontosabb alapelveit az alábbiakban foglalhatjuk össze (Groth-Marnat és Wright, 2016 alapján):

- (1) A mérőeszköz a klinikai/beutaló kérdésre adekvát választ képes adni. Például a depresszió felmérésében gyors és megbízható mérőeszköz lehet a Beck Depresszió Kérdőív (ld. könyvünk II/5.1. tanulmányát), míg személyiségzavarok esetén átfogó mérőeszközöket érdemes választani (ld. könyvünk IV/4. tanulmányát).
- (2) A klinikus megfelelő képzettséggel rendelkezik a teszt felvétele tekintetében. Ez azt jelenti, hogy ha például képzésen vett részt az MMPI-2 alkalmazására vonatkozóan (ld. könyvünk II/3.2. tanulmányát), az R-PAS-ra vonatkozóan (ld. könyvünk II/2.3. tanulmányát), vagy az autizmus spektrum zavar felmérése kapcsán jártasságot és képzettséget szerzett az ADI-R alkalmazásában (ld. pl. könyvünk IV/8. tanulmányát), akkor ezeket a mérőeszközöket bátran használhatja pszichodiagnosztikai munkája során az ezzel összefüggő klinikai kérdések megválaszolására.
- (3) A legfrissebb kutatási eredmények szerint kellően megbízható és valid mérőeszközzel van szó. Ennek megítélésében segítségül hívható pl. az ún. Mental Measurements Yearbook, amelyet elsőként 1938-ban adtak ki az Egyesült Államokban Oscar Krisen Buros (1905–1978) és felesége, Luella Buros (1901–1995) munkája nyomán. Azóta a Mental Measurements Yearbook további 20 kiadást ért meg és minden egyes kiadásban széleskörűen részletezik az adott periódusban alkalmazott, angol nyelven elérhető mérőeszközök fő jellemzőit, pszichometriai mutatóit és klinikai alkalmazását (Carlson és Geisinger, 2012). A 21. Mental Measurements Yearbook a www.buros.org oldalon érhető el (Carlson és mtsai, 2021). Hasznos segédlet lehet ezenfelül a Cochrane adatbázis (<https://www.cochranelibrary.com/>) vagy a NICE irányelvek (<https://www.nice.org.uk/>) áttekintése is, de magyarul elérhető kiadvány például a 2022-ben megjelent *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (Horváth és mtsai, 2022), valamint bízunk benne, hogy könyvünk vonatkozó tanulmányai is segítséget nyújtanak az adekvát, megbízható mérőeszközök kiválasztásában.
- (4) Funkcionális hasznosság a terápia tervezése szempontjából. Ez azt jelenti, hogy a diagnózisalkotáson kívül a diagnosztikai eszköz segítséget kell jelentsen annak megítélésében, hogy milyen mértékű a páciens funkcionális károsodása, milyen szintű a probléma komplexitása és krónikussága, milyen erős a személy szubjektív szenvedése és distressze. Ezenfelül információkat kell gyűjtenünk a páciens eddigi megküzdési módjairól, társas támogatásáról, jelenlegi életkörülményeiről, ellenállásáról, a változás melletti motivációjáról (Prochaska és DiClemente, 2005) és kulturális háttéréről, valamint a kezelésekkel kapcsolatos preferenciáiról is. Ezen tényezők felmérésében a különböző átfogó mérőeszközök, valamint az első interjú szolgáltatja a legtöbb információt a klinikus számára.
- (5) Hamis válaszadás kiszűrése. A hamis, megtévesztő válaszok kiszűrésének legnagyobb jelentősége a forenzikus ellátásban van, ahol a vizsgált személyek szándékosan törekedhetnek a pszichodiagnosztikai folyamat befolyásolására. Ilyenkor olyan mérőeszközöket érdemes választani, melyek lehetőséget kínálnak a választorzítás és a szándékos hamis válaszok kiszűrésére (pl. MMPI-2).
- (6) Időmenedzsment. A klinikusok törekszenek a gyorsabban felvehető és kiértékelhető mérőeszközök

kiválasztására, de fontos látni, hogy a mérőeszközök rövidebb verziói gyakran kevésbé megbízhatóak, illetve nem biztos, hogy egy rövidebb, specifikus területet felmérő eszköz elégséges lehet minden olyan mutató felmérésére, ami elegendő információt ad a vizsgált személy pszichológiai jellemzőiről.

(7) A páciens állapota és preferenciái. A tesztek kiválasztásánál alapvetően meghatározó szempont a páciens aktuális állapota (pl. látás- vagy hallásproblémák, egyéb kognitív vagy fizikai nehézségek), valamint lehetőség esetén az általa preferált mérőeszközök előnyben részesítése (pl. inkább projektív vagy inkább objektív jellegű mérőeszközök alkalmazása).

Elmondható tehát, hogy a klinikai kérdés és a tesztek kiválasztása központi tényező az adekvát és megbízható pszichodiagnosztikai folyamat tervezésében és végrehajtásában. Az EBA alapelveinek figyelembevételével a tesztek körültekintően, a klinikus képzettségeinek és a páciens állapotának és preferenciáinak megfelelően választjuk ki, és a diagnózis mellett további, a kezelések tervezése tekintetében releváns információkat is gyűjtünk általuk.

3.4. Pszichodiagnosztikai felmérés

A klinikai/beutaló kérdés alapján a klinikus kiválasztja az adekvát, megbízható mérőeszközöket, és alkalmazza azokat a páciens pszichológiai állapotának feltárására.

A pszichológiai felmérés legfőbb területei az alábbiak:

- *Viselkedésdiagnosztika*: viselkedésdiagnosztika során a páciens tüneteinek jellemzőit, gyakoriságát, intenzitását tárjuk fel, és a kialakulásukban szerepet játszó körülményeket elemezzük. A viselkedésdiagnosztika a kognitív viselkedésterápiás szemléletben kidolgozott metódus, mely terápiás irányultságtól függetlenül jelentős hozzájárulással bír a tüneti kép feltárásához. Viselkedésdiagnosztika forrása lehet többek között a páciens megfigyelése, de igen jól alkalmazható a viselkedésdiagnosztikai félig strukturált interjú is a tüneti kép alaposabb megismeréséhez, feltárásához (részletesebben ld. könyvünk II/1.3. tanulmányát).
- *Strukturált diagnosztikai interjúk*: strukturált diagnosztikai interjúk segítségével a DSM diagnosztikai rendszerében foglaltak alapján, meghatározott kérdések sorozata révén kapunk részletes információkat a különböző mentális zavarok tüneteiről. A strukturált diagnosztikai interjúk manualizált eszközök,

melyek döntési algoritmusok segítségével járulnak hozzá a pontos diagnózisalkotáshoz (részletesebben ld. könyvünk II/1.5. és II/1.6. tanulmányát).

- *Kérdőívek, becslőskálák*: az önkitöltős klinikai kérdőívek és a klinikus által kitölthető ellenőrző listák és becslőskálák a tüneti kép részletesebb feltárása révén járulnak hozzá a pontosabb diagnózishoz és az intervenciók tervezéséhez. Ez a módszer kognitív viselkedésterápiás szemléletű felmérést tesz lehetővé, és maguk a mérőeszközök megbízhatósága többnyire jól alátámasztott (részletesebben ld. könyvünk II/5.1. tanulmányát).
- *Teljesítménytesztek*: a kognitív funkciók felmérésére alkalmazható eljárások, melyek az átfogó vizsgálatokat (pl. intelligenciatesztek) vagy specifikus területek felmérését (pl. emlékeztetvizsgálatok, figyelemvizsgálatok) is lehetővé teszik (részletesebben ld. könyvünk II/4. fejezetének tanulmányait).
- *Átfogó személyiségmérés*: a személyiségmérő eljárások közül különbséget szoktunk tenni objektív és projektív tesztek között. A projektív eljárások a pszichodinamikus szemléleten nyugvó eljárások, melyek relevanciája megkérdőjelezhetetlen, de a klinikai gyakorlatban esetenként felülreprezentáltak lehetnek. Az objektív eszközök megbízhatósága bizonyított, azonban a legfrissebb tesztbatteria alkalmazása elkerülhetetlen (pl. MMPI-2) (részletesebben ld. könyvünk II/2. és II/3. fejezeteinek tanulmányait).

A pszichodiagnosztikai tesztek alkalmazásánál néhány alapelvet mindenképp figyelembe kell venni, melyek az alábbiak:

1. Első és egyben talán a legfontosabb alapelv, hogy a tesztek eredményeit nem értékelhetjük első interjúval nyert adatok hiányában. Ez azt jelenti, hogy a tesztekkel nyert eredményeket mindig személyre szabottan, minden egyéb információ tükrében szabad értékelni és értelmezni. Gondoljunk például arra, amikor egy személy szorongása jelentősen ronthatja a teljesítményét intelligenciamérés során, de ugyanilyen hatásúak lehetnek a szorongásoldásra használt benzodiazepinek is a kognitív funkciókra (Barker és mtsai, 2004; Crowe és Stranks, 2018). Ezeket az információkat muszáj figyelembe venni akkor, amikor például egy szorongással küzdő páciens esetén az intelligenciamérés során nyert adatokat értékeljük.
2. Minden diagnosztikai folyamat során informálni kell a páciens a felvenni kívánt tesztek típusáról, céljáról, a várható idői keretekről. Ezzel a lépéssel tiszt-

teletben tartjuk a páciens autonómiáját és a tájékoztatáshoz való jogát. Az informálás történhet írásban vagy szóban, de fontos kitétel, hogy ez a jog nem abszolút, krízishelyzetben vagy egyéb indokolt esetben átmenetileg korlátozható (Pope, 2014).

3. A diagnosztikai eszközök alkalmazásához megfelelő graduális és posztgraduális képzettség és végzettség szükséges, valamint az eszköz alkalmazásának tanulása során erősen ajánlott a szakmai szupervízió mellett történő gyakorlás (Turner és mtsai, 2001). A klinikus feladata a tesztfelvétel módszerének alapos ismerete, a tesztfelvétel technikai feltételeinek biztosítása, a teszt korlátainak ismerete és a teszt körülmények, felelősségteljes alkalmazása. A legalaposabb felkészítést és képzettséget általában az intelligenciatesztek és különböző személyiségmérő eljárások igénylik, de bizonyos zavaros specifikus mérőeszköz alkalmazása ugyancsak specifikus végzettséghez kötött (ld. pl. ADI-R, erről ld. könyvünk IV/8. tanulmányát).
4. A tesztek alkalmazásával kapcsolatos további alapelvek a megfelelő teszt kiválasztásának képessége: ehhez tisztában lenni azzal, hogy a teszt pontosan milyen terület felmérésére lett kifejlesztve, és hogy valóban azon területek felmérésére használjuk-e, vagy sem. Az átfogó személyiségfelmérő eszközök közül hazánkban az egyik leggyakrabban alkalmazott pszichodiagnosztikai eszköz a Rorschach-teszt. Időnként előfordulhat, hogy az alaposan átgondolt klinikai

kérdésfeltevést és hipotézisek generálását figyelmen kívül hagyva olyan esetekben is alkalmazzuk, amikor ennél a tesztnél jobban használható, rövidebb, megbízható mérőeszközök állnak rendelkezésünkre. Fontos tudnunk, hogy a Rorschach-teszt milyen területek felmérésére alkalmas, és milyen területek felmérésére nem. Alkalmas lehet annak eldöntésére, hogy a páciens pszichotikus állapotban van-e, vagy sem, és informatív lehet paranoiditás, depresszió, mánia, szorongás, személyiségzavarok fennállása, szuicidium veszélyének feltárása vagy a pszichoterápiás alkalmasság megítélése szempontjából. Ugyanakkor BNO vagy DSM diagnózisokat nem tudunk Rorschach-eredmények alapján adni, és nem ad kellő információt organikus kórképek, intelligenciaszint, PTSD, evészavarok, OCD vagy például autizmus spektrum zavar tekintetében sem (Csigó, 2018).

5. A tesztek alkalmazására vonatkozó irányelvek ismerete. Ez azt jelenti, hogy minden olyan szakember, aki egy másik személy pszichológiai tesztelését végzi, bizonyos irányelvek betartása révén tudja a legmagasabb szakmai színvonalon ellátni munkáját, az EBA alapelveinek megfelelően. Az Amerikai Pszichológiai Társaság pszichológiai tesztelésre vonatkozó irányelveit a 3. táblázat tartalmazza (APA, 2020), a hazai irányelvek pedig a Magyar Pszichológiai Társaság honlapján érhetők el (www.mpt.hu) (MPT, 2015).

3. táblázat. Az Amerikai Pszichológiai Társaság irányelvei a pszichológiai tesztelés folyamatára vonatkozóan (APA, 2020)

1. Pszichodiagnosztikával kapcsolatos kompetenciák fejlesztése és fenntartása (ez magában foglalja a teszt kiválasztásához, használatához, az eredmények értelmezéséhez, integrálásához és közléséhez kapcsolódó kompetenciákat).
2. Megfelelő képzéseken való részvétel és szupervízió mellett történő alkalmazás.
3. Figyelmet kell fordítani a mérések esetleges negatív hatásaira és későbbi kimenetelére a vizsgált személyre vonatkozóan és osztályszintű szinten egyaránt.
4. Figyelembe kell venni az adott közeget, környezetet, ahol a mérés történik (pl. forenzikus ellátás, iskola, geriátriai ellátás stb.).
5. Széles körű ismeretek iránti fogékonyság a pszichometriára, validitásra, megbízhatóságra és a különböző külső környezeti tényezőkre vonatkozóan.
6. Olyan mérőeszközök kiválasztása, melyek megfelelő érvényességgel és megbízhatósággal rendelkeznek és a mérési célnak megfelelő területek felmérésére alkalmasak.
7. Többes források alkalmazása (több forrás egyidejű használata a releváns és megbízható információk nyeréséhez).
8. A teszt kiválasztás, pontozás, adminisztráció szükségességének elfogadása, az adminisztráció tükrözze a helyzeti hatásokat és erőfeszítéseket.
9. Kulturális kompetenciák fejlesztése.
10. Egyéni különbségek, elfogultság, előítéletek, kulturális attitűdök és normák tudatosítása.
11. Az egyéni, kohorsz- és csoportbeli különbségek természetének és kapcsolatának felismerése.

3. táblázat folytatása

12. Az adott populációra kidolgozott mérőeszközök más populációban történő alkalmazása kapcsán felmerülő problémák figyelembevétele.
13. A kiképző pszichológusok saját mérési kompetenciáinak folyamatos fejlesztése képzéseken és szupervízióval való részvétel által.
14. A kiképző pszichológusok átadott ismeretei elégítsék ki az alapvető etikai és szakmai standardokat.
15. Modern technológia használata esetén tudatában kell lenni a technológia folyamatos fejlődésével és a technológiának a pszichológiai mérésekre, valamint a folyamatosan frissülő telemedicinális szabályozásra gyakorolt hatásaival.
16. A modern technológia alkalmazása esetén a saját kompetenciák folyamatos fejlesztése.
17. A modern technológia használata esetén körültekintően figyelmet kell fordítani az adatbiztonságra.

Látható tehát, hogy a pszichodiagnosztikai eszközök alkalmazása speciális képzettséghez és kompetenciákhoz kötött, melyeket a szakembereknek folyamatosan fejleszteniük szükséges a legadaptívabb és leghatékonyabb felmérés érdekében.

3.5. Pszichodiagnosztikai vélemény

A pszichodiagnosztikai vélemény egy olyan összefoglaló pszichológiai vélemény, mely a pszichodiagnosztika folyamatának végén, a klinikai/beutaló kérdésre reagálva összegzi az első interjúval és pszichológiai tesztekkel nyert adatok alapján az eredményeket. A részletes pszichodiagnosztikai vélemény a klinikai/beutaló kérdéstől függően olyan információkat, javaslatokat, prognosztikai és diagnosztikai megfontolásokat tartalmaz, melyek a teljes klinikai kép tükrében jelentősen befolyásolják a segítő beavatkozást. A pszichodiagnosztikai vélemény egy esetkonceptualizáláson nyugszik, valamint speciális formát és struktúrát követ. A vélemény megírásánál a klinikus figyelembe veszi a nyert adatok összességét, és véleményét úgy fogalmazza meg, hogy az a küldő szakember és a páciens számára is hozzáférhető és érthető legyen. Ez feltételezi a megfelelő nyelvezetet, mindenmű megbélyegző szóhasználat kerülését, korrekt, érthető, ítéletmentes fogalmazást. További fontos szabály, hogy a részletes pszichodiagnosztikai vélemény alapján a beteg diagnózisának felállítása orvosi kompetencia.

3.5.1. Esetkonceptualizáció

Az egyik legnehezebb eleme a pszichológiai felmérésnek az ún. esetkonceptualizáció, melyben a szakember többnyire saját szemléletének megfelelően igyekszik össze-

foglalni és értelmezni a páciens pszichológiai nehézségeit a kontextuális faktorok függvényében. A pszichológus tulajdonképpen a saját szemléletének megfelelően értelmezi és foglalja modellbe a páciens nehézségeit, és ezt egy vélemény formájában fogalmazza meg. A fő problémát ezen a területen a különböző szemléletű szakemberek által létrehozott modellek és az ezek alapján megfogalmazott, eltérő nyelvezetű és indokoltságú esetkonceptualizációk jelentik. Ezt a nézőpontokhoz kötött zűrzavart lehet kiküszöbölni azáltal, ha az alábbi 4 elem mindegyikéről beszámolunk az esetkonceptualizációban, nézőponttól és teoretikus háttértől függetlenül: (1) tapasztalható tünetek és problémák leírása; (2) a személy sérülékenységének leírása, különös tekintettel a fontos életeseményekre, egyéb belső predispozíciókra; (3) stresszorok, események, környezeti kontextuális információk feltárása, melyek a problémák kialakulását okozhatták; és végezetül (4) néhány feltételezett oki mechanizmus leírása, melyek kapcsolódnak a fenti tényezők mindegyikéhez és a panaszok kialakulása szempontjából jelentőséggel bírnak (Eells és mtsai, 1998). További lehetőség az ún. transzteoretikus modellek alkalmazása az esetkonceptualizáció megfogalmazásánál (Wright, 2020; Groth-Marnat és Wright, 2016), melyek közül 4 átfogó modell kompatibilis a legtöbb elméleti orientációval. Az első az ún. *diatézis–stressz modell*, melyben a diatézis elem jelenti azt, amivel a vizsgált személy rendelkezik (személyiség, sérülékenység), a stressz elem a különböző stresszes életeseményeket és környezeti hatásokat foglalja magában, végül a következmény, melyek maguk a tünetek és problémák. A következő az ún. *fejlődési modell*, melyben a páciens működésének, funkcionálásának és a környezet követelményeinek összeegyeztethetlensége okozhat problémákat. A harmadik az ún. *szokásos működés modell*, mely szerint minden nehézség valamilyen hétköznapi,

közönséges, szokásos célt szolgál, mely cél elérése érdekében maladaptív működések alakulnak ki (például az emberek kerülése, mint cél, magával hozza az önálló cselekedetek preferenciáját, a szociális helyzetekben jelentkező szorongást és negatív, önbecsmérítő gondolatok megjelenését is). Végezetül a negyedik az ún. *komplex modell*, mely azon az alapvetésen nyugszik, hogy számos probléma kialakulása komplexebb, mint bármilyen elméleti modell, így tulajdonképpen egy olyan hibrid modelltől van szó, mely az összes fenti modellt egyesítheti az idioszinkratikus elemzés tükrében.

Az elméleti esetkonceptualizáció megalapozza a pszichodiagnosztikai vélemény tartalmát, a klinikai döntéshozatalt és a javasolt beavatkozások típusait.

3.5.2. A vélemény formája és struktúrája

A pszichodiagnosztikai vélemény hossza a legtöbb vizsgálati közegben általában 7–10 oldal, de a medikális közegben többnyire rövidebb, legfeljebb 2 oldal hosszúságú. Nyelvezete pácienscentrikus, stílusa érthető, a használt terminológia szakszerű kell legyen. A pszichodiagnosztikai vélemény struktúrája tekintetében az alábbi javaslatot érdemes figyelembe venni, természetesen rugalmasan alkalmazkodva a körülmények adta elvárásokhoz. A struktúra egyes, kiemelt elemeit demonstráló esetrészletekkel egészítettük ki (a demonstráló esetrészletek a szerző esettanulmányából származnak).

1. A páciens legfőbb adatai (életkor, születéskori nem, családi állapot, foglalkozás, iskolázottság)

Példa:

Péter (fiktív név) 20 éves férfi, szüleivel és bátyjával él, érettségizett, egyetemista.

2. Az első találkozáshoz kapcsolódó adatok, benyomások (küldés esetén klinikai/beutaló kérdés részletezése is)

Példa:

Első találkozásunkra azután került sor, miután ambulanciánkon egy pszichológus kolléga felvételi interjút követően hozzám irányította.

Kolléga referálása szerint Péter az édesanyja tanácsára keresett pszichológiai segítséget, az első alkalomra pontosan érkezett, akkurátusan, de nagyon lassan töltötte ki a kért pszichológiai szűrőteszteket.

Első személyes találkozásunk előtt Péter telefonon hívott fel időpont-egyeztetés céljából, a telefonban a megadott időponttal kapcsolatban fenntartásai voltak, más lehetséges időpontokról érdeklődött, kissé lekezelőnek éreztem hanghordozását, mintha kontrollálni próbálta volna a helyzetet.

Péter egy átlagosnál kissé alacsonyabb, normál testalkatú, rövidre vágott, szőkésbarna hajú, kék szemű, kisfiús arcú férfi. Ruházata tiszta, sportos. Tekintete némi huncutságot, kisfiús csintalanságot tükrözött. Járása, kézfogása határozottnak tűnt, mindazonáltal az a benyomásom támadt róla, hogy inkább kompenzálni próbálja a mosolygós tekintettel, magabiztosnak tűnő magatartással belső bizonytalanságát, szorongását.

Az exploráció során panaszairól részletesen, adekvátan, a kérdésekre válaszolva számolt be, a kijelölt idői és téri kereteket tartotta. A pszichológiai segítséget önként kereste, változásra irányuló motivációja megjelent.

3. Első interjú

- exploráció, megfigyelés (ld. részletesen könyvünk II/1.1. tanulmányát)
- jelenlegi panaszok, panaszok kialakulásának története

Példa:

Péter panaszai körülbelül fél éve jelentkeztek erőteljes szorongás formájában, melyet az egyetemi sikertelen vizsgáknak tulajdonított. Gyakran izgatottságot érez, szorong, önértékelése alacsony, belső feszültségről, elalvási nehézségről, hasi diszkomfortérzésről számol be. Emellett aszexualitás jellemzi. Elmondása szerint egyik nem iránt sem érez szexuális vágyat, képtelen ellazulni, önkielégítést nem végez. Éjszakai magömlése van. Szexuális problémája fokozza szorongását, nem meri elmondani szüleinek, barátainak.

- pszichés státusz (ld. részletesen könyvünk II/1.1. tanulmányát)
- anamnézis (élettörténeti, pszichiátriai, testi, családi, addiktológiai)

4. Klinikai/beutaló kérdés részletezése (amennyiben nem küldték a páciens)

Példa:

Péter szorongásos tünetei alapján generalizált szorongásos zavar vagy szociális szorongás zavar valószínű,

de ezen kórképek differenciálása szükséges. Az anamnézis és a tüneti kép depresszió és személyiségérintettség jelenlétét (C klaszteres személyiségzavar vagy narcisztikus személyiségzavar) veti fel, mely differenciáldiagnosztikai vizsgálatot igényel. Felmerülhet Péter esetében hipoaktív szexuális vágy zavar, vagyis eldöntendő kérdés, hogy aszexualitása a normál szexuális diverzitás része, avagy szexuális diszfunkció. Mindez az adekvát pszichoterápia tervezése miatt jelentős és indokolt.

A klinikai kérdéseket az alábbiak szerint fogalmazhatjuk meg:

- Péter tünete a generalizált szorongásos zavar vagy a szociális szorongás zavar diagnosztikai kritériumait merítik-e ki?
- Péter esetében felmerülhet-e depresszív tünetképződés?
- Péter tünete fenntartásában szerepet játszhat-e valamilyen személyiségzavart érintettség?
- Péter panaszai kimerítik-e a hipoaktív szexuális vágy diagnosztikai kritériumait?

5. A kiválasztott mérőeszközök indoklása, jellemzői

Példa:

A klinikai kérdések megválaszolása céljából önjellemző kérdőívek, valamint személyiségvizsgálat céljából MMPI és Rorschach-teszt került felvételre. A diagnosztikai tesztek segítségével arra kerestem a választ, hogy a fenti diagnosztikai kategóriák közül melyek a legvalószínűbbek Péter esetében. Az alábbi mérőeszközök kerültek felvételre:

- Beck Szorongás Leltár (BAI)
- Beck Depresszió Kérdőív (BDI)
- Beck Reménytelenség Skála (HS)
- Diszfunkcionális Attitűd Skála (DAS)
- Önjellemző Panaszleltár
- MMPI
- Rorschach-teszt

6. A tesztek eredményeinek leírása

7. Az első interjú és a tesztekkel nyert adatok részletes interpretálása

8. Diagnózisjavaslat és differenciáldiagnosztikai elemzés

Példa:

Péter tünete a következők: általános szorongás érzése, gyakori belső feszültség, izgatottság, hasi diszkomfortérzés, elalvási nehézség, ingerlékenység, sze-

xuális vágy hiánya, másik nemmel való ismerkedés zavara, bizonytalanság, csökkent önértékelés. Szorongásos tünete körülbelül fél éve állnak fenn, aszexualitása 12 éves kora óta jelen van.

Tünete és a diagnosztikai tesztekkel nyert adatok alapján a következő diagnózis meglehetősen valószínű:

Generalizált szorongásos zavar

Felmerülhet szociális szorongás zavar, de Péter tünete a DSM diagnosztikai kritériumait nem merítik ki, ugyanakkor a generalizált szorongásos zavar kritériumait egyértelműen kimerítik.

Depresszív zavar jelenléte nem igazolható.

9. Összefoglalás és javaslatok

Példa:

Az anamnesztikus adatok, valamint a projektív tesztek, az MMPI és egyéb klinikai kérdőívek eredményei alapján elmondható, hogy Péter alapvetően nonkonformista, eredeti, kreatív személy, akit gazdag fantázia világ jellemez. Érzékeny, sértődékeny, óvatos, bizalmatlan, makacs fiatalember, aki szorongásra hajlamos. Szorongása teljesítményhelyzetben könnyen megjelenhet, ilyenkor motivációja lecsökken, elbizonytalanodik, reményvesztetté válik. Fantáziája gyakran az irrealitás irányába tolja szemléletmódját, a valóságtól elrugaskodóan ábrándozó fiatal. Alkalmazkodása túlzó, inkább demonstratív jellegű, a felelősséget igyekszik elhárítani, ami esetlegesen éngyengeségre hívja fel a figyelmet. Valószínűleg hajlamos a teatralitásra, az acting-out jellegű megnyilvánulásokra. Hajlamos a rejtőzködésre, a feladat előtti meghátrálásra, a felelősségvállalás elodázására. Szexualitáshoz fűződő viszonya szorongással terhelt, szégyenérzést vált ki benne, így inkább elbújik, elkerüli, elfojtja, elrejtje vágyait, aszexualissá válik. Kötődése aktuálisan sekélyes, döntésképtelen, bizonytalan, inkább érdekmozzanatok alapján viselkedik, ugyanakkor van valódi mozgósítható energia, ami a változást segítheti. Szoros emberi kapcsolataiban a monitorozás és tájékozódás elkerülhetetlen számára.

Nehézségei háttérben miliókonfliktus valószínűsíthető. Szociális szorongás ellen szól az emberek iránti érdeklődése, nyitottsága, a teljesítményhelyzetben megjelenő szorongás inkább a kritika és megcsúszás elkerülésére tett narcisztikus erőfeszítésből fakad. Szexualitáshoz fűződő viszonya büntudati feszültséggel és szorongással terhelt, ami csökkent szexuális vágyban nyilvánulhat meg. Önismereti igénye fejlett, önexplorációra képes személy, ami alapján a pszicho-

terápia szempontjából kedvező prognózis valószínűsíthető.

A diagnosztikai tesztek eredményei és Péter tünetei felvetik narcisztikus személyiségzavar jelenlétét is, melynek pontosítása miatt SCID strukturált diagnosztikai interjú felvételére van szükség. Hipoaktív szexuális vágy zavar egyértelmű megállapítása vagy elvetése miatt önkitöltős kérdőív felvétele lehet még indokolt.

Pszichoterápia tekintetében a kognitív viselkedésterápiás folyamat megkezdése indokolt szorongásos panaszai mérséklése céljából, de a kezdeti tünetredukciós célt követően felmerül mélyebb, feltáró jellegű terápia indokoltsága.

3.5.3. A vélemény tartalma

A részletes pszichodiagnosztikai vélemény a beutaló klinikai kérdéstől függően olyan információkat, javaslatokat, prognosztikai és diagnosztikai megfontolásokat tartalmaz, melyek a teljes klinikai kép tükrében jelentősen befolyásolják a segítő beavatkozást. A vélemény tartalmát tekintve fontos, orientáló hatása a klinikai/beutaló kérdés fókusza.

A pszichodiagnosztikai vélemény témái rendkívül sokfélék lehetnek, de egy átfogó véleménynek mindenképp ki kell terjednie a kognitív funkcionálás szintjére, az emocionális funkcionálás jellemzőire, az énképre és önmeghatározásra, valamint az interperszonális kapcsolatokra (Groth-Marnat és Wright, 2016). Átfogó munkájában Kellermann és Burry (2007) a pszichodiagnosztikai vélemény tartalmaként az alábbi témákat emelte ki:

- Kognitív funkciók és realitástesztelés (ítéletalkotás, logikus gondolkodás, empatikus kapacitás).
- Intellektuális kapacitás (mért IQ-eredmények, intellektuális színvonal, intelligenciaprofil, emlékezeti képességek, tervezés, itéletalkotás, frusztrációs tolerancia, absztrakciós kapacitás, érvelés, empátia és a teszthelyzetben tapasztalt szorongással kapcsolatos tünetek).
- Szorongásos és egyéb érzelmi tünetek.
- Impulzivitás vagy kontroll (ítéletalkotás, percepciók, gondolkodás, melyekből következtethetünk a személyiség érettségére).
- Defenzív struktúra (tipikus védekező mintázat, a személyiség jellemzői).
- Identitás és interperszonális viselkedés (énpé, önértékelés, szexuális irányultság, pszichoszexuális fejlődés szintje, szülővel való azonosulás, énfunkciók

minősége, interperszonális kapcsolatok minősége, jellemző viselkedésformák).

- Észlelési zavarok, paranoiditás, inkoherencia.
- Diagnózis és prognózis (organicitás, pszichózis, személyiségzavar, affektív zavarok elkülönítése, a javulási valószínűség megadása).

Ezenkívül egy rövid összefoglalást mindenképp tartalmaznia kell a pszichodiagnosztikai véleménynek, melyben a pszichológus összegzi a pszichodiagnosztikai folyamat legfontosabb eredményeit. Ebben a szakaszban röviden és akkurátusan válaszolunk a felmerült klinikai/beutaló kérdésekre, lehetőleg fókuszáltan, az olvasó teherbírását és idejét figyelembe véve.

A pszichodiagnosztikai vélemény kapcsán néhány alapelvet érdemes betartani, melyet Groth-Marnat és Wright (2016) munkája nyomán állítottunk össze:

1. A pszichodiagnosztikai véleményben a pszichológus javaslatokat tesz, a diagnosztikai és terápiás döntés a beutaló orvos kompetenciája.
2. A vélemény soha nem lehet mechanikus, automatikus, hanem mindig az aktuális páciensről nyert adatok összességének áttekintése révén szükséges kialakítani.
3. Nem ritka, hogy ellentmondó eredmények mutatkoznak a különböző teszteken, ilyenkor a klinikus értékeli ezeket az ellentmondásokat, és kialakít egy megfelelő, összecsengő, adekvát véleményt. Ha fenntartásaink vannak az eredmények kapcsán, vagy nem tudjuk az ellentmondásokat feloldani, azt közölni kell a pszichológiai véleményben.
4. Ha a teszt nem kellően megbízható, mert például elavult (ld. MAWI, SCID interjúk korábbi verziója, MMPI), a kapott eredmények interpretálása szakmailag megkérdőjelezhető, és mindenképp indokolja a tesztbatteria frissítését és a nyelvterületen elérhető legfrissebb verzió használatát.
5. A klinikusnak a küldést intéző személy és a páciens felé kell kommunikálnia az eredményeket. Ez írásbeli és szóbeli közlést is jelent. A visszajelzésnek hétköznapi nyelven kell történnie, rendkívül fontos a fogadó fél számára érthető nyelvezet használata.
6. Az effektív visszajelzés reagál a küldő kérésére, és figyelembe veszi nemcsak a páciens, de az esetleges érintett környezet tagjait is.
7. A vélemény ismertetése kapcsán érzelmi reakciókra számítani kell, hiszen a személy megismeri erősségeit és gyengeségeit.

8. A tájékoztatás, ha megfelelő, akár csökkentheti is a személy szorongását, így a visszajelzés tekinthető a terápiás beavatkozás részének is.

A pszichodiagnosztikai vélemény tehát egy alapos és pácienscentrikus összefoglalása a diagnosztikai folyamattal nyert eredményeknek, különös tekintettel a klinikai/beutaló kérdésre adott adekvát válaszokra és intervenciók javaslatokra.

4. A pszichodiagnosztika folyamata az alapellátásban és a szomatikus ellátásban: A lépcsőzetes ellátási modell szerinti diagnosztizálás alapelvei

A pszichodiagnosztika gyakorlata a bizonyítékokon alapuló gyakorlat tükrében egészen addig fejlődött, hogy jelenleg döntési folyamatot segítő manuálok és algoritmusok is elérhetőek a szakemberek számára. Noha pszichológusként gyakran idegenkedünk a manuálok használatától szakmánk gyakorlása során, azonban a szomatikus betegek ellátása terén különösen nagy igény van a gyors, megbízható pszichológiai ellátásra, melyben jelentős segítség lehet az ilyen irányelvek és segédanyagok elérhetősége.

Itt érdemes egy pillantást vetni a történeti előzményekre a testi megbetegedések pszichoszociális ellátása tekintetében. A lélektan térnyerése a szomatikus betegséggel küzdő személyek kezelésében nem új keletű. Tulajdonképpen már az ókori görögök felismerték a pszichés működés, a viselkedés és az egészség közötti érzékeny kapcsolatot (ld. pl. Tountas, 2009). Később, a 20. században jelentős fejlődésnek lehettünk tanúi ezen a területen. Az 1900-as évek elején Magyarország élen járt a lélektani ismeretek egészségügyi alkalmazásában, gondoljunk például Ferenczi Sándorra, Franz Alexanderre vagy Bálint Mihályra (Kállai és mtsai, 2018). Bálint Mihály máig nagy hatású könyve, *Az orvos, a betegek és a betegség* (Bálint, 2006), melynek legfőbb üzenete, hogy elsősorban a beteget kell gyógyítani, nem a betegséget, ami magában foglalja az orvos–beteg kapcsolat jelentőségét és a beteg pszichés tényezőire való ráhangolódás képességét is. Később George L. Engel (1977) biopszichoszociális modellje irányította a figyelmet újra a páciens pszichológiai és viselkedési jellemzőinek fontosságára az egészség megtartása és a betegség kialakulása szempontjából. A pszichológia intézményesített térnyerése a medikális ellátásban hozzávetőleg a biopszicho-szociális modell megjelenésével vette kezdetét a testi be-

tegséggel küzdő egyének gyógyítása terén (Holland, 2002; Riskó, 2015; Urbán, 2022).

Ezen a területen, legyen az kórházi osztályos kezelés, ambuláns szakellátás vagy alapellátás, olyan pszichológiai beavatkozásokra van szükség, mind a felmérés, mind az intervenciók tekintetében, amelyeket jól tudunk használni a páciens állapotához igazítva, lehetőleg gyors, bizonyítékokon alapuló metodikák alkalmazása révén. A pszichodiagnosztika során megfogalmazott klinikai/beutaló kérdés ilyen esetekben többnyire a háziorvostól/kezelőorvostól érkezik, és fő területei a testi betegségek lelki tüneteinek feltárása (pl. depresszió tüneteirehöz hasonló állapotot okozhat vérszegénység vagy különböző endokrinológiai zavarok), a testi betegséggel együtt járó pszichés problémák vizsgálata (pl. delírium), a betegségre adott pszichés válaszok (pl. distressz, depresszió, szorongás daganatos megbetegedéssel küzdők körében), a distressz testi tünetei vagy a pszichiátriai zavar testi tünetekben való megjelenése (Urbán, 2022). A pszichológiai vizsgálat a személy jelenlegi működésének felmérésére terjedhet ki a diagnózis felállítása érdekében (pl. kórosnak tűnő viselkedés hátterének feltárása, diagnózisok megerősítése vagy cáfolata, mint például depresszió, pszichózis, személyiségzavarok, major neurokognitív zavar stb., valamint nem pszichiátriai problémák, például kapcsolati konfliktusok, kezeléssel való együttműködés, tanulási nehézségek stb.), valamint azonosíthatja a kezelési szükségleteket, kijelölheti a megfelelő kezelést és prognózist, figyelemmel kísérheti a kezeléseket hatásukat és a pszichológiai kezeléseket hatékonyságukat (Wahass, 2005), illetve információkat gyűjthet az esetleges kockázatos viselkedésekről (utóbbi esetben, például bariátriai műtétek előtt, a compliance felmérése különösen a táplálkozási szabályok várható betartása kapcsán létfontosságú).

A pszichológiai ellátás a szomatikus orvoslás színterein alapvetően a lépcsőzetes ellátási modellben valósulhat meg. Ez azt jelenti, hogy a szakember–beteg kommunikáció első szintjétől az alacsony intenzitású intervenciók alkalmazásának második szintjén át a körülírt, fókuszált metódusokkal kezelhető mentális zavarok felmérésének és terápiájának harmadik szintjéig, valamint szükség esetén a mély, feltáró terápiák irányába történő irányítás negyedik szintjéig terjed (ld. pl. Polyák és Vizin, 2021; Purebl, 2018).

A testi betegségek ellátása terén az EBP-nek megfelelően számos kidolgozott irányelv, manuál, algoritmus segíti a szakemberek munkáját a betegek lelkiállapotának felmérése, kezelése, gondozása területén. Ezek közül

az egyik legalaposabban kidolgozott döntési algoritmus az ún. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) részeként létrehozott WHO manuál, a mhGAP-IG 2.0 (WHO, 2016). Az mhGAP-IG 2.0 manuál a mentális, neurológiai és szerhasználat (MNS) zavarokkal küzdő személyek felmérési és ellátási algoritmusát tartalmazza az alapellátás és a szomatikus orvosi ellátás szakemberei (orvosok, nővérek, pszichológusok) részére, elsősorban az alacsony és közepes jövedelmű országokban. A manuál kevés klinikai tapasztalattal rendelkező, kezdő szakembereknek is hasznos útmutató a leggyakoribb MNS zavarok, így a depresszió, pszichózis, epilepszia, demencia, szerhasználat zavar, öngyilkossági magatartás és a gyermek- és serdülőkorban megjelenő MNS zavarok ellátása tekintetében. A 5. táblázat a mhGAP-IG 2.0 döntési algoritmusának lépéseit tartalmazza az általános elvekre és a depresszió ellátására vonatkozóan.

Végezetül érdemes rövid kitekintést tenni a dagantatos megbetegedéssel küzdő személyek pszichológiai ellátásának irányelveire. A felmérés szempontjából nemzetközi szinten Andersen és munkatársai (2014) ajánlái mérvadóak, míg Magyarországon Kovács és munkatársai (2021) állították össze a pszichológiai felmérés irányelveit a pszichoszociális onkológiai ellátás terén. Andersen és munkatársai (2014) javaslatait a dagantatos betegek pszichológiai ellátására vonatkozóan a 6. ábra szemlélteti. Ebben a modellben, az amerikai gyakorlatot követve, elsőként rövid szűrőkérdőívek felvétele tör-

ténik a betegek aktuális pszichés állapotának, distresszének szűrése céljából, majd indokolt esetben további első interjúra, explorációra, a tünetek pontosítására kerül sor, szükség esetén további kérdőívek alkalmazásával. Az alapos felmérést követően hoz döntést a pszichoszociális onkológiai ellátásban tevékenykedő pszichológus a beavatkozás típusáról és szintjéről, és fogalmazza meg javaslatait az onkológusnak és a páciensnek egyaránt. Figyelemre méltó, hogy mind az amerikai, mind a hazai ajánlás zömében megbízható és érvényes mérőeszközöket tartalmaz, melyek figyelembe veszik a betegek állapotát, így könnyen, gyorsan kitölthető tesztek, szűrőkérdőívek javasoltak elsősorban az onkológiai betegek ellátásának területén.

Bár a lépcsőzetes ellátási modell a szomatikus betegek pszichoszociális ellátásában még nem honosodott meg széleskörűen hazánkban, annak elemei szórványosan már megjelentek. A lépcsőzetes ellátási modellben, mint láthatóvá vált, a pszichológiai felmérés a páciens állapotához igazított rövid, bizonyítékokon alapuló mérőeszközök alkalmazását foglalja magában, és fő célja a megfelelő, többnyire alacsony intenzitású intervenció kiválasztása (rövid személyes terápiás alkalmak, online és nyomtatott öngyógyító anyagok alkalmazása). Ebben a tekintetben a lépcsőzetes ellátási modellben a felmérést minden esetben megfelelő intervenció kell hogy kövesse, még akkor is, ha a terápiás beavatkozást nem ugyanaz a személy folytatja, mint aki a felmérést végezte.

5. táblázat. Az mhGAP-IG 2.0 manuál alapelvei és a depresszió ellátási algoritmus (WHO, 2016)

mhGAP-IG 2.0 döntési algoritmus lépései az általános elvek tekintetében

Általános elvek:

1. hatékony kommunikációs készségek alkalmazása
2. tisztelet és méltóság biztosítása

MNS zavarok ellátása:

1. fizikai egészség felmérése
 2. mentális állapot felmérése
 - a) panaszok és anamnézis (jelenlegi panaszok, panaszok kialakulásának története, szomatikus, familiáris és pszichiátriai anamnézis)
 - b) fizikai állapot felmérése
 - c) mentális státusz felmérése
 - d) differenciáldiagnosztika
 - e) alap laboratóriumi leletek
 - f) MNS zavar tüneteinek felmérése
- FONTOS: MNS zavar fennállása esetén szuicid rizikó felmérése
3. MNS zavar kezelése

mhGAP-IG 2.0 döntési algoritmus lépései depresszió ellátásában

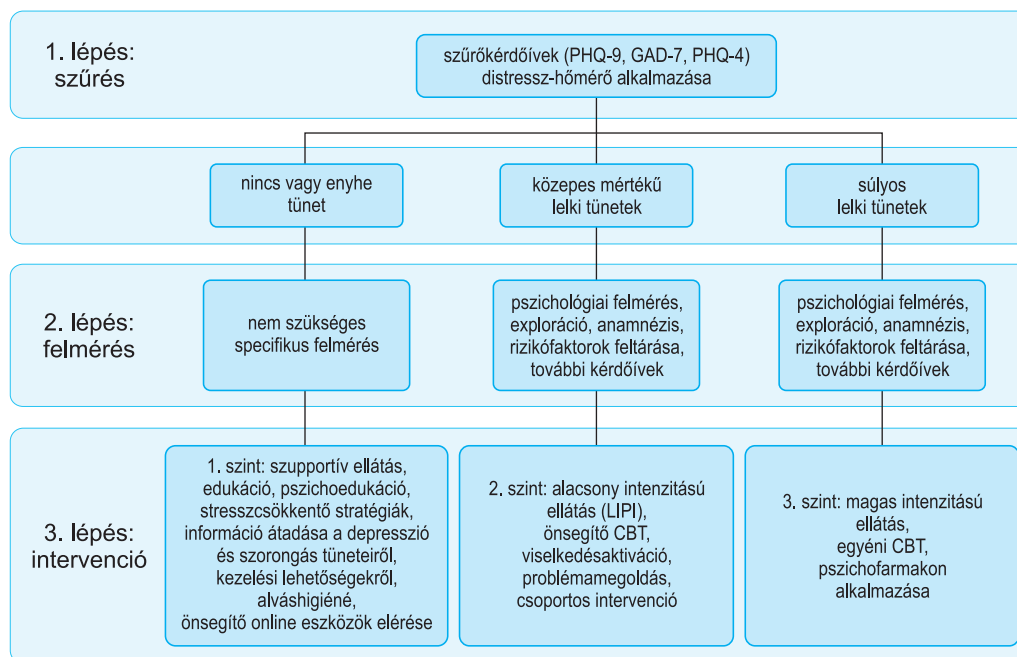
1. Felmérés

- a) depresszió tüneti képeinek feltárása, súlyosságának felmérése
- b) kezelés szükségességének megállapítása
- c) mánia, szuicid ideációk, pszichotikus tünetek feltárása

2. Kezelés

- a) pszichoszociális intervenciók
- b) farmakológiai intervenciók

3. Utánkövetés: a kezelés során 1-2 hetente, a kezelés lezártakor és utánkövetésként ismételt tüneti kép felmérése



6. ábra. A pszicho-onkológiai ellátás lépcsőzetes modellje, Andersen és munkatársai (2014) ajánlásai alapján

A lépcsőzetes ellátási modell és ezzel együtt különböző döntési algoritmusok alkalmazása a mentális zavarok felmérésében és ellátásában hatékonyak bizonyul mind a magas, mind az alacsony és közepes jövedelmű országokban, a mentális zavarok és a szomatikus betegségekhez kapcsolt lelki nehézségek felismerésében és kezelésében egyaránt (Layard és Clark, 2014; Keynejad és mtsai, 2018).

5. Összefoglalás

Jelen tanulmányban a pszichodiagnosztika folyamatával kapcsolatos legfontosabb irányelveket, alapszabályokat és ajánlásokat tekintettük át. A pszichodiagnosztika egy olyan komplex folyamat, mely jelentős hozzájárulással bír az egyének mentális jóllétének megteremtéséhez, visszanyeréséhez, kialakításához. Emiatt felelősségteljes pszichológiai feladat, mely magában foglalja a legjobb, bizonyítékokon alapuló eszközök kiválasztásának és alkalmazásának képességét, a legfrissebb kutatási eredmények iránti fogékonyságot és a páciensek preferenciáinak felismerését és tiszteletben tartását. A folyamat, bár egyre manualizáltabb, a színvonalas pszichodiagnosztikai tevékenység menedzselése tekintetében jelentős segítséget jelent a szerényebb és nagyobb gyakorlattal rendelkező klinikusok számára egyaránt, de a folyamat megfelelő végrehajtása egyúttal feltételezi

a humánus, ítéletmentes, elfogadó attitűd alkalmazását is, mely szakmánk alapvető jellemzője és mozgatórugója.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychological Association (APA) (2020). APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation. APA Task Force on Psychological Assessment and Evaluation Guidelines. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology* 32(15): 1605.
- Argelander, H. (1976). *The initial interview in psychotherapy*. Human Sciences Press.
- Balázs J., Bitter I., Hideg K., & Vitrai J. (1998). A MINI és a MINI PLUSZ kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica* 13: 160–168.
- Bálint M. (2006). *Az orvos, a betege és a betegség*. Animula Kiadó, Budapest.
- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS drugs* 18: 37–48.

- Carlson, J. F., & Geisinger, K. F. (2012). Test reviewing at the Buros Center for Testing. *International Journal of Testing* 12: 122–135.
- Carlson, J. F., Geisinger, K. F., & Jonson, J. L. (2021). *The twenty-first mental measurements yearbook*. Buros Center for Testing, University of Nebraska.
- Crowe, S. F., & Stranks, E. K. (2018). The residual medium and long-term cognitive effects of benzodiazepine use: an updated meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology* 33(7): 901–911.
- Csigó K. (2018). *A Rorschach teszt klinikai alkalmazása*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation?: development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7(2): 144.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129–136.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *User's Guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder)*. American Psychiatric Association.
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Association.
- Groth-Marnat, G. & Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment*. (6. ed.) John Wiley & Sons.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine* 64(2): 206–221.
- Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., & Demetrovics Zs. (2022). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Hunsley, J. & Mash, E. J. (2014). Evidence-based Assessment. In Barlow, D. H. (ed.): *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford University Press.
- Jensen-Doss, A. (2011). Practice involves more than treatment: How can evidence-based assessment catch up to evidencebased treatment? *Clinical Psychology: Science and Practice* 18: 173–177.
- Kállai J., Barabás K., Túry F., Csabai M., & Molnár P. (2018). Az orvosi pszichológia fejlődése hazánkban: szemléleti keretek, határterületek és alkalmazások. *Orvosi Hetilap* 159(36): 1455–1464.
- Keynejad, R. C., Dua, T., Barbui, C., & Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *BMJ Ment Health* 21(1): 30–34.
- Kovács P., Ozvald G., Kovács Á. A., Kanjo N., Koncz Zs., Mailáth M., ... és Maráz A. (2021). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az onkopszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny* LXXI(19): 1955–2007.
- Layard, R. & Clark, D. M. (2014). *Thrive: The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*. Allen Lane.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 12(5): 224–231.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest* 1: 27–66.
- Magyar Pszichológiai Társaság (2015). A pszichológiai teszthasználat irányelvei. Magyar Pszichológiai Társaság tesztbizottsága. Elérhető: https://mpt.hu/wp-content/uploads/2014/10/Teszthaszn%C3%A1lati_Ir%C3%A1nyelvek_2015_december.pdf
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Norcross, J. C., Koocher, G. P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice* 37(5): 515.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110(3): 225–229.
- Polyák K. & Vizin G. (2021). A kognitív viselkedésterápia helye a mentálhigiénés ellátásban. Az alacsony intenzitású intervenciók elemzése. *Alkalmazott Pszichológia* 21 (4): 103–121.
- Pomerantz, A. M. (2020). *Clinical Psychology. Science, Practice, and Diversity*. (5. ed.) SAGE Publications.
- Pope, B. (1983). The initial interview. In Walker, E. (ed.): *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. Dow Jones-Irwin, Homewood, Illinois.
- Pope, K. S. (2014). Ethical issues in clinical psychology. In Barlow, D. H. (ed.): *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford University Press.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The trans-theoretical approach. In Norcross, J., C. & Goldfried, M. R. (eds.): *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press, 147–171.
- Purebl Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Riskó Á. (2015). Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magyar Onkológia* 59: 241–250.
- Rossini, E. E., & Moretti, R. J. (1997). Thematic Apperception Test (TAT) interpretation: Practice recommendations from a survey of clinical psychology doctoral programs accredited by the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice* 28, 393–398.
- Rózsa S., & Kó N. (2006). Diagnosztikai mérőeszközök és tünetbecslő skálák. In Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh A. (szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai*. Bölcsész Konzorcium, Budapest.
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly* 87(2): 368–390.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2013). *Clinical interviewing*. (5. ed.) Hoboken, NJ, Wiley.
- Spring, B. & Kelly Neville, K. (2014). Evidence-based Practice in Clinical Psychology. In Barlow, D. H. (ed.): *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford University Press.
- The European Parliament and the Council of the European Union (EU) (2016). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). *O. J. Eur. Union* 59: 1–88.
- Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health promotion international* 24(2): 185–192.
- Trull, T. J. & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia*. Osiris, Budapest.
- Turner, S. M., DeMers, S. T., Fox, H. R., & Reed, G. M. (2001). APA's guidelines for test user qualifications: an executive summary. *American Psychologist* 56(12): 1099.
- United Nations (UN) (2020). Resolution 43/13 Adopted by the Human Rights Council. „Mental health and human rights” A/HRC/RES/43/13. Available online: <https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>
- Urbán R. (2022). *Az egészségpszichológia alapjai*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Vizin G. & Jekkel É. (2015). *Pszichodiagnosztika. E-learning tananyag*. Semmelweis Egyetem. Elérhető: <https://semmelweis.hu/pszichiatria/oktatas/gradualis-kepzes/e-learning/e-learning/>
- Wahass S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine* 12(2): 63–70.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New York, NY, Routledge.
- World Health Organization (WHO) (2016). mhGAP intervention Guide – Version 2.0 for mental, neurological and substance user disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- Wright, A. J. (2020). *Conducting psychological assessment: A guide for practitioners*. John Wiley & Sons.



A pszichodinamikus-pszichoanalitikus szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei

Schmelowszky Ágoston

1. Bevezetés

A címben szereplő pszichodinamikus-pszichoanalitikus szópár rövid magyarázatra szorul. Történeti szempontokat mellőzve azt mondhatjuk, hogy elméletek és a diagnosztikai gyakorlat szempontjából a két jelző szinonimaként használható, a mentális egészségügyben azonban inkább a „pszichodinamikus” szó használatos. A pszichoterápiás gyakorlat szempontjából azonban a „pszichodinamikus” jelző a tágabb kategória. Magában foglalja nemcsak a – jelenleg leginkább magánpraxisban gyakorolt – standard pszichoanalízist, hanem az erre elméleti szempontból és technikailag egyaránt építő különféle pszichodinamikus vagy – a hazánkban elterjedtebb szóhasználattal élve – pszichoanalitikusan orientált terápiákat is. Mivel tanulmányomban a diagnosztizálás alapelveit mutatom be, ahol a két fogalom szinonimának tekinthető, a szövegben a pszichodinamikus és pszichoanalitikus jelzőket felváltva használom.

A pszichodinamikus kifejezés arra a klinikai tapasztalaton alapuló szemléletre utal, mely szerint az emberi lélek¹ nem monolit képződmény, hanem egymással intenzív kapcsolatban, sokszor konfliktusban álló részek alkotják. Az intenzív kapcsolat erővel bír (ezért „dinamikus”, gör. *dünamisz* 'erő'), és ez az erő a lelki élet zavaraiiban látványos formában – sokszor az alapvető életfunkciókat is veszélyeztetve – nyilvánulhat meg. Ezek alapján a pszichodinamikus szemlélet az ember lelki működésének egészét, annak harmóniáját és zavarait ezen összetevők egyensúlyára, illetve az egyensúly zavarára vezeti vissza. A pszichodinamikus diagnózis célja tehát, hogy feltárja azokat a konfliktusokat, illetve hiányokat, melyek a pszichopatológiai jelenségekben kifejeződő egyensúlyvesztést okozták és fenntartják.

A pszichoanalitikus jelző pedig a Sigmund Freudtól induló klinikai-terápiás szemlélet egészére, a szó etimológiáját tekintve pedig a lélek egyes részeit elkü-

lönítő megértésre, illetve konfliktusait feloldó terápiás megközelítésre vonatkozik (gör. *ana* 'fel', *lűszisz* 'oldás').

A lelki működés egészét pszichológiailag a személyiség fogalmában ragadhatjuk meg. Ennek megfelelően a pszichodinamikus szemlélet szerinti diagnózis személyiségdiagnózis. A páciensben megnyilvánuló lelki zavart vizsgálva azt igyekszik felderíteni, hogy a mentális zavar, illetve a tünetek hátterében a személyiség milyen típusú és súlyosságú egyensúlyvesztése állhat, hogy ez az egyensúlyvesztés milyen tényezőkkel, lelki konfliktusokkal és hiányokkal lehet kapcsolatban, végezetül pedig hogy ezek a konfliktusok és hiányok miként magyarázhatók a páciens élettörténetének egyes mozzanataival. A diagnózis megalkotása során, az élettörténeti mozzanatokot vizsgálva tehát a patológiát kiváltó aktuális traumákon vagy stresszorokon túlmenően a vulnerabilitást érthetővé tevő, a fejlődés során elszenvedett traumákat is igyekszünk feltérképezni. Figyelembe kell még vennünk az életút egészét végigkísérő, normatív kríziseket is (Erikson, 1982), mert ezek mindenképp színezik, sok esetben pedig döntő módon meghatározzák a problémát.

A diagnózis felállításakor azokat a biológiai tényezőket sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amelyek bármilyen formában közreműködhetnek a lelki probléma patogenezisében. A patogenezis szempontjából megkülönböztethetünk primér és szekundér tényezőket. Az előbbiek közvetlenül magyarázzák a pszichológiai problémát. Szekundér tényező pedig lehet például valamilyen krónikus testi betegség által kiváltott szorongás. A biológiai okok kizárása orvosi feladat, ezért ha a diagnosztikus folyamat során a szomatikus tényezők jelenlétének gyanúja felmerül, és a vizsgálatot végző szakember nem rendelkezik orvosi alapvégzettséggel, illetve – adott esetben – megfelelő szakorvosi végzettséggel, akkor ezek kivizsgálására szakorvos segítségét kell kérni. A pszichológiai tünetek hátterében álló szomatikus zavarok felismerése életmentő is lehet (Morrison, 1997).

¹ A „lélek” szó itt tudományos értelemben, az ember pszichés működése összességének megjelöléseként értendő, azaz az angol *mind* megfelelőjeként. Ebben az értelemben használom a szövegben szinonimaként a „lelki”, „pszichés”, „pszichológiai” és „mentális” jelzőket.

Összefoglalva úgy fogalmazhatunk, hogy a pszichodinamikai diagnózis felállítása során arra keressük a választ, hogy hogyan és miért alakult ki a pszichés egyensúlyvesztés, milyen belső, külső, biológiai és társas tényezők játszottak szerepet a patológia, illetve a tünet létrejöttében. Mivel pedig a pszichodinamikai diagnózis felállításával legfőbb célunk a segítségnyújtás, a terápiás terv kidolgozása, illetve ezen belül a pszichológiai – legfőképpen pszichodinamikus – beavatkozás lehetőségeinek mérlegelése és – adott esetben – előkészítése, ezért arra a területre fókuszálunk, amely egy ilyen jellegű segítségnyújtás számára a leginkább hozzáférhető: a páciens személyiségére.

Általánosabb összefüggésbe helyezve az elmondottakat úgy is fogalmazhatunk, hogy a pszichodinamikus diagnosztikai szemlélet a bio-pszicho-szociális szemlélethez tartozik (Engel, 1977, 1980; Bolton és Gillett, 2019). A bio-pszicho-szociális hármasságból pedig a középső elemre, a lelki tényezőre fókuszál, melyet elsősorban a személyiség működésének feltárásával, másodsorban pedig a személyiség kialakulásának rekonstruálásával igyekszik megragadni.

A pszichodinamikai diagnózis felállításakor tehát a legfőbb célunk a terápiás terv kidolgozása, azon belül pedig annak meghatározása, hogy a felmerülő problémára javasolható-e pszichodinamikus terápia, és ha igen, akkor milyen, továbbá annak mérlegelése, hogy esetleg milyen egyéb terápiák szükségesek. A diagnosztikus folyamat során a szakember mentális reprezentációt hoz létre a páciens belső működéséről. Mivel a páciens külső, viselkedéses jeleinek megfigyelésén túl a viselkedés mögött feltételezhető belső tartalmakat is modelleznünk kell, a pszichodinamikus diagnózis felállításához az elméleti ismereteken és az általános klinikai képzettségen és tapasztalaton túl speciális, pszichoanalitikus jellegű képzettségre is szükség van.

Érdemes ezen a ponton megemlítenünk, hogy a pszichodinamikus diagnosztikai szemlélet alkalmazása nem azonos az általam tárgyalt pszichodinamikai diagnózis felállításával. Miként azt a hazai gyakorlat is mutatja, a pszichodinamikus szemlélet részleges alkalmazása széles körben elterjedt. Gondolhatunk itt a Rorschach-teszt értelmezésének hazai tradíciójára, mely jelentős mértékben támaszkodik a pszichoanalízis szemléletére és fogalmaira, vagy a strukturálatlan interjúra, mely elméleti és technikai szempontból a pszichoanalitikus első interjúval rokonítható. Ebből következik, hogy a pszichodinamikus szemléletet diagnosztikai célra sokszor olyanok is alkalmazzák, akik pszichoanalitikus szem-

pontból igen felszínesen vagy egyáltalán nem képzetek, de mondjuk „sokat olvastak róla”, vagy „jártak valakihez”. Az ilyen részleges alkalmazás során sokszor elméleti és technikai szempontból reflektálatlan hibridek születnek, melyek nem feltétlenül rontják le a munka gyakorlati értékét, viszont a hozzá nem értőben tévesen azt a látszatot kelthetik, hogy pszichoanalitikus szemléletű munka folyt.

A pszichodinamikus szemléletű diagnosztikai munka lényegi eleme, hogy a diagnózis megalkotásának folyamata egyben terápiás erővel bír. A jól elvégzett munka erősítheti a páciensben a pszichoterápia iránt érzett bizalmat, és felkeltheti, illetve erősítheti az érdeklődést saját belső világának megismerésére.

Írásomban a legfontosabb fogalmakat és elméleti szempontokat a következőképpen foglalom össze: 1. A pszichodinamikus szemléletű pszichopatogenezis, 2. A személyiségdiagnózis alapfogalmai, 3. A személyiségdiagnózis rendszere és illesztése a leíró diagnosztikához, 4. A diagnózis felállításának nehézségei és gyakorlati kérdései.

2. A pszichodinamikus szemléletű pszichopatogenezis

Korábbi pszichoanalitikus elméletalkotóknál uralkodó volt az a szemlélet, mely szerint konkrét pszichopatológiai jelenségek konkrét fejlődépszichológiai állomásokhoz köthetők, és hogy minél korábbi a trauma, annál súlyosabb a patológia (például Abraham, 1921; Mahler és mtsai, 1975). És, bár a későbbi pszichoanalitikus szerzők – belátva, hogy a mentális problémák a legtöbbször multikauzálisak – már lemondtak az egyszerűség és áttekinthetőség e kicsit talán leegyszerűsítő csábításáról, az a későbbi tudományos eredmények fényében is igaznak tűnik, hogy a lelki fejlődés korai stádiumában elszenvedett trauma könnyen vezet súlyosabb patológiához (Gerhardt, 2004; Schore, 2012).

A sokféle pszichoanalitikus elméletből, amelyek a lelki zavar kialakulásának magyarázatára felhasználhatók, a diagnózisalkotás gyakorlati feladata számára a következőket tartom fontosnak kiemelni: 1. Személyiségünk érzete kezdetleges formában a születéstől fogva jelen van, és a társas interakcióra nyitott, illetve azon keresztül fejlődik (Stern, 1985). 2. A korai interakciókat projektív és introjektív folyamatok kísérik, amelyek építik vagy rombolják a bontakozó személyiséget. 3. Kezdetben a formálódó személyiség nem eléggé

körülhatárolt, könnyen hasad és proiciálódik, továbbá könnyen azonosul azokkal a hatásokkal, amelyek a kötődés szempontjából számára jelentős környezetből őt érik. Pszichológiai szempontból ez magyarázza, hogy a korai traumák patogén ereje nagyobb. 4. A személyiség fejlődése ebből a képlékeny állapotból a pozitív interakciók segítségével, a genetikailag kódolt érési folyamatok mentén halad a kiteljesedés, egységesedés és egyfajta megszilárdulás felé. 5. A pszichológiai fejlődés korai stádiumában elszenvedett trauma – azaz a kellemetlen erős, káros társas hatás – ezt az érésel természetesen zajló integratív folyamatot nehezíti meg, illetve lehetetlenné teszi. 6. A súlyos pszichopatológiai jelenségek jelentős részének háttérében a fejlődési, integratív folyamatok kudarcát, azaz a személyiséget átható, intenzív disszociatív-hasítós folyamatokat fedezhetjük fel.

Az újabb eredmények fényében úgy tűnik, hogy az élet első 5-6 évének társas tapasztalatai meghatározó szerepet játszanak a központi idegrendszer fejlődésében. Az érzelmi szabályozást ellátó agyi struktúrák a megfelelő minőségű társas interakciók, elsősorban a primér gondozóval – legtöbb esetben, hagyományosan az anyával – megélt, érzelmileg kielégítő kapcsolat hatására alakulnak ki (Schore, 1994; Gerhardt, 2009). Megfelelően szeretettel, tartós kapcsolat híján a szabályozásért felelős agyi struktúrák fejlődése végleg elmaradhat, illetve az elhanyagolás vagy az aktív trauma hatására kialakuló stresszállapotok a már meglévő struktúrák leépüléséhez vezethetnek (Schore, 2003). A hiányos szabályozás a realitásérzék, az érzelemszabályozás és az én egészséges megélésének – azaz az identitásnak – legkülönbözőbb, pervazív zavaraiiban, azaz különféle pszichotikus vagy súlyos, személyiségzavar szintű problémában nyilvánulhat meg később. A pszichotikus vagy súlyos személyiségzavar szintű problémák háttérében tehát sok esetben a korai gondozói környezet működési zavarát találhatjuk, mely kifejeződhet aránylag könnyen feltárható, konkrét traumákban, mint amilyen a fizikailag (szexuálisan), lelkiileg bántalmazó vagy elhanyagoló szülői magatartás. Megtörténhet továbbá, hogy a traumatizáló légkör nehezen, csak hosszabb explorációs munka nyomán térképezhető fel, és vannak esetek, amikor jelentősebb, patogén környezeti hatás jelenléte nem érhető tetten. Ez utóbbi helyzetben azt kell feltételeznünk, hogy a hozott – genetikai, temperamentális – sérülékenység elsődleges szerepet játszik a probléma kialakulásában. A környezeti tényezők vizsgálata azonban itt is indokolt, hiszen nincs tökéletes családi környezet, mely minden traumatizáló ha-

tástól teljesen mentes lenne. Ezenkívül feltételezhető, hogy ha a páciens a patológia lehetőségét eleve hordozta, akkor ez a lehetőség már valamilyen formában más családtagokban, illetve a családi kapcsolatrendszerben is jelen volt, sőt a közeli viszonyokban sokszor észrevétlen, de ismétlődő formában kifejeződésre is jutott. Az ilyen, apró lépésekben megvalósuló traumatizációt „kumulatív traumának” nevezhetjük (Khan, 1963). A hozott és a környezeti tényezők összjátéka (*nature-nurture*) tehát ebben az esetben is megvalósul, csak a környezeti faktor rejtettebb – sokszor transzgenerációs – formában nyilvánul meg. A környezeti-kommunikációs tényezők patogenezisben kifejtett hatását általánosságban azért érdemes hangsúlyozni, mert a korszellem könnyen rövidre zár a biológiai tényezők egyoldalú hangsúlyozásának irányában, és ennek megfelelően hajlamosak lehetünk beszűkíteni a kezelés lehetőségeit. Egyszerűen fogalmazva: ha csak a biológiai okokat vesszük észre, akkor érthetően nem nagyon marad más megoldás, mint a farmakoterápia.

A transzgenerációs patogén hatásra és az ebből fakadó, kumulatív traumára példa lehet Péter esete, aki pszichoszomatikus megbetegedés határán álló konverziós eredetű gyomorpanaszokkal és erre irányuló hipochondriás aggodalmakkal jelentkezett pszichológiai kivizsgálásra. Anyai nagyapja a második világháború után nem sokkal gyomorrákban halt meg. Az anya megélése szerint a gyomorrákot a háborúban elszenvedett nélkülözések okozták. Péter számára, aki érzelmileg elutasító apjával nem tudott azonosulni, az anyai nagyapa emléke jelentette a primér azonosulási mintát, annál is inkább, mivel őt az anya imádta és idealizálta, és Pétert rendszeresen hozzá hasonlította, hangsúlyosan ügyelve a páciens táplálkozására, akinek „olyan érzékeny a gyomra, mint a nagyapjának”. A pszichodinamikus diagnosztikai munka során felállított hipotézis szerint a páciens konverziós panaszai leginkább az anyához fűződő éretlen-fűziós, incesztuózus elemektől sem mentes kötődési mintázat részeként értelmezhetők, melyben a páciensnek – egyszerűen szólva – gyomorbetegnek kell lennie ahhoz, hogy az anya kizárólagos szeretetét és figyelmét megkapja és fenntartsa.

Bár a korai traumák ereje a kóros lelki jelenségek kialakulásában vitathatatlan, a klinikai tapasztalat arra tanít, hogy az életút későbbi stádiumai is jócskán hordoznak magukban a lelki egyensúly megbomlását kiváltó mozzanatok. Erikson (1982) pszichoszociális fejlődési modellje jól használható a vulnerabilitás és a környezeti tényező patogén összjátékának megértésére.

A modell szerint az élet végéig tartó változási folyamat normatív krízisek mentén halad. Ezek olyan csomópontok, melyeknél a biológiai változásokkal dinamikus kapcsolatban álló pszichológiai változások és társas elvárások miatt az embernek újfajta énképet kell kialakítania és a megküzdés új módozatait kell életbe léptetnie. Ehhez szüksége van a korábbi, sikerrel megoldott stádiumokból származó tapasztalatokra, erőforrásokra. Mivel pedig az erőforrások megszerzésének és aktiválásának képessége a legősibb tanulási folyamatokhoz és az azokat kísérő tapasztalatokhoz kapcsolódik, így egy adott normatív krízis sikertelen megoldásának és az ekkor elinduló pszichopatológiai jelenségnek a gyökere a kora gyermekkorban keresendő. És bár felvethető, hogy az eriksoni modell konkrét stádiumai kultúraspecifikusak és így nem általánosíthatók, az vitathatatlan, hogy az emberi test biológiai változásai, az érési, majd az öregkori involúciós folyamatok és az ezekhez kapcsolódó társas viszonyulások, elvárások, kultúrától függetlenül, minden embernél megjelennek és kihívást jelentenek. Ennek megfelelően a modell, kellő rugalmassággal, a páciens kulturális sajátosságainak figyelembevételével, jól alkalmazható.

Az intrapszichés hangsúly az utolsó szempont, amelyet a pszichopatológiai jelenségek kialakulásának pszichodinamikus magyarázatánál még figyelembe kell vennünk. Egyszerűen fogalmazva arról van szó, hogy sosem azt tárjuk fel a diagnosztikai folyamat során, ami valójában történt, hanem azt, ahogy a páciens azt a történést, a számára traumatizáló életeseményeket a jelenben újraéli, vagyis azt, ahogy ezeknek az életeseményeknek az emléke a jelenben hat rá. A diagnosztikai munka során a múlt feltárása tehát valójában a múltból alkotott jelenbeli kép feltárását jelenti, és sosem öncélú: csak annyiban van szükség rá, amennyiben a múlt a jelen megértéséhez elengedhetetlen.

3. A személyiségdiagnózis alapfogalmai

A pszichodinamikus felfogás szerint a pszichopatológiai tünetek abból származnak, hogy a külvilág kihívásaira a személyiség nem képes adaptívan reagálni. A maladaptív reakció mértéke és összetettsége jelzi a tünet súlyosságát. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a tünet a páciens belső realitásának és a külső realitásnak a sűrűlódásából vagy összeütközéséből fakad. Bár – egyszerűen szólva – sok esetben a külvilág is elég beteg ahhoz, hogy nem meglepő, ha az egyén rosszul érzi magát

vagy akár zavart módon viselkedik benne, pszichopatológiáról csak akkor beszélhetünk, ha a lelki vagy viselkedéses zavarok a külső nehézségek elmúltával, illetve azok hiányában is fennállnak. Ezért a diagnózis felállításakor, a külvilág tényezőinek feltérképezése után, a páciens belső világára fókuszálunk. Az alábbiakban a belső világ modellezésének főbb pszichodinamikus fogalmait mutatom be, majd arról írok, miként jellemzik ezek a fogalmak a személyiség működését. A bemutatásra kerülő fogalmak a következők: élet- és halálösztön, énerő, felettes-én, elhárító mechanizmusok, kötődési stílus, mentalizáció, kóros szelftárgy-működés, tárgy- és szelfképzet.

Az *életösztön és halálösztön* fogalompárosa a lelki jelenségek energetikai vonatkozását, továbbá azok két irányát igyekszik modellezni (Rabeyron, 2021). Az életösztön a pszichológiai szerveződés hajtómotorja, az emberben működő integratív erők összefoglaló megnevezése. Kifejeződése a harmonikus testi és lelki működésben, a külvilág tapasztalatainak integrálására való készségben és a társas közeghez történő adekvát kapcsolódásban nyilvánul meg. A halálösztön, ennek ellenkezőjeként, a dezintegrációs, destruktív folyamatok energetikai hátterének összefoglaló megnevezése. A halálösztön túlsúlyának patológiás megnyilvánulásaként tarthatjuk számon a tünetek fenntartására irányuló, azaz a gyógyulással, illetve a gyógyító folyamatban való részvétellel szembeni ellenállás legkülönbözőbb fajtáit; az auto- és heteroagresszív késztetéseket és cselekedeteket; végezetül pedig a lelki és pszichoszomatikus dekompenzációs folyamatokat.

Az *énerő* a strukturális hármas felosztás (ösztön-én – én – felettes-én) középső, az adaptáció szempontjából központi fogalma. A lelki egyensúlyvesztés szűkegképpen éngyenge állapot, mivel az én feladata lenne, hogy a vágyakat a belső elvárásokkal és a külvilág követelményeivel összhangba hozza. A lelki egyensúlyát veszített ember pedig épp erre nem képes, és ezáltal környezetéhez kielégítő módon kapcsolódni sem tud.

A strukturális hármasság lényeges eleme még a *felettes-én*, melynek zavara a túlműködésben (például morális mazochizmus, az önértékeléssel kapcsolatos szorongásos és depresszív kórképek), az integrálatlanságban (például disszociatív önsértések, perszekutoros fantáziák) vagy a hiányban (például pszichopátia) nyilvánulhat meg.

A strukturális hármasság fő szabályozó eleme az *elhárító* – más szóval énvédő – *mechanizmusok* rendszere,

röviden az *elhárítások*.² Tulajdonképpen a lelki homeosztázis fenntartását szolgáló rendszerről van szó, mely az énműködést védi a különböző, külső és belső, káros hatások által előidézett szorongástól. Mivel túlzottan magas szintű szorongás esetén az én a környezethez alkalmazkodni nem képes, továbbá mivel az erős szorongás a testi folyamatokra is káros hatással bír, ezért belátható, hogy az énvédő mechanizmusok kulcsfontosságú szerepet töltenek be a lelki és a testi egészség fenntartásában.

Általánosságban elmondhatjuk, hogy az éngyengeséggel jellemezhető, súlyosabb kórképekben a primér – más néven archaikus, alacsonyabb szintű vagy pszichotikus – elhárítások dominálnak, melyek központi eleme a hasítás. A hasítás jelzi, hogy az én nem elég erős ahhoz, hogy saját integritását a fellépő szorongással szemben megőrizze. A homeosztázis fenntartása érdekében ezért saját, a szorongással kapcsolatban álló részeit énidegennek kell éreznie, és ezeket valamilyen módon el kell távolítania saját magától. Ehhez egyéb elhárításokat (például fel- és leértékelést, projektív identifikációt, szomatizációt vagy szkizoid fantáziálást), illetve ezek legkülönbözőbb kombinációit használja. Az ár, amelyet ezért fizetnie kell, jelentős: a személyiség rugalmassága csökken, és alkalmazkodási lehetőségei jelentősen beszűkülnek.

Nagyobb énerő esetén a szekundér – más néven magasabb szintű vagy neurotikus – elhárítások dominálnak. Ezeket az jellemzi, hogy az én integritása már megtartottabb, az erősebb énnel szemben a szorongást kiváltó készletések elfojtásra és – sok esetben egyéb magasabb szintű elhárítások (például intellektualizálás, izoláció, reakcióképzés) segítségével – átdolgozásra kerülnek.

Az elhárítások harmadik csoportját az érett elhárítások alkotják. Ezek alkalmazásakor az én elég erős ahhoz, hogy a szorongásból fakadó energiát tudatosan megformálja, és – mint szublimáció vagy altruizmus esetén – abból valami hasznos, sokszor a külvilág számára is hasznos produktumot hozzon létre.

Az elhárítások megmutatják a személyiség aktuális működésének szintjét: minél magasabb szintű elhárítások dominálnak egy adott pillanatban, annál rugalmasabbak, alkalmazkodóképesebbek vagyunk. Általánosságban pedig, ha normál élethelyzetben is gyakran kell archaikus elhárításokhoz folyamodnunk, az jelzi, hogy személyiségünk instabil, könnyen sebezhető, hi-

szén aránylag kis stresszhatásra is nagymértékű a szorongás, amelytől védenünk kell önünket.

A *kötődési stílus* az intim kapcsolatok fenntartásának képességét vagy az arra való képtelenséget mutatja. A diagnosztika szempontjából ennek megfelelően a stabil vagy instabil kötődés az élettörténeti anamnézis során aránylag jól felderíthető.

A *mentalizáció* összetett jelenség (Allen és mtsai, 2008). Általánosságban az arra való képességet értjük alatta, hogy a saját vagy a másik ember lelki folyamatait észleljük, érzelmileg átéljük, gondolatilag modellezzük és a viselkedéssel kapcsolatba hozzuk. Megkülönböztethetünk intrapszichés és interszjektív, emocionális és kognitív, végezetül pedig tudatos és automatikus (tudatelőtt és tudattalan) mentalizációt. A mentalizáció intrapszichés aspektusa a saját lelki folyamatainknak, illetve viselkedésünk mögötti lelki motivációinknak a megélésére és tudatosítására vonatkozó képességet jelenti. Az interszjektív aspektus alatt azt értjük, hogy a másik ember viselkedéséből a lelki motivációkra következtetni tudunk, illetve azokat érzelmileg át tudjuk élni. A kognitív és emocionális aspektus a lelki leképezés két lehetséges iránya: az előbbi a gondolati, fantázia által történő leképezés – interszjektíven: „gondolatolvasás” –, az utóbbi az érzelmi megélés – empátia – iránya. Végezetül a mentalizáció működhet automatikusan, és lehet tudatos erőfeszítés eredménye, vonatkozzon akár intrapszichés, akár interszjektív területre, és működjön akár kognitív, akár érzelmi módon.

A következő fontos fogalom a *kóros narcisztikus működéssel* kapcsolatos *kóros szelftárgy*-működés. A narcizmus kérdésköre az önünk egészséges megélésének értékelésével, a szelférzettel kapcsolatos. Egészséges szelféret esetén önértékelésünk aránylag stabil, ennek fenntartására nincs szükségünk intenzív lelki folyamatok – leginkább fel- és leértékelés – folytonos használatára és az ezekből fakadó viselkedéses megnyilvánulásokra. Ha szelférzetünk nem elég stabil, akkor belső bizonytalanságaink kiegyensúlyozására emberi kapcsolatainkban a *kóros szelftárgy*-működés válik uralkodóvá. Ez azt jelenti, hogy a velünk kapcsolatba kerülő másik embert csak abban a funkciójában érzékeljük, hogy számunkra miként szolgál ellensúlyként önértékelésünk stabilizálása érdekében. A kóros szelftárgy-működés két pólusa (Kohut, 1984), mikor a személy önmagát értékesnek csak a másinak alárendelve tudja megélni, és biztonságban is csak neki alárendelve érzi

² Az elhárító mechanizmusok felsorolását és rövid leírását ld. pl. Gabbard, 2014: 34–37.

magát, illetve amikor valaki csak másokat leértékelve tudja megélni saját értékét. Diagnosztikai szempontból a két pólus gyakori váltogatása inkább a határeseti (borderline) zavarra, az egyik pólus stabilabb fenntartása pedig a narcisztikus patológiára jellemző. Ezekkel szemben, egészséges szelvtárgy-működés esetén, közeli emberi kapcsolatainkban kölcsönösen és igény szerint szerepet cserélve erősítjük meg egymást, és nyújtunk biztonságot egymásnak.

A tárgy- és a szelfképzet (vagy tárgy- és szelfreprezentáció) integráltsága és egymáshoz fűződő viszonyának minősége kapcsolódik a fent tárgyalt szelvtárgy-működéshez, és átvezet bennünket a személyiségdiagnózis két differenciáldiagnosztikai fogalmához, a *realitás-érzékhez* és az *identitásdiffúzióhoz*. Integrált tárgy- és szelfképzet alatt azt értjük, hogy az érzelmileg jelentős másik személyekről, illetve saját magunkról alkotott képünk és ezekhez fűződő érzelmi viszonyulásunk a különböző élethelyzetek által kiváltott ellentétes érzelmi állapotok dacára is képes fennmaradni. Időben kivetítve jelenti ez élettörténeti narratívánk folytonosságát: „Ez és ilyen voltam én, ez és ilyen vagyok most, így lettem ezzé és ilyenné, illetve: ő az, akit szerettem és szeretek, vagy épp gyűlölök, és így vált ilyenné a kapcsolatunk.” Az integrált szelf- és tárgyképzetet lelkünkben a pozitív tapasztalatokból származó pozitív viszonyulás kapcsolja össze, mely a fentebb már bemutatott életösztön lelki kifejeződése, érzelmi megélése pedig a szeretet. Ezzel ellentétes, a lelkivilágot alkotó reprezentációk szétzilálása felé mutató készletetés a halálösztön megnyilvánulása, mely érzelmileg agresszió és gyűlölet formájában kerül átélésre. Az integrált tárgy- és szelfképzet világát tehát a pozitív kapcsolódás uralja.

4. A személyiségdiagnózis rendszere és illesztése a leíró diagnosztikához

A személyiség-diagnózis 2. pontban ismertetett alapfogalmait követve a személyiség működésének három szintjét különböztethetjük meg: az *egészséges-neurotikus*, a *határeseti (borderline)* és a *pszichotikus* szintet (Kernberg, 2004). A szintek közötti differenciáldiagnosztikai határt a neurotikus és határeseti szint között az *identitásdiffúzió*, a határeseti és a pszichotikus szint között pedig a *realitásérzék* fogalmában ragadhatjuk meg. Az identitásdiffúzió azt jelenti, hogy a szelf- és tárgyreprezentációk egymásnak ellentmondóak, ennek megfelelően a saját magunkhoz és társas környezetünk fontos sze-

mélyeihez fűződő kötődéseink bizonytalanok, szélsőségek által uráltak, vagy patológiás szelvtárgy-viszonyulásokban rögzültek. Mivel a belső bizonytalanság miatt a tapasztalatok hangsúlyosan negatívak, és a szorongás erősebb, ezért a viselkedés fő mozgatórugója az ezektől való megszabadulás lesz, melyet a gyenge én döntően primér elhárítások segítségével tud csak megvalósítani. A belső káosz pedig nem teszi lehetővé a mentalizáció adekvát működését.

Mindezzel szemben pedig a neurotikus és az egészséges működést a konszolidált identitás jelenti, ahol a szelf- és tárgyreprezentációk megtartottak, a szorongás kisebb, így az én a stresszel rugalmasabban, főleg magasabb szintű elhárítások segítségével képes megküzdeni. A rendezett belső világ lehetővé teszi stabil kötődési kapcsolatok fenntartását és a mentalizáció magasabb szintű működtetését.

Pszichotikus szinten pedig a szelf- és tárgyreprezentációk összerosódnak, sokszor bizarr módon lépnek fúzióra egymással. Ennek megfelelően a külső és a belső világ közötti határ elmosódhat, a fantáziák érzékek formájában – téveszmék, hallucinációk – jelentkezhettek. A gyenge én archaikus elhárítások segítségével sem képes a magas szintű szorongással kellő mértékben megbirkózni, ezért a külvilághoz való alkalmazkodás képessége csökken, és mivel a lelki egyensúly visszanyerésére tett kísérletek a fantáziaműködés által kontamináltak, ezért a viselkedés bizarrá válhat. Mivel az identitás és a kötődési kapcsolatok megélése is a fantáziavilág működése által erősen befolyásolt, a mentalizációs készség csak sporadikusan működik.

Mint azt a bevezetőben kifejtettük, a pszichodinamikus diagnosztikai felfogás a tünetek fennállása mögött a személyiség egyensúlyvesztését feltételezi. Ennek megfelelően a tünetek fajtájából és intenzitásából a személyiségműködés szintjére következtethetünk. Mivel pedig a leíró diagnosztika rendszerei (BNO, DSM) a tünetekből indulnak ki, a leíró diagnosztikai rendszerek főbb kategóriái a személyiségdiagnosztika szintjeivel összefüggésbe hozhatók. Mivel különböző alapfeltevésekből létrehozott rendszerekről van szó, a megfeleltetés csak hozzávetőleges és általános, egyedi kivételek jócskán előfordulhatnak.

A rendszerek összevetésénél fontos azt is figyelembe vennünk, hogy a személyiség aktuális működése (*state*) eltérhet az általános (*trait*) működéstől. A kettő közötti eltérés – nevezetesen, hogy a páciens minek hatására, milyen mértékben és módon regrediál vagy épp progrediál – fontos jelzője a személy vulnerabilitásá-

nak, és ezért ez a terápiás terv kialakításánál is lényeges szempont. A körületek történeti anamnézis lényeges támpontokat szolgáltathat e kettő – aktuális vagy általános működés – elkülönítésére, illetve a vulnérabilitás szempontjainak felderítésére.

Végezetül lényeges szempont még a trauma, mivel ez a legkülönbözőbb módon képes hasítani a személyiséget, illetve ha korai, a lelki fejlődés szempontjából kritikus stádiumokban szenvedjük el, képes megakadályozni az integrált személyiség kialakulását. Trauma hatására a legkülönbözőbb zárványok alakulhatnak ki a személyiségben, melyek váratlan módon és formában akadályozhatják a személyiség egészséges részeinek működését. Mivel az átélt trauma valós következményei és sokszor még megléte is a személyiség explorálható felszínétől távol esik, nem meglepő, hogy a diagnosztikai fázis során ezek sokszor nem kerülnek elő, és csak hosszabb terápia során éri a szakembert a váratlan felismerés.

Jó példa erre Ferenc esete, aki rendezett családból származó, szakmájában sikeres, megnyerő külsejű férfi. Fő problémájaként az intim kapcsolatok megtartását nevezte meg. A diagnosztikai fázis felmérése során semmilyen jelentősebb traumára nem derült fény, amely a problémát magyarázta volna. A probléma jellege, a motiváció és az introspekcióra való készség miatt a klinikus hosszú, pszichodinamikus terápiát indikált. A terápia nyomán derült fény Ferenc gyerekkorának meghatározó elemére, mikor egy életveszélyes és egyben számára szégyenletes baleset után, melyet ő említésre méltónak sem tartott, több hétig kórházban volt, ahol különböző, érthető okoknál fogva, szülei nem látogathatták. Mint az a terápiában rekonstruálható volt, a kórházból kikerülve korábbi viselkedése megváltozott: visszahúzódozó lett, indulatkitörések és enyhébb önsértéses készletések gyötörték. Komolyabb pszichológiai segítséget a trauma feldolgozására nem kapott, a tünetek maguktól, néhány hónap alatt rendeződtek. A pszichodinamikus terápia védett terében, a terapeutával megélt áttételi viszonyban aktiválódó félelem és indulat könnyen kapcsolatba hozható volt a felmerülő traumatikus emlékekkel és az aktuálisan megélt intimitásproblémákkal.

Mindezek figyelembevételével általánosságban azt mondhatjuk, hogy a személyiségzavarok, az identitás alapvetően érintő zavarok és a szexuális tárgyválasztás zavarai, a súlyos disszociatív és szomatiform kórképek, továbbá az önálló lelki szabályozás súlyos deficitjét jelző impulzuskontroll-problémák és addikciók leginkább

a határeseti (borderline) személyiség szerveződés szintjén mozognak. A tartós realitásvesztéssel járó – affektív vagy nem affektív komponensű – zavarok a pszichotikus szinthez, míg a közepes és enyhe depressziós és szorongásos zavarok inkább a neurotikus spektrumhoz tartoznak.

5. A diagnózis felállításának nehézségei és gyakorlati kérdései

Mivel a pszichodinamikai diagnózis során a páciens belső működésének egészéről igyekszünk képet alkotni, olyan összetevőkről is, amelyek a páciens számára is tudattalanok, ezért ennek a diagnózisnak a felállítása az általános klinikai ismereteken és tapasztalaton túlmenően a pszichoanalitikus elméletek kellően integrált tudását, saját belső konfliktusaink és vulnérabilis pontjaink ismeretét – azaz kellően mély pszichoanalitikus jellegű önismereti képzettséget – és a pszichodinamikus klinikai-terápiás gyakorlatban való kellő jártasságot követeli meg a szakember részéről. Veszélye az ilyen típusú diagnosztikus szemléletnek, hogy mivel a klinikus saját lelki folyamataira való ráhangolódást követel meg, olyan szakemberek számára is vonzó lehet, akik úgy gondolják, hogy a rendszeres és intenzív tanulás és elköteleződés a pszichodinamikus ismeretek megszerzésének nem feltétele, elég csak „valamennyi önismeretbe járni, és az érzéseinkre hagyatkozni”. Az igazság inkább az, hogy többéves klinikai tapasztalat, intenzív önismereti és szupervíziós munka és elméleti tanulás után válik csak a klinikus szakember képessé arra, hogy a pszichodinamikus szemléletben benne rejlő diagnosztikai lehetőségeket a páciens érdekében valamelyes biztonsággal hasznosítani tudja.

Példának említhetjük azt a szupervízióba hozott diagnosztikai esetet, melynek során a pszichodinamikus szemléletet preferáló kolléga részletesen ismertette a páciens tüneteit és viselkedési sajátosságait, majd kitért arra, hogy milyen érdekes, hogy a páciens nem váltott ki belőle semmilyen viszontáttételi érzést. Vagy jó példa annak a kollégának az esete is, aki diagnosztikai esetismertetése legelején saját, narcisztikus formakörbe tartozó viszontáttételi érzéseit kezdte elemezni, mintegy szemléltetve a páciens személyiségének rejtett, narcisztikus aspektusait, miközben a néhány szóban ismertett klinikai kép alapján valószínűsíthető volt, hogy ennél jóval súlyosabb, pszichotikus probléma volt az előtérben.

Mindkét esetben a pszichodinamikai diagnosztikus folyamat számára oly kulcsfontosságú viszontátvételi jelenségek felhasználásának problémájáról van szó. Röviden, viszontátvétel alatt a klinikus lelki folyamatainak azon tartalmait értjük, amelyek a pácienssel folytatott munka során keletkeznek a klinikusban. A viszontátvételi tudatosítása lényeges mozzanat a páciens belső világának, különösen a világ tudattalan tartalmainak modellezése szempontjából. Minderről részletesebben a nem strukturált interjúról szóló tanulmányban ejtünk szót.

A klinikus a fenti példákban nem volt képes a pácienssel kapcsolatos érzéseit a megfelelő módon kezelni, azaz egyéb megfigyelési adatokkal kapcsolatba hozni. Az első esetben a páciens érzeletlenítő működés módjára következtetni, és azt összefüggésbe hozni a patológiával, a második esetben pedig a nárcisztikus tartalmak mögött felismerni a pszichotikus problémából fakadó, kétségbeesett kapcsolódási igényt.

A pszichodinamikai diagnosztikai folyamat során a klinikus a páciens külső megfigyelése és saját, belső tudattartalmainak megfigyelése által hipotézist alkot a páciens személyiségének aktuális és általános működéséről. Hipotézisét a diagnosztikai lépések során folyamatosan ellenőrzi, módosítja. Saját, belső tudattartalmainak megfigyelése azért lényeges, mert feltételezzük, hogy a kommunikáció non-verbális csatornáin keresztül a személyiség ősbib rétegei nyilvánulnak meg. Ezek a non-verbális jelek nem tudatos formában, érzések, fantáziák, testérzetek módján jelentkezhetnek a klinikusban. Ezek dekódolásához szükség van arra, hogy a klinikus kényelmesen érezze magát saját tudattalan reakcióival kapcsolatban, és hogy minél inkább ismerje azokat.

A pszichodinamikai diagnózis legfőbb eleme az interjú, mely egyben megfigyelési helyzet is. Egy vagy több ülésben is történhet. Kérdezési fókuszát tekintve egyszerre irányul annak felderítésére, hogy miként éli meg a páciens a vizsgálati helyzetet, mi az aktuális élethelyzet, mely a vizsgálatot indokoltá teszi, milyen főbb elemei vannak a probléma történetének, végül pedig, hogy melyek a páciens élettörténe legjelentősebb mozzanatai. A pszichodinamikai szemlélet alapján kidolgozott strukturált interjúkat és kérdőíveket a hétköznapi gyakorlatban nem használjuk, jelentőségük inkább didaktikus, kutatási és szakmapolitikai (Doering, 2016; OPD Munkaközösség, 2006).

Az interjúk kiegészülhetnek a személyiség működésének feltérképezését célzó projektív (leginkább Rorschach-)

és nem projektív (a hazai gyakorlatban leginkább MMPI-) tesztekkel, bár a tapasztalat azt mutatja, hogy a pszichodinamikai tudás elmélyülésével a tesztek használata a legtöbb esetben jelentős mértékben lecsökken, illetve elmarad. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a szakember kellő lelki jártasságra tesz szert ahhoz, hogy a tesztek által nyújtott, objektívált elemzési lehetőségre már ne legyen szüksége, mivel a klinikai anyag objektíváltását és az anyag elemzését már saját mentális terén belül is el tudja végezni.

A pszichodinamikai diagnosztikai munka főbb lépései: 1. előmező (mindaz az ismeret, fantázia és érzés, mely a pácienssel kapcsolatban a klinikusban keletkezik, még mielőtt az első szakmai találkozás létrejönne), 2. interjú(k), 3. tesztek (gyakran elmarad), 4. integrálás, 5. indokolt esetben: az integrált vélemény átültetése a szükséges diagnosztikai nyelvezetre (BNO, DSM), illetve a terápiás indikáció előkészítése. Az egyes lépések között alkalom adódik a klinikai hipotézis újrafogalmazására, árnyalására. A folyamat ideális esetben akkor ér véget, amikor a diagnózist indító – differenciáldiagnosztikai, terápiás indikáció jellegű – kérdésfelvetésre a válasz megszületik.

Végezetül fontos kiemelnünk, hogy a pszichodinamikai diagnózis során a szakember törekszik arra, hogy a páciens a maga egyediségében ismerje meg. Az átvételi folyamatok és a viszontátvételi reakciók szakszerű monitorozása, valamint a pszichoanalitikus elméletek és a klinikai tapasztalat megfelelő szintű integráltsága teszi lehetővé, hogy a pszichoanalitikus klinikus a diagnosztikai folyamatban kellő rugalmassággal és szakszerűséggel úgy vegyen részt, hogy miközben a folyamatot a páciens igényeihez igazítja, aközben mégis, a folyamat végére, a diagnózishoz szükséges információk birtokába jusson.

6. Összefoglalás

Írásomban a pszichodinamikai vagy más szóval pszichoanalitikai szemléletű diagnosztika legfontosabb alapelveit foglaltam össze. Beszéltem a lelki problémák kialakulásának pszichoanalitikai modelljeiről, összefoglaltam a diagnózis megalkotásához szükséges alapfogalmakat, bemutattam a személyiségiagnózis rendszerét, és azt vázlatosan összevettem a gyakorlatban használt, leíró rendszerek főbb diagnosztikai csoportjaival, végezetül pedig a gyakorlat nehézségeit és legfontosabb kérdéseit tárgyaltam.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Abraham, K. (1921). Beitrag zur „Tic-Discussion“. In Johannes Cremenius: *Psycho-Analytische Studien*. Psychosozial-Verlag, 1998. 64–68.
- Allen, J. G. és mtsai (2008). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest, Oriold és Tsai, 2011.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Macmillan.
- Doering, S. (2016). *Áttétel fókuszú pszichoterápia*. Budapest, Oriold és Társai, 2020.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, (196): 129–136.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5): 535–544.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed*. New York – London, W. W. Norton & Company, 1998.
- Gabbard, G. O. (2014). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Budapest, Oriold és Tsai, 2016.
- Gerhardt, S. (2004). *A szükséges szeretet. Az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére*. Budapest, Oriold és Tsai, 2012.
- Kernberg, O. F. (2004). *Agressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. New Haven – London, Yale Univ. Press.
- Khan, M. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 286–306.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure*. London–Chicago, Univ. of Chicago Press.
- Mahler, M. és mtsai (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. London, Routledge, 2019.
- Morrison, J. (1997). *When Psychological Problems Mask Medical Disorders: A Guide for Psychotherapists*. New York – London, The Guilford Press.
- OPD Munkaközössége (2006). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2: A diagnosztika és a terápiatervezés kézikönyve*. Lélekben Otthon Kiadó, 2007.
- Rabeyron, Th. (2021). Beyond the death drive: entropy and free energy. *International Journal of Psychoanalysis*, 102(5): 878–905.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum Ass.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York – London, W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York – London, W. W. Norton & Company.
- Stern, D. (1985). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula, 2002.



A kognitív viselkedésterápiás szemlélet szerinti diagnosztizálás alapelvei

Vizin Gabriella

1. Bevezetés

A kognitív viselkedésterápiás szemlélet alapjai a 19. század végéig, a kísérleti lélektan megjelenéséig nyúlnak vissza. Az empiricizmus fogalmi alapvetése, mely szerint a megismerés forrása a tapasztalat, tekinthető a szemlélet filozófiai gyökerének. Első lépéseként az ortodox behaviorizmus szigorú kísérleti és teoretikus keretei jelentek meg, és annak legfőbb célja az objektíven megfigyelhető viselkedések elemzése volt, a szubjektív introspekcióval nyert adatok helyett. Miután a 60-as évek komputációs paradigmájának és kognitív fordulatának köszönhetően a belső viselkedések (gondolatok, érzések, fantáziák) is vizsgálódás és beavatkozások tárgyát képezhették, ez további lendületet adott a szemlélet diagnosztikai és terápiás eszközkészletének fejlődéséhez. Ettől az időszaktól datálható a kognitív szempontú diagnosztika kialakulása, mely a korábbi, viselkedésdiagnosztikai repertoárt magában foglalva további, megbízható mérőeszközökkel bővült, így kérdőíveket, becslőskálákat, strukturált diagnosztikai interjúkat alkalmaznak a páciens problémájának, tüneteinek, mentális zavarának felmérésében. A szemlélet fejlődésének közelmúltbéli eseményei tovább bővítették az eszköztárat, például a sématerápiás felmérés eszközeinek megjelenéséig, később a mindfulness vagy az önegyüttérzés módszertanának kidolgozása pedig magával hozta a mindfulness- és az önegyüttérzés-készségek felmérésére alkalmas eszközök kidolgozását is.

Annak ellenére, hogy az első viselkedésterápiás szemléletű felmérések és beavatkozások a 20. század elején már megtörténtek (ld. pl. Kis Albert esete a fehér, szőrös állatokkal) (Watson és Rayner, 1920), jól látható, hogy a szemlélet terápiás és diagnosztikai eszközei a mai napig folyamatosan frissülnek és fejlődnek.

A kognitív viselkedésterápiás diagnosztika a tüneti kép és az azzal összefüggésben megjelenő tényezők alapos feltárását célozza, melynek fő célja a terápia megalapozása, függetlenül attól, hogy milyen típusú beavatkozás fogja követni a felmérés fázisát. A maladaptív viselkedési mintázatok alapos megfigyelése, felmérése,

előzményeinek és következményeinek elemzése hozzásegítik a szakembert a megértéshez és az adekvát beavatkozások tervezéséhez.

Jelen tanulmány célja, hogy bevezetést nyújtson a kognitív viselkedésterápiás szemléletű diagnosztika elméletébe, és röviden áttekintse a gyakorlatban alkalmazott eszköztárat.

2. A kognitív viselkedésterápiás felmérés alapjai

A klinikai pszichológus a diagnosztikai folyamat során többnyire objektív és projektív eljárások alkalmazását mérlegeli, melyek magyarázatot adhatnak a vizsgált személy panaszaiával kapcsolatban. Ez a szemlélet azt feltételezi, hogy a páciens személyisége stabil belső konstrukció, így a személy viselkedése is meghatározott, belső lelki jellemzők és attitűdök következménye. Másrészt, a személyiség értékelése révén (MMPI, Rorschach) következtethetünk a várható viselkedésekre, mert a vizsgált személyek viselkedése mögöttes tényezők és nehézségek jele (Pomerantz, 2020). Ezzel szemben a kognitív viselkedésterápiás szemlélet magára a viselkedésre helyezi a hangsúlyt, és arra hívja fel a figyelmet, hogy nem a mögöttes tényezők jelentenek problémát, hanem maga a viselkedés a probléma, tehát a maladaptív viselkedési mintázatokkal kell foglalkozni, és nem a feltételezhető mögöttes tényezőkkel (Haynes és mtsai, 2015). A kognitív viselkedésterápiás perspektíva kiemeli, hogy a felmérés fő célja a releváns terápia tervezése kell hogy legyen. További jellemzője a kísérleti megalapozottság, fókusz a kogníciók és a viselkedések feltárásán van, valamint markánsan megjelenik az itt és most jelleg. Ezeket a jellemzőket az alábbiakban foglaljuk össze röviden.

A napjainkban alkalmazott kognitív viselkedésterápiák pszichológiai előzményeinek a 20. század elején kidolgozott behaviorista, majd neobehaviorista teóriák és metodikák, valamint az 50-es években megjelenő komputációs paradigma és kognitív forradalom tekinthetők. A klasszikus viselkedésterápiákat követően a 20. század

derekának kognitív fordulata nyomán elfogadhatóvá vált az a nézet, hogy a kognitív történések is egyenértékű viselkedéses – belső viselkedéses – változók (Tringer és Mórotz, 1985), így a viselkedésterápiás intervenciókat egyre szélesebb körben egészítették ki kognitív terápiás módszerekkel. A kognitív viselkedésterápia irodalma azóta is folyamatosan bővül, új elméleti koncepciók születnek, új terápiás módszereket próbálnak ki, vezetnek be, egyre több kórképben lehet alkalmazni a jól kidolgozott, elméleti bázissal bíró kognitív viselkedésterápiát (Perczel-Forintos, 2019). Mindez magával vonja a kognitív viselkedésterápiás felmérés eszközeinek fejlődését is. A kognitív viselkedésterápiás szemléletű diagnosztika a terápiás eszköztár fejlődésével együtt alakult, bővült, és legfőbb szándéka mindig is a *terápiás módszertan megalapozása és segítése* volt.

A kognitív viselkedésterápiás szemléletű diagnosztika további jellemzője a kísérleti megalapozottság. A kognitív viselkedésterapeuták, a kísérleti lélektan hagyományához híven, soha nem idegenkedtek a terápiás módszerek hatékonyságának vizsgálatától, így a legtöbb kutatási eredmény ezen a területen érhető el. A *kísérleti megalapozottság* a diagnosztikai módszertan kidolgozására is kihat, különösen a különböző kérdőívek, strukturált diagnosztikai interjúk tekintetében. Számos kutatási eredmény áll rendelkezésünkre a különböző mérőeszközök pszichometriai mutatóit, megbízhatóságát tekintve, ami segíti a bizonyítékokon alapuló eszköztár gyakorlatát ezen a területen (ld. pl. Erford és mtsai, 2016; McMillan és mtsai, 2007).

A kognitív viselkedésterápiás szemléletű felmérés alapelve, hogy a vizsgált személyeket, pácienseket ne címkézzék bármilyen vonással vagy sztereotípiával, ne sorolja kategóriákba, ne hasonlítsa az átlagokhoz, és ne találgassa a személyes okokat vagy indítékokat. Ehelyett a hangsúly a személy *releváns kognícióin és viselkedésén* van (Mischel, 1968).

A kognitív viselkedésterápiás diagnosztika az aktuális *tüneti képre*, így az egyén maladaptív viselkedésére és a viselkedés kialakulásában szerepet játszó körülményekre helyezi a hangsúlyt. A kognitív viselkedésterápiás diagnosztika célja alapvetően a tüneti kép feltárása, valamint olyan információk gyűjtése, mely révén érthetővé, magyarázhatóvá és prognosztizálhatóvá válik a páciens problémája ebben a modellben.

A kognitív viselkedésterápiás diagnosztika legfőbb területeit az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- Szűrés: a páciens állapotának szűrése, akár az első interjút megelőzően vagy azt követően. Az állapot

szűrésére többnyire rövid, a páciens részéről könnyen kitölthető kérdőíves eljárásokat alkalmazunk, mint amilyen a PHQ-9 vagy a PHQ-4 (ld. részletesebben könyvünk II/5.1. tanulmányát).

- **Állapotfelmérés:** az első interjút követően a páciens állapotfelmérése, általános kérdőíveken kívül, megfigyeléssel, önmegfigyeléssel, a tüneti képhez illeszkedő viselkedésdiagnosztikai eljárásokkal és speciális kérdőívek segítségével történhet (pl. BDI, BAI, EAT, Y-BOCS, PCL-5; ld. részletesebben könyvünk II/1.3., II/1.4. és II/5.1. tanulmányát, valamint a 3. táblázatot).
- **Diagnózisalkotás:** mentális zavarok diagnosztizálása céljából strukturált diagnosztikai interjúkat alkalmazunk (ld. könyvünk II/1.5 és II/1.6. tanulmányait).
- **Terápia tervezése:** terápia tervezésére a viselkedésdiagnosztika, valamint a kognitív szempontú konceptualizálás jelent segítséget (ld. részletesebben könyvünk II/1.3. és II/1.4. tanulmányát).
- **Állapotkövetés a terápia során:** az állapotfelmérésre használt kérdőívek a terápia követése során is folyamatosan alkalmazhatók.
- **Terápiás beavatkozások hatékonyságának vizsgálata:** a kognitív viselkedésterápiás felmérés része a terápia lezárásakor a terápia hatékonyságának vizsgálata, mely magában foglalhat állapotfelmérésre alkalmas kérdőíveket, illetve strukturált diagnosztikai interjúkat és objektív személyiségmérő eljárásokat is (ld. könyvünk II/1.5., II/1.6., II/3.2. és II/5.1. tanulmányát).

3. A kognitív viselkedésterápiás szemlélet szerinti diagnosztizálás lépései a gyakorlatban

A páciens megjelenése a gyakorló szakembernél több módon és több szinten történhet. Így a páciens kereshet önállóan segítséget, vagy másik szakemberek javaslatára érkezik az első találkozásra. Előfordulhat, hogy alapos pszichodiagnosztikai felmérést követően érkezik, de elképzelhető, hogy most először találkozik pszichológussal. A kognitív viselkedésterápiás szemléletben az aktuális állapotfelmérésre az első interjú során minden esetben sor kerül. Egy tipikus kognitív viselkedésterápiás szemléletű felmérésnek a viselkedés elemeit, előzményeit, valamint a környezeti következmények áttekintését kell tartalmaznia (Groth-Marnat és Wright, 2016).

A pácienssel való első találkozás első interjú kereteiben zajlik, melynek legfőbb célja a páciens panaszainak

feltárása, a keresztmetszeti kép feltérképezése és hipotézisek generálása a hosszmetzeti kép megjelenésére, a háttértényezőkre, fenntartó tényezőkre vonatkozóan. Az első interjú strukturálatlan metodikát követ, azonban a kognitív viselkedésterápiás hipotézisek generálásához a szakember gyakran direktívebb eszköztárat alkalmaz. Az első interjú magában foglalja a viselkedésdiagnosztikai és kognitív szempontú felmérést is. Az első interjút kérdőíves állapotfelmérés követi, mely eszközkészlet a terápia hatékonyságának követésére is alkalmas. Az első interjú később kiegészülhet motivációs interjúval vagy strukturált diagnosztikai interjúkkal. Ezeket az eszközöket röviden az alábbiakban tekintjük át.

3.1. Első interjú

Az első interjú hasonló szabályszerűségeket követ, mint bármilyen egyéb, elsősorban pszichoterápiás folyamat megelőző első interjú, azonban szemléletében a kognitív és viselkedésterápiás alapelvek érvényesülnek. Ezek az alapelvek leginkább a kognitív viselkedésterápiás magyarázó elvek alapján fogalmazhatók meg, így fontos szempont annak elfogadása, hogy a páciens tüneteinek pontos megértése és a megelőző tényezők (kiváltó események, negatív gondolatok, érzelmek), valamint a következmények (további érzelmek, gondolatok, környezet reakciói) számbavétele révén tudjuk megalapozni a későbbi sikeres terápiát. A kognitív viselkedésterápiás szemléletben a páciens szakértőnek tekintjük saját problémája érzékelésében, és a lehető legpontosabb interpretációra kérjük az első interjú során. A páciensszakember kapcsolatot az elfogadó, hiteles, empatikus attitűd és a kollaboratív empirizmus alapozza meg. A kollaboratív empirizmus azt jelenti, hogy a páciens nehézségeinek megértésében mellérendelő jellegű kollaborációra törekszünk, és közösen gyűjtünk tapasztalati adatokat tüneteit illetően (Beck, 2021; Padesky, 2020). Az első interjú, struktúráját és tartalmát tekintve, az exploráció és obszerváció adta lehetőségeken kívül magában foglalja a tüneti kép keresztmetszeti felmérését, a tünetek kialakulásának történetét, az anamnesztikus adatok áttekintését, a hosszmetzeti konceptualizáció latolgatását, valamint diagnózisok felmérését és terápiával kapcsolatos tervezést. A tüneti képpel kapcsolatban mind a viselkedésdiagnosztikai felmérés, mind a kognitív szemléletű felmérés segíti az alapos megértést.

3.1.1. Viselkedésdiagnosztika

A viselkedésdiagnosztika a kognitív viselkedésterápiás szemlélet lényeges, viselkedésterápiától függetlenül is alkalmazható hozadéka. A viselkedésterápia a viselkedés magyarázata és megváltoztatása tekintetében a kísérletileg bizonyított tanulásméleti alapokra épít, melynek szerves részét képezi a viselkedésdiagnosztika. A viselkedésdiagnosztika elemeinek felmérésére számos modell született, amelyek mindegyike a viselkedéssel kapcsolatos „mi?” és „hogyan?” kérdésekre keresi a választ. (A különböző viselkedéselemzési modellek részletes összefoglalást ld. pl. Mash és Hunsley, 1990.)

Az egyik legelterjedtebb, legszélesebb körben alkalmazott viselkedésszerveződésre vonatkozó modell az ún. SORCK modell (Kanfer és Saslow, 1974). A modell elnevezése egy betűszóból ered, mely a viselkedés leírására alkalmas képlet elemeire utal: $R = f(S, O, K, C)$, ahol R = reakció, S = stimulus (külső és belső ingerkörnyezet), O = organizmikus változó (személyiség), K = kontingenciák (a jutalom valószínűségének mértéke) és C = konzekvenciák (a viselkedés által előidézett következmények). A modell elemeinek jellemzőit részletesen a viselkedésdiagnosztika során tárhatjuk fel.

Hasonlóan gyakran alkalmazott, viselkedés-szempontú felmérést segítő modell Lazarus BASIC-ID modellje (Lazarus, 1976). A modell elnevezésében minden egyes betű egy-egy, a felmérés tekintetében lényeges területet jelöl (ld. 1. táblázat).

1. táblázat. Lazarus BASIC-ID modelljének elemei, Lazarus (1976) alapján

- B = behavior (a viselkedés jellemzői, időtartama, gyakorisága, intenzitása, előzményei és következményei)
- A = affects (érzelmi válaszok)
- S = somatization (fizikai panaszok és szenzoros tapasztalatok)
- I = imagination (képzeleti működés és olyan mentális képek feltárása, melyek kapcsolatban állnak a tünett)
- C = cognition (negatív kogníciók, téves hiedelmek)
- I = interpersonal relationship (személyközi, szociális kapcsolatok)
- D = drug (gyógyszerek, szélesebb értelemben egészségtudatosság, testmozgás, diéta)

Viselkedésdiagnosztika során információt nyerhetünk a viselkedésdiagnosztikai interjúból, a viselkedés

2. táblázat. A viselkedésdiagnosztikai félig strukturált interjú elemei, Haynes és mtsai (2009), Mórotz (2019), valamint Tringer és Mórotz (1985) alapján

1. Tünetviselkedés elemzése

- egyes tünetek (viselkedésegységek) elemzése, azok gyakorisága, intenzitása, időbeli ingadozása
- szituáció elemzése, amelyben a tünet megjelenik
- környezet reakcióinak elemzése, megerősítések formái
- a páciens által alkalmazott, szorongáscsökkentő maladaptív megoldások, önkontroll-módszerek elemzése
- respondens (klasszikus kondicionáláson alapuló) vagy operáns (operáns kondicionáláson alapuló) a viselkedés
- a tünet kialakulásának körülményei (első megjelenés, eredeti szituáció, időbeli történet, eddigi kezelések)
- esetleges járulékos tényezők (egyéb betegségek, organikus háttér, addikciók)
- részletes anamnézis

2. Terápiás célkitűzések körvonalazása

- motivációelemzés (mi lehet jutalom, mi lehet büntetés, ki vagy mi tartja fenn a tünetet, milyen előnye/hátránya származhat a páciensnek a tünetből?)
- tünet megszűnésének várható hatása
- terápia fókuszának meghatározása (konkrét viselkedésre, környezetre vagy személyiségre vonatkozhat)

3. Terápia tervezése

- milyen módszert alkalmazzunk?
- szorongásleltár és szorongáshierarchia kialakítása az adott tünetre vonatkozóan, ami a beavatkozás menetét határozza meg
- hatékonyság ellenőrzésének tervezése

megfigyeléséből, a páciens önmegfigyeléséből és naplózásból, különböző tünetbecslő skálákból és a fiziológiai változásokból (ld. pl. Nay, 1979).

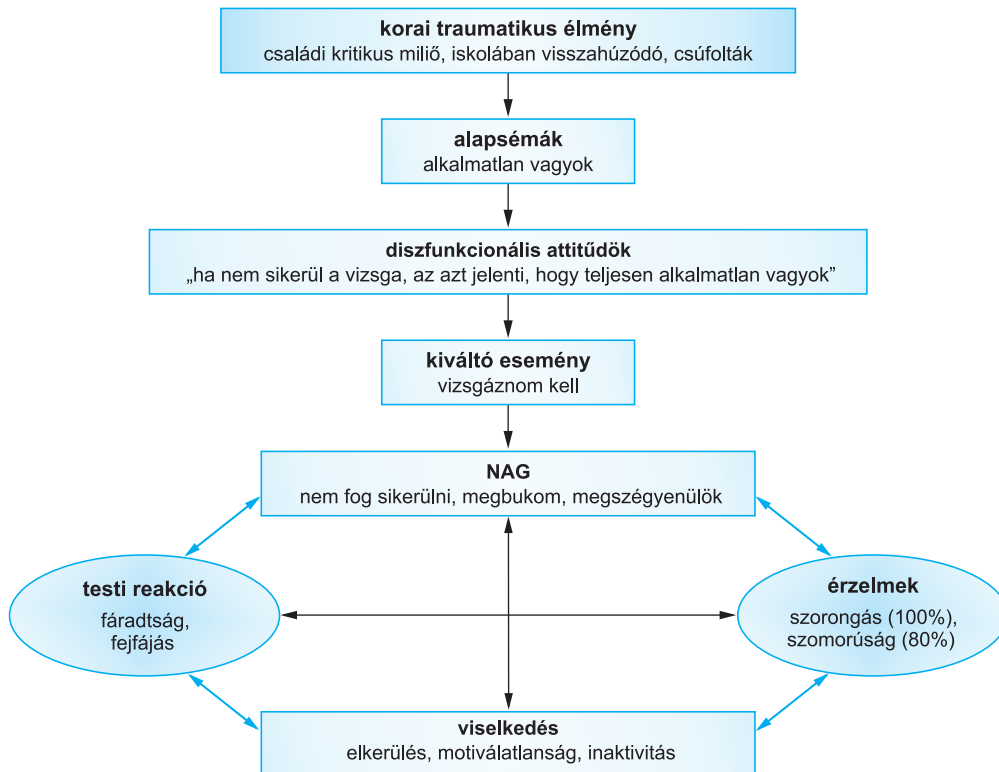
A viselkedésdiagnosztikai interjú egy olyan félig strukturált interjú, amelynek során a fent említett modellek egyes elemeinek részletes felmérésére törekszünk. A viselkedésdiagnosztikai interjú elemeit a 2. táblázatban foglaltuk össze.

3.1.2. Kognitív szempontú diagnosztika:

a keresztmetszeti és hosszmetzeti kép feltárása

Az első interjúhoz kapcsolódóan a kognitív állapotfelmérés célja a panaszok felmérése, az objektív adatok áttekintése és a tünetek kognitív modellhez illesztése. A kognitív modellhez illesztés a tüneti kép keresztmetszeti, illetve hosszmetzeti konceptualizálása során valósulhat meg. A *keresztmetszeti konceptualizálás* „öt terület értékelése” révén körvonalazódik az első interjú során (ld. pl. Padesky és Mooney, 1990). Az öt terület, melyeket a tünetekkel kapcsolatban értékelünk kell: (1) a szituáció, melyben a tünet megjelent, a szituációhoz kapcsolható (2) negatív gondolatok, (3) érzelmek, (4) testi tünetek és (5) viselkedések. Ezen tényezők fel-

mérése az explorációval, direktívebb módon nyílt kérdésekkel, valamint a szókratészi dialógus módszereit alkalmazva valósulhat meg. A *szókratészi dialógus* egy olyan kommunikációs és kérdező stílus, melynek segítségével a páciens rávezethetjük a problémája pontosabb megértésére és a háttérben húzódó tényezők feltárására. Utóbbi esetben a szókratészi dialógus a *hosszmetzeti konceptualizálás* kialakítását segíti. A hosszmetzeti konceptualizálás a páciens nehézségének kognitív modellhez illesztése, melynek során már nemcsak az aktuális tüneti kép kialakulásában szerepet játszó tényezőket, hanem a kognitív modell szerint a negatív automatikus gondolatok mögött meghúzódó diszfunkcionális attitűdök és kognitív alapsémák, valamint az azok kialakulásában szerepet játszó környezeti faktorkok beazonosítását is elvégezzük. Ebben az esetben a szókratészi kérdés alábbi formáját alkalmazhatjuk: „Egészen pontosan mit jelent ez a helyzet (gondolat, érzélem stb.) az ön számára?” (ld. pl. Padesky és Greenberger, 2020). Az 1. ábrán a hosszmetzeti konceptualizálásra látunk egy példát egy fiatal, depresszióval küzdő nő esete alapján. A páciens egyetemi vizsgáit kerülte el, emiatt kényszerült félévisméltésre, ami tovább fokozta kudarcélményét, és erősítette a motivációjával és önképével kapcsolatos negatív spirált.



1. ábra. Hosszmetszeti konceptualizálás egy depresszióval küzdő fiatal nő esete alapján

3.2. Kérdőívek és becslőskálák

A pszichodiagnosztikában könnyen elérhető és felvehető eszközök a klinikai kérdőívek és becslőskálák. Ezek a mérőeszközök objektívek, kérdéseket és állításokat tartalmaznak, amelyekre dichotóm (igen/nem) vagy dimenzionális skálán értékelhető válaszokat lehet adni. Az ilyen tesztek általában önjellemző kérdőívek, melyek némelyike egyetlen tulajdonság vagy állapotjellemző felmérésére alkalmas, mint például a Reménytelenség Skála (Beck és mtsai, 1974; Perczel-Forintos és mtsai, 2001; Szabó és mtsai, 2016) vagy a Beck Depresszió Kérdőív (Beck és mtsai, 1961), míg a személyiségtesztek ennél szélesebb körű felmérést tesznek lehetővé, mint például a Young-féle Séma Kérdőív (Young, 1994; Unoka és mtsai, 2004). Az ilyen tesztek egy másik csoportja becslőskála, melyet a megfigyelt magatartás és egyéb adatok tükrében a klinikus tölt ki az adott betegről, mint amilyen a Rövid Pszichiátriai Becslőskála (Overall és Gorham, 1988; Perczel-Forintos és mtsai, 2018). A kérdőívekkel kapcsolatban feltételezzük, hogy a vizsgált személy őszintén tölti ki azokat, ennek ellenére fontos a válaszbeállítódás, a szociális megfelelési igény vagy az egyetértési hajlandóság torzító hatásainak felismerése (Szokolszky, 2004).

A klinikai gyakorlatban vannak elterjedtebb, gyakrabban használt kérdőívek, amelyeket az állapotfelmérés folyamatában alkalmazhatunk, de differenciáldiagnosztikai kérdések esetén is jól használhatóak. A legelterjedtebben alkalmazott kérdőíveket a kognitív állapotfelmérés során a 3. táblázat mutatja be. A klinikai kérdőívekről bővebben könyvünk II/5.1. tanulmányában írunk, de hasznos segédletek lehetnek ezen a területen a Perczel-Forintos (2018), illetve Horváth és munkatársai (2021) által szerkesztett kérdőívgyűjtemények.

3.3. Motivációs interjú

A kognitív viselkedésterápiás szemléletű felmérésben a terápia tervezésének rendkívül sarkalatos pontja a változás iránti elköteleződés felmérése. Tulajdonképpen a változás iránti elköteleződésen múlik a terápia sikere. Ugyanakkor ez az elköteleződés változik, annak szintje hullámzó lehet. A változás iránti motiváció felmérésére és megsegítésére kidolgozott protokollok állnak rendelkezésünkre (ld. pl. Miller és Rollnick, 2012; Levounis és mtsai, 2017). A motivációs interjú fő célja, hogy a páciens a tünetet problémaként azonosítsa, felismerje a változással szembeni ambivalenciáját, és lépéseket tegyen

3. táblázat. A klinikumban gyakran alkalmazott kérdőívek és (könyvünkbeli) elérhetőségük

Kérdőív neve	Fő jellemzői	Elérhetősége
Beck Depresszió Kérdőív (BDI)	21 tételes, a depresszió súlyosságát felmérő kérdőív	II/5.1. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
Beck Szorongás Leltár (BAI)	21 tételes, a szorongás testi tüneteinek súlyosságát felmérő kérdőív	II/5.1. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
Beck-féle Reménytelenség Skála (RS)	20 tételes, a reménytelenség mértékének felmérésére alkalmas kérdőív, szuicid rizikó becslésére alkalmas	IV/10. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
Diszfunkcionális Attitűd Skála (DAS)	35 tételes kérdőív a diszfunkcionális attitűdök feltárására	Perczel-Forintos, 2018
Evési Attitűdök Tesztje (EAT)	evési attitűdök (restriktív és bulimiás viselkedés) felmérésére alkalmas kérdőív	IV/5. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
Yale-Brown Kényszer Kérdőív (Y-BOCS)	kényszeres zavar tüneteinek felmérésére és súlyosságuk megbecslésére alkalmas mérőeszköz	II/5.1. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
PTSD tünetlista (PCL-5)	PTSD tüneteinek felmérésére alkalmas 20 tételes kérdőív	II/5.1. tanulmány; Perczel-Forintos, 2018
Young-féle Séma Kérdőív (YSQ)	244 tételes kérdőív a korai maladaptív sémák felmérésére	IV/4. tanulmány; Vizin, 2021
Mentális Figyelem és Tudatos-ság Kérdőív (MAAS)	15 tételes kérdőív a mindfulness-készségek felmérésére	Báthori és Simor, 2021
Önegyüttérzés Skála (SCS)	26 tételes kérdőív az önegyüttérzés pozitív és negatív faktorainak felmérésére	Sági és Tóth-Király, 2021

annak feloldása felé (Miller és Rollnick, 2012). A motivációs interjú egy strukturált, részleteiben kidolgozott módszertan, melyben négy alapvető lépést és öt alapelvet különítenek el (Miller és Rollnick, 1992; 2012). A négy alapvető lépés a motivációs interjú folyamatán ível végig, így a (1) bevonás, (2) a fókuszálás, (3) a változás melletti elköteleződés kiváltása és megerősítése, valamint (4) a tervezés fázisait különíthetjük el. A motivációs interjú alapelveit tekintve jelentős hangsúlyt helyez az empátia kifejezésére, a vita elkerülésére, a diszkrepancia kialakítására, az ellenállás feldolgozására és az önbizalom erősítésére. Minden egyes lépés és alapelv számos technikát foglal magában, melyekkel ezek az elemek megvalósulnak és a motiváció kialakíthatóvá válik. A motivációs interjút gyakran alkalmazzák addiktív kórképekkel küzdő személyek körében, de egyre

terjed az egészségügyi ellátás színterein is, például az egészséges életmód kialakítása iránti motiváció kialakítása, erősítése céljából (ld. pl. Urbán, 2022). A motivációs interjú hatékonyságát számos kutatási eredmény támasztja alá (ld. pl. Lundahl és Burke, 2009; Morton és mtsai, 2015). Bővebben a motivációs interjúról Levounis és munkatársai könyvének magyar nyelvű kiadásában (2018), valamint Urbán Róbert *Az egészségpszichológia alapjai* című könyvében (2022) olvashatunk.

3.4. Strukturált diagnosztikai interjúk

A strukturált és félig strukturált diagnosztikai interjúkat abból a célból hozták létre, hogy minimalizálják a diagnosztikai tévedéseket. A klinikusok, noha ren-

delkezésükre álltak és állnak diagnosztikai kritériumrendszerek, mégis gyakran saját, kevésbé jól átlátható kritériumrendszer mentén ítélnék a páciensek diagnózisait illetően. Emiatt számottevő különbségek lehetnek klinikus és klinikus döntései között. Az ilyen hibázási lehetőségeket szerették volna kiküszöbölni a strukturált és félig strukturált interjúk megalkotói (ld. pl. Summerfeldt és mtsai, 2010). Ezek az interjú-típusok standard kérdések sorozatából állnak, melyeket minden szakember ugyanabban a sorrendben, ugyanolyan módon tesz fel a vizsgált személynek. A strukturált és félig strukturált interjúk felhasználási területe eleinte a kutatás volt, azonban egyre több klinikus alkalmazza ezeket a mérőeszközöket a diagnosztikai vagy differenciáldiagnosztikai kérdések megválaszolására (Summerfeldt és mtsai, 2010). A strukturált és félig strukturált interjúk közül vannak olyanok, amelyeket specifikus tünetekre és mentális zavarok felmérésére dolgoztak ki (ld. pl. a pszichotikus tünetek felmérésére alkalmas Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS, Kay és mtsai, 1987), míg vannak átfogó, a legtöbb mentális zavar felmérésére alkalmas mérőeszközök is (ld. pl. a MINI-Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú, MINI, Sheehan és mtsai, 1998; vagy a Strukturált klinikai interjú, SCID, First és mtsai, 2016). Ezeknek az interjúknak nagy előnye, hogy pszichometriai vizsgálatoknak vethetők alá, amellyel a megbízhatóságukat és érvényességüket statisztikai módszerekkel lehet bizonyítani.

4. A kognitív viselkedésterápiás szemléletű diagnosztika előnyei és hátrányai

A kognitív viselkedésterápiás szemléletű diagnosztikának csakúgy, mint más típusú diagnosztikai folyamatoknak, számos előnye és hátránya van (Groth-Marnat és Wright, 2016). Előnye például, hogy a felmérés mindig a maladaptív viselkedés megváltoztatására tett erőfeszítések első lépéseként történik. A fő fókusz tehát ebben a szemléletben a viselkedésváltoztatás elérése. További előny, hogy alapos funkcionális elemzést foglal magában (pl. motivációelemzés), mely feltárja a változás bekövetkezésének valószínűségét. Nagy előnye a szemléletnek, hogy a kognitív viselkedésterápiás felmérés rendkívül széles eszköztárral rendelkezik (pl. önfigyelés, megfigyelés, kérdőívek, interjúk), valamint folyamatosan törekszik a változás detektálására (pl. állapotfelmérő kérdőívek révén). Végsőül ember-

centrikus szemléletnek tekintjük, eszközcentrikusság és elméletcentrikusság helyett. A szemléletnek számos hátránya is van, így például a gyakorló szakemberek zöme nem szívesen alkalmazza a viselkedésdiagnosztikát és megfigyelést, inkább csak az interjúkra és a kérdőívek eredményeire támaszkodnak, ami korlátozott információszerzést jelent (ld. pl. Sarwer és Sayers, 1998). További hátrány, hogy csak körülírt tüneti kép esetén alkalmazható jól; ha bonyolultabb, összetettebb tünetek körvonalazódnak, vagy a tünetek kialakulásában a környezetnek nincs akkora jelentősége, akkor a kognitív viselkedésterápiás felmérés relevanciája csökken. A kognitív viselkedésterápiás felmérés eszközei közül több olyan is van, amelyek pszichometriája kevésbé ismert (pl. viselkedésdiagnosztika), valamint a páciens önbevallására támaszkodó felmérések megbízhatósága is lehet kérdéses.

5. Összefoglalás

A kognitív viselkedésterápiás diagnosztika eszközei jelentős segítséget jelentenek a pszichés zavarok tüneti képének alapos feltárásához és a terápiás beavatkozás tervezéséhez. A kognitív viselkedésterápiás szemléletű felmérés a szűrőkérdőívek alkalmazása mellett lehetőséget kínál az állapotfelmérésre interjúk, viselkedésdiagnosztika, megfigyelések és kérdőívek segítségével, a diagnózisalkotásra strukturált diagnosztikai interjúk alkalmazása révén, valamint a terápiás folyamat során a hatékonyság felmérésére is lehetőség van. A kognitív viselkedésterápiás eszköztár, hiszen a kognitív viselkedésterápiás szemlélethez, embercentrikus, strukturált, tervezett és problémafókuszú felmérést tesz lehetővé. Nagy előnye a kognitív viselkedésterápiás diagnosztikának, hogy széles eszközkészlettel bír, a mérőeszközök zöme megbízható pszichometriával rendelkezik, így a bizonyítékokon alapuló metódusok készletét gazdagítják, valamint a terápiás metódusok fejlődésével folyamatosan fejlődik és frissül.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Báthori N., & Simor P. (2021). Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Budapest, Medicina Kiadó.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6): 561–571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6): 861.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. (3. ed.) New York, Guilford Press.
- Erford, B. T., Johnson, E., & Bardoshi, G. (2016). Meta-analysis of the English version of the Beck depression inventory–second edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49(1): 3–33.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM–5 Zavarok Felmérésére – Klinikai Változat (SCID–5–CV)*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó.
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment*. (6. ed.) John Wiley & Sons.
- Haynes, S. N., Kaholokula, J. K., & O'Brien, W. H. (2015). Behavioral assessment. In R. L. Cautin, & S. O. Lilienfeld (eds.): *The encyclopedia of clinical psychology*. Chichester, UK, Wiley Blackwell. 301–310.
- Haynes, S. N., Mumma, G. H., & Pinson, C. (2009). Idiographic assessment: Conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment. *Clinical psychology review*, 29(2): 179–191.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1974). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.): *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München, Urban & Schwarzenberg. 24–59.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2): 261–276.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*, I. Oxford, UK, Springer.
- Levounis, P., Arnaout, B., & Marienfeld, C. (eds.) (2017). *Motivational interviewing for clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Levounis, P., Arnaout, B., & Marienfeld, C. (szerk.) (2018). *Motivációs interjú a klinikai gyakorlatban*. Budapest, Oriold és Tsai Kiadó.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology*, 65(11): 1232–1245.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (1990). Behavioral assessment. In A. S. Bellack, Hersen, M. & Kazdin, A. E. (eds.): *International handbook of behavior modification and therapy*. Springer. 87–106.
- McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. I. Z. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(6): 769–778.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1992). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing. Helping people change*. (3. ed.) Guilford Press.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York, John Wiley & Sons.
- Mórotz K. (2019). A viselkedésterápiás diagnosztika alapelvei. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Saunders, L., Spencer-Bowdage, S., ... & Pedlar, C. (2015). The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health psychology review*, 9(2): 205–223.
- Nay, W. R. (1979). *Multimethod clinical assessment*. New York, Gardner Press.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology bulletin*, 24(1): 97–99.
- Padesky, C. A. & Greenberger, D. (2020). *The Clinician's guide to CBT using Mind Over Mood*. Guilford Press.
- Padesky, C. A. (2020). Collaborative case conceptualization: Client knows best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4): 392–404.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (1990). Clinical tip: Presenting the cognitive model to clients. *International cognitive therapy newsletter*, 6(1): 13–14.
- Perczel-Forintos D. (2019). A kognitív terápia diagnosztikus alapelvei. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Perczel-Forintos D. (szerk.) (2018). *Kérdőívek és becsülőkálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Perczel-Forintos D., Sallai J., & Rózsa S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 6: 632–643.
- Pomerantz, A. M. (2020). *Clinical Psychology. Science, Practice, and Diversity*. (6. ed.) SAGE Publications.
- Sági A., & Tóth-Király I. (2021). Öngyüttérzés Skála. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Budapest, Medicina Kiadó.

- Sarwer, D. B., & Sayers, S. L. (1998). Behavioral interviewing. In A. S. Bellack, & M. Hersen (eds.): *Behavioral assessment: A practical handbook*. Boston, Allyn & Bacon. 63–78.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H. K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20): 22–33.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., & Antony, M. M. (2010). Structured and semistructured diagnostic interviews. In M. M. Antony, & D. H. Barlow (eds.): *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York, The Guilford Press.
- Szabó, M., Mészáros, V., Sallay, J., Ajtay, G., Boross, V., Udvardy-Mészáros, Á. et al. (2016). The Beck Hopelessness Scale: specific factors of method effects? *European Journal of Psychological Assessment*, 32: 111–118.
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Tringer L., & Mórotz K. (1985). *Klinikai viselkedésterápiák*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Unoka, Z., Rózsa, S., Fábrián, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004). Young Schema Questionnaire: study on the psychometric characteristics of the rest of early maladaptive schemes. *Psychiatria Hungarica*, 19(3): 244–256.
- Urbán R. (2022). *Az egészségpszichológia alapjai*. Budapest, Eötvös Kiadó.
- Vizin G. (2021). Young-féle Séma Kérdőív. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1): 1.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.



Etikai szempontok a diagnosztikában¹

Varga Katalin

1. Bevezetés

Az „assessment” angol szakkifejezés jelentés körét nehéz lenne egyetlen szóval visszaadni. Arra a tevékenységre utal, melynek során a pszichológus többféle tesztet, eljárást vagy technikát alkalmaz, ami mellett viselkedéses megfigyelést is végez, hogy kellően sokrétű adatra támaszkodhasson (Cates, 1999 meghatározásában), és mindez alapján összegző jelentést írjon, esetleg választ adjon bizonyos előzetesen megfogalmazott kérdésekre. Jelen tanulmányban az „értékelés” szót használjuk ennek a tevékenységnek a megjelölésére, noha a jelenség a maga összetettségében átöleli a teljes pszichodiagnosztikai felmérés és értékelés folyamatát (felmérés, értékelés, becslés, kiértékelés, szakvélemény-készítés).

Átfogó pszichodiagnosztikát klinikai területen képzett pszichológusok végezhetnek, de az értékelési folyamat egyes lépéseit pszichológus végzettséggel rendelkező, képzésben lévő kollégák is gyakorolhatják, klinikai szakpszichológus felügyelete mellett. Egyes területeken a pszichológus munkaidejének meglepően nagy arányát tölti *értékeléssel*. A gyakorló klinikusok több mint 90%-a foglalkozik pszichológiai vizsgálatokkal, sőt idejük 10–25%-át a diagnosztikai munka teszi ki (Watkins és mtsai, 1995; Groth-Marnat és Wright, 2016). Tulajdonképpen a pszichológiai értékelés a pszichológusok egyik legfőbb hozzájárulása a gyakorlathoz (Groth-Marnat és Wright, 2016).

A pszichológiai értékelés során embertársunkról a legintimebb, legbensőségesebb adatokat tudhatjuk meg, ráadásul esetenként úgy, hogy ő nincs is tudatában annak, hogy különféle pszichológiai eszközeink mi mindent árulnak el róla. Az értékelés következményei is mélyrehatóak: a kliens állása, alkalmazása, felvétele, kórházi kezelése és számos más nagy súlyú következmény függ az értékelés alapján készülő beszámólótól.

Erkölcsei felelősségünk továbbá a páciensek/kliensek mindennemű pszichológiai bántalmazásának kerülése.

Különösen a „nehéz”, érzelmszabályozási nehézséggel küzdő páciensek esetén generálódhat a pszichológusban olyan érzés, frusztráció, melyet fontos a páciens védelmében a lehető legprofesszionálisabb módon kezelni. A túl korai konfrontálás vagy értelmezés, esetleg már magában a vizsgálati szituációban, a páciens számára érzelmi bántalmazásként és így traumatizációként hat (ld. részletesebben pl. Kovács, 2012).

Roppant felelősségteljes területen vagyunk tehát, nincs is híján etikai megfontolásoknak. Jelen írásban a pszichológiai értékelési folyamat legfőbb etikai vonatkozásait tekintem át, valamint dilemmák mentén mutatom be a pszichodiagnosztikai tevékenység legfőbb etikai problémaforrásait.

2. Az etikus értékelés pillérei

Az alábbiakban részletezem a kompetens, etikus értékelő tevékenység legfőbb jellemzőit (Kitchener, 2000):

1. A pszichológus pontosan tisztában van a megbízhatóság, az érvényesség, a sztemderditás fogalmival.
2. Tervezetten és módszeresen alkalmazza az adott helyzethez megfelelő módszereket.
3. Következtetéseit csak kellően megalapozott információ alapján vonja le.
4. Körültekintő az adatok, eredmények kiadása során.
5. Tesztek vagy más módszerek kidolgozásakor a legnagyobb igényességgel jár el.
6. Felismeri saját korlátait: predikciói, kijelentései határát.
7. Felismeri, amikor valamely módszer vagy norma nem alkalmazható (például a kliens neme, kultúrája vagy fogynatka miatt).
8. Az eredmények értelmezésekor körültekintő. Szem előtt tartja, hogy az *értékelés* csak arra ad választ,

¹ Jelen tanulmány a szerző *Pszichológus etika – 99 dilemma tükrében* c. kötete (Varga, 2009) „Felmérés” fejezetének némileg átdolgozott változata. A kiadó szíves engedélyével közöljük e helyütt.

hogyan teljesített a személy, arra nem, hogy *miért* lett olyan a teljesítménye.

9. Nem bátorítja vagy támogatja azt, hogy olyanok végezzenek *értékelést*, akik nem kellően képzettek e téren.
10. Amennyiben *értékeléshez* használt módszereket forgalmaz, nyílt és őszinte annak megbízhatósági és érvényességi adatait illetően.
11. Ha számítógépes vagy más értelmezési szolgáltatást vesz igénybe, továbbra is ő felel a levont következtetések érvényességéért.
12. Megfelelően megmagyarázza a páciensnek, kliensnek vagy felhatalmazottjának az eredményeket.

Mielőtt az *értékelés* területén dolgozó pszichológus munkához látna, egészen világosan kell tisztázza az alábbi szempontokat:

- Mi az oka/háttér az *értékelés* kérésének?
- Mire fogják felhasználni a szakvéleményt?
- Ki fér majd hozzá a beszámolóhoz/adatokhoz?
- Van-e közvetlen kérdés a pszichológushoz? (Mely lehet adekvát, például differenciáldiagnosztikai jellegű, de lehet etikai szempontból nehéz kérdés is: pl. „Melyik szülőnél lesz jobb helye a gyermeknek?”, vagy „Milyen hosszú távú érzelmi hatása van az elszünetelt traumának?”)
 - Etikailag nehéz kérdések esetén felmerülhet, hogy egyáltalán lehetséges-e ezekre a kérdésekre pszichológiai vizsgálat nyomán válaszolni?
 - Kíván-e/hajlandó-e válaszolni az ilyen súlyú kérdésekre a pszichológus? (Az ugyanis széles körben vitatott, hogy mindenképpen kell-e választ adnia a pszichológusnak mindenfajta kérdésre.)
- A kérdés arra vonatkozik-e, akivel a pszichológus közvetlenül foglalkozik? (Pl. ne adjunk véleményt az apáról egy gyermekelhelyezési perben az apa közvetlen vizsgálata nélkül, pusztán a gyerek beszámolója alapján.)

Egyébként ugyanezen szempontok nyílt megbeszélése javallott a pácienssel/klienssel is, amikor tájékoztatott beleegyezését kérjük az *értékelésen* való részvételhez, kiegészítve azzal, hogy a számára érthető módon ismertetjük, milyen eljárásokat (tesztet, méréseket stb.) kívánunk használni a munka során.

3. Pszichológiai értékelés: tudomány és művészet

Miller (2001) úgy ítéli meg, hogy ez az a terület, ahol a pszichológia egyébként inkább konfliktusban álló *tu-*

dományos és klinikai világa végre találkozik. Cates (1999) kitűnő tanulmányában is úgy fogalmaz, hogy az *értékelés* tudomány és művészet egyszerre: az alkalmazott módszerek megalapozottsága, megbízhatósága és érvényessége adja a szigorúan tudományos alapot, ám az azokból levont következtetések, illetve a szakvélemény megalakítása már egyéni, kreatív, intuitív fázisát jelentik e folyamatnak. Kevésbé támogatja a szubjektivitást Ackerman (2006), amikor úgy fogalmaz, hogy nincs helye az anekdotákon vagy a szakértő pusztá véleményén alapuló következtetéseknek. Igaz, hogy ő a törvényszerű szakértő munkájával kapcsolatban szigorú ennyire.

Máshol annak nyílt „felvállalásával” találkozunk, hogy a pszichológia nem *lehet* objektív, befolyásmentes, nem is szerényebb helyen, mint az Alkalmazott Pszichológia Nemzetközi Kongresszusán 2002-ben, ahol a világ összes pszichológusára érvényes módon fogalmazták meg az egyes etikai elvek értelmezéseit. Fontosabb tehát tudatában lenni a minket jellemző, munkánkat kísérő torzító körülményeknek, semmint az objektivitásra törekedni (Gauthier, 2005).

Cates (1999) nyolc pontban foglalja össze megfontolandó nézeteit:

1. Az *értékelés* művészet-szakasza a tudományon nyugszik. Azon túl, hogy az alkalmazott teszteknek pszichometriailag megfelelőeknek kell lenniük, még a nem standardizált módszerek – pl. viselkedés megfigyelése – esetén is a *tudományos attitűddel* kell jelen legyen a szakember.
2. Az *értékelés* pillanatkép, nem film. Egy adott pillanatban kimerevített kép erejéig jellemzi a páciens/klienst, azt is csak a pszichológus szemszögéből.
3. A megfelelő *értékelést* a páciens/kliens szükségletei, a beküldő igényei vagy mindkettő együtt határozzák meg – és nem az, hogy a pszichológusnak mi van a tarsolyában (akár „felszerelésileg”, akár „szak-képzettségileg”). A „mindenkit mindig ugyanazzal” megtesztelő pszichológus valószínűleg nem szolgálja kellően a páciens/kliens, illetve a beküldő igényeit.
4. A pszichológus a páciensnek/kliensnek felel, nem a számítógépnek. Csábító a számítógép-generált jellemzésekre hagyatkozni, ám az semmiképp nem lehet automatikus megoldása a valódi *értékelésnek*.
5. Az információ: hatalom, az *értékelés* esetében néha „életveszélyes” hatalom. Mindig tartasuk szem előtt, hogy mekkora jelentőséget tulajdoníthat a páciens/kliens a pszichológus szavainak. Térjünk ki a telje-

síthetetlen igények elől: ha nem tudjuk megmondani, hogy „szexuálisan bántalmazták-e az illetőt?”, vagy hogy „alkalmas lesz-e az adott állásra?”, ne adjunk ezekre a kérdésekre választ, bármekkora is a nyomás ez irányban.

6. Az *értékelés* a leírásnál és értelmezésnél több. Az objektív pontértékek mellett következtetésekre, klinikai becslésekre támaszkodik. Ha valaki 100-as IQ-t teljesített, de úgy tűnt, unja a tesztelést, ez jelentősen színezi a képet.
7. A pszichológus benne van a véleményben, nem kell mentegetőzni. Nézetei, véleménye, értelmezése meghatározzák az *értékelést*. Épp ezért kell tisztában lennie önmön erényeivel és gyenge pontjaival, és törekednie kell a „pszichológusi hiba” minimalizálására.
8. Az adatok felsorolása még nem *értékelés*. Nem elég pusztán felsorolni a mégoly objektív adatokat és megfigyeléseket. Ezeket értelmes egészé kell formálni. A „nyílnak, kerti, még, a, virágok, völgyben, a” szavak valóban egymás mellett állnak Petőfi sorában, de csak értelmes egységgé kovácsolva adják ki az ismert verssort. (Az eredeti példa: „Let us go then, you and I”, T.S. Elliot *The Love Song of J. Alfred Prufrock* c. verséből.)

4. Az adatok felfedése a páciens/kliens előtt

Az *értékelésen* belül külön kényes kérdés, hogy mit és hogyan fedjünk fel a páciensnek a saját adataiból (Erard, 2004; Michaels, 2006; Rogers, 2004).

Az egészségügyi közegben felvett tesztekkel kapcsolatban az amerikai jogi helyzet egyértelmű: a „Health Insurance Portability and Accountability Act” 2003. április 14-i életbelépése óta a pszichológusok *kötelesek* az érintett vizsgálati személyek számára – illetve bármely harmadik személynek, akit a vizsgálati személy megnevez – kiadni (akár másolatban) a tesztadatokat, beleértve a nyers válaszokat. Ennek háttere az, hogy a pszichológiai tesztelés vagy egyéb vizsgálat dokumentumait a törvény az orvosi feljegyzések (medical records) körébe sorolta, és mint ilyet, fel kell fedni az érintett páciens előtt.

A magyar egészségügyi törvény értelmében a pszichológiai teszteléssel és vizsgálatokkal kapcsolatos dokumentumok tartalmáról a kliens tájékoztatást kérhet (ld. az Egészségügyi törvény vonatkozó részeit, különösképp „Az egészségügyi dokumentáció megismerésé-

nek joga” részt a 24. §-ban, valamint a „Dokumentációs kötelezettség” részt a 136. §-ban). Ezek a dokumentumok fizikailag ugyan az egészségügyi szolgáltató tulajdonát képezik, ám a tartalmukkal a beteg rendelkezhet. Ez alól az általános szabály alól kivételt képezhetnek a pszichiátriai betegek kezelése során felmerülő adatok (ld. 193. §). A pszichiátriai beteg érdekében ugyanis kivételesen korlátozható a betegnek az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való joga. Ez jelentheti akár a teszteredményeinek közlési korlátját is. Ennek elrendelésére kizárólag orvos jogosult, tehát a klinikai szakpszichológus ilyen esetben fel kell kérje a pszichiáter kollégát, hogy rendelje el a megismerési jog korlátozását a beteg érdekében. Ilyen korlátozó elrendelés esetén teheti meg legálisan a pszichológus, hogy megtagadja a betegtől a teszteredmények kiadását.

Így a magyar szabályozás is – legalábbis az egészségügyi kontextusban történő tesztelésnél – egyértelműen megadja a lehetőségeket.

Ezzel azonban az etikai dilemmák nem oldódtak meg:

Gyakorta éles dilemma húzódik meg az *autonómia* és az *ártalomkerülés* elvei mentén. Az előbbi azt diktálná, hogy minden megosztandó a pácienssel/klienssel, ami csak rá vonatkozik, az utóbbi viszont arra figyelmeztet, hogy esetleg árthatunk azzal, ha az információval zavart keltünk benne. A közvetlen érzelmi hatáson túl az utóbbi körbe tartozhatnak azok a közvetett ártalmak is, hogy például környezete kezd másképp viselkedni vele az adott információ (pl. kedvezőtlen diagnózis) ismerete hatására. Ugyanakkor ki másra tartozna a diagnózis, mint magára a páciensre, s milyen jogon vonhatjuk meg tőle ezt az ismeretet? Viszont csak erősíti a beteg-szerepet, ha visszatartjuk az információkat, és rejtélyes titkolódzás vagy homályos általánosságok övezik csak, ha a beteg érdeklődne afelől, mit tudtunk meg róla a tesztek alapján. Másrészt a klinikai gyakorlatban sokszor egyáltalán nincs idő részletekbe menő magyarázatokra. Főleg akkor kerülendő a gyors tájékoztatás, ha nem a páciensért felelős terapeuta végzi a tesztelést, hanem valamelyik asszisztens, ő ugyanis nem tudhatja pontosan, mit és hogyan kíván feltárni a beteg anyagából az érte felelős szakember.

A végtelenségig folytathatnánk az ide-oda érvelést.

A „mit tárunk fel a beteg előtt” kérdéskör eleve ott kezdődik, hogy a beteg egyáltalán tisztában van-e azal, hogy mi történik a teszteléskor. Berndt (1983) adatai szerint az értékeléskor alkalmazott tesztelés előtt a szakemberek 82%-a kér (többnyire szóbeli) beleegyezést a tesztelésbe, és fordít gondot arra, hogy a páciens

valóban értse is, mi történik vele, és hogy a teszteléssel milyen kérdésre keresnek választ. Fontos tehát az alapos tájékoztatás és a tesztelés igen körültekintő lebonyolítása. Ugyanezen vizsgálat egyik válaszadója úgy fogalmazott, hogy a tesztelés akár 3 hónapnyi pszichoterápiával is felér, ha jól csinálják. Nyilván hasonló léptékű az ártalom kockázata, ha nem megfelelő a tájékoztatás, és a páciens a passzív „adatszolgáltató” szerepkörbe kényszerül.

Rogers (2004) felveti, hogy mennyire fontos kellő szakértelemmel értelmeznünk a különféle skálák, tesztek adatait. Gondoljuk csak el – javasolja –, mit olvashat ki a páciens vagy más hozzá nem értő személy például az MMPI „szkizofréniának” vagy „paranoának” nevezett skáláiból. Külön kérdés, hogy milyen formában közöljük az adatokat. Például az IQ-érték konkrét pontszámát is megmondjuk-e, vagy elégedjünk meg általános, szöveges jellemzéssel. Kérdéses, hogy az utca embere (és környezete) helyesen értelmez-e egy olyan adatot, hogy valakinek az IQ-ja pl. 98, s pláne azt, hogy a „25. percentil legalacsonyabb negyedébe” esik.

Szintén izgalmas dilemma, mit tegyünk azokkal az adatokkal, amelyek „mellékesen” kerültek elő az értékelés során. Csak a beküldő közvetlen kérdésére válaszoljunk, avagy osszuk meg vele azokat a járulékos ismereteket is, amelyek „mellékesen” a birtokunkba kerültek? Ennél a dilemmánál nyilvánvalóan ütközik az a szempont, hogy a beküldő jól hasznosíthatja a mellékesen felszínre került adatot, a vizsgált személy szempontjából viszont a bizalmas adatkezelés elvét sértheti, ha olyasmiről is kiadunk róla, amit nem kérdeztek.

Ebben az esetben segíthet a klienssel való megbeszélés és az együttes döntés a mellékes információ sorsáról. Ugyancsak jó szolgálatot tehet annak előzetes tisztázása minden érintettel, hogy mi legyen az ilyen információkkal.

E kérdésnek egy még inkább bonyolult esete a projektív tesztek segítségével nyert adatok sorsa (Knauss, 2001). E módszereknél sok olyasmiről is számot adhat a páciens, amit egyáltalában nincs szándékában megosztani a vizsgáló szakemberrel; sokszor nem is tudja, hogy mi mindenre következtethetnek válaszaiból. Különösen fontos azt átgondolni, hogy nem sérti-e a kliens érdekeit, ha az ilyen jellegű válaszai, esetleg az abból levont következtetések is bekerülnek az aktájába, amire adott esetben más is hozzáférhet. Érdekes módon

éppen az ilyen tesztekéből levont következtetések azok, amelyeket a szakemberek is leginkább visszatartanak. A Rorschach-, a Projektív Rajzteszt és a TAT voltak a listavezetők abban a felmérésben, ahol az is szerepelt a kérdések közt, hogy a különféle pszichológiai tesztek eredményeit és az abból levont következtetéseket visszatartják-e a páciens/kliens elől. Az IQ-tesztek vagy az MMPI anyagának megosztására sokkal nagyobb hajlandóságot mutattak a pszichológusok (Berndt, 1983).

5. Az adatok felfedése a megbízó előtt

A teszteredmények kiadása kérdésében nem alkalmazhatók az egészségügyi törvény iránymutatásai, amikor nem egészségügyi helyzetben történik a tesztelés, például nevelési tanácsadásnál. Ahogy fentebb láttuk, az *értékeléskor* a kezdet kezdetén tisztázni kell minden érintettel, hogy ki kap majd betekintést az eredményekbe.

A pszichológiai *értékelést*, szakértői véleményt kérő megbízó gyakran áll elő azzal az igénnyel, hogy a szakmai értékelésen, beszámolón túl kapja meg a teljes felmérés anyagát.

MacKay és O’Neill (1992) például találkoztak ilyen esettel abban a vizsgálatukban, ahol pszichológusokat arra kértek, számoljanak be a gyakorlatuk során átélt nehezen megoldható dilemmákról. Az egyik megbízó cég állt elő azzal, hogy – mivel ők fizetnek – a teljes anyagot látni akarják. Ezt a pszichológus megtagadta, és azt kérte a megbízótól, hogy szerezze meg ehhez a kliens beleegyezését. A megbízó perrel fenyegetőzött, a pszichológus kénytelen volt ügyvédet fogadni, pszichológiai bizottságtól kért és kapott segítséget, hogy felkészüljön a perre. MacKay és O’Neill (1992) tanulmánya írásakor még nem dőlt el az eset kimenetele. Egy érdekes, nevelési tanácsadóban történt esetet tekintek át az 1. dilemmában.

1. dilemma:² Adatok felfedése a szülő előtt nevelési tanácsadóban

Vannak tipikus dilemmák a nevelési tanácsadóban, amik sokszor előfordulnak. Gyakran jönnek szülők az érettségi előtt 1-2 évvel álló gyerekükkel azért, mert a tanáruk ide küldte őket, mivel a nevelési tanácsadó kiadhat olyan papírt, amivel a gyerek felmenthető

² Valódi, napjainkban, a magyar körülmények között előkerült dilemmákkal illusztrálom az elmondottakat, mégpedig az eredeti megfogalmazás átíratában. A dilemmákat megosztó kollégák hozzájárultak a történetek közzétételéhez.

bizonyos tantárgyak értékelése, írásbeli vagy szóbeli vizsgák alól. Ha a gyermek tanulási nehézsége miatt a szülő már évekkorábban jelentkezett, s mindent megtettek annak érdekében, hogy a szakemberek a gyermeknek még időben segíteni tudjanak, akkor természetes, hogy igazolást adunk a gyermek rész-képesség-problémájáról, és segítünk a felmentéssel abban, hogy a társaihoz hasonló eséllyel tehessen eredményes érettségi vizsgát. Más a helyzet akkor, ha először csak 16 vagy 18 éves korában találkozunk a tanulóval, mert akkor jött rá valaki, hogy a gyerek valószínűleg dyscalculiás vagy dysgraphiás, s ezért igazolásra, felmentésre volna szüksége ahhoz, hogy az érettségénél az ebből fakadó hátrányát respektálhassák. Bár az esetek egy részében előfordul indokolt felmentés, de ez nem mindig van így. Ez a helyzet pszichológiai dilemma, hiszen mérlegelnünk kell, mivel is segítünk jobban az adott gyerekeknek. A pszichológus dilemmája, hogy teljesítse-e a kérést, kielégítse-e a szülő rövid távra szóló igényét, vagy megpróbálja a szülőnek elmagyarázni, mi is a tétje a felmentésnek.

Egy konkrét példában egy szülő és érettségi előtt álló fia esetét mutatjuk be.

A kicsit félszeg fiú ápolt, rokonszenves, értelmes gyerekeknek tűnt. Mint édesanyja elmondta, nagyon ügyes volt művészeti területen. A művészeti egyetemre szeretett volna bejutni. A szülő nagyon határozottan azt kérte, vizsgáljam meg a gyereket, mert nagyon rosszak a jegyei. Aggódik fia továbbtanulásának esélyei miatt, mert magas a ponthatár. Megállapodtunk abban, hogy megvizsgálom, milyenek a gyerek értelmi képességei, hogy ha nem sikerül az első helyre bejutnia, milyen területen lehet eredményes, hova menjen továbbtanulni. Az IQ-teszt elvégzése és értékelése után derült ki, hogy ennek az érettségi előtt álló fiúnak az eredménye olyan gyenge lett, ami már az értelmi fogyatékos sávjába esik. Ez az eredmény számomra is nagyon meglepő volt, hiszen ennek a találkozás során semmi külső jele nem mutatkozott meg. A szülő pár nappal később telefonált, hogy milyen lett a teszt eredménye, én elmondtam, hogy gyenge lett. Megbeszéltünk egy időpontot, amikor részletesen átbeszélhetjük az eredményt. Ennek ellenére a szülő még aznap bejött a nevelési tanácsadóba, s szeretne volna megkapni a tesztet, hogy megmutassa a másik szülőnek is. Zavarba hozott a szülő kérése, mert ugyan jónak tartottam, hogy a másik szülővel is szeretné a helyzetet megbeszélni, főleg mivel már elváltak, de a kitöltött űrlapot mégis a sajátoménak éreztem. Az én

írásom volt rajta, az én értékelésem. Végül belementem abba, hogy adok egy másolatot róla. A szülő számára azonban ez még kevés volt. Azt szeretne volna, hogy az eredetit tépjem szét, hogy ennek az eredménynek ne maradjon semmi nyoma. Ez a helyzet nagy etikai dilemma volt számomra.

Hiszen ennek a már érettségi előtt álló fiúnak fogalma sem volt róla, hogy értelmi kihívásokkal küzd, de a szülő nem szeretne volna, ha ezzel megbélyegzik a gyereket. A dilemmát az is jelentette a helyzetben, hogy vajon segít-e azzal a szülőnek, illetve a gyerekeknek, hogy egy dolgot meg nem történté teszek? Illetve jó-e az, hogy a szülő nem akar erről beszélni sem a gyerekekkel, sem szakemberekkel? A szülő azt sugallta, hogy jó kezében van a gyerek, a tanulási kudarcoktól sem sokat szenvedett. Úgy tűnt, hogy a szülő nagyon érzékeny, és nem a saját hiúságát, hanem a gyermek érdekét tartja szem előtt. Amit leginkább akart, az volt, hogy gyermeke ne legyen megbélyegezve. Ezt felismerve, végül úgy döntöttem, hogy eltépem saját munkámat, s ezzel együtt az egyetlen részletes, sok megjegyzéssel ellátott dokumentumot a gyermek valós teljesítményéről, képességeiről. Arra gondoltam, hogy a szülő önként jött a nevelési tanácsadóba, bizalommal fordult hozzám, s kért valamit. Amikor kiderült az, ami kiderült, a szülőnek ennyi elég volt. Valószínűleg sok kérdésére választ kapott. Ezután már csak azt kérte, hogy felejtsek el, hogy nálunk jártak. Nem volt könnyű, de megértettem, elfogadtam, s teljesítettem a gyermekét féltve szerető szülő kérését. Elfogadtam, hogy ennyi segítséget kért tőlünk, nem többet, de ezt nagyon. Ezt az esetet csak később meséltem el a nevelési tanácsadóban az egyik pszichopedagógus kollégának, aki azt mondta, hasonlóan cselekedett volna ő is ebben a helyzetben.

6. Értékelés különféle közegben

Attól függően, hogy az *értékelés* milyen közegben – azon belül milyen beküldő által, milyen kérdésre, milyen közönségnek – készül, más-más etikai megfontolásokra kell figyelemmel lennünk (Brabender és Bricklin, 2001).

A *törvényszéki* alkalmazás például különleges lehet abból a szempontból, hogy gyakran kell olyan klienssel dolgozni, akit köteleztek a vizsgálatban való részvételre. Még ebben az esetben is ki kell térjen a pszichológus

a tájékoztatás során az értékelés várható körülményeire, kiemelve, hogy a vizsgálat anyagát nem fogják bizalmasan kezelni, és az széles kör kezébe kikerül majd. Ez egyúttal jó lehetőség arra is, hogy a pszichológus az esetleges téves elképzeléseket eloszlassa, ezzel kedvezőbb együttműködést kiváltva a kliensből.

E területen alapvető követelmény, hogy *minden* információról beszámoljon a szakvélemény, arról is, ami adott esetben ellentétes a pszichológus véleményével, illetve az ő meglátásaiba ütközik. Ha az ellenmondó dolgokat kihagyja valaki, azt megerősítő elfogultságnak vagy torzításnak hívjuk (Ackerman, 2006). Számolni kell azzal, hogy a pszichológus–kliens kapcsolatban általában jellemző jó érzések itt nem feltétlen jelennek meg. Helyettük a harag, az ellenségeskedés, a bosszú érzéseivel találkozhatunk a kliens részéről, ami akár gondatlan kezelés miatti feljelentésbe vagy etikai panaszba torkollhat (Knapp és VandeCreek, 2001).

A kórházi közegben az egyik tipikus etikai probléma, hogy a pszichológiai vizsgálat és tesztelés adatait rögzítő iratokat rendszerint a kliens többi orvosi dokumentuma és lelete között tartják. Ez lehetővé teszi, hogy számos más szakember is hozzáférjen az anyaghoz, komolyan veszélyeztetve a pszichológiai titoktartás követelményét. Többször előfordul, hogy az orvosi környezetben tevékenykedő pszichológus által rögzített adatok egyúttal jogi szerepet is kapnak. Ennek tudatában kell az értékelést elvégezni, és erről a körülményről – lehetőség szerint – a klient is tájékoztatni (Claassen és Lovitt, 2001). A kórházi közegben elvégzett értékelés adatai, illetve a szakvélemény kikerülése más intézménybe (pl. egy gyermekpszichiátriáról az iskolába) sem ritka esemény. Ezekben az esetekben a kliens autonómiája elvét figyelembe véve kell őt – vagy gondviselőjét – tájékoztatni arról, hogy az adatok kiadása esetén abból milyen következtetések vonhatók le külső szakemberek által. Például egy gyerek vizsgálata során nyert adatokból a szülőre nézve hátrányos következtetések is levonhatók. A pszichológus kötelessége erre figyelmeztetni a szülőt, mielőtt az meghozná a döntést az adatok kiadásának engedélyezéséről.

Az *iskolai* közegben a fő dilemma, hogy kinek is feleljen meg a pszichológus: a gyerekeknek, a szülőnek, a tanárnak, az iskolavezetésnek vagy esetleg valamely külső hatóságnak? Sok esetben a gyermek közvetlen, legjobb érdeke egyáltalán nem esik egybe pl. egy külső hatóság érdekével, aki a vizsgálatot elrendelte. Ezt az önmagában is kényes helyzetet tovább bonyolítja, hogy mivel a közvetlen kliens kiskorú, a vizsgálatba való be-

leegyezés a szülő vagy gondviselő felelőssége, és ő a végső döntéshozó arra nézve is, hogy milyen kör kapja, kaphatja meg az adatokat (Knauss, 2001).

A *személyzeti* munkában dolgozó pszichológusok többszörös szorításban vannak: rendkívül erőteljes elvárásokat támaszt velük szemben az őket alkalmazó cég (például valamilyen vállalat vagy hatóság). Ezt kell összehangolniuk a jogi szabályok mellett a szakmai-etikai kódex előírásaival. Azon túl, hogy – értelemszerűen – a pszichológusnak teljesen otthon kell lennie az alkalmazott tesztek és eljárások terén, szakmai felelőssége, hogy az alkalmazóit is bevezesse azok megfelelő értelmezésébe. Az állandó prioritást jelentő anyagi szempontok sem írhatják felül a szakmai elvárásokat: például, ha egy eljárásnak nincs megfelelő jóslóereje, nem használható (önmagában), még ha szűkös is a keret. Ha a pszichológus nem ért egy alkalmazandó eljárás-hoz, megfelelő tiszteletdíj fejében olyan – külső – kollégát kell megbízni a feladattal, aki kellő kompetenciával el tudja látni azt (Eyde és Quaintance, 1988).

Rendőrségen tevékenykedő pszichológusként jelentős dilemmát jelenthet az alkalmasság megítélése, melyről a 2. dilemmában írunk.

2. dilemma: Rendőrségi alkalmasság vizsgálata

Felkeresett egy vizsgáló (beosztás a rendőrség bűnügyi osztályán), hogy gondjai vannak. A beszélgetés során elég erőteljes téveseszmék kerültek felszínre, amely akkori megítélésem szerint a személyt ön- vagy akár közveszélyessé is tehetné volna. A fő kérdés, hogyan nyilvánítsam őt fegyveres szolgálatra alkalmatlanná, anélkül, hogy egy ilyen hierarchikus felépítésű rendszerben, mint a rendőrség, be kellene számolni róla, illetve az állományilletékes parancsnokkal mit oszthatok meg mindebből. Ez a dilemma persze a teljes alkalmasságvizsgálat során fennáll.

Ebben az esetben szerencsém volt, hiszen jól tudtam, hogy a jelenlegi felettese elfogadja majd a véleményem, mindenféle indoklás nélkül, így már csak azzal kellett megbirkóznom, hogy hogyan közlöm a vizsgálati személlyel, hogy az általa elmondottak alapján, ezeket az információkat felhasználva fogom őt fegyveres szolgálatra ideiglenesen alkalmatlannak nyilvánítani. Ezzel is szerencsém volt, hiszen a paranoid zavarral küzdőktől eltérően volt némi betegségbe-látása, és kis pihenésre hivatkozva sikerült őt rábírnem arra, hogy a munkáját ideiglenesen szüneteltesse, sőt, ezen túlmenően még egy pszichoterápiás folyamatra is rá lehetett bírni, amelynek végeredményeként rövi-

desen újra munkába tudott állni, és teljes értékű munkát tudott végezni, anélkül, hogy saját magát vagy környezetét veszélybe sodorta volna.

7. A titoktartás kérdése

A titoktartás a pszichológus–kliens vagy a klinikai szakpszichológus–páciens kapcsolatban alapvető kötelesség. Bár a páciensek többnyire tisztában vannak a pszichológus ez irányú kötelességeivel, de annak korlátaival kevésbé. A titoktartás megszegésére különböző, törvényileg szabályozott esetekben vagy etikai megfontolások alapján kerülhet sor. Ilyen szituáció lehet a szuicid szándékot hangoztató beteg, a mások bántalmazását tervező beteg (akár szexuális, akár fizikai bántalmazás, esetleg tervezett gyilkosság), valamint ha a pszichológus gyermekbántalmazásról vagy szexuális bántalmazásról szerez tudomást.

Igazságügyi szakértőként mindenképp tájékoztatnunk kell a klienst arról, hogy a vizsgálat fő célja, hogy részletes pszichológiai szakvélemény álljon rendelkezésére az igazságügyi döntéshozóknak a személyről. Tehát a titoktartás ebben az esetben mindenképpen megsérül (ld. részletesebben pl. Kovács, 2012; Varga, 2009).

További nehézség a különböző közegekben párhuzamosan tevékenykedő szakemberek közötti információ megosztása és ehhez kapcsolódóan a titoktartás kérdése. A 3. dilemma erre a helyzetre hoz egy példát.

3. dilemma: A háziorvos és az üzemorvos ugyanaz a személy

Mindkét fennálló eset alapproblematikája a következő: az adott páciens háziorvosa szakvéleményt kér a pszichológustól, azonban kiderül, hogy a háziorvos másodállásban annak a cégnek az üzemorvosa, ahol az adott beteg dolgozik. A háziorvos jelen esetben mint üzemorvos bírálja el a cégnél a dolgozók mentális alkalmasságát egy-egy munkára. Vannak azonban olyan adatok, olyan gondolatok, amelyek nem biztos, hogy az üzemorvosra tartoznak; lehet, hogy valami csak a háziorvosra tartozik. Én úgy képzelem, hogy a háziorvosnak nagyobb a toleranciaszintje, mint egy üzemorvosnak. Ez azt jelenti, hogy amit rábízik adott esetben a háziorvosra, nem biztos, hogy rábíznám ugyanazt az információt az üzemorvosra is. Ezekben az esetekben azonban a két orvos egy és ugyanazon személy volt, aminek következtében nagyon meg kel-

lett gondolnom, mit is írok le a betegeimről, ugyanis annak komoly következményei lehettek volna állásukat illetően.

1. eset

Az egyik szervezet, amelynél a páciensem dolgozott, egy állami cég, ami pénzekkel foglalkozik. Az akut pszichózis állapotában lévő hölgyet egy pszichiáter küldte be egy kórházba, és ott feküdt heteket. Majd eljött hozzám pszichoterápiára, vagyis egy terápiás kapcsolatot vett föl a hölgy velem. A háziorvos, aki közben a páciensem üzemorvosa is volt egyben a cégnél, el akarta kérni a hölgytől a pszichiátriai papírjait. A dilemmám az, hogy egy háziorvosnak igazából lehet tudnia egy emberről, hogy vannak pszichotikus állapotai, de ha az üzemorvos is látja ezt a papírt (aki jelen esetben a háziorvos is egyszemélyben), azaz, ha elküldöm a szakvéleményt az üzemorvosnak, akkor azt fogja mondani, hogy az illető hölgy arra a munkára alkalmatlan, ugyanis pénzügyi, állami feladatokat lát el. Holott egy pszichózissal küzdő személy is dolgozhat bármilyen cégnél, hogy ha olyan munkát lát el, amiben nem dekompenzálódik. A páciensem, aki közvetlenül ügyfelekkel dolgozott, attól került rossz állapotba, hogy egy többlépcsős óriási létszámleépítést ígértek be országosan az adott vállalatnál. Ő ezt nem tudta rugalmasan kezelni, és az a külső fenyegetés, ami állandóan érte, hogy mikor küldik el, olyan dekompenzált állapotot hozott létre, amivel kórházba került. Amikor meggyógyult és össze rendeződött, akkor olyan munkával bízták meg, amiben mechanikus feladatokat kellett végeznie. Beiktatásokat végzett, bélyegeznie kellett, azaz nem volt ügyfeles gondja. Ezeket a feladatokat is nagyon jól és ügyesen tudta végezni, gyakorlatilag egy pár ülés után el is tudtam engedni, ugyanis hosszú követés után sem jelentkezett a rossz állapota.

Igazából a verbális megnyilvánulásaiiban nem is lehetett látni a páciensem a problémáját, leszámítva azt, hogy merev volt az arca: kicsit merev arc mosoly nélkül, de azért semmilyen gondolati ugrása nem volt, tehát semmiféle olyan, ami jellemző a pszichotikus állapotra. Komoly dilemma volt bennem, hogy ilyen helyzetben mit lehet csinálni.

2. eset

Egy 50 éves hölgy három gyermeket nevelt egy házasságban. Férje 20 évvel volt idősebb. Dependens személyiségzavarral küzdött az asszony, ami tulajdonképpen az anyjához való kötődésében, kóros kapcsolatban nyilvánult meg.

Az anya messze, az ország másik részében szociális ellátóintézetben lakott. Demenciával küzdő, nyolcvan-non jóval felüli hölgy volt, aki olyan teljesen értelmetlen leveleket írogatott a lányának (azaz a páciensemnek), amelyekben már nem volt semmiféle logika, csak állandó vádaskodás nagy kusza betűkkel. Tehát tisztán lehetett látni a demenciát, leépülő folyamatokat a névénél, de a betegem nem tudta a hatása alól kivonni magát. Nem tudott eltávolodni, nem tudott távolról ránézni az anyja betegségére, hanem még mindig abban a kislány szerepben maradt, akit anyuka megdorgál, összeszid, megver és nem szeret. Ez olyan mértékű pszichés dekompenzációt okozott nála, hogy pszichoszomatikus betegségekbe menekült. Ez kezdődött az állandó folyamatos, ki nem gyógyítható migrénnel, amit erős nyakmerevség követett, majd gerincproblémák. A hölgy tulajdonképpen egyik orvostól a másikig esett, teljes mértékben ki lett vizsgálva, kvázi, használta az orvostudományt, holott az anyjával való kapcsolati zavara volt a kulcs. Ezek mellett depressziós is volt, azaz hangulati zavarok is jelentkeztek. Továbbá párkapcsolati problémái is voltak, ugyanis a 74 éves férj erősen beszűkült állapotba került, idősödött, és féltékenységi problémák alakultak ki nála. Anyagi gondok is jelentkeztek, továbbá a férjével is gondok voltak, csakúgy, mint az anyjával való szeretet-kapcsolatában, amit kóros kötődés jellemezett. Pszichológusnál még azelőtt nem volt. Úgy gondolta, hogy ha már minden orvosnál volt, nőgyógyásztól a röntgenig, akkor még egy pszichológus befér. Mivel egy őszinte asszony volt, így azt, hogy szándékában áll felkeresni egy pszichológust, elmondta a háziorvosának is. Igen ám, de a háziorvos azt mondta, hogy jól gondolja meg, hogy ezt így elmondta, ugyanis a pszichológustól szakvéleményt kell kérni azzal kapcsolatban, hogy ő mentálisan alkalmas-e forgalomirányításra (az asszony egy állami vállalatnál volt forgalomirányító, ami felelősségteljes munka). Megint ott volt bennem az a gondolat, hogy le tudnék írni erről az asszonyról nagyon sok mindent, ami benne is van igazából. Például, hogy depressziós, frusztrált, stb..., de ha én ezt leírom, akkor ezeket a problémákat a háziorvos (aki az alkalmasságot elbíráló üzemorvos is egyben tehát) nem fogja megérteni, hanem szó szerint azt gondolja, hogy alkalmatlan a hölgy a munkára, és nem adja meg a lehetőséget, hogy visszamenjen dolgozni. Azaz alkalmatlannak ítéli. A háziorvos célozgatott is a hölgynek, hogy jól gondolja meg a pszichológust, mert ha elmegey hozzá, akkor az már azt jelentheti, hogy nem egészen normális. Meg-

vizsgáltam a hölgyet, és meglehetősen óvatosan, finoman kellett fogalmaznom a szakvélemény írásakor ahhoz, hogy abból gond ne legyen, és ugye oda kellett írnom, hogy a felelősséget felvállalom, és hogy én alkalmasnak tartom a forgalom irányítására. Ez nem kis felelősség, tudván azt, hogy a háziorvos az üzemorvos is egyben. Míg egy háziorvosnak nyugodtan leírhatom, hogy azért vettem föl vele a kapcsolatot, hogy jobban figyeljen oda a páciensemre, esetleg írja ki táppénzre, ha szüksége van rá a hölgynek, addig egy üzemorvos esetében már alaposan át kell gondolnom, mit is mondok, mit is írok le neki a betegemmel kapcsolatban. Az asszony egy hosszú ideig tartó, kizsákmányoló állapot következményeként került rossz állapotba, ugyanis mindenütt meg akart felelni, és tulajdonképpen csak egy kis pihenésre, szeretetre, törődésre volt szüksége.

Döntéstámogatásként az őket kezelő pszichiáterekkel konzultáltam. Megkérdeztem őket, hogy mint gondolnak, mert úgy éreztem, nem tudok felelősen dönteni, ugyanis nem igazán szívesen adom ki még az orvos kollegának sem a klienst, főleg ha elképzelem azt, hogy mit csinálnak a páciensekkel egy esetleges pszichológusi szakvélemény következtében. Csak bele kellett gondolnom, mi lenne, ha az amúgy is pszichotikus páciensemet elküldik a cégtől. Nehéz élete volt idáig is: messziről költözött ide a párja kedvéért. Folyamatosan próbálkoztak, hogy gyerekük legyen, 38 éves volt, és pénzük nem volt annyi, hogy a megtermékenyítésig eljussanak. A férj egy középkategóriás fizetéssel rendelkezett, tehát még megélni sem tudtak volna. Ez azt jelenti, hogy egy nyomorba taszított állapotba került volna a páciensem. A másik betegemnek, a háromgyerekes anyának pedig a férje rokkantsági nyugdíjából kellett volna nevelnie a három gyereket, ha elveszti állását. Őt is elküldik a vállalatától, ha nem védi meg az ember. De közben a felelősség rajtam van, ha valamit elkövet, bár szerencsére nem történt semmi. A felelősséget azonban mégis nekem kell felvállalnom egy jó darabig, ugyanis a szakvélemény, amit írok, egy évig érvényes.

8. Idegen nyelvű vizsgálatok dilemmája

Az értékelés gyakorlati megvalósításának etikai „szövevényeire” világít rá Flanagan és munkatársainak (2005) tanulmánya. Olyan gyerekek pszichológiai vizsgálatánál, akiknek nem anyanyelve az angol, az alkalmazott

teszt megválasztásának példája jól mutatja, milyen körültekintést igényel az etikailag megfelelő út megtalálása. Ha a pszichológus a nyelvi hátrányt ki akarja küszöbölni, dönthet(ne) valamely nonverbális teszt mellett. Ám ekkor esetleg olyan részletek maradnak feltáratlanul, amelyek lényegesek lennének, és így hátrányba kerül a kétnyelvű gyerek az anyanyelvi társaihoz képest. Ezért a gyerek saját anyanyelvű tesztje az etikailag leghelyesebb módszer, ám ez azonnal elvezet ahhoz a kérdéshez, hogy a pszichológus maga beszéli-e pl. az adott nyelvet, ami a vizsgált gyerek anyanyelve. Amennyiben nem, gondoskodnia kell olyan kollégáról, aki pl. spanyol nyelven fel tudja venni a tesztet a gyerekekkel. A kolléga bevonása újabb sor etikai megfontolás tárgya kell legyen (kellően kompetens-e, kettős kapcsolat veszélye kizárható-e, megbízható-e a titoktartás szempontjából, bevonásának anyagi vonzatára van-e fedezet, és így tovább). Ezen a példán jól látható, hogy egy megoldási javaslat hogy szüli a további megfontolnivalókat, szinte vég nélküli láncolatban.

9. Összefoglalás

Jelen tanulmányban a pszichológiai felméréshez, értékeléshez, ebben az értelemben a pszichodiagnosztikai tevékenységhez kapcsolódó legfőbb etikai kérdéseket tekintettem át. A pszichológiai értékelési folyamat során a páciens/kliens védelme elsődleges szempont, így többek között a „Ne árts!” elve vagy akár a titoktartás kérdése sarkalatos a megfelelő etikai elvek mentén történő munkavégzésnél. Az etikai alapelvek alapos ismeretének hiányosságai különösen nehéz, dilemmákat okozó helyzetekben ütközhetnek ki, azonban a színvonalas, a páciens/kliens érdekeit képviselő pszichológiai munka szükséges velejárója az etikai elvek ismerete és követése. Etikai dilemmák esetén hazánkban jó iránymutatást jelenthet a Pszichológusok szakmai etikai kódexe, a Pszichoterapeuták etikai kódexe, valamint fordulhatunk különböző érdekvédelmi szervezetek etikai bizottságaihoz is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ackerman, M. J. (2006). Forensic Report Writing. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 59–72.

Berndt, D. J. (1983). Ethical and Professional Considerations in Psychological Assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14: 58–587.

Brabender, V., & Bricklin, P. (2001). Ethical Issues in Psychological Assessment in Different Settings. *Journal of Personality Assessment*, 77: 192–194.

Cates, J. A. (1999). The Art of Assessment in Psychology: Ethics, Expertise, and Validity. *Journal of Clinical Psychology*, 55: 631–641.

Claassen, C., & Lovitt, R. (2001). Solving Ethical Problems in Medical Settings During Psychological Assessment: A Decisional Model. *Journal of Personality Assessment*, 77: 214–230.

Erard, R. E. (2004). Release of Test Data Under the 202 Ethics Code and the HIPAA Privacy Rule: A Raw Deal or Just a Half-Baked Idea? *Journal of Personality Assessment*, 82: 23–30.

Eyde, L. D., & Quaintance, M. K. (1988). Ethical Issues and Cases in the Practice of Personal Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19: 148–154.

Flanagan, R., Miller, J. A., & Jacob, S. (2005). The 2002 revision of the American Psychological Association's. Ethics code: Implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 42: 433–445.

Gauthier, J. (2005). Toward a Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists: A Progress Report. In: Stevens, M. J., & Wedding, D. (eds.): *Psychology: IUPsyS Global Resource*. Hove, UK, Psychology Press.

Groth-Marnat, G., & Wright A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.

Kitchener, K. S. (2000). *Foundations of Ethical Practice, Research, and Teaching in Psychology*. Mahwah, New Jersey – London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (2001). Ethical Issues in Personality Assessment in Forensic Psychology. *Journal of Personality Assessment*, 77: 242–254.

Knauss, L. K. (2001). Ethical Issues in Psychological Assessment in School Settings. *Journal of Personality Assessment*, 77: 231–241.

Kovács J. (2012). A pszichoterápia etikai és jogi kérdései. In: Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., & Bitter I. (szerk.): *A pszichoterápia alapjai*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 266–273.

MacKay, E., & O'Neill, P. (1992). What creates the dilemma in ethical dilemmas? Examples from psychological practice. *Ethics and Behavior*, 2: 227–244.

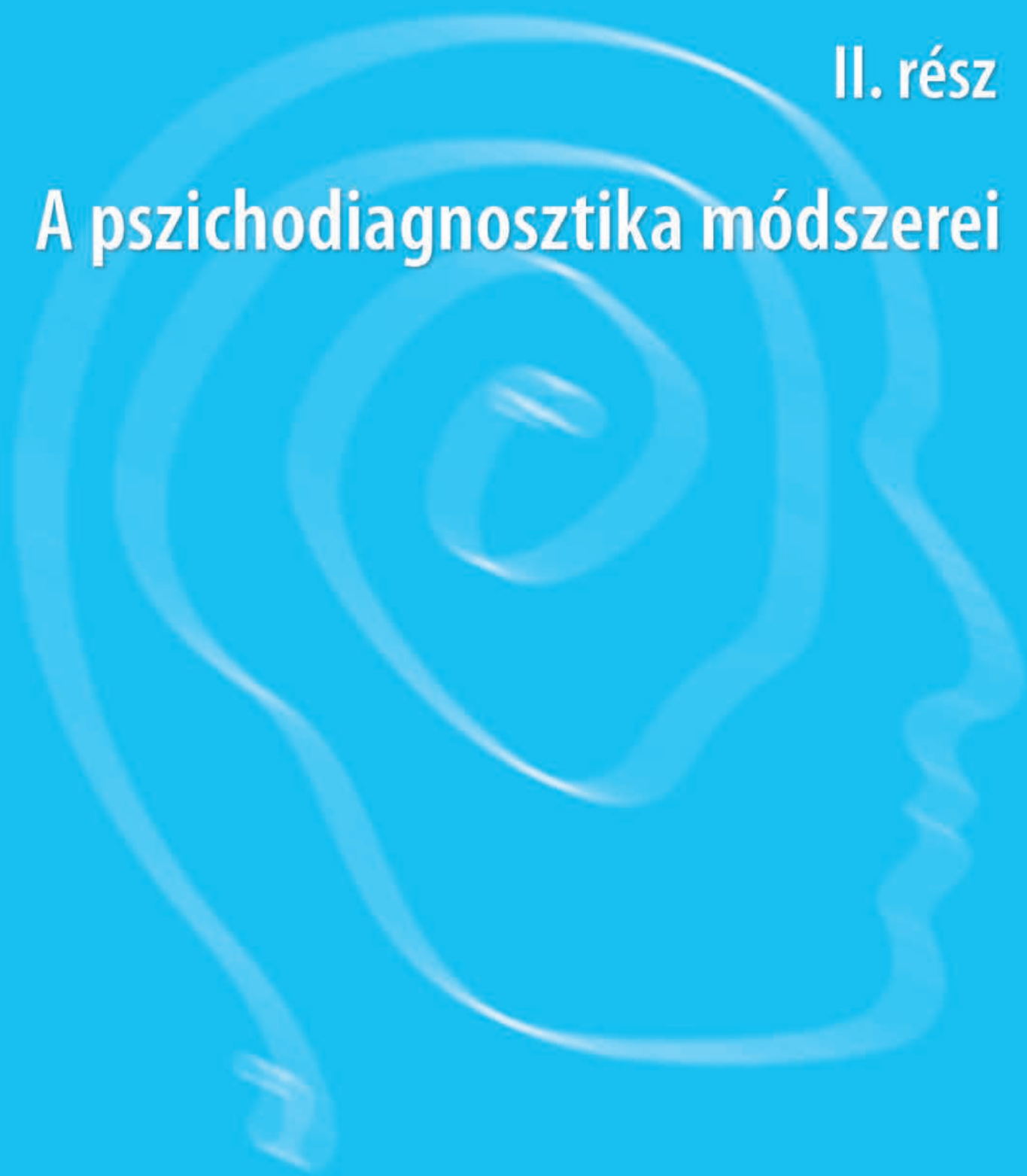
Michaels, M. H. (2006). Ethical Considerations in Writing Psychological Assessment Reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 47–58.

Miller, R. (2001). Scientific vs. clinical-based knowledge in psychology: a concealed moral conflict. *American Journal of Psychotherapy*, 55: 344–356.

- Rogers, R. (2004). APA 2002 Ethics, Amphibiology, and the Release of Psychological Test Records: A Counterperspective to Erard. *Journal of Personality Assessment*, 82: 31–34.
- Varga K. (2009). *Pszichológus etika – 99 dilemma tükrében*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(1): 54.

II. rész

A pszichodiagnosztika módszerei



Bevezetés

A pszichodiagnosztika eszköztára interjúkból és különböző pszichológiai tesztekéből áll, melyek jelentősen hozzájárulnak a pszichológiai felmérés pontosságához és alaposságához, segítik a tünetek azonosítását, a diagnózis felállítását. A *pszichodiagnosztika módszerei* című részben a legtöbb tanulmány olyan mérőeszközök bemutatását tűzte ki célul, melyek szakértő kezekben megbízható eredményekkel szolgálhatnak a pszichológiai felmérés során. A rész tartalmaz néhány olyan eszköz bemutatásáról szóló írást is, melyektől elsősorban pszichológiatörténeti jelentőségük miatt nem lehet eltekinteni.

Ezek a módszerek alapvető fontosságúak a pszichodiagnosztikai munkában, s megfelelő felkészültséggel nagyban segítik az ellátást, a pontos klinikai kép kialakítását s így a megfelelő terápiás munkát is.

Ugyanakkor tudnunk kell, hogy a pszichológiai tesztek elavulhatnak, ami a pszichodiagnosztikával nyert eredmények megbízhatóságát és érvényességét kérdőjelezheti meg. Fontos látnunk, hogy az elavult tesztek használata akár ártalmas is lehet. Az így nyert adatok jelentős kockázatot hordozhatnak magukban, hiszen téves diagnózishoz, a tünetek pontatlan és hibás felméréséhez vezetnek, s így tévútra vihetnek minket a páciensek/kliensek ellátásában. Éppen ezért vitathatatlan, hogy folyamatosan naprakésznek kell lennünk a pszichodiagnosztikai eszközkészlet ismeretei tekintetében.

A *pszichodiagnosztika módszerei* című részben az eszközöket a pszichodiagnosztikai tesztek és módszerek szokásos csoportosítása alapján mutatjuk be. Elsőként a páciens/kliens obszervációja, explorációja és interjúfelvétel zajlik a diagnosztika gyakorlatában. Ezekről a folyamatokról részletesen olvashatunk „Az obszerváció és exploráció a pszichiátriai és klinikai pszichológiai gyakorlatban” című tanulmányban. Az interjúk típusai strukturáltságuk mentén osztályozhatók strukturálatlan, félig strukturált és strukturált interjúkra. A továbbiakban az egyes interjúk típusairól, előnyeiről és hátrányairól, alkalmazásuk színtereiről és céljairól találunk áttekintést a „Strukturálatlan interjúk”, valamint a félig strukturált és strukturált diagnosztikai interjúk témáján belül a „Viselkedésvizsgáló”, a „Kognitív szempontú diagnosztika”, a „Strukturált diagnosztikai interjú: Strukturált klinikai interjú a DSM zavarok felmérésére (SCID)” és a „Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) felnőtt és gyermek változata” című írásokban. Az interjúk közé soroltuk „A személyiség strukturális diagnosztikájának főbb mérőeszközei”-nek ismertetésére vállalkozó írást, noha elméleti háttere dinamikus, így könnyen asszociálódhat a projektív mérőeszközökhöz, de meg-

ítélésünk szerint alapelvei és strukturáltsága miatt jobban illeszkedik az interjútechnikákat bemutató eszközök közé.

A pszichodiagnosztikai munkában jelentős szerepet játszanak a személyiségtesztelés eszközei, így a projektív és objektív személyiségteszt. A projektív tesztek közül elsőként a Rorschach-teszt tárgyalásával találkozhatunk. A Rorschach-teszt kapcsán három írás („A Rorschach-teszt: Jelölés és értelmezés Mérei Ferenc rendszere alapján”, „Szemlélet, kódolás és értelmezés a Rorschach – Performance Assessment System (R-PAS) alapján” és „A Rorschach-teszt klinikai pszichológiai alkalmazása”) foglalkozik a Mérei-féle jelöléssel és értelmezéssel, az R-PAS rendszerével és a teszt klinikai alkalmazásával. Ezenkívül külön írásokban mutatják be a szerzők a Tematikus Appercepciók Tesztet, a Képes Frusztrációs Tesztet, a Jung-féle szóasszociációs tesztet, a Szondi-tesztet és a Metamorfózisok tesztjét. A projektív tesztek közé soroltuk a rajzteszteket is, melyek alkalmazásának és értékelésének legmodernebb megközelítéséről „A képi kifejezés” vizsgálata című tanulmányban olvashatunk.

Az objektív személyiségmérés eszközei között esik szó az MMPI tesztről és modern változatairól „A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) teszt fejlődési folyamata: Az MMPI, az MMPI-2, az MMPI-A, az MMPI-2-RF és az MMPI-3 bemutatása” című írásban, valamint egyéb átfogó személyiségtesztekről olvashatunk egy külön tanulmányban.

A pszichodiagnosztikai eszközkészlet egyik legjelentősebb típusa a teljesítményteszt, melyek közül a mindennapi klinikai munkában elsősorban az intelligencia felmérésére alkalmas mérőeszközöket alkalmazunk. E kiemelt terület megismerésébe három tanulmány („Az intelligencia vizsgálata a pszichodiagnosztikában”, „A Wechsler-féle intelligenciateszt”, valamint az „Intelligenciamérés a Wechsler-teszteken túl”) vezet be az olvasót.

A *pszichodiagnosztika módszerei* című részben látszólag kevés szó esik a különböző kérdőívekről és becslőskálákról, azonban maga a „Specifikus mentális állapotok felmérése kérdőíves módszerekkel: depresszió, szorongás, kényszeres zavar, PTSD” című írás rendkívüli alapossággal és részletességgel mutatja be a klinikumban leggyakrabban alkalmazott kérdőíveket, másrészt könyvünk IV. részében minden egyes állapot- vagy betegségcsoportnál külön tárgyaljuk a különböző, tünettípus-specifikus kérdőíveket, így ott szimptomákra és szindrómákra lebontva tovább tájékozódhat az olvasó a javasolt kérdőívek jellemzőiről, pszichometriájáról, alkalmazásuk módszertanáról.

1. fejezet

Az interjúfelvétel módszerei és technikái



Obszerváció és exploráció a pszichiátriai és klinikai pszichológiai gyakorlatban

Réthelyi János

1. Bevezetés

A pszichiáterek és klinikai pszichológusok által végzett betegvizsgálat és a pszichodiagnosztika bevezető szakasza, első néhány perce nagy jelentőséggel bír a vizsgálat és a kezelés további kimenetelének, sikerességének és hatékonyságának szempontjából. Bármely emberi kapcsolat indulása fontos, és meghatározhatja annak további alakulását. A magyar nyelv kifejezéseiben is megjelenik ez az emberi alapigazság: „első ránézésre azt gondoltam róla...”, „szerelem első látásra”, „működött köztünk a kémia”, vagy az orvosi szlengből a „blikkdiagnózis” kifejezést említhetjük. Egy pszichiátriai interjú vagy egy pszichoterápiás kapcsolat megkezdéséről, noha szakmai kérdésről, tanulható és alakítható készségről van szó, mindezt még erőteljesebben állíthatjuk. Az obszerváció során a páciensek megjelenését, magatartását, kommunikációját és metakommunikációját, pszichomotoriumát figyeljük meg, nem tapintatlan és nem tolakodó módon. Az exploráció pedig a belső tartalmak, érzelmek, gondolatok, személyiség megismerését szolgálja direkt és indirekt kérdések, közvetlen, beszélt emberi kommunikáció révén (Máttyássy és mtsai, 2021; Réthelyi és mtsai, 2022).

A következő fejezetekben a fenti kérdéskört járjuk körül. Milyen módon optimalizálható a diagnózisalkotás, a pszichopatológiai vizsgálat és a terápiás kimenetel szempontjából a páciens vizsgálatának első szakasza? Milyen speciális helyzetei vannak a pszichiátriai/klinikai pszichológiai interjúknak, és ezek hogyan befolyásolják az obszerváció és az exploráció technikáját? Különbözik-e a pszichodiagnosztikai interjú és a pszichoterápiás kapcsolat bevezető szakasza?

2. Történelmi és elméleti kitekintés

Lazábban kapcsolódik a fenti témához, de érdemes megvizsgálni a teljesség igénye nélkül, milyen történelmi kontextusban jelenik meg az obszerváció és az exploráció témája. Sigmund Freud munkásságában a beteg-

vizsgálat és az orvos-beteg kapcsolat témakörét átszövi az áttétel-vizontáttétel elmélete. A páciensben, vizsgált személyben ébredő, gyermekkori élményeit, fejlődéstörténetét, aktuális helyzetét tükröző érzelmek jelentősen befolyásolhatják a kapcsolat további kimenetelét. Ugyanakkor a vizsgálóban (orvosban, pszichológusban) is keletkezhetnek hasonló módon érzelmek, aktuális lelkiállapotának, kapcsolatrendszerének függvényében. Az analitikus iskola szerint a cél nem ezeknek az érzéseknek az eliminálása vagy negligálása, hanem az áttételi és vizontáttételi érzelmek felismerése, verbálizáltatása és értelmezése, valamint felhasználása a terápia következő szakaszaiban (Argelander, 2016).

Érdekes módon a nagy pszichopatológiai iskolák képviselői is fontosnak tartották a betegvizsgálat körülményeinek és jelenségekörének vizsgálatát. Emil Kraepelin, az első tudományos alapokon nyugvó pszichiátriai klasszifikáció megalkotója, rendszerében a pszichiátriai betegségeket kategóriákba sorolhatónak látta, melyek „valóságosak, felismerhetők, egységesek és stabilak” (Lazary és mtsai, 2021). A kraepelini gondolkodásmód a mai napig meghatározza a pszichiátriai nozológiát és a pszichiátriai betegségekről való gondolkodásunkat. A pszichopatológiai, pszichometriai vizsgálatok tudományos alapvetéseiben – gondolhatunk a validitás és reliabilitás fogalmaira – is ezek a fogalmak köszönnek vissza. Ehhez képest Karl Jaspers *Allgemeine Psychopathologie* című művében a betegvizsgálat fenomenológiai megközelítését képviselte, amely a dimenzionális megközelítést alapozta meg a mai pszichiátriai diagnosztika számára (Park, 2019). Például az Amerikai Pszichiátriai Társaság által 2013-ban megjelentetett és bevezetett Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) rendszerében is erőteljesen tért vissza a dimenzionális és fenomenológiai látásmód. Jaspers megkülönböztette a megmagyarázhatóság és megérthetőség folyamatait és fogalmait a pszichiátriai betegvizsgálatokkal kapcsolatban, ezzel visszatérve a vizsgálat kétirányúságának koncepciójához. Karl Leonhard munkássága nyomán Pethő Bertalan tankönyvében az ún. praecox-élményről ír, melyet a vizsgáló átél, amikor

pszichotikus beteggel találkozunk, sőt a vizsgálat előtt is kialakul benne egy benyomás a páciens megjelenése, mozgása, mimikája alapján.

A kognitív-behaviorista pszichoterápiás iskola és kognitív idegtudományi szemlélet a vizsgálati szituációt is egy kognitív és mindkét oldalról tanulható folyamatként írja le, melynek számos részeleme van. A helyzet percipiálása, az absztrakciós készség működése, a vizsgálati szituációval kapcsolatos érzelmek felismerése, az autobiografikus emlékezet aktiválódása, az interakció szociális kogníció folyamatain alapuló dekódolása és meglévő sémáink alapján történő modellezése mind részét képezik a vizsgálati folyamatnak.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a pszichiátriai betegvizsgálat témájával kapcsolatban visszatérően és egy időben jelennek meg az irodalomban az objektív információk és szubjektív érzések jelenségek, ezek szétválaszthatóságának problematikája, a jel-zaj arány optimalizálásának kérdései. Érdemes mindig fejben tartanunk, hogy miközben a célunk az objektív és reprodukálható vizsgálati információk kinyerése, a vizsgálat jellegéből adódóan a kevésbé strukturált információk és szubjektív folyamatok is részét képezik a betegvizsgálatnak, ennek személyes, emberi jellegéből adódóan. Ezek az egyidejű jelenségek elősegíthetik a vizsgálat folyamatát és növelhetik részletgazdagságát.

3. A pszichiátriai/klinikai pszichológiai interjú általános szempontjai és sajátosságai

A pszichiátriai/klinikai pszichológiai interjú és a pszichés státusz rögzítése általános orvosi és klinikai pszichológusi kompetencia (MacKinnon és mtsai, 2017). A pszichiátriai beteggel történő kommunikáció alapvetően hasonló elvek mentén történik, mint bármely vizsgálat vagy interakció, de bizonyos esetekben több időt igényel, illetve tudatában kell lennünk, hogy egyes pszichopatológiai tünetek nem közvetlen rákérdezés segítségével ismerhetők fel, hanem a beteg kommunikációjából és viselkedéséből következtethetünk rájuk.

A vizsgálat helyszínét és időpontját lehetőleg előre tervezzük meg, próbáljuk minimalizálni a zavaró körülményeket. Fontos figyelembe vennünk, hogy a beteg egyes témákról mások jelenlétében nehezen vagy egyáltalán nem fog beszélni, ezért törekednünk kell arra, hogy csak azok legyenek jelen a vizsgálat során, akik jelenléte valóban indokolt. A sürgősségi vizsgálatot vagy hallgatók, tanulók bevonásának lehetőségét leszámítva

a négy szemközti helyzet az optimális. A hozzátartozó jelenléte a vizsgálat során megnyugtató lehet a beteg számára, de ennek az ellenkezője is előfordul. Igyekezünk elnyerni a páciens beleegyezését ahhoz, hogy hozzátartozóival beszélhessünk, és mindig találjunk arra alkalmat, hogy hozzátartozó nélkül is beszéljünk vele, ugyanis elképzelhető, hogy fontos információkat csak ekkor fog megosztani.

Az első vizsgálatnak részét képezi, elsősorban a sürgősségi ellátásban, a kockázatbecslés szuicidrizikó és heteroagresszivitás szempontjából, és ennek folyamataként az esetleges közvetlen veszélyeztető magatartás felismerése. Ez sürgősségi betegfelvételt és korlátozó intézkedéseket vonhat maga után, ilyenkor nem szabad elfelejteni, hogy a páciens kiszolgáltatott helyzetben van, kommunikációnk során különösen ügyeljünk a szükséges információk közlésére és a páciens emberi méltóságának megőrzésére. Nagyon fontos, hogy a vizsgáló belül, „fejben” képes legyen „váltani” akkor is, ha nem volt előre látható a veszélyeztető magatartás, ha egy más típusú vizsgálatra készülünk, például rutin kontrollvizsgálatra vagy pszichodiagnosztikai interjúra. Kiemelt jelentőségű a veszélyeztető magatartás felismerése és az ilyen esetekben szükséges teendők ismerete. Amennyiben öngyilkossági készletésre derül fény a vizsgálat közben, szükséges, hogy ezt részletesebben végigbeszéljük a pácienssel, vagy akár segítséget is kérhetünk menet közben, de ne felejtjük el, hogy nem hagyhatjuk a páciens magára a továbbiakban. Szükséges ismerni a violens és agresszív magatartás rizikófaktorait (szerhasználat, intoxikáció, kezeletlen pszichiátriai betegség, akusztikus hallucinációk, parancshallucinációk, paranoiditás, miszidentifikáció, személyiségzavar), és a betegvizsgálat körülményeit ennek megfelelően megválasztani. Heteroagresszivitásra jellemző rizikófaktorok fennállása esetén nem kivitelezhető a négy szemközti betegvizsgálat.

A vizsgálatot követően a beteg pszichés státuszát rögzítjük, ennek később szakmai és jogi szempontból is nagy jelentősége lehet. Megfelelően rögzített státusz nélkül nem lehetséges a páciens aktuális állapotának rekonstruálása, a pszichés állapot változásának követése. A további becsülőkálák és kérdőívek vagy egyéb vizsgálati módszerek az interjú eredményével és a pszichés státusszal együttesen értelmezhetők.

A pszichiátriai beteg vizsgálatának alapvető célja, hogy felismerjük a pszichopatológiai tünetek jelenlétét, azok időbeli dinamikáját, vagy megállapítsuk hiányukat. Mindezt az anamnézisben, az explorációs interjú szövegé-

ben és a pszichés státuszban tudjuk rögzíteni. Ugyanakkor az első vizsgálat a megalapozója a jó orvos-pszichológus-páciens kapcsolatnak. Ennek eszköze a lehetőségekhez képest maximális bizalom kialakítása empátiás odafordulás révén, amely nagymértékben növeli a betegvizsgálat és a terápiás kapcsolat hatékonyságát, illetve a további sikeres együttműködés esélyeit.

4. Obszerváció

A páciensek obszervációja, azaz megtekintése és megfigyelése, nagyon eltérő lehet a vizsgálati szituációtól függően. Alaphelyzetben, megtartott tudatú és a vizsgálati szituációnak megfelelően kommunikáló páciens esetében az obszerváció nem lépi túl azt a mértéket, mint amennyire megfigyelünk egy beszélgetőpartnert egy átlagos beszélgetés során. Ilyen esetekben a szemkontaktus felvétele és fenntartása mellett inkább arra szükséges odafigyelni, hogy ne bámuljuk zavaró módon a másik embert. Obszervációnknak a verbális csatorna mellett egy időben zajló információgyűjtést kell szolgálnia. Megosztott figyelem révén a páciens meghallgatása, kérdések feltevése közben is lehetséges a páciens megjelenésének, magatartásának és metakommunikációjának megfigyelése.

A megjelenés és az öltözködés lehet elhanyagolt állapotú vagy éppen túlságosan elegáns, a páciens közegétől nagyon eltérő, feltűnő. Hasonló kategóriába esik a túlzott sminkelés. Az öltözködési stílus, a testékszerek és a tetoválások a páciens szociális közegére és személyiségvonásaira is utalhatnak. Beszéd közben is árulkodó lehet a megszokottól eltérő gesztikuláció, az intonáció, a prozódia eltérései. Ezek a különbségek gyakran együtt járnak a pszichomotorium egyéb tüneteivel. A súlyosan depressziós betegekre jellemző lehet a halk beszéd, gyakran nehezen érthető, amit mond, tartása görnyedt, tekintete szorongást tükröző lehet, gyakran kerül a szemkontaktust. Mániás állapotban a páciensek sokszor zavaróan hangosak, mimikájuk, gesztikulációjuk erőteljes, és ez együtt járhat más, nyugtalanságra, agitációra jellemző tünetekkel. Mániás állapotban észleljük gyakran az öltözködés vagy sminkelés korábban már említett kirívó vagy szélsőséges formáit. Pszichotikus állapotban a kommunikáció és a mimika is gyakran túlzó, maníros. Paranoid betegek esetében érezhetjük, hogy ők néznek vagy bámulnak minket, akár zavaró módon, és nemritkán a vizsgáló viselkedését, megjelenését kommentálják megfigyeléseik alap-

ján. Neurokognitív hanyatlás esetén a beszéd gyakran színtelenné válik.

Az obszerváció speciális eseteit jelentik, amikor gyerekek magatartását figyeljük meg szülei társaságában, vagy játék helyzetben, kortárs interakció közben. A tudatzavaros, szomnolens, deliráló, agitált, pszichomotorosan gátolt vagy stuporos betegek esetében az obszerváció jelentősége megnő, mert az exploráció csak korlátozott mértékben lesz kivitelezhető. Tapasztalt klinikusok ilyenkor „távolabbról” nézik, obszerválják a páciens, megfigyelve pszichomotoros eltéréseit, célirányos vagy céltalan magatartását és, amennyiben van, a kommunikációját. A cél a magatartás egészének feltérképezése. Ezt követően a figyelem felkeltésének kísérlete, a beszélgetés megkezdésére irányuló próbálkozás következik, valamint ezekben az esetekben mindig szükséges részletes fizikális vizsgálat elvégzése is.

5. Explorációs és interjútechnikák a betegvizsgálat során

Általánosságban elmondható, hogy az exploráció és a betegvizsgálat dinamikus folyamatot jelentenek, amely betegről betegre és vizsgálóról vizsgálóra is változik. A vizsgálatnak egyszerre kell megfelelnie a sztenderdizálhatóság és a reprodukálhatóság felételeinek, ugyanakkor sok tekintetben egyéni és változó. Minden vizsgálonak kialakul a saját vizsgálati stratégiája, technikája és stílusa, ami nem baj, ha emellett az állandó és reprodukálható információtartalmak is megvannak. Fontos még hangsúlyozni, hogy tanulható, gyakorolható, fejleszthető képességről van szó. Időnként előfordul, hogy évtizedek óta betegvizsgálatot végző, nagy gyakorlattal rendelkező pszichológus vagy pszichiáter elkezd egy új vizsgálati módszert használni vagy egy új betegcsoporttal foglalkozni, és ennek következtében új módszereket kell elsajátítani. Klinikai vizsgálatokban, farmakológiai vagy egyéb kutatásokban a vizsgálókat rendszeresen egymáshoz kalibrálják, „összepontozzák”, azaz megpróbálják a vizsgálók heterogenitását csökkenteni.

Azt is elmondhatjuk, hogy egy vizsgálat sikeressége változó lehet: a vizsgált és a vizsgáló pillanatnyi állapotának függvényében. Ez sem baj önmagában, egy felmásra sikerült vizsgálatot ki lehet egészíteni egy újabb ülésben. Adott esetben, ha nincs jobb megoldás, a vizsgálatot folytathatja egy másik vizsgáló.

A vizsgálatot annak pontos céljától (betegfelvétel, diagnosztika, kontrollvizsgálat, kutatás, oktatás) függetlenül

érdemes általános és nyitott kérdésekkel indítani, majd tájékoztatni a páciens a vizsgálat céljáról. A kezdeti kérdések során vissza lehet kérdezni bizonyos témákra, ugyanakkor ne szakítsuk állandóan félbe a páciens. Ha korlátozott időnk van, ennek tudatában vezessük az explorációt. Tervezzük meg, hogy a vizsgálat egyes elemeit mikor kell elkezdeni, és ne hagyjuk az interjú végére az érzékeny kérdéseket, amelyek átbeszélése esetleg több időt igényel. Az információk rögzítése történhet jegyzeteléssel, kérdőívek közös kitöltésével, számítógépes „checklist”-ek kipipálásával, de erről is érdemes a beteget előre tájékoztatni.

Az exploráció során gyakran esünk abba a hibába, hogy túlzottan a beteg jelen panaszaira koncentrálnak, és kevés információt gyűjtünk a tünetek előtörténetéről, valamint a beteg gyerekkoráról, tanulmányairól, életviteléről, illetve arról, hogyan teljesít élete különböző területein. A funkcionalitás meghatározását külön kérdőívek, például a Funkcionális Globális Felmérése (Global Assessment of Functioning, GAF) skála szolgálják. Érdemes mindig rákérdezni a munkára, családdal, barátokkal való szociális kapcsolatokra, iskolai teljesítményre, hobbikra, különleges érdeklődésre, ezzel a páciens tágabb szociális közegébe nyerünk bepillantást.

Klinikai kutatásokban a reprodukálhatóság és a morbiditások felmérése céljából minden esetben szterilizált, strukturált vagy félig strukturált interjúkat használunk. Ezek a betegellátás során is nagyban segíthetik a diagnosztikus folyamatot. Mégis, a mindennapi betegellátás során inkább a saját begyakorolt paneljeinket, szófordulatainkat használjuk. A pszichiátriai betegek sokszínűsége és minden vizsgálati szituáció egyedi volta miatt nem lehetséges előre „begyakorolt” kérdésekkel irányítani az explorációt, de érdemes elsajátítani néhány szófordulatot, kérdést, amelyeket bizonyos helyzetekben használhatunk. Erre mutatunk most néhány példát a teljesség igénye nélkül.

Az interjú általános része során használható kérdések:

- Meg tudja mondani, hogy hol vagyunk most? Mi a mai dátum? Ki Magyarország miniszterelnöke?
- Milyen volt a hangulata az elmúlt időszakban? Előfordultak gyors hangulatingadozások? Könnyen el-érzékenyült? Érzett-e haragot, indulatokat?
- Azok a dolgok, amelyek korábban örömet okoztak, most is ugyanúgy örömet okoznak önnek?
- Az otthoni munkákat, munkahelyi feladatait el tudja látni? Szívesen látott-e neki egy-egy feladatnak, megtervezte-e feladatait?

- Szívesen beszélget házastársával, szüleivel, gyerekeivel és barátaival?
- Milyennek érezte az aktivitását az elmúlt hetekben a korábbiakhoz képest? Mondja el, hogy telik egy napja!
- Mik a tervei a jövőre nézve, milyennek látja a jövőt?
- Megfordult a fejében az utóbbi időben, hogy esetleg ártson magának? Voltak öngyilkossági gondolatai?
- A különböző késztetéseket, étvágyat, sóvárgást mennyire tudta kontrollálni?
- Vannak önnek szenvedélyei vagy függőségei?
- Hallott vagy látott olyat az elmúlt időszakban, amit más a környezetében nem? Voltak-e látomásai, hanghallásai?
- Volt olyan érzése az elmúlt időszakban, hogy mások rosszat akarnának önnek, összefogtak maga ellen, esetleg megfigyelnék?
- Vannak önnek különleges képességei? Használja ezeket a képességeket?
- Milyen embernek tartja magát? Milyen belső tulajdonságai vannak? Milyen tulajdonságok jelentettek önnek problémát az életében? Fontosak az ön számára a családtagok és a barátok?

Az interjú lezárásának is megvan a saját technikája, melyre érdemes odafigyelni. Mindenképpen szükséges az interjúnak egyfajta összefoglalását, rezüméjét elmondani, visszajelezni a páciensnek. Ha a kiértékelés később fog történni, arról adjunk tájékoztatást, hogy mikor kapja meg a páciens az interjú eredményeit. Meg lehet kérdezni a páciens, hogy van-e kérdése, maradtak-e benne rossz érzések vagy kételyek? Megkérdezhetjük, hogy a vizsgálat után közvetlenül mit fog csinálni. Ezek a „levezető” kérdések a későbbi diagnosztikus vagy terápiás folyamatot segítik elő.

6. Pszichés státusz, pszichopatológiai eltérések

A vizsgálat korábban leírt lépései, az obszerváció és exploráció segítségével kvalitatív módon jellemezhetjük azokat a pszichopatológiai eltéréseket, melyeket később célzott tesztpsziológiai vizsgálatok alkalmazásával kvantifikálni is tudunk. A pszichopatológiai rendszerek és leírások hagyományosan először a különböző mentális tevékenységeket és funkciókat, lelki jelenségeket definiálták, majd ezek átlagostól való eltéréseit nevezték meg pszichopatológiai tünetekként. Ennek a fejezetnek messze meghaladná a határait, ha arra vál-

lalkoznánk, hogy a történelmileg kialakult pszichopatológiai rendszereket bemutassuk.

A klasszifikációs rendszerek, melyek által diagnózisokhoz jutunk, jelenleg is tüneti kritériumokon alapulnak, tehát ebből a szempontból továbbra is fontosak a pszichopatológiai eltérések, a pszichés tünetek felismerése és pontos megnevezése, leírása. Ugyanakkor a jelenleg használt nozológiai rendszerekben, így a DSM-5 és BNO-11 rendszerekben is, meghatározóvá vált a dimenzionális megközelítés, amely a mentális funkciók eltéréseinek fokozatosságát, folytonosságát és kvantifikálhatóságát fejezi ki. Ebből a szempontból a pszichopatológia egyszerűsödéséről, „mindennapivá válásáról” beszélhetünk.

A pszichopatológiai eltérések teljes körű, részletes leírása helyett álljon itt egy egyszerűsített leírás a legfontosabb tünetekkel (Somlai és Németh, 2021).

7. A legfontosabb pszichés funkciók és lehetséges patológiás eltéréseik

Tudati funkciók: az én és a valóság, belső és külső ingerek szubjektíven megélt, egészséges élménye, részei. Eltérések: a tudati éberség (vigilitás) és az összerendezettség (integritás) zavarai, szomnolencia, szopor, kóma, beszűkült tudatállapot, Wahn-állapot, amencia, delírium.

Orientáció: tájékozódási képesség (autopszichés, saját személyre vonatkozó, allopszichés, időbeli, térbeli és másik személyre vonatkozó orientáció). Eltérések: megtartott, részleges orientáció, naptévesztéssel megtartott orientáció, dezorientáció.

Észlelési funkciók: a külső ingerek érzékelése (percepció), elsőrendű feldolgozása (appercepció) és a figyelem jellemzése. Eltérések: elemi (érzékszervi) percepció zavarok, illúziók, hallucinációk (modalitás szerint: akusztikus, vizuális, olfaktórikus, gusztatórikus, taktilis, testi), a figyelem éberségének (vigilitásának) és fókuszáltságának, köthetőségének (tenacitásának) zavarai (hyperprosexiás és hypoprosexiás figyelem).

Kognitív funkciók: az érzékelt információk feldolgozása, megjegyzése és visszaidézése, következtetések levonása, gondolkodás, képzet- és fogalomalkotás. Eltérések: a gondolkodás formai zavarai (tempó, felgyorsult, lelassult, minőség, kisiklások, monoideizmus), tartalmi zavarai (logikai hibák, diszfunkcionális kogníciók, kény-

szergondolatok, túlértékelt gondolatok, téveszmék, mikromán/megalomán, perszekutoros, paranoid, erotomán, reliózius, genealógiai, bűnösségi, perlekedési), absztrakciós készség csökkenése, memóriafunkciók eltérései (megjegyző, megtartó, felidéző emlékezet zavara, rövidtávú memória zavar, hypo- és hypermnesis).

Intellektus: a kognitív funkciók globális összessége. Eltérések: csökkent intellektus IQ-övezetek szerint, demencia, pszeudodemencia.

Affektív funkciók: az észlelt információk és élethelyzet belső, szubjektív viszonyulást is tükröző, nem elemző, nem tudatos minősítése, hangulat, közérzet és érzelmi reakciók. Eltérések: hangulat, a külső környezet, valamint az életesemények megítélésének érzelmi színezete, dysthymia, euthymia, hyperthymia. Közérzet, a hangulattal együtt mozgó, testi tünetekben is megnyilvánuló, érzelmi értékelés hosszabb távú tárgy nélküli élménye, dysphoria. Érzelmi reakciók, tárgyhoz kapcsolódó, tartós viszonyulási reakciók, emocionális inkontinencia. Szorongás, konkrét szituációkban vagy folyamatosan jelentkező kellemetlen, félelemérzéssel járó testi és lelki tünetek.

Indulati kontroll: tárgyra, személyre vagy helyzetre irányuló, intenzív, rövid hatású reakciók kontrollálása. Eltérések: impulzív magatartás, affekt-augmentáció.

Pszichomotorium: a részben automatikus, pszichés funkciók által befolyásolt mozgások (mimika, pantomimika, testtartás), valamint az akaratlagos mozgások mennyiségi és minőségi jellemzői. Eltérések: pszichomotoros nyugtalanság, agitáció, pszichomotoros gátoltság, stupor, hypomimia, paramimia, kataton tünetek, viaszhajlékonyság, krisztallizáció.

Akarati funkciók és motivációk: az elemi viselkedési funkciók és késztetések, illetve a válaszadás jellemzése, beleértve a táplálkozási és szexuális magatartást. Eltérések: avolíció, hyperbulia, hypobulia. Evészavarok és szexuális zavarok tünetei, alvás, étvágy, libidó.

Kommunikáció: a beszéd és a nonverbális csatornák, mimika, gesztikuláció, metakommunikáció értékelése. Az eltérések közé tartoznak a primer beszédzavarok.

Szuicidalitás és violencia kockázata: veszélyeztető állapotra utaló, kiemelt fontosságú jellemzők. Öngyilkossági

viselkedés kockázata, szuicid fantáziák, késztetések, tervek, korábbi szuicid kísérlet, agresszív impulzusok és más pszichopatológiai eltérések.

Komplex viselkedés és személyiség: a szociális aktivitás, személyiség, megjelenés, attitűdök értékelése, realitás-tesztelés megőrzöttsége.

Betegségbelátás: a páciens tüneteinek és helyzetének objektív, reális értelmezése. Eltérések: részleges, hiányzó, fokozott. Realitáskontroll sérülése.

A pszichés státusz leírásához nyújtott segítségként álljon itt egy negatív státuszminta:

A tudat vigilitása és integrációja megtartott. Orientáció mind auto-, mind allopszichésen megtartott. Magatartás célirányos, a páciens a vizsgálati szituációt felismeri. Figyelem felkelthető, irányítható, a célképzetet megtartja. Észrevesési, érzékelési zavar vagy erre utaló közvetett jel nem észlelhető. Képzetek, fogalmak a korának és az iskolázottsági szintnek megfelelőek. Gondolkodás alakilag és tartalmilag ép. A megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés megtartott. Hangulat közepes fekvésű, közérzet megfelelő. Érzelmi reakciók a helyzetnek és a közölt tartalomnak megfelelőek mind minőségileg, mind intenzitásában. A szorongásnak sem szubjektív, sem magatartásbeli, sem vegetatív tünetei nem észlelhetők (vagy: az orvosi vizsgálati szituációnak megfelelő mértékűek). Aktivitás, cselekvőkészség az anamnézis alapján a korábbiakhoz képest eltérést nem mutat, személyiségének és saját elvárásainak megfelelő. Étvágya átlagos. Szexuális aktivitása korának, helyzetének, személyiségének megfelelő. Szuicid szándék, késztetés, gondolat nem explorálható. Pszichomotorium átlagos tempójú, formai zavart nem mutat. Beszéd átlagos gyorsaságú, formailag szabályos, logikus, célirányos. A tekintet a kontaktust megfelelően tartja, mimika, gesztusok a beszédnek megfelelőek, eltérést nem mutatnak. Magatartás a helyzethez illő, kritikai készsége megtartott. Az anamnesztikus adatok alapján a magatartás az utóbbi időben nem változott. A személyiség a rendelkezésre álló adatok alapján megtartott, szélsőséges jegyeket nem mutat. Szociális kapcsolatai rendezettek. Önértékelése harmonikus. Betegségbelátás és -tudat megfelelő mértékű, reális. Értékorientációja, céljai helyzetének és szocializációjának megfelelőek. Intellektus iskolai végzettségének megfelelő, átlagos övezetben.

8. A vizsgálat dokumentálása, kórrajz, vizsgálati jegyzőkönyv, ambuláns lap vagy konzíliumi lelet készítése

Az elvégzett vizsgálat dokumentálása nagyban függ a vizsgálat céljától és jellegétől, ennek megfelelően beszélünk kórrajzról, vizsgálati jegyzőkönyvről, ambuláns lapról vagy konzíliumi leletről. Ezek részletessége eltérhet egymástól, de általánosságban elmondható, hogy a vizsgálat dokumentálása nagyon fontos, lezáró lépése a vizsgálatnak. Nemcsak szakmai jelentősége van a pontos dokumentációnak, melynek köszönhetően a digitális térben sok évvel később is visszakereshető lesz, hanem bizonyos helyzetekben (igazságügyi vizsgálat, akut ellátás) jogi szempontból is rendkívül fontos.

A vizsgálati dokumentációk különböző típusaiból a fekvőbeteg-ellátásban használt kórrajz a legrészletesebb, ennek részeit soroljuk fel az alábbiakban. Az egyéb típusú vizsgálati dokumentumok a célok és a megfigyelés szerint ennél kevesebb információt is tartalmazhatnak.

A személyes adatok között szerepeljenek a beteg azonosítói. Ha felvételi kórrajzról van szó, szükséges a felvétel körülményeinek rögzítése, mi volt a felvétel módja (önkéntes, akarata elleni kötelező kezelés, bíróság által elrendelt elmemegfigyelés), közvetlen indoka, kik voltak a páciens kísérő személyek. Ha a vizsgálat ambuláns, akkor is érdemes rögzíteni, kik kísérték el a páciens, illetve kikkel távozott.

A jelen panaszok között röviden foglaljuk össze a páciens felvételkor vagy vizsgálatkor elmondott aktuális panaszait. Az exploráció rész a páciens vizsgálatából szó szerint idézett releváns tartalmakat rögzíti. Ennek célja a páciens gondolkodásának, az alaki és tartalmi eltéréseknek, a gondolkodás tematikájának, a szófordulatoknak, nyelvi stílusnak a bemutatása. Hajlamosak vagyunk ezt a módszert idejétműltnek tekinteni, ugyanakkor a mai napig nagyon informatív lehet a rögzített exploráció a beteg állapotával kapcsolatban. A legfejlettebb, klinikai kutatásokban alkalmazott digitális vizsgálati technikák része, hogy beleegyezést követően rögzítjük audiovizuálisan a betegekkel való beszélgetést.

Az anamnézis rögzítése egyaránt kiterjed a pszichiátriai és belszeri, szomatikus betegségek kórtörténetére. Ebben részletesen dokumentáljuk a betegség kezdetét, a korábbi ambuláns és osztályos kezeléseket, szuicid kísérleteket, az esetleges heteroagresszív viselkedést, szer-

használatot. A farmakológiai anamnézis a jelenleg alkalmazott gyógyszeres terápia mellett a korábbi kezeléseket, mellékhatásokat, gyógyszerérzékenységet is tartalmazza. A családi anamnézisben tüntetjük fel a családtagok között előforduló pszichiátriai és szomatikus betegségek előfordulását, halmozódását, szuicid kísérleteket és befejezett öngyilkosságokat. A biográfiai és életvezetési adatokban van lehetőségünk összefoglalni a páciens gyermekkori fejlődéstörténetét, tanulmányi előrehaladását, családi állapotát, életkörülményeit, szociális kapcsolatrendszerét és munkavállalói státuszát.

Ezt követően rögzítjük a vizsgálat jellegéből következő pszichés státuszt (szakorvosként a belszeri és neurológiai státuszt is). A diagnózis tekintetében a pszichológusnak javaslattevői szerepe lehet, a mentális zavarokkal kapcsolatos diagnosztikát a pszichiáter szakorvos feladata és felelőssége. A szakorvos a páciens diagnózisát BNO-10 vagy -11 és DSM-5 kritériumok szerint, a teljesülő kritériumok kiemelésével rögzíti. Külön figyelmet kell fordítani a lehetséges komorbiditásokra. Differenciáldiagnosztikai bizonytalanság esetén a felmerülő egyéb diagnózisokat is rögzítik.

Az epikrízis a vizsgálati lelet összefoglalása, melyet a további vizsgálati lehetőségek, kiegészítő vizsgálatok követnek, valamint a terápiás terv. A terápiás terv, amennyiben felvételi kórrajzról van szó, ki kell hogy térjen a gyógyszeres és pszichoterápiás lehetőségekre egyaránt.

Külön teszünk említést a pszichoterápiás első interjúk dokumentálásának speciális körülményeiről (Argelander, 2016). Mivel ebben az esetben a vizsgálat, az információgyűjtés egyben a terápia későbbi alakulását meghatározó, első lépéseket is jelenti, ezért különösen fontos az élettörténeti, pszichoterápiás anamnéziszre vonatkozó adatok mellett a diagnosztikus megfontolásoknak a rögzítése.

9. Interjútechnika különleges vizsgálati helyzetekben

A pszichiátriai vizsgálatlal foglalkozó irodalom külön tárgyalja a „nehéz” vizsgálati helyzeteket, amely azon páciensekre utal, akikkel tünettanukból és diagnosztikából fakadóan nehezített, körülményes lehet a kommunikáció. Ezekre a nehéz esetekre is léteznek olyan vizsgálati és interjútechnika, melyek segítséget nyújthatnak a kommunikációs akadályok áthidalásában.

9.1. „Zavart” páciens vizsgálata

A „zavartság” nem teljesen jól körülírt, heterogén állapotot jelöl az orvosi nyelvhasználatban, amit leginkább dezorientációval és tudatzavarral jellemezhetünk egzakt módon. Ez jellemző lehet demenciákban és delíriumban, de a tudatzavarral járó intoxikációban is megjelenik. Ugyanakkor időnként a pszichotikus állapotot vagy pszichomotoros gátoltságot is zavartságként jellemzik az általános orvosi gyakorlatban. A tudatzavar oka gyakran neurológiai vagy belgyógyászati, metabolikus eltérés. Ezen állapotok közös jellemzője, hogy a páciens sokszor nem ismeri fel a vizsgálati szituációt, együttműködése részleges. A tudatzavar szintje a vizsgálat közben is változhat. Ez alapvetően a vizsgálhatóság kérdését veti fel, fontos a páciens folyamatos reorientációja, emlékeztetése a vizsgálat lényegéről és céljairól.

9.2. Pszichotikus és gátolt betegek vizsgálata

A pszichotikus beteg nem rendelkezik adekvát realitáskontrollal, realitástesztelése sérült, az objektív valóság, a külső világ információit és a belső tartalmakat nem képes megkülönböztetni. Mindez megnyilvánulhat téveszmés tartalmakban, bizalmatlanságban vagy egyértelmű paranoidításban a vizsgáló irányában. Hasonló problémát jelent az extrém fokú pszichomotoros gátoltság, stuporos állapot, amely jellemző lehet pszichózisra vagy pszichotikus depresszióra. Ezek az állapotok is egyértelműen befolyásolják vagy megakadályozhatják a vizsgálatot. A pszichotikus beteg válaszainak értelmezésében a pszichotikus tüneteket is figyelembe kell venni.

9.3. Mániás beteg vizsgálata

A bipoláris affektív vagy szkizoaffektív zavarhoz, esetleg organikus elváltozáshoz kapcsolódó mániás állapot egyéb tünetek mellett bőbeszédűséggel, gondolat-rohanással és a kritikai készség csökkenésével jár. Ezek a vizsgálati szituációt is szétfeszíthetik, ilyenkor nagyon fontos a megfelelő vizsgálati keretek betartása és a páciensek emlékeztetése ezekre. Különösen nagy jelentőségű a páciensek ilyen jellegű irányítása, ha éppen a mániás állapot súlyosságát akarjuk megmérni, „pontozni”.

9.4. Agresszív páciens vizsgálata

Az agresszivitás oka is többféle lehet, pszichózis, mániás állapot, személyiségzavar, értelmi fogyatékoság, szerintoxikáció vagy megvonásos állapot is indukálhat agresszív magatartást. Megkülönböztetünk reaktív, azaz impulzív, illetve premediált, előre eltervezett agressziót. Ebben a tekintetben a legfontosabb a heteroagresszivitási rizikó idejében történő felismerése, amelynek az esélye elsősorban a sürgősségi ellátásban fokozott. A legfontosabb szabály, hogy ilyenkor az eredetileg tervezett vizsgálat nem valósítható meg, a pácienssel nem tudunk nyugodt, kétszemélyes helyzetben maradni, ami legtöbbször a vizsgálat feltétele. Agresszivitási rizikó esetében nem maradhatunk egyedül a pácienssel, bármely vizsgálat csak további kezelőszemélyzet jelenlétében történhet. A verbális agresszió kezelésére általában elégségesek az ilyen helyzetekre használatos deeszkalációs technikák.

9.5. Szuicid páciens vizsgálata

A szuicid tünettannak, az öngyilkossági magatartás rizikófaktorainak, háttértényezőinek, az ilyenkor alkalmazható kríziskommunikációnak hatalmas irodalma van, amely meghaladja jelen fejezet kereteit. Ugyanakkor nem szabad elfelejtenünk, hogy a szuicid késztetések és gondolatok nemcsak a sürgősségi ellátásban jelenhetnek meg, hanem akár egy másként tervezett vizsgálati szituációban is. A pszichiátriai betegek nem elhanyagolható hányada krónikus öngyilkossági fantáziákkal él tartósan. Különösen jellemző ez személyiségzavaros páciensekre, de előfordulhat affektív zavarokban, generalizált szorongásban és szerhasználó betegek között is. A sürgősségi ellátásban minden esetben szükséges célzott kérdésekkel a szuicid rizikó felmérése. A „menet közben” kiderülő szuicid késztetések esetén fontos ezek időbeli lefolyásának, súlyosságának felmérése, és ha szükséges, meg kell tennünk a preventív intézkedéseket, ami jelentheti a páciens hospitalizációját, a kezelőszemélyzet informálását, esetleg a hozzátartozók értesítését. Ilyen esetekben nagyon fontos az empatikus, ugyanakkor határozott, megnyugtató kommunikáció a páciensekkel.

Mind az agresszivitási rizikó, mind a szuicid rizikó felmérésében nagy segítséget jelenthetnek a kockázatbecslő skálák, például a Rövid Kockázatbecslő Skála (Brief Risk Assessment) vagy a rizikótényezők hierar-

chikus osztályozásán alapuló, Rihmer és munkatársai által kidolgozott magyar becslőskála, melyek a hetero- és autoagresszió statikus és dinamikus faktorait mérik fel (Blazsek és Wernigg, 2015; Rihmer és mtsai, 2017). A kérdések kiterjednek az anamnesztikus és élettörténeti adatokra, valamint a jelenlegi szomatikus betegségekre, bűnügyi előzményekre, jelenlegi tünetekre is. A kérdőívek segítségével az öngyilkossági és agresszivitási rizikó besorolható alacsony, közepes és magas szintekre. A klinikai vizsgálatokban az öngyilkossági rizikó felmérésére leggyakrabban a Columbia–Szuicidium Súlyossági Becslőskálát (Columbia–Suicide Severity Rating Scale-t, C-SSRS) használjuk (Posner és mtsai, 2011).

9.6. Manipulatív páciens vizsgálata

A manipulatív viselkedés leginkább személyiségzavarokra lehet jellemző. A páciensek ilyenkor viselkedésükkel, válaszaikkal valamilyen viselkedési mintázatba illeszkedően befolyásolják a vizsgálati helyzetet, esetleg torzítják az információkat. Ez történhet valamilyen érdek, vélt vagy valós sérelmek mentén. Előfordulhat, hogy a páciens megjegyzéseivel, válaszaival provokálja vagy inzultálja a vizsgálatot. Ilyen helyzetben a vizsgáló feladata az érzelmi kontextus tompítása, higgadtságának megőrzése, valamint a teljesen egyenes és transzparens kommunikáció, mellyel a páciens számára jelezzük a vizsgálati kereteket. A vizsgálati eredményeket természetesen az ilyen jellegű, manipulációra irányuló interakciók jelentősen befolyásolhatják.

10. Kultúraközi kompetenciák a pszichiátriai/ klinikai pszichológiai interjú során

Globalizálódó világunkban a pszichiátriai vizsgálat gyakran igényel kultúraközi ismereteket a pszichiáter és a klinikai pszichológus részéről. Ilyen helyzetet jelenthet menekültek és bevándorlók pszichiátriai / klinikai pszichológiai vizsgálata, melynek során nemcsak nyelvi nehézségekkel kell megküzdenni, hanem a vizsgáló a tünetek értelmezésénél is figyelembe kell hogy vegye az interjúalanyok kulturális háttérét. Mind a tünetek prezentációját és leírását, mind a betegségek értelmezését erősen befolyásolhatja a páciensek kultúrája, családi hagyományai és szocializációs közege. Ezzel a témakörrel foglalkozik a kulturális pszichiátria (Bhui és Bhugra, 1997).

11. Az obszerváció és az exploráció mint az együttműködés színterei

Tanulmányunk végén visszatérünk a bevezetőben is taglalt, talán közhelyesnek is tűnő kérdéshez, hogy mi- ben segíti az obszerváció és az exploráció, tágabb kontex- tusban a jól megtervezett vizsgálat a diagnózisalkotást és a páciensek hosszú távú eredményes ellátását. A fent taglalt technikák hogyan segítik a klinikust a mindennapi betegellátásban?

Egyfelől a páciensek részletes, több szakember által történő vizsgálata, például pszichiáter szakorvos és szak- pszichológus vagy több pszichoterapeuta által történő közös vizsgálata a diagnózisok és az etológiai, tünet- fenntartó faktorok mélyebb rétegeibe enged betekintést. Például a személyiség részletes vizsgálata vagy egy részletes neuropszichológiai vizsgálat olyan pluszinform- mációkat fog feltárni a pácienssel kapcsolatban, amely elsikkadhat olyankor, ha csak egy vizsgáló találkozik a beteggel. Ebben a tekintetben nagyon fontosak a kom- morbidityások, melyek gyakran teljes mértékben elsikkad- nak és feltáratlanok maradnak a betegellátásban. Az eredeti kérdésre is válaszolva, a pszichiátriai osztá- lyon kezelés alatt álló páciensek pszichológiai vizsgálata esetén éppen ezért fontos, hogy a pszichológus vizsgáló részéről is történjen obszerváció és exploráció, akkor is, ha a betegfelvétel kapcsán ez már megtörtént. „Több szem többet lát” alapon e vizsgálatok során na- gyon értékes pluszinformációk kerülnek felszínre és jut- nak a kezelő csapat tudomására.

Ezzel eljutunk a pszichológiai vizsgálatok egy másik, hasonlóan fontos momentumához. Mivel a pszichiá- triai betegellátás és bizonyos tekintetben a pszichoterá- pia is csapatmunka, nagyon fontos ennek az elősegíté- se, támogatása. Az ismételt betegvizsgálatok során az obszerváció és az exploráció abban is segítséget nyújt, hogy a kezelőszemélyzet egymás között meg tudja osztani a páciensekkel kapcsolatos információkat, és a ke- zelő team a páciens állapotának, tüneteinek teljességét, időbeli változásait is láthassa.

12. Összefoglalás

A pszichiáterek és klinikai pszichológusok által végzett betegvizsgálat és a pszichodiagnosztika bevezető sza- kaszának meghatározó lépései az obszerváció és az exp- loráció, azaz a páciensek, interjúalanyok megtekintése, magatartásuk, kommunikációjuk és metakommuniká-

ciójuk megfigyelése, valamint kikérdezésük. Ezek a lé- pések alapvetően határozzák meg a vizsgálat sikeres- ségét, az adatfelvétel hatékonyságát, a pszichoterápiás kapcsolat minőségét és mélységét. Mindez olyan kész- ségeket takar, melyek tanulhatók és gyakorolhatók, és minden klinikai szakember számára alapvető fontos- sággal bírnak. Ezek a kompetenciák nemcsak a klini- kai munka hatékonyságát, hanem a vizsgálók munká- jukkal való hosszú távú elégedettségét is meghatározzák, ezért törekednünk kell folyamatos fejlesztésükre.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Argelander, H. (2016). *Az első pszichoterápiás interjú*. Springer- med Kiadó.
- Bhui, K., & Bhugra, D. (1997). Cross-cultural competencies in the psychiatric assessment. *Br. J. Hosp. Med.*, 57(10): 492–96.
- Blazsek P., & Wernigg R. (2015). *Kockázatbecslés és kockázat- kezelés a pszichiátriában*. Oriold és Társai, Budapest.
- Lazáry J., Németh A., & Bánki M. C. (2021). Klasszifiká- ciós rendszerek. In Németh A. és mtsai (szerk.): *A psi- chiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 201–208.
- MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2017). *Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai, Budapest.
- Máttyássy A., Szűcs A., & Kelemen O. (2021). Interjú, anam- nézis, státus. In Németh A. és mtsai (szerk.): *A pszichiá- tria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 135–146.
- Park, S. C. (2019). Karl Jaspers' General Psychopatho- logy (Allgemeine Psychopathologie) and Its Implica- tion for the Current Psychiatry. *Psychiatry Investig.*, 16(2): 99–108.
- Posner, K. és mtsai (2011). The Columbia-Suicide Seve- rity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am. J. Psychiatry*, 168(12): 1266–77.
- Réthelyi J., Hermán L., & Pulay A. (2022). A pszichiátriai betegvizsgálat, pszichopatológiai tünetek, diagnózis- alkotás és klasszifikációs rendszerek a pszichiátriá- ban. In Réthelyi J. (szerk.): *Pszichiátria jegyzet orvos- tanhallgatóknak*. Oriold és Társai, Budapest. 6–29.
- Rihmer, Z. és mtsai (2017). Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. *Neuro- psychopharmacol Hung.*, 19(3): 131–136.
- Somlai Z., & Németh A. (2021). A pszichopatológia alap- vonalai. In Németh A. és mtsai (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 120–134.



A strukturálatlan interjú

Schmelowszky Ágoston

1. Bevezetés

A strukturálatlan interjú a klinikai gyakorlatban széles körben elterjedt diagnosztikai módszer (Sommers-Flanagan és Sommers-Flanagan 2016). Mivel ez az interjútechnika hasonlít legjobban a hétköznapi beszélgetésre, természetességénél és látszólagos egyszerűségénél fogva a klinikai munkát elsajátító egyetemi hallgató elsők között találkozik vele. Még jóval azelőtt kezdi el valamilyen formában alkalmazni, hogy az interjú elméleti hátterét és technikai sajátosságait megismerne és ezzel a benne rejlő lehetőségeket jobban kiaknázhathatná. A későbbiekben is, a legtöbb esetben, ez az interjútechnika valamilyen formában végigkíséri a klinikus karrierjét, és együtt változik vele, annak megfelelően, hogy milyen elméleteket és technikákat sajátított el, milyen pszichoterápiás irányzatokban képződött. Ennek megfelelően ez az interjútechnika sokszor koherens elméleti hátteret és ebből következő gyakorlatot nélkülöző módon, mintegy ösztönösen, akár más technikákkal vegyítve kerül alkalmazásra.

A strukturálatlan interjú elméleti és gyakorlati szempontból pszichoanalitikus változatában a legkidolgozottabb,¹ úgy is mondhatnám, ez a paradigmatis forma, mely leginkább megmutatja ennek az interjútypusnak a sajátosságait és kiaknázza a benne rejlő lehetőségeket. Ezért az alábbiakban ezt a változatot ismertetem, és az egyszerűség kedvéért „interjú”-ként hivatkozok rá.²

Mielőtt rátérnék az interjú elméleti hátterére és technikájára (1), az interjúkészítés gyakorlati szempontjaira (2), végül oktatásának kérdéseire (3), előljáróban néhány alapfogalmat és alapvet szeretnék tisztázni.

Először a pszichodinamikus szemléletről. Általánosságban a pszichodinamikus szemlélet a pszichoanalízis elméleti és gyakorlati eszköztárát alkalmazza a klinikai munka során. Ennek megfelelően strukturálatlan interjút magas szinten végezni annál inkább képes valaki, minél jártasabb a pszichoanalízis elméleteiben és ezek gyakorlati alkalmazásában. Ami pedig a szóhasználatot illeti, diagnosztikai szempontból a „pszichoanalitikus” és „pszichodinamikus” jelzők szinonimának tekinthetők, ezért ebben a tanulmányban felváltva használok őket.

A strukturálatlan interjú elnevezés csak első megközelítésben pontos. Az interjú tematikája és az interjú végző szakember stílusa, a helyzet sajátosságaihoz – a találkozás célkitűzéséhez, a páciens problémájához és személyiségéhez – meglehetősen rugalmasan alkalmazkodik, ezért a külső szemlélő számára úgy tűnik, hogy az interjú nem rendelkezik struktúrával. Valójában a nagyfokú rugalmasságot az teszi lehetővé, hogy a struktúrát – azaz a szükségképpen megvitatandó témák listáját, az alkalmazható technikákat, az interjú szakaszait és algoritmusát – az interjút végző klinikus³ megfelelő mértékben internalizálta ahhoz, hogy azt a helyzet egyediségéhez szabva működtesse.

A jó interjú megalapozza a későbbi együttműködést. Ebből a szempontból mondhatjuk, hogy az interjú terápiás értékű. Ez az állítás akkor is igaz, ha az interjút nem követi terápia. Az interjú során szerzett élmény megalapozza, illetve erősíti a bizalmat a pszichológiai módszerek és az ilyen módszereket alkalmazó szakemberek irányába, továbbá az elmélyültebb pszichológiai gondolkodásra történő szocializáció részét is

¹ Magyarul az „első interjú”, angolszász szakirodalomban leginkább az *initial interview*, ritkábban a *first interview* elnevezés használatos. Mivel a gyakorlatban gyakran nem egy, hanem két vagy három találkozásról van szó, az „első interjú” kifejezés félrevezető lehet. Valójában arról van szó, hogy ez az interjú megelőzi a terápiás beavatkozást. Ebben az értelemben első.

² Az interjú típusait strukturáltság mentén osztályozhatjuk, így strukturálatlan interjúkat, félig strukturált interjúkat és strukturált interjúkat különböztethetünk meg. A strukturálatlan interjú alkalmazása nem követeli meg a pszichodinamikus szemlélet alapos ismeretét. Strukturálatlan interjút akár intézményi betegfelvételi helyzetben, akár ambuláns keretek között alkalmazhatunk, elsősorban felvételi/állapotfeltáró céllal. A strukturálatlan interjúk alapelveit azok célja, valamint a rapport kialakításának módszerei határozzák meg (ld. részletesebben pl. Sommers-Flanagan és Sommers-Flanagan, 2016). (A szerk.)

³ Magyarországon szakpszichológus és szakorvos egyaránt szerezhethet pszichoanalitikus vagy pszichodinamikus pszichoterapeuta szakképzést, ezért leginkább a „klinikus” összefoglaló jelzőt használok az interjút végző szakember megnevezésére.

képezi. Ez utóbbi alatt azt értem, hogy a páciens⁴ az interjú végző szakember kérdéseiben, empátikus figyelmén és összefüggéseket megvilágító megjegyzéseiben – azaz értelmezéseiben – keresztül megkapja a lehetőséget és egyben a kezdeti iránymutatást arra, hogy saját lelki világának működésére, motivációinak rejtettebb vonásaira és a jelenbeli kapcsolatainak és élményvilágának múltbeli eredetére belátást szerezzen. A diagnózis megalkotásának, a terápiás terv felállításának és, adott esetben, a pszichoterápiás indikáció megalkotásának fontos tényezője lehet az, hogy a páciens miként reagál a klinikus interjú során mutatott aktivitására.

Bár az interjú a fenti szempontok miatt terápiás értékkel bír, nem terápia, és nem is része annak, hanem a terápiától elkülönülő, adott esetben azt előkészítő folyamat, a diagnosztikai szakasz vagy fázis fontos, néha egyetlen eleme. Terápia akkor indulhat, ha az interjú, illetve az azt kiegészítő eljárások során a szakember felderítette mindazt, ami az indikáció felállításához szükséges, és ezek után a diagnosztikai fázis ismereteit a javasolt módszer vagy módszerkombináció alapelveivel együtt a pácienssel átbeszéli. A páciens megértő beleegyezése – *informed consent* – alapján születhet meg a terápiás szerződés, mellyel a terápia kezdetét veszi. Még akkor is, ha a diagnosztikai szakasszal a folyamat lezárul, például mivel a páciens a terápiás javaslatot nem fogadja el, a folyamat során szerzett tapasztalatok a későbbiek során hasznára válhatnak.

Bár, mint azt az imént írtam, a strukturálatlan interjú kiegészülhet egyéb eljárásokkal, az alábbiakban azzal a helyzettel foglalkozom, amikor a strukturálatlan interjú az ismeretszerzés és diagnózisalkotás kizárólagos eszköze a diagnosztikai fázisban.

2. A strukturálatlan interjú elméleti háttere és technikája

Mivel az interjúnál elmélet és gyakorlat szorosan összefonódik, e két területet együtt tárgyalom.

A strukturálatlan interjú egy interaktív megfigyelési helyzet, melynek során a klinikus, empátikus megfigyelőként, a páciens külső megnyilvánulásait és egyben saját belső reakcióit egyaránt monitorozza. A klinikus figyelme tehát kétfókuszú, egyszerre irányul kifelé és befelé, vagy pontosabban fogalmazva, figyelme e két

fókusz között szabadon áramlik. A pszichoanalitikus képzés során elsajátítható szabadon lebegő figyelem (Freud, 1912) speciális alkalmazásáról van szó, mely abban különbözik a standard pszichoanalízis terápiájában gyakorolt szabadon lebegő figyelemtől, hogy ezt a figyelmet a diagnosztikai helyzet konkrét célkitűzései miatt tudatosabb irányítottság és aktivitás jellemzi.

A befelé irányuló figyelem azt észleli, hogy a klinikus miként reagál a páciensből származó verbális és nem verbális ingerekre. Ezeknek a lelki reakcióknak az összességét vizsontáttételnek nevezzük. Amennyiben a klinikus kellő jártassággal bír saját belső világát illetően, kellően ismeri saját – akár érzések vagy testérzetek formájában megélt – reakcióit, azok eredetét és jelentését, úgy megfelelő elméleti képzettség és klinikai gyakorlat után képessé válhat arra, hogy a pácienssel való munka során a benne keletkező mentális tartalmakat (gondolatokat, fantáziákat, érzéseket és testérzeteket) a külső megfigyelésből szerzett adatokkal összevesse, és ezáltal árnyaltabb képet alkosson a páciens állapotáról és személyiségéről annál, mintha azt csak a külső megfigyelésekre hagyatkozva tenné. A páciens állapotfelmérése és általánosabb személyiségműködése szempontjából a klinikus belső reakciói azért lényegesek, mert a személyiség működésének rejtettebb – lehasított, elfojtott vagy sosem mentalizált – részei verbális úton sokszor megnyilvánulni nem képesek, és inkább a nem-verbális hatás közvetlen útján fejeződnék ki (Reik, 1948).

Az interjú során jelentkező, intenzív szomatikus vizsontáttételre példa a Jánossal folytatott diagnosztikai helyzet, aki ambuláns betegként érkezett a kivizsgálásra. A kivizsgálás két ülésben zajlott, egy hét különbséggel, és a klinikus, bár szorongást csak enyhén érzett, olyan intenzív gyomorgörcsöt élt át mindkét esetben, hogy a vizsgálatot kis időre meg kellett szakítania, hogy kimehessen a mosdóba. Az exploráció megerősítette, hogy a páciens valóban küzd emésztőrendszerét érintő, pszichoszomatikus problémával.

A vizsontáttételi reakció a legtöbbször rejtettebb, és nem ilyen konkrét, mint ebben az esetben. Itt a klinikus személyes, pszichoszomatikus érzékenysége tette lehetővé, hogy a vizsontáttétel ilyen egyértelmű, a páciens problémájával megegyező módon nyilvánuljon meg. Mindezek megértéséhez azonban a vizsontáttétel jelenségét jobban meg kell magyaráznom.

⁴ Bár a strukturálatlan interjú *sine morbo* interjúalanyokon – például kvalitatív kutatásban – is alkalmazható eljárás, az interjút leginkább a mentális egészségügyhöz – pszichológiai, pszichiátriai ellátáshoz – segítségért forduló emberekkel folytatott, diagnosztikai munka során használjuk. Mivel írásomban ez utóbbi helyzetre fókuszálok, a *páciens* (gör. *paszkhó* 'szenvedni') elnevezést használom.

Azoknak a reakcióknak az összességét, amelyet a pszichoanalitikusan képzett klinikus a pácienssel folytatott munkája során átél, viszontáttételnek⁵ nevezzük (Etchegoyen, 1991). Legtöbb esetben a viszontáttétel érzés formájában jelentkezik, de – mint azt előbbi példánk is mutatta – lehet testéret, továbbá fantázia vagy cselekvés is, például amikor a klinikus elfelejti, hogy a pácienssel megbeszélte időpontja van. Ez utóbbit nevezzük viszontáttételi acting outnak, amikor is viselkedésünk anomáliái jelzik a pácienssel kapcsolatos érzelmeinket, gondolatainkat vagy fantáziáinkat.

A viszontáttétel három forrásból származik (Purcell, 2004), melyek elkülönítése a viszontáttétellel való munka fontos eleme. Az első a páciensből származó tartalom, a második a terapeuta aktualizált érzékenysége, a harmadik pedig a terapeuta által internalizált szakmai tudás. Példaként hozhatjuk a pszichoanalitikus képzésbe járó szakember esetét, aki egy első interjú végén arra a meggyőződésre jutott, hogy páciense hisztériás karakter, mivel az interjú során ő szokatlan módon szexuális vonzalmat élt át, ami nyilvánvalóan jelzi a páciens erotikus áttételét. Szupervízora feltáró kérdései kapcsán azonban más kép rajzolódott ki. Sem a páciens megjelenése, sem kommunikációjának stílusa, sem azok az élethelyzetek, amelyeket a páciens bemutatott, nem támasztották alá a klinikus diagnosztikai hipotézisét. A szupervízor ezért a klinikus belső világára és élethelyzetére kezdett fókuszálni. Kérdései nyomán feltárultak a klinikus viszontáttételének valós összetevői. A kétségtelenül vonzó páciensnő nem saját szexualizált elhárítása miatt tett erotikus hatást beszélgetőpartnerére, hanem azért, mert ez utóbbi már jó ideje párkapcsolati nehézséggel küzdött, nagyon ki volt éhezve arra az odaadó figyelemre, mellyel a páciensnő őt kitüntette. A páciensnő alárendelő figyelme tehát sokkal inkább nárcisztikus spektrumba tartozó idealizáló áttételnek felelt meg, nem erotikusnak, viszont a terapeutában saját, élethelyzetéből fakadó sérülékenysége miatt – melynek gyökerei ugyanakkor saját gyermekkorába, az anyja figyelme iránti vágyakozásba nyúlnak vissza – ez az idealizáló attitűd erotikus vonzalmat ébresztett, melyet szakmai felettes-énje miatt elfojtani kényszerült. Az elfogadhatatlan vágy azonban túl erős volt ahhoz, hogy elfojtással meg lehessen birkózni vele,

ezért az elfojtott tartalom tudattalanul a páciensnőre prociálódott. Példánkat összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a terapeuta erotikus viszontáttételének három komponense: a páciensből származó nárcisztikus-idealizáló áttétel, a klinikus megoldatlan, ödipális problematikája és az ezt féken tartó, nem kellően integrált szakmai felettes-én.

A viszontáttétel tényezőinek terapeutából származó részére fókuszálva, egy aránylag könnyen megérthető rendszer alapján, két csoportot különíthetünk el, melyeket konkordáns és komplementer tényezőknél nevezhetünk (Racker, 1968). Ez a technikaelméleti fogalom pár a tárgykapcsolat-elméletre épít, mely szerint az emberi lélek alapvető építőkövei az önmagunkra vonatkozó belső megélésekből – azaz szelfreprezentációkból – és a kora gyermekkorban számunkra érzelmileg jelentős személyekről alkotott képzetekből – tárgyreprezentációk – állnak. Mármost konkordáns viszontáttétel esetén a klinikus a páciensből rávetített szelfreprezentációval azonosul, míg komplementer viszontáttétel esetén a tárgyreprezentációval.

Ezzel az ismerettel felvértezve jobban megérthetjük a példánkban bemutatott páciensnő problémáját. A klinikus a páciensnőből származó tárgyreprezentációval azonosult, azaz átélte, milyen intenzív, alárendelő módon kellett a páciensnek figyelnie gyermekkorában, feltehetően azért, hogy a szeretetet megkapja. Ha a klinikus képes saját ödipális megoldatlanságán átlátva a páciensnő problémáját felismerni, akkor ezt a komplementer viszontáttételi érzést elemezve megértheti, hogyan is élhette meg a páciensnő gyermekkorában az apjához fűződő viszonyt. Konkordáns viszontáttételről pedig esetünkben például akkor beszélhetnénk, ha a klinikus azon kapta volna magát, hogy mindent elkövet az interjú során, hogy a páciensnő kedvében járjon, vagy hogy érdeklődését felkeltsse. Például egy kérdés kapcsán, reakcióit lesve, a kellesénél hosszabban beszélt volna neki saját képzettségéről vagy a pszichoanalízis hasznáról. Ennek a viszontáttételnek a létrejöttéhez azonban arra lenne szükség, hogy a klinikus saját tárgykapcsolati rendszere az interjúhelyzetben másként aktiválódjon. Bárhogy legyen is, a páciensről a viszontáttétel elemzése nyomán kialakuló kép hipotézis csupán, melyet további explorációval és megfigyeléssel kell majd

⁵ Régiebb magyar szóhasználatban „vizont-indulatáttétel”, mely félrevezető, ha indulatot, azaz haragot és nem indítást, azaz motivációt értünk alatta. Igaz ez az „áttétel” régies elnevezésére is: „indulatáttétel”. A modern pszichoanalitikus szemlélet szerint a legkülönbözőbb lelki tartalmak élednek újra, azaz „tevődhetnek át” a páciensről a klinikusra, és „vizont”. Ezért pontosabb az „indulat” szó nélkül, pusztán „áttételről” és „vizontáttételről” beszélni. A kifejezés ebben az egyszerűbb formájában megegyezik a nemzetközi terminusokkal: Übertragung, transference, transfère.

alátámasztani. Ez a hipotézis azonban megszabhatja a további kérdés irányát egészen addig, míg új hipotézis nem merül fel.

Példánk arra is rávilágít, miért fontos a kellő szintű pszichoanalitikus átdolgozottság és önismeret a jó színvonalú interjú készítéséhez. Hiszen ezek hiányában a klinikus lelki megoldatlanságai elnehezítik vagy akár lehetetlenné is teszik azt, hogy saját érzelmeinek kavalkádjában a páciens képes legyen meglátni. A másik fontos, ezzel összefüggő tanulság a külső észleletek – a páciens megjelenése, viselkedése, továbbá az általa bemutatott narratívák – folyamatos monitorozása és összevetése a belső tapasztalatokkal. Ezt a belső munkát szintén nehéz, ha nem lehetetlen, végezni akkor, ha az embert saját belső megoldatlanságai gúzsba kötik.

Az eddigieket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy az interjúkészítés során a klinikus a páciensről objektív forrásokból – azaz a kérdésekre kapott válaszokból, a páciens megjelenéséből és viselkedéses jegyeiből –, továbbá belső, szubjektív forrásokból – viszontattétel – gyűjt információkat. Ezt kiegészítheti még egy harmadik forrás, az úgynevezett szcénikus elem (Argelander, 1970). A lelki tartalmak egyfajta viselkedéses megjelenítéséről van szó, mely leginkább az angolszász szakirodalom által *enactment*nek nevezett jelenségek közé tartozik. Ennek során páciens és klinikus észrevétlenül lejátsszanak valami olyan jelenetet, mely a páciens belső lelki világának problémáját jól megjeleníti. Legtöbbször váratlanul történik az eset, így megértésére sokszor csak utólag, az interjút követően kerülhet sor. Például a páciens zsebkendőjét elővéve kiejt a zsebéből valamit, mire a klinikus ösztönösen lehajol érte, és odaadja neki. A jelenet akkor nyeri el értelmét, amikor a páciens arról kezd beszélni, mennyire zavarja őt, hogy szülei életképtelennek tartják, és még most is állandóan segítenek neki.

Az interjút megelőzi az „előmező”, mely az interjú „előszobájának” tekinthető. Arról van szó, hogy az interjút megelőzően a klinikus már valamilyen ismerettel szükségképpen rendelkezik jövődóbeli pácienséről, hiszen az illető már – közvetve vagy közvetlenül – kapcsolatba lépett vele. Direkt forma például, mikor maga a páciens jelentkezik telefonon. A jelentkező hangszíne, beszédstílusa már néhány mondat után is árulkodó lehet a pszichoanalitikusan képzett fül számára a páciens személyiségét illetően. Indirekt forma például, mikor a vizsgálatra a kezelőorvos kéri fel a pszichológust. Ekkor a felkérés stílusa, a megfogalmazás módja, hangsúlya árulkodó lehet arra nézve, milyen

benyomást keltett a páciens az orvosban. Bármilyen csekély hangulatfoslány éljen is bennünk az interjú előtt a páciensről, érdemes ezt tudatosítanunk, hogy, mintegy hipotéziskezdeményként, vizsgálatra bocsáthassuk az interjúhelyzet számára.

Az interjú tehát hipotézisalkotással indul meg még azelőtt, hogy valójában megkezdődött volna. Ezt a hipotézist aztán az első interjú során teszteljük, ha szükséges, módosítjuk, újabb hipotézist állítunk fel, és optimális esetben így haladunk egészen addig, amíg a vizsgálatot indító klinikai, terápiás kérdésre választ nem kapunk. Megtörténhet, hogy több, egymást követő interjú után is a megengedettnél több bizonytalanság marad bennünk a vizsgált kérdést illetően. Ekkor további megfigyelést vagy tesztfelvételt kezdeményezhetünk.

Az interjú tehát lépések sorozatából áll, melynek sorrendjét az interjút létrehívó kérdés és az interjú során szerzett tapasztalatok spontán alakítják ki. A klinikus az interjú során folyamatosan változtatja az empatikus megfigyelő, az empatikus kérdező és az empatikus konfrontáló attitűdöt.

Az eddig ismertetett szempontokat egy példával szemléltetem. A megfogalmazás során az interjú élő és gazdag anyagát olyan hangsúlyok mentén merevítem ki és egyszerűsítem, amelyek lehetővé teszik az elméletben tárgyalt kérdések szemléltetését:

Előmező: József telefonon jelentkezik terápiára. Hangzásra középkorú férfi. Azzal indít, hogy neki mennyire fontos, hogy jöhessen, és gyakorlatilag teljesen ráér. A klinikus ezek hallatán kényelemérzést él át. Mikor azonban megpróbál időpontot egyeztetni, többször is akadályba ütközik: ilyen értekezlet ekkor, olyan előadás akkor, külföldi konferencia amakkor. A klinikus egyre feszültebbnek érzi magát. Hosszan nézegeti a naptárját, ügyetlenkedik, majdnem leejti. Végül saját programjának újragondolása árán tud csak nagy nehezen időpontot adni.

A hallottakat, történeteket és érzelmi reakciókat a következőképpen elemezhetjük: Objektív adat: a páciens életkorának megfelelő funkciókat ellátni képes, szakmailag jó színvonalú életformát folytat. A beszélgetés során a klinikus nem érzékelt semmilyen, a normálistól eltérő furcsaságot akár a szóhasználatban, akár a beszélgetés hangulatában. Szubjektív adat: A klinikus eleinte kényelmesen érzi magát, hiszen fontosnak nyilvánították (felértékelés), majd kiderül, mégsem ér rá annyira a páciens. Időpontjavaslatait többször is elutasítják, tehát mégsem olyan fontos ő, mint azt kezdet-

ben hitte (leértékelés). Végül a szcénikus mozzanat: a klinikus ügyetlenkedik a naptárjával. Olyan, mint egy kisfiú. Bár a másik fél viselkedését nem láthatjuk, a klinikusban a helyzetet utólag végiggondolva felidéződik a szigorú apa és a megfelelni vágyó gyerek párosa, mely, talán, a telefonbeszélgetés vége felé lejátászásra került.

Az előmező tapasztalatait a következő *hipotézissé* formálhatjuk: A beszélgetés menete és hangulata a súlyosabb, pszichotikus megnyilvánulásokat kizárni engedi. Ugyanakkor a páciens kommunikációjának felértékelő és leértékelő mozzanatai narcisztikus, borderline problematikára engednek következtetni. Az életmódra tett utalások azt sejtetik, hogy a páciens normál életvezetés fenntartására, teljesítményre képes. Mindez a páciens problémáját a narcisztikus személyiségzavar formakörébe, annak is a nem súlyos (közepes vagy enyhébb) tartományába helyezi. A szcénikus elem a probléma eredetibe – érzelmileg nem kellően rezonáló szülői háttér – is betekintést enged.

Az interjú: József kis késéssel érkezik. Megjelenése kissé elhanyagolt, bár ruhái tiszták, és a drágább kategóriába tartoznak, úgy vannak rádobálva. Haja tiszta, de kócos, kissé borostás. Egészében bohém, kamaszos benyomást kelt. Adekvát bemutatkozó formulákat követően helyet foglal, és a klinikus bevezető kérdésére monológba kezd, melyet kissé teátrális kézmozdulatokkal kísér. Elmondja, hogy több terápiában járt már, de a terapeuták vagy nem voltak elég okosak, vagy nem voltak elég műveltek, vagy mindkettő. A klinikus úgy érzi, ő lesz a következő félredobott terapeuta, ha nem vizsgálják jól. Tudatosítva viszontáttételi érzéseit és összekapcsolva azokat a páciens által elmondottakkal, úgy dönt, hogy a hangsúlyosan megnyilvánuló narcisztikus jellemvonás kiterjedtségét és súlyosságát fogja felmérni. Megkérdezi ezért, van-e a páciensnek olyan élménye, hogy környezetében mások is alkalmatlanok. Válaszul munkatársait és főnökeit kezdi el szidni, de elmondásából nyilvánvaló, hogy munkáját jól végzi, és már régóta dolgozik az említett munkahelyen. Mindez a klinikusban megerősíti a kezdeti, még az előmezőből származó feltevést, hogy valóban a narcisztikus probléma lehet a központi nehézség a páciens számára. Az eddigiekből úgy látja, hogy bár a narcisztikus probléma feltehetően megnehezíti a páciens érzelmi életét és emberi kapcsolatait, a páciens mégis elég énerővel rendelkezik ahhoz, hogy nehézségét – legalábbis távolabbi, külső keretek által szabályozott kapcsolataiban – kezelje. A klinikusban felmerül ezért, hogy közelebből megvizs-

gálja, miként érinti a narcizmus a páciens közeli kapcsolatait. Ezzel egyben a páciens kötődési rendszerét is vizsgálat tárgyává teszi. Ezért rákérdez a páciens magánéletére. A páciens arról számol be, hogy – bár ő mindig igyekezett szeretni – kapcsolatai mindig kudarcra végződtek. Valahogy egyik partner sem volt jó, és 2-3 év után mindennek vége szakadt. De ő most ezt már nem szeretné, mert érzi, lassan fiatalsága lezárul, és meg szeretne állapodni. Jelenlegi partnerével két éve élnek együtt, és ő nagyon fél, ez is úgy fog végződni, mint a többi, és akkor mi lesz vele. Ez a félelem hajtja, hogy terápiát keressen. A páciens szavait hallva, a klinikus észleli magán, hogy korábbi félelemérzete elmúlt, empatikusan képes megélni a páciens kétségbeesését. Úgy látja, a vizsgáztató képe helyett a páciens most a rosszul vizsgázó kisfiú hangulatát árasztja, aki retteg attól, ha hazaviszi a rossz bizonyítványát, nem fogják szeretni, elhagyják. A klinikus egy pillanatra még el is kalandozik saját, gyermekkori múltja hangulatában, mikor nehéz volt a rossz jegyet apjának megmutatnia. Tetten érve viszontáttételi fantáziáját, megkéri a páciens, meséljen gyermekkoráról. A páciens elmondja, hogy 10 éves volt, mikor szülei elváltak, és ő, kishúgával együtt, anyjánál maradt. Apját csodálta, de innentől fogva még inkább úgy érezte, meg kell küzdenie apja és anyja szeretetért. Kiválónak kell lennie, mindenkinél jobbnak, hogy szeressék. A narcisztikus személyiségpatológia kialakulásának kohuti modelljét ismerve (1984) a klinikus ezen a ponton joggal érezheti, néhány, a terápia tervezését befolyásoló klinikai (legnehezebb élethelyzetek, ezek szubjektív megélése és megoldásuk módja) és rutin egészségügyi kérdések (korábbi kórházi kezelések, krónikus egészségügyi problémák) tisztázása, illetve kizárása után a diagnosztikai fázis lezárható.

A diagnosztikai hipotézis kialakításának útja: Az előmezőben felmerülő hipotézis – jól szervezett vagy közepesen súlyos narcisztikus személyiségprobléma – megerősítést nyert a páciens által elmondottakból (korábbi pszichológusok, saját kollégáinak és partnereinek leértékelése), és árnyalódott a klinikus megfigyelése és viszontáttétele által (vizsgáztatják, előadást hall): feltételezhetően a narcisztikus személyiségzavar „harsány” (Gabbard, 2014) típusáról van szó. A magánélet nehézségei mutatják, hogy a probléma a kötődés stabilitását is károsan befolyásolja. Ugyanakkor a munkahely megtartásának és a párkapcsolatok alapvető működtetésének képessége a páciens éneire enged következtetni. A páciens életkorából fakadó normatív krízis (Erikson,

1982) által okozott szorongás adekvát, miként azt a klinikus viszontátvétele (empatikus reakció) is jelzi. Erre utal továbbá az is, hogy az empatikus azonosulásból származó emlék (apának megmutatni a bizonyítványt) természetesen vezet el a probléma eredetének feltáráshoz (válás, a szeretet elvesztésétől való félelem, kiválóságkomplexus, megfelelési kényszer).

3. Az interjúkészítés gyakorlati kérdései: etikai kérdések, tárgyi feltételek, az idő, a jegyzetelés és a rögzítés egyéb módjai, a zavartalanság és a táv-helyzetben folytatott interjú

Etikai kérdések: Az interjúval kapcsolatos etikai szempontok a pszichodinamikus terápiák etikai szempontjaival megegyeznek, és két alapelvben ragadhatók meg. Mindkettőről elmondható, hogy nem pusztán a páciens védelmét szolgáló etikai, hanem egyben technikai szempontok is, azaz az interjú jó színvonalú megvalósításának is feltételei.

Az első a helyes motiváció, mely a páciens iránti empatikus, segítő szándékú érdeklődést jelenti, és nem keverendő össze egyfajta konfliktuskerülő, formális nyájassággal. A klinikus nem tévesztheti szem elől, hogy szűk, szakmai keretek között, aránylag rövid idő alatt és korlátozott eszközökkel kell feltárnia a páciens lelki egyensúlyvesztésének tényezőit, okait, és – a legtöbb esetben – a megoldás felé is valamilyen utat kell mutatnia. Mivel tehát a feladat nem könnyű, fel kell arra készülnie, hogy a cél elérése érdekében akár konfrontatívnak is kell majd lennie.

A másik fontos etikai szempont a titoktartás, ami azt jelenti, hogy csak a páciens megértése és kezelése számára szükséges módon és mértékben oszt meg bármit is a klinikus az interjú látottakból és hallottakból. Az interjú konkrét részleteit tehát csak a páciens lelki működésének megértését szolgáló adekvát helyzetben, azaz pszichodinamikus háttérrel működő szupervízióban tárhatja fel. Ebben a helyzetben a titoktartás szabályainak hatóköre kitágul: nem pusztán a klinikust, hanem a klinikus–szupervízor párost, illetve a klinikus által látogatott szupervíziós csoportot is magában foglalja. Minden egyéb helyzetben – például osztályos klinikai esetreferálón vagy a kezelőorvossal a páciensről folytatott eszmecsere során – a klinikus csak olyan mértékű és formájú kommunikációba bocsátkozhat, mely a páciens érdekében szükségszerű. Például fölösleges a

páciens indulatainak tartalmi részleteiről beszámolni, ha a közlés klinikai értéke csak annyi, hogy a páciens indulatkezelési problémákkal küzd.

Kivételet jelent ez alól a szabály alól az oktatási és a kutatási helyzet egyrészt, a veszélyeztető helyzet másrészt. Az oktatási helyzet a klinikus tudásának fejlődését szolgálja, és ezáltal járul hozzá a páciensekkel folytatott munka magasabb színvonalához. Kutatási helyzetben pedig – közvetve vagy közvetlenül – az ellátás színvonalának emelése a cél, így ez is végső soron a kezelések sikerességét szolgálja. Legyen azonban szó oktatásról vagy kutatásról, a törvényes normák betartásán túl arra is kell törekedni, hogy a páciens személyazonossága kellően el legyen maszkolva, továbbá hogy még így is csak az oktatási és kutatási szempontból elengedhetetlen információ kerüljön bemutatásra. Veszélyeztető helyzet alatt pedig azt értem, amikor az interjú során kiderül, a páciensről joggal feltételezhető, hogy saját magára vagy embertársaira nézve veszélyt jelent. Ez esetben a törvény és a klinikai felelősség is arra kötelezi a klinikust, hogy titoktartási kötelezettségét a szükséges mértékben feloldva mindent elkövessen, hogy a páciens káros cselekedetét megakadályozza.

Mint említettem, a motiváció és a titoktartás nem pusztán a páciens védelmét és a szakma jó hírét szolgáló etikai alapelv, hanem egyben technikai szempont is, mely legkönnyebben a viszontátvételen keresztül fogalmazható meg. Helyes motiváció által létrehozott attitűd nélkül tudniillik nem lehetséges azt a tudatállapotot fenntartani, amelyből a külső és a belső jelenések nyugodt megfigyelése és ezáltal a viszontátvételi reakciók érzékenyebb monitorozása megvalósítható. Ha pedig a titoktartás szabályát enyhítjük vagy áthágjuk, ezzel nemcsak páciensünk bizalmát és a szakma jó hírét tesszük kockára, hanem azt a mentális határt is romboljuk, amelyen belül a páciensről alkotott belső kép felépülhet. Ezáltal a viszontátvétel felismerése és elemzése nagyon nehézé válik, ha nem lehetetlenné.

Az interjú készítésének *tárgyi feltételei*hez tartozik a nyugodt, barátságos környezet és a kényelmes bútorzat. Mind a helynek, mind a klinikus külső megjelenésének azt kell elősegítenie, hogy a páciens minél könnyebben feloldódjon, és hogy nyugodtan és zavartalanul tudjon a beszélgetésben részt venni. A szükséges bútorzat megegyezik a pszichodinamikus terápiában – és általánosabban a pszichológiai explorációban és kezelésben – megszokottakkal, mely két, egymással nagyjából szemben elhelyezett fotelből, közöttük egy kis asztalból

és a klinikus látóterében egy, vagy a klinikus és a páciens látóterében egyaránt elhelyezett egy vagy két órából áll.

Az interjú időtartama 45–50 perc. Az esetek egy részében ez nem bizonyul elegendőnek. Ilyenkor addig ismételtető, amíg a páciens az interjúba hozó kérdés megválaszolásra nem kerül, vagy annak belátása meg nem történik, hogy interjúval a kérdést eldönteni nem lehet. Általában ez legkésőbb három találkozás után megtörténik. A találkozások között érdemes egy hetet, de legalábbis néhány napot hagyni, ami lehetőséget biztosít a klinikusnak arra, hogy az eltelt időben bekövetkező esetleges állapotváltozást is a diagnosztika pontosítása számára felhasználja, továbbá segíthet mindkét félnek a tapasztalatok feldolgozásában. Az interjú lezárása előtt néhány perccel a klinikusnak jeleznie kell, hogy az interjú vége közeleg, és érdemes megkérdeznie, hogy van-e még valami fontos téma, ami eddig nem került szóba, illetve hogy van-e a páciensnek bármi kérdése. A következő interjú, ha mód nyílik rá, érdemes rákérdezni az előző interjú és az azóta eltelt idő tapasztalataira.

A pszichoanalitikus interjú során általában nem *jegyzetelünk*. Ennek legfőbb oka, hogy az a sajátos kifelé és befelé egyszerre irányuló, szabadon lebegő figyelem, melyet az ilyenfajta interjú megkövetel, nem egyeztethető össze azzal a strukturált és fókuszált figyelemmel, amelyet a jegyzetelés megkíván. Továbbá a jegyzetelés pillanatában a jegyzetelő mintegy testtartásával is kilép az interszubjektív térből, hiszen tekintetét a papírra szegezi, és ezzel a pácienshez való kapcsolódás folytonosságát megtöri.

Az *adatrögzítés* egyéb módját – hang- vagy képrögzítést – rutinhelyzetben szintén nem alkalmazzuk. Ebbe az értelemszerűen felmerülő jogi szempontok mellett technikai okok is belejátszanak. Hiszen annak tudata, hogy a találkozás rögzítésre kerül, befolyásolhatja a figyelmet, és torzíthatja az eredményt. Önmagában pedig a felvett anyag nem segít a belső folyamatok, az áttétel és a viszontáttétel rekonstruálásában, sőt, a figyelem határozott kívülre irányítása miatt még akadályozhatja is azt. Mivel pedig az interjú során nem a szövegszerű pontos adathalmaz megjegyzése a fontos, hanem az, hogy a páciens belső világáról minél árnyaltabb belső térképet alakítsunk ki magunkban, ezért az adatvesztéstől való félelem nem indokolt. Kellő analitikus képzettséggel rendelkezve, az a tapasztalat, hogy a lényeges területekre a klinikus a kellő pillanatban és a kellő mértékben emlékezni szokott. Képzési vagy kutatási helyzetben ugyanakkor, meg-

felelő előkészítés után, a kép- vagy hangrögzítés hasznos lehet.

A *zavartalan* helyzet biztosítása az ilyenfajta interjú elkészítésekor, az általános pszichológiai kivizsgáláshoz képest, még fokozottabban fontos. Egyrészt azért, hogy a páciens minél inkább átélhesse azt a biztonságot, amelyben úgy érezheti, valóban feltárulkozhat a klinikus előtt, a klinikus pedig ezáltal biztosítja magának azt a hangulatot, amelyben a páciensre a szükséges relaxált figyelemmel képes ráhangolódni. Gyakorlatiasan szólva: telefonok és elektromos eszközök kikapcsolva vagy lehalkítva, ha pedig olyan helyen rendezünk, ahova benyithatnak, akkor a „ne zavarjanak!” tábla kitéve.

A kortárs technika lehetővé teszi, hogy az interjút szükség esetén *táv-helyzetben* folytassuk le. A pszichoanalitikus szakirodalomban a mai napig vita tárgyát képezi, hogy azonos-e, kevesebb vagy esetleg más-e a táv-helyzetben folytatott pszichoanalízis, illetve pszichodinamikus terápia, mint a személyes jelenléttel folytatott terápia (Russell, 2015; Scharff, 2013). A kérdés egyelőre eldöntetlen, és, tekintve a pszichodinamikus terápiák nagyfokú egyediségét, meglehet, hogy ez így is marad. A szakmai vita során felhozott pró és kontra érvek az interjú készítésére azzal a megszorítással érvényesek, hogy ebben a helyzetben a klinikusra sokkal nagyobb teher nehezedik, hiszen a kezelési tervet megalapozó, első találkozásról vagy találkozásokról van szó, amikor is páciensét, akit egyáltalán nem ismer, árnyalt módon kell felmérnie. Ezt a célt értő módon megnehezíti, ha a páciens nincs testi valójában jelen. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ha nincs más mód, a fizikai jelenlét hiánya nem feltétlenül kizáró ok.

4. Az interjú oktatásának kérdései

Az interjú magas szintű oktatása elválaszthatatlan a pszichoanalitikus, illetve pszichodinamikus képzéstől. Mivel a viszontáttételi folyamatok monitorozásához saját lelki reakcióink és érzékenységeink ismerete és súlyosabb lelki problémáink átdolgozottsága szükséges, egyéni pszichoanalitikus jellegű önismereti folyamat (standard pszichoanalízis vagy hosszú pszichodinamikus pszichoterápia) nélkül nagyon nehéz, ha nem lehetetlen, ilyen jellegű interjút jó színvonalon végezni. A kellő mélységű önismereti alapra épülhet rá az interjú technikájának elsajátítása, mely elméleti tanulásból,

továbbá egyéni és csoportos szupervíziós munkából áll, melynek során a klinikus nemcsak élő mintát kap arra nézve, hogy miként dolgoznak mások, hanem lehetősége nyílnak arra is, hogy a páciensre adott lelki reakcióit kellő mélységben megismerje. A szupervíziós munka során a szabad asszociációs munkamódot kiégészítheti interjúátiratok és audio-, illetve audiovizuális anyagok közös elemzése is.

5. Összefoglalás

A strukturálatlan interjú széles körben elterjedt diagnosztikai eljárás, melyet sokszor más technikákkal vegyítve, egyes elméleti háttérrel alkalmaznak. Hogy az interjúban benne rejlő lehetőségeket bemutathassam, tanulmányomban ennek paradigmatiszmas változatát, a pszichoanalitikus interjút ismerttettem. Ez egy olyan, speciális képzettséget igénylő diagnosztikai eljárás, melynek során a klinikus a külső megfigyelésen túl saját lelki reakcióit is monitorozza, és e két – külső és belső – forrásra támaszkodva alkot a páciens működéséről hipotézist, melyet aztán az interjú interaktív folyamata során ellenőriz és szükség esetén módosít. Az interjú technikája a pszichoanalízis elméleti és gyakorlati eszköztárára épít. Írásomban összefoglaltam az elmélet, a gyakorlat és az oktathatóság kérdésének lényegesebb elemeit.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Argelander, H. (1970). *Az első pszichoterápiás interjú*. Animula, Budapest, 2016.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed*. W. W. Norton & Company, New York – London, 1998.
- Etchegoyen, H. R. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. Karnac, London.
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practicing Psycho-Analysis. In *The Standard Edition of the Psychological Works of Sigmund Freud*, 12. Hogarth Press, London, 109–120.
- Gabbard, G. O. (2014). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Oriold és Társai, Budapest, 2016.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure*. Univ. of Chicago Press, London–Chicago.
- Purcell, S. D. (2004). The analyst's theory: the third source of countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85: 635–652.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Karnak, London – New York, 2002.
- Reik, Th. (1948). *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. Farrar, Straus and Giroux, New York, 1998.
- Russell, G. I. (2015). *Screen relations: The limits of computer-mediated psychoanalysis and psychotherapy*. Karnac Books Ltd., London.
- Scharff, J. S. (ed.) (2013). *Psychoanalysis online (Technology and mental Health)*. Great Britain, Karnac Books Ltd., London.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2016). *Clinical Interviewing*. Wiley.



Félig strukturált interjú: Viselkedésdiagnosztika

Szekeres Tamás – Vizin Gabriella

1. Bevezetés

Az elmúlt két évtizedben a nemzetközi szakirodalom megkülönböztetett figyelemmel fordult a magatartás zavarai felé a különböző kórképek prevalenciájának emelkedése, a krónicizálódás jelentős veszélye, valamint a gyakran életveszélyt is jelentő szomatikus szövődmény és a magas pszichiátriai komorbiditás miatt. Ezek a változások kiemelten fontossá teszik az olyan pszichoterápiás beavatkozások alkalmazását, melyek gyorsan és bizonyítottan hatékony módon alkalmazhatóak a magatartás, illetve a szenvedést okozó viselkedésformák kezelésében.

A klasszikus, standard kognitív viselkedésterápiás eljárásokat a 70-es években dolgozták ki, elsősorban depresszió és szorongásos zavarok kezelésére (Perczel-Forintos, 2019a). A kognitív viselkedésterápia egy olyan pszichoterápiás forma, amely aktív, direktív segítői hozzáállást, időben behatárolt, strukturált terápiás beavatkozásokat jelent (Beck, 2001; Perczel-Forintos, 2019a). A kognitív viselkedésterápia integratív, problémafókuszú, edukatív jellegű intervenció, amely bizonyítottan hatékony szorongásos és depresszív kórképek kezelésében (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, 2005; Mayo-Wilson, Dias, Mavranzouli, 2014). A viselkedésterápia az egyén maladaptív viselkedésének, míg a kognitív terápia az irreálisan negatív, torzító gondolatoknak, attitűdöknek a módosítására helyezi a hangsúlyt.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen átforgalmazódott a klinikai szakpszichológia feladatköre, ezzel együtt az elvárásrendszer is kiszélesedett: a diagnosztikáról a kezelésre, azaz a terápiás lehetőségekre és gyakorlatra került át a hangsúly. A 2021-ben megjelent szakpszichológiai ellátásról szóló egészségügyi szakmai irányelv (Kovács és mtsai, 2021) meghatározása szerint a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység magába foglalja a lelki egészség megőrzését és helyreállítását, a lelki zavarok megállapítását, vizsgálatát, okainak feltárását és *viselkedésdiagnosztikai*, dinamikus, illetve rendszerszemléletű modellben való elhelyezését, valamint az egyes betegségek diagnosztizálásához szük-

séges pszichodiagnosztikai vizsgálatok kiválasztását és elvégzését, a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekcióját. Noha a viselkedésdiagnosztika a klinikai szakpszichológia alapfeladatai közé tartozik, az e témával foglalkozó tanulmányok száma továbbra is alulreprezentált a szakirodalomban.

2. A viselkedésdiagnosztika alapelvei

Tringer és Mórotz (1985) a viselkedésdiagnosztika alapelveit összefoglaló munkájukban részletesen bemutatják, hogy melyek azok a kulcsfontosságú változók, amelyek azonosítása alapvető a tünete szerveződéshez vezető és a tünetet fenntartó viselkedés elemeiben, melyek alapján felismerhetők a kezelhető változók és a hozzárendelhető hatótényezők. A viselkedésdiagnosztika tehát alapul szolgál a pszichoterápiás terv felállításához, illetve az egyén, a tünet, valamint az adott pszichoterápiás módszer illeszkedéséhez egyaránt.

A viselkedésdiagnosztikai elemzés céljai közé tartozik a problematikus viselkedés definiálása, a lehetőség szerinti konkrét, megfigyelhető és azonosítható jellemzők formájában, a tüneti viselkedést kialakító és fenntartó tényezők – más szóval antecedensek, azaz a tüneti viselkedést megelőző korábbi események –, kísérőjelenségek, konzekvenciák megfigyelése és ezek pontos leírása, a tüneti viselkedés szerveződésére vonatkozó hipotézis kialakítása (mely események, milyen típusú tanulásméleti alapfolyamatok révén vesznek részt az adott viselkedés fenntartásában), és végezetül a beavatkozási pontok meghatározása. A beavatkozási pontok magukba foglalják a beteggel és esetenként a környezetével való egyeztetést, a stratégia megtervezését, a probléma természetének, korlátozó tényezőknek, lehetséges terápiás változások következményeinek a figyelembevételét. Viselkedésdiagnosztika során elsődleges szempont, hogy a viselkedésszerveződés objektív leírásához kellő információval rendelkezünk, melynek eszközei a viselkedésdiagnosztikai interjú, a viselkedés megfigyelése természetes környezetben,

az önmegfigyelés, az obszerváció, valamint az önbecslő skálák.

3. A viselkedésdiagnosztikai elemzés módszerei

A viselkedésdiagnosztika összefoglalóan az adott problémás (tüneti) viselkedést, illetve az azt kialakító, kiváltó és fenntartó tényezők feltárását és konkrét, objektív leírását jelenti. A viselkedésterápiás adatgyűjtés célja, hogy a patológiás viselkedésszerveződés leírásához és később a kezelés felállításához kellő információval rendelkezünk (Tringer és Mórotz, 1989; Mórotz, 2019b).

A viselkedésdiagnosztika nem a stabil, szituációtól független vonások azonosítására irányul, hanem igyekszünk minél konkrétan leírni a tüneti viselkedés

kialakulásában és fenntartásában szerepet játszó változókat. Viselkedésláncolat-elemet keresünk, melyekkel megérthető a probléma kialakulása, ezáltal pedig lehetővé válik annak kezelése is.

1. *Viselkedésdiagnosztikai interjú:* A tünetviselkedést úgy kell megismernünk, hogy képet kapjunk a zavar tanulás-lélektani szerkezetéről, mely során a pácienssel közös cél, hogy minél több releváns információ kerüljön a felszínre, az ellentmondásos információk pedig feloldásra kerüljenek, melyben segítenek a rogersi alapelvek, az érzelmi állapot empátiás visszatükrözése mentén. A viselkedésdiagnosztikai interjú során két fő terület elemzése kulcsfontosságú: 1) a probléma kialakulásának elemzése, 2) a tüneti viselkedés leírása.

1. táblázat. A viselkedésdiagnosztika elemei Tuschen-Caffler és Gemmeren (2009) alapján

<p><i>A probléma kialakulása</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • precipitáló (= kiváltó) tényezők, pl. egészségsszorongás és Covid-19 • idői zajlás-lefolyás: egyes esetekben a tünet stabil és perzisztens, más esetekben fluktuál és csak bizonyos helyzetekben jelenik meg • diszponáló (hajlamosító) faktorok: bizonyos típusú viselkedészavarok iránti fogékonyságot befolyásolja, környezet nyújtotta biztonsági szignálok, veszély- és kockázatbecslési sajátosságaiak feltérképezése • viselkedéses szint 	<p>Esetvezetésen keresztüli példa a viselkedésdiagnosztika elemei kapcsán</p> <p>Egy 66 éves, negatív pszichiátriai anamnéziséű nőbeteg 2017 óta jár onkológiai kezelésre. Négy éve diagnosztizálták mellhaganattal, ezt követően kétszer műtötték. Pszichoterápiás kezelésre szorongásos állapot miatt jelentkezik.</p> <p>A járványhelyzet óta fokozottan aggódik egészsége miatt.</p> <p>Mindig is jellemző volt rá a daganatos betegség bekövetkeztétől való félelem, majd onkológiai kezelése óta a betegség kiújulásával kapcsolatos aggodalom, ugyanakkor jelen panaszait a járványhelyzettel hozza összefüggésbe. A karantén, illetve a korlátozások miatt egészségével kapcsolatos aggodalma fokozódott, hogy megőrizze egészségét, élettere fokozatosan beszűkült, barátaival egyre kevésbé tudta tartani a kapcsolatot, szabadidejében pedig egyre kevésbé érezte magát hatékonynak. Egészségével kapcsolatban sokat aggódik, aggodalmai kapcsán megjelenő szorongásos panaszai általában délelőtt a legmarkánsabbak: rosszul érezte magát, gyomorfeszültséggel, bizonytalanságérzéssel, dekoncentrátsággal, enyhe szédüléssel és szorongással, ez hullámokban jelentkezik, ennek mentén étvágytalanná válik, ez csak délután oldódik. Hogy elkerülje a betegséget, szociálisan izolálódik, barátaival nem tartja a kapcsolatot, ennek következtében viszont fokozódik magányosságérzése, ez tovább fokozza lehangoltságát. Igyekszik elkerülni minden olyan helyzetet, ahol potenciálisan megfertőzheti a vírus, ha pedig elmegy otthonról, több koronavírus-teszt negatív eredménye csökkentheti csak aggodalmát.</p>
--------------------------------------	---	---

A tüneti viselkedés leírása

- konkrét, egyértelmű leírás (nem diagnózis, hanem mely viselkedés az, ami a szenvedést okozza, pl. nem „addiktológiai beteg”, hanem naponta hány alkalommal, milyen szert fogyaszt)
- motoros, verbális, fiziológiai megnyilvánulások
- tünet gyakorisága, intenzitása, időbeli ingadozások (más szóval, mikor válik tünetté a viselkedés)
- szenvedés mértéke
- fentiek integrációja: SORCK (Kanfer és Saslow, 1969) és ABC (O’Leary és Wilson, 1975) modell: viselkedést kiváltó helyzeteket, a viselkedést, az adott helyzetre vonatkozó hiedelmeket és a viselkedés konzekvenciáit vizsgálja
- a tüneti viselkedés kontextusának és a moduláló változók elemzése
- moduláló
 - szituatív: a tünetek bizonyos helyzetekben kifejezettebbek, míg máskor mérsékeltébbek
 - viselkedéses: a tüneteket általában valamilyen viselkedés váltja ki
 - kognitív: gondolatok detektálása, amelyeknek szerepük van az adott viselkedés alakulásában
 - affektív állapot sajátosságai: a hangulati állapot hatással van az adott viselkedési zavarra
- interperszonális: a szociális környezet ingereinek és eseményeinek befolyásoló szerepe a legtöbb viselkedészavar esetén kimutatható (de bizonyos esetekben visszatartó erő is lehet)
- fiziológiai faktorok: gyakran részei a tüneti képnek, generálhatják a tüneti viselkedést

Fenntartó tényezők

- azok a viselkedést követő külső-belső, fiziológiai, kognitív események, amelyek megerősítik az adott viselkedést
- viselkedés rövid és hosszú távú következményének összevetése
- rövid távú következmények (konzekvenciák): passzív (helyzetből való kilépés) vagy aktív (negatív következmények elkerüléséért aktív cselekvést hajt végre)
- hosszú távú következmények (konzekvenciák): a viselkedést aktuálisan követő következmény is jelzője lehet számos, valószínűen bekövetkező további következménynek

A járvány kitörése óta délelőtti rosszulleteket tapasztal magán, gyomorfeszültséggel, bizonytalanságérzéssel, dekoncentrátsággal, enyhe szédüléssel és szorongással, mely hullámokban jelentkezik. Hullámszerű rosszulletei miatt gyakran konzultál háziorvosával, valamint egyre inkább aggódik állapota miatt annak ellenére, hogy semmilyen eltérést nem igazoltak az orvos által kért testi vizsgálatok.

Dg: Hypochondriasis/betegségorongás-zavar el-
látást kereső típusa (F45.2; 300.7)

Tüneti viselkedés konkrét leírása diagnózis helyett: testi tünetek súlyos testi betegségként való értelmezése, amit jelentős szorongás kísér. Betegségviselkedés: megnyugtató keresése és biztonságkereső viselkedés – az otthonán kívüli szabadidős lehetőségeket kerüli, továbbá orvosi vizsgálatokat vesz igénybe.

Tünetek integrációja az ABC-modell alapján

(A) Antecedens változók

Fiziológiai: emelkedett arousal, hasi diszkomfort

Kognitív: rumináció, önfigyelés, testre irányuló szelektív figyelem

Affektív: feszültség, szorongás

Viselkedéses: megnyugtató keresése orvosi vizsgálatok eredményei által

(B) Hiedelmek, amik fenntartják

„Minden tünet súlyos betegségre utal.” „Ha eléggé monitorozom magam, megelőzőm a bajt.”

(C) Következmények

Szituációelemzés: A szorongásos tünet főként délelőtt jelentkezik, stressz-szituációhoz nem tudja kötni, de az otthonától való távolság és az emberekkel való fizikai kontaktus fokozza aggodalmát.

A környezet válaszreakciója: családja fokozott törődéssel reagál.

Tanulásméleti mechanizmus: Korai életszakaszban tapasztalt túlvédő szülői attitűd és az általuk tapasztalt fokozott figyelem operáns kondicionálás révén kialakította a tüneti viselkedést, vagyis hogy észlelt veszély esetén valamilyen komoly probléma vagy betegség fennállása feltételezhető.

A tünetek fenntartásában szerepet játszó tényezők: A fokozott önmonitorozás és a rumináció. A vélt betegséghez tartozó tüneteket katasztrofizáló gondolkodás mentén torzítja, a normalizáló attribúció hiányzik, vagyis hogy például a köhögést ne mint daganatot előre jelző tünetet értelmezze.

Rövid távon: Az önmonitorozás, az elvégzett teszteredmény (például Covid-teszt) és a szociális helyzetek elkerülése átmenetileg megnyugtatóan hat, és visszaadja a kontrollérzetét, a vélt betegséggel kapcsolatos hiedelem ugyanakkor megerősödik.

Hosszú távon: A tehetetlenség érzése erősödik.

1. táblázat folytatása

Önkontroll-lehetőségek

- coping mechanizmusok, szorongás-kezelési stílus, konfliktusmegoldó repertoár, szociális készségek
- megerősítő potenciállal rendelkező tevékenységek feltérképezése
- örömök listája
- területek, ahol a páciens hatékonynak érzi magát
- negatív vagy pozitív hatású szociális kapcsolatok
- önértékelés
- a tünet megszűnése milyen következményekkel jár majd (motiváció vizsgálata)

Önkontroll-viselkedések: Igyekszik figyelmét elterelni, minden lehetséges óvintézkedést megtesz, hogy elkerülje a fertőzést, elfogadja a pszichoterápiás lehetőséget.

Motivációelemzés: Tüneteivel magyarázza, hogy miért keres orvosi vizsgálatokat.

2. *Obszerváció:* A beteg megfigyelése természetes közegében vagy terápiás helyzetben, mely során a viselkedés előzményei és következményei közvetlenül megfigyelhetők.
3. *Önmegfigyelés:* A beteg saját szubjektív beszámolója a tüneti viselkedés kapcsán. Szubjektív, ugyanakkor megfelelő instruálás mellett (a beteg mikre figyeljen, és hogyan rögzítse azokat írásban) kifejezetten hasznos eszköze az egyén önverbalizációjának, negatív automatikus gondolatainak és impulzusainak megismerésében.
4. *Tünetbecslő skálák:* A kérdőíves eszközök és tünetbecslő skálák egyértelmű ingerek, a különböző állításokat többfokú skálán pontozzuk, majd az összesített eredményeket viszonyítjuk a standard normákhoz. Strukturáltak, behatárolt megoldási lehetőséget biztosítanak, ezáltal a konkrétan mért tünet jelenlétéről kapható információ (Perczel-Forintos, 2019b).¹

4. A viselkedésdiagnosztika modelljei: ABC- és SORCK-modell

Kezdetben a viselkedés-lélektani modell az ember és a környezete közötti kapcsolatot vizsgálta, melyben a pszichoanalízistől eltérően háttérbe szorultak az intrapszichés folyamatok. Más szóval a pszichopatológiai jelensége-

ket csak a megfigyelhető viselkedés rendellenességeire korlátozták, ebből következően tehát a normális és a patológiás fejlődés alapmechanizmusaként a tanulás különböző formáit azonosították.

A viselkedésalakulás kezdetben az S (stimulus / inger) – R (reakció) sémát követte, amit Tolman 1932-ben kiegészített S – O (organizmusos változó) – R sémára, később pedig Kanfer és Saslow (1974) munkássága alapozta meg a viselkedésszerveződés korszerű modelljét, amely a S-O-R-C-K sémát követi. Ebben az S (stimulus) a viselkedés ingereit jelenti (külső és belső események; fiziológiai és kognitív ingerek), az O (organizmusos változó) az individuális sajátosságokat és a személyiséget, melyet biológiai, szociális, kognitív tényezők befolyásolnak. Az R (reakció) a cselekvéses, élménybeli vagy tevékenységbeli válasz, a C (konzekvencia) a viselkedés következményei, végül a K (kontingencia) a megerősítés sajátosságainak, szabályszerűségeinek tényezője, más szóval, hogy milyen szabályszerűséggel követi a reakciót a megerősítés.

A tüneti viselkedés elemzésének egy másik lehetséges kerete a SORCK-moddellel közel egy időben O'Leary és Wilson (1975) által publikált ABC-modell. Ebben az elemzésben a tüneti viselkedés kiváltó helyzeteit (A), magát a viselkedést és az adott helyzetre vonatkozó hiedelmeket (B) és a konzekvenciát (C) elemezzük (Mórotz, 2019b).

¹ Könyvünk II/5.1. tanulmányában olvashatnak erről többet. (A szerk.)

2. táblázat. Esetvignetták pl. az ABC- és a SORCK-modell gyakorlati alkalmazására

Boglárka 23 éves nőbeteg, aki pszichiáter szakorvosi beutalóval érkezik nem differenciált szomatiform zavar iránydiagnózissal. Aktuálisan folyamatos testi tüneteitől való fájdalmai, illetve ezek kapcsán fellépő gondolatai miatt keresett pszichoterápiás segítséget. Panaszait könnyen verbalizálta, ezzel kapcsolatban főként testi tünetekkel együtt megjelenő szorongásos panaszok voltak explorálhatók. Gyógyszeres kezelést kap.

Keresztmetszeti elemzés a SORCK-modell alapján

Tüneti viselkedés: szorongáscsökkentés érdekében egészségügyi vizsgálat felkeresése

S (stimulus): A tüneti viselkedés olyan helyzetekben jelentkezik, amikor szomatikus tüneteket tapasztal, például nyelési nehézség, szemkörnyéki, hasi fájdalom.

O (organizmikus változók): Alacsony önértékelés, testi jelekre való hiperszenzitivitás (szomatoszenzoros amplifikáció jelentős).

R (reakció): Intenzív szorongás jelentkezik, melyhez koncentrációs nehézség is társul.

Betegségével kapcsolatban ambivalens, úgy érzi, hogy soha nem lesz jobban, és orvost keres fel a problémájával.

C (konzekvencia): Rövid távon orvosoktól, egészségügyi vizsgálatoktól, valamint édesanyjától való megnyugtató keresés, ami hosszú távon ahhoz vezet, hogy szociálisan izolálódik, mivel tüneteinek rágódik, továbbá ahhoz, hogy a probléma rosszabbodik, figyelme ugyanis továbbra is a testi tüneteire irányul.

K (kontingencia): A konzekvencia elmondás alapján az alkalmazott farmakoterápia óta mérséklődött, de továbbra is szinte minden esetben követi a viselkedést.

Szituációelemzés: A tüneti viselkedés leginkább olyan helyzetben jelenik meg, ahol kifejezett testi fájdalmat tapasztal (pl. félrenyelés, erős fény hatására szemszúrás), melyeket szorongásszerűen él át.

A környezet válaszreakciói: Szülei nem tudnak mit kezdeni panaszaival, ugyanakkor édesanyja kifejezett aggodással reagál, az ő részéről figyelemben és támogatásban részesül, igyekszik mindent elintézni lánya helyett (pl. orvosi vizsgálatok), az édesanyja közelsége és támogatása hatására szorongása csökken, leginkább ő tudja megnyugtatni.

Önkontroll-viselkedések: A szorongása csökkentésére egyre több szakembert keres fel.

Hajlamosító, kiváltó, fenntartó, moduláló változók: Túlóvó és aggodalmaskodó szülői attitűd, diszharmonikus családi légkör, testi érzéketekre való nagyfokú odafigyelés, csökkent önértékelés.

Anna 48 éves, pozitív pszichiátriai anamnézisével, a 2000-es évek elején nem meghatározott depressziós epizód kapcsán szorongásoldó és antidepresszívum gyógyszeres terápiában részesülő nőbeteg. 2005 óta jár onkológiai kezelésre, illetve rehabilitációra egy fővárosi kórházba. Pszichofarmakológiai kezelésben igen, de pszichoterápiában nem részesült korábban. Onkológus szakorvos kolléga tanácsára, önként vette fel a kapcsolatot pszichológussal, daganatos betegsége és a kezelésekkal kapcsolatban megjelenő levert hangulat miatt kért segítséget.

Keresztmetszeti elemzés az ABC-modell alapján

Tüneti viselkedés: csökkent adherencia az alkalmazott onkológiai gyógyszereszedéssel kapcsolatban

(A) Antecedens változók

Fiziológiai: el- és átalvási nehézségek, csökkent étvágy, fáradtság

Kognitív: negatív információfeldolgozási mód (kognitív torzítások, negatív értékelések), melyben kiemelt szerep jut az értéktelenség érzésének és az inadekvát bűntudatnak, ezeken való rumináció

Affektív: örömszűkülés csökkenése, szégyen, halálfélelem, kudarcélmény, depresszív hangulat, csökkent motiváció

Viselkedéses: visszahúzódás, passzivitás, társas helyzetek, szabadidős programok és örömteli tevékenységek kerülése

(B) Hiedelmek, amik fenntartják

„Rossz ember vagyok.” „Soha nem leszek jobban, reménytelen a helyzetem.”

(C) Következmények

Rövid távon: A szociális helyzetek elkerülésén, valamint a problémáin való rumináción keresztül feszültsége átmenetileg csökken, ugyanakkor a maladaptív megküzdési mód tovább mélyíti depressziós hangulatát.

Hosszú távon: Maladaptív megküzdési mód használatával az alternatív megküzdési módok alkalmazása csökken, ennek mentén hangulata romlik, szociális izolációja fokozódik, rumináló negatív automatikus gondolatok előfordulása gyakoribbá válik, ami a kellemetlen fizikai és pszichés állapotából fakadó érzékszervi visszacsatolások és az önmagára vonatkozó negatív információfeldolgozás révén önfenntartóvá válik, továbbá a daganatos betegség kiújulásra adott reaktív hangulatzavar – mely érzelmi, motivációs, viselkedéses, kognitív és testi tünetek szintjén is megjelenik – fokozódik.

Szituációelemzés: Anna rossz hangulata szituációtól függetlenül megjelenik, ugyanakkor kifejezett nehézséget a délelőtti jelentenek számára. Negatív automatikus gondolatai többnyire az onkológiai betegségén való rágódás hatására jelennek meg.

2. táblázat folytatása

Tanuláseméleti magyarázat: A kora gyermekkori túlóvó nevelési attitűd fokozott interoceptív hajlamhoz vezetett. A tünetei kialakulásának a mechanizmusát a klasszikus kondicionálás elve magyarázza: a semleges ingerek összekapcsolódnak fenyegető, szorongáskeltő és negatív érzelmi állapotot kiváltó helyzetekkel. Ezt követően létrejön egy elkerülő viselkedés, mely az operáns kondicionálás alapján alakul ki: társas kapcsolatát elhanyagolja, és legtöbbször otthon marad.

Motivációelemzés: Tüneteit nagy szenvedésnyomás kíséri, ezáltal motivált a gyógyulásban, szeretné megérteni betegségét.

A környezet válaszreakciója: Anna tüneteire, rossz hangulatára férje, illetve kezelőorvosa figyelt fel először. Míg családja főként aggodalommal reagált panaszaira, addig kezelőorvosa külső segítséget javasolt. Barátai kezdetben támogatóan viszonyultak Anna betegségéhez, ugyanakkor Anna elmondása szerint társai érdeklődése fokozatosan csökkent, ez pedig negatív irányba befolyásolta hangulatát. A csökkent adherenciával kapcsolatban Anna elmondása szerint társas környezete az aggodalmát és dühét is kifejezi felé.

Önkontroll-viselkedések: Anna úgy érzi, hogy rossz hangulatával nem tud megküzdeni, nem szívesen hagyja el az otthonát, nehezen tud felidézni olyan dolgokat, amelyekkel felül tud kerekedni hangulati nyomottságán. Ugyanakkor pszichoterápiás kezelésre motivált, erre önállóan jelentkezett be.

Motivációelemzés: A tünetek megszűnésével Annának meg kell küzdenie az onkológiai kezelését kísérő feladatokkal, illetve teljesítményhelyzetekkel, de ezzel együtt is motivált a terápiára, szeretne pozitívan megküzdeni. A tünetek megszűnésének valószínűsíthető pozitív hatása, hogy önbizalma erősödik, önmaga iránti együttérzése fokozódik, szégyenérzése csökken, ezek mentén hangulata javulhat, gondolkodása pedig pozitív irányba változhat.

A tünetek fenntartásában szerepet játszó tényezők: A negatív automatikus gondolatokon való rumináció, a környezet felől észlelt alacsony társas támogatás, illetve a fizikai állapotból fakadó érzékszervi visszacsatolások, melyek mentén a negatív információfeldolgozási mód fennmarad.

Tanuláseméleti mechanizmus: Anna hangulata a környezet viselkedésétől függetlenül jelentkezik, ami alapján respondens reakciónak tekinthető, ugyanakkor a második onkológiai kezelés okozta stressz és a környezet felől észlelt csökkent érdeklődés, valamint a betegség kiújulásával kapcsolatos kudarcélmény által már operáns reakciónak értékelhető.

5. A viselkedészavarok típusai

A pszichoterápia lehetséges irányai miatt fontos meghatározni a viselkedészavart, mely során marginális kérdés, hogy a betegség, illetve a tünet viselkedésdeficitet vagy viselkedéses excessust fejez-e ki, más szóval, hogy egy adott viselkedésnek a hiányáról vagy egy szélsőséges formájáról van szó (Tringer és Mórotz, 1985; Mórotz, 2019a; 2019b nyomán)..

1. *A viselkedés ingerkontrolljának zavarai:* a környezet ingerei aránytalan módon befolyásolják a viselkedést, ezáltal inadekvát méretű, gyakoriságú vagy előjelű emocionális reakciókat váltanak ki.
2. *Viselkedésdeficit:* hiányviselkedések, bizonyos viselkedésmódok nem kellő gyakorisággal, intenzitással, nemkívánatos formában jelennek meg, vagy egyáltalán meg sem jelennek az inger hatására (pl. szexuális működészavarok).

3. *Averzív viselkedésrepertoár*: az egyén viselkedése averzív magára vagy másokra nézve (pl. antiszocialitás).
4. *A viselkedés ösztönzőinek zavara*:
 - a) Hiányos megerősítési rendszer: szociális ingerek, amelyek a legtöbb ember számára megerősítő hatásúak, az adott egyén számára nem képeznek cselekvésbefolyásoló konzekvenciákat, pl. autizmus.
 - b) Disztorzív ösztönző rendszer: olyan elemek szerepelnek az egyén ösztönző rendszerében, amelyek veszélyesek, vagy az adott kultúra deklarált vagy informálisan elfogadott értékeivel ellentétesek (addikció, szexuális, étkezési devianciák).
 - c) A külvilág felől érkező ösztönzések hiányoznak, a viselkedés megerősítés nélkül marad
 - kompetenciaélmény zavara, amely az elemi aktivitást is gátolhatja (pl. depresszió, apátia);
 - bejósolhatóság és szabályozhatóság élménye (pl. kényszerek, fanatikus szokások).
 - d) A környezeti ösztönzők ellentmondásosak vagy hiányosak: inadaptív viselkedés kialakulása, a viselkedés hol negatív, hol pozitív konzekvenciával jár együtt, pl. depresszió és tanult tehetetlenség.
 - e) *Averzív önmege erősítő rendszer*: az egyén a saját viselkedését önmaga is megerősítheti pozitívan vagy negatívan, mely során előfordulhat, hogy irreálisan értékeli azt, pl. perfekcionizmus.

6. Összefoglalás

A viselkedésterápia során kulcsfontosságú, hogy sikerül-e azonosítani a tüneti viselkedéshez vezető és az azt fenntartó változók elemeit, mely alapján a konkrét, strukturált, hatékony kezelési terv felállítható. A viselkedésdiagnosztika céljai a tüneti viselkedés pontos meghatározása az objektivitásra való törekvés mentén, a viselkedést kialakító és fenntartó tényezők megfigyelése és elemzése, a viselkedés szerveződésére vonatkozó hipotézis kialakítása, a beavatkozási pontok azonosítása, valamint a terápiás terv ezek alapján történő meghatározása. Noha a viselkedésdiagnosztika elsősorban a kognitív és viselkedésterápiás eszköztárral dolgozó pszichológusok által alkalmazott diagnosztikai eljárás, hasznos és költség hatékony alappilléreként szolgálhat más elméleti megközelítéssel dolgozó szakemberek számára is. Hazánkban a viselkedésdiagnosztika eszköz-

tárát gondosan áttekintik Tringer László és Mórotz Kenéz (1985), valamint Perczel-Forintos Dóra és Mórotz Kenéz (2019) kötetei, melyek kiváló eszközként, vezérfonalként szolgálhatnak a viselkedésterápia iránt érdeklődő szakemberek számára.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2001). *A depresszió kognitív terápiája*. Animula Kiadó, Budapest.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Amsterdam, J. D. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(12): 409–416.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1977). Behavioral Analysis: Selecting Target Behaviors in the Interview. *Behavior Modification*, 1(1): 7–28.
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12: 529–538.
- Kovács P., Csígyó K., Kiss D. B., Gonda X., S. Nagy Z., Takács M., & Kéri S. (2021). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, 71(24): 2533–2642.
- Lindsley, D. R. (1964). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) of Depressive Disorders. Direct measurement and prothesis of retarded behavior. *Journal of Education*, 147: 62–81.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., & Mavranzouli, I. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1: 368–376.
- Mórotz K. (2019a). A viselkedésterápia alapelvei és módszerei. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Mórotz K. (2019b). Viselkedésdiagnosztika. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- O’Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Prentice-Hall.
- Perczel-Forintos D. (2019a). A kognitív terápia standard módszerei és hatótényezői. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

- Perczel-Forintos D. (2019b). A kognitív terápia diagnosztikus alapelvei. In Perczel-Forintos D., & Mótótz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Tringer L., & Mótótz K. (1985). *Klinikai viselkedésterápiák*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Tuschen-Caffier, B., & Gemmeren, B. V. (2009). Problem- und Verhaltensanalyse. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin–Heidelberg, 363–375.



Félig strukturált interjú: Kognitív szempontú diagnosztika

Virág Márta – Vizin Gabriella

1. Bevezetés

A páciens aktuális állapotának helyes felmérése minden terápiás beavatkozás előfeltétele. Az állapotfelmérés eredménye alapján tudjuk eldönteni a panaszok mibenlétét, azok súlyosságát, valamint azt is, hogy saját szakmai kompetenciánk alapján el tudjuk-e látni az adott személyt, vagy sem. A kognitív szempontú állapotfelmérés és terápiás módszer az utóbbi évtizedekben egyre szélesebb körben elterjedt eszköz. A kognitív viselkedésterápia (cognitive behavioral therapy, CBT) sikeressége a mentális egészségügy és az egyéb egészségügyi ellátás területén többek között annak köszönhető, hogy a módszer bizonyítékokon alapuló (tehát megbízható), időhatáros, ugyanakkor problémafókuszált.

A kognitív szempontú diagnosztika célja a páciens problémáinak pontos felmérése és megismerése. A módszer elsődleges célja nem a megfelelő diagnózis felállítása, hanem a panaszok alapos megismerése, amely jelentős mértékben hozzájárul a későbbi diagnosztikai latolgatás megbízhatóságához is. A kognitív szempontú diagnosztika második fontos célja, hogy a páciens megfelelően szocializáljuk a kognitív modellre (Perczel-Forintos és mtsai, 2019). A páciens szocializálása során fontos kiemelnünk, hogy a terapeuta nem csupán az adott panaszok megoldásában segíthet, hanem abban is, hogy a páciens a tanult önsegítő technikák segítségével reziliensebbé váljék a jövőben. Az interjú további és végső célja a terápiás célok kijelölése és a terápiás folyamat megkezdése (Kirk és mtsai, 1989).

A célok kijelölése során a munkahipotézis a panaszok kialakulásáról azért lényeges, mert ilyen módon a panaszok a páciens számára is érthetőbbek lesznek, a páciens megérti, hogy a panaszok nem a sors önkényeként jönnek létre, hanem külső és belső események alapján bejósolhatók, így kontrollálhatók, módosíthatók. A kognitív szempontú felmérés ilyen formán önmagában is terápiás értékkel bírhat, áttekinthetőbbé válik a probléma, így a páciens kontrollérzete nőhet, és maga is elkezdhet hinni a változásban. A kognitív pszichoterápiás modell szerint a kogníciókban bekövetkező változások

előre jelzik az érzelmekben és viselkedésben bekövetkező változásokat is (Hoffmann és mtsai, 2013). A páciens aktuális állapotának felmérése és a helyes diagnózis felállítása elengedhetetlen a reális terápiás célok kitűzése és a megfelelő terápiás terv kialakítása szempontjából.

2. A kognitív szempontú diagnosztika alapelvei

A kognitív szempontú diagnosztika struktúrája a következő elemekből áll össze (ld. pl. Perczel-Forintos, 2019):

1. Panaszok felmérése
2. Objektív adatok áttekintése
3. A keresztmetszeti kép kognitív szempontú felmérése
4. A hosszmetzeti kép kognitív szempontú felmérése
5. Az interjú befejezése

2.1. Panaszok felmérése

A panaszok felmérése során a konkrét, páciens számára szenvedésnyomást okozó panaszok, azok szituáció-specifikus megjelenése minél több és jellegzetes helyzetben való leírása a cél. Fontos, hogy az interjú során nem a panaszok okát próbáljuk meg explorálni, hanem a panaszok megjelenésének (térbeli és interperszonális) *kontextusára*, valamint a panaszok *időbeli és egyéb jellegzetességeire* fókuszálunk. Az exploráció során sokat segíthetnek az irányított kérdések, valamint az, ha a páciens saját élményein, példáin keresztül mutatja be a panaszait.

1. táblázat. Segítő kérdések a panaszok felmérésére a kognitív szempontú állapotfelmérés során

- Milyen gyakran fordul elő a panasz?
- Milyen intenzív a panasz?
- Milyen helyzetekben jelentkezik enyhébben vagy erősebben a panasz?

1. táblázat folytatása

Amikor megjelenik a panasz, mire gondol, mi jár a fejében?
 Ha már megjelentek a panaszok, mennyire tudja azokat befolyásolni?
 Mit tesz, amikor megjelennek a panaszok?
 Mi előzi meg a panaszok megjelenését? Mi történik utána?
 Mikor marad abba a panasz?

2.2. Objektív adatok áttekintése

Az objektív adatok összegyűjtése sok szempontból lehet diagnosztikus értékű az első interjú során. A panaszokkal, tünetekkel kapcsolatos objektív adatokhoz számos módon hozzájuthatunk. A viselkedésdiagnosztikai interjú során a panaszok funkcionális elemzése a cél, amelyben a problémaviselkedés szituációelemzését végezzük el, különös figyelmet fordítva a következmények leírására és azok értékelésére. Kognitív diagnosztika során ugyanakkor a páciensek önbeszámolóí segíthetik a panaszok mélyebb megértését, valamint azt is, hogy a páciens saját maga is jobban rálásson a panaszok mindennapjaira gyakorolt hatására. A megfigyelés és önmegfigyelés fontos elemei a kognitív szempontú és viselkedésszempontú elemzéseknek. A heteroanamnézis további fontos információval szolgálhat a panaszokkal kapcsolatban, emellett fényt deríthet a páciens kapcsolatainak minőségére, a panaszok környezetre gyakorolt hatására, valamint a környezet reakcióira is, amelyek szintén visszahatnak a páciens viselkedésére. Lássuk részletesebben a kognitív szempontú diagnosztikában az objektív állapotfelmérés forrásait.

Önbeszámoló mérőeszközök használatakor a páciens számszerűsíthető becslőskálák és kérdőívek segítségével pontozza saját panaszait. Ez azért fontos, mert segít a szakembernek abban, hogy a panaszokat objektívizálni tudja, így pontosabban leírva a panaszokat, valamint segít súlyozni azt, hogy mi az, ami eléri a klinikailag is jelentős szintet, és azonnali figyelmet érdemel. A becslőskálákon és kérdőíveken kapott eredmények segíthetnek megerősíteni vagy elvetni a diagnózissal, terápiás alkalmassággal kapcsolatos kérdéseket és megfontolásokat. Emellett rámutathatnak a páciens működésmódjára is: mennyire próbálja elfedni vagy éppen felnagyítani panaszait, megjelennek-e szimulációs vagy disszimulációs tendenciák. Ahhoz, hogy a becslő-

skálák és kérdőívek eredményeiből ne vonjunk le téves következtetéseket, mindenképp ismeretekkel kell rendelkezünk a páciens problémáit illetően.

Az *önmegfigyelés* célja a panaszokkal kapcsolatos visszaemlékezés objektivizálása, az állapotváltozás követése, valamint a páciens aktív bevonása a terápiás folyamatba. Az önmegfigyelés fontos alapszabálya, hogy a megfigyelendő jelenség legyen mérhető, egyszerű és érthető. Az önmegfigyelést minél pontosabban (időpont, környezet, intenzitás, egyéb jellegzetességek) jegyezzesük le a pácienssel. Önmegfigyelés tárgya lehet bármilyen olyan jelenség, ami a panaszokkal kapcsolatos (alvás, pánikrohamok, szorongás, fóbiás panaszok stb.). A lejegyzés változatos formában történhet: skálázás, naplóztatás.

A *heteroanamnézis* felvétele megtörténhet bármilyen olyan hozzátartozóval, aki a páciens által leírt panaszok megjelenésekor jelen volt, vagy szoros kapcsolatban áll a pácienssel. A heteroanamnézis felvételekor fontos, hogy a páciens is tudjon annak megtörténtéről, hiszen csak az ő engedélyével kérhetünk vele kapcsolatban hozzátartozóitól beszámolót.

A *viselkedés közvetlen megfigyelése* szintén fontos aspektusokra mutathat rá a panaszokkal kapcsolatban. Közvetlen megfigyelés alatt klinikai körülmények között vagy szerepjátékban történő megfigyelést értünk, tehát ezekben a helyzetekben a terapeuta nem beszámoló alapján nyer információt a panaszokról, hanem in vivo helyzetben is látja azokat.

Viselkedéses tesztek kialakításával a terapeuta igyekszik előidézni a páciens számára azokat a helyzeteket, amelyekben a panaszok megjelennek vagy felerősödnek. Ilyen módon szintén közvetlenebbül is fontos jellemzőket tudhatunk meg a panaszokkal kapcsolatban.

2.3. A keresztmetszeti kép kognitív szempontú felmérése (ABC)

A felmérés ezen fázisának fő célja, hogy a panaszok, tünetek lehető legpontosabb elemzését adja a jelenlegi megjelenést tekintve. A keresztmetszeti panaszok kognitív szempontú felmérése segíthet annak a megértésében, hogy a tünetek megjelenését milyen tényezők előzik meg (A), melyek azok a fenntartó tényezők, amelyek a tünetek hosszú távú fennmaradásához vezetnek (B), és melyek azok az emocionális, magatartásbeli és fiziológiai következmények (C), amelyek a tünetek jelenléte miatt alakulnak ki. Ezt a modellt a kognitív szempontú állapotfelmérésben ABC-modellnek nevezzük, melynek elemei:

- A – antecedent: antecedens, megelőző tényezők,
 B – beliefs: hiedelmek, fenntartó tényezők,
 C – consequences: emocionális, magatartásbeli, fiziológiai következmények.

Az ABC-modell olyan vezérfonal, melynek mentén különböző eszközök révén a kognitív modellnek megfelelően igyekszünk megérteni a páciens tüneteit. Az eszközkészlet elemei korábban kidolgozott módszerek, melyek alkalmazása idiografikus mérlegelés alapján történik. A következőkben a kognitív terápia során gyakran használt diagnosztikai eszközzel mutatjuk be az ABC-modell mentén történő diagnosztizálás elemeit (az ABC-modellről ld. még: II/1.3. tanulmány).

- a) A helyzet megértését az alábbi kérdésekkel tudjuk segíteni:
- Mi váltotta ki a szorongásos állapotot? Milyen helyzetben érezte ezt? (A): Vizsgahelyzet.
 - Milyen gondolatok jártak a fejében, amikor így érzett? (B): „Nem tudok semmit”, „Meg fogok bukni”, „Eltanácsolnak”.
 - Mit tett, hogyan reagált és mit érzett az adott helyzetben? (C): Vizsgahelyzet elkerülése, szorongás tovább fokozódik, más területeken is megjelenik, önértékelése egyre rosszabb lesz, szorongását szerhasználattal oldja.
- b) Az ABC-összefüggések átbeszélése a pácienssel önmagában szocializálja a páciens a kognitív modellre, valamint arra, hogy gondolatainak fontos szerepe van a tünetek súlyosbodásában, valamint, hogy a tünetek befolyásolhatók, kontrollálhatók. A *gondolatnapló* bevezetése tovább növeli a tünetekkel kapcsolatos tudatosságot.
- c) *Kognitív torzítások* beazonosítása
- A kognitív torzítások vagy logikai hibák sajátos szűrők, melyek automatikus gondolatsorok indítása révén kialakítják és fenntartják a páciens ún. „kognitív tetrád”-ról (világról, önmagáról, jövőjéről és másokhoz fűződő viszonyáról) kialakult negatív képét és egyben a negatív emocionális állapotot. A kognitív torzítások fajtái (Burns és mtsai, 1978):
- I) „Minden vagy semmi” típusú gondolkodás: amikor az ember mindent fekete-fehér kategóriákban értékel (pl. nem tökéletes teljesítmény esetén az egész helyzetet teljes kudarcnak éli meg: „Ha nem vagyok a legjobb között, akkor értéktelen vagyok.”)
 - II) Túláltalánosítás: egyszeri negatív esemény alapján általánosít a személy (pl. ha valami nem sikerült, akkor úgy zárja le a dolgokat, hogy „nekem soha semmi sem sikerül”).
 - III) Negatív szűrés: amikor a személy egy adott történésből pusztán egyetlen részletet emel ki, s ennek alapján mindent negatívnak minősít, mintha egy csepp tinta egy egész pohár vizet el tudna színezn.
 - IV) A pozitívumok figyelmen kívül hagyása, leértékelése: ha a pozitív tapasztalatokat az egyén azzal utasítja el, hogy azok „nem számítnak”. Így az egyébként pozitív események is negatívnak tűnnek fel (pl. „Csak azért ragaszkodik hozzám, mert nem ismer”; „Csak azért mondja, mert kedves akar lenni hozzám”).
 - V) Elhamarkodott következtetés: amikor a tények nem támasztják alá a negatív értékelést.
 - VI) Gondolatolvasás: amikor az egyén önkényesen következtet mások negatív viszonyulására saját személyéhez, de nem ellenőrzi, hogy igaz-e: „Unalmasnak tartanak”.
 - VII) Jövendőmondás: amikor a személy teljesen meg van győződve arról, hogy a dolgok rosszul fognak elsülni számára, és biztos benne, hogy belső meggyőződése megalapozott tény: „Úgysem sikerül.”
 - VIII) Felnagyítás és lekicsinylés: amikor az ember eltúlozza bizonyos dolgok fontosságát (pl. ha valamit eltéveszt), vagy addig bagatellizálja a dolgokat, amíg azok teljesen értéktelennek tűnnek (pl. saját jó tulajdonságait vagy mások tökéletlenségét). Ezt a tulajdonságot „kettős morálnak” is nevezzük.
 - IX) Érzelmi logika: amikor az ember azt feltételezi, hogy a valóság olyan, amilyenek ő azt a negatív érzelmein keresztül látja. „Érzem, tehát igaz”, vagy „Valami szörnyűség fog történni, ha nemet mondok”, vagy „Tehetetlenség érzem magam, tehát nem tehetek semmit”.
 - X) „KELL” állítások: amikor az egyén „kell”-ekkel és „muszáj”-okkal indokolja tetteit, döntéseit, mintha azokat valaki külső személy rákényszerítené. „Már be kellett volna fejeznie”, „Minden este vacsorát kell készítenem”.
 - XI) Címkezés és téves címkezés: a túláltalánosítás extrém formája, amikor az ember ahelyett, hogy

megfogalmazná, hogy mit vétett, negatív címkével illeti magát: „Vesztes vagyok.” A téves címkézéshoz az is hozzátartozik, hogy az ember egy eseményt érzelmileg túlfűtötten ír le: „A főnököm egy zsarnok”, vagy „Ez iszonyú”.

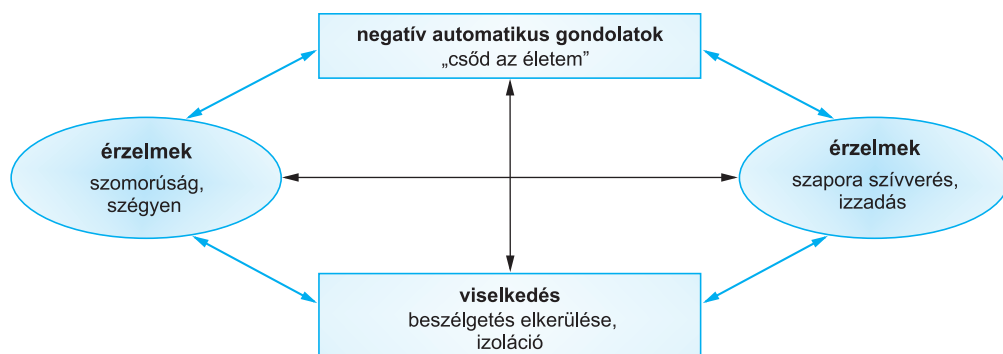
XII) Perszonalizáció: amikor az egyén úgy érzi, hogy ő az oka egy olyan eseménynek, amiért

valójában nem ő a felelős, pl. „Az én hibám, hogy nem érezték magukat jól a bulin”.

d) A konkrét helyzetekhez kapcsolható *keresztmetszeti kép* felrajzolása során tovább elemezzük a helyzetet, a helyzetről alkotott negatív automatikus gondolatokat, a testi állapotot, a viselkedést és a helyzetben megjelenő érzelmek kapcsolatát.

2. táblázat. Háromszlopos gondolatnapló beazonosított negatív automatikus gondolatokkal és kognitív torzításokkal (Beck és mtsai, 2002; Perczel-Forintos és mtsai, 2019)

Helyzet	Érzés (%)	Negatív automatikus gondolat (NAG)
Évfolyamtársai az előző napi vizsgáról beszélgetnek a folyosón.	Szomorúság: 90% Szégyen: 80%	„Képtelen vagyok bekapcsolódni, biztosan furcsának tartanak” (negatív szűrés, gondolatolvasás) „Csőd az életem” (negatív szűrés, címkézés) „Csak én tehetek róla, hogy itt tartok” (perszonalizáció) „Soha nem leszek jobban” (jövendőmondás)



rövid távú következmények: szorongás oldódása
hosszú távú következmények: társas helyzetek elkerülése, szorongásszint emelkedése

1. ábra. A keresztmetszeti kép kognitív szempontú elemzése (Padesky és mtsai, 1990)

Az ABC-modell szerinti elemzés összefoglalása a szakember számára gyakran történik táblázatos formában.

Az előbbi táblázat a fenti esetpélda összesítő táblázata.

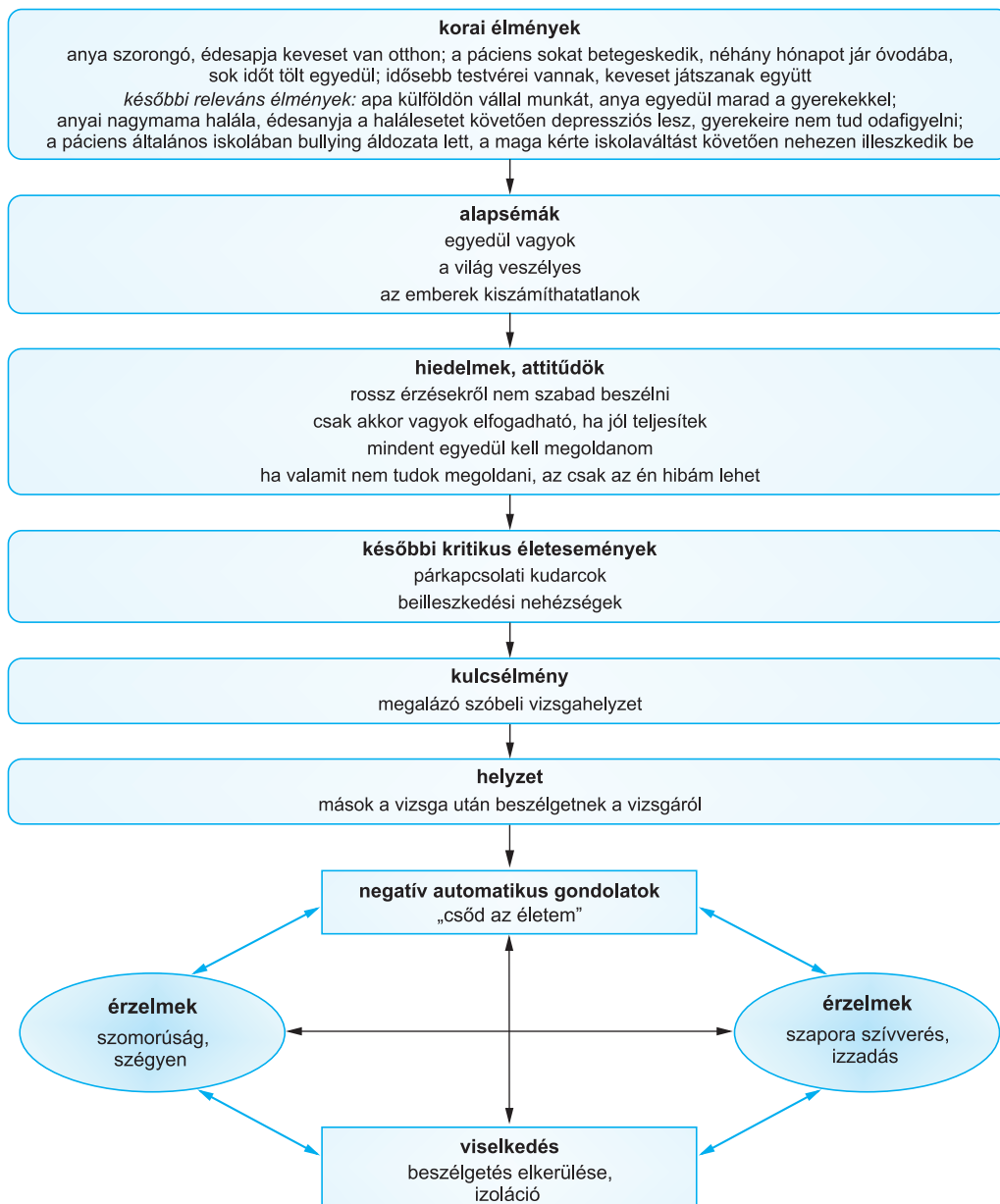
3. táblázat. Az ABC-modell összefoglaló táblázata

A) Előzmények	B) Problémaviselkedés	C) Következmények
<p>Szituációs specifikus előzmény (kiváltó helyzet)</p> <ol style="list-style-type: none"> Mások jó teljesítményét látni Társas helyzetek <p>Élettörténeti előzmény (kulcsélmény, kritikus élet-események)</p> <ol style="list-style-type: none"> Magányos gyermekkor Bullying áldozata az iskolában 	<p>Viselkedés</p> <p>Önvádoló gondolatok ruminálása, elkerülés, izoláció</p> <p>Érzelmek</p> <p>Szégyen, szomorúság, kétségbeesés</p> <p>Szomatikus tünetek</p> <p>Szapora szívverés, izzadás</p> <p>Kogníciók, hiedelmek</p> <p>Önvádlás, megszégyenüléssel kapcsolatos gondolatok, csökkent önértékelés</p>	<p>Rövid távú következmények</p> <p>Az elkerülés hatására a feszültség enyhül, nem jelentkeznek olyan gyakorisággal önvádoló gondolatok</p> <p>Hosszú távú következmények</p> <p>Izoláció Elkerülés generalizálódása</p>

2.4. A hosszmetzeti kép kognitív szempontú felmérése

Noha a kognitív szempontú beavatkozásokat gyakran éri az a vád, hogy csupán tünetredukciós céllal a jelen történéseire fókuszálnak, és nem fordítanak kellő figyelmet a múlt hatásaira a tüneti kép kialakulása szempontjából, valójában a kognitív szempontú állapotfelmérés során már az első interjú fontos feladata a múltbeli meghatározó események feltárása. A jelenkori tünetek, a mögöttes kognitív struktúra (alapsémák, diszfunkcionális attitűdök) és a múltbeli meghatározó élmények egymásra hatásának feltárása, ilyen módon a páciens problémájának kognitív modellben történő értelme-

zése az ún. hosszmetzeti konceptualizálás fő célja. Hosszmetzeti konceptualizálás során a páciens problémája tekintetében létrehozunk egy modellt, egy vázlatot, mely meghatározza a további beavatkozások célját és módjait. A kognitív eszköztár gyakran alkalmaz papír-ceruza eljárásokat, így a kognitív konceptualizálást is lerajzolhatjuk az első interjút követően az alábbi példának megfelelően (ld. 2. ábra). A hosszmetzeti kognitív konceptualizálás eleinte a szakember számára jelent meghatározó hipotézist a páciens nehézségének kialakulása és a probléma természetének megértése tekintetében, de a kognitív szempontú beavatkozások további fontos eleme a páciens problémájának hosszmetzeti áttekintése közösen a terápiás folyamat egy későbbi



2. ábra. A kognitív szempontú állapotfelmérés alapján készült hosszmetzeti konceptualizálás

szakaszában. Mindez a kognitív szempontú beavatkozások egyik alapelve, az ún. empirizmuson (együttműködés, partnerség) nyugszik.

2.5. Az interjú lezárása

Fontos, hogy a kognitív szempontú diagnosztika és állapotfelmérés terápiás hatással bír, hiszen a páciens saját példáján keresztül már az első alkalommal sokat megtudhat panaszainak természetéről, érzelmeiről, viselkedéséről. Az interjú lezárásakor lényeges, hogy a páciens számára röviden foglaljuk össze, hogy mivel érkezett, hogy mi lehet panaszai kialakulásának feltételezhető magyarázata, és hogy ebben mennyiben tud segíteni a kognitív terápia. Az átfogó és transzparens tájékoztatás komoly motiváló erővel bírhat a páciens számára, és segítheti a későbbi terápiás munkát, amennyiben arra kerül sor.

3. A kognitív terápiára való alkalmasság

A kognitív terápiára való alkalmasság felmérése fontos része a kognitív diagnosztikának és az első interjúnak. Alkalmasságon annak megnövekedett valószínűségét értjük, hogy az adott módszertannal végzett terápiás folyamat megfelelő eredményt hozhat a beteg számára. Fontos kiemelni, hogy ezért lényeges a kognitív diagnosztika során a panaszok mellett tisztázni a terápiával kapcsolatos elvárásokat is. Általánosságban elmondható, hogy a magas diszfunkcionalitású, sok eredménytelen kezelésen átesett páciensek prognózisa alacsonyabb. Ezzel szemben azok a páciensek, akiknek a panaszai az első pár ülés alatt sokat javulnak, jobb prognózisúaknak tekinthetők. A kognitív terápiára való alkalmasság tekintetében az alábbi területeket kell érintenünk: intelligenciaszint, kognitív stílus, kognitív terápiás készségek.

Az *intelligenciaszint* a kutatások szerint nem befolyásolja a terápiára való alkalmasságot. A terápiához szükséges alapkészségek a kommunikáció és az absztrakt gondolkodás, ezzel együtt az átlag alatti intellektussal rendelkezők is profitálhatnak a kognitív viselkedésterápiából.

Kognitív stílus: speciális kognitív stílusokkal, mint például a tanult tehetetlenséggel, alacsony találékony-

sággal, perfekcionizmussal, a kétértelmű helyzetek fenyvegetőként való félreértelmezésével jellemezhető személyek kevésbé alkalmasak a kognitív viselkedésterápiára.

Kognitív terápiás készségek (Young és mtsai, 1994): az olyan kognitív készségek, mint a gondolatok és érzések hozzáférhetősége, a problémák és panaszok hozzáférhetősége, a motiváció a házi feladatok elvégzésére, az együttműködő kapcsolatra való készség, az önkontrollstratégiák megtanulására való képesség, valamint a kognitív terápiás magyarázó elv elfogadása mind-mind hozzájárulhatnak a terápiára való alkalmassághoz.

Az intelligencia, a kognitív stílus és a kognitív terápiás készségek mellett fontos tényező a fennálló állapot krónikussága (Safran és mtsai, 1993), személyes felelősség elfogadása a változásban, valamint a terápiás szövetségkötésre való képesség, azaz a compliance.

4. Dióhéjban a kognitív viselkedésterápia hatékonyságáról

A kognitív diagnosztika a kognitív viselkedésterápia része. A kognitív viselkedésterápia az utóbbi évtizedekben hazánkban is egyre elterjedtebbé vált. A módszer a pszichoterápiás rendelők mellett a pszichiátriai ellátásban, valamint a szomatikus ellátásban is egyre nagyobb teret nyer, amiben fontos szerepe van annak, hogy a módszer időhatáros, és hogy hatékonysága bizonyítékokon alapul (Perczel és mtsai, 2011). Az utóbbi évek terápiás sikereiről több közlemény is született, a módszer hatékonyan alkalmazható hangulatzavarok (Perczel és mtsai, 2011), evészavar (Tölgyes és Unoka, 2009), viselkedéses addikciók és szerhasználat (Bodrogi és mtsai, 2011), kényszeres zavar (Miklósi és mtsai, 2011) és sok egyéb mentális betegség esetében is. Szomatikus területen is egyre elfogadottabbá válik a pszichés egészség mint szempont, amelyen szintén sokat segít, hogy a módszer időhatáros, és intenzitása szerint lehet alacsony, valamint magas intenzitású is. Az utóbbi évek tapasztalatai alapján a kognitív terápiás módszernek kiemelt szerepe van az onkológiai ellátásban (Vizin és Farkas, 2020; Szekeres és mtsai, 2022), a szülészet és nőgyógyászat területén (Zinner-Gérecz és mtsai, 2021), valamint a belgyógyászat területén is (Antal-Uram és mtsai, 2018; Perczel-Forintos és mtsai, 2021).

5. Összefoglalás

A kognitív szempontú diagnosztika fő célja a tünetek alapos explorációja, megjelenésük körülményeinek és a panaszok természetének feltárása, különös tekintettel a gondolkodási és érzelmi elemek megértésére. A kognitív szempontú diagnosztika strukturált, a szakember részéről aktív, direktív segítői hozzáállást és kollaboratív empirizmust feltételez. Az állapotfelmérés a panaszok felmérésén, az objektív adatok feltárásán, a keresztmetszeti és hosszmetzeti kép kialakításán nyugszik. A kognitív szempontú állapotfelmérés a kognitív viselkedésterápiás beavatkozás első lépése, mely magában foglalja a terápiára való alkalmasság felmérését és a módszerre való szocializálást is. A kognitív szempontú diagnosztika lényeges elemeit a 4. táblázatban foglaltuk össze. Mindazonáltal a kognitív szempontú állapotfelmérés minden olyan esetben haszonnal alkalmazható, amikor a páciens tüneti képének alaposabb megértésére van szükségünk a pontos diagnózisalkotás és a hatékony terápiás ellátás tervezése szempontjából.

A kognitív szempontú állapotfelmérés fontos előnye, hogy segít tisztázni a maladaptív gondolatok és viselkedés mögött rejlő folyamatokat, az azokat fenntartó tényezőket. Az állapotfelmérés segítségével megtörténhet a maladaptív viselkedések felismerése és megfigyelése. Emellett az állapotfelmérés során az irreálisan negatív, torzító gondolatok is felszínre kerülhetnek,

melelyek tudatosításával az emocionális és viselkedési tünetek is mérséklődhetnek, változhatnak. További előny, hogy az állapotfelmérés félig strukturált, tehát specifikus, jól definiált területek feltárása segítségével, ezzel együtt viszonylag rövid idő alatt történik meg a diagnosztikai folyamat. Emellett a módszer használata bizonyítékokon alapul, tehát biztonságosan alkalmazható több mentális zavar esetében is.

Az indikáció mellett a kognitív szempontú állapotfelmérés kihívásait és hátrányait is fontos megemlíteni. A módszer egyik limitációja, hogy bizonyos típusú mentális zavarok esetében nem, vagy csak bizonyos keretek között alkalmazható. Így például személyiségzavarral küzdő személyek esetén, akik számára gyakran nehéz az érzelmeikhez, gondolataikhoz való hozzáférés. Ezenkívül a páciens számára kihívást jelenthet, hogy a változás nehéz, a kognitív szempontú állapotfelmérés direktiségéből kifolyólag már az állapotfelmérés során is ingadozhat a motiváció. Emellett az érzelmekkel és a szorongással való szembenézés is sokszor nehezített lehet, sőt, a diagnosztikus folyamat során a fájdalmas érzések fokozódhatnak is. Fontos, hogy a kognitív szempontú diagnosztika strukturáltsága miatt bizonyos, nem tudatosult érzések és gondolatok rejtve maradhatnak az állapotfelmérés során. Az állapotfelmérés főként a páciens által megélt jelenségekre fókuszál, a tágabb szociális rendszerben megtalálható nehézségekkel nem feltétlenül foglalkozik mélységében, amelyek szintén hozzájárulhatnak a tünetek alakulásához.

4. táblázat. A kognitív szempontú diagnosztika fő elemei

Kognitív diagnosztika folyamata	1. Panaszok felmérése	jellegetességek, kontextus felmérése, segítő kérdések
	2. Objektív adatok áttekintése	önbeszámoló, önmegfigyelés, kérdőív, hetero-anamnézis, a viselkedés közvetlen megfigyelése, viselkedéses tesztek
	3. Keresztmetszeti kép kognitív szempontú felmérése	gondolatnapló, kognitív torzítások, ABC-modell, keresztmetszeti kép
	4. Hosszmetzeti kép kognitív szempontú felmérése	korai élmények, alapsémák, attitűdök és hiedelmek, későbbi kritikus életesemények, kulcsélmény
	5. Az interjú befejezése	terápiás hatás, tájékoztatás
A kognitív terápiára való alkalmasság	intellektus, kognitív stílus, kognitív terápiás készségek, kronicizálódás, compliance	

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Antal-Uram D., Harsányi L., & Perczel-Forintos D. (2018). Az alacsony intenzitású, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápia Crohn-betegségben. *Orvosi Hetilap*, 159(9): 363–369.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press, New York.
- Bodrogi A. (2011). Az alkoholizmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése = Cognitive behavioural therapy of alcoholism. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 141–156.
- Burns, D. D., & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In *Cognitive behavior therapy*. Springer, Boston, MA, 109–134.
- Burns, A. M., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 65(7): 874–880.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Amsterdam, J. D. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 409–416.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3): 414.
- Dobson, K. S., Beck, J. S., & Beck, A. T. (2005). The academy of cognitive therapy: Purpose, history, and future prospects. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(2): 263–266.
- Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2): 199–212.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 167–181.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., & Mavranouzouli, I. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1: 368–376.
- Miklósi M. (2011). Mr. Kényszer és én: A kényszeres zavar kognitív viselkedésterápiájának sajátosságai gyermek-és serdülőkorban = Mr. OCD and Me: Cognitive behaviour therapy of child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Magyar Pszichológiai Szemle* 66(1): 157–167.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3): 611–627.
- NICE (2011). CG123: Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. Retrieved from: www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (1990). Clinical tip: Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6: 13–14.
- Perczel-Forintos D. (2011a). A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetősége = The availability of evidence based psychotherapies. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 3–10.
- Perczel-Forintos, D. (2011b). The arrested flight: The cognitive model of suicidal behaviour. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 185–201.
- Perczel-Forintos D. (2019). A kognitív terápia diagnosztikus alapelvei. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest.
- Perczel-Forintos D., Kohlné Papp I., Vizin G., & Kiss-Leizer M. (2021). A reális és irreális testsúlycéllok motivációs szerepe a fogyásban. *Orvosi Hetilap*, 162(28): 1119–1128.
- Szekeres T., Perczel-Forintos, D. Dank M., & Vizin G. (2022). A COVID-19-járvány miatt kialakult betegségorongás és depresszió kezelése kognitív viselkedésterápiával egy emlőrákos nő esete kapcsán. *Orvosi Hetilap*, 163(23): 895–901.
- Tölgyes T., & Unoka Zs. (2009). Kognitív viselkedésterápia evészavarokban. *Psychiatria Hungarica*, 24(5): 352–364.
- Vizin G., & Farkas K. (2020). A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban. *Magyar Onkológia*, 64: 62–69.
- Zinner-Gérecz Á., & Perczel-Forintos D. (2021). Pszichoterápia a szülészetben: lehetőségek alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciókra. *Orvosi Hetilap*, 162(44): 1776–1782.



Strukturált diagnosztikai interjú: Strukturált klinikai interjú a DSM zavarok felmérésére (SCID)

Szabó Dominik – Unoka Zsolt

1. Bevezetés

A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve 3. kiadásának (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; DSM-III*) 1980-as megjelenésekor felmerült az igény olyan sztenderd kérdések kidolgozására, amelyekkel átfogóan és megbízhatóan mérhető a diagnosztikus kritériumokban leírt tünetek, érzések, viselkedések megléte vagy hiánya. 1983-ban az amerikai Nemzeti Mentális Egészség Intézet (*National Institute of Mental Health*) is felismerte, hogy szükség lenne egy sztenderdizált klinikai diagnosztikai módszerre, ezért pályázatot hirdetett meg egy, a DSM-III kritériumaihoz illeszkedő mérőeszköz kidolgozására. 1985 áprilisában a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) szerzői kétéves támogatást kaptak a szükséges terepvizsgálatok elvégzésére, hogy klinikai és nemklinikai mintán is megbizonyosodjanak a mérőeszköz reliabilitásáról. A terepvizsgálatokkal egy időben elkezdődött a DSM-III revíziója, így a diagnosztikai kritériumok és a SCID interjúkérdései párhuzamosan alakultak, változtak. A revideált DSM-III-hoz (DSM-III-R) tartozó SCID végül 1990-ben jelent meg, amelyet az újabb DSM-kiadásoknak (DSM-IV, DSM-IV-Text Revision), illetve a kutatási és klinikai tapasztalatoknak köszönhetően további átdolgozott változatok követtek 1996-ban és 2001-ben. A DSM-III és az azt követő kiadások az ún. többtengelyes (multiaxiális) diagnosztikai rendszert alkalmazták, így a SCID két önálló diagnosztikai interjúra lett felosztva: a SCID-I az I. tengely zavarainak (klinikai zavarok), a SCID-II a II. tengely zavarainak (személyiségzavarok) felmérésében segítette a szakembereket (First és Gibbon, 2004).

2013-ban megjelent a DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), amely szakított a diagnózisalkotás multiaxiális megközelítésével, illetve a klasszikus, kategoriális személyiségzavar-modell mellett – a *Fejlesztés alatt álló mérőeszközök és modellek* fejezetében – bevezette a személyiségzavarok alternatív, hibrid (kategoriális és dimenzionális elemeket is tartalmazó) mo-

delljét. A kategoriális személyiségzavar-modell kritériumai nem változtak, ám az ezekhez tartozó interjúkérdéseket alaposan megvizsgálták és átdolgozták, hogy jobban tükrözzék a kritériumokban megfogalmazott tüneteket (Allen és Becker, 2019). Így jött létre a SCID-5-PD (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*; First és mtsai, 2018), amely nevében is utal a korábbi multiaxiális rendszer elhagyására, míg az alternatív személyiségzavar-modell kritériumainak mérésére, illetve hat, a modellben megőrzött specifikus személyiségzavar és az ún. vonás alapján meghatározott személyiségzavar diagnosztizálására egy teljesen új, három nagyobb modulból álló interjút dolgoztak ki, a SCID-5-AMPD-t (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders*; First és mtsai, 2021). A SCID-I-et a SCID-5-CV váltotta fel (*Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version*; First és mtsai, 2016), amely szintén jelentős átdolgozáson ment keresztül.

2. A kategoriális és a dimenzionális klasszifikációs megközelítések előnyei és hátrányai

A betegségek kategoriális megközelítésében a páciensnek egy előre meghatározott tünetlista adott számú tünetével kell rendelkeznie ahhoz, hogy egy bizonyos diagnózis teljesüljön nála. A dimenzionális megközelítésben az egyéneket egy vagy több tüneti vagy pszichológiai dimenzió (pl. depresszió mértéke, érzéketlenség mértéke) mentén helyezzzük el (Simonsen, 2010). Ebben az alfejezetben Erik Simonsen munkája alapján röviden áttekintjük a két megközelítés előnyeit és hátrányait.

A kategoriális megközelítés egyszerűen használható és kommunikálható, a klinikusi döntéshozatalt jelentősen megkönnyítő, leegyszerűsítő diagnózisokat kínál, amelyek általában véve magas szintű megbízhatósággal rendelkeznek. Ez a megközelítés jól illeszkedik az emberi gondolkodásra általában jellemző kategoriális törekvéshez, ugyanakkor egyik legjelentősebb hátránya, hogy az emberek (és sokszor a szakemberek is)

hajlamosak úgy tekinteni a betegségkategóriákra, mint amelyek „tényleges, valódi létezők”, nem pedig pusztán (szakmai) gondolkodásunkat, ítéletalkotásunkat segítő-irányító koncepciók, konstruktumok. További hátrányként említhető, hogy az egymástól elkülönülőnek tekintett kategóriák határai a gyakorlatban összemosódnak, így nem ritka, hogy egy páciensnél több betegség diagnosztikus kritériumai is teljesülnek (komorbiditás). A kritériumok sokszor nem fedik le kellő mértékben az adott betegség tüneti jellegzetességeit – erre megoldás lehetne további tünetek hozzáadása, azonban ez a komorbiditási és differenciáldiagnosztikai problémák további gyarapodásához vezetne. Komoly nehézséget okoz az is, hogy az azonos diagnózist kapó személyek óriási heterogenitást mutatnak a tüneteikben. (Például a DSM–5 kategoriális borderline személyiségzavar diagnózisánál 256 lehetséges tünetkombináció vezethet ugyanahhoz a diagnózishoz.) Megemlítendő még, hogy a kategoriális megközelítésben a normalitás és az abnormalitás, a normális funkció és a diszfunkció közötti határvonal önkényes és mesterséges, illetve hogy sok eset marad végül diagnosztizálatlanul. (Például a DSM–5 kategoriális borderline személyiségzavar diagnózisához a felsorolt kilenc kritériumból legalább ötnek kell teljesülnie. Ha csak négy kritérium teljesül, a páciens nem kapja meg a diagnózist, pedig könnyen lehet, hogy a tünetek [pl. önsértés / szuicid magatartás, impulzivitás, inadekvát dührohamok, súlyos identitászavar] klinikailag jelentős szenvedéssel járnak. Mindezekből látható, hogy a DSM–5 kategoriális kritériumrendszere nem veszi figyelembe, hogy maguk a tünetek is különböző súlyal bírnak, nem csupán a kifejeződésük mértéke számít. Az említett kritériumrendszer a funkcionálás mértékét sem veszi figyelembe, holott ismeretes, hogy egyes borderline személyiségzavarral diagnosztizált személyek rendkívül magas szinten funkcionálnak.)

A dimenzionális megközelítés átfogóbb, részletesebb klinikai leírást tesz lehetővé, amelyben az egyéni, egyedi jellegzetességek világosan meg tudnak jelenni. A normalitás és abnormalitás közötti különbség már nem egy mesterséges vágóponthoz van kötve, hanem a két jelenség fokozatosan megy át egymásba. Ezzel összefüggésben a dimenzionális megközelítés segíti a „küszöb alatti” és „küszöb körüli” állapotok pontosabb leírását. A dimenzionális pontszámok ellenállóbbnak mutatkoznak a pszichopatológia szintjének kisebb ingadozásaival szemben, valamint nagyobb időbeli stabilitást mutatnak a dichotóm diagnózisokkal szemben. A dimenzionális megközelítés elterjedésének és széles

körű alkalmazásának egyik komoly akadálya, hogy az elméletalkotók és kutatók között nincs teljes véleményegyezés azt illetően, hogy hány dimenzió szükséges és elégséges ahhoz, hogy a pszichopatológiai jelenségeket leírjuk. A dimenzionális megközelítéssel nyert információk értelmezése és megvitatása nehézségekbe ütközhet, ezért szükség lehet arra, hogy az információkat rendezzük, csoportosítsuk, mielőtt közlésre vagy megvitatásra kerülnének. A hasonló tünetprofilal rendelkező esetek felismerésekor hamar megjelenhet az igény egy magasabb rendű kategória kialakítására, amellyel könnyebben és egyszerűbben megfogalmazhatóvá, leírhatóvá válik a klinikai állapot, így pedig lényegében visszatérnénk a kategoriális megközelítéshez.

3. A mérőeszközök bemutatása

A SCID-interjúk közül csak a magyar nyelven is elérhető mérőeszközöket ismertetjük részletesebben, az angol nyelven elérhető SCID-változatokat az alfejezet végén külön blokkban, néhány mondatban mutatjuk be.

3.1. Strukturált Klinikai Interjú a DSM–5 Zavarok Felmérésére–Klinikai Változat (SCID–5–CV)

A SCID–5–CV a leggyakrabban előforduló pszichiátriai diagnózisokat lefedő félig strukturált interjú. Felvétele általában 45–90 percet vesz igénybe, ám a konkrét időtartam jelentősen függ az eset komplexitásától, illetve attól, hogy a válaszadó mennyire vonható be az interjú folyamatába, mennyire jól tudja verbalizálni a tapasztalt tüneteket, problémákat (First és mtsai, 2017).

Az interjú egy általános áttekintéssel kezdődik, amelyet tíz, betűkkel jelölt diagnosztikus modul követ (1. táblázat). Az áttekintés zárt és nyílt végű kérdéseinek feltevésével nem csupán a válaszadó személyes adataira, munkavállalási és kezeléstörténetére, szerhasználatára, korábbi öngyilkossági kísérleteire, illetve az őt aktuálisan érő stresszorokra vonatkozó lényeges információkhoz lehet jutni, hanem segítségükkel növelhető a vizsgáló és a válaszadó közötti rapport is. A tíz diagnosztikus modul a pszichiátriai zavarok aktuális fennállását és/vagy egész élettartamra vonatkozó előfordulását vizsgálja. A „csak jelenleg fennálló” zavarok közé tartozik például a tartósan fennálló depressziós zavar (korábban disztímiás zavar), az agorafóbia, a generalizált szorongás zavar vagy az ADHD. Egyes zavarok esetében

(pl. bipoláris I és II zavar, PTSD) a beteg egész életében való előfordulást vizsgáljuk, majd további kérdések se-

gítségével döntjük el, hogy a kritériumok az előző hónapban is fennálltak-e.

1. táblázat. A SCID–5–CV moduljainak áttekintése (First és mtsai, 2017: 18–19. alapján)

A modul: Hangulati epizódok	Major depressziós epizód (jelenleg fennálló / korábbi)
	Mániás epizód (jelenleg fennálló / korábbi)
	Hipomániás epizód (jelenleg fennálló / korábbi)
	Tartósan fennálló depressziós zavar (jelenleg fennálló)
B modul: Pszichotikus (jellegű) tünetek	Téveszmék (élettartam)
	Hallucinációk (élettartam)
	Inkoherens beszéd (élettartam)
	Szétesett viselkedés (élettartam)
	Kataton viselkedés (élettartam)
	Negatív tünetek (élettartam)
C modul: Pszichotikus zavarok differenciáldiagnózisa	Szkizofrénia (jelenleg fennálló / korábbi)
	Szkizofreniform zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Szkizoaffektív zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Paranoid pszichotikus zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Rövid pszichotikus zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Egyéb meghatározott / nem meghatározott pszichotikus zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Pszichotikus zavar MEÁ* következtében (élettartam)
	Szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavar (élettartam)
D modul: Hangulatzavarok differenciáldiagnózisa	Bipoláris I zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Bipoláris II zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Egyéb meghatározott / nem meghatározott bipoláris zavar (ciklotímiás zavar) (jelenleg fennálló / korábbi)
	Bipoláris zavar MEÁ következtében (élettartam)
	Szer/gyógyszer kiváltotta bipoláris zavar (élettartam)
	Major depressziós zavar (jelenleg fennálló / korábbi)

1. táblázat folytatása

	Egyéb meghatározott / nem meghatározott depressziós zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
	Depressziós zavar MEÁ következtében (élettartam)
	Szer/gyógyszer kiváltotta depressziós zavar (élettartam)
E modul: Szerhasználat zavarok	Alkoholhasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Szedatívum, hipnotikum vagy anxiolitikum használat zavar (jelenleg fennálló)
	Kannabiszhasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Stimulánshasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Opioidhasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Fenciklidin és hasonló szerhasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Egyéb hallucinogénhasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Inhalánshasználat zavar (jelenleg fennálló)
	Egyéb (vagy ismeretlen) szerhasználat zavar (jelenleg fennálló)
F modul: Szorongásos zavarok	Pánik zavar (jelenleg fennálló)
	Agorafóbia (jelenleg fennálló)
	Szociális szorongás zavar (jelenleg fennálló)
	Generalizált szorongás zavar (jelenleg fennálló)
	Szorongásos zavar MEÁ következtében (élettartam)
	Szer/gyógyszer kiváltotta szorongásos zavar (élettartam)
G modul: Kényszeres zavar és poszttraumás stressz zavar	Kényszeres zavar (jelenleg fennálló)
	Kényszeres és kapcsolódó zavar MEÁ következtében (élettartam)
	Szer/gyógyszer kiváltotta kényszeres és kapcsolódó zavar (élettartam)
	Poszttraumás stressz zavar (jelenleg fennálló / korábbi)
H modul: Felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar	Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (jelenleg fennálló)
I modul: Egyéb, jelenleg fennálló zavarok szűrővizsgálata	Lehetséges premenstruális diszfóriás zavar
	Lehetséges specifikus fóbia

	Lehetséges szeparációs szorongás zavar
	Lehetséges felhalmozási/gyűjtögetési zavar
	Lehetséges testdiszmorfiás zavar
	Lehetséges trichotillómia (hajtépkedési zavar)
	Lehetséges bőrcapirgálási/bőrtépkedés zavar
	Lehetséges inszomnia zavar
	Lehetséges hiperszomnolencia zavar
	Lehetséges anorexia nervosa
	Lehetséges bulimia nervosa
	Lehetséges falásroham zavar
	Lehetséges elkerülő/restriktív táplálékbevitel zavar
	Lehetséges szomatikus tünet zavar
	Lehetséges betegségsszorongás zavar
	Lehetséges intermittens expozív zavar
	Lehetséges szerencsejáték zavar
J modul: Alkalmazkodási zavar	Alkalmazkodási zavar (jelenleg fennálló)

* MEÁ = más egészségügyi állapot

A tíz diagnosztikus modul közül hétben (*A, B, E, F, G, H, J*) háromszlopos elrendezés figyelhető meg. A bal oldali oszlopban a felteendő kérdések és a szakembernek szóló utasítások találhatóak. A középső oszlopban a DSM-5 diagnosztikus kritériumai kaptak helyet, amelyekre az interjúkérdések utalnak. A jobb oldalon lévő oszlop a kritériumok értékelésének kódjait tartalmazza: ha egy kontinuum jellegű tüneti kritérium hiányzik vagy a klinikai küszöb alatt van, akkor „-” jelölést kap, míg ha eléri a küszöbértéket, „+” jelölést. Ha egy dichotóm (kétértékű) kritériummal kapcsolatos állítást a klinikus egyértelműen igaznak tart, IGEN értékelést ad, ellenkező esetben pedig NEM jelölést alkalmaz. A *C* és *D* modul – a korábban említett moduloktól eltérően – ún. „döntési fa” formátumot alkalmaz. Ezekben a modulokban a szakember az *A* és *B*

modulok felvétele során megszerzett, különféle tünetekre vonatkozó információk alapján értékeli az egyes kritériumokat. Ha egy kritérium fennáll, a tételt IGEN-nek kell értékelni, és az IGEN felirattal ellátott nyilatkozat követve kell továbbhaladni a következő kritériumra; ha egy kritérium nem áll fenn, a tételt NEM-nek kell értékelni, és a NEM felirattal ellátott nyilatkozat kell követni. Az *I* modul egyéb jelenleg fennálló zavarok (pl. testdiszmorfiás zavar, anorexia nervosa, betegségsszorongás zavar) gyors szűrését teszi lehetővé.

Az interjú befejezését követően a szakember a diagnosztikus összszólamon megjelöli a páciensre illő diagnózisokat, altípusokat/jelölőket, valamint azt, hogy a kritériumok jelenleg is fennállnak-e, vagy csak a múltban teljesültek.

3.2. Strukturált Klinikai Interjú a DSM–5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID–5–PD)

A SCID–5–PD a DSM–5-ben szereplő tíz, A, B és C klaszterbe sorolható személyiségzavar (elkerülő, dependens, kényszeres, paranoid, szkizotíp, szkizoid, hisztrionikus, narcisztikus, borderline, antiszociális), valamint az egyéb meghatározott személyiségzavar felmérésére alkalmazható félig strukturált interjú (First és mtsai, 2018). Felépítése nagyban hasonlít a SCID–5–CV struktúrájához. Az interjú itt is egy általános áttekintéssel kezdődik (ha előzőleg felvettük a SCID–5–CV-t, ez elhagyható), amelyet egy, a személyiségre és az interperszonális kapcsolatokra vonatkozó kérdéseket tartalmazó rövid áttekintés követ.

A személyiségzavarok fennállásának vizsgálata a SCID–5–CV legtöbb moduljánál megfigyelhető háromoszlopos elrendezést követi. A bal oldali oszlopban található a felteendő interjúkérdések, illetve a vizsgálat számára szóló instrukciók. Középen helyezkednek el a DSM–5 diagnosztikus kritériumai, amelyeket egyes kritériumoknál további megjegyzések egészítenek ki a fals-pozitív értékelések csökkentésének érdekében. A jobb oldali oszlopban a lehetséges értékelések kapnak helyet: „?” = Nincs elégséges információ, „0” = Nem áll fenn, „1” = Küszöb alatti, „2” = Küszöb feletti. Az értékelés során minden rendelkezésre álló információt fel kell használni: jelenlegi vagy korábbi terapeutától származó információkat, családtagok beszámolóit, korábbi kórrajzokat stb. „2” értékelés kizárólag abban az eset-

ben adható, ha a kogníció, affektus vagy viselkedés *patológiás* (kívül esik a normális tartományon), *perzisztens* (tartósan fennáll) és *pervazív* (az élet számos területét áthatja). Példaképpen a 2. táblázatban feltüntettük a borderline személyiségzavar SCID–5–PD kritériumait.

A gyorsaság és a hatékonyság növelése érdekében az interjú elvégzése előtt a vizsgálati személlyel felvehető az önkitöltős SCID–5–PD Szűrő Személyiség-kérdőív (SCID–5–SPQ) is. A 106 tételes kérdőív mindegyik – igennel vagy nemmel megválaszolható – kérdése az interjú egyik alapkérdéséhez tartozik, kitöltéséhez általában 20 percre van szükség. A kérdések szándékosan tágra vannak megfogalmazva a fals-pozitív válaszok növelése, illetve a fals-negatív válaszok kizárása érdekében, tehát a SCID–5–SPQ alacsony küszöbű szűrőeszközként működik. Amennyiben a vizsgálati személy korábban kitöltötte a szűrőkérdőívet, úgy az interjúvezető az interjú során csak azokat a kérdéseket teszi fel, amelyekre a válaszadó igennel felelt. (Fontos azonban, hogy a negatívan megválaszolt kérdéseket is fel kell tenni abban az esetben, ha az interjúvezető úgy véli, hogy valamelyik kritérium teljesül a vizsgálati személynél, illetve ha csupán egyetlen kritérium teljesülésére van szükség a diagnózis megadásához.)

Az interjú befejezését követően az értékelések összesítése következik, amelynek során lehetőség van kategorikus és dimenzionális klasszifikációra is. Előbbi során azt kell megjelölni, teljesül-e egy vagy több személyiségzavar esetén a kategorikus küszöb (pl. a borderline személyiségzavar diagnózisához a 9 kritériumból

2. táblázat. A borderline személyiségzavar kritériumai a SCID–5–PD-ben (First és mtsai, 2018: 30–33. alapján)

Fiatal felnőttkortól kezdve számos különféle helyzetben megnyilvánuló instabil interperszonális kapcsolatok, önkép és affektusok, valamint kifejezett impulzivitás mindent átható mintázata, amit az alábbiak közül öt (vagy több) jelez:

1. Kétségbeesett és dühödt erőfeszítés a valós vagy képzelt elhagyatás elkerülésére.
2. Instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok mintázata, melyekre az idealizálás és lebecsülés szélsőséges váltakozása jellemző.
3. Identitászavar: kifejezetten és tartósan instabil önkép vagy önérték.
4. Impulzivitás legalább két, potenciálisan önkárosító vagy önvészélyeztető területen (pl. költekezés, szex, szerabúzus, gondatlan autóvezetés, falás).
5. Ismétlődő szuicid viselkedés, gesztusok, fenyegetések vagy önsértő viselkedés.
6. Affektív instabilitás a jelentős hangulati reaktivitás következtében (pl. intenzív epizodikus diszfória, irritabilitás vagy szorongás, mely rendszerint néhány órán át tart, és csak ritkán áll fenn néhány napnál tovább).
7. Krónikus ürességérzés.
8. Inadekvát, intenzív harag vagy a harag kontrollálásának nehézsége (pl. gyakori dühkitörések, állandó harag, ismétlődő verekedések).
9. Átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok vagy súlyos disszociatív tünetek.

5-nek kell teljesülnie, vagyis legalább 5 kritériumnál „2” értékelésnek kell szerepelnie), utóbbi esetén a „0”, „1” és „2” pontszámok összeadásával állítjuk elő a dimenzionális értékelést. Az egyéb meghatározott személyiségzavar diagnózis a következő esetekben használható: egy konkrét személyiségzavar szubklinikus jelenléte; több különböző személyiségzavar együttes, szubklinikai szintű jelenléte; a DSM-5-ben nem szereplő személyiségzavar (pl. passzív-agresszív) fennállása.

3.3. Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségzavar-modelljéhez (SCID-5-AMPD)

A SCID-5-AMPD három modulja a személyiségpatológia becslését a DSM-5 alternatív személyiségzavar-modelljének megfelelően teszi lehetővé (First és mtsai, 2021). Az I. modul segítségével a Személyiségfunkció Szintje Skála (*Level of Personality Functioning Scale*, LPFS) 4 doménjét és 12 aldoménjét vizsgálhatjuk meg (3. táblázat). Az általános áttekintést követően nyolc előzetes kérdést kell feltenni a személy önképét és interperszonális kapcsolatait illetően, majd a kapott válaszok alapján kell a klinikusnak egy globális LPFS-pontszámot meghatá-

roznia. A 0. szint hiányzó vagy csekély károsodásra, az 1. szint enyhe károsodásra, a 2. szint mérsékelt károsodásra, a 3. szint súlyos károsodásra, a 4. szint nagyon súlyos károsodásra utal. A szakembernek azt a szintet kell kiválasztania, amelyik a legpontosabban írja le a vizsgált személynél tapasztalható személyiségfunkció-károsodás *jelenlegi általános szintjét*, tehát az „A” kritérium esetében nem vonásszintű, hanem állapotszintű felmérésről beszélhetünk. Ezután a személyiségfunkció átfogó értékelése következik a 4 domén és 12 aldomén felmérésével. Minden aldomén vizsgálata legfeljebb öt szűrőkérdéssel kezdődik. A kezdeti nyolc szűrőkérdésre adott válaszok, az ezek alapján felírt globális LPFS-pontszám, illetve az aldomén szűrőkérdéseire adott válaszok alapján a szakembernek azzal a szinttel kell kezdenie a felmérést, amely a meglátása szerint a legközelebb áll a vizsgált személy jelenlegi funkciószintjéhez. Ha ez a szint nem írja le jól a funkciókárosodást, fokozatosan kell az egyre súlyosabb károsodási szintek felmérésével foglalkozni, amíg meg nem találja a megfelelőt. Az egyes aldomének felmérésénél háromszlopos elrendezés figyelhető meg: jobboldalt a funkciószintek értékelései helyezkednek el, középen a funkciószintek definíciói olvashatók, míg baloldalt az interjúkérdések találhatóak.

3. táblázat. A SCID-5-AMPD I. moduljának áttekintése (First és mtsai, 2021: 258. alapján)

Szelf-funkció	Identitás	Szelférzet Önértékelés Érzelemtartomány és érzelmszabályozás
	Önirányítottság	Képesség az értelmes célok követésére A viselkedés konstruktív, proszociális belső normái Önreflektív funkció
	Interperszonális funkció	Empátia
Intimitás		Kapcsolatok mélysége és tartóssága Vágy és képesség a közelségre Egymás kölcsönös tekintetbevételének tükröződése az interperszonális viselkedésben

A II. modullal 25 maladaptív személyiségvonás (pl. érzelmi labilitás, manipulativitás, excentrikusság), illetve 5 magasabb rendű vonásdomén (negatív affektivitás, elidegenedettség, antagonizmus, gátolatlanság, pszichoticizmus) mérhető fel (4. táblázat). A II. modul az I. modulnál is szereplő nyolc szűrőkérdéssel indul, amelyeket kihagyhatunk, ha korábban már feltettük őket. Az interjú további részeinek elrendezése ebben a modulban négyoszlopos: az interjúkérdések a bal oldali oszlopban vannak felsorolva, a második oszlopban szerepel a felmért vonás, illetve a releváns domén(ek) neve(i), a harmadik oszlopban a vonás definíciója olvasható, végül az értékeléshez szükséges négyfokú skála („0” = Egyáltalán nem vagy nagyon kevésbé jellemző, „1” = Kissé jellemző, „2” = Közepesen jellemző, „3” = Nagyon jellemző) a jobb oldali oszlopban található. Néhány személyiségvonás (pl. gyanakvásosság) több doménben is helyet kap, és beszámítandó a doménpontszámába. Ugyanakkor a DSM–5 alternatív modellje (APA, 2013) szerint a beszűkült affektivitás az elidegenedettség vonásdomén mellett a negatív affektivitás vonásdoménnek is része, értékelése azonban nem számít bele a negatív affektivitás doménpontszámába. A merev per-

fekcionizmus vonás értékelése ugyanígy nem számít bele a gátolatlanság vonásdoménbe. Az elgondolás a kihagyások mögött az, hogy éppen e vonások *hiánya* teszi őket a megfelelő domén részévé, tehát értelmetlen lenne ezeket felhasználni a doménpontszámok kiszámításakor.

Az I. és II. modul végén az aldoménekre/vonásokra adott pontszámok átlagolásával előállíthatók a doménpontszámok.

A III. modul révén lehetőség van az alternatív személyiségzavar-modellben szereplő hat személyiségzavar (szkizotíp, narcisztikus, borderline, antiszociális, elkerülő, kényszeres), valamint a vonás alapján meghatározott személyiségzavar (SZZ–VAM) átfogó felmérésére. Az interjú ezúttal is a nyolc előzetes kérdéssel kezdődik (átugorhatók, ha korábban már feltettük őket), majd a hat személyiségzavar „A” és „B” kritériumainak vizsgálata következik, végül pedig a két kimaradó vonást (elterelhetőség, önálávetés) mérhetjük fel. Az „A” kritérium abban az esetben áll fenn, ha legalább két doménnél van legalább „2” értékelés. A „B” kritérium minden személyiségzavarnál meghatározza a diagnózishoz szükséges vonások számát, illetve – egyes esetekben – ezek mintázatát is. A SZZ–VAM diagnózis akkor teljesül,

4. táblázat. A SCID–5–AMPD II. moduljának áttekintése (First és mtsai, 2021 alapján)

Negatív affektivitás	Elidegenedettség	Antagonizmus	Gátolatlanság	Pszichoticizmus
Érzelmi labilitás	Visszahúzódás	Manipulativitás	Felelőtlenység	Szokatlan hiedelmek és élmények
Szorongásosság	Intimitáskerülés	Álnokság és csalárdság	Impulzivitás	Excentrikusság
Szeparációs bizonytalanság	Anhedónia	Grandiozítás	Elterelhetőség	Kognitív és perceptuális diszreguláció
Önálávetés	Depresszivitás	Figyelemkeresés	Kockázatvállalás	
Ellenségesség	Beszűkült affektivitás ²	Érzéketlenség	Merev perfekcionizmus ⁴	
Perszeveráció	Gyanakvásosság	Ellenségesség ³		
Depresszivitás ¹				
Gyanakvásosság ¹				

¹ Értékelés az elidegenedettség domén alatt, de a pontszám a negatív affektivitás összpontszámába is beleszámít.

² Bár a DSM–5 alternatív személyiségzavar-modell szerint része a negatív affektivitás doménnek is, a pontszám nem számít bele a negatív affektivitás összpontszámába (az indoklást ld. a szövegben).

³ Értékelés a negatív affektivitás domén alatt, de a pontszám az antagonizmus domén összpontszámába is beleszámít.

⁴ Értékelés a gátolatlanság domén alatt, de a pontszám nem számít bele a gátolatlanság domén összpontszámába (az indoklást ld. a szövegben).

ha az „A” kritérium két doménjénél legalább egy aldomén értékelése „2” vagy magasabb, illetve van legalább egy klinikailag releváns (vagyis legalább „2” érté-

lésű) patológikus vonás. Példaképpen a 5. táblázatban feltüntetjük a borderline személyiségzavar SCID-5-AMPD kritériumait.

5. táblázat. A borderline személyiségzavar kritériumai a SCID-5-AMPD III. moduljában (First és mtsai, 2021: 341–346. alapján)

„A” kritérium

A személyiségfunkció *közepes* vagy *súlyosabb* károsodása, mely az alábbi négy terület közül *legalább kettő* esetében jelentkező jellegzetes nehézségekben nyilvánul meg:

Identitás	Kifejezetten szegényes, fejletlen vagy instabil énkép, gyakran fokozott önkritikussággal; krónikus ürességérzés; stressz alatt disszociatív élmények.
Önirányítottság	A célok, törekvések, értékek vagy karriertervek instabilitása.
Empátia	Sérült képesség mások érzéseinek és szükségleteinek felismerésére, mely interperszonális hiperszenzitivitással jár (pl. hajlamos megbántódni vagy megsértődni); mások észlelésének szelektív torzítása a negatív tulajdonságok és gyengeségek irányában.
Intimitás	Heves, intenzív, instabil és konfliktusos közeli kapcsolatok, melyekre bizalmatlanság, a figyelem és törődés iránti szükséglet, valamint a valós vagy vélt elhagyatással való túlzott foglalkozás jellemző; a közeli kapcsolatokra gyakran az idealizálás és devalválás szélsőségeivel tekint, és a túlzott bevonódás és a visszavonulás között ingadozik.

„B” kritérium

Az alábbi hét patológiás személyiségvonás közül *legalább négy*, melyek közül legalább egyik az *impulzivitás*, a *kockázatvállalás* vagy az *ellenségesség*:

Érzelmi labilitás	Instabil érzelmi élmények és gyakori hangulatingadozás; könnyen felkelthető, intenzív és/vagy az eseményekhez és körülményekhez képest aránytalan érzelmek.
Szorongásosság	Nagyfokú idegesség, feszültség vagy pánik érzése, melyet gyakran interperszonális stressz vált ki; gyakori aggodalom a múltbeli kellemetlen események negatív hatásaival, a jövőbeni negatív lehetőségekkel kapcsolatban; félelem és félelemmel teli várakozás vagy fenyegettség érzése bizonytalan helyzetekkel kapcsolatban; félelem a széteséstől vagy a kontroll elvesztésétől.
Szeperációs bizonytalanság	Félelem a fontos mások általi elutasítástól – vagy a másoktól való szeperációtól –, egyidejűleg félelem a túlzott dependenciától és az autonómia teljes elvesztésétől.
Depresszivitás	Levertség, lehangoltság, szerencsétlenség és/vagy reménytelenség gyakori érzése; az ilyen hangulatokból való kitörés nehézsége; pesszimizmus a jövővel kapcsolatban; mindent átható szegény érzése; alacsonyabbrendűség és csökkent önérték érzése; öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok vagy öngyilkos viselkedés.
Impulzivitás	Cselekvés a pillanat hevében, közvetlen ingerekre válaszul; cselekvés pillanatnyi alapon, terv vagy a lehetséges kimenetek megfontolása nélkül; a tervezés és a tervek kivitelezésének nehézsége; sürgetettség érzése és önsértő viselkedés emocionális megterhelés alatt.
Kockázatvállalás	Veszélyes, kockázatos és potenciálisan önkárosító tevékenységek végzése szükségtelenül és a következmények figyelmen kívül hagyásával; nem törődik saját korlátaival és határaival, tagadja a személyes veszély valóságát.
Ellenségesség	Tartós vagy gyakori harag érzése; düh vagy ingerültség apróbb sértések és megbántások esetén.

3.4. Egyéb SCID-mérőeszközök: SCID-5-RV, SCID-5-CT, QuickSCID-5, Kid-SCID, SCID-D-R

A SCID-5-RV-vel (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Research Version*; First és mtsai, 2015b) a SCID-5-CV A-H és J moduljaiban szereplő zavarok felmérése mellett a SCID-5-CV I moduljában szereplő valamennyi zavar teljes körű diagnosztizálása elvégezhető, emellett olyan további pszichiátriai zavarok felmérésére is használható, mint például a ciklotímiás zavar, a premenstruális diszfóriás zavar vagy az akut stressz zavar.

A SCID-5-CT (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinical Trials Version*; First és mtsai, 2015a) a kutatásba való bevonásra / kutatásból való kizárásra alkalmazható változat, amelynek legfőbb előnye, hogy tetszőlegesen, a kutatási protokollhoz illeszkedően alakítható. Leggyakrabban gyógyszercegek alkalmazzák a klinikai vizsgálataik során.

A QuickSCID-5 (*Quick Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*; First és Williams, 2021) a SCID-5-RV jelentősen lerövidített változata, amely általában 30 perc vagy annál rövidebb idő alatt felvehető. Ez a változat szinte kizárólag csak zárt végű, igennel vagy nemmel megválaszolható kérdésekből áll, ami lehetővé teszi, hogy kevésbé képzett interjúvezetők is alkalmazzák munkájuk során. A QuickSCID-5 nem alkalmas a pszichotikus zavarok diagnosztizálására, csupán szűrőkérdéseket tartalmaz a pszichotikus tünetekre vonatkozóan.

A Kid-SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses*; Hien és mtsai, 1994) a DSM-IV-beli gyermekkori zavarok diagnosztizálását teszi lehetővé, és az alábbi modulokat tartalmazza: ADHD, oppozíciós zavar, viselkedési zavar, depressziós zavar, disztímiás zavar, bipoláris zavar, szeparációs szorongás, szociális fóbia, specifikus fóbia, kényszeres zavar, PTSD, generalizált szorongásos zavar, pánik zavar, agorafóbia, alkalmazkodási zavar (Roelofs és mtsai, 2015).

A SCID-D-R (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised*; Steinberg, 1993) öt poszttraumatikus disszociatív magtünet (amnézia, derealizáció, deperszonalizáció, identitásváltozás, identitáskonfúzió) súlyosságának és a DSM-IV-ben meghatározott öt disszociatív zavar (disszociatív identitás zavar, disszociatív amnézia, disszociatív fúga, deperszonalizációs zavar, máshová nem osztályozott disszociatív zavar), valamint az akut stressz zavar felmérésében segít (Steinberg, 2000).

4. A mérőeszközökkel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

Ebben a részben bemutatjuk a DSM-5-höz kapcsolódó SCID-interjúk pszichometriai jellemzőit vizsgáló kutatásokat, előtte azonban röviden áttekintjük a fontosabb fogalmakat, illetve a kutatásokban használt mutatókat és ezek értelmezését. Az alábbiakban felsorolt kutatásokban az interjúk értékelők közötti – más néven *inter-rater* – reliabilitását, teszt-reteszt reliabilitását, illetve konvergens validitását mérték fel. A kategorikus konstruktumok (pl. diagnózis fennállása vagy hiánya) vizsgálatokor az inter-rater reliabilitást a véletlenszerű egyezéseket kiküszöbölő Cohen-féle (két értékelőnél) vagy Fleiss-féle (több értékelőnél) kappa (κ) mutató, illetve a ϕ mutató segítségével tudjuk jellemezni. A dimenzionális konstruktumok (pl. személyiségzavar-pontszámok vagy vonáspontszámok) vizsgálata esetén az osztályon belüli (*intra-class*) korrelációs együttható (*ICC*) segítségével állapíthatjuk meg az értékelők közötti egyezés mértékét. A κ és *ICC* mutatók 0,40 alatti értékei alacsony, 0,40 és 0,59 közötti értékei elfogadható mértékű, 0,60 és 0,74 közötti értékei jó, 0,75 feletti értékei kiváló értékelők közötti megbízhatóságra utalnak (Cicchetti, 1994). A ϕ értékek értelmezésekor a korrelációs mutatóknál általánosságban használt vágópontokra támaszkodhatunk: a 0,30 alatti értékek gyenge kapcsolatra, a 0,30 és 0,50 közötti értékek mérsékelt erősségű kapcsolatra, a 0,50 és 0,80 közötti értékek erős kapcsolatra, míg a 0,80 feletti értékek igen erős kapcsolatra utalnak. A teszt-reteszt reliabilitás kiszámításával megállapítható, hogy a mért konstruktum mennyire stabil, milyen mértékben ellenálló az idő múlásával szemben. A konvergens validitás vizsgálatokor arra vagyunk kíváncsiak, hogy a validálni kívánt mérőeszközünk megfelelő együttjárást mutat-e egy másik, hasonló dolgot mérő eszközzel vagy valamilyen szakértői ítélettel. Mind a teszt-reteszt reliabilitást, mind a konvergens validitást jellemzően korrelációs együtthatókkal szokás vizsgálni.

Osório és munkatársai (2019) egy 180 fős vegyes klinikai mintán (kórházban kezelt betegek, ambulánsan kezelt betegek, pszichiátriai előtörténettel nem rendelkező betegek) vizsgálták a SCID-5-CV brazil változatának értékelők közötti reliabilitását, valamint a mérőeszköz konvergens validitását. Egy véletlenszerűen kiválasztott 139 fős almintán a rövid időközű (10–30 nappal az első felmérés után) teszt-reteszt reliabilitást is felmérték. Az inter-rater reliabilitást a közös

interjú módszerrel vizsgálták, azaz az interjúvezető mellett egy megfigyelő is értékelte a vizsgálati személy válaszait. Az eredmények alapján minden vizsgált diagnosztikus kategória esetén kiváló ($0,79 < \kappa$) volt az értékelők közötti megbízhatóság, kivéve a tartósan fennálló depressziós zavart ($\kappa = 0,70$). A teszt-reteszt vizsgálat során a vizsgálati személyeket egy második értékelő is értékelte az első értékelőtől függetlenül, személyes vagy telefonos interjú keretében. A teszt-reteszt reliabilitás egyedül az agorafóbia esetén nem érte el az elfogadható szintet ($\kappa = 0,28$). A kutatók megjegyezték még, hogy a telefonos interjúk esetében valamivel alacsonyabb κ mutatókat találtak, mint a személyes interjúk esetében (kivéve a tartósan fennálló depressziós zavaránál), ám a mutatók ugyanabban a klasszifikációs kategóriában maradtak. A konvergens validitás vizsgálatához a SCID-5-CV alapján felállított diagnózisokat az ún. LEAD sztenderddel (szakértő által végzett longitudinális értékelés az összes rendelkezésre álló adat alapján; Spitzer, 1983) hasonlították össze. A tartósan fennálló depresszív zavar ($\kappa = 0,52$), a korábbi major depressziós zavar ($\kappa = 0,66$), az agorafóbia ($\kappa = 0,35$) és a generalizált szorongásos zavar ($\kappa = 0,61$) kivételével minden vizsgált zavarnál kiváló egyezés mutatkozott a SCID-5-CV-vel felállított diagnózisok és a DSM-5 kritériumok alapján felállított szakértői diagnózisok között. Shabani és munkatársai (2021) kutatásában 245 ambulánsan és kórházban kezelt beteget előbb egy szakértő diagnosztizált a DSM-5 kritériumok alapján, majd két PhD-hallgató egymástól függetlenül felvette velük a SCID-5-CV perzsa változatát is. Kiváló volt a szakértői ítéletek és a SCID-5-CV-diagnózisok közötti megbízhatóság a szkizofrénia-spektrum és más pszichotikus zavarok ($\kappa = 0,90$), a bipoláris és kapcsolódó zavarok ($\kappa = 0,80$), a szerhasználat zavarok ($\kappa = 0,76$), illetve a kényszeres zavar ($\kappa = 0,76$) esetében. A depresszív zavaroknál ($\kappa = 0,69$) az egyezés jónak volt mondható, míg a szorongásos zavaroknál ($\kappa = 0,34$) alacsony volt. A két független interjúvezető között minden nagyobb DSM-5-kategória esetén magas volt az egyetértés ($0,90 < \phi$). Egy 113 főből álló almintán a teszt-reteszt megbízhatóságot vizsgálva mindegyik kategóriánál mérsékelt-erős volt az egyezés az első és második interjú diagnózisai között ($\phi = 0,40-0,77$).

Somma és munkatársai (2017) az olasz nyelvű SCID-5-PD inter-rater reliabilitását egy 104 kórházi betegből álló mintán vizsgálták. A kategorikus SCID-5-PD diagnózisokat tekintve az értékelők közötti egyetértés a dependens személyiségzavar esetében elfogadható

($\kappa = 0,58$), az elkerülő személyiségzavar esetében jó ($\kappa = 0,66$), a további vizsgált személyiségzavarok esetében kiváló volt ($\kappa = 0,84-1,00$). A dimenzionális SCID-5-PD pontszámokat vizsgálva az ICC értékek 0,73 (antiszociális) és 0,96 (szkizotíp és szkizoid) között helyezkedtek el, ami összességében nagyon jó inter-rater reliabilitásra utal. Bayad és munkatársai (2021) a SCID-5-PD török változatánál vizsgálták a kategorikus és a dimenzionális diagnózisok inter-rater reliabilitását egy 102 fős, pszichiátriai betegekből álló mintán. Magas volt az értékelők közötti egyetértés a kategorikus elkerülő ($\kappa = 0,79$), kényszeres ($\kappa = 0,81$), paranoid ($\kappa = 0,76$), szkizoid ($\kappa = 1,00$), hisztrionikus ($\kappa = 0,90$) és borderline ($\kappa = 0,89$) személyiségzavar-diagnózisok esetében, jó volt az egyezés a dependens ($\kappa = 0,64$), narcisztikus ($\kappa = 0,66$) és antiszociális ($\kappa = 0,71$) diagnózisok esetében, míg a szkizotíp személyiségzavar-diagnózis ($\kappa = 0,49$) esetében az egyezés az elfogadható tartományban volt. A dimenzionális diagnózisoknál az egyetértés minden személyiségzavarnál magas volt ($\kappa = 0,78-0,96$), kivéve a szkizoid személyiségzavart ($\kappa = 0,73$), ám az egyetértés ennél is közel volt a kiváló tartomány alsó határához. A dimenzionális diagnózisok és SCID-5-SPQ kérdőív megfelelő skálái között mérsékelt-magas korrelációk voltak megfigyelhetők ($r = 0,40-0,61$), az antiszociális személyiségzavart kivéve ($r = 0,29$), ami alátámasztja a SCID-5-PD konvergens validitását.

A SCID-5-AMPD I. moduljának első átfogó reliabilitásvizsgálatát Buer Christensen és munkatársai (2018) végezték el. Az inter-rater reliabilitást egy 17 főből álló norvég klinikai mintán vizsgálták videofelvételek közös értékelésével, tapasztalt és nem tapasztalt klinikusok bevonásával, míg a rövid időközű (maximum két héttel az első felmérés után) teszt-reteszt reliabilitást egy 33 fős klinikai mintán vizsgálták. Az inter-rater reliabilitás az LPFS-összpontszám ($ICC = 0,96$), a 4 domén ($ICC = 0,89-0,95$), illetve a 12 aldomén ($ICC = 0,77-0,94$) esetében egyaránt kiváló volt. A teszt-reteszt megbízhatóság az LPFS-összpontszám esetében kiválónak mutatkozott ($ICC = 0,75$). Az intra-class korrelációs mutatók az identitás doménnél elfogadható mértékű ($ICC = 0,59$), az empátia ($ICC = 0,69$) és intimitás ($ICC = 0,63$) doménnél jó, az önirányítottság doménnél pedig kiváló ($ICC = 0,80$) teszt-reteszt reliabilitásra utaltak. Ohse és munkatársai (2023) az előzőekhez hasonló eredményeket találtak, amikor az I. modul értékelők közötti megbízhatóságát egy 30 fős részmintán, a teszt-reteszt megbízhatóságot (kb. 1-5 hetes különbséggel a két interjú között) pedig egy 15 fős részmintán

vizsgálták. Az inter-rater reliabilitás az LPFS-összpontszám ($ICC = 0,95$), a domének ($ICC = 0,88-0,94$) és az aldomének ($ICC = 0,77-0,91$) esetében is egyaránt a kiváló tartományba esett. A teszt-reteszt reliabilitás az LPFS-összpontszámánál kiválónak mutatkozott ($ICC = 0,84$), továbbá a domének szintjén egyedül az empátia esetében volt megfigyelhető a kiváló szinttől elmaradó mutató ($ICC = 0,59$). Az aldomének szintjén alacsonyabb ICC mutatók ($0,44-0,77$) voltak megfigyelhetők, de a mutatók többsége így is a jó vagy a kiváló tartományba esett. Az interjúval felmért személyiségfunkció jó konvergens validitást mutatott hasonló pszichopatológiai konstruktumokkal (pl. személyiségstruktúra, személyiségstruktúra), továbbá a személyiségfunkció jól elkülönült a pszichopatológia egyes specifikus formáitól (pl. depresszió, szorongás), ám sajnos nem elkülönült el az általános funkcióromlástól, amelyet a WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*; Üstün és mtsai, 2010) segítségével mértek fel.

Kampe és munkatársai (2018) a személyiségstruktúra pszichodinamikus koncepciója és a SCID-5-AMPD I. modulja közötti összefüggést vizsgálták a *Strukturált Interjú a Személyiségstruktúra Felmérésére* (STIPO; Clarkin és mtsai, 2004) segítségével, 30 német páciens bevonva a kutatásba. Az interjúkról videofelvételek készültek, amelyek alapján egy második értékelő is értékelte a személyiségstruktúra és a személyiségfunkció jellemzőit. Az inter-rater reliabilitás mind az LPFS-összpontszám ($ICC = 0,93$), mind az egyes LPFS-domének esetében ($ICC = 0,79-0,95$) kitűnő volt. A mérőeszközök skálái közötti szignifikáns, mérsékelt-magas korrelációk ($r = 0,35-0,76$; a STIPO Morális értékek skálája és a SCID-5-AMPD I. modul Identitás doménje között a korreláció nem volt szignifikáns) a megközelítések közötti erős átfedésre utalnak, és támogatják a SCID-5-AMPD I. moduljának konvergens validitását.

Somma és munkatársai (2020) a SCID-5-AMPD I. és II. moduljának inter-rater reliabilitását és konvergens validitását ellenőrizték egy 88 klinikai beteget tartalmazó olasz mintán. Az értékelők közötti megbízhatóságot közös interjú módszerrel vizsgálták. Az „A” kritérium összpontszámánál ($ICC = 0,87$) és doménpontszámainál ($ICC = 0,77-0,88$) kiválónak mutatkozott az inter-rater reliabilitás. A „B” kritérium mind az öt vonásdoménjét tekintve nagyon magas volt az egyetértés az értékelők között ($ICC = 0,79-0,92$). Az I. modul konvergens validitását két önkitöltős kérdőívvel, a 80 tételes, önbevalláson alapuló *Személyiségfunkció*

Szintje Skálával (LPFS-SR; Morey, 2017) és a 12 tételes, rövid *Személyiségfunkció Szintje Skálával* (LPFS-BF; Hutsebaut és mtsai, 2016) vizsgálták. A II. modul érvényességének ellenőrzéséhez a SCID-5-PD-t, illetve két önbevallásos mérőeszközt, a 220 tételes *DSM-5 Személyiségleltárt* (PID-5; Krueger és mtsai, 2012), valamint a 99 tételes *Személyiségdiagnosztikai Kérdőív-4+-t* (PDQ-4+; Hyler, 1994) használták. A SCID-5-AMPD I. modul doménjei és az önkitöltős kérdőívek skálái között mérsékelt-erős összefüggés volt ($r = 0,30-0,68$), a különböző LPFS-mérőeszközök összpontszámai minden esetben legalább 0,50-os szinten korreláltak egymással. A maladaptív személyiségvonások többségénél (17 a 25-ből, 68%) ugyancsak erős összefüggést ($0,50 < r$) találtak az interjú (SCID-5-AMPD II. modul) és önkitöltős formában (PID-5) felmért vonások között, a fennmaradó nyolc vonásból hétnél mérsékelt erősségű ($r = 0,30-0,47$), egynél pedig gyenge, nem szignifikáns kapcsolatot (intimitáskerülés: $r = 0,10$) találtak. A „B” kritérium 25 maladaptív vonása közül 20 (80%) mutatott legalább egy szignifikáns, mérsékelt erősségű ($0,30 < r$) korrelációt egy vagy több, SCID-5-PD-vel felmért személyiségzavar-tünetszámmal. A SCID-5-AMPD II. moduljával felmért öt vonásdomén összességében mérsékelt együttjárást mutatott a SCID-5-PD tünet-összpontszámával (medián $r = 0,45$) és a PDQ-4+ összpontszámával (medián $r = 0,34$).

Meisner és munkatársai (2022) borderline és/vagy szkizotíp személyiségzavar-diagnózissal rendelkező dániai betegek bevonásával végzett vizsgálatában egy pszichológus és egy pszichiáter értékelte hang- vagy videofelvétel alapján egy 8 fős részmintán a személyiségfunkciót és a patológikus személyiségvonásokat a SCID-5-AMPD I. és II. modulja segítségével. Az LPFS-összpontszám ($ICC = 0,92$) és -domének ($ICC = 0,88-0,92$) esetében, illetve a „B” kritérium öt vonásdoménje esetében ($ICC = 0,84-0,95$) kiváló inter-rater megbízhatóságról számoltak be.

Somma és munkatársai (2019) önálló tanulmányban foglalkoztak a SCID-5-AMPD III. moduljának értékelők közötti megbízhatóságával (közös interjú módszert alkalmazva) és konvergens validitásával. A kutatást 84 fős olasz klinikai mintán végezték. A SCID-5-AMPD III. moduljával felmért személyiségzavar-diagnózisok között az inter-rater reliabilitás kiválónak mutatkozott, az antiszociális ($\kappa = 0,71$) és kényszeres személyiségzavart ($\kappa = 0,73$) kivéve, ám az egyetértés mértéke ezeknél is megközelítette a kiváló szintet. A személyiségzavarokhoz tartozó „A” kritérium egyes

doménjeit ($\kappa = 0,56-0,81$) és „B” kritérium egyes vonásait ($\kappa = 0,52-0,82$) tekintve az értékelők közötti egyezés jelentős mértékben a jó vagy kitűnő tartományba esett. A konvergens validitást a SCID-5-PD segítségével vizsgálták a kutatók. A közölt eredmények alapján jelentős volt az egyezés a SCID-5-AMPD III. moduljával és a SCID-5-PD-vel felállított diagnózisok között a narcisztikus ($\kappa = 0,65$) és a borderline ($\kappa = 0,74$) személyiségzavarok esetében, illetve elfogadható mértékű egyezés mutatkozott az elkerülő ($\kappa = 0,59$) és antiszociális ($\kappa = 0,49$) személyiségzavarok esetében. A kényszeres ($\kappa = 0,28$) és szkizotíp ($\kappa = 0,26$) személyiségzavarok esetében a diagnózisok közötti egyezés alacsony mértékű volt.

E tanulmány szerzőinek legjobb tudomása szerint hazánkban még nem publikáltak olyan vizsgálatot, amelynek célja a DSM-5-höz kapcsolódó klinikai interjúk pszichometriai jellemzőinek vizsgálata lett volna, azonban a jövőben várható ilyen munkák megjelenése.

5. A mérőeszközök előnyei és hátrányai

Legfőbb előnyként említhető, hogy a SCID-interjúk segítségével megbízhatóan állíthatók fel a DSM-5 kritériumain alapuló diagnózisok (Glasofer és mtsai, 2017). A mérőeszközök felnőttek körében végzett felmérésekre lettek kifejlesztve, de serdülők vizsgálatában is eredményesen alkalmazhatók. Használatuk ugyanakkor kontraindikált olyan személyeknél, akik alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek (kevesebb mint 8 általános iskolai osztály), illetve súlyos kognitív hanyatlást vagy súlyos pszichotikus tüneteket mutatnak (Blanchard és Brown, 1998). A moduláris felépítésnek köszönhetően lehetőség van csak egyes modulok felvételére is (például akkor, ha szeretnénk megerősíteni egy már meglévő diagnózist), általánosságban viszont a teljes interjú felvétele javasolt. Az interjú helyes felvételének elsajátítása segíthet az egyetemi hallgatóknak, illetve a mentális egészséggel foglalkozó szakembereknek az interjúkészítési gyakorlatukban, fejlesztésében (First és Gibbon, 2004). A gyakorlat szempontjából nagy jelentősége van annak, hogy a SCID-5-AMPD I. modulja a szakemberek véleménye szerint a SCID-5-PD-hez képest sokkal jobban fókuszál az egyéni jellegzetességekre, illetve a tünetek mögött húzódó okokra, így számottevő segítséget tud nyújtani a kezelés tervezésében és az interjú eredményének kommunikálásában (Heltne és mtsai, 2022).

A számos előny mellett említenünk kell néhány hátrányt is. Az interjúk az ugrások és rövidítések révén gyorsabban és hatékonyabban felvehetőek, ám könnyen lehet, hogy így értékes klinikai információkat veszítünk (Glasofer és mtsai, 2017). A SCID-5-PD a tételeket személyiségzavarok szerinti csoportosításban sorolja fel. A különböző személyiségzavaroknál megjelenő hasonló tartalmú tételek szükségtelen ismétlődést eredményezhetnek, redundánssá téve a mérőeszközt, míg az egy személyiségzavar-kategórián belül előforduló hasonló szövegezésű tételek pontozásakor az értékelő könnyen abba a hibába eshet, hogy ezekre könnyebben ad hasonló értékelést, így pozitív torzítást idézve elő (Blanchard és Brown, 1998). A SCID-5-PD egyes interjúkérdései komplexek és nehezen érthetőek (pl. a borderline személyiségzavar 9. kritériumához tartozó kérdés: „Amikor nagyon zaklatott, Ön gyanakvóvá válik másokkal szemben, vagy úgy érzi, elveszíti a kapcsolatot vagy elválnak a saját testétől, vagy hogy a dolgok nem valóságosak?”), emiatt a szakemberek olykor arra kényszerülnek, hogy kihagyjanak vagy átfogalmazzanak egyes kérdéseket. A narcisztikus személyiségzavarra vonatkozó kérdések megfogalmazása meglehetősen pejoratív (pl. a 7. kritériumhoz tartozó egyik kérdés: „Mások problémái gyakran untatják Önt?”), ami sok esetben ahhoz vezet, hogy a páciensek akkor is negatív választ adnak, ha egyébként teljesülnek náluk a kritériumok. Bizonyos kérdéseknél – különösen a személyiségzavarok C klaszterére vonatkozóknál – a túlzottan tág megfogalmazás okozhat gondot (pl. az elkerülő személyiségzavar 5. kritériumához tartozó kérdés: „Ön általában csendes, amikor új emberekkel találkozik?”), mivel a páciensek akkor is igennel felelhetnek rájuk, ha nem igazak rájuk a diagnosztikus kritériumok, ez pedig könnyen túldiagnosztizáláshoz vezethet. A szakemberek a SCID-5-AMPD I. moduljára vonatkozóan is megfogalmazták, hogy némelyik kérdés túlságosan komplex (pl. az önirányítottság doménhez tartozó egyik kérdés: „Általában annyira megterhelőnek érzi az életet, hogy már az is kihívást jelent, hogy napról napra éljen, ezért a jövőbeni célok kitűzése egyszerűen túlságosan nagy nehézséget jelent?”), valamint kiemelték azt is, hogy úgy érzik, az I. modulban maradt valamennyi a SCID-5-PD kategorikus gondolkodásából, mivel az egyes funkciószintek némileg prototipikusnak hatnak: például úgy tűnik, az 1. szint lényegében a kényszeres személyiségzavarra jellemző leírásokat tartalmazza, míg a 2. szint inkább a narcisztikus személyiségzavar

jellegetességeit juttathatja eszünkbe, és így tovább (Heltne és mtsai, 2022).

6. Esetpélda: 19 éves, borderline személyiségzavarral élő nő

Janka 19 éves, egyedülálló nő.¹ Édesanyjával és nevelőapjával él, egy 10 évvel idősebb nővére és egy 8 évvel idősebb bátyja van. A vér szerinti szülei 6 éves korában váltak el egymástól. Janka néhány éve már nem találkozik édesapjával, mert elmondása szerint a férfi bántóan beszélt vele. Egy korábbi párkapcsolatról számol be. Végzettsége szerint felszolgáló, de ez nem saját választása volt, ráerőltették. Jelenleg esti gimnáziumban tanul, szeretne érettségi vizsgát tenni. Az iskolából gyakran hiányzik, tanárait nem szereti. Az utóbbi egy évben elkezdett dolgozni, ennek következtében tanulmányi eredményei leromlottak.

Elmondása alapján az általános iskola felső tagozatában kezdett megromlani a mentális egészsége, a későbbiekben fájdalomcsillapító-dependencia és -abúzus alakult ki nála, emellett önsértést is végzett. 2019-ben pszichológushoz fordult, akihez ezt követően egy évig járt, de nem érezte, hogy a terápia használt volna. 2021 elején pszichiátert keresett fel lehangoltságérzése és pánikroham miatt. A szakember *alprazolam* és *fluoxetin* gyógyszereket írt fel Janka számára, ám ezek elmondása szerint nem segítettek. 2021 tavaszán gyógyszer-túladagolós szuicid kísérlete volt, melyet követően pszichiátriai ellátásban részesült.

Családja szerint Janka „lelkileg egy rongy”, édesanyja számára nehéz feldolgozni, hogy a lánya mentális betegséggel küzd. Önmagát úgy írja le, mintha egy „elefánt lenne a porcelánboltban”, önbizalomhiányosnak tartja magát, mindenért bocsánatot kér. Szerinte más emberek vidámnak, pozitívnak, beszédesnek, ugyanakkor makacsnak írják le őt. Janka szerint ha rosszul van, azt senki sem látja. Gyenge jelleműnek tartja magát, amit az önsértésekből és a szuicid kísérletből vezet le, és megemlíti, hogy nehezen nyílik meg másoknak. Egyáltalán nem tartja magát sikeresnek, nagyon hamar feladja a dolgokat, és ha falakba ütközik, elmegy az életkedve. Elmondása szerint nagyon jó a kapcsolata másokkal, kivéve az anyjával, aki soha nem figyelt rá, mert mindig dolgozott. A legfontosabb személyeknek

az életében az egyik barátnőjét és a nővérét tartja, velük napi kapcsolatban van, nincsenek konfliktusaik. Saját magát egyáltalán nem érti, össze van zavarodva, állítása szerint azonban más embereket nagyon jól és többnyire pontosan megért, nagyon együttérzőnek tartja magát.

A *MINI Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú Plusz 5.0.0²* (*MINI International Neuropsychiatric Interview Plus 5.0.0*, M.I.N.I. Plusz 5.0.0, Sheehan és mtsai, 1998; magyar változat: M.I.N.I. Plusz 5.0.0; Balázs és mtsai, 1998) alapján Jankánál teljesültek a múltbeli major depresszív epizód, a jelenlegi disztímiás zavar, illetve a múltbeli szerdependencia és -abúzus kritériumai. Az öngyilkosság kockázatának foka: magas.

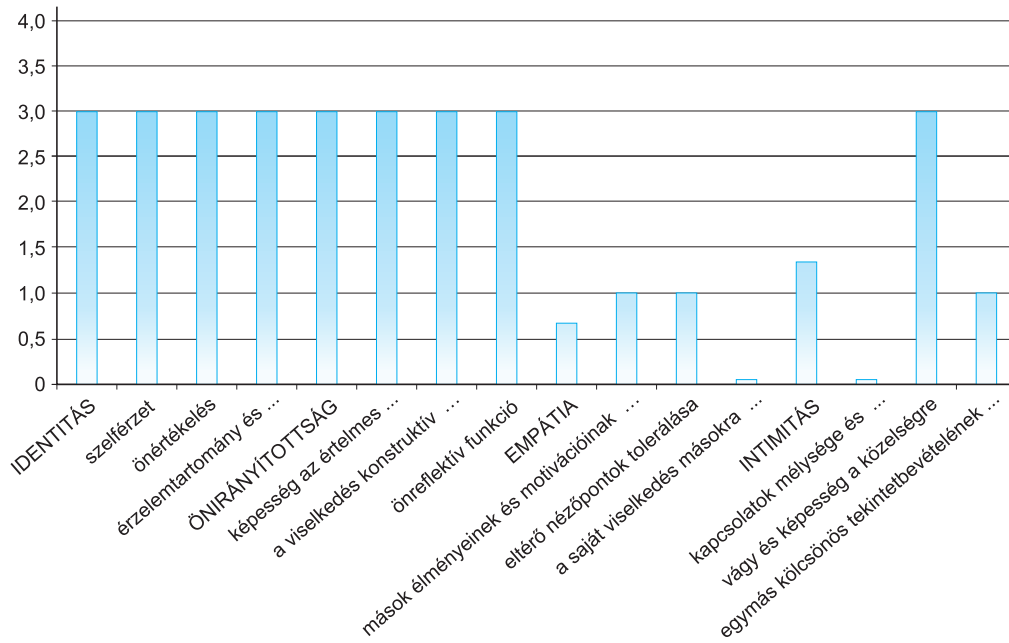
6.1. A félig strukturált klinikai személyiségzavar-interjúk (SCID-5-PD, SCID-5-AMPD I. és II. modul) eredményeinek ismertetése

A SCID-5-PD alapján teljesül a borderline személyiségzavar kategoriális személyiségzavar-modell szerinti diagnózisa, mivel a felsorolt kilenc tünetből (2. táblázat) hat patológiás súlyosságú szinten van jelen, valamint az általános személyiségzavar-kritériumok (C-G kritériumok) is fennállnak. Jankánál klinikailag szignifikáns identitászavar (3. kritérium) és impulzivitás (4. kritérium), ismétlődő szuicid és önsértő viselkedés (5. kritérium), affektív instabilitás (6. kritérium), krónikus ürességérzés (7. kritérium), valamint átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok (9. kritérium) figyelhetők meg.

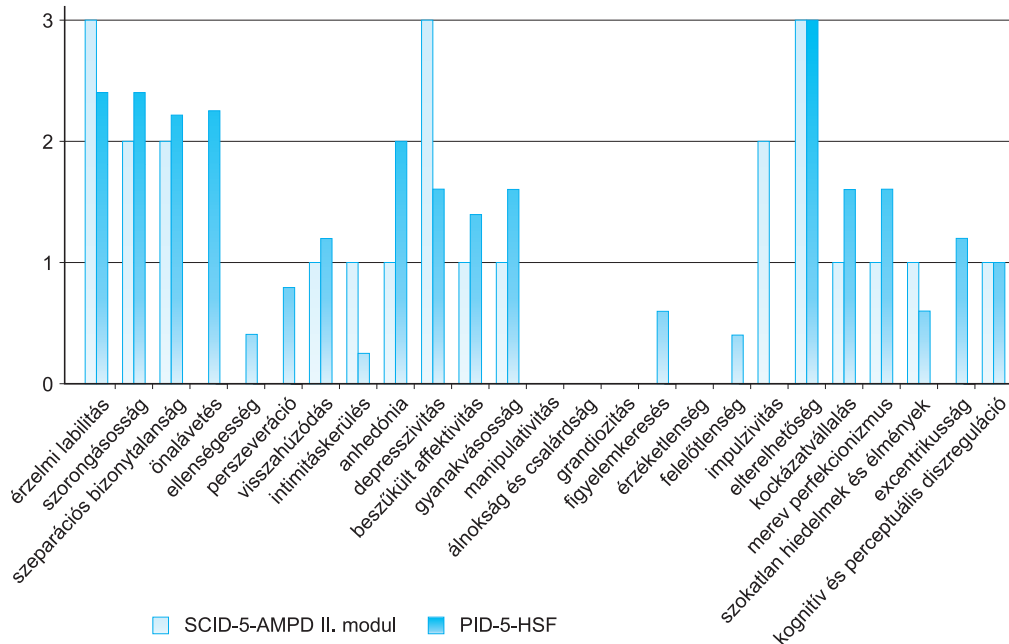
A SCID-5-AMPD I. modulja alapján Jankánál a személyiségfunkció mérsékelt károsodása figyelhető meg (LPFS-összpontszám = 2). A doménpontszámokat megvizsgálva látható, hogy súlyos károsodás mutatkozik az identitás (átlag = 3) és az önírányítottság (átlag = 3) doméneknél, valamint enyhe károsodás az intimitás (átlag = 1,3) doménél (1. ábra). A II. modul alapján a klinikai küszöböt jelentősen meghaladó mértékben jellemző Jankára az érzelmi labilitás, a depresszivitás és az elterelhetőség, továbbá a klinikai küszöböt meghaladó mértékben figyelhető meg nála a szorongásosság, a szeparációs bizonytalanság és az impulzivitás (2. ábra). A fentebbiek alapján teljesülnek a borderline személyiségzavarnak az alternatív személyiségzavar-modellben

¹ A személy álnéven szerepel, továbbá az anonimitás biztosítása érdekében néhány, az élettörténetre vonatkozó adatot megváltoztattunk.

² A M.I.N.I. Plusz 5.0.0 és a SCID-5-PD diagnosztikus interjúkat dr. Lévy Erika Evelyn vette fel a pácienssel. Ezúton is köszönjük neki az esetpélda megírásához nyújtott segítségét.



1. ábra. A SCID-5-AMPD I. modul eredményei



2. ábra. A SCID-5-AMPD II. modul és a PID-5-HSF eredményei

meghatározott kritériumai (4. táblázat), ugyanis az „A” kritériumban négy személyiségfunkció-doménből két-tónél súlyos károsodás tapasztalható, a „B” kritériumban felsorolt hét maladaptív vonásból öt (ezek közül egyik az impulzivitás) a klinikai küszöböt meghaladó mértékben van jelen, továbbá az általános személyiség-zavar-kritériumok (C-G kritériumok) fennállása is igazolást nyert.

6.2. Az önbevallásos kérdőívek (LPFS-SR, PID-5-HSF) eredményeinek ismertetése

A 80 tételes, önbevalláson alapuló Személyiségfunkció Szintje Skála (Level of Personality Functioning Scale-Self Report, LPFS-SR; Morey, 2017; magyar változat: Szabó és Unoka, 2024) súlyozott összpontszáma 352. Az identitás domén súlyozott pontszáma 133,5, az ön-

irányítottság domén súlyozott pontszáma 105,5, az empátia domén súlyozott pontszáma 40,5, az intimitás domén súlyozott pontszáma 72,5. A kérdőívhez magyar normák nem állnak rendelkezésre, azonban a jelenleg elérhető, 306 egészséges személy válaszainak felhasználásával készült amerikai normák alapján (Morey, 2017) az identitás és az önirányítottság domén, valamint az összpontszám klinikailag szignifikáns személyiségdiszfunkcióra utal.

A DSM-5 Személyiségleltár 123 tételes magyar rövid változata³ (*Personality Inventory for DSM-5–Hungarian Short Form*, PID-5–HSF; Szabó és mtsai, 2024) alapján Janka magas pontszámokkal rendelkezik az érzelmi labilitás, szorongásosság, szeparációs bizonytalanság, önálvétetés, anhedónia és elterelhetőség skálákon, valamint mérsékelt emelkedés figyelhető meg a depresszivitás, beszűkült affektivitás, gyanakvásosság, kockázattvállalás, merev perfekcionizmus és excentrikusság vonáspontszámoknál (2. ábra).

7. Következtetések, kitekintés

A SCID-5–CV és SCID-5–PD (illetve elődjeik, a SCID-I és SCID-II) széles körben használt félig strukturált diagnosztikus interjúk, amelyek jó megbízhatóságuknak és érvényességüknek, valamint klinikai hasznosságuknak köszönhetően „arany sztenderddé” váltak a kutatásokban és a klinikumban. Hozzá kell tennünk azonban, hogy az elmúlt évtizedekben számos kritika érte a pszichiátriai zavarok kategoriális megközelítését (pl. Frances, 1980; Trull és Durrett, 2005; Conway és mtsai, 2021) – amelyre az említett interjúk épülnek –, ezzel párhuzamosan pedig egyre nőtt az igény és a törekvés dimenzionális modellek és mérőeszközök kialakítására. Erre válaszul az Amerikai Pszichiátriai Társaság (*American Psychiatric Association*, APA) 2007-ben megbízott egy munkacsoportot egy új, teljesen dimenzionális alapokon nyugvó személyiségzavar-modell kidolgozásával. A munkacsoporton belüli ellentétek és a kívülről érkező heves hangú kritikák eredményeként a dimenzionális modell elvetésre került, a helyébe pedig egy hibrid, hat személyiségzavar-

kategoriát és két nagyobb, dimenzionális kritériumot (személyiségfunkció, maladaptív személyiségvonások) ötvöző modell lépett. A hibrid modellt véleményező bizottságok egyike sem javasolta beillesztését a DSM-5-be. Végül 2012-ben, röviddel a DSM-5 végleges változatának megjelenése előtt az APA Igazgatósági Tanácsa (*Board of Trustees*) a végső szavazáson a régi, kategoriális modell megtartása mellett döntött, míg a hibrid modellt „a személyiségzavarok alternatív modellje” (*Alternative Model of Personality Disorders*, AMPD) néven a DSM-5 III. fejezetében (*Fejlesztés alatt álló mérőeszközök és modellek*) helyezték el (Zachar és mtsai, 2016).⁴ Az elkövetkező években az alternatív modellt intenzív kutatói és klinikusi érdeklődés övezte a világ minden táján. Az AMPD megjelenésének 10. évfordulóján, 2022 júliusában a *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* folyóirat különszámot jelentetett meg, hogy az alternatív modell pártján álló szakemberek megvédhessék álláspontjukat, illetve ismertethessék a modellel és a kapcsolódó mérőeszközökkel kapcsolatos előrehaladást, a modell kritikásai pedig megfogalmazhassák bírálatukat. Előbbiek elköteleződésüket és lelkesedésüket fejezték ki a modell legnagyobb újdonsága, az „A” kritérium iránt (Morey és mtsai, 2022; Sharp, 2022), dicsérték a modell klinikai és prognosztikai hasznosságát (Bach és Tracy, 2022; Herpertz és Bertsch, 2022), valamint a kritériumok finomítását, óvatos és megfontolt revízióját javasolták (Zimmermann, 2022; Clark és Watson, 2022; Bagby és Zahid, 2022), míg utóbbiak közül néhányan az „A” kritérium teljes száműzését (Sleep és Lynam, 2022), a „B” kritériumban szereplő maladaptív vonások normál (Big Five) személyiségvonásokra való lecserélését (Hopwood, 2022), vagy a személyiségzavarok „interperszonális zavarokként” való újrakonceptualizálását (Wright és Ringwald, 2022) javasolták. Látható tehát, hogy a szakma részéről koránt sincs egységes álláspont az AMPD-t illetően, így a közeli jövőben nem várható, hogy az AMPD lép a kategoriális személyiségzavar-modell helyére.

Zárásként megemlítjük, hogy sem az APA, sem a WHO mind ez ideig nem állt elő egy olyan átfogó diagnosztikus rendszer javaslatával, amely a klinikai (ko-

³ A PID-5–HSF kialakításakor mind a 25 vonásfacet esetében a legjobb pszichometriai tulajdonságokkal rendelkező négy vagy öt tételt próbáltuk kiválasztani, ügyelve arra, hogy a megmaradó tételek a lehető legjobban reprezentálják a mérni kívánt pszichológiai konstruktmokat. A teljesség kedvéért megemlítjük, hogy magyar nyelven elérhető még a PID-5 220 tételes változata két eltérő fordításban (S. Nagy és mtsai, 2022; Labancz és mtsai, 2022), valamint a PID-5 25 tételes, rövid változata (PID-5–BF), amely csupán az öt vonásdomén felmérésére alkalmas (Birkás és mtsai, 2018).

⁴ Megjegyzendő, hogy a *Betegségek Nemzetközi Osztályozásának* 11. revíziója (BNO-11) egy, a DSM-5 alternatív személyiségzavar-modelljéhez nagyban hasonlító dimenzionális modellt mutatott be, és a borderline személyiségzavart kivéve – melyet a modellben „borderline mintázat jelölőként” őriztek meg – teljesen elvetette a korábbi személyiségzavar-kategoriákat (World Health Organization [WHO], 2018).

rábban I. tengelyes) zavarokra – vagy jobban mondva: ezek *tartalmára* – is dimenzionális megközelítéssel tekintene, ugyanakkor egy alulról szerveződő, szakemberekből álló munkacsoport már hozzájárított a Pszichopatológia Hierarchikus Taxonómiájának (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, HiTOP; Kotov és mtsai, 2021) kidolgozásához, amely ezt a hiányosságot rendezni igyekszik.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allen, D. N., & Becker, M. L. (2019). Diagnostic and symptom interviews for adults. In G. Goldstein, D. N. Allen, & J. DeLuca (eds.): *Handbook of Psychological Assessment*. (4. ed.) Academic Press, London, 355–393.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5. ed.) American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.
- Bach, B., & Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 369–379.
- Bagby, R. M., & Zahid, A. (2022). Revising the trait model of the alternative model of personality disorders: Comment on Clark and Watson's structural review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 337–339.
- Balázs J., Bitter I., Hideg K., & Vitrai J. (1998). A M.I.N.I. és M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13(2): 160–168.
- Bayad, S., Alp-Topbaş, Ö., Kocabaş, T., Elbir, M., Gökten-Ulusoy, D., Korkmaz, U., Araz, O., Ergüner-Aral, A., Karabekiroğlu, A., & Aydemir, Ö. (2021). Adaptation and the Psychometric Properties of Turkish version of the Structured Clinical Interview for the DSM-5–Personality Disorders – Clinician Version (SCID-5–PD/CV). *Turkish Journal of Psychiatry*, 32(4): 267–274.
- Birkás B., Kállai J., Hupuczi E., Bandi S. A., & Láng A. (2018). A Personality Inventory for DSM-5 Brief Form kérdőív magyar változatának validálásával szerzett tapasztalatok: a személyiségzavarok bejósolhatósága önkitöltős kérdőívvel. *Psychiatria Hungarica*, 33(3): 270–281.
- Blanchard, J. J., & Brown, S. B. (1998). Structured Diagnostic Interview Schedules. In C. R. Reynolds (ed.): *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 4. Assessment. NY, Pergamon, New York, 97–130.
- Buer Christensen, T., Paap, M. C. S., Arnesen, M., Koritzinsky, K., Nysaeter, T.-E., Eikenaes, I., Germans Selvik, S., Walther, K., Torgersen, S., Bender, D. S., Skodol, A. E., Kvarstein, E., Pedersen, G., & Hummel, B. (2018). Interrater Reliability of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders Module I: Level of Personality Functioning Scale. *Journal of Personality Assessment*, 100(6): 630–641.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4): 284–290.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2022). The trait model of the DSM-5 alternative model of personality disorder (AMPD): A structural review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 328–336.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished Manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY.
- Conway, C. C., Krueger, R. F., & HiTOP Consortium Executive Board. (2021). Rethinking the diagnosis of mental disorders: data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental-health research, treatment, and training. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2): 151–158.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Vol. 2. *Personality Assessment*. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ. 134–143.
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2021). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségzavar-modelljéhez (SCID-5-AMPD)*. Oriold és Társai, Budapest.
- First, M. B., & Williams, J. B. W. (2021). *Quick Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (QuickSCID-5)*. American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2018). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID-5-PD)*. Oriold és Társai, Budapest.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015a). *Structured Clinical Interview for DSM-5–*

- Clinical Trials Version (SCID-5-CT)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association Publishing.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015b). *Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association Publishing.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Zavarok Felmérésére-Klinikai Változat (SCID-5-CV)*. Oriold és Társai, Budapest.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). *Útmutató a SCID-5-CV használatához*. Oriold és Társai, Budapest.
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *The American Journal of Psychiatry*, 137(9): 1050–1054.
- Glasofer, D. R., Brown, A. J., & Riegel, M. (2017). Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). In T. Wade (ed.): *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore. 799–802.
- Heltne, A., Bode, C., Hummelen, B., Falkum, E., Selvik, S. G., & Paap, M. C. S. (2022). Norwegian Clinicians' Experiences of Learnability and Usability of SCID-II, SCID-5-PD and SCID-5-AMPD-I Interviews: A Sequential Multi-Group Qualitative Approach. *Journal of Personality Assessment*, 104(5): 599–612.
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2022). Opportunities and challenges of new classification systems for personality disorders: Commentary on „Clinical utility of the AMPD: A 10th year anniversary review”. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 380–382.
- Hien, D., Matzner, F. J., First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Child Edition (Kid-SCID)*. Columbia University, New York, NY.
- Hopwood, C. J. (2022). The DSM should replace maladaptive traits with the five-factor model: Comment on Clark and Watson (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 343–346.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., & Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2): 192–197.
- Hyer, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)*. New York State Psychiatric Institute, New York, NY.
- Kampe, L., Zimmermann, J., Bender, D., Caligor, E., Borowski, A.-L., Ehrental, J. C., Benecke, C., & Hörz-Sagstetter, S. (2018). Comparison of the Structured DSM-5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 100(6): 642–649.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., ... & Wright, A. G. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17: 83–108.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9): 1879–1890.
- Labancz, E., Balázs, K., & Kuritárné Szabó, I. (2022). The psychometric properties of the Hungarian version of the Personality Inventory for DSM-5 in a clinical and a community sample. *Current Psychology*, 41: 3236–3246.
- Meisner, M. W., Bach, B., Lenzenweger, M. F., Möller, L., Haahr, U. H., Petersen, L. S., Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2022). Reconceptualization of Borderline Conditions Through the Lens of the Alternative Model of Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(3): 266–276.
- Morey, L. C. (2017). Development and Initial Evaluation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10): 1302–1308.
- Morey, L. C., McCredie, M. N., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2022). Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 305–315.
- Ohse, L., Zimmermann, J., Kerber, A., Kampe, L., Mohr, J., Kendlbacher, J., ... & Hörz-Sagstetter, S. (2023). Reliability, structure, and validity of module I (personality functioning) of the Structured Clinical Interview for the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD-I). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(3): 287–299.
- Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V. W., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. M., Guimarães, T., Fracon, V. S., Silva-Rodrigues, A. P. C.,

- Pizeta, F. A., Souza, R. M., Sanches, R. F., dos Santos, R. G., Martin-Santos, R., & Crippa, J. A. S. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(12): 754–760.
- Roelofs, J., Muris, P., Braet, C., Arntz, A., & Beelen, I. (2015). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): First Psychometric Evaluation in a Dutch Sample of Clinically Referred Youths. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3): 367–375.
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders–Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, 11(5): e01894.
- Sharp, C. (2022). Fulfilling the promise of the LPF: Comment on Morey et al. (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 316–320.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20): 22–33.
- Simonsen, E. (2010). The Integration of Categorical and Dimensional Approaches to Psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (eds.): *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. Guilford Press, New York, NY. 350–361.
- Sleep, C. E., & Lynam, D. R. (2022). The problems with Criterion A: A Commentary on Morey et al. (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 325–327.
- S. Nagy, Z., Salgó, E., Bajzát, B., Hajduska-Dér, B., & Unoka, Z. S. (2022). Reliability and validity of the Hungarian version of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *PLOS One*, 17(7): e0266201.
- Somma, A., Borroni, S., Carlotta, D., Giarolli, L. E., Barranca, M., Cerioli, C., Franzoni, C., Masci, E., Manini, R., Busso, S. L., Ruotolo, G., & Fossati, A. (2019). The inter-rater reliability and convergent validity of the Italian translation of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders Module III in a psychotherapy outpatient sample. *Journal of Psychopathology*, 25(4): 195–204.
- Somma, A., Borroni, S., Gialdi, G., Carlotta, D., Emanuela Giarolli, L., Barranca, M., Cerioli, C., Franzoni, C., Masci, E., Manini, R., Luca Busso, S., Ruotolo, G., Krueger, R. F., Markon, K. E., & Fossati, A. (2020). The Inter-Rater Reliability and Validity of the Italian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I and Module II: A Preliminary Report on Consecutively Admitted Psychotherapy Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement C): 95–123.
- Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Besson, E., Garbini, A., Granozio, S., Limuti, B., Perego, G., Pietrobon, A., & Rugi, C. (2017). Inter-rater reliability of the Italian translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD): A study on consecutively admitted clinical adult participants. *Journal of Psychopathology*, 23: 105–111.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric Diagnosis: Are Clinicians Still Necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24(5): 399–411.
- Steinberg, M. (1993). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders–Revised (SCID-D-R)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2): 146–163.
- Szabó, D., & Unoka, Z. (2024). The Psychometric Properties of the Hungarian Version of the Level of Personality Functioning Scale–Self Report in a Clinical Sample. Manuscript in preparation.
- Szabó, D., S. Nagy, Z., Salgó, E., & Unoka, Z. (2024). The Development of a Short 123-item PID-5 and Its Psychometric Properties in a Clinical and a Non-Clinical Sample. Manuscript in preparation.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1): 355–380.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2019). *ICD-11: International Classification of Diseases*. (11. revision). <https://icd.who.int/browse11>
- Wright, A. G. C., & Ringwald, W. R. (2022). Personality disorders are dead; long live the interpersonal disorders: Comment on Widiger and Hines (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 364–368.

- Zachar, P., Krueger, R., & Kendler, K. (2016). Personality disorder in DSM-5: An oral history. *Psychological Medicine*, 46(1): 1–10.
- Zimmerman, J. (2022). Beyond defending or abolishing criterion A: Comment on Morey et al. (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4): 321–324.



Strukturált diagnosztikai interjú: A Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) felnőtt és gyermek változata

Balázs Judit

1. A Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) család

A MINI interjúcsaládba rövid, strukturált, átfogó diagnosztikus interjúk tartoznak, melyeket két kutatócsoport, egy amerikai, David Sheehan és egy európai, Yves Lecrubier irányításával dolgozott ki (Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). Az interjúcsalád része a MINI és ennek bővített formája a MINI Plusz (Sheehan és mtsai, 1997; Lecrubier és mtsai, 1997) interjú, melyeket felnőtteknek, és a Gyermek MINI, melyet gyermekeknek, serdülőknek dolgoztak ki. A felnőtt interjúk 18 éves kor felett, a gyermekeknek és serdülőknek szóló pedig 6–18 éves kor között használható. Mindhárom MINI interjú szerkezete azonos.

2. A MINI interjú megbízhatósága

Az eredeti, angol nyelvű felnőtt MINI mérőeszközök validitás- és reliabilitásvizsgálatait két centrumban (University of South Florida College of Medicine, Tampa, Florida és Hôpital de la Salpêtrière, Párizs, Franciaország) párhuzamosan végezték. A vizsgálatba összesen 636 felnőttet vontak be, 536 pszichiátriai beteget és 100 egészséges 18 évesnél idősebb kontrollszemélyt. A vizsgálat eredményei alapján a MINI interjú képes volt az akkor érvényben levő klasszifikációs rendszereknek, *A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve 3.*, módosított kiadásának (DSM-III-R) és a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10-nek (BNO-10) megfelelő diagnózis felállítására. Az interjú felvétele pedig lényegesen kevesebb időbe telt, mint a korábban használatban levő strukturált diagnosztikus interjúk esetében, pl. feleannyi időbe sem, mint a Structured Clinical Interview for DSM-III-R patients (SCID) (Spitzer

és mtsai, 1993) felvétele, és negyedannyi időbe, mint a Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (World Health Organization, 1990). A felnőtt MINI több mint 70 nyelven elérhető, köztük magyarul.

Sheehan és munkatársai (2010) 226, hat és tizenhét év közötti gyermeket és serdülőt – közülük 190 járóbeteg és 36 egészséges kontrollszemélyt – vontak be a Gyermek MINI megbízhatóságának vizsgálatához. Eredményeik alapján a Cohen-féle kappá együttható értéke a hangulatzavarok, szorongásos zavarok, pszichoaktív szer-használat, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD), viselkedési zavar, étkezési zavar esetén jó és kiváló érték közé esett, a pszichotikus zavar esetében közepes volt. A vizsgált kórképek szenzitivitás- és specificitás-értéke is megfelelőnek, illetve nagyon jónak bizonyult, az inter-rater reliabilitás és teszt-reteszt kappá értéke a jó és kiváló intervallum közé esett, kivéve a dysthymia esetében (Sheehan és mtsai, 2010). A Gyermek MINI angol, spanyol, francia, török, német, héber és magyar nyelven érhető el eddig.

Doktori munkám során és az azt követő időszakban a szerzők engedélyével a magyar nyelvű MINI interjú kidolgozását végeztük (Balázs és mtsai, 1998; Balázs és Bitter, 2000; Balázs és mtsai, 2001; Balázs és mtsai, 2004).

A felnőtteknek szóló interjú adaptálása három vizsgálat során történt. Az első vizsgálatban a MINI Plusz interjút vettük fel 100, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján fekvő beteggel (Balázs és mtsai, 1998). A kérdőív felvételét 3 vizsgáló párban végezte. A kritériumvaliditásvizsgálatnál a paciensek klinikai felvételi diagnózisát vettük össze a MINI Pluszsal kapott diagnózissal (Balázs és mtsai, 1998). A második vizsgálatban a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján az első vizsgálatba bevont 80 beteg teljes klinikai dokumentációját tekintettük át, mely alapján egy független vizsgáló felállította

a „best estimate” diagnózisokat (Balázs és Bitter, 2000). Ezt a „best estimate” diagnózist vetettük össze a kérdőív által felállított diagnózissal (Balázs és Bitter, 2000). A harmadik vizsgálatban a MINI Plusz interjút egy másik strukturált interjúval, a Diagnostic Interview Schedule-lel (DIS) (Robins és mtsai, 1981) hasonlítottuk össze (Balázs és mtsai, 2001). Százan a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem (HIETE) Pszichiátriai Tanszékéről és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet XIII-as osztályáról, százan pedig a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája által szervezett országos epidemiológiai vizsgálatból kerültek a vizsgálatba. Az első vizsgálat alapján elmondható, hogy a magyar nyelvű MINI Plusz átlagos felvételi ideje megegyezik a nemzetközi vizsgálatok eredményeivel, ami lényegesen rövidebb, mint a korábban használatban levő interjúké (Balázs és mtsai, 1998). Az inter-rater reliabilitás vizsgálat kappa értékei alapján az interjú megbízhatósága igen jónak bizonyult (Balázs és mtsai, 1998). A kritériumvaliditás-vizsgálat során az osztályos felvételi diagnózis és a MINI Pluszsal kapott diagnózist összevetésekor a vizsgált betegcsoportok többségénél alacsony kappa értéket kaptunk (Balázs és mtsai, 1998). A második vizsgálat során a MINI Plusz a független vizsgálóhoz képest több mint kétszer annyi diagnózist állított fel, igen kevés valódi pozitív esetet mulasztott el, így szenzitivitása igen jónak bizonyult (Balázs és Bitter, 2000). Azonban a független vizsgálóhoz képest a MINI Plusz igen sok álpozitív diagnózist állított fel (Balázs és Bitter, 2000). Az álpozitív diagnózisok, illetve a felállított diagnózisok klinikai rutinhoz képest magas száma is magyarázata lehet a vizsgálatunk első részében talált alacsony kritériumvaliditás kappa értékének (Balázs és Bitter, 2000). Az álpozitív diagnózisok magas száma felveti azt a gondolatot is, hogy a betegnél valóban fennálló diagnózisokról van szó, melyek felállítását a klinikus elmulasztotta. A harmadik vizsgálat során mind a MINI Plusz, mind a DIS kb. kétszer annyi diagnózist állított fel egy betegnél, mint az előző két vizsgálatnál a klinikusok, tehát ezen vizsgálat szerint is a komorbid kórképeket a klinikai rutinnál érzékenyebben ismeri fel a MINI Plusz (Balázs és mtsai, 2001). A MINI Plusz a DIS-sel végzett validitásvizsgálatának kappa, Yule kapcsolódási együttható értékei alapján megbízható interjúnak bizonyult (Balázs és mtsai, 2001). Mindezek alapján ajánlottuk az interjú használatát a hazai felnőtt klinikai és kutatási gyakorlatban.

A Gyermek MINI hazai adaptálását során a Gyermek MINI interjú magyar változatát a Vadaskert Gyermek-

pszichiátriai Kórház és Szakambulancia osztályain összesen 112 pácienssel vettük fel (Balázs és mtsai, 2004). Ötvenegy gyermek esetében két vizsgáló egy időben töltött ki egy-egy kérdőívet, hogy az inter-rater reliabilitás-vizsgálatot is el tudjuk végezni. Harmincegy gyermek esetében 38 órán belül ugyanaz a vizsgáló megismételte az interjú felvételét, hogy a teszt-reteszt reliabilitást is mérni tudjuk. A kritériumvaliditás-vizsgálat elvégzéséhez az interjúval kapott diagnózist egy „best-estimate” diagnózissal vetettük össze, amit egy független vizsgáló, aki nem vett részt az interjú felvételében, a rendelkezésére álló összes információ (pl. kezelőorvossal való konzultáció, esetleges korábbi és jelen kezelések dokumentációi) alapján állított fel. Ezen vizsgálat alapján az inter-rater reliabilitás kappa, Yule kapcsolódási együttható értéke azon kórképek esetében, amelyek megfelelő esetszámban fordultak elő a vizsgálatunk során, 23 kórkép esetében nagyon jónak, egy kórkép esetében pedig jónak bizonyult. A teszt-reteszt vizsgálat során az értékelhető kórképek 52%-ában a kappa nagyon jónak, 40%-ban jónak, egy esetben (hipomán epizód múlt) közepesnek és egy esetben (generalizált szorongásos zavar) gyengének bizonyult. Tizenhárom kórkép esetében a nem elegendő esetszám miatt a kappa és a Yule kapcsolódási együttható nem volt értelmezhető. A kritériumvaliditás esetében a kórképek 47,4%-ánál lehetett értelmezni a szenzitivitást. Ezen kórképek 61,1%-ánál nagyon jó szenzitivitás-értéket találtunk, míg gyenge szenzitivitást egy esetben sem. A vizsgált kórképek 89,5%-ának specifikitása nagyon jónak, a többi kórképé pedig jónak bizonyult (Balázs és mtsai, 2004). Mindezek alapján ajánlottuk a kérdőív használatát a hazai gyermek klinikai és kutatási gyakorlatban.

3. A MINI interjú felépítése

A MINI interjúcsalád kidolgozóinak célja volt, hogy az interjúk ötvözzék a pszichés zavarok amerikai és európai szemléletét. Az ide tartozó interjúk mind a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) (World Health Organization, 2010), mind a mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) (American Psychiatric Association, 2013) klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózis felállítását végzik. Az interjúk egyes kérdései az érvényben levő DSM (jelenleg az 5. kiadás) klasszifikációs rendszerben az adott kórképhez meghatározott kritériumokra vonat-

koznak. A kérdésekre IGEN/NEM válaszokat lehet adni aszerint, hogy a tünetek a klasszifikációs rendszerben meghatározott ideig fennálltak-e. Ezenkívül az interjúk felméri, szintén a DSM kritériuma alapján, hogy a tünetek a mindennapi életben funkciókárosodást okoznak-e.

A MINI interjában az egyes pszichés zavarok diagnosztikus szekciót alkotnak. Az interjúk az „elágazó fa logikáját” követik, ami azt jelenti, hogy ha a vizsgált kórképnél az alaptünetek nem állnak fenn (az első kérdések mindig ezekre vonatkoznak), akkor nem kell rákérdezni a további, kísérő tünetekre, hanem a következő kórképet feltérképező kérdéssorra lehet ugrani.

Az egyes kórképek fennállását/kizárását az adott diagnosztikus egység végén kell jelölni, mégpedig egy úgynevezett diagnosztikus téglalapban.

A felnőtt MINI 17, a MINI Plusz 28, a Gyermek MINI pedig 30 pszichiátriai zavar fennállását vizsgálja. Azokat a pszichiátriai zavarokat vizsgálják az interjúk, amelyek epidemiológiai vizsgálatok során az általános népességben 0,5%-os vagy annál magasabb jelenlegi prevalenciával vannak jelen. A MINI és a Gyermek MINI alapvetően a kórképek jelenlegi fennállását vizsgálják, és csak néhány kórkép esetében mérik fel az élettartam-fennállást, míg a MINI Plusz a kórképek élettartam-előfordulását is vizsgálja. Az 1. táblázat összefoglalja,

1. táblázat. A MINI család interjúi által felmért pszichiátriai zavarok és azok időtartama

	MINI		MINI Plusz		Gyermek MINI	
	jelenlegi	élettartam	jelenlegi	élettartam	jelenlegi	élettartam
Major depresszív epizód	x	-	x		x	x
Öngyilkos magatartás	x	x	x	x	x	x
Disztímiás zavar	x	-	x		-	-
Mániás epizód	x	x	x	x	x	x
Bipoláris I zavar	-	-	x	x	x	x
Bipoláris II zavar	-	-	x	x	x	x
Pánik zavar	x	x	x	x	x	x
Agorafóbia	x	-	x	x	x	-
Szeparációs szorongás zavar	-	-	-	-	x	-
Szociális szorongás zavar	x	-	x	x	x	-
Specifikus fóbia	x	-	x	x	x	-
Kényszeres zavar	x	-	x	x	x	-
Poszttraumás stressz zavar	x	-	x	x	x	-
Alkoholhasználat zavar	x	-	x	x	x	-
Egyéb szerhasználati zavar	x	-	x	x	x	-
Tourette zavar	-	-	-	-	x	-
Figyelemhiányos/ hiperaktivitás zavar	x	-	x	x	x	-

1. táblázat folytatása

	MINI		MINI Plusz		Gyermek MINI	
	jelenlegi	élettartam	jelenlegi	élettartam	jelenlegi	élettartam
Viselkedési zavar	-	-	-	-	x	-
Oppozíciós zavar	-	-	-	-	x	-
Pszichotikus zavar	x	x	x	x	x	x
Anorexia nervosa	x	-	x	x	x	-
Bulimia nervosa	x	-	x	x	x	-
Falásroham zavar		-	-	-	x	-
Generalizált szorongásos zavar	x	-	x	x	x	-
Fájdalom szindróma	-	-	x	x		-
Borderline személyiségzavar	-	-	x	x	x	x
Szomatizációs zavar	-	-	x	x	-	-
Hipochondriázis	-	-	x	x	-	-
Testdiszmorfiás zavar	-	-	x	x	-	-
Antiszoziális személyiségzavar	-	-	x	x	-	-
Alkalmazkodási zavarok	-	-	x	x	x	-
Premenstruális diszfória	-	-	x	x	-	-
Kevert szorongásos – depressziós zavar	-	-	x	x	-	-

hogyan a MINI család egyes moduljai mely pszichiátriai zavarokat mérnek fel, és milyen időtartamra vonatkozóan.

Az öngyilkos magatartást a MINI interjúk igen szenzitíven mérik fel élettartam és jelen (elmúlt hónapra) előfordulásra vonatkozóan is. Az interjú alkalmas az öngyilkos magatartás rizikómértékének meghatározására is. Példaként a 2. táblázat mutatja be a Gyermek MINI jelenlegi öngyilkos magatartást felmérő kérdéseit és a hozzájuk tartozó pontszámot.

Amennyiben az egyes kérdésekre „IGEN” a válasz, a kérdésnek megfelelő pontot kapja a gyermek. Nem áll fenn jelenlegi öngyilkos magatartás kockázata 0 pont

esetében, alacsony az öngyilkos magatartás kockázata 1–5 pont között, közepes 6–9 pont között, és magas 10 vagy annál több pont esetében.

4. A MINI interjúk felvétele

A MINI interjúk kérdéseit a vizsgáló olvassa fel a vizsgálati személynek. Az interjú különböző betűtípusok használatával is segíti a vizsgálatot. A nagy nyomtatott betűvel szedett részek a vizsgálónak szóló utasításokat tartalmazzák, míg a normál betűtípussal írt szöveget kell felolvasni a vizsgálati személynek. Félkövért betűk

2. táblázat. Az elmúlt hónapra vonatkozóan az öngyilkos magatartás kérdései és pontszámai a Gyermek MINI-ben

Sorszám	Kérdés	Pontszám
1.	„Kívántad azt, hogy bárcsak halott lennél?”	1
2.	„Akartál kárt tenni magadban?”	2
3.	„Gondoltál arra, hogy öngyilkos legyél?”	6
4.	„Eltervezted, hogy hogyan lennél öngyilkos?”	10
5.	„Kíséreltél meg öngyilkosságot?”	10

jelzik, hogy a kérdés milyen időtartamra vonatkozik. A vizsgálati személyek az interjú kérdéseire IGEN-nel vagy NEM-mel válaszolnak.

A Gyermek MINI használata esetén az interjú szerzőinek ajánlása szerint a 13 évesnél fiatalabb gyermekekkel az interjút minden alkalommal szüleik jelenlétében, az ő véleményüket is kikérve kell felvenni. A vizsgálat vezetője a kérdéseket a gyermeknek teszi fel, de a szülő bármikor közbeszólhat, elmondhatja véleményét. A 13 évesnél idősebbek esetében már csak a serdülő vesz részt az interjú felvételénél (Balázs és mtsai, 2004).

Az interjú elején a vizsgálónak el kell mondania, hogy milyen céllal végzi az interjút (pl. klinikai diagnosztikus kivizsgálás, kutatás), és azt is, hogy egy átfogó diagnosztikus interjú felvétele történik, aminek során a vizsgálati személy mindenféle kérdést fog kapni, melyeknek egy része nem vonatkozik rá, ne lepődjön meg ezeken a kérdéseken. Meg kell kérni, hogy a kérdésekre próbáljon meg IGEN-nel vagy NEM-mel válaszolni. Biztatni kell, hogy nyugodtan kérdezzen vissza, ha egy kérdést nem ért. Arról is érdemes tájékoztatást adni, hogy egy-egy kérdésnél a vizsgáló is lehet, hogy arra fogja kérni a vizsgálati személyt, amikor „igen” választ adott, hogy mondjon rá példákat. Ez segítheti a vizsgálót, hogy megbizonyosodjon arról, hogy amikor „igen” választ adott a vizsgálati személy, tényleg úgy értette a kérdést, ahogy az interjú szánta.

A MINI interjúcsalád szerzőinek célja volt az is, hogy a korábbiaknál rövidebb diagnosztikus interjút dolgozzanak ki, mert pl. a SCID és CIDI is több mint 500 kérdést tartalmaz, felvételük 2-3 órába telik, ami igen fárasztó annak is, akivel készül az interjú, és annak is, aki végzi (Spitzer és mtsai, 1993; World Health Organisation, 1981). A felnőtt MINI felvétele $18,7 \pm 11,6$ perc, Gyermek MINI átlagos felvételi ideje $25 \pm 15,6$ perc volt.

Szintén célja volt a MINI interjúcsalád szerzőinek, hogy azok a korábbi interjúknál rövidebb képzési idő után megbízhatóan használhatóak legyenek. A klinikusok egy rövid (pár órás) oktatást követően használhatják a MINI interjút. A klinikai tudással nem rendelkező interjúkészítőknek ennél alaposabb, hosszabb képzésre van szükségük, de rövidebbre, mint a korábbi interjúknál szükséges.

5. A MINI interjú limitációi

Semmilyen eszköz nem váltja ki a klinikai diagnosztikai munka során azt a klinikus által végzett vizsgálatot, ami a paciens esetleges tüneteinek megfigyelésén, beszélgetésen alapul. Így attól, hogy a MINI nem állít fel egy diagnózist, az fennállhat a páciensnél (álnegatív eset), illetve ha felállít a MINI egy diagnózist, nem biztos, hogy az valóban fennáll (álpozitív eset).

Bár előnye a MINI interjúcsaládnak, hogy rövid képzési idő után használható és rövid idő alatt felvehető, ebből hátránya is fakadhat, mégpedig, hogy kevésbé gondosan méri fel a pszichés zavarokat, mint azok az interjúk, amelyek alaposabb, hosszabb képzési idő után használhatóak és részletesebben mérik fel az egyes pszichés zavarok tüneteit, kritériumait.

6. A MINI interjúról összefoglalóan

A MINI interjúcsaládba tartozó interjúk olyan, gyermekekkel és felnőttekkel rövid idő alatt felvehető strukturált diagnosztikus eszközök, amelyek a pszichiátriai zavarok jelentős részét felmérik. Az interjúcsalád magyar nyelven elérhető, megbízható diagnosztikus eszköz, amely rövid képzési idő után használható. Mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatások során javasolt a használatuk a diagnosztizálás objektivizálására (a klaszifikációs rendszerek szerint teljesülnek az adott diagnózis kritériumai) és a komorbid zavarok szisztematikus

felmérésére. Előbbi esetben nem helyettesíti a klinikai vizsgálatot, de fontos kiegészítése annak, utóbbi esetben viszont módszertanilag erősebb, mintha egy kutatásból klinikus által felállított diagnózis alapján válogatnák be / zárnák ki a személyeket.

7. A MINI interjúk elérhetősége

A MINI interjúk használata copyright-hoz kötött, mely David V. Sheehan MD MBA tulajdonában áll. A MINI interjúcsaládba tartozó eszközök használatával kapcsolatban információ, illetve engedély David V. Sheehan-tól kapható e-mailen: davidvsheehan@gmail.com.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5. ed.) (DSM-5.) American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Balázs J., Bitter I., Hideg K., Vitrai J. (1998). A MINI és a MINI Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13: 160–168.
- Balázs J., Bitter I. (2000). A MINI Plusz kérdőív kritérium validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 15: 134–144.
- Balázs J., Kiss K., Szádóczky E., Bolyós Cs., Laczkó K., Szabó J., & Bitter I. (2001). A MINI Plusz és a DIS kérdőív validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16: 5–11.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, H. K., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12: 224–231.
- Robins L. N., Helzer J. E., Croughan J., & Ratcliff K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38: 381–389.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H. K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20): 22–33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H. K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12: 232–241.
- Sheehan, D. V., Sheehan, H. K., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71: 313–326.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K. et al. (1993). The PRIME-MD 1000 study: validation of a new system for diagnosing mental disorders in primary care. Presented at the Seventh Annual NIMH International Research Conference On Mental Health Problems in the General Health Section; Sept. 21, McLean VA.
- World Health Organization (1990). *The composite international diagnostic interview (CIDI)*. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2022). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders*. WHO, Geneva.



A személyiség strukturális diagnosztikájának főbb mérőeszközei

Csáky-Pallavicini Krisztina – Unoka Zsolt

1. Bevezető

A pszichés struktúra elmélete abból az alapvetésből indul ki, hogy maga a psziché bizonyos funkciókat lát el – szabályoz, dönt, emlékeket tárol és hív elő, érzelmekeket dolgoz fel –, és ezek a funkciók kölcsönhatásban vannak egymással, és valamiféle hierarchiát alkotnak. Ennek a hierarchiának a komplexitása és harmóniája több mindenben múlik, például szerepet játszanak benne biológiai adottságok, de a pszichés fejlődés során tapasztalt külső környezeti hatások is jelentősen alakítják. Fontos kiemelni, hogy a motivációs, szabályozó és védekező pszichés funkciók időben viszonylag stabil struktúrájáról beszélünk, ami bizonyos mértékig tud változni, új szabályszerűségei alakulhatnak ki, vagy régiéi íródhatnak felül (Eizirik, 2009). Rudolf az érett szelfstruktúra legfontosabb funkciójaként az önszűrészt, tárgyészűrészt, önszabályozást, az elhárításra való képességet, a kommunikációt és a kötődést nevezte meg (Rudolf és mtsai, 1995).

A pszichés struktúra elsősorban a pszichodinamikus irányzatok fontos koncepciója, mely segít meghatározni az egészségesen működő emberi lélek fogalmát. Sigmund Freud nevéhez fűződik az első pszichés struktúraelmélet, aki ösztön-ént, ént és felettes-ént azonosította kategorizálta a pszichés funkciókat (Freud, 2011). Ezzel különválasztotta a morális szabályozást (superego) és a késztetéseket, vágyakat és agressziót (id) az önszűrészt, tárgyészűrészt, érzelemszabályozást, kognitív funkciók feladatától (ego). Kernberg legfontosabb kontribúciója a struktúramodellekhez az ödipális kor előtti, kora gyermekkori pszichés struktúra leírása, melynek legfontosabb építőkövei a tárgykapcsolati diádok. A diád magában foglal egy rész-szelfreprezentációt, egy rész-tárgyreprezentációt és egy, a kettőt összekötő affektust (Caligor, Kernberg és Clarkin, 2017), melyek a kora gyermekkori ismétlődő kapcsolati élményekből származnak.

A tanulmányunkban bemutatott OPD (Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika) és STIPO (Structured Interview for Personality Organization, Személyiség Szerveződés Strukturált Interjúja) mérőeszközök a pszichoanalitikus modellből kiindulva szeretnék meg-

ragadni a betegségek lélektani okait. Alapvetésük, hogy amennyiben a fejlődés során létrejövő struktúra nem megfelelően működik, éretlen, kevésbé komplex, akkor rendszerszintű működési zavarok fogják nehezíteni a személy hétköznapijait: indulatszabályozási nehézségek, a másik személy helyes észlelésére visszavezethető kapcsolati nehézségek, pervazív önértékelési nehézségek. Ez jellemző a személyiségzavarokra. Ha azonban a már kialakult struktúra egy, legfeljebb két szűkebb funkciója szenved zavart, neurózisról beszélünk. Az OPD és STIPO legfontosabb szemléleti különbsége, hogy az első nem csupán a strukturális zavarokat, hanem a neurotikus konfliktusokat is vizsgálja, míg az utóbbi kizárólag a személyiség szerveződés (struktúra) deficitjeire és ennek pontos mintázatára fókuszál.

Fontos megjegyezni, bár tanulmányunkban hosszabban nincs módunk kitérni erre, hogy az OPD-nek 2003-ban elkészült a gyermekekre és serdülőkre kidolgozott verziója, az OPD-KJ (Operationalisierter Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche), majd 2013-ban az OPD-KJ-2 (OPD-KJ, 2013; Seiffge-Krenke, Mayer, Rathgeber és Sommer, 2013), a STIPOnak pedig megjelent a serdülőkre kidolgozott verziója (Interview of Personality Organization Processes in Adolescence, IPOP-A, Amantini és mtsai, 2012). Ezzel lehetőség nyílik a gyermek- és serdülőkorú strukturális problémák diagnosztikus felmérésére, az átmeneti krízisállapotoktól való elkülönítésére, és segítséget kaphatunk a megfelelő kezelési fókusz megragadásához. Magyar nyelven egyelőre ezek a tesztek nem elérhetők, felépítésük és működési elveik a felnőtt verziókhöz hasonlóak.

2. Az OPD célja, felépítése

Az OPD multiaxiális diagnosztikus rendszer, mely lehetővé teszi az interjú felvevője számára, hogy egy félig strukturált interjúval keresztül, öt operacionalizált tengelyen felmérje a vizsgálati személy pszichodinamikai alapkonstruktumait. Az első változatot (OPD-1) 1996-ban mutatta be az OPD-munkaközösség (Arbeitskreis OPD,

1996), 2006-ban követte az OPD-2 (OPD-Munkaközösség, 2007). Az OPD-3 2023-ban vált elérhetővé (OPD, 2023), ennek magyar verziója egyelőre nem készült el. Ebben a fejezetben az OPD 2 rendszerét fogjuk bemutatni. Az OPD rendszer célja, hogy a DSM-BNO rendszer leíró, tünetorientált osztályozási rendszerét kiegészítse egy pszichodinamikus alapokon nyugvó, operacionálizált diagnosztikus eszközzel, mely a terápia tervezésében is segítséget nyújt, és ami kutatási célokra is alkalmazható. Magyarországon 2007-ben jelent meg a manuál Harmatta János, Benkő Andrea és Tiringner István fordításában, a Lélekben Otthon Kiadó gondozásában.

A diagnosztika alapja egy 50–90 perc hosszúságú interjú, melynek felvétele klinikai gyakorlatot igényel, valamint az interjúkészítőnek részt kell vennie egy hatvanórás tréningben, ahol megismerkedik az OPD struktúrájával, és videóinterjúk megtekintésén keresztül gyakorlatot szerezhet a jelölésben. Magyarországon az OMINT Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Rehabilitációs Osztálya (Tünderhegy) akkreditált OPD képzőhelyként rendszeresen szervez OPD-2 tanfolyamokat. Az interjú felvételét vezérfonal segíti, az értékeléshez azonban az interjúkészítőnek ismernie kell az áttétel-vizontáttételi jelenségeket, használnia kell a metakommunikatív csatornák által nyert információkat, és rendelkeznie kell megfelelő önreflexióval.

2.1. A mérőeszköz bemutatása

A diagnosztikus kategóriákat négy pszichodinamikus és egy deskriptív tengely segítségével ragadhatjuk meg, melyek a következő témákat ölelik fel:

- I. tengely: A betegség élménye és a kezelés feltételei
- II. tengely: Kapcsolat
- III. tengely: Konfliktus
- IV. tengely: Struktúra
- V. tengely: A BNO-10 vagy DSM-5 szerinti tünettann

Az I. tengely („A betegség élménye és a kezelés feltételei”) a páciens tüneteivel, panaszaiával és terápiával kapcsolatos elvárásaival foglalkozik. A központi kérdés így fogalmazható meg: milyen problémák állnak fenn, és milyen erőforrások állnak rendelkezésre (Dahlbender és Tritt, 2011). A tengely újdonságát az adja, hogy a tünetek és szubjektív panaszok mellett megvizsgálja a páciens szubjektív betegségelméleteit, lát-e összefüggést panaszai és pszichés működésének vagy társas kapcsol-

atainak nehézségei közt, aminek a pszichoterápiás munka tervezésében van jelentősége (OPD-OPD-Munkaközösség, 2007). Például egy páciens arra a kérdésre, hogy mit gondol, mi áll pániktüneteit háttérében, válaszolhatja azt, hogy szerinte a hormonháztartása borult fel klimakteriális folyamatok következtében, de gondolhatja azt is, hogy fokozódó házassági konfliktusai okozzák tüneteit. A két betegségelmélet merőben eltérő terápiás elképzelést és kezelési tervet tesz lehetővé.

Ezeket a témákat ötfokú Likert-skálán mérjük fel a manuálban található rövid példák segítségével. Ha a klinikai anyag teljesen hiányzik, használhatjuk a hatodik, „nem megítélhető” kategóriát.

A II. („kapcsolat”) tengely a pszichoanalitikus kapcsolati diagnosztikán alapul. Cél az ismétlődő, tudatos vagy tudattalan, diszfunkcionális kapcsolati mintázatok felmérése (Dahlbender és Tritt, 2011). Ehhez a páciens által elmesélt kapcsolati epizódokat, valamint az észlelt áttétel-vizontáttételi történéseket értékeli az interjúkészítő először a páciens, majd a saját élményperspektívájából – ez utóbbi van hivatva a szignifikáns másik perspektíváját képviselni a kapcsolati történetben. A kódoláskor tehát négyfajta interperszonális pozíciót kell megvizsgálnunk: (1) a páciens hogyan éli meg saját magát a másikkal szemben (páciens élményperspektívája); (2) a páciens hogyan éli meg a másikat saját magával szemben (páciens élményperspektívája); (3) a másik hogyan éli meg saját magát a pácienssel szemben (szignifikáns másik élményperspektívája); végül (4) hogy a másik hogyan éli meg a páciensét saját magával szemben (szignifikáns másik élményperspektívája). Az interjúkészítő pozícióként 32, tehát egy összesen 64 tételből álló lista segítségével objektíválja a kapcsolati szituációt (OPD-Munkaközösség, 2007).

Például a páciens elmesél egy helyzetet, melyben összeveszett párjával azon, hogy a párja szerint túl sokat dolgozik, és túl keveset van a családjával. Ebben a helyzetben lehet, hogy a páciens saját magát úgy éli meg, mint egy kizsigerelt áldozatot, aki soha nem elég jó, bármennyit is teljesít és bármennyire igyekszik (szelfkép). Ezzel szemben feleségét például úgy éli meg, mint aki visszautasító és leértékelő vele szemben (tárgykép). Az interjúkészítő mindeközben igyekszik a helyzetet megérteni, és tisztázó kérdésekkel pontosabb képet rajzolni erről, de a páciens e kérdések mentén egyre inkább úgy érzi, hogy támadás alá került és hibáztatva van, ezért a kérdésekre egyre ingerültebben válaszol (kapcsolati kép, ami a verbális és nemverbális csatornákon

megfigyelhető a vizsgálati helyzetben). Ennek következtében az interjúkészítő úgy éli meg a páciens, mint aki visszautasítja őt, leértékelő vele szemben (tárgy-élmény a viszontátételben), míg saját magát tehetetlennek és fölöslegesnek érzi a kapcsolatban (szelf-élmény a viszontátételben).

A példán keresztül érzékelhető, hogy e tengely segítségével bonyolult kapcsolati dinamikák is megragadhatók és operacionalizálhatók. Végső soron komplex, cirkuláris kapcsolati folyamatok leírását célozza a kapcsolat-tengely, melyeket az OPD *kapcsolatdinamikai formulának* nevez.

A III. („konfliktus”-) tengely olyan belső konfliktusokat igyekszik megragadni, melyek hosszabb időn át fennálló motivációs ellentmondásokként írhatók le – például belső és külső elvárások, vagy tudatos, félig tudatos és tudattalan belső elvárások között –, és amelyek jelentős elhárító működést (vagyis belső pszichés erőfeszítést) igényelnek a személytől, vagy jelentősen akadályozzák az interperszonális alkalmazkodást (Dahlbender és Tritt, 2011).

A konfliktus-tengelyen az alábbi konfliktusok megítélése történik négyfokozatú skálán („nincs” – „nagyon jelentős”, az ötödik lehetőség a „nem ítélném meg”).

Individuáció vs. függőség
Alárendelőds vs. kontroll
Gondoskodás vs. önellátás
Önértékelési konfliktus
Büntudati konfliktus
Ödipális konfliktus
Identitáskonfliktus

Az OPD konfliktus-modellje háromféle állapotot különít el, melyek a feltételezés szerint egy kontinuumon helyezkednek el: a *relatív egészség állapotában* is fennállnak motivációs feszültségek és konfliktusok, azonban ezek szubklinikai szinten maradnak, tehát sem tünetek, sem egyéb zavarok nincsenek. Az a férj, aki szeretne a hétvégén horgászni menni a barátaival, de közben feleségével is töltene időt, mert keveset látták egymást hét közben, az individuáció–függőség konfliktus szubklinikai, egészséges formáját éli meg. Súlyos érzelmi megterhelés állapotában a felerősödött motivációs ellentmondások ezeknél a személyeknél is vezethetnek pszichoszomatikus zavarokhoz, ezeket alkalmazkodási zavarként azonosítanánk. Az előző példában megjelenő férj és feleség valószínűleg jelentősen na-

gyobb érzelmi megterhelést és szorongást élne át, ha a férjnek ígéretes, egyéves amerikai ösztöndíjat ajánlanának fel, míg a feleségnek szülei ápolása miatt feltétlen otthon kéne maradnia. Ezeket az aktuálkonfliktusokat el kell különíteni a már korábbi életszakaszban is jelen lévő, diszfunkcionális neurotikus konfliktusoktól, vagyis a *neurotikus zavartól*. Például ha egy társaságba keveset járó, szüleivel élő, harmincas éveit végén járó férfit külföldi kiküldetésre és előléptetésre jelöl ki nemzetközi cége, és neki ennek kapcsán pszichés tünetei alakulnak ki, akkor az életesemények alapján feltételezhető, hogy az individuáció–függőség konfliktus nem átmeneti, hanem valószínűleg hosszabb ideje fennáll, és neurotikus probléma sejtethető a háttérben. Alacsony integrált vagy dezintegrált pszichés struktúra – *strukturális zavar* – esetén nem tudunk ilyen repetitív, életvitelt meghatározó pszichés konfliktust elkülöníteni, ehelyett majdnem minden, a konfliktus-tengelyen meghatározott konfliktus-téma jellemző, a konfliktusok határai elmosódtak, nem elkülöníthetők egymástól. Ez jelzés az interjúkészítő számára, hogy a probléma elsődleges fókuszát a struktúra-tengelyen keresse.

Fontos, hogy a konfliktusok megítélését mindig az aktuális élethelyzetre vonatkoztatva végezzük (bár a személy élettörténetében gyakran fellelhető a konfliktus másik szára is), ezután kiválasztjuk a két leginkább jellemző konfliktust. Amennyiben kettőnél több konfliktus jellemző, akkor inkább konfliktussémákról beszélhetünk, és a struktúra-tengely irányába kell fordulnunk (Kotte, Bick, Benecke és Möller, 2019; OPD-Munkaközösség, 2007).

2.2. A struktúra-tengely bemutatása

A IV. tengely az OPD rendszerének struktúradiagnosztikus eszköze. Önállóan is alkalmazható, bár leggyakrabban legalább a konfliktus-tengellyel együtt ajánlott felvenni, mivel egymást kiegészítő információkat tartalmaznak, ahogy arra a konfliktus-tengely bemutatásánál is utaltunk. Alacsony struktúraszínvonal esetén a konfliktusok meghatározása nagy nehézségekkel jár, míg magasabb struktúraszínvonal mellett világosan megjelennek az egyes konfliktusok. Éppen ezért Dahlbender azt javasolja, hogy a két tengelyt közösen értelmezzük (Dahlbender és Tritt, 2011).

A struktúra-tengely célja, hogy felmérje a szelf és a külső és belső tárgyakkal való kapcsolat szabályozásában részt vevő pszichés funkciók állapotát. Ezeket

a pszichés funkciókat négy területre osztja az OPD: észlelés, szabályozás, érzelmi képességek és kötődés képessége (Kotte és mtsai, 2019; OPD-Munkaközösség, 2007).

Az interjú során az interjúkészítő mindegyik fent említett területet felméri a szelfre és a külvilágra vonatkoztatva is, tehát összesen nyolc aldimenzió segítségével ítélni meg a személyiség integráltságát. A skála a jó, közepes, alacsony és dezintegrált szinteket különíti el, melynek megítéléséhez a manuálban részletes leírás és esetpéldák segítik az interjúkészítőt. Például az *észlelés* területén megvizsgáljuk, van-e integrált, árnyalt képe a személynek saját magáról, képes-e magától vagy rákérdésre leírni saját tulajdonságait és belső jellemzőit, hogy mi különbözteti meg más emberektől, ugyanígy a *tárgyészlelés* kapcsán arra vagyunk kíváncsiak, képes-e hasonlóan integráltan, árnyaltan látni a másik embert. Ha kérdésekre sem képes saját magát egységesen leírni, a kép töredezett marad, és ellentmondásos, ha az ellentmondásokra felhívva a figyelmet sem képes a vizsgálati személy semmilyen integrációra, akkor alacsony vagy – kifejezettebb esetben – dezintegrált észlelési szintről beszélhetünk.

Például ha egy személy önmagát úgy írja le, mint valaki, aki „becsületos, igazságos, társaságkedvelő és jó humorú”, akkor vizsgálatvezetőként érzékeljük, hogy a kép viszonylag kevésbé árnyalt, inkább egy tulajdonságlistához hasonlít. A személynek nem sikerült saját magát árnyaltan, pozitív és negatív tulajdonságokkal együtt megragadnia, így legfeljebb alacsony szintűnek íránk le ezt a képességét. Az alacsony struktúraszínelvonalú személyek jellegzetessége az is, hogy nehezen, többszöri kérdésre tudnak csak egy rövid leírást adni saját magukról (vagy másvalakiről), és igyekeznek hamar témát váltani. Jellemző továbbá, hogy ugyanazzal a néhány tulajdonsággal ír le különböző embereket, ettől minden személyleírása egyforma lesz. Ezzel szemben egy jól strukturált személy például így írna le magát: „Nagyon céltudatos vagyok, ezért rengeteg energiát fektetek a munkámba, de sokszor emiatt túl is terhelődök, viszont nagy eredményeim vannak. Igyekszem másokkal jó kapcsolatot ápolni, vannak barátaim, akik fontosak nekem, például éneklek egy kórusban, ahol nagyon jól érzem magam, és szeretnek. Viszont gyakran konfrontálódok a kórusvezetővel, mert nehezen viselem, hogy autoriter módon hoz döntéseket a közösséggel kapcsolatban, és ilyenkor úgy érzem, nehezemre esik alkalmazkodni. Mások igazat adnak nekem, de mégis úgy látom, hogy főleg én vagyok, aki ezekben a konfliktusokba belekerül.” Ebben a második példában azon-

nal sokkal több érdemi információt kapunk a személyről, és azt is érzékeljük, hogy ő maga is gondolkodik saját magán, kíváncsi az ellentmondásokra, feszültségekre.

Az *ön szabályozás* keretén belül arra vagyunk kíváncsiak, képes-e a személy saját affektusait és impulzusait szabályozni, integrálni, a kellemetlen érzésektől, sérelmekről távolságot venni, tudja-e szabályozni az önértékelését. A *tárgyszabályozás* képességének felmérésekor azt vizsgáljuk, képes-e a személy a kapcsolatot megfelelőképpen szabályozni, megőrizni saját határait, és nem sérteni a másikat, intrapszichés elhárításokat alkalmazni interperszonális elhárítások helyett (OPD-Munkaközösség, 2007). Például az előző példánkban szereplő kórusba járó személy meg tudná különböztetni saját álláspontját a kórusvezetőétől, elismerve, hogy a konfliktusokban a kórusvezető szempontja is érvényes, de ettől még nehezebbre esik elfogadni és követni. Ez a felismerése pedig segítené őt a konfliktusban létrejövő indulatok szabályozásában, tehát anélkül tudna konfliktusba lépni, hogy szélsőségesé válnának az indulatai. Egy rosszul integrált vagy dezintegrált személy valószínűleg nehezen tudná egyáltalán megnevezni a konfliktust kiváltó helyzetet, a történet nehezen összerakhatóvá válna, pl. ilyen fordulatokkal: „egyszer csak a semmiből ordítani kezdett velem”, vagy „minden ok nélkül kizártak a kórusból”. Saját magát mint ágenst a konfliktusban nehezen ismerné fel.

Az *érzelmi képességek* vizsgálatánál a szelfre vonatkoztatottan arra vagyunk kíváncsiak, mennyire jönnek létre, ismerhetők fel és élhetők át a személy számára az affektusok, létrejönnek-e érzélemmel telített fantáziák, és – végül – megvalósul-e a testi szelf érzelmi átélése. A tárgyra vonatkoztatott érzelmi képességek a másik felé irányuló érzelmek detektálása, kifejezésre juttatása és az empátiaképesség. Jó integráció esetén a személy képes érzelmileg kapcsolatba kerülni a másikkal, kifejezni saját érzelmeit. A másikkal szemben együttérző, érdeklődő és empatikus, képes a kölcsönösségre, valamint az élmények megosztása mellett a másik élményében való osztozásra is. Ezzel szemben egy alacsonyan integrált vagy dezintegrált személy legtöbbször képtelen az érzések finom árnyalatait detektálni: a gyengéd pozitív és negatív érzések – mint a hála, barátságosság, megértve-lenni érzése, vagy akár a szomorúság, fájdalom – hiányoznak, helyettük heves düh, gyanakvás, ingerültség vagy pánik jelenik meg. A tárgyra vonatkoztatott érzelmi képességek integrálatlansága miatt a kapcsolatfelvétel félreértésekkel, konfliktusokkal van teli, a vizsgálatvezetőnek nagy erőfeszítéseket kell

tennie a kapcsolat szabályozása érdekében. Az empátia hiánya az érzelmi képességek dezintegrált szintjén a rendes párbeszédet is ellehetetlenítheti, mivel a másik megszólalási szándékának felismerése vagy motívumainak észlelése is nehézségbe ütközik (például annak érzékelése, hogy az interjúkészítő nem kötözködni akar egy további kérdéssel, hanem valóban mélyebben megérteni egy adott helyzetet) (OPD-Munkaközösség, 2007).

A *szelfre vonatkoztatott kötődési képesség* a belső tárgyakhoz való kötődés képességét jelenti. Alapja, hogy a személy képes legyen a fontos személyekről tárgyrepresentációkat kialakítani, majd ezeket internalizálni. E pozitív belső tárgyak segítségével tudja magát megnyugtatni, önértékelését fenntartani, érzelmileg stabil maradni. A *külső tárgyra vonatkozó kötődési képesség* kizárólag akkor lehetséges, ha rendelkezésre állnak jó belső tárgyak, ez teszi lehetővé, hogy külső tárgyakban megbízzunk. Olyan érzések megélése tartozik ide, mint az együttérzés, hála, gondoskodás, de ugyanígy a kötődésből való kibontakozás, a gyász és veszteség megéléseinek képessége is (OPD-Munkaközösség, 2007). A jól integrált személy ennek megfelelően képes a számára fontos kapcsolatokról konfliktusokon átívelően is stabil, pozitív képet fenntartani, a jó belső tárgyak pedig segítenek neki önmaga megnyugtatásában, önértéke fenntartásában. Másokkal való kapcsolatai sokszínűek, több fontos személy is van az életében, akikkel stabil kötődést hoz létre, de nem olvad össze velük. Az ezekkel a személyekkel való kapcsolata „elviseli” az időnkénti feszültségeket, ami a rugalmas és érzelmileg megtartó belső tárgyképekből következik. Az alacsony integráltság felé haladva a belső képek egyre inkább fekete-fehérek, rugalmatlanok. A másikkal szerzett negatív tapasztalatok vagy konfliktusok már nem integrálhatók ebbe a rugalmatlan képbe, így a belső tárgyak töredeztettek és ellentmondásosak lesznek. Ezek a belső tárgyak nyilvánvalóan nem lesznek alkalmasak az önmegnyugtatásra, még kevésbé tudnak segíteni stabil, teherbíró kapcsolat kialakulásában, így az alacsonyan integrált kötődési képességgel rendelkezők általában nem rendelkeznek kapcsolatokkal, vagy ha vannak is kapcsolataik, nagyon felszínesek. Míg a magasan integrált személyek a szeretet elvesztésétől tartanak, a közepesen integráltak a másiktól való elszakadástól, addig az alacsonyan integrált személyek a gonosz tárgy általi – vagy a jó tárgy elvesztése általi – megsemmisüléstől, a dezintegrált pedig az összeolvadás általi megsemmisüléstől. Ebből jól leolvasható, hogy míg a magasabban integrált személyek számára az elszakadás

a fenyegető, az alacsonyabban integráltaknál egyre inkább éppen a kapcsolódás (OPD-Munkaközösség, 2007).

2.3. A struktúra-tengely pszichometriája

A IV. tengely konvergens validitását mutatja, hogy megfelelően korrelál a Borderline Persönlichkeits-Inventarral (BPI, angolul Borderline Personality Inventory) ($r = 0,53$), és bár Spitzer és munkatársai a közepes és alacsony integrációs szint között nem találtak megfelelő megkülönböztetést (Benecke és mtsai, 2009; Spitzer, Michels-Lucht, Siebel és Freyberger, 2002), az Inventory of Personality Organisation-kérdőívvel (IPO) erős ($r = 0,54$) korrelációt találtak (Benecke és mtsai, 2009), és a Structural Interview of Personality Organisation-nel (STIPO) szintén erős ($r = 0,68$) korreláció volt mérhető (Doering és mtsai, 2014). A IV. tengely inter-rater reliabilitásának vizsgálatkor az értékelők ugyanazokat a videóra rögzített interjúkat értékelték egymás után, majd összehasonlították a gyakorlott értékelők eredményeit ($\kappa = 0,83$) a gyakorlatlan értékelőkével (egyik értékelőpár közötti súlyozott kappa érték $\kappa = 0,68$, másik értékelőpár közötti súlyozott kappa érték $\kappa = 0,66$) (Benecke és mtsai, 2009), hasonló eredményre jutott Zimmermann saját vizsgálatában (gyakorlott értékelők: $\kappa = 0,71$, diákok: $\kappa = 0,55$) (Zimmerman és mtsai, 2012), tehát megállapítható, hogy gyakorlatlan felvétel esetén is megfelelő eredményeket kapunk, azonban gyakorlott vizsgálók alkalmazásával ez jelentősen javítható. Doering tapasztalt értékelőkkel végzett vizsgálatában $\kappa = 0,79$ eredményt kapott (Doering és mtsai, 2014). A IV. tengely reliabilitása is megfelelő ($\kappa = 0,71$) (Cierpka és mtsai, 2007).

3. A STIPO célja, bemutatása

A STIPO (Clarkin, Caligor, Stern és Kernberg, 2004) az Otto Kernberg által kidolgozott „strukturális interjú” operacionalizált formája. A strukturális interjú klinikai interjú, ami Kernberg tárgykapcsolat-elméletén alapul (Kernberg, 1984), és célja, hogy a pszichoterapeuta a terápia kezdetén az interjú vezérfonalán végighaladva felmérje a személyiségstruktúra működését. A struktúraszínvonal megítéléséhez Kernberg szerint három én-funkció vizsgálata elengedhetetlen: ezek az identitás integráltsága, ezzel összefüggően az elhárítások színvonala, és a realitásvizsgálat megtartottsága. Integrált

identitás, magasabb színvonalú elhárító mechanizmusok és jó realitáskontroll esetén neurotikus személyiség-szerveződésről, identitásdiffúzió és alacsony szintű elhárító mechanizmusok, de megtartott realitáskontroll esetén borderline személyiség-szerveződésről beszélünk. Ez utóbbi magában foglalja szinte az összes személyiségzavart. Pszichotikus személyiség-szerveződés esetében az identitásdiffúzió és az éretlen elhárítómechanizmusok mellett a realitáskontroll sem intakt. Kernberg elmélete szerint a személyiségzavarok pszichoterápiájának középpontjában az identitásdiffúzió (és az ehhez kapcsolódó primitív elhárító működés) gyógyítása kell hogy álljon, és ehhez szükséges, hogy a diagnosztika ezeket az intrapszichés működéseket részletesen, a teljes intrapszichés és kapcsolati működésre vonatkozóan pontosan felmérje (Kernberg, 1984; Kernberg és Caligor, 2005).

A strukturális interjú operacionalizálásának igénye elsősorban a kutatás irányából merült fel. A STIPO első verziója 2004-ben jelent meg (Clarkin és mtsai, 2004), a rövidített, 55 kérdéses verzió 2019-ben, a jelenlegi verzió 2021-ben (Clarkin, Caligor, Stern és Kernberg, 2021). Elméleti háttere teljes mértékig a kernbergi alapokra támaszkodik, a három alapidimenziót (identitás, elhárítások és realitásvizsgálat) kiegészíti három további dimenzióval, a tárgykapcsolatok minősége, az agresszió és a morális értékek dimenziókkal. A vizsgálat felvételéhez ajánlott a klinikai tapasztalat, és a felvétel előtt oktatásra van szükség (Clarkin és mtsai, 2004; Hörz és mtsai, 2010).

3.1. A STIPO szerkezetének bemutatása

A STIPO 100 kérdésből álló, körülbelül másfél óra alatt felvehető kérdőív. 2019-ben megjelent a STIPO-R, ami egy 55 kérdésből álló rövidített verzió, melynek magyar validálása folyamatban van. Ebben a fejezetben a STIPO-R-t fogjuk bemutatni.

A STIPO-R 5 dimenziót mér, amik aldimenziókra oszlanak az alábbiak szerint (a harmadik, „elhárítások” dimenzió két fejezetre van osztva):

1. rész: Identitás – 15 tétel

Energiabefektetési képesség – 4 tétel (1–4)

Szelfélmény – koherencia és folytonosság – 7 tétel (5–11)

Tárgyreprezentáció, jelentős mások reprezentációja – 4 tétel (12–15)

2. rész: Tárgykapcsolatok – 15 tétel

Interperszonális kapcsolatok / Barátságok – 4 tétel (16–19)

Intim kapcsolatok és szexualitás – 5 tétel (20–24)

Kapcsolatokba való bevonódás – 6 tétel (25–30)

3. rész: Archaikus, „primitív” elhárítások – 6 tétel (31–36)

4. rész: Érett elhárítások – 4 tétel (37–40)

5. rész: Agresszió – 9 tétel

Önmaga felé fordított agresszió – 4 tétel (41–44)

Mások felé fordított agresszió – 5 tétel (45–49)

6. rész: Morális értékek – 6 tétel (50–55)

Emellett kapcsolódik hozzá egy 11 tételből álló narcizmus-skála, ami a már felvett tételek közül emel ki 11, a narcisztikus személyiség-szerveződés szempontjából jelentős kérdést.

3.2. A felvétel menete

Az interjúkészítő megelőzően oktatásban vesz részt, ami – amennyiben kutatáshoz szeretné alkalmazni – videóra vett interjúk pontozását is magában foglalja. Jobb eredmények várhatók klinikai munkában gyakorlott szakemberektől. A vizsgálat felvétele 50–90 perc. Klinikai munkában egyes skálák önmagában történő alkalmazása is megalapozott lehet, például jól beilleszthető az első interjú folyamatba a morális értékek dimenzió kérdéseinek alkalmazása az esetleges pszichopatiás vonások felmérésére.

A vizsgálat felvételekor az interjúkészítő arra kéri a válaszadót, hogy a kérdéseket az elmúlt öt évre vonatkoztatva válaszolja meg, majd meghatározott kérdéseket tesz fel meghatározott sorrendben, majd további kérdésekkel facilitálja, hogy megkapja az adott válasz megítéléséhez szükséges információkat, például kéri a válaszadót, hogy mondjon konkrét példát az életéből.

Például az identitás-dimenzió első aldimenziója az energiabefektetési képesség. Első kérdésünk: „Mennyire hatékony a munkájában?” A manuál pontosan meghatározza, milyen információkat kell feltérképeznie az interjúkészítőnek, hogy pontozni tudja a választ: teljesítményértékelések, fizetésemelések, elismerések után kell érdeklődnie, illetve hogy képes-e megélni a keresetéből. A válaszok alapján 3 fokú skálán kell megítelnünk a válaszadót:

0: Önmagát hatékonynak látja a munkában; a képességeinek megfelelően dolgozik, a végzettségéhez illő munkakörben.

1: Önmagát az optimálisnál kevésbé látja hatékonynak; a munkája alatta marad a képességeinek vagy a tanulmányi szintjének.

2: A munka területén mutatkozó jelentős vagy súlyos probléma: önmagát nagyrészt vagy teljes egészében eredménytelennek éli meg, és/vagy a képességéhez és végzettségéhez mérten jelentősen alacsonyabb szintű területen vagy munkakörben dolgozik.

Megadható egy 9-es válaszlehetőség is, arra az esetre, ha a kérdés az elmúlt évben nem meghatározó.

A munkával további 3 kérdés foglalkozik, és minden kérdésnél hasonló módon meg van adva, milyen információkat kell begyűjtenie az interjúkészítőnek ahhoz, hogy el tudja dönteni, hogy az adott kérdéshez megfogalmazott 0, 1, 2 válaszok melyikét fogja választani.

Az interjú végén összegezzük a válaszokat, és kirajzolódik egy profil, ahol leolvasható, melyik dimenzióban melyik válaszcímű van túlsúlyban (0 – neurotikus, 1 – magasan funkcionáló borderline személyiség-szerveződés, 2 – alacsonyan funkcionáló borderline személyiség-szerveződés).

Vizsgálat során az interjúkészítő kérdéscsoportonként megválaszolja saját maga is egy 1–5-ig terjedő skálán, hogy az ő klinikai megítélése szerint az adott kérdéscsoportra adott válaszok milyen színvonalúak.

3.3. A STIPO pszichometriája

A STIPO belső konzisztenciája Stern mérése alapján az identitás tartományra $\alpha = 0,86$; a primitív elhárítások tartományra: $\alpha = 0,85$; a realitásvizsgálat tartományra $\alpha = 0,69$ (Stern és mtsai, 2010). A német eredmények ehhez hasonló eredményeket hoztak – identitás: $\alpha = 0,93$; tárgykapcsolatok minősége: $\alpha = 0,88$; primitív elhárítások: $\alpha = 0,88$ (Doering és mtsai, 2013). Az inter-rater reliabilitás Stern vizsgálatában az identitás tartományra 0,96; primitív elhárítások tartományra 0,97; a realitásvizsgálat tartományra 0,72 (Stern és mtsai, 2010). A STIPO erős együtt járást mutat az OPD-1 által mért személyiség-szerveződés általános szintjével, az egyes konstruktumokat vizsgálva pedig az identitás és a primitív elhárítások szorosan korrelálnak a személyiségzavar--tünetekkel, a Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personalityvel mérve, valamint a Buss-Durkee Inventoryval mért agresszióval.

4. Összefoglalás

A személyiségstruktúra felmérése egyre jelentősebb szerepet foglal el a klinikai munkában és a kutatásokban, utóbbi időben a szervezeti kultúra világában is. Annak megítélése, hogy egy adott személynél konfliktusalapú vagy struktúraalapú problémáról beszélünk, alapvetően határozza meg a diagnózis felállítását és a beavatkozás megtervezését, akár gyógyszeres, akár pszichoterápiás kezelésben gondolkodunk. A személyiségstruktúra összcímű szintvonalának és az egyes funkcióiban megfigyelhető deficiteknek a vizsgálata új utakat nyit egy jóval differenciáltabb, színvonalövezetekben gondolkodó diagnosztikus látásmód felé. Figyelemre méltó, hogy a személyiségzavarok legújabb diagnosztikai rendszereiben (DSM-5, BNO-11) megjelent, a strukturális szempont-hoz nagyban hasonlító, a személyiség funkcionalitását (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) vagy a személyiségzavar súlyosságát (BNO-11, World Health Organization, 2020) mérő tengely szoros összefüggést mutat Kernberg (Natoli, 2019) személyiség-szerveződésre vonatkozó strukturális modelljével és a STIPO-R-rel mért súlyossági fokokkal (Bach és Simonsen, 2021). A személyiség strukturális szervezetségi fokai fontos prediktorai lehetnek a betegség hosszú távú lefolyásának, illetve a kezelés tervezésekor a személyiség szerveződésének szintje meghatározza, hogy milyen típusú terápiát érdemes választani, illetve hogy milyen hosszú terápia várható az adott személynél. A STIPO-val mért súlyossági szintekre, valamint az áttétel-fókuszú, a mentalizációalapú, a dialektikus viselkedésterápiára és a sématerápiára vonatkozóan részletes iránymutatások találhatóak Bach és Simonsen cikkében (2021).

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Amantini, M., Fontana, A., Clarkin, A., Clarkin, J., Nicolais, G., & Kernberg, O. F. (2012). Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry*, 2: 36–45.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual*. (5. ed.) American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Bach, B., & Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of

- personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1): 54–63.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., & Doering, S. (2009). First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(1): 84–96.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2017). *Magaszan Szervezett Személyiségzavarok Pszichodinamikuss Pszichoterápiájának Kézikönyve*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology*, 40: 209–220.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript. New York, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2021). *Structured Interview of Personality Organization-Revised*. Unpublished manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York.
- Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2011). Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Psychotherapie*, 16: 28–39.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., ... Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 210.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., ... Schneider, G. (2014). Assessment of Personality Functioning: Validity of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis Axis IV (Structure). *Psychopathology*, 47: 185–193.
- Eizirik, C. (2009). Psychic Structure and Identity in a Globalising World. *Int. Forum Psychoanal.*, 18(4): 196–201.
- Freud, S. (2011). *Az Ösvalami és az Én*. Belső Egészség Kiadó, Budapest.
- Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N. D., Buchheim, P., & Doering, S. (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(2): 136–149.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University, New Haven.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (eds.): *Major theories of personality disorder*. Guilford Press, 114–156.
- Kotte, S., Bick, E., Benecke, C., & Möller, H. (2019). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Arbeitskontext. *Organisationsberatung Supervision Coaching*, 26: 67–83.
- Natoli, A. P. (2019). The DSM's Reconnection to Psychoanalytic Theory through the Alternative Model for Personality Disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(6): 1023–1045.
- OPD-KJ, A. (2013). *OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, Grundlagen und Manual*. Hueber Verlag, München.
- OPD-Munkaközösség (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikuss Diagnostika OPD-2*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- OPD, A. (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)*. Bern, Verlag Hans Huber.
- OPD, A. (2023). *OPD-3 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., ... Schwarz, F. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 4(3): 197–212.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Rathgeber, M., & Sommer, T. (2013). Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Hilfe bei Indikation und Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 58: 6–14.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U., & Freyberger, H. J. (2002). On the validity of the axis „Structure” of operationalized psychodynamic diagnostics. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(3): 299–312.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critsfield, K. L., S., H., Mac Cornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 99: 35–44.
- World Health Organization (2020). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*.
- Zimmerman, M., N., G. J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Morgan, T. A. (2012). Does the diagnosis of multiple Axis II disorders have clinical significance? *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(3): 195–201.

2. fejezet

A projektív személyiségmérés eszközei



„Röntgenfelvétel” a pszichéről: A projektív próbák általános jellemzői

Reinhardt Melinda¹

A projektív tesztek elsősorban a klinikai gyakorlatban alkalmazzák a személyiség egyes működésmódjainak (pl. kontrollfolyamatok, rugalmasság, érzelem- és indulatkezelés, önreflexió), az énejlődés/énejllettség (pl. éneintegritás, realitáskontroll) és a tárgykapcsolati fejlődés/fejllettség, valamint az előbbiekkal is összefüggésben a pszichopatológiai jelenségek, azaz a pszichés tünetek feltárására. A projektív próbák a strukturált pszichodiagnosztikai interjúk, a papír-ceruza tesztek, a teljesítmény- és a neuropszichológiai tesztek mellett a klinikum – számos esetben kvantifikált pszichometriai – vizsgálóeljárásai közé tartoznak. Működési elvként jelentősen eltér a kérdőíves és a képességvizsgálatoktól.

A projektív tesztek alaptechnikája a freudi *szabad asszociáció*, amivel céljuk a tudattalan vagy tudatközei tartalmak – vágyak, célok, szükségletek, félelmek, konfliktusok, attitűdök – feltárása (Leichtman, 2004). Az asszociációk *projekciós* mechanizmusokon alapulnak. A projekciót alapvetően nem elhárító mechanizmusként, hanem természetes, mindennapos humán folyamatként kell felfogunk: a projektív tesztekben intrapszichés tartalmak – szándékok, késztetések, érzelmek, indulatok, feszültségek, internalizált viselkedési és gondolkodási minták – vetülnek ki (Leichtman, 2004). Természetesen lehetséges, hogy a projekciós folyamat során olyan belső tartalom kerül felszínre, amely a személy számára elfogadhatatlan, s így a projekció hozzásegíti belső feszültsége csökkentéséhez. Ekkor a projekciót már elhárító mechanizmusként értelmezhetjük. Az ún. elhárító projekció során a válaszadó úgy szabadul meg – időlegesen – belső tartalmaitól, hogy magában el nem ismert attitűdöket, tulajdonságokat, érzéseket projektál más felületre, miközben úgy értékeli, hogy azok nem belőle erednek (Lindzey, 1961). Példa lehet erre a működésmódra, amikor egy projektív tesztre adott válaszhoz valaki azt is hozzáfűzi, „még szerencse, hogy én nem ilyen vagyok”. A belső tartalom kivetült, ezzel a feszültségredukció megtörtént, de mindez olyan – véde-

kező – formában, amelyben a személy az intrapszichés megélést negálta, elfojtotta, bár az kerülő úton, az elhárító projekció során mégis teret nyert.

A projektív tesztek a projekciót *ingeranyagok* viszonylagos *strukturálatlanságával* facilitálják. Úgynevezett szuboptimális, azaz nem egyértelmű ingereket adnak. A többértelmű ingerinformáció szabadabb, kötetlenebb válaszadást tesz lehetővé, ezáltal csökkenti az elhárításokat, egyben kedvez az individuális értelmezésnek (Frank, 1939). A projektív tesztek *instrukciója* is ehhez igazodik: a lehető legkevésbé kíván befolyásoló lenni, ilyen értelemben a *minimalizmusra törekszik*. Mivel nincsen egyetlen („jó” vagy „rossz”) válasz, az észlelésben az egyéni specifikumok kerülhetnek előtérbe, mindaz, ami a képzetáramlásban aktuálisan megjelenik. A tesztanyagok észlelését és így az arra adott választ részben a válaszadó belső hiányállapotai, motívációi, feszültsége vezérlik. Ugyanakkor a választokat nem pusztán a jelen motívációs rendszere formálja, azokban a személy addigi élete során szerzett tapasztalatai s így egész személyisége megjelenik (Frank, 1939). Ez az *appercepció* mechanizmusa: az aktuális és a múltbeli tapasztalatok sajátos transzformációja egy új észlelési egységet alkot (Leichtman, 2004). Az apperceptív reakciók, illetve adott esetben apperceptív torzítások a projektív tesztek képlékeny, többértelmű ingeranyagában könnyebben megragadhatóak. A válaszadó értelmezéseiben adaptív vagy maladaptív szokásai, személyiségvonásai, egészséges vagy egészségtelen érzelmszabályozási stratégiái, gátlásai, jellemző viselkedésmódjai csapódnak le. A projektív tesztanyagban ezeket a *modellreakciókat keressük*. A *projektív tesztek* tehát a személyiségműködés meghatározóit, a *személyiség pszichodinamikáját vizsgálják* (Leichtman, 2004).

A projektív technikákban a fentiekén túl közös az is, hogy egy feladathelyzetben valamilyen formában kreatív reprezentációra, *egyéni válaszokra sarkallnak*, például egy történet kitalálására, egy kép megrajzolására,

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

egy metafora megalkotására (Leichtman, 2004). Az egyes eljárások azonban különböznek a közvetítő közegükben (pl. nyelvi vagy vizuális alap), illetve abban is, hogy milyen tág válaszokat engednek meg (pl. a Rorschach-tesztben bármire asszociálhat a személy, míg az elvárásolt állatcsalád rajzban állatokra). A projektív tesztek közös jellemzőjeként kell kiemelnünk továbbá azt, hogy a *teszt*, azaz a vizsgálatvezető *szándéka a vizsgálati személy számára ismeretlen* (White, 1944). Ezt segíti elő a tesztbatteria jellemzőin kívül az instrukció minimalizmusa is. Példaként: míg egy depresszív tüneteket mérő klinikai becslőskála esetében a kitöltő számára egyértelmű lehet, hogy a teszt a negatív hangulatát és az azzal összefüggő jelenségeket (pl. motiválatlanság) méri fel, addig – bár a projektív tesztek közül több is leképezi a depresszív jellemzőket – a projektív próbák esetében a laikus személy nem tudja beazonosítani, hogy mely tesztjellemező utal depressziós folyamatokra.

A projekció és az appercepció mechanizmusai mellett a projektív tesztek bizonyos szerzők szerint a képzelet, illetve a kognitív folyamatok felmérésének eszközei is. Kezdetben a projektív tesztek a fantázia és a kreativitás tanulmányozására szánták (pl. Dearborn, 1898), de később is (pl. Piotrowski, 1950 a Rorschach-teszt kapcsán) fel-felbukkant ez a nézet. Gyakran maguk a vizsgálati személyek is azt feltételezik a projektív tesztek esetében, hogy azok a fantáziájukat és a kreativitásukat mérik fel. Kétségtelen, hogy a fantázia a legtöbb projektív tesztben valamilyen módon szerepet játszik, ennek súlya, jelentősége azonban tesztenként változik (Leichtman, 2004). A Rorschach-tesztben vagy egy szabadrajz-tesztben nagyobb szerepet kap, mint például a Képes Frusztrációs Tesztben (Picture Frustration Test; PFT). Végül azt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a projektív tesztanyagra adott válaszokban a válaszadó észlelési (percepció), gondolkodási, emlékezeti, egyszóval kognitív műveleteinek jellemzői is szerepet kapnak (Exner, 1986). Tulajdonképpen mindegyik projektív feladatban egy problémát kell megoldani kognitív tevékenységek segítségével, így a projektív tesztek a kognitív torzítások felmérésére is alkalmasak (Leichtman, 2004). Például a Rorschach-tesztben a legtöbb különleges reakció ilyen mentális torzításokat képez le.

A projektív válaszfolyamat többféle elméleti keretben is értelmezhető jelenség (Hilsenroth, 2004). A projektív tesztek interpretációja alapvetően a *pszichodinamikus gondolkodási modellen* alapul, amely a pszichét

érő, de tudattalanná vált hatás, valamint a pszichés tünet között oksági kapcsolatot feltételez (Hilsenroth, 2004). A lelki természetű ok (pl. ambivalens kötődés, tudattalan vágy) és a pszichopatológiai kimenet (pl. acting-out viselkedés, erős szorongás, ruminatív gondolkodás, elalvási nehézség) között közvetlen összefüggést gondol. Ez azt is implikálja, hogy a tudattalan konfliktus, vágy vagy hatás a projektív tesztekre adott válaszokban is megjelenik, de nem egy az egyben leképeződve, hanem *szimbolikusan*, azaz áttételesen. A tesztprodukumban analógiásan tehát megjelenik a pszichés konfliktus okozta pszichopatológiai tünet. Ennek megfelelően számos projektív tesztet pszichoanalitikus szerzők dolgoztak ki. Magát a projektív teszt kifejezést is egy pszichoanalitikus szerző, Laurence K. Frank adta 1939-ben a személyiség vizsgálatáról írt átfogó, a *The Journal of Psychology*-ban megjelent cikkében. Frank (1939) és a pszichoanalitikus tesztfejlesztők úgy vélték, hogy a *projektív tesztek* a pszichodinamika megragadásával a személyiségműködés meghatározóit, a személyiség szerveződését, ezáltal *az egész személyiséget tárják fel*. A projektív tesztek kifejlesztésének klasszikus korszaka ennek megfelelően a 20. század első fele volt.

A projektív válaszfolyamatot a pszichoanalitikus paradigmán túl további elméleti keretekben is konceptualizálták. Az *egopszichológia nézőpontjából* a projektív tesztek az énvédelmi (elhárító) mechanizmusok működését tárják fel (pl. Rapaport, 1952; Bellak és Abrams, 1997), míg a *tárgykapcsolat-elméletek* a projektív tesztanyagban a korai kötődéssel kapcsolatos élmények, emlékek áttételes lecsapódásait, a közeli kapcsolati reprezentációk minőségét keresik, azokat a munkamodelleket, amelyeket a személy saját énjéről és a számára fontos másokról alkotott (pl. Bowlby, 1980). Mayman (1968) szerint ezek a reprezentációk befolyásolják a személyiség legfőbb aspektusait. Az *észleléselmélet* szerint a projektív próbák eredményeiből a perceptuális-kognitív stílusra is következtethetünk (pl. Exner, 1996), azaz arra, hogy olyan belső tényezők, mint a motivációk vagy személyiségvonások milyen hatással bírnak a személy észlelésére. Mivel a projektív tesztanyag fokozottan strukturálatlan, szorongást kelt. Ennek nyomán a projektív tesztek rávilágíthatnak arra is, hogy a válaszadó milyen mértékű, jellegű szorongást milyen hatékonyan, milyen elhárításokkal képes kezelni (Leichtman, 2004). A projektív anyagot a *kognitív perspektívából* is értelmezhetjük. Ez a keret szintén a projektív teszthelyzet bizonytalanságából indul ki, abból, hogy a személynek nincsen elegendő információja a helyzet

értelmezéséhez (pl. pacákat mutatnak vagy egy fehér lapot adnak neki), mégis valamilyen választ kell adnia egy meglehetősen körvonalazatlan feladathelyzetre. Ebben a szemléleti keretben a projektív tesztek a válaszadó alkalmazkodási képességét mérik fel.

A projektív tesztek lelkes alkalmazói és kritikusai között a kezdetektől vita van az ilyen típusú mérőeszközök *előnyeiről és hátrányairól*. A projektív eljárások gyakran felhozott gyengeségei a más típusú tesztekhez (pl. klinikai becslőskálák) képest az alacsonyabb megbízhatóság és érvényesség, a kontextuális tényezők tesztválaszokra gyakorolt fokozott hatása, valamint az egyértelmű pontozási rendszer hiánya az egyes reakciók kiértékelésében (Kline, 1993). A projektív tesztek alapvetően kvalitatív eljárások, de számosat közülük kvantifikáltak is, azaz a szimbolikus-tartalmi elemzés mellett számszerűsíthető mutatókat, illetve sztenderdek is kialakítottak azok kapcsán. A projektív tesztek használata azonban – számos projektív mérőeszköz sztenderdizálása ellenére – nem biztosít teljes mértékben egzakt kiértékelést és értelmezést, azaz nem felel meg bizonyos empirikus kritériumoknak. Kiértékelésük a legtöbb esetben hosszabb időt, jelentősebb humán szakértői erőforrást igényel, így költséghatékonyságuk is – látszólag – alacsony. A számos jogos érv ellenére, amelyeket a projektív tesztek használatával szemben fel lehet hozni, a projektív tesztek mégsem vesztek ki az elmúlt több mint száz évben a pszichológiai eszköztárból. Annak a legfőbb háttéré, hogy miért őrzik helyüket és szerepüket a személyiségvizsgálatban és a klinikai gyakorlatban, éppen az ilyen tesztekben adott feladat jellegében rejlik: a projektív tesztek azokra az alapvető folyamatokra összpontosítanak, amelyek az emberi létezésben ősidők óta a legalapvetőbbek, azaz a legbelső egyéni érzések, gondolatok, vágyak, fantáziák kifejezésére (Leichtman, 2004). Bár új projektív tesztek jelennek meg, s a régebbiek kiértékelése is változhat (ld. pl. a Rorschach-teszt esetében a Performance Assessment System [R-PAS] tesztfelvételi és kiértékelési rendszert), az emberi elme feltárása, mint a pszichológia alapcélja, a projektív módszerekkel mélyebben, részletesebben, átfogóbban valósulhat meg. Önmagában egyik tesztelési metódus sem képes mindenre kiterjedő képet adni a pszichodiagnosztikai folyamatban. *A projektív eljárások – a strukturált diagnosztikai interjúk, a papír-ceruza tesztek és a teljesítménytesztek mellett, azokat kiegészítve – hatékonyan képesek a klinikus munkáját segíteni, a megszerzett információkat mélyíteni a személyiség szervezetségéről, alkalmazko-*

dásáról, kapcsolati mintáiról, környezethez való viszonyáról, valamint az egészséges és a patológiás működés módok jelenlétéről.

A projektív tesztek egy heterogén kategóriát képeznek, ennek megfelelően az egyes projektív technikák nemcsak közös ismérvekkel, hanem eltérésekkel is jellemezhetőek. Különböznek például abban, hogy mennyire átfogóan írják le a személyiséget. A Rorschach-teszt, a Tematikus Appercepciók Teszt (TAT) és a tízprofilos Szondi-teszt ebben a tekintetben vezető szerepet töltenek be a projektív tesztelésben. A Metamorfózis teszt és a Jung-féle szóasszociációs teszt valamivel szűkebb területre fókuszálnak: előbbi motivációs tesztként a személyiségfejlődés irányát és gátló tényezőit tárja fel, utóbbi szintén a személyiségalkulás gátjait, a jungi értelemben vett komplexusokat azonosítja. A PFT a személyiségműködés egy specifikus tényezőjét, az indulatkezelést térképezi fel. A projektív rajztesztek széles palettáján számos átfogó (pl. szabadrajz, emberrajz, farajzok) s még annál is több specifikus rajzteszt (pl. ember az esőben rajz, kinetikus munkahelyrajz, projektív útrajz) található. A projektív tesztek a standardizáltságuk, pszichometriai jellemzőik (pl. képzett, számszerűsíthető mutatók) terén is jelentős eltéréseket mutatnak. Az egyik legtöbbet vizsgált és legjobban számszerűsített teszt a Rorschach-próba (Weiner, 2004), amit a PFT és a Szondi-teszt követ. A TAT esetében is számos mutatót alakítottak ki, de pszichometriailag ezek kevésbé kimunkáltak. A Metamorfózis teszt és a Jung-féle szóasszociációs teszt inkább tartalmi-szimbolikus elemzésre alkalmas. A projektív rajztesztek – mivel egy szerteágazó csoportot alkotnak – vegyes képet mutatnak e tekintetben is: leginkább kvalitatív elemzésük van az előtérben, de vannak olyan tesztek (pl. Hatvan másodperces rajzteszt), amelyek kvantitatív értelmezése is részleteiben kidolgozott. Ez utóbbiban éppen Vass Zoltán (2006; 2011) jár világviszonylatban is élen.

A projektív tesztek használata, különösen pedig *értelmezése* a fentieket figyelembe véve *speciális szakértelemhez kötött*. Nem elegendő a szakpszichológusi végzettség, amellyel az adott projektív teszt elsajátítása is szükséges vagy a (szak)pszichológusi, vagy a teszt tulajdonosa által szervezett képzés részeként, hiszen adott projektív tesztben a tudattalan tartalom sajátos, szimbolikus módon jelenik meg (MPT Tesztbizottsága, 2015).

A projektív tesztek különböző nagyobb csoportokba sorolhatjuk. Beszélhetünk (1) feltértelező eljárásokról, ilyen például a Rorschach-teszt. Ide sorolhatók

a (2) képről való történetmesélés technikái (pl. TAT), a (3) szóasszociáción alapuló módszerek (pl. Jung-féle szóasszociációs teszt), a (4) mondat- vagy történetbefejezési technikák (pl. PFT), a (5) kártyarendezési és -választási projektív tesztek (pl. Szondi-teszt) vagy a (6) képi kifejezéspszichológia projektív rajztesztjei (Lindzey, 1959). Végül ki kell emelnünk a speciális, az előbbi nagy kategóriákba egyértelműen nem behelyezhető teszteket, ilyen például a Metamorfózis teszt. A projektív próbák feldolgozási alapmechanizmusait tekintve pedig (1) asszociációs technikákról (pl. Rorschach-teszt, szóasszociációs tesztek), (2) konstrukciós módszerekről (pl. történet megalkotása kép alapján), (3) kitöltéses technikákról (pl. mondatbefejezés), (4) választási vagy rendezési technikákról (pl. Szondi-teszt) és expresszív eljárásokról (pl. exploratív játék, projektív rajzok) beszélhetünk (Lindzey, 1961). Az említett kategóriák azonban sok esetben átfednek (Leichtman, 2004).

A Rorschach-teszt, a TAT, a PFT és a Szondi-teszt standard vizuális ingerekkel dolgoznak, így a választási folyamatban lényeges szerepe van a látási feldolgozásnak. Ezt követi annak verbális transzformációja. Azonban míg a Rorschach-tesztben a képi inger a legkevésbé strukturált, addig a TAT-ban és a PFT-ben ez a strukturáltság kifejezettebb, a Szondi-tesztben pedig valaha élt konkrét személyek fényképeit kapja ingerként a válaszadó. Az instrukció szerint a képi ingert a TAT esetében hosszabb narratívában, míg a PFT-ben néhány szavas, rövid mondatokban szükséges a vizsgálati személynek „dekódolnia” (Jambrik és mtsai, 2022). A Rorschach-teszt esetében erre irányuló utasítást nem adunk. A Szondi-tesztben pedig a bemutatott vizuális ingerekről a személynek azt kell eldöntenie, hogy azok szimpatikusak vagy ellenszenvesek a számára. A Metamorfózis teszt és a Jung-féle szóasszociációs teszt esetén az ingeranyag a hallási észlelésen alapul, s az auditív ingerekre kell a vizsgálati személynek az előbbi esetben egy-két mondatos választ, utóbbiban egy-egy szót asszociálnia. A projektív rajztesztek esetében – különböző témák (pl. szabadrajz, családrajz, szörnnyrajz) mentén – maga a vizsgálati személy hoz létre, alkot meg képi anyagot, azaz különböző eszközök (pl. grafit, színes ceruza, filctoll) segítségével nyomot hagy a papíron. A projektív tesztek ingertípusfajtaát (vizuális, motoros, vizuális-motoros) és azok eltérő feldolgozásának hatásait Jambrik és munkatársai (2022) összegzik Finn (1996; 2012) modellje alapján. Érdemes még a projektív teszthelyzet bizonytalansága okozta feszültség szerint is elhelyezni a különböző projektív mérő-

eszközöket (Nemes, 1968). A legrejtettebb formában ez a feszültség a Rorschach-teszt tintapacáiban és a Szondi-tesztben nyilvánul meg e tesztek céljának a válaszadó előtti ismeretlensége miatt. Bár az előbbiben a tesztbatéria alig strukturált, az utóbbiban pedig fokozottan, de egyik teszt esetében sem tudják megmondani a laikus vizsgálati személyek, hogy azok pontosan mit és hogyan mérhetnek fel. A TAT, a Metamorfózis teszt és a projektív rajztesztek legtöbbszörénél vagy a tesztanyag (pl. kapcsolati konfliktust felmutató kép), vagy az instrukció sajátosságai (pl. családrajz) miatt a válaszadónak lehetnek sejtései, képzetei arról, minek a felmérésére irányulhat a teszt. A bemutatott projektív tesztek közül az emberi kontaktusokat és konfliktusokat közvetlenül bemutató volta miatt a PFT-ben lehet a legfeltűnőbb a teszthelyzet okozta stresszválasz.

Összefoglalva, a *projektív tesztek a személyiség átfogóbb megértéséhez járulnak hozzá*: a pszichológiai mérésben a multitrait-multimethod megközelítés (Campbell és Fiske, 1959) egy rendkívül fontos aspektusát, a személy önmagáról és a környezetéről szóló rejtett, nem vagy kevésbé tudatos elképzeléseit, valamint a viselkedést impliciten befolyásoló hatásokat – motivációkat, vágyakat, fantáziákat, ideálokat, konfliktusokat, komplexusokat – is képesek megragadni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bellak, L., & Abrams, D. (1997). *The TAT, the CAT, and the SAT in clinical use*. (6. ed.) Allyn & Bacon.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Volume 3. *Loss*. Basic Books, New York.
- Campbell, D., & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56: 81–105.
- Dearborn, G. (1898). A study of imagination. *American Journal of Psychology*, 9: 183–190.
- Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system*. (2. ed.) Wiley, New York.
- Exner, J. E. (1996). Critical bits and the Rorschach response process. *Journal of Personality Assessment*, 67: 464–477.
- Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67(3): 543–557.
- Finn, S. E. (2012). Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 94(5): 440–449.

- Frank, L. K. (1939). Projective Methods for the Study of Personality. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 8(2): 389–413. <https://doi.org/10.1080/00223980.1939.9917671>
- Hilsenroth, M. J. (2004). Projective assessment of personality and psychopathology: An overview. In Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. John Wiley & Sons, New Jersey. 283–296.
- Jambrik M., Posta S., Erni I., Csenki L., Cserép M., Ábrahám I., & Pászthy B. (2022). A lélek képkalkotói és laborvizsgálatai. A projektív tesztek és a kérdőívek integrált alkalmazása a gyermek és serdülő pszichodiagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1): 125–139. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00006>
- Kline, P. (1993). *The Handbook of Psychological Testing*. Routledge, London.
- Leichtman, M. (2004). Projective tests: The nature of the task. In Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. John Wiley & Sons, New Jersey. 297–314.
- Lindzey, G. (1959). On the classification of projective techniques. *Psychological Bulletin*, 56: 158–168.
- Lindzey, G. (1961). *Projective techniques and cross cultural research*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) Tesztbizottsága (2015). *A pszichológiai teszthasználat irányelvei*. file:///C:/Users/HP/OneDrive%20-%20elte.hu/Dokumentumok/ELTE/Pdg/Teszthaszn%C3%A1lati_Ir%C3%A1nyelvek%20MPT_2015_december.pdf
- Mayman, M. (1968). Early memories and character structure. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32: 303–316.
- Nemes L. (1968). Különleges reakciók és választások értelmezése a frusztrációs próbában (PFT). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 25(4): 553–563.
- Piotrowski, Z. A. (1950). A Rorschach compendium. (Rev. ed.) *Psychiatric Quarterly*, 24: 545–596.
- Rapaport, D. (1952). Projective techniques and the theory of thinking. *Journal of Projective Techniques*, 16: 269–275.
- Vass Z. (2006). *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai. Projekció, kifejezés, mintázatok*. Flaccus, Budapest.
- Vass Z. (2011). *A képi kifejezéspszichológia alapkérdései. Szemlélet és módszer*. L'Harmattan, Budapest.
- Weiner, I. B. (2004). Rorschach assessment: Current status. In Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. New Jersey, John Wiley & Sons, 343–355.
- White, R. W. (1944). Interpretation of imaginative productions. In McVicker Hunt, J. (ed.): *Personality and Behavior Disorders*. Ronald Press, New York. 214–251.



A Rorschach-teszt: Jelölés és értelmezés Mérei Ferenc rendszere alapján

Kőváry Zoltán

1. Bevezetés

A svájci, dinamikus szemléletű pszichiáter, Hermann Rorschach (1884–1922) által 1921-ben publikált világhírű tintafolt-értelmezési teszt a projektív személyiség-tesztekhez, azon belül az asszociációs tesztekhez tartozik Jung szóasszociációs tesztjével egyetemben. A projektív kifejezést ezen kontextuson belül nem a freudi elhárító mechanizmus értelmében használjuk, hanem mint „tükörző tulajdonítást”. Vagyis a vizsgált személy a nem egyértelmű ingerrel szembesülve a hiányzó információkat önmagából pótolja, így a kialakult megoldás utalni fog lappangó vágyaira, ahhoz kapcsolódó konfliktusaira, szorongásaira, elhárító stílusára, sőt személyiségének egészére. Erre nemcsak a létrejövő válaszból, hanem a vizsgált személy tesztfelvétel közben tanúsított magatartásából is következtet a szakember. Mivel a pszichológiai jellemzők sokszor áttételesen mutatkoznak meg (pl. az agresszióra nemcsak az agresszív tartalmak, hanem a fehér háttér bevonása is utal), a teszt eredménye jóval kevésbé manipulálható, mint az objektív tesztek esetében. Az eljárást leginkább a klinikai pszichológiában és a kriminálpszichológiában alkalmazzák (pszichodiagnosztika, prognózis, indikáció és kontraindikáció megállapítása, valamint a pszichoterápiás alkalmasság becslése), de adott esetben munkapszichológiai felhasználása is hasznos lehet.

A Rorschach-teszt mint „formaértelmezési próba” tehát azon az elgondoláson alapszik, hogy a tintafolton megjelenő strukturálatlan anyag rendezésében tudatalanul érvényesülnek életünk során kialakult szemléleti, gondolkodási, viselkedési szokásaink. Ennek nyomán Mérei Ferenc,¹ a teszt hazai változatának elkészítője szerint az eljárás a reakciók módját és folyamatát értelmezi, besorolja az embert bizonyos típusba, személyiségjegyeket határoz meg, utal a viselkedés jellegzetes motivációjára, vizsgálja a valósághoz való viszonyulást, alkalmazkodást, az elaborációs készséget, az indulati feszültséget

feldolgozásnak módját, az elhárítás stílusát. A reakciók egy része modellreakció, ami az egyén pszichikus arcualatát tükrözi: a gyanakvó, szenzitív ember a teszthelyzetben is bizalmatlan lesz, a szorongás, gátlásosság vagy teatralitás ugyanúgy érvényesül, mint a hétköznapi helyzetekben. A válaszok létrejöttében jelentős az ún. áttétel szerepe (lásd pl. Sacrum válasz), ami az álomképződéshez hasonlóvá teszi a folyamatot, tehát a válasz olyan freudi értelemben vett kompromisszumképződmény, ami tükrözi az eredeti vágyat és az annak nyomán kibontakozó konfliktus elhárítására tett erőfeszítést is.

A teszteredmény értelmezése nem homogén rendszerben történik, és az egzakt szaktudás mellett nagymértékben igényli a pszichológus kreativitását és intuícióját is. Ugyanis az interpretáció nem „atomisztikusan” és mechanikusan történik, hanem a különböző részeredményeket egységes képpé kell formálni egyrészt a feltétlenül szükséges vizsgálati/klinikai kérdés(ek), az anamnesztikus háttér, illetve a pszichológus személyiség-lélektani/fejlődéslélektani/pszichodinamikai és pszichopatológiai ismeretei alapján. Maga az értelmezés három síkon zajlik. A *kvantitatív* értelmezés a jelölésben használt öt oszlop jeleinek összegzésén alapul. Például az első oszlop jelei azt mutatják meg, hogy a vizsgált személy a folt mekkora részét vonta be a válaszbába, szerepet szánt-e a fehér háttérnek, és hogyan építette fel az egyes válaszait, amit a Felfogótípusban (FT) összegzünk. Egyes kiszámolt mutatók (pl. az állat-válaszok számán alapuló T%) standard értékekkel bírnak, de ezek értelmezésekor mindig figyelembe kell venni más mutatókat és a jegyzőkönyv egészének a színvonalát, mert egy alacsony T% mást fog jelenteni egy fejlett személyiségű ember esetében, mint akkor, ha a jegyzőkönyv alacsony színvonalú.

A *kvalitatív* értelmezés, bár vannak egzakt támpontjai, jóval intuitívabb, és azon alapul, hogy minden táblának van egy sajátos felszólító jellege, vagyis meghatározott pszichológiai szituációkat képvisel (pl. az I. tábla

¹ Az ismertetés nagymértékben támaszkodik Mérei Ferenc *A Rorschach-próba* c. könyvére (Budapest, Medicina, 2002), ezért erre a szövegen belül nem fogunk ismételt szakirodalomként utalni.

a bemutatkozást). A válaszoknak van egy *lokális* értelmezése is, vagyis figyelembe kell venni, hogy egy adott jel milyen más jelekkel jár együtt egy válaszon belül. Egy részletkiindulású kombinált másodlagos egészválasz (DGkomb) az első oszlopban intelligenciára és kreativitásra utal, ha a második oszlopban jó formaválaszt jelölünk (pl. F+), de pszichopatológiai jegy (szenzitív paranoid élményfeldolgozás), ha sablonos vagy rossz formával (F+/- vagy F-) jár együtt. Ezenkívül létezik *szekvenciális* értelmezés is, például hogy az első oszlop jelei (felfogásmód) hogyan jönnek egymás után egy táblán belül, vagy hogy mennyire változik a válaszadás nívója a táblák egymás utáni exponálása nyomán (pl. a színes táblák megjelenésekor a VIII. táblától visszasesik a színvonal az érzelmi felszólítás megjelenésével). A komplex diagnosztikai kép kialakításában ezeket a megközelítésmódokat mind alkalmazni kell annak érdekében, hogy az anyag strukturálása lehetővé tegye a feltejt kérdések megválaszolását.

2. A teszt felvétele

A hagyományos standard pszichodiagnosztikai munka interjúból, személyiségteszt(ek)ből és teljesítménytesztből áll. Ezekre külön alkalmakat kell szánni, máskülönben az eredmény validitása kérdéses lesz. A Rorschach felvétele előtt mindenképpen minimum egy tájékoztató beszélgetést le kell folytatni, egyrészt hogy kialakuljon a tesztfelvételhez szükséges rapport, másrészt pedig elegendő, a teszteredmény értelmezéshez nélkülözhetetlen anamnesztikus anyag álljon rendelkezésre. (A vakdiagnózis, miként más esetekben, itt is szigorúan tilos.) Minden esetben meg kell előznie az intelligenciavizsgálatot, hogy a teljesítménybeállítódás okozta torzulások elkerülhetőek legyenek. A próba akadály nélkül kombinálható papír-ceruza tesztekkel (pl. MMPI), a projektív tesztek közül azonban el kell kerülni a szinteszteket (pl. Lüscher) vagy a történetek konstruálásán alapuló eljárásokat (pl. TAT) előzetes alkalmazását. Kiválóan kombinálható például a kétprofilos Szondi-teszttel, amit a Rorschach-teszt előtt és után vehetünk fel a vizsgált személlyel.

A Rorschachhoz tehát egy külön alkalmat (45-50 perc) kell biztosítani, amelynek során meg kell teremteni a szükséges körülményeket (nappali fény, zavartalanság,

a vizsgálati személy [vsz.] megfelelő szomatikus és pszichés állapota), és a vizsgálatot úgy kell kivitelezni, hogy az ne emlékeztessen vizsgahelyzetre, de a feladatjelleg megmaradjon. Az instrukció a következő: „Most képeket fogok mutatni önnek. Kérem, mondja meg, mit lát rajtuk, mire emlékezteti, mi jut eszébe róluk?” Ha csak egy választ mond az illető, akkor szükséges tovább buzdítani, de 2-3 válasz után ez már nem szükséges. Ezenkívül csak akkor kell további ösztönzés, ha a vsz. legalább három táblán keresztül megtapad egy választípusnál (pl. lepke), ilyenkor célszerű megkérdezni, hogy „Esetleg valami más nem jut eszébe?”. Ha egy táblánál öt választ megszületik, akkor megköszönve tovább mehetünk a következőre, tíz tábla esetén ugyanis ez már 50 választ feltételez, ami önmagában is messze az átlag (30–35) felett van.² A X. tábla exponálása esetén fel kell hívni a vsz. figyelmét arra, hogy az utolsó tábla következik. A felvétel során három időt kell mérni: a teljes ráfordított időt (falióra segítségével), a reakcióidőt és az egy táblára fordított időt. A tábla exponálásakor elindítunk egy stoppert, az első tartalmas válasz megjelenésekor leírjuk, hány másodperc telt el, a táblánál elhangzott utolsó tartalmas válasz befejezésekor pedig megállítjuk a stoppert, és rögzítjük az eltelt idő hosszát. A különböző időstandardokat az olvasó megtalálja Mérei Ferenc (2002) könyvében.

A teszt felvétele során jegyzőkönyvet készítünk, amit kézzel írunk. Hangfelvételt készíteni szükségtelen és nem javasolt, mert a tapasztalatok szerint csökkenti a jegyzőkönyvvezetés hatékonyságát azáltal, hogy kevésbé törekszünk a precizitásra. A válaszokat az A4-es papír bal oldalára írjuk, a jobb oldalt üresen hagyjuk a jelölés számára. A táblákat római számmal kell jelölni, a tartalmas válaszokat arab számmal, folytatólagosan. (Ha valaki pl. az I. táblán három választ adott, akkor a II. tábla első válasza 4-es számot kap.) A válaszokat és a megjegyzéseket külön sorba írjuk, de csak a tartalmas válaszokat számozzuk. Előfordul, hogy a vsz. visszatér egy már kimondott válaszhoz; ezek nem kapnak külön sorszámot, és általában csak az V. oszlopban jelöljük azokat, mint „Visszatérés”. Mindig rögzíteni kell a tábla állását: a standard állás az „a”, a többi az óramutató járásának megfelelően b, c és d. A felvétel során Böhm-féle lokalizációs táblát kell alkalmazni, amivel konkretizálni lehet, hogy a válasz a tábla melyik ré-

² Egyes szerzők a válaszadás tekintetében a válaszsám korlátozása mellett, míg mások ellene érvelnek. Fontos megemlíteni, hogy mindkét nézőpont előnyöket és hátrányokat is tartogathat. (A szerk.)

szére született. A lokalizáció számát a válasz, illetve az elemek után kell írni zárójelbe. Pl. I. tábla: „Két angyal (2) megragad egy nőt (1)”. Mérei szerint ez nem nehezíti a jegyzőkönyv vezetését, de ha a kezdő pszichológus úgy érzi, hogy ez megterhelő, akkor a lokalizációt az utóteszt során is el lehet végezni.

Az utóteszt ugyanolyan fontos része a vizsgálatnak, mint a válaszok rögzítése, ezért kihagyni tilos. Miután elhangzott az utolsó tartalmas válasz, egyenként odaadjuk a vsz.-nek a táblákat, és szó szerint visszaolvassuk, amit mondott. Az ő feladata, hogy megmutassa az újjával körberajzolva, hogy az adott tartalmat hol és hogyan látta (I. oszlop), és hogy milyen ingerkvalitás játszott ebben szerepet (II. oszlop – determinánsok: forma, szín, árnyékolás, mozgás). Előfordulhat, hogy valaki egy adott táblára nem tudott választ mondani, amit „Versagen”-nek jelölünk az V. oszlopban különleges reakcióként. Ha az illető az utótesztben, amikor a jelentésadási feszültség csökken, mégis mond valamit, azt már nem fogjuk lejelölni, támpontként figyelembe vehetjük, de a kvantifikált értelmezésben nem fog szerepet játszani. Ugyanez vonatkozik az egyes válaszokat tovább fűző megjegyzésekre is. Nagyon fontos megkülönböztetni, hogy ezek plusztartalmak, amiket utólag fűz hozzá, az eredeti választ kiegészítik vagy csak pontosítják. Előfordul, hogy a vsz. utólag nem találja valamelyik válaszát; ilyenkor csak az V. oszlopot kell jelölni „Lokalizációs bizonytalanság”-gal. A „Versagen”-nel kapcsolatban fontos, hogy ha legalább három tábla kapott „Versagen”-t, akkor a teszteredmény nem használható, és ide tartozik az is, ha a táblára csak olyan tartalom született, amit „Amorf”-nak jelölünk a III. táblán (pl. paca) és „Tartalmatlan reakció”-nak az V.-en. Ugyancsak nem értékelhető a jegyzőkönyv, ha nincs ember-tartalom (M, (M) vagy Md), illetve ha az ún. foglalkozásválaszok (pl. orvosnál az „Anat”-tartalom) aránya meghaladja a 60%-ot. Az utóteszttel végezve megkérhetjük a vsz.-t, hogy rendezze tetszés-sorrendbe a tíz táblát. A legszimpatikusabb és legellenszenvesebb táblák a felszólító jelleg alapján mutatni fogják, hogy az illető mely szituációban érzi komfortosan magát, és mi vált ki fokozott szorongást belőle.

3. Jelölés

A Rorschach-teszt értelmezésének a kulcsa a helyes jelölésben rejlik. Minden tartalmas választ öt szempont szerint kell lejelölni.

- I. oszlop: A szemlélet kiterjedésére vonatkozik, a felfogásmódot tükrözi, amit tizenhárom jellel tudunk lejelölni, Az első oszlopban mindig csak egy jelet alkalmazunk, kivéve a kiegészítő (zw) jelet, amely általában a részletválaszhoz implikálódó fehér háttér részletre utal.
- II. oszlop: A determináns, vagyis hogy milyen ingerkvalitás alapján adott jelentést a vsz. a foltnak. A négy alapdetermináns a forma, a szín (kromatikus és akromatikus), az árnyékolás (akromatikus és kromatikus) és a mozgás. Itt összesen 44 jelet használunk, ezek egy része az elsődleges formaelem színvonala alapján ún. adekvációs fokot (+, +/- vagy -) kap. Adott esetben ebben az oszlopban több jel is lehet, a válasz összetettségétől függően.
- III. oszlop: A tartalom. A nagy kiterjedésű osztályfogalmak alapján jelöljük, egy válasz több jelet is kaphat.
- IV. oszlop: A gyakoriság. A Mérei-könyvben található gyakorisági táblázat alapján V1, V2 és V3 jellel látjuk el a gyakori, konvencionális válaszokat; azokat, amelyek száz jegyzőkönyvből egyszer fordulnak elő, O (originális) jellel jelöljük, és a II. oszlop alapján adekvációs fokot rakunk mellé.
- V. oszlop: Különleges reakciók. Ezt a jelölési támpontot Mérei Ferenc vezette be: tizenöt csoportba sorolható mintegy százötven különféle reakciómódról van szó.

Az I. oszlop jelölése

Az első oszlop jelei mutatják meg, hogy egy adott válaszba a vsz. a tábla mekkora részét vonta be. Az alapjelek: G (Ganz – egész), D (Detail – részlet), Dd (Kleindetail – részlet részlete), zw (Zwischenfigur – közti rész). Az oszlop jeleit a következő oldalon látható 1. táblázat foglalja össze.

A megfelelő jel megállapításához két szempontot kell figyelembe venni: a válaszban csak folt, csak háttér, vagy mind a kettő szerepet kap-e, illetve hogy egész, részlet vagy kis részlet válaszról van-e szó. Az egész válaszok esetén az is kérdés, hogy a válasz egyszerre jelenik meg vagy fokozatosan alakul-e ki.

Csak folt válaszok:

Egész válasz esetén G vagy Gkomb jelet használunk, ha a válasz egyetlen szemléleti aktus nyomán alakul ki. G pl. az V. táblán a „denevér”, „lepke”, Gkomb a X. táblán

1. táblázat. Az első oszlop jelei

I. Folt v. háttér II. Kiterjedés	Csak folt		Csak háttér		Folt + háttér		IV. Speciális perceptuális folyamatok
	III. Egyszerre G (egész) Gkomb	fokozatosan DGKomb	II. Egyszerre	fokozatosan	III. Egyszerre Gzw	fokozatosan DzwG	
Egész							Do (gátlás) DGKonf (gátlástalanság, kontrollálatlanság) DGKont (egymásra fényképezés)
Rész	D (részlet)		Dzw (háttér részlet)		D(zw)	DzwD	
Kis rész	Dd (kis részlet)		Ddzw (háttér kis részlet)		Dd (zw)		

az „élet a tenger alatt”, mivel az a tartalom alapján több kis részletből áll. A III-as tábla a 3-as számú foltok nélkül is G-nek számít, ha a vsz. az összes fekete foltot felhasználja, és a X-es táblán is ugyanez a szabály az oldalsó kis színes foltok kihagyása esetén. Fokozatosan alakul ki a DGkomb válasz, mégpedig úgy, hogy formailag és tartalmilag önállóan jelölhető részeket a vsz. verbálisan összekapcsol, és az alakzatnak fölérendelt jelentést ad. Pl. IX. tábla: „Répa (1), salátalavél (2), retek (3): tavaszi zöldségstál”. Ha a kombináció nem terjed ki a tábla egészére, akkor az I. oszlopban marad a D, és a „Kombináció” az V. oszlopba kerül különleges reakcióként.

Részlet válasz minden, ami pregnáns (önálló) alakzat, elkülönítése nem igényel plusz perceptuális műveletet, alaklélektani értelemben önálló egész. Jele D. Pl. VII. tábla: „Kislány feje” (1). Kis részlet válasz minden, ami egy D terület részlete, vagy olyan kicsi, hogy nem lehet D-nek jelölni. Jele Dd. A D és a Dd elkülönítésében nagy segítséget nyújt a Lokalizációs Tábla, amelyen minden részletnél jelezve van, hogy az D vagy Dd. Ha egy D terület összekapcsolódik egy Dd-vel, az alaklélektani érték megváltozása miatt az alakzat Dd-vé válik.

Csak háttér válaszok:

Ebből csak kettő van: a belső fehér részek és a külső betüremkedések Dzw, ezek részletei Ddzw jelet kapnak.

Folt és háttér válaszok:

Egész válaszok esetén, ha egyszerre történik a foltból és háttérből álló alakzat megragadása: Gzw. Pl. I. tábla:

„Álarc”. Ha fehér részlet a kiindulópont, és azt követően a válasz kiterjed a tábla egészére: DzwG. Pl. II. tábla: „Űrhajó (17) repül az űrben (1), repül egy naprendszer (2) felé, hátul jön ki a csóva belőle (3)”. Ugyanez a 2 és a 3 nélkül: DzwD. Részlet válaszok esetén ha D-hez kapcsolódik egy implikált fehér háttér-részlet (pl. III. tábla): „A pirosak (3) minták egy falon” (a fehér körülötte a fal), akkor D(zw) jelet használunk. Ugyanez kis részlet esetén pl. I. tábla: „Szigetek (20) az óceánban (fehér körülöttük)”: Dd(zw). Ezeket a kiegészítő zw jeleket az összegzésnél külön jelként fogjuk számítani, és elméletileg más I. oszlopbeli jelekhez is járulhatnak, pl. VIII-as táblán, DGkomb(zw), ha a válasz a következő: „Állat ugrik át a szikláról a fára, az egész tükröződik a folyóban, a háttérben havas táj”. Ha a folt, mint Gestalt-pszichológiai értelemben vett figura, összeolvad a háttérrel, közös alakzatot képezve (pl. I. tábla: „Farkas feje”, ahol a fehér foltok a szem és a száj), akkor az V. oszlopban „FH”-t, azaz figura-háttér egybeolvadást jelölünk, és az alakzat formai színvonalát adekvációs fokkal (+, +/- vagy -) jelezzük.

Speciális perceptuális folyamatok:

Ha valaki egy gyakori D vagy G lokalizációjú tartalomnak a részletét látja meg először, akkor a Do jelet kell használnunk. Pl. I. tábla: „Denevér szárnya” (2). Ha egy részlet jelentése plusz tartalom nélkül kiterjed a folt egészére a formai megfeleltetés igénye nélkül: DGkonf, azaz részlet kiindulású konfabulált egész válasz a megoldás. Pl. V. tábla: „Csiga”, mert a 2-es terület a feje. Ha a konfabuláció csak a folt egy részéről egy másik ré-

szére terjed ki, nem a tábla egészére, akkor az I. oszlopban D, az V. oszlopban „Konfabuláció”. Részletek egymásra fényképezése, amely abszurd formát és bizarr tartalmat eredményez, pl. X. tábla: „Tüdőrák”, mert a 10-es tüdő, a 3-as meg rák: DGKonf, azaz részlet kiindulású konfabulált másodlagos egész válasz. Ha a kontamináció csak a folt egy részéről egy másik részére terjed ki, nem a tábla egészére, akkor az I. oszlopban D, az V. oszlopban „Kontamináció”.

A II. oszlop jelölése

A II. oszlopban jelöljük, hogy a válasz létrejöttében milyen ingerkvalitások játszottak szerepet. Alapkategóriák a forma, a szín (kromatikus és akromatikus), az árnyékolás (akromatikus és kromatikus) és a mozgás. A formai elem elsődlegessége esetén adekvációs fokot kell használni, és adott esetben egy válasz több jelet is kaphat a II. oszlopban. Az oszlop jeleinek összegzéséből kapjuk meg az Élménytípust (ÉT), a Másodlagos Formulát (FT) és az Indulati Típust (IT). A II. oszlop jeleinek rendszerét a 2. táblázat mutatja.

Formaválaszok:

A válasz jelentését csak a folt alakja befolyásolja, a vsz. akkor is ezt mondaná, ha csak a körvonalat látná. Pl. V. tábla: „Lepke”. Jele F, ami után + adekvációs fokot kell tenni, ha a folt hasonlít a jelentés objektív mintájához, és a vizsgálatvezetőben hasonlósági evidenciaérzést kelt, +/- jelet, ha a forma sablonos, mindenre ráhúzható („sziget”, „falevél”), és – jelet, ha önkényes.

Színválaszok – kromatikus:

Ezeket a jeleket csak a VIII., IX. és X. táblára, illetve a II. és III. tábla piros foltjaira használhatjuk. Ha a jelentést kizárólag a folt színe határozza meg, tehát akkor is megszületne, ha az egész tábla ilyenre volna festve, akkor Fb jelet alkalmazunk. Pl. II. tábla: „Vér” (3), VIII. tábla: „Tenger” (4), IX. tábla: „Erdő” (2). Ha megjelenik egy esetleges formaelem, ami más is lehetne, de a szín nem, akkor a megfelelő jel FbF (elől van az Fb, hátul másodlagosan az F). Pl. II. tábla: „Vérfolt” (3), VIII. tábla: „Tó” (4), IX. tábla: „Bokor” (2). Ha a forma az elsődleges, de a szín is szerepet játszik a jelentés létrejöttében, akkor FFb jelet alkalmazunk (elől van a formára utaló F, hátul az Fb). A formaelem elsődlegessége miatt adekvációs fokot is adunk: ha a formaelem megfelelő, akkor FFb+, pl. II. tábla 3-as terület: „piros pillangó”, ha sablonos, akkor FFb +/-, pl. X. tábla 2-es terület: „színes falevél”. Ha a forma rossz, önkényes, akkor a jel FFb-. Létezik még egy ritka, kóros reakció is, a színmegnevezés, melynek jele Fbn. Ilyenkor a vsz. úgy éli meg, mintha a folt színének megnevezésével („Ez piros”) teljesítette volna a feladatot. Létezik néhány V. oszlopban jelölt reakció, amelyet feltétlenül meg kell itt említeni. Ha a vsz. feleslegesen bevonja a folt színét a válaszba, miközben a szín inadekvát – pl. VIII. tábla: „Piros tigris” (1), akkor „Befestés”-t jelölünk, a II. oszlopban pedig F+-t. Ha olyan tartalmat mond akromatikus táblán, ami kromatikus színt implikál (IV. tábla: „Állat, csöpög róla a vér”), akkor a II. oszlopban FHd+-t kell használni (lásd később), az V. oszlopban pedig „Színhívás”-t. Végül ha a színt rámutatásra használja („ez

2. táblázat. A második oszlop jelei

Forma szerepe	I. Csak forma	II. Kromatikus szín	Fehér szín	Fekete szín	III. Árnyékolás akromatikus	Árnyékolás kromatikus	IV. Mozgás
Elsődleges, meghatározó	F + +/- -	FFb + +/- -	aFFb + +/- -	nFFb + +/-	FHd + +/- -	F(Fb) + +/- -	B Bsec + Bklein +/- BF - b
Másodlagos, esetleges		FbF	aFbF	nFbF	HdF		
Nincs		Fb Fbn	aFb	nFb	Hd		Asszoc B Absztrakt B

a kék itt rák” – X. tábla 6-os terület), akkor a II. oszlop F+, az V. oszlopban IntFb (intellektuális színválasz). Ezért is nagyon fontos a pontos jegyzőkönyvvezetés, mert, mint látjuk, az „Ez egy kék rák” egészen mást jelent, mint az „Ez a kék egy rák”.

Színválaszok – akromatikus:

Az akromatikus táblánál (I–VII.) azoknál a válaszoknál, ahol a körvonal nem elegendő a válasz létrejöttéhez, ott vagy az árnyékolás (Hd), vagy az akromatikus szín (fekete-fehér) jöhet szóba determinánsként. Ezeknek is vannak adekvációs fokkal ellátott és azzal nem rendelkező változatai. Tiszta fekete színválasz (nFb – az „n” a nigra ’fekete’ latin szóra utal) akkor jön létre, ha a választ csak a folt feketesége határozza meg. Pl. I. tábla: „A fekete éjszaka”. Fehér szín esetén (aFb – az „a” az alba ’fehér’ latin szóra utal) olyan válaszokra gondolhatunk, mint pl.: „Ez (az V. tábla felső fehér fele) hómező.” Ha megjelenik egy esetleges formaelem, ami más is lehet, de szín nem, akkor fekete esetén az nFbF, fehér esetén az aFbF használandó. Pl. II. tábla 1-es terület: „Fekete, olajos pocsolya”, vagy II. tábla 17-es terület: „Hógolyó”. (A jel ugyanúgy épül fel, mint az FbF: elől van a szín, hátul a forma, csak kirakjuk előre indexként az n-t vagy az a-t.) Ha a fő meghatározó az alak, de a fekete/fehér szín is szerepet játszik a tartalomban, akkor az nFFb és az aFFb jeleket használjuk, a formaelem színvonalától függően +, +/- vagy – adekvációs fokkal ellátva. Példák: II. tábla 1-es területen „Megperzselt disznó a disznóvágáson”: nFFb+, „Fekete pöttyök” az I. tábla 20-as területén: nFFb+/-, V. tábla „Fekete párdúc”: nFFb-. Fehér színnél: X-es tábla 24-es terület „Pólyásbaba”: aFFb+, VII-es tábla c állásban 14-es terület „Hóember”: aFFb+/-, míg a III-as tábla 19-es terület „Menyasszony”: aFFb-. A kromatikus színre utaló jeleket akkor rakjuk ki, ha a (a) vsz. kimondja a színt a válasz megfogalmazása során, (b) az utótesztben utal a jelentőségükre, vagy (c) ha a tartalomból következik, mivel az más színű nem lehet (pl. varjú, korom, jég stb.).

Árnyékolásválaszok – akromatikus

Amennyiben az I–VII. táblákon a válasz létrejöttében szerepet játszik a folt árnyaltsága, akkor a Hd (a Hell-dunkel német szóból) jelet alkalmazzuk, aminek szintén vannak adekvációs fokkal rendelkező és nem rendelkező változatai. Ha csak a tábla szürkésége, árnyaltsága számít, forma egyáltalán nincs (VII-es tábla: „Köd”), azt Hd-vel jelöljük. Ha megjelenik egy esetleges forma-

elem (szintén VII-es tábla: „Felhők”), a megfelelő jel a HdF. (A jelben elől van az árnyaltság, hátul a forma, adekvációs fok nélkül.) Azon formaválaszok esetén, ahol az I–VII. táblánál az is számít, hogy mi van a körvonalon belül, ott az FHd a releváns, a formai rész színvonalától függően adekvációs fokkal. IV-es tábla „Medvebőr”- FHd+, elszáradt falevél a VI. táblán FHd+/-, ha a forma önkényes, rossz, akkor FHd-. Figyelem! Ha a vsz. kimondja, hogy milyen állat bőrét/prémjét látja a IV-es vagy VI-os táblán, ott automatikusan jár az FH. Forma képzése árnyékolásból (pl. IV-es tábla 25-ös terület: „Arc profilból”) ugyancsak FHd jelet kap, kivétel a IV-es tábla 4-es és 5-ös területe, ahol már túlságosan is elválnak egymástól az eltérő árnyalatú részek.

Árnyékolásválaszok – kromatikus

Ha az árnyékolás, mint determináns, a II. és III. tábla piros foltjain, illetve a VIII, IX, X-es táblákon jelentkezik, akkor F(Fb) jelet használunk, a formanívót adekvációs fokkal jelezve. VIII-as tábla 15-ös terület „Női nemi szerv: F(Fb)+, X-es tábla 10-es terület „Elszenyveződött tó”: F(Fb)+/-, IX-es tábla, 13+17-es terület „Emberalak”: F(Fb)-.

Mozgásválaszok

A mozgásválaszok alapvetően mindig formaválaszok, ezért adekvációs fokot kapnak, és mellettük formai determinánst jelölni a válaszban már nem kell. Egész ember dinamikus mozgása G vagy D területen B jelet kap, az alakzat formai kvalitásait +, +/- vagy – adekvációs fokkal jelezzük. Pl. X-es tábla 10-es terület „Két ember fut”: D B+. Figyelem! A II-es táblán ha egész ember választ mond valaki úgy, hogy a 2-es rész a feje, illetve ember választ mond a III-as táblán úgy, hogy a 8-as a lába, akkor az ún. hézagkitöltés elve miatt mindig B+ jelet rakunk ki, mert elvileg a hézagot szemléletben kitölteni csak mozgáspercepció esetén lehetséges. Ez egyedül akkor nem érvényesül, ha az illető kiemeli a hézagot („Hézaghangsúly” az V. oszlopban). Egész ember statikus mozgása minimum D nagyságú területen Bsec (másodlagos mozgásválasz) jelet kap, a formanívótól függően +, +/- vagy – adekvációs fokkal. Pl. V. tábla 17 + 18-as rész „Két ember könyökölve fekszik, vízpipázanak”: Dzw Bsec+. Testrészes mozgása vagy mozgás D-nél kisebb területen Bklein, +, +/- vagy – adekvációs fokkal. Pl. IX-es tábla „Egy férfi (8) és egy nő (9) egy fa (7) tövében veszkezik”: Dd Bklein +. Az állatmozgás jele BF, +, +/- vagy – adekvációs fokkal, de csak az állat dina-

mikus mozgása (fut, mászik, ugrik) esetén. Pl. VIII-as tábla b állásban „Egy tigris (1) egy szikláról (3) ugrik át egy fatörzsre (4+5), az egész vízben tükröződik”: DG-komb BF+. Élettelen dolgok, természeti vagy fiziológiai jelenségek mozgását b jellel jelöljük +, +/- vagy – adekvációs fokkal. Pl. VI-os tábla 1-es rész „Ártéri erdő, közepén (17) folyó folyik”: D b+/- és HdF. Van két jel, amit az V. oszlopban kell jelölni, de a Másodlagos Formulába beleszámítanak: az Asszoc B és az Absztrakt B. Az előző esetében a mozgás nem a percepcióban, hanem az asszociációban található: „kiöntötték a tintát”. Az Absztrakt B szemléletes mozgásra át nem fordított kinesztéziás feszültség. Mérei példája a VII-es táblán: „Valami fölfelé emelkedik.”

Több determinánssal jelölhető válaszok

Léteznek olyan összetett válaszok, amelyek nem jelölhetők egy determinánssal. Pl. II-es tábla „Robbanás a szénbányában”: Gzw b+/- (a robbanás mint élettelen mozgása), FbF (a tűz), nFbF (a szénbánya fala). A szabály az, hogy minden előforduló determinánst jelölni kell, és hogy mozgás előfordulása esetén a válaszban tiszta formadetermináns már nem jelölhető.

A III. oszlop jelölése

A harmadik oszlop a válaszok tartalmi elemeit jelöli, amiből több is előfordulhat egy válaszon belül. 52 jelet használunk; a tartalmi körök száma mutatja a képzet-áramlás változatosságát, a tartalmi jegyek eloszlása az elaborációs készséget. Az 52 jel kritériumait ebben az írásban nem közöljük, azt lásd Mérei tankönyvében; itt inkább csak a jelölést elősegítő néhány aspektusra hívnánk fel a figyelmet. Ha valaki állat vagy ember csontjaira, belső szerveire utal, akkor az Anat jel a megfelelő, mellette nem kell Md (emberrészlet) vagy Td (állatrészlet) jelet is kirakni. Ha valaki kimondja az egész ember- vagy állat-tartalmat (M és T), és utána felsorolja a részleteket, akkor sem szükséges az Md és a Td, de ha a felsorolásban van Anat, Szex vagy Szem, akkor azokat ki kell rakni a III. oszlopba. Anat az „orvosi ábra” is. A mesebeli állatok nem T, hanem *Myth* jelet kapnak. A *Myth* mellé gyakran kikerül az (M) jel is (pl. „angyal”) vagy az Archit („kacsalábon forgó vár”). A Táj válasz megszületése esetén nem kell kirakni az alkotóelemként szereplő Víz, Szikla, Pfl stb. elemeket, csak ha külön megemlíti (pl. „domboldal fenyőfával”). Sacrum lehet a vallási tárgyak mellett a vallási cselekedet is. A Víz kikerül a vízi növények és állatok mellé is, Térkép jelet kapnak az olyan tartalmak is, mint a „sziget” vagy

a „csatorna”. A Tájhoz hasonlóan Szcéna esetén sem kell az egyes komponenseket (M, T, Obj stb.) külön is jelölni. Tör jelet kapnak nemcsak a szűrő és vágó eszközök, hanem a „túsarkú cipő” is pl. a III. táblán (17. terület). Beszélünk ún. foglalkozási válaszokról, pl. orvos, ápoló esetében az Anat, Vér; ha ennek az aránya meghaladja a 60%-ot, az ugyanúgy értékelhetetlenné teszi az eredményt a projekció hiánya miatt, mint az M hiánya vagy a kettőnél több Versagen az V. oszlopban. Egy tartalmi jelet egy válaszon belül csak egyszer kell kirakni. A tartalmakból egyrészt mutatókat számolunk (pl. T%), másrészt vannak szimbolikus jelentéssel bíró tartalmak is, például a Sacrum vagy a Barlang, amit a felszólító jelleg alapján történő kvalitatív értelmezésnél használunk.

A IV. oszlop jelölése

A IV. oszlopban a válasz tartalmának gyakoriságát (V) vagy eredetiségét (O) jelöljük. Ha egy adott táblán, adott pozícióban és területen a válasz tartalma 25%-nál gyakoribb, az V1 jelet kap, ha 16–24%, akkor V2, ha 8–15%, akkor V3. Ezek jegyzéke megtalálható Mérei tankönyvében. Minden válaszban annyi vulgáris jelet kell kirakni, ahány vulgáris tartalom megjelent benne. A vulgaritást Válaszrontás (V. oszlop – lásd később) esetén is jelölni kell. A gyakorisági táblázat azonban nem problémamentes. Mivel a vulgáris válaszok listáját az akkori lipótmezei betegpopuláció jegyzőkönyvei alapján készítette Szakács Ferenc (személyes közlés), számos olyan tartalom szerepel a konformitás megállapítását lehetővé tevő jegyzékben, ami kórosnak számít (vér, explózió). 2020-ban Molnár Ferenc kutatásai alapján közölte az új, sine morbo standardját a *Magyar Pszichológiai Szemlében*, ennek konszenzuális elfogadása a hazai szakma részéről még nem történt meg. Az Originális válaszoknak természetesen nincs jegyzéke; ezek azok a válaszok, amelyek egy adott táblán, adott pozícióban és lokalizáción 100 alkalomból egyszer fordulnak elő. Megállapításuk ezért nagy szakmai rutint igényel. Az O jel mellé a második oszlop alapján adekvációs fokot kell tenni, ha adekvációs fok nélküli a determináns, a vizsgálatvezető dönt a színvonal minőségéről. Példa originális válaszra: X. tábla, c állásban: „fehér nyúl (24 + 13) kerékpározik (3 a kerékpár szemből) – DzwD – BF+, aFFb+ – T, Jármű – O+.

Az V. oszlop jelölése

Az V. oszlopot – bár egyes jeleket már H. Rorschach is alkalmazott – külön önálló jelölési szempontként Mérei

3. táblázat. Az V. oszlopban használt jelek csoportjai

Jelentésadási tudat	Elakadások	Leírások	Tapadások	Infantil reakciók
Verbalizmusok	Paramnéziák	Rejtett determinánsok	Szenzoros projekciók	Elaborációk
Paradox reakciók	Dezorientációk	Defekt reakciók	Szexuális válaszok	Egyéb reakciók

Ferenc (2002) vezette be. Az V. oszlopban jelölhető aspektusok nagyon változatosak: utalhatnak a válaszadás során tanúsított magatartásra (elakadás), válasznak nem minősülő megnyilvánulásokra (leírás, kritika), rejtett determinánsokra, amelyek helyettesíthetik az elsőrendű determinánsokat (sziluett), utalhatnak magára a jelentésadás műveletére (perspektíva). A mintegy 150 különféle reakciót 15 csoportba soroljuk (3. táblázat).

Az egyes jelek keresésében a jelölés során nagy segítséget nyújt az úrlap második oldala, ahol megtaláljuk felsorolva és csoportba szedve a reakciókat; ezt szemlélve könnyebben ki tudjuk keresni a Mérei-könyvben az egyes jelek leírását. Terjedelmi okokból ezeket a kritériumokat (ahogy később a reakciók jelentését is) tanulmányunkban nem közöljük, csupán a jelölést elősegítő néhány tényezőre hívnánk fel a figyelmet.

A „Jelentésadási tudat” csoportjában található Színkritika nem a tartalom és a szín viszonyára vonatkozik, hanem a színek egymáshoz való viszonyára. Így pl. a X-es táblán a 6-os területre: „Rák, csak az nem kék” nem Színkritika, hanem Objekt kritika. Vagy-vagy válasz esetén mind a két válasz külön számmal ellátott tartalmas válasz lesz, amit minden lehetséges oszlopban jelölni kell. A „Leírások” között található Szimmetria esetében jelezni kell, hogy egyszerű utalás, hiány vagy ütközés áll-e fenn, mert míg az utóbbi kettő beleszámít a Szenzitivitás-paranoiditás Indexébe, a sima utalás nem. Az Amorf tartalmak mindig Tartalmatlan reakció jelet kapnak az V. oszlopban, és ha egy táblán csak ilyen fordul el, az Versagennek számít. Az Infantil reakciónak számító Sűrítést nem szabad összetéveszteni a Juxtapozícióval és a DgKont-tal, valamint az V. oszlopbeli Kontaminációval. Az első kettő érzelmi elmaradásra utal, az utóbbiak súlyosabb pszichopatológiát feltételeznek. A Ppt-nél (Pars pro toto – részről az egészre) sokszor csak az utótesztből derül ki, hogy valaki az I. táblán „Farkas”-t mond, de valójában csak farkasfejet látott. A Verbalizmusoknál a Szubjektív reakció és az Énes verbalizáció között az a különbség, hogy a Szubjektív reakció bármire vonatkozhat („Nagyanyámnál is

volt ilyen”), míg az Énes verbalizáció esetén önmagát jellemezi a vsz.: „Én művészként sokat foglalkozom non-figuratív ábrákkal”. A Rejtett determinánsok közé tartozó Kettőzés egyúttal Válaszrontás is. Ilyenkor a vsz. egy vulgáris tartalmat kettőnek lát: pl. I. tábla 1-es terület: „Két nő”. Ilyenkor az V. oszlopba Kettőzés és Válaszrontás kerül, a IV. oszlopban a vulgáritást jelölni kell, a forma azonban rossznak lesz minősítve a II. oszlopban. A Válaszrontás akkor indokolt, ha a válasz kialakítása közben az adekvációs fok leromlik, vagy ha egy vulgáris területet a vsz. kiegészít más, felesleges területekkel. A „Szexuális válaszok” esetén az Atergo-t nem akkor használjuk, ha a képen látott személyek egymásnak háttal vannak, hanem ha az ember/állat hátulról látszik.

3. Értelmezés

3.1. Kvantitatív értelmezés

A teszt értelmezési lehetőségeiről (kvantitatív, kvalitatív, lokális, szekvenciális) fentebb már röviden beszélünk. A kvantitatív értelmezés során az első négy oszlop jeleinek összegzéséből mutatókat számolunk ki, illetve további skálák, indexek, konstellációk kiszámolására van lehetőség az I–V. oszlopok jeleinek felhasználásával. Bár létezik szoftver a mutatók kiszámolására, javasoljuk, hogy ezt mindenki kézzel, önmaga végezze el, mivel ennek a folyamata során áll össze a kép a vizsgált személyről; míg a program által kiszámolt adathalmazzal egyszerre szembesülve a folyamat ezen fontos fázisa elmarad.

Az I. oszlop összegzése

A jelek összegzéséhez szükségünk van a kettéhajtott A3-as lapra nyomtatott 4 oldalas úrlapra. Az összegzés az úrlap bal felső sarkával kezdődik (4. táblázat).

Beírjuk a Feleletszámot (átlag 30–35), az I–VII. táblákra adott válaszok számát, illetve a VIII–X. (színes) táblákra adott válaszok számát. Ez utóbbit elosztva a fe-

4. táblázat. Az úrlap bal felső része az I. oszlop jeleinek összegzésére

Rorschach

Felelet		I–VII.		VIII–X.		
G	D	Dd	Do	Gkomb		Gzw
DGkomb		DGkonf		DGkont		DzwG
Dzw		Ddzw		zw		
Ft csoportosítás						
G	D	Dd	zw	Do	DGkonf	

leletszámmal és megszorozva százzal megkapjuk a Színes indexet, vagyis hogy a válaszok hány százaléka esett a színes táblára. (40% felett erősíti az extraverziós tendenciákat.) Ezt követően kigyűjtjük az első oszlop jeleit. Az úrlap nem tartalmazza a DzwD jelet, ezt a DzwG alá kézzel beírhatjuk. A (zw) jel külön jelnek számít! Ezt követi az FT csoportosítás: kiválogatjuk a G, a D, a Dd és a zw csoportba tartozó jeleket. Minden, amiben előfordul a G, az a G csoportba, minden, amiben előfordul a D, az a D csoportba kerül (a Dzw természetesen nem), az összes Dd-t tartalmazó jelet a Dd csoporthoz (a Ddzw-t is beleszámítva), az összes zw-t tartalmazót a zw csoporthoz számítjuk. (A DGkomb például értelemszerűen a G és a D csoportba is beleszámít.) Ezt követően megnézzük a Mérei-könyvben található táblázatban, hogy a válaszsámhoz képest az előfordulási gyakoriság alapján a jel *nem kerül bele, zárójelesen belekerül, belekerül, egyszeres vagy kétszeres aláhúzással kerül-e bele* a Felfogótípusba. Ezt követően megnézzük, hogy a kiegészítő jelek (Do, Gkomb, Gzw, DGkomb, DGkonf, DGkont) elérik-e azt a mennyiséget, hogy az aktuális FT részévé váljanak. Az átlagos FT a G-D, ami arra utal, hogy az absztrakt (G) és a konkrét (D) gondolkodás is rendelkezésére áll az illetőnek. Az értelmezésnél ebből indulunk ki, az ettől való eltérést interpretáljuk. Megnézzük, hogy az aktuális jegyzőkönyvben kapott verzió megfeleltethető-e a Mérei által leírt valamelyik típusnak (pl. G-D-Dd-zw), ezt a leírást felhasználjuk, az elééréseket az egyes jelekről (G, D, Dd, Gzw, DGkomb stb.) tudottak alapján értelmezzük, amit megtalálunk Mérei könyvében. A FT értelmezése tehát konstruktív folyamat, amelyben nagy szerepet kap a pszichológus aktív, információkat és ismereteket integráló tevékenysége. Az FT alapvetően egy kognitívstílus-mu-

tató, de a személyiség egésze tükröződik benne. Minden verzió előfordulhat normál és kóros személyiség esetén, de vannak a normalitáshoz közelebb álló változatok. A teljes megértéséhez a jegyzőkönyv egészének a színvonalát és az anamnesztikus adatokat is figyelembe kell venni. Az FT önmagában nem diagnosztikus értékű, de felhívhatja a figyelmet fontos jelenségekre és adottságokra. A DGkomb az FT-ben például magasabb intellektusra, ötletességre, kreativitásra utal, de kóros jellemzőket is tartalmazó jegyzőkönyvben szenitív-paranoid élményfeldolgozásra is utalhat.

A II. oszlop összegzése

A II. oszlop mutatóinak kiszámolásához az úrlap következő részét használjuk fel (5. táblázat).

A fenti, nagyobb mátrixba gyűjtjük ki az egyes jelek +, +/- és – adekvációs fokkal ellátott verzióit, míg az alsó kisebbet az adekvációs fokkal nem rendelkező jelek összegzésére használjuk. Az V. oszlopban jelölt Asszoc B és Absztrakt B jelek is ide kerülnek. A tiszta formaváltozatok (F) esetében megnézzük, hogy hány +, +/- és – adekvációs fokkal bíró jel van, és ezek számát összeadjuk (Σ). Ezt követően a + jelek 1, a +/- jelek 0,5, a – jelek 0 pontot kapnak; ezt is összegezzük, elosztjuk a Σ összeggel és elosztjuk 100-zal. Ez lesz az F1+%, ami megmutatja, hogy az értelmi eszközökkel való szabályozás milyen szinten működik. Átlaga a 75–85% közötti tartományban van. Ennél nagyobb érték túlkontrolláltságra utal, az alacsonyabb pedig mentális fellazultságra. Ugyanezt a műveletet elvégezzük az összes, adekvációs fokkal rendelkező jel esetén; az eredmény lesz az F2+%. Ez azt tükrözi, hogy a szín, árnyékolás, mozgás által képviselt félelmi, indulati és vágy-felszólítások esetén a mentális kontroll mértéke hogyan változik. Normál esetben a két

5. táblázat. Az űrlapnak a II. oszlop jeleit összegző része

	-	-/+	-	Σ
F				
B Bsec				
Bklein				
BF				
b				
FFb FHd				
F(Fb)				
aFFb				
nFFb				
Σ				

FbF	HdF	nFbF	aFbF	Asszoc B
Fb	Hd	nFb	aFb	Absztr. B
Fbn				

mutató különbsége nem lehet nagyobb + és -5-nél. (Az egyes tartományok részletesebb jelentését lásd a Mérei-könyvben.) Az F+%-ok mellett mutatószerűen tükrözi a személyiség fékrendszerének színvonalát a B+ válaszok száma (önismereti fék), a T% (sztereotípiák képzetáramlást szabályzó szerepe) és a V% (konformizmus). Ezeket lásd alább.

Ezután következik a három alap személyiségmutató, az Élménytípus (ÉT), a Másodlagos Formula (MF) és

az Indulati Típus (IT) meghatározása. Az ÉT a manifest személyiséget tükrözi, az MF az intrapszichés erőteret, ami még nem manifestálódott, az IT pedig az erő (agresszió) és az ellenerő (szorongás) személyiségen belüli állapotát. A mutatók önálló értelmezése mellett az ÉT és az MF, illetve az ÉT és az IT egymáshoz való viszonyát is tisztázni kell. Az ÉT az introverziós (mozgás- válaszok) és extravertiós (színválaszok) tendenciák személyiségen belüli viszonyát tükrözi, ugyanis Rorschach szerint – Jungtól elérően – ezek nem egymást kizáró típusok, hanem mindenkiben meglévő dinamizmusok viszonylag állandó, egyénre jellemző konstellációja, attól függően, hogy milyen mennyiségben vannak a mozgás- és színválaszok jelen a jegyzőkönyvben. Az ÉT egy számaránypár, a bal oldalát (kinesztéziás oldal – introverzió) a B (1 pont) és Bsec (0,5 pont) válaszok alkotják adekvációs foktól függetlenül, a jobb oldalát (szenzoriális oldal – extravertió) pedig az Fb (1,5 pont), az FbF (1 pont) és az FFb (1,5 pont) válaszok alapján számítjuk ki. Az adekvációs fokok a *mennyiségi elemzésnél* nem számítanak, amikor is az oldalak telítettségét és egymáshoz való viszonyát nézzük. Ez alapján tizenkét verzió lehetséges (6. táblázat).

Ezek mennyiségi kritériumait és jelentését a Mérei-könyvben találjuk. Fontos ehhez hozzátenni, hogy a mélyebb megértéshez a mennyiségi mellett *minőségi* elemzést is végeznünk kell, ami segít a normalitás és a patológia elkülönítésében. Ehhez fel kell használni az egyes jelek jelentéséről tudottakat. Lehet pl. úgy ellensúlyos extravertált egy ÉT, hogy a mozgásoldal 2 pont, a színoldal pedig 5, de egyáltalán nem mindegy, hogy a két oldal milyen jelekből tevődik össze. Ha a mozgásoldal két B+ válaszból áll, akkor az illető rendelkezik önismereti fékekkel, mivel egy átlagos jegyzőkönyvben szerepelnie kell 1-2 B+ válasznak. A B+ válaszok nagyon fontosak, főként a III-as (önismereti) táblán szükséges a jelenlétük, az én érettségére utalnak. Mivel alapvetően formaválaszok, tartalmazzák az F+ kvalitá-

6. táblázat. Az Élménytípus tizenkét változata

Koartált	Koartatív		
Ambiekvális	Dilatatív		
Introverzió nélküli extravertált	Extravertált	Ellensúlyos extravertált	Dilatatív extravertált
Extraverzió nélküli introvertált	Introvertált	Ellensúlyos introvertált	Dilatatív introvertált

sait, a magas szintű értelmi működést, a mozgás tükrözi a szükséges befele fordulást, az önreflexiót, az ember-tartalom pedig a szociabilitást. Egész más a helyzet, ha a mozgásoldal csupa Bsec-ből áll, kiváltképp, ha sablonos (+/-) vagy rossz (-) formával. Ekkor az introverzió várokozási görcsösségben, túlzott ambícióhoz kapcsolódó alacsonyabb képességek formájában, kritikus helyzetben lefagyásban, baleseti veszély formájában mutatkozik. A színoldalon sem mindegy, hogy az 5 pont miből áll össze. Az Fb, a mentálisan szabályozatlan indulat (nincs benne forma, ami az értelmi működés és a szabályozás jele) patológiás jegy, egészségeseknél nem jelentkezik, impulzivitásra, robbanékonyságra, regresziós hajlamra, primitív félelmekre utal. Az FbF-nél már van fékezési igény, de az affektus ezt elsodorja, emiatt az illető érzelmileg labilis, befolyásolható. Egy egészséges jegyzőkönyvben előfordulhat 1-2 FbF, de csak akkor, ha ezt ellensúlyozza megfelelő mennyiségű FFb+, ami az érett érzelmi reakció jegye. Az az egészséges, ha a szenzoriális oldalon nincs Fb, és az FFb+-ok száma legalább kétszerese az FbF, FFb+/- és FFb- válaszoknak. Az utóbbiak az érzelmi reakciók sikertelen, illetve bizonytalan szabályozását tükrözik.

A Másodlagos Formula kinesztéziás oldala a Bklein, a BF és a b jelekből (adekvációs foktól függetlenül), illetve az Asszoc B és Absztrakt B válaszokból tevődik össze. A szenzoriális oldalon 1,5 pontot érnek a Hd, az nFb, az aFb, 1 pontot a HdF, az nFbF és az aFbf, és – adekvációs foktól függetlenül – az FHD és F(Fb) válaszok. A mutató *menyiségi* értelmezése az oldalak telítettségének és egymáshoz való viszonyának a függvénye. Ez alapján van *sivár, kiegyenlített, feszült, szenzoriális és kinesztéziás* hangsúlyú MF, amelyek kritériumait és pontos jelentését a Mérei-könyv tartalmazza. A *minőségi* értelmezéshez figyelembe kell venni az egyes jelek jelentését. A Bklein a fokozott fantáziaéletre, a b a kudarcélményekhez való viszonyra, a BF pedig serdülőkori, azonosulással fel nem dolgozott tendenciákra (pszichoszexuális érettség elérése, önérvényesítés és identitás) utal. Ezek esetében fontos, hogy az értelmi eszközök mennyire segítik ezek elaborációját (+ adekvációs fok). Ha például felnőtt ember jegyzőkönyvében több a BF, mint a B, az az énéjlődés elmaradására utal, és ugyan a BF+-ok túlsúlya eredményes kompenzációt jelez, de valódi elaboráció nélkül. Ezek azok a dinamizmusok, amelyek pszichoterápiás fejlődés esetében mint potenciál az MF-ből átkerülhetnek az ÉT-be, és gazdagíthatják a személyiséget. A szenzoriális oldalon a Hd a szorongást és annak feldolgozási színvonalát tükrözi. A Hd

a fékezetlenül érvényesülő szorongást mutatja (~ pánik, dinamikai alapja a szeparációs és halálszorongás), a HdF esetében megjelenik a fékezés igénye (elhárító mechanizmusok), és alkalmasszerűen racionalizálódik a szorongás, miközben az eredet tudattalan marad. Az FHD a mentálisan fékezett szorongás jele: az FHD+ lelkiismereti szorongásra utal (felettes én-funkció), az FHD+/- esetében az átdolgozás/elhárítás bizonytalan, sodródást eredményezhet (devianciaveszély), az FHD-stabil, de patológiás, paranoid elhárítást tükröz. A fekete szín a diszfóriás hangulatok jele, ez vagy fékezetlenül előnti a személyiséget (nFb), vagy az önértékelés labilitását eredményezi (nFbF), vagy pedig mentálisan fékezett diszfóriát jelez; a fékezés/elaboráció lehet sikeres nFFb+, sikertelen nFFb+/- és nFFb- esetében, ez utóbbinál rezignáltságra utal. Ugyanez vonatkozik a fehér színválaszokra, ami az euforikus hangulatok, hipomán kilengések elaborációs színvonalát tükrözi. Az F(Fb)+ válaszok érzékenységre, hangulati reaktivitásra, szenzitivitásra utalnak; az F(Fb) +/- adekváció esetében inadekvát hangulatvezérlésű érzelmi életre és a valóság áthangolására, a – adekváció pedig már paranoiditásra, sértődékenységre enged következtetni.

Az MF megerősítheti vagy gyengítheti az ÉT-ben tükröződő beállítódást, egymáshoz való viszonyuk lehet megegyező, azonos tendenciájú, de fokozott vagy csökkent intenzitású, és eltolódott (ÉT kiegyenlített, az MF valamelyik oldalra hajlik, vagy fordítva). Az számít optimálisnak, ha az MF kinesztéziás oldala telítettebb, mint az ÉT-é, mivel ez arra utal, hogy az illető rendelkezik még kiaknázatlan belső potenciállal, ami a további fejlődés belső feltételeit biztosítja. Fordított esetben inkább kóros személyiség szerkezetre kell gondolni. Mérei könyvében kidolgozott 11 verziót a lehetséges konstellációkból. Például az Extravertált ÉT Feszült MF-fel Mérei szerint legtöbbször fiatalok (19–28 év) személyisége képe, alacsony szintű önismeretet felételez, az énhatárok fejletlensége miatt a külvilág könnyen elöntheti a személyiséget, ami a kudarcok katasztrófizálásával járhat és szuicid veszélyt jelezhet.

Az Indulati Típus teljes egészében Mérei Ferenc tálmánya: az erő (agresszió) és az ellenerő (szorongás) viszonyára utal. A bal oldalt a zw válaszok adják, amit az FT csoportosításból másolhatunk át. Minden előfordulás 1 pont. A jobb oldalt az árnyékolás válaszok adják: a Hd 1,5, a HdF 1, az FHD adekvációs foktól függetlenül 0,5 pont. A *menyiségi* értelmezés alapja a két oldal telítettsége és egymáshoz való viszonya, ami alapján a mutató lehet *sivár, feszült, Hd hangsúlyú* és *zw*

hangsúlyú. (Ezek kritériumait és leírását lásd a Méreikönyvben.) Ez a válaszok számától is függ, mivel annak emelkedése esetén nem arányosan nő a Hd és a zw válaszok száma; a Hd válaszok lehetősége szinte végtelen, a zw korlátozottabb. A minőségi értelmezés az egyes jelek jelentésén alapul. Az árnyékolás válaszok esetében ezt fentebb az MF-nél már ismertettük; ez alapján korántsem mindegy, hogy a Hd-oldal milyen színvonalú jelekből épül fel, ami azért is fontos, mert a dinamikus pszichológia felfogása szerint a szorongás elhárításának nívója a pszichopatológiai állapotok lényegét jelenti (Mentzos, 2000). Ugyanez igaz a zw-oldalra is. Az agresszió integrálatlanságára, közvetlen érvényesülésére a Dzw és Ddzw jelek utalnak, míg a Gzw, a DzwD és a DzwG jelek, illetve a kiegészítő zw változat jóval konstruktívabb felhasználásra utal – feltéve, ha az megfelelő összszínvonalú jegyzőkönyvben mutatkozik. Az IT-t össze kell vetni az ÉT-vel. Minden ÉT változat esetében a *feszült* IT verzió a kedvezőbb, leginkább akkor, ha extravertált ÉT mellett olyan feszült IT van, amelyben a szorongás hangsúlyosabb (visszafogja az extravertált harsányságát), introvertált ÉT esetében a feszült, de több zw-t tar-

7. táblázat. Az űrlap bal alsó része a személyiségmutatók rögzítésére

FT	
ÉT ₁	Real. I. Szoc. sk.
ÉT ₂	Regr. I. Org. sk.
MF	Alk. Szindr. S:N
IT	Sz.E.I. E:Hy
F ₁ + % =	Szuicid sk. I. S.P.S.
F ₂ + % =	Sch. sk. Sch. P.I.

talmazó IT az optimális (kimozdíthatja az introvertáltat az önmagába fordultságból). Az előző konstellációt (Extravertált ÉT – Feszült IT) Mérei úgy írja le, hogy dependens személyek tartoznak ide, akik állandóan büntudati feszültségben élnek, amiért vezekelniük kell. Ezért egyrészt azonosítják magukat a támadóval (önvádloak), befolyásolhatók, másrészt konverziós-pszichoszomatikus tünetképzésre hajlamosak. A mutatókat az űrlap bal alsó részébe rögzítjük (7. táblázat).

A III. oszlop összegzése

A tartalmi jeleket az űrlap bal felső sarkában összegezzük (8. táblázat).

Megszámoljuk a tartalmi körök számát úgy, hogy az M, az (M) és az Md egy tartalmi körnek számít, akár csak a T és a Td. Ennek átlaga 10–12; ennél alacsonyabb szegényes, ennél magasabb gazdag képzetáramlásra utal.

8. táblázat. Az űrlap III. oszlop jeleinek összegzésére alkalmazható része

M	(M)	Md	Md Obj
T	Td	Myth	Szörny
Anat	Rtg	Vér	Szex
Obj	Matéria	Jármű	Architektúra
Ruha	Álarc I.	Álarc II.	Álarc III.
Táj	Pfl	Asztronómia	Sacrum
Felhő	Füst	Hegy	Szikla
Tűz	Víz	Jég	Explózió
Térkép	Geometria	Ornamentika	Jel
Festmény	Illusztráció	Szobor	Karikatúra
Szcéna	Ennivaló	Szimbólum	Absztrakt
Szem	Tör	Sár	Szakadék
Kő	Barlang	Szín	Amorf
Σ tartalom:			
M%	M: Md	Tartalom szóródása:	
T%	T: Td	Tartalmi körök:	
Obj%			

Az összes tartalmi jel (Σ tartalom) elosztva a válaszszámmal elaborációs mutatót ad (1,1–1,3 az átlag). Az $M\%$ [$M + (Md) + Md/\text{válaszszám} \times 100$] szociabilitás-mutató, illetve az $M:Md$ arány is értelmezhető. A $T\%$ ($T + Td/\text{válaszszám} \times 100$) azt mutatja meg, hogy hogyan érvényesül a sztereotípiák (állat-tartalom) képzetáramlást szabályzó szerepe. Ennek átlag értéke 35–50% közt van, az átlag alatti önkényes jelentésadásra, a magasabb érték sablonos gondolkodásra utal. A $T:Td$ -arány átlagértéke 4:1, ha ez a Td javára nő, az regresszív jegynek számít. Az $Obj\%$ ($Obj + \text{Jármű/felelet-szám} \times 100$) a tárgyi beállítottság jelzője, átlagos értéke 5–10 között van.

Ugyancsak a tartalmak alapján számoljuk ki a Szorongás-skálát, ami az űrlap 3. oldalán található. Ennek értéke 25% felett patológiás szorongást jelez.

Szorongás-skála:

$$\frac{\Sigma(Rtg + \text{anat} + \text{sex} + Md + \text{tűz} + \text{vér}) \times 100}{\Sigma \text{válasz}}$$

A IV. oszlop összegzése

Összeadjuk a negyedik oszlopba írt $V1$, $V2$ és $V3$ jeleket, elosztjuk a válaszszámmal az összeget, és megszorozzuk százzal. Ez lesz a $V\%$, a személyiség fékrendszerének negyedik mutatója (az $F\%$ -ok, $B+$ válaszok száma és a $T\%$ mellett), aminek átlagos értéke 40 és 50 között van. Ez az optimális konformizmus szintje; ennél magasabb érték túlzott alkalmazkodásra utal („automata konformizmus”, Fromm, 2002/1941), alacsonyabb érték alkalmazkodási zökkenőre, sőt az alkalmazkodás elutasítására utal. Mint minden jelnél, ennek az értelmezésénél is figyelembe kell venni az egyéb mutatókat és az általános színvonalat. Rossz jegyzőkönyv esetén a személy inkább prekonvencionális, jó színvonal esetén posztkonvencionális (L. Kohlberg) jelleget mutathat, az utóbbi pedig kedvez a kreatitásnak. Érdemes megnézni a $V1:(V2 + V3)$ arányt is, ami normál esetben egyenlő, neurotikus esetben a $V1$, pszichotikusoknál inkább a $V2 + V3$ irányába tolódik, de ez önmagában természetesen még nem diagnosztikus támpont. Mivel jelen kötet egyetemisták és gyakorló szakemberek számára írt tankönyv, az originális válaszok értelmezésével nem foglalkozunk, hiszen azok megállapításához többéves gyakorlat szükséges.

V. oszlop – Egyéb mutatók

Az V. oszlop jeleit olyan formában nem összegezzük, mint az első négy oszlop jeleit. Egyrészt a felszólító jel-

leg szerinti értelmezéskor használjuk azokat, jelentésüknek megfelelően; ezen jelentéseket részletesen a Mérei-könyvben lehet elolvasni. Másrészt az űrlap bal alsó részén, a személyiségmutatók mellett további skálák és indexek találhatók, amelyek kiszámolásában számos ötödik oszlop-jel szerepet kap. Ezek közül érdemes minden esetben megnézni a Realitás Indexet, a Szociabilitás Skálát, a Regressziós Indexet és a Szociopátia-Neurózis Skálát (S:N). Az Epilepszia-Hisztéria Skálát, az Organikus Skálát, az Alkoholizmus szindróma mutatóját, a Szuicid Skálát, a Szuicid Predikciós Skálát, a Szki-zofrénia Skálát és a Szki-zofrénia Prognosztikai Indexet csak abban az esetben szükséges megnézni, ha klinikai kérdés vonatkozik rájuk, vagy a vizsgálatvezető indokoltan látja azokat. Ezek kiszámolása és értékelése a Mérei-könyvben található. A jobb alsó részen elhárító mechanizmusok és egyéb konstellációk szerepelnek. Tapasztalataink szerint ez a Rorschach kvantitatív értelmezésének talán legkevésbé hasznos része. Az egyes elhárító mechanizmusok kritériumai a Mérei-könyvben megtalálhatók.

9. táblázat. Az űrlap jobb alsó sarka az elhárító mechanizmusok azonosítására

Konstellációk

1. Elfojtás:
2. Regresszió:
3. Izoláció:
4. Projekció:
5. Meg nem történtté tevés:
6. Reakcióképzés:
7. Azonosítás:
8. Kompenzáció:
9. Mentális színvonal:
10. Kontaktus:
11. Kontaktus:
11. Tolerancia:
12. Elaboráció:

10. táblázat. Az űrlap Szenzitivitás-paranoiditás skála kiszámolását lehetővé tevő része

Szenzitivitás-paranoiditás skála

Kategóriák	Regressziós együtthatók	Gyakoriságok	Szorzatok
			1. szorzat
Szem projekciók			
Gyanakvó reakciók			
Tartalmatlanítások			
Percepciós jellemzők			
Indulat-talanítások-veszélytelenítések			
Rejtőzködések			
Tulajdonítások			
Jelentésadást kísérő bagatellizálások			
Szimmetria-hangsúly, -ütközés, -hiány			
Jelentésadás nélküli bagatellizálások			
Veszélyprojekciók			

Értéktérkép

Egészséges	Bizonytalan	Paranoid
=>135	137-236	>=237

szorzatok összege : feleletszámmal

Eredmény $\{(\text{_____} + 10) \times 10\}$ - feleletszám = _____
 Szenzitivitás - paranoiditás index = _____

A mutatók közül a legkomplexebb a Szenzitívitas-paranoiditás skála. Itt a szenzitív élményfeldolgozás teszt-jellemzőit találjuk felsorolva, és meg kell néznünk, hogy ezekből hány darab található a jegyzőkönyvben. Az előfordulási gyakoriságot egy együtthatóval kell megszorozni, a *Szem-projekciók* esetén ez 81, a *Gyanakvásoknál* 59, a *Tartalmatlanításoknál* 21, a *Percepciók jellemzőknél* 22, az *Indulattalanítások-veszélytelenítéseknél* 26, a *Rejtőzködéseknél* 15, a *Tulajdonításoknál* 25, a *Jelentésadást kísérő bagatellizálásoknál* 25, a *Szimmetria-hangsúlyozásoknál* 7, a *Jelentésadást kísérő bagatellizálásoknál* -46, a *Veszélyprojekcióknál* pedig -30. A szorzatok összegét elosztjuk a feleletszámmal, hozzáadunk tízet, megszorozzuk tízzel, és kivonjuk a feleletszámot. Ha az eredmény kisebb, mint 136 vagy azzal egyenlő, paranoiditás nincs, ha 137 és 236 közt van, akkor nem pszichotikus paranoiditás valószínű (pl. személyiségzavarok esetén), 237 és a felett pedig pszichotikus mértékű paranoiditás áll fenn.

3.2. Kvalitatív (felszólító jelleg szerinti) értelmezés

A táblák felszólító jellege alapján történő értelmezéssel már Rorschach is foglalkozott, ám a jelenleg is használatban levő szisztematikus alkalmazás kidolgozását Mérei Ferenc végezte el Kurt Lewin mezőelméleti dinamikus pszichológiája alapján. Lewin (1972) felfogása szerint a viselkedés dinamikája döntően nem intrapszichésen meghatározott (mint a pszichoanalízisben), hanem az egyén és környezete (személyi, tárgyi) között bontakozik ki. Ennek az alapját az képezi, hogy a személyt szükségletek mozgatják, ami szükségleti feszültséget generál, ez pedig nagymértékben meghatározza, hogy az egyén hogyan kapcsolódik a környezetéhez, és ezáltal hogyan csökkenti direkt formában vagy áttételesen a feszültséget. A környezetből mint pszichikus-egzisztenciális mezőből az kerül előtérbe és az befolyásolja az egyén érzékelését, jelentésadását és viselkedését, ami „rárímel” a szükségletre. Ha éhesek vagyunk, akkor az élelmiszerüzletek és vendéglők válnak ki figuraként a háttérből az észlelés és a kapcsolódó viselkedés számára. A környezetnek ezt a minőségét felszólító jellegnek nevezzük, ez az, ami a szükségletek kielégítését lehetővé teszi, sőt fel is kelti azokat. Ha a három elemből (szükséglet – felszólító jelleg – viselkedéses válasz) kettő ismert, akkor a harmadik viszonylagos biztonsággal kikövetkeztethető. Ha tehát feltételezzük, mondja Mérei, hogy a tíz tábla tíz pszichikus szituációt reprezentál, és

ismerjük az ezekre adott viselkedéses választ (ezek a válaszok – jelentésadási magatartás), akkor a válaszok háttérében levő szükségletek, azokhoz kapcsolódó konfliktusok, szorongások és elhárító tevékenység jellegére következtetni tudunk. A táblára adott válasz jellege és a jelentésadás közben tanúsított magatartás modellreakcióként tükrözi, hogy hogyan viszonyul az illető a tábla által képviselt szituációhoz.

Mi alapján állapította meg Mérei a felszólító jellegeket? Először is a szimpátia-választás nyomán, amit mi is javasoltunk elvégezni az utóteszt után. A második módszer a szimbólumértelmezési próba volt: ha a táblák szimbolista festmények volnának, és a vsz.-nek kiállításra kellene rendeznie belőlük, milyen címet adna nekik? Végül asszociációs próbákat is végzett, vagyis képzetársításokat kért a táblák egészéhez és egyes részleteihez, majd a háromféle vizsgálat eredményét statisztikailag feldolgozta. A táblák hatásával kapcsolatban olyan tényezőket emelt ki, mint például azok helye a sorban (első, utolsó, első színes), a táblák formai vonásai, áttételes, jelképes utalásai vagy a táblára adott válaszok statisztikai sűrűsödése. Ezek nyomán következőképpen alakul a felszólító jelleg:

11. táblázat. A tíz tábla felszólító jellege

A táblák sorrendje	Felszólító jelleg
I. tábla	Új helyzetek, bemutatkozás
II. tábla	Szexualitás és affektusok
III. tábla	Önismeret, szociabilitás
IV. tábla	Apa, autoritás és attól való szorongás
V. tábla	Valóságérzék
VI. tábla	Én és szexualitás viszonya
VII. tábla	Anyaság és nőiség
VIII. tábla	Érzelmi kapcsolatok
IX. tábla	Képességek, erőfeszítés és teljesítmény
X. tábla	Az egzisztenciális mező kihasználása

A felszólító jelleg alapján történő értelmezés során a következőket kell figyelembe venni:

- Megjelent-e a táblán az adekvát megoldás? Például a III. táblán mindenképp kell hogy legyen G B+ M V1 válasz ahhoz, hogy azt mondhassuk, a vsz. adekvátan megoldotta a táblát, így az önismerethez való viszonya megfelelő.
- Mekkora reakcióidő mutatkozott, mennyi a táblára fordított idő?
- Vannak-e elakadásra utaló jelek (pl. Zavar az V. oszlopban)?
- Milyen a szukcesszió a táblán? Ez az arra utal, hogy egy táblán belül hogy jönnek egymás után az első oszlop jelei. *Szigorú szukcesszió* (pl. G – D – Dd, D – Dd) esetén az illető a helyzethez kapcsolódó formális megoldást részesíti előnyben. *Fordított szukcesszió*nál (pl. D – G, Dd – D – G) a helyzetre vonatkozóan titka van, másnak szeretne látszani. *Szét-esett szukcesszió*nál kétszer is eltér a szigorú vagy fordított szukcessziótól, vagy G után rögtön Dd választ mond. Ez arra utal, hogy a tábla által képviselt helyzetben nincs tartása, képzetáramlása leágazik, labilis, túlzottan szubjektív.
- Megjelennek-e a táblán vulgáris és originális válaszok?
- Vannak-e fokozott elaborációra utaló jelek (pl. az V. oszlopban)?
- Romlik-e a színvonal az előző táblához képest? Ezt leginkább a determinánsok segítségével lehet detektálni. Pl. egy harmincas, egyedülálló, depresszióval küzdő női kliens az I–VI. táblák mindegyikén FHD+ válaszokat adott, a VII. tábla pedig a következőképpen alakult: „Állatfej” (2) – D FHD+, majd „Felhő” (egész) – G HdF, végül „Szürkeség” (egész) – G Hd. Az árnyékolás-válaszok táblán belüli színvonalasése mutatja a regressziót, ami a felszólító jelleghez kötődik (anya), ahogyan egyre kevésbé képes megfékezni mentálisan az elhatalmasodó (feltehetően szeparációs) szorongást.
- Megfigyelhető-e formai és tartalmi telítődés, például több jelet kell-e használni a II. és a III. oszlopban?

Ez alapján tekintsük át az egyes táblára vonatkozó támpontokat.

I. tábla

Bemutakozási tábla (ki vagy te?); az új helyzethez való alkalmazkodás, a kockázatvállalás, a benyomásokra való

érzékenység, a nyitottság, a vizsgálati helyzethez, vizsgálóhoz való viszony mutatója. Adekvát megoldása: G F + T V. A fenti szempontok nyomán a rossz megoldás jelezhet önértékelési zavart, lámpalázat, gátlásos magatartást.

II. tábla

A szexualitás és az affektivitás egybehangolásának sikerességét/problematikusságát mutatja, azt, amit a klaszszikus pszichoanalízis „genitális érettségnek” nevez (Mitchell és Black, 2000). A tábla azok számára kritikus, akiknél a szexuális szükséglet és az érzelmi tárgymegszállás nem integrálódott. A fehér és a piros részek miatt könnyen idézi fel az agresszív feszültséget, a nagy szürke foltok pedig az ehhez kapcsolódó szorongást. Adekvát megoldások: G B+ M V, D FHD+ T V, FFb+, BF+. Jelezhet szexuális-affektív zavarokat, fóbiás tüneteket, neurotikus személyiségfejlődést.

III. tábla

Az önismeretre vagy annak az elhárítására utal. Ehhez kapcsolódóan a szociabilitás („az én szemben a másikkal”) mutatója is, összességében a társas helyzetekben érvényesülő szociális önkontrollt az elaborációs készség, a helytállás, az autonómia színvonalát tükrözi. Adekvát megoldás: G B+ M V. Súlyosabb anomáliák szkiziform tünetképzést, pszichózist valószínűsíthetnek.

IV. tábla

Az autoritáshoz való viszonyt, az apával való kapcsolatot képviseli. Az autoritáshoz való viszony jelentheti annak elfogadását (dependencia, alárendelődés), az azzal való identifikációt, de elutasítást is. Adekvát megoldások: G B+, G FHD+, D BF+. Rossz megoldások esetén szituatív szorongás, fóbiás-hisztériás tünetképzés, pánik, acting out vagy akár szuicidium is előfordulhat.

V. tábla

A realitásfunkciót vizsgálja, a tájékozódási képességet, a gyakorlati érzéket, a szervezőkészséget, azt, hogy a vsz.-re a kiegyensúlyozottság vagy inkább az irrealitás a jellemző-e. Adekvát megoldása a G F+ T V. Rossz megoldások esetén pszichózis, szkizofrénia, szuicidium veszélye állhat fenn.

VI. tábla

Az ennek a szexualitáshoz való viszonya, a szexualitás és a szorongás kapcsolata jelenik meg rajta. Akkor is ez az értelmezés kiindulópontja, ha a vsz. nem szexuális tartalmú választ ad (lásd áttétel és fantázia szerepe).

Adekvát a megoldás, ha a vulgáris válasz után közvetlenül vagy áttételesen szexuális válasz érkezik. Az elakadások, forma nélküli determináns vagy például a Jég tartalom szexuális tünetképzést jelezhetnek.

VII. tábla

Az anyaság, az ahhoz való viszony, a nőiség elfogadása vagy elutasítása jelenik meg rajta. Ebben nagy szerepe van a 14-es nagy zw-területnek, ami könnyen uterusfantáziákat ébreszt. Ugyanez Mérei szerint pánik állapotot eredményező „vákuum-sokkot” is indukálhat; erre láttunk példát fentebb a színvonalésnél felidézett eset kapcsán. A nagy zw-terület az én és az agresszió viszonya szempontjából is jelentős. Adekvát megoldás, ha 1-2 vulgáris válasz után Hd és zw válasz jelentkezik, inadekvát megoldások esetén az anyaság és a nőiség okozta szorongás valószínűsíthető.

VIII. tábla

A tábla az érzelmi alkalmazkodás, a környezethez való reális kapcsolódás, az emocionális viszonyulás szempontjából kritikus, tükrözi a vsz. társas-érzelmi magatartásának sajátosságait, az empátiára és az azonosulásra való készséget. Adekvát a megoldás, ha először D F+ T V1 mutatkozik. Anomáliák esetén hiszteroiditás (sokk), agresszió (zw), egocentrizmus (FbF halmozás), manőverezés (Befestés), nárcisztikus viszonyulás (tükör-reakció, táj-válasz) feltételezhető.

IX. tábla

A tehetség, a képességek, az erőfeszítés és a teljesítmény kapcsolatát mutatja, képet kaphatunk a vsz. ambícióiról és intellektuális munkaképességéről. Adekvát megoldás a vulgáris válasz, a kombinatív tendencia és a megnyúlt reakcióidő. Inadekvát megoldások esetén feltehető a labilis munkavégzés, az elakadások a feladat-és felelősségelhárítást valószínűsítik, míg az FbF a munkához való szubjektív, emocionális hozzáállást jelzi.

X. tábla

Az „egzisztenciális mező” kiaknázásának szintjét mutatja, azt, hogy mennyire és hogyan képes a vsz. környezetének személyi és tárgyi adottságait felhasználni a saját önmegvalósítása érdekében. Mivel ez az utolsó tábla, az aktuális feszültség tartalma is megjelenik benne. Adekvát megoldásnak tekinthető a rokonszenvi viszonyulás, ha a vsz. végigmegy a részleteken, a vulgáris részletek megtalálása, az FFb+ válaszok megjelenése. Versagen esetén a környezettől való elidegenedés valószínű.

4. Véleményírás

A teszt eredménye alapján pszichológiai véleményt csak klinikai szakpszichológus írhat. A vélemény felépítését minden esetben a klinikai/vizsgálati kérdés határozza meg, tehát úgy kell rendezni az anyagot, hogy logikusan jussunk el a következtetésekkig. A véleményben először az eredményeket közöljük (mutatók), ezt követi a szöveges kifejtés. Az értelmezés nem atomisztikusan és mechanikusan történik; korábban már javasoltuk, hogy a pszichológus ne szoftverrel számítsa ki a mutatókat, amely például a személyiségmutatóknál – ÉT, MF, IT – csak mennyiségi elemzést ad. Az egyes mutatók, jelzések integrációja és az anamnesztikus adatokkal való szintetizálása aktív, kreatív folyamat, amelyben nagy szerepe van a vizsgálatvezető ismereteinek és képességeinek. A cél nem minden esetben egy DSM/BNO diagnózis felállítása vagy megerősítése, hanem – a dinamikus szemléletű pszichodiagnosztika elvei (Kőváry, 2022) alapján – a személyiségstruktúra és személyiségdinamika feltárása, a prognózis és a terápiás indikáció/kontraindikáció megállapítása, valamint a pszichoterápiás alkalmasság becslése. Az alábbiakban egy átfogó értékelést lehetővé tevő vázlatot mutatunk be.

Mentális színvonal

Ezt tükrözi a Feleletszám (motiváltság, bevonódás a feladatba, energiaráfordítás mértéke), melynek átlaga 30–35 válasz. A képzetáramlás sokszínűségét a tartalmi körök száma mutatja (átlag 10–12, max. 49), a tartalmak szóródása (átlag 1,1–1,3) az elaborációs készség jelzője. Ez utóbbit kiegészítik az V. oszlop elaborációs jegyei. A személyiség fékrendszerét, az önkontroll színvonalát az F1 és az F2+, a T%, a V% és a B+ válaszok száma mutatja; ezt korábban már részleteztük, míg a személyiség felfogásmódját az FT alapján körvonalazzuk. A realitásérzéket az V. tábla megoldása, a Realitás-index és a Regressziós index alapján jellemezzük.

A személyiség elemzése

A beállítódást, az extravertiós/introvertiós tendenciák egyénre jellemző sajátosságait az ÉT és a színes index mutatja meg. A kötődési készségre az ÉT, a VIII. és X. tábla megoldása, az M% és a Szociabilitás-index utal. Az indulati élet, az agresszió és szorongás aránya az IT, a szorongás-index, az Fb válaszok és az agresszív tartalmak alapján mérhető fel, de a zw válaszok az MF-fel együtt az energetikai tartalékokat is tükrözik. Az örömkészséghez és a szexualitáshoz való viszonyt a II. és VI. tábla,

a teljesítményhez való viszonyt a IX. és X. tábla megoldása karakterizálja. Az autoritáshoz és férfiasághoz való viszonyt a IV. tábla, a nőiséghez való viszonyt a VII. tábla, míg végül az énhez való viszony az I. és III. tábla alapján interpretáljuk.

Pszichopatológiai és patopszichológiai jegyek

A két dimenziót célszerű egymástól elkülöníteni, ahogy Szakács (1989) már régtől fogva javasolta: a pszichopatológia az egyes pszichés funkciók kóros formáit, a patopszichológia a körülhatárolt kórformák pszichológiai jellemzését takarja. A Rorschachban bőségesen találunk utalásokat mind pszichopatológiai jelenségekre (szorongás, agresszió, acting out, szuicidium, elhárító mechanizmusok), mind meghatározott kórformákra (szkizofrénia, paranoia, affektív zavarok, személyiségzavarok, addikciók, „neurózisok”). Ezeket részletesen Mérei könyvében túl Csígyó Katalin könyvünkbe írt tanulmánya, illetve a klinikai alkalmazást részletező könyve (2018) tartalmazza.

5. Összefoglalás

A vélemény végén a szakember megfogalmaz egy rövid összefoglalást a személyiségjegyekről, a személyiségstruktúráról és a pszichodinamikáról, és válaszol a klinikai kérdésre. Amennyiben szüksége van rá, diagnózist javasol a BNO/DSM szerint, ezt kiegészítve prognosztikai becsléssel, illetve közli meglátásait a terápiás indikációval és kontraindikációval, valamint a pszichoterápiás alkalmassággal kapcsolatban. Ez a komplexitás, vagyis az, hogy a teszteredmény nem csupán a sokszor többértelmű klinikai diagnosztikus szintre vonatkozó információkat tartalmaz (pl. depresszió, adott személyiségzavarok, paranoid kórképek), nagyon hasznos, sőt szinte pótolhatatlan pszichodiagnosztikai eszközzé teszi a Rorschach-tesztet. A mögöttes személyiségstruktúrára utaló jegyek feltárása (pl. éngyengeség, az önszabályozásban fontos szerepet játszó szorongás és annak feldolgozottsági színvonal stb.) nemcsak a pontosabb differenciáldiagnózist teszik lehetővé, hanem pl. a személyiségorganizációs szint (Kernberg, lásd Kóváry, 2022) beazonosítását is támogatják. Ez nemcsak a diagnózis, hanem a prognózis szempontjából is lényeges, hiszen például borderline személyiségzavar esetében egyáltalán nem mindegy, hogy inkább „neurózisközeli” vagy „pszichózisközeli” állapotról beszélünk egy adott páciensnél. Ez utóbbi pedig a terápiás indikációval kapcsolatosan

is hasznos támpont lehet; magának a terápia folyamatának a tervezésénél és kivitelezésénél pedig nélkülözhetetlen segítséget nyújthatnak a felszólító jelleg szerinti értelmezés során megvilágosuló konfliktus-gócponatok (pl. korai tárgykapcsolatok, realitáshoz való viszony, énkép-önismeret stb.).

6. Kitekintés

Bár jelen tanulmány szerzőjének véleménye szerint ezen komplexitás következtében semmilyen pszichodiagnosztikai eszköz nem érhet a Rorschach nyomába, természetesen szót kell ejtenünk a korlátokról és a nehézségekről is. A teszt biztonságos, adekvát használata nagy erőfeszítést, elkötelezettséget és éveket tartó gyakorlást igényel, ami ellentmond „gyorsfogyasztású” korunk elvárásainak. Emellett a jelölés, bár Mérei viszonylag pontos támpontokat határoz meg, sokszor ellentmondásos lehet, és ez nem csupán a szakember járatlanságának a következménye. Például az „angyal” tartalmat Mérei egyszer (*M*) és *Myth*, másszor (*M*) és *Sacrum* kettős jellel látja el. Honnan tudjuk, hogy melyik a „jó” jelölés? A gyakorlat során a klinikus számos jelölési ellentmondással, bizonytalansággal szembesülhet, amelyhez hozzájárul az is, hogy léteznek bizonyos részletkérdésekben egymásnak ellentmondó elveket képviselő „iskolák” (pl. vannak, akik íratlan szabályként követik azt a fel fogást, hogy szürke táblán a „pillangó” válasz automatikusan színhívás az V. oszlopban). Az ellentmondásokat célszerű lenne összegyűjteni, és egy szakmai grémiumnak állást foglalni azokkal kapcsolatban.

Egy másik fontos probléma, hogy egyre többet hallani az egyébként mindig is jelen levő kritikai hangokat azzal kapcsolatban, hogy a Rorschach nem összeegyeztethető a modern tudományosság kritériumaival. Mivel a teszt gyakorlati relevanciája a hozzáértő szakember számára megkérdőjelezhetetlen, két út áll nyitva az eljárás hívei előtt. Vagy megfeszített kutatásokat kell folytatni a kritikát megfogalmazók által vallott és szentesített – sokszor erősen szcientista felhangú – tudományosság szellemében addig, amíg be nem bizonyosodik, hogy a Rorschach igenis megfelelően validálható alapokkal rendelkezik, vagy pedig hangot kell adni annak az alternatív álláspontnak, hogy nemcsak „természettudományos pszichológia”, hanem „humán tudományos pszichológia” is létezik (Walsh, Teo és Baydala, 2014). Ez azt is jelenti, hogy az előbbinek a tudományos kritériumrendszerét nem lehet maradéktalanul számon

kérni az utóbbin, aminek – vagyis a humán tudományos pszichológiának – azért is van relevanciája, mert bizonyos jelenségek a maguk természetének megfelelően egyszerűen nem megragadhatók másképp, csak a „szoft” tudományosság eszközeivel. A Rorschach használata a maga hermeneutikai jellegéből kifolyólag részben a humán tudományos pszichológia részét képezi, ezért el kell fogadni, hogy soha nem fog teljesen megfelelni a „kemény” tudományosság elvárásainak.³

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Csigó K. (2018). *A Rorschach-teszt klinikai alkalmazása*. Medicina, Budapest.
- Fromm, E. (2002/1941). *Menekülés a szabadság elől*. Napvilág, Budapest.
- Kőváry Z. (2022). A dinamikus szemléletű pszichodiagnosztika szemléleti alapjai. In Kőváry Z., & Karsai Sz. (szerk.): *Dinamikus szemléletű pszichodiagnosztika*. Oriold és Társai, Budapest. 13–80.
- Lewin, K. (1972/1946). A viselkedés és a fejlődés mint az össz-szituáció függvénye. In uő: *A mezőelmélet a társadalomtudományban*. Gondolat, Budapest. 413–499.
- Mentzos, S. (2000). *A konfliktus-feldolgozás neurotikus módjai*. Oriold és Társai, Budapest.
- Mérei F. (2002). *A Rorschach-próba*. Medicina, Budapest.
- Mitchell, S. & Black, M. (2000). *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*. Animula, Budapest.
- Molnár F. (2020). A magyar Rorschach-rendszer revíziója és az új, sine morbo standard. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75 (1/7): 73–85.
- Szakács F. (1989). *Patopszichológiai Vademecum*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Walsh, R. T. G., Teo, Th., & Baydala, A. (2014). *A Critical History and Philosophy of Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

³ Ezt az ellentmondást és hiányt igyekeznek áthidalni az R-PAS rendszere, melyről részletesen könyvünk következő tanulmányában olvashat az érdeklődő. (A szerk.)



A Rorschach-teszt: Szemlélet, kódolás és értelmezés a Rorschach – Performance Assessment System (R-PAS) alapján

Rubovszky György Zsolt

1. Az R-PAS elméleti háttere

1.1. A Rorschach-teszt az R-PAS szemléletében

„Hermann Rorschach 90 évvel ezelőtt adta ki először gondosan kiválasztott és művésziileg továbbfejlesztett, tíz tintafoltból álló táblakészletét. Az ingerek összetettek, és olyan formán strukturáltak, hogy többféle szuggesztív, ugyanakkor befejezetlen vagy tökéletlen észlelési hasonlósággal bírjanak, amelyek egymással versengő vizuális képeket alkotnak. A feladat azt kéri a vizsgálati személyektől, hogy nézzék meg az ingereket, és válaszoljanak a kérdésre: »Mi lehet ez?« Az erre a kérdésre adott válasz mind az inger vizuális illesztését, mind pedig a szóbeli magyarázatát, kifejtését magában foglalja. Ennek alapján a feladat sztenderdizált, in vivo mintát nyújt a problémamegoldó viselkedésről, amely több szempontból értelmezhető, beleértve: a feladathoz kapcsolódó viselkedés közvetlen megfigyelését; a vizuális és verbális teljesítmény számos dimenziójának összehasonlítását a normatív elvárásokkal; valamint a tartalom, a képi világ és a válaszszekvencia elemzését. A Rorschach-teszt felvétele lehetővé teszi a vizsgálatvezető számára, hogy megfigyelje és értékelje a vizsgálati személy viselkedéses teljesítményét, tehát hogy azt lássa, amit a személy tesz, nem pedig azt, amit elmondása szerint tesz. Ez a teljesítményértékelés láthatóvá teszi a vizsgálati személy által mutatott megoldásokat, amiket a tintafolt-ingerekben rejlő, kihívást jelentő vizuális, kognitív és észlelési problémákra ad. Ezt a folyamatot nevezzük a személyiség működés közben történő megfigyelésének¹ – fogalmaz a Rorschach – Performance Assessment System (továbbiakban: R-PAS) Kézikönyvének kezdő bekezdése (Meyer és mtsai, 2011).

A Rorschach-teszt tehát egy komplex teljesítményértékelő eljárás, ami a magyar szóhasználatban nagyon félrevezető, hiszen a „teljesítményteszt”-eken kimondottan az intelligencia különböző aspektusait mérő el-

járásokat szoktuk érteni. Ez ebben az esetben természetesen nem helytálló, hiszen az egyén viselkedéses és komplex megküzdési folyamataira, az interperszonális aspektusra és számos, még a tudományos kutatás által egészen biztosan teljesen ki sem bontott rétegre egyaránt hangsúly kerül. Emiatt fontos emlékeztetni az olvasót, hogy a jelen fejezetben a „teljesítmény” mindazt a komplex jelenséget jelöli, amit az egyén, a vizsgálati személy a teszt felvétele során láthatóvá tesz személyisége működéséből.

Mindez azért is tűnik meghatározónak, mert az utóbbi évtizedekben napvilágot látott több kutatás, ami felvetette az önbeszámoló eljárások megbízhatóságának kérdését (Wessely és mtsai, 2006; Newbury és mtsai, 2018). Mindez a klinikai munka számtalan területén amúgy is köztudott volt, mert például egy borderline személyiségzavarral élő személy énelállapotváltásai és hangulatangadozásai mentén rapid váltásokban nagyon eltérő módon éli meg magát, és így eltérő információkat tud szolgáltatni magáról (Blazsek és Wernigg, 2015). Ebben a kontextusban értékelődött fel a projektív eljárások jelentősége, hiszen azok képesek a személyiség gyakran egymással is nehezen összeegyeztethető elemeinek együttes megragadására. Hiszen ez a teszt nem arra fókuszál, amit a vizsgálati személy mond, hogy tesz, hanem amit valóban tesz ezen in vivo megfigyelés során.

A másik nagy kihívás azonban éppen a projektív eljárásokat és azokon belül kimondottan a Rorschach-tesztet érte (Garb, 1999; Garb és Lilienfeld, 1999; Wood, Nezworski és Stejskal, 1996). Ezek majd' kivétel nélkül azt emelték ki, hogy a teszt nem felel meg a korszerű klinikai munka által megkövetelt pszichometriai elvárásoknak (reliabilitás, validitás), hanem gyakran egyéni pszichiátriai konceptualizációs hagyományok mentén, impressziószerűen kerül kiértékelésre.

A felmerült kritikák új lendületet adtak a Rorschach kutatásának, aminek eredményeképpen – többek között –

¹ A Medicina Kiadónál *Rorschach teljesítmény értékelés rendszer R-PAS* című kézikönyvből származó idézetek és táblázatok a kiadó tudtával és jóváhagyásával kerültek bele a jelen fejezetbe (a szerk.). Az idézett részeket Nagy Zsófia fordításai alapján készülték. Továbbá egy ilyen jellegű munka szükségessé tenni lényegében minden állítás hivatkozását. Az itt közölt szöveg természete szerint követi a Kézikönyv tartalmát, tehát azt nem hivatkozom minden egyes részletében.

2013-ben megjelent a *The Validity of Individual Rorschach Variables: Systematic Reviews and Meta-Analyses of The Comprehensive System* c. cikk Joni L. Mihura, Gregory Meyer, Nicolae Dumitrascu és George Bombel nagyívű munkája eredményeképpen, amely már a korszerű pszichometriai elvárások tükrében vizsgálta az akkor elérhető legkorszerűbb rendszert, az Exner nevéhez fűződő Comprehensive Systemet (továbbiakban CS). Arra a megállapításra jutottak, hogy 13 mutató kiváló, 17 jó, és pusztán 10 közepes, illetve 13 rendelkezik alacsony paraméterekkel a megbízhatóság tekintetében. Ennek fényében egyrészt ismét stabilizálódott a Rorschach-teszt létjogosultsága a klinikai pszichodiagnosztika világában, ugyanakkor egyértelműen tisztázódtak azok az elvárások, aminek egy Rorschach-rendszernek meg kell felelnie. Ez a munka és szemlélet amúgy már a 2011-ben megjelent R-PAS rendszerben is érvényesült, ami szintén Gregory Meyer és Joni L. Mihura, illetve munkatársaik nevéhez köthető. Ennek kiemelkedő jelentősége tetten érhető – többek között – a magas inter-rater reliabilitás eredményekben is, hiszen 0,78–0,88 közötti korrelációs eredményeket igazolnak a kutatók a mutatók nyerspontjai tekintetében (Viglion és mtsai, 2012; Pignolo és mtsai, 2017).

1.2. Rövid Rorschach-történelem és a Comprehensive System

Hermann Rorschach 1921-ben jelentette meg Bernben a *Psychodiagnostik* című munkáját, aminek későbbi percepciójára – tragikusan korai halála miatt – nem volt módja hatással lenni. Ennek köszönhetően a hirtelen nagy visszhangra talált munka a világ számtalan helyén külön fejlődési utat talált. Idővel megszületett az igény, hogy megkezdődjön a reflexió az egyes rendszerek különbözőségeire és hasonlóságaira, így hozta létre Exner 1968-ban a Rorschach Research Foundationt, aminek egyértelmű célkitűzése volt annak megtalálása, hogy melyik rendszernek van a legnagyobb klinikai relevanciája. Végül arra a megállapításra jutott, hogy a legmeghatározóbb öt rendszer: Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowski és Rapaport-Schafer rendszere valójában egymástól lényegileg különbözőek, amelyek közül ugyanakkor Klopfer és Beck munkáját találta a legmeghatározóbbnak. Egy meglehetősen széleskörű kutatómunka eredményeképpen (153 pszichológus által felvett 835 jegyzőkönyv feldolgozása) arra jutott, hogy mindegyik rendszer használ empirikusan megalapozott és nem

megalapozott mutatókat egyaránt. Összességében tehát szükségessé vált egy egységes, megbízhatóságra törekvő rendszer létrehozása. 1974-ben publikálta először a Comprehensive Systemet, aminek 2006-ban bekövetkezett haláláig négy kiadása született, az utolsó 2003-ban. Hamarosan ez vált az USA legerjedtebb rendszerévé, ami immáron felvállaltan ateoretikus volt, tehát nem kötődött egyik meghatározó pszichológiai elmélethez sem (Exner, 2003; Gurley, 2017).

A Comprehensive System egyik fő sajátossága a klaszter- és kulcsváltozó-szemléletében rejlik. Egyrészt felépít nyolc klasztert, amelyekbe a változók jelentős részét sorolja. Ezek a klaszterek olyan értelmezési konstruktumok, amik az egyén személyiségműködéseit írják le: (1.) az inger feldolgozása, (2.) a közvetítése, (3.) és a fogalomalkotás (a kognitív triád), továbbá (4.) a kontroll, (5.) az affektus, (6.) a szituációhoz köthető stressz, (7.) a szelfreprezentáció és (8.) az interperszonális percepció (Exner, 2003).

Továbbá meghatároz kulcsváltozókat, illetve azok konstellációit (PTI – Perceptual-Thinking Index, DEPI – Depression Index, CDI – Coping Deficit Index, Adj D – Adjusted D score, Lambda, Fr+rF – Reflection responses, EB – Erlebnistypus style, HVI – Hypervigilance Index), amelyek között hierarchiát feltételez, amely pedig kijelöli a klaszterek értelmezési sorrendjét is. Ez azt jelenti a gyakorlatban, hogy a rendszer eldönti, hogy az egyes változók jelzése esetén mely klasztereket kell az értelmezés tekintetében a többi elé sorolni. Pl. amennyiben a PTI (Perceptual-Thinking Index) értéke meghaladja a 3-at, ami ez esetben a határérték, akkor a rendszer azt az egyértelmű indikációt közli, hogy a vizsgálati személy problémái hátterében a kognitív triádban megjelenő zavar tekinthető központinak. A rendszer természetesen elvárja minden változó értelmezését, mindössze az értelmezés sorrendjét jelöli ki, ezzel feltételezést közölve a probléma fő okáról (Exner, 2003).

Az exneri rendszer ezen erőssége vált később megkérdőjelezhetővé, lévén, hogy lényegében közmegegyezően alapult. Továbbá jelentősen megkérdőjeleződött a normatív adatállomány meghatározásának módszere is. A Comprehensive System még a teljes populáció átlagát tekintette normaképzőnek. Ezzel szemben a kurrens szemléletek a sine morbo minta alapján képzett sztenderdekhez való mérést tekintik megfelelőnek (Mihura és mtsai, 2013, Pianowski és mtsai, 2019).

Exner 2006-ban bekövetkezett halála nehéz helyzetet teremtett a Comprehensive System tekintetében. Nem jelölt ki utódot a rendszer további gondozására. A csa-

lád mint jogutód hosszú időn át nem rendelkezett a szellemi hagyaték gondozásáról, így aztán úgy tűnt, hogy nincs lehetőség a rendszerrel kapcsolatban felmerülő kérdések megválaszolására és a természetszerűleg szükséges további fejlesztésére (Gurley 2017). Ennek köszönhetően az 1997-ben létrejövő Rorschach Research Council három tagja, Gregory Meyer, Don Viglione és Phil Erdberg együttműködéséből létrejött az immáron továbbfejlesztett, kurrens pszichometriai elvárásoknak megfelelő új rendszer, aminek a Rorschach – Performance Assessment System nevet adták, és aminek első kézikönyve 2011-ben látott napvilágot. Ugyan idővel a Comprehensive System is ismételt szakmai gondozásba került, de aktuálisan már az R-PAS tekinthető a leginkább kutatottnak és illetéknéppen bizonyítékokra alapozottnak. A fejezet további része ennek a rendszernek a részletesebb bemutatására fókuszál.

Ez a fejezet természetesen nem tud egy mindenre kimerítő módszerbemutatóként szolgálni. Az a célom, hogy az R-PAS alapvonalait és szemléletét ismertessem, és éppen annyi gyakorlati elemet foglaljak bele, amennyi a rendszer működési elveinek megértését szolgálja.

1.3. Szemléleti alapok: az R-PAS nyolc alapelve

Az R-PAS Kézikönyv első fejezete közli a rendszer nyolc alapelvét, amelyek egy része önmagában érthető, másrészt pedig a fejezet későbbi részében többször is hivatkozásra kerül, így folyamatában szintén érthetővé válik a gyakorlat bemutatásán keresztül, ugyanakkor a tauológia elkerülése érdekében itt külön nem kerül kifejtésre.

1. A legerősebb *empirikus és klinikai szignifikanciával bíró változók kiválasztása és kiemelése*. Miközben azokat, amelyek nem rendelkeznek kellő megalapozottsággal, nem szabad a rendszerben alkalmazni.
2. A vizsgálati személyek eredményeinek összehasonlítása egy *nagy nemzetközi referenciamintával*, a százalékok és a sztenderd pontszámok megfelelőinek *grafikus tömbben való ábrázolásán* keresztül.
3. *Egyszerűsített, egységes és logikus terminológiai*, szimbólum-, számítási és adatmegjelenítési rendszer biztosítása a redundancia csökkentése és az egyszerűség növelése érdekében, a hibázási lehetőség lehető legjobb kiküszöbölése érdekében.
4. Az egyes *értelmezendő változók empirikus alapjainak és pszichológiai indoklásának leírása*, hogy a tesztet

használó klinikus értő felhasználóként, nagyobb biztonsággal tudja alkalmazni azt a munkájában.

5. Statisztikai eljárás a felvett *teszt általános Komplexitáshoz való igazítására* és minden változóra gyakorolt hatásának grafikus szemléltetésére.
6. A feladatra adott válaszok számának optimalizálása annak érdekében, hogy érvényes és értékelhető jegyzőkönyv szülessen, és ezzel egyszerre két nehézséget is el lehessen kerülni: drasztikusan csökkenjen egyrészt a túl kevés válasz miatt ismételt felvenni kényszerült jegyzőkönyvek száma, másrészt pedig a túlzottan hosszú és megterhelő tesztfelvételeké.
7. *Új és felülvizsgált mutatók kidolgozása kortárs statisztikai és számítási megközelítések alkalmazásával*.
8. *Kiértékelő online programhoz való hozzáférés biztosítása* biztonságos, titkosított web-plafonon bármilyen internethez kapcsolódó eszközről (például PC, Notebook, okostelefon, iPad).

2. Az R-PAS alkalmazása

A teszt felvétele és kiértékelése tekintetében hat – plusz egy – fázisban gondolkodik, ami az 1. táblázatban kerül bemutatásra.

2.1. Sztenderdizált tesztfelvétel

Amint azt már kiemeltük, az R-PAS törekszik bizonyított alapokon működni, ami megköveteli a tesztfelvétel lebonyolításában a sztenderdek pontos követését. Ebből egy markánsan le szabályozott felvételi eljárás következik annak mind viselkedéses, mind verbális szintjén.

A vizsgálat a rapportot építő, rövid neutrális beszélgetéssel kezdődik, ami egymással szembeni pozícióban történik. Ebben a fázisban fontos, hogy a vizsgálati személy (vsz.) kerüljön minden feszültséget vagy erős érzelmet provokáló témát, hiszen a cél kizárólag a vizsgálati járó tipikus szorongás mérséklése.

A tesztfelvételnek ebben az esetben is két fázisa van, a Válasz fázis és a Tisztázó fázis. Az előbbiben a vezető szerep – a konzekvensen fenntartott, sztenderd keretek között – kimondottan a vizsgálati személynél van. A vizsgálat vezetője pusztán lejegyzi a vizsgálati személy válaszait a hozzá tartozó viselkedéses megfigyelésekkel. A Tisztázó fázis célja, hogy a vizsgálati személy által adott válaszok pontos kódolása érdekében begyűjtse a szükséges adatokat, tisztázza a kódolási

1. táblázat. A tesztfelvétel hat szakasza

Tesztfelvétel	0. Rapport-építés	A vizsgálat vezetője rövid, neutrális beszélgetéssel kezdi a közös munkát.
	1. Válasz fázis	A vizsgálat vezetője exponálja a tíz táblát, és a sztenderdizált instrukció használata mellett szó szerint lejegyzeteli a vizsgálati személy válaszait, kitérve a viselkedéses megfigyelésekre.
	2. Tisztázó fázis	A vizsgálat vezetője célzottan gyűjt információkat annak érdekében, hogy a kapott válaszok megbízhatóan kódolhatóak legyenek.
	3. A válaszok kódolása	A vizsgálat vezetője a 14 oszlopba sorolt kódok segítségével kódsorrá alakítja a válaszokat azok megbízható értékelhetősége érdekében.
	4. Protokoll szintű összesítés	Az R-PAS online felülete a kódolás lezárulta után kiszámolja a kódokat és mutatókat, amikről strukturált outputot közöl.
Értelmezés	5. Kvantitatív értelmezés	A változók és mutatók alapján keresi az egyén működésének helyét a populáció normáihoz viszonyítva. (Nomotetikus munkamód)
	6. Kvalitatív értelmezés	Az egyén mélyebb megértésére törekszik a vele kapcsolatban megfogalmazott klinikai kérdés(ek)re fókuszálva. (Idiografikus munkamód)

kétféleértelműségeket. Tehát a folyamat során összesen kétszer kerül exponálásra minden egyes tábla.

A teszt felvezetése, felvétele és tisztázása aprólékosan ki van dolgozva a Kézikönyvben. A jelen fejezet csak a fő instrukciók bemutatását teszi lehetővé.

2.1.1. Válasz fázis

A rövid neutrális beszélgetés után a vizsgálat vezetője átkíséri a vizsgálati személyt egy előkészített asztalhoz, ahol egymás mellett tudnak ülni, majd így szól:

– „A Rorschach-teszthez egymás mellett kell ülnünk, hogy én is úgy láthassam a táblákat, ahogy Ön látja”, majd helyet kínál neki.

Ezek után a következő módon folytatja:

– „Rendben, el is kezdhetjük. Egyesével fogom a kezébe adni a táblákat. Azt szeretném, hogy válaszolja meg azt a kérdést, hogy »Mi lehet ez?« Van kérdése?”

Ha a válasz „Nincs”, akkor a vizsgálat vezetője így folytatja:

– „Rendben, akkor kezdjük. Minden egyes táblára próbáljon meg két... [kis szünet!] vagy esetleg három különböző választ adni. Tehát minden táblán pró-

báljon meg két vagy esetleg három különböző dolgot látni.” – Kisgyerek² vagy alacsonyabb intelligenciával élő páciens esetében mutassa két, majd három ujját, amikor a számokat mondja.

Majd adja a vizsgálati személy kezébe az I. táblát sztenderd pozícióban, és tegye fel a kérdést:

– „Mi lehet ez?”

Az instrukcióban megjelenő „két, esetleg három válasz” a „válaszszám-optimalizáció” eszköze. Az R-PAS kutatási tapasztalata (Hosseininasab és mtsai, 2019), hogy a negyven válasznál hosszabb jegyzőkönyvek magas válaszsámának valójában nincs diagnosztikus relevanciája, így az R-PAS kerüli ezt a jelenséget. A fenti instrukciót követően, ha a vizsgálati személy belekezd a negyedik válaszába, akkor a vizsgálat vezetője ugyan lejegyzeteli azt, de már készül, hogy a válasz befejezésekor udvarias, de határozott mondattal és gesztussal visszavegye a táblát, és megszakítsa a vizsgálati személy adott táblán történő válaszadását, amit a kódoláskor Pu (Visszavétel) kóddal jelöl. Ellenben ha a vizsgálati személy csak egy választ ad, a vizsgálat vezetője második választ kér, és az instrukció megismétlésével emlékezteti a vizsgálati személyt arra, hogy két, esetleg három válaszban állapotok meg. Ez a jelenség a Biztatás, amit a Pr kód jelez, ha szükséges minden táblán, de

² Az R-PAS tapasztalata szerint nem klinikai környezetben hatéves kortól már biztonsággal felvehető a teszt (vö. Lipkind és mtsai, 2020).

csak egyszer. Az alapelv a „kettőre biztat, négy után visszavesz!”.

Mivel a Válasz fázisban a vezetés a lehető leginkább a vizsgálati személynél kell maradjon, az általa esetleg feltett kérdésekre a vizsgálat vezetője törekszik a neutráls „*Ez Önön múlik*” válasszal reagálni. A vizsgálati személy részéről esetlegesen felmerülő, specifikus választ követelő kérdések széles körét a Kézikönyv részletesen tárgyalja.

2.1.2. Tisztázó fázis

A tíz tábla expozíciója után a vizsgálat vezetője bevezeti a Tisztázó fázist a következő instrukcióval:

- „*Most az utolsó lépéshez érteztünk. Oda fogom adni magának a táblákat. Aztán felolvasom azt, amit korábban mondott. Szeretném, hogyha segítené látnom azokat a dolgokat, amiket látott. Mutassa meg, hogy hol látta azokat. Árulja el azt is, hogy mit látott ott [rámutat az I-es táblán lévő tintafoltra], amitől olyanak tűnt magának, amilyenek. Segítsen, hogy én is láthassam. Van kérdése?*”

A Tisztázó fázis tekintetében is néhány alapelvre kell emlékezzünk. Először is arra, hogy (1) a világosan lefektetett keretek között a vizsgálat vezetője a vizsgálati személynél hagyja az irányítás lehetőségét és felelősségét annak érdekében, hogy leginkább az ő „teljesítményéről” tudjon minél hitelesebb és teljesebb információkat gyűjteni. Továbbá nagyon fontos (2) az adatgyűjtés sztenderdizált színvonalának konzekvens fenntartása.

Ezekből tehát az következik, hogy ugyan ragaszkodunk ahhoz, hogy a tábla előkerülésekor a vizsgálat vezetője olvassa fel a vizsgálati személy által adott választ,³ de utána szóltanul meghallgatja, amit a vizsgálati személy spontán reagál, majd csak akkor tesz fel kérdést, ha a három elkerülhetetlen információ (*Mit lát?* – Tartalom, *Hol látja?* – Lokalizáció, *Miért látja azt?* – Determináns) valamelyike nem áll rendelkezésre, vagy valamilyen „kulcsszó”, „érzelmileg különlegesen töltött kifejezés” kerül elő, ami egyértelmű kódolási konzekvenciát implikál. Mint alapelvet tehát fontos szem előtt tartani, hogy a vizsgálat vezetője ne kérdezzen bele semmi általa fontosnak tartott jelenség-

get a vizsgálati személy teljesítményébe, amit az külön nem említ vagy viselkedésével meg nem mutat.

Ha például a vizsgálati személy a VI. táblán a középben futó „üreg”-ről beszél, akkor – mivel az „üreg” kulcsszónak minősül az R-PAS-ban, hiszen valószínűsíti valamilyen típusú dimenzionalitást (FD vagy V) jelenlétét az inger szerveződésében – feltétlenül rá kell kérdezni a következő formában: „*A folt milyen tulajdonsága miatt tűnik Önnek üregnek?*”

Ügyelni kell azonban, hogy a kérdésben semmilyen determináns ne kerüljön elő, hiszen ha valamelyik változót előfeszíti ebben az ingerexpozíciós vizsgálatban, akkor torzított mutatókat fog kapni a vizsgálat végén.

Továbbá nagyon fontos, hogy mivel a Rorschach – az R-PAS szemléletében – egy percepcióra és az aköré szervező teljesítményekre fókuszáló vizsgálat, a szóhasználatban nagyon kell ügyelni az igék használatára. Feltétlenül kerülni kell az „emlékeztet”, „hasonlít” kifejezéseket, illetve minden asszociatív folyamatot előfeszítő igét. Kizárólag a „*Mi miatt tűnik ...-nak?*” vagy „*Mi miatt látszik ...-nak?*” kérdéseket lehet használni.

Összefoglalva, alapelveként elmondható, hogy „a valószínű determinánsra kérdezzünk csak rá, a lehetségesre sohasem!”.

2.2. Kódolás

A kódolás vázlatos ismertetése előtt fontos felidézni az R-PAS három idevonatkozó alapelvet: törekszik olyan (1) átlátható rendszert működtetni, ami kerüli a pontatlanságra hajlamosító extrém komplexitást, aminek érdekében a kódolás terén konzekvensen szem előtt tartja, hogy (2) pusztán olyan kódokat alkalmazzon, amiknek kellő empirikus megalapozottsága van, illetve (3) amiknek a diagnosztikus relevanciája is egyértelmű.

Az R-PAS 14 oszlopban rendszerezi azokat a kódokat, amikkel egy választ leír. Ezeket először egy összefoglaló táblázat keretében (vö. 2. táblázat), majd pedig főbb csoportjaikban, oszloponként csoportosítva ismertetem (vö. 3–12. táblázat).

Már a kódolás is az online felület használatával történik, ami így jelentősen felhasználóbarát, hiszen a reális opciók közül kattintással választható módon történik, ezzel jelentősen csökkentve az esetleges hibázási lehetőségeket.

³ Ezt ERR rövidítéssel jelöljük a protokollban, ami a „Vizsgálat vezetője felolvassa a választ” (Examiner Reads the Response) mondat angol rövidítése.

2. táblázat. Az R-PAS kódrendszere

Hogyan tartja a táblát?	Hol látja?	Használja a háttérét? Hogyan?	Mit lát?	Van értelemmel bíró kapcsolat a válasz szemléleti elemei között?	Minden tartalom homályos a válaszbán?	Van két azonos szemléleti elem?	Mennyire jól illeszkedik a válasz a folthoz?	Sok ember látja ezt?	Mitől tűnik emek?	Vannak benne kitérást jelentős gondolkodási folyamatok?	Milyen témák vannak jelen?	Kellett lépéseket tennie a válaszáért?
A tábla állása	Lokalizáció	Háttér-átfordítás	Háttér-integráció	Szintézis	Esetleges forma	Pár	A forma minősége	Populáris	Determináns	Kognitív kódok	Tematikus kódok	Válaszszám-optimalizáció
*	*		*				*		*			
@	W	SR	SI	Sy	Vg	2	o	P	M	DV1, DV2	ABS	Pr, Pu
V	D		(H)				u		FM	DR1, DR2	PER	
<	Dd		Hd				-		m	INC1, INC2	COP	
>	Loc#(s)		(Hd)				n		(a, p, a-p)	FAB1, FAB2	MAH	
	A		A						FC, CF, C	PEC	AGM	
	(A)		(A)						C'	CON	AGC	
	Ad		Ad						Y		MOR	
	(Ad)		(Ad)						T		MAP	
	An		An						V		GHR, PHR	
	Art		Art						FD		ODL	
	Ay		Ay						r			
	Bl		Bl						F			
	Cg		Cg									
	Ex		Ex									
	Fi		Fi									
	Sx		Sx									
	NC		NC									

* Azok az oszlopok, amelyeket minden válaszbán kódolni kell!

3. táblázat. Az orientáció kódjai

Orientáció

A válasz megértése szempontjából meghatározó, hogy a vizsgálati személy milyen pozícióban tartja a táblát, amikor a válaszelemet érzékeli. Ez amúgy egy fontos indikátora is a viselkedéses alkalmazkodás jellegének.

Jel	Megnevezés	Meghatározás
@	Bármilyen forgatás	A vizsgálati személy elforgatta a táblát, de a válaszadás végül az eredeti, sztenderd pozícióban történt.
<	Balra fordítva	A válaszadás az óramutató járásával ellentétes irányban, 90°-kal elforgatott helyzetben történt.
v	Fejjel lefelé	A válaszadás a sztenderd pozícióval ellentétes állásban, 180°-kal elforgatott helyzetben történt.
>	Jobbra fordítva	A válaszadás az óramutató járásával megegyező irányban, 90°-kal elforgatott helyzetben történt.

4. táblázat. A lokalizáció kódjai

Lokalizáció

A percepció szerveződését jól leírja, hogy a folt mely területét ragadja meg a vizsgálati személy az adott válaszában. Ez a viselkedés amúgy – többek között Eye tracker-eljárás alkalmazásával is igazolt módon (Minassian és mtsai, 2004) – összefüggésbe hozható különböző patológiákkal. Például egy szkizofréniával élő személy egészen más mintázattal tapogtja le a táblát, mint egy normál tartományban mozgó személy.

Kód	Megnevezés	Leírás
W	Egész	A válasz a teljes tintafoltot magában foglalja.
D	Gyakori részlet	A válasz egy vagy több, gyakran használt részterületre vonatkozik, de nem W.
Dd	Szokatlan részlet	A válasz egy vagy több ritkán használt részterületre vonatkozik.

5. táblázat. A „háttér” kódjai

Fehér háttér

Az instrukcióban az szerepel, hogy a vizsgálati személy a foltról mondja meg, *mi lehet az*. Amennyiben a *fehér háttér* területre fókuszál helyett, vagy esetleg a foltra, de integrálja a fehér háttérrel is, az a szociális alkalmazkodóképességére való egyértelmű utalásként értelmezhető (Bandura, 1954; Mihura és mtsai, 2013).

Kód	Megnevezés	Leírás
SR	Fehér háttér-átfordítás	A tábla színezetlen háttére kerül a percepció fókuszába, így a feladatban megnevezett, hagyományos figura-háttér felcserélődik, és a vizsgálati személy a háttérnek ad jelentést.
SI	Fehér háttér-integráció	A vizsgálati személy együttműködik a feladattal, de kiterjeszti azt: a foltnak és a fehér háttérnek integráltan ad jelentést.

6. táblázat. A tartalmak kódjai

Tartalmak

A tartalmakat minden válaszban kódolni kell, hiszen anélkül nem lehet értelmezni azokat, hogy ne tudnánk meg, mit is lát a vizsgálati személy az adott válaszában. A tartalmak sok fontos információt szolgáltatnak. Többek között nagyon fontos, hogy egy vizsgálati személy milyen arányban ad ember-válaszokat, és azok milyen jellegűek és színvonalúak. Ugyanakkor fontos szem előtt tartani, hogy éppen a tartalmak azok, amiket a vizsgálati személy a leginkább tud kontrollálni és így manipulálni, tehát diagnosztikus szempontból óvatosan kell bánni a tartalmak értelmezésével. A rendszer csak a statisztikailag igazolhatóan releváns tartalmi köröket osztályozza.

Kód	Leírás
H	Egész emberi alak, beleértve minden történelmi, reálisan körülírt emberi alakot; például személy, baba vagy magzat, Buddha.
(H)	Képzeltbeli vagy kitalált, részben vagy teljesen természetfeletti egész emberi alak. Például szellem, óriás, emberszerű szörnyeteg, démon, tündér, Isten, bohóc.
Hd	Emberrészlet, egy hiányos emberi alak részletei; például arc, fej, láb, bajusz. A nem látható testrészek az An alá tartoznak.
(Hd)	Képzeltbeli vagy kitalált emberi alakok részletei. Például az ördög arca, angyalszárny, emberszerű maszk, tóklámpás.
A	Egész állat. Például pillangó, elefánt, bogár, amőba, denevér kezekkel, repülő hüllő.
(A)	Képzeltbeli, kitalált vagy mesebeli egész állati alak. Például unikornis, King Kong, Némó, Micimackó, sárkány, állatszerű szörnyetegek.
Ad	Állatrészletek vagy befejezetlen állati formák. Például állatbőr, fej, szárny, agancs, amennyiben nem belső szervként említi. A nem látható testrészek nem ide tartoznak.
(Ad)	Képzeltbeli vagy kitalált állati részletek. Például sárkány szárnya, állati maszk.
An	Anatómiai válaszok, kívülről nem látható, belső szervi részek állat és ember esetében egyaránt. Például medencecsont, agyi hálózatok, tüdő, sejtek, szervek keresztmetszete. Az orvosi képalkotó eljárások is ide tartoznak (MRI, PET, RTG, UH).
Art	Művészi válaszok. Például festmények. Vagy tárgyak, amiket dekorációként, díszként írnak le. Például címer, ékszer, tolladís; különleges és gondosan kidolgozott asztal.
Ay	Antropológiai válaszok, amelyek specifikus történelmi vagy kulturális kontextussal rendelkeznek. Például indián nyílhegy, Napóleon kalapja, mongol jurta, totemoszlop.
Bl	Vér.
Cg	Ruházat. Például nyakkendő, ruha, csizma, kalap.
Ex	Explózió, beleértve a bombarobbanást, vulkánkitörést és tűzijátékot.
Fi	Tűz, beleértve a lángokat, forró lávát, füstöt és parazsat.
Sx	Szexuális szervek, aktivitás vagy ruházat. Például pénisz, vagina, átlátszó ruha.
NC	„Nem besorolt”, így ez a kód sokféle tartalmat foglal magában. Például felhő, táj és lámpa; beleértve az absztrakt válaszokat, mint depresszió, szenzoros tapasztalatok.

7. táblázat. A válasz szemléleti elemeinek minősége

A válasz szemléleti elemeinek minősége

Az egyes válaszok tekintetében nagy jelentőséggel bír, hogy azok milyen komplexitást és kidolgozottságot mutatnak, tehát hogy a vizsgálati személy egyszerre képes-e esetleg több szemléleti elemet is megragadni, és azokat értelemmel bíró egységbe rendezni a kogníciójában, vagy esetleg éppen még a forma komplexitását sem ragadja meg.

Kód	Megnevezés	Leírás
Sy	Szintézis	Különböző és különálló válaszelemek értelemmel bíró kapcsolatban egymással.
Vg	Esetleges forma	A válasz csak homályos vagy határozatlan kör- és határvonalú válaszelemeket tartalmaz. A válaszban tehát semmilyen forma sem fedezhető fel.
2	Kettős válasz	A folt szimmetriáján alapuló, egymással identikus válaszelemek.

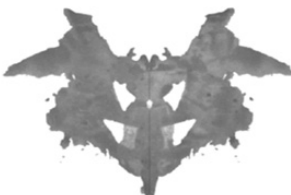
8. táblázat. A Forma minősége (FQ) kódjai

A Forma minősége (FQ)

A forma minősége egyszerre integrálja a válasz gyakoriságát a normál populáció esetében és annak a folthoz való illeszkedését. A rendszer erőssége a mind a tíz tábla minden areájára kiterjedő részletes válaszjegyzék a Kézikönyv 6. fejezetében, ami segít annak eldöntésében, hogy egy adott válasz milyen FQ értékkel kódolandó. Fontos szempont, hogy ez ne a klinikus szubjektív, egyéni döntésén múljon, hanem egy bizonyítékokon alapuló folyamat során létrehozott táblázat alapján sztenderd protokollt kövessünk.

Kód	Név	Leírás
o	Szokványos	Jó formai illeszkedés a folt jellegéhez, amely viszonylag gyakori és pontos.
u	Szokatlan	Közepesen pontos és/vagy gyakori formai illeszkedés a folthoz.
-	Mínusz	Ritka és pontatlan formai illeszkedés a konkrét folthoz.
n	Nincs	A válasz nem tartalmaz határozott formával vagy körvonallal rendelkező válaszelemet.

Card I



W	253		
v	Hair (Styled)	-	Cat
v	Monster	o	Cattle (Herd)
v	Pumpkin, Carved; Jack-O-Lantern	o	Cow
v	Astrodome	u	Crab
v	Building	-	Crawfish or Crayfish
v	Cabin	-	Crustacean
v	Cap (Snow)	u	Dragon (Usually with Wings)
v	Castle	-	Face, Human
			Face, Robot
			Face, Witch
			Human
			Human or Human-Like
			Human or Human-Like Figures (2 or 3 with Dd34 or Outer Part of D2 Accounted For by Clothing, Motion, etc.)
			Humans (2 Facing Midline)
			Face, Animal (Unspecified)
			Face, Animal (with Horns)
			Face, Ant
			Face, Bear
			Face, Bird
			Face, Bug
			Face, Cat
			Face, Cow
			Face, Dog
			Face, Fish
			Face, Fox
			Face, Horse

1. ábra. Minta az R-PAS Kézikönyv angol eredetijének FQ táblázatából

9. táblázat. A tíz tábla populáris válaszai

Populáris

Az R-PAS minden tábla esetében csak a leggyakoribb, populáris választ nevezi meg, és csak azzal számol. Ezek indikátorai annak, hogy a vizsgálati személy mennyire képes úgy érzékelni a világot, ahogy a társadalom többsége teszi. Ez tehát a gondolkodás egyik tartalmi mutatója, ami viszont szoros összefüggést mutat az alkalmazkodás adaptivitásának szintjével.

Tábla	Lokalizáció	A táblához tartozó konkrét populáris válasz
I	W	Denevér vagy pillangó. A fej D1-nél kell legyen.
II	D1	Medve, kutya, elefánt vagy bárány. Általában fej vagy felsőtest.
III	D9	Egész emberi alak, vagy emberi alak reprezentációja. Például baba.
IV	W vagy D7	Egész emberi vagy emberszerű alak, tehát H vagy (H) kódolás.
V	W	Denevér vagy pillangó. A fej a tábla tetején, a D6 áréában.
VI	W vagy D1	Állati bőr, szőrme vagy szőnyeg.
VII	D9	Emberi arc vagy fej. A válasz gyakran más testrészt is tartalmaz eltérő áréán.
VIII	D1	Egész emlősállat, a feje a D4 közelében. A fajtája gyakran ismeretlen, bár a medve válasz gyakori, akárcsak a kutya-, macskafélék és kis emlősállatok.
IX	D3	Ember vagy emberszerű figurák.
X	D1	Rák vagy pók.

10. táblázat. A determinánsok kódjai

Determinánsok

Minden válaszban kódolni kell, hogy a vizsgálati személy a folt mely tulajdonsága miatt látja az adott válaszában megfogalmazott választ. A válaszok ezen meghatározóit hívjuk determinánsoknak.

Lehetséges, hogy

- az adott választélemet mozgásban látja;
- vagy a folt színe, árnyékolása hívja elő benne az adott képzetet;
- esetleg valamilyen dimenzionalitást érzékel, ami miatt annak tűnik számára, aminek;
- vagy a tükröződés élménye meghatározó;
- vagy ha egyik sem, akkor egyszerűen a folt formája szervezi úgy a percepciót, hogy a tintafolt esetleg „lepke”-ként jelenik meg a számára.

Amint már feljebb szerepel, a tartalmakat a legkönnyebb tudatos kontroll alatt tartani. Ezzel szemben a determinánsok elsődleges talpkövei egy jegyzőkönyv értelmezésének, hiszen jellegük és logikájuk nehezen átlátható, emiatt csak célzott felkészítéssel torzíthatóak. Mindegyikről hosszan lehetne írni, amire a jelen fejezet nem ad lehetőséget, így most csak a mozgásválaszokat emelem ki. Mivel a folt, amire válaszokat kérünk a vizsgálati személytől, természetesen statikus, a mozgásválaszok elkerülhetetlenül projektív tartalmakat hordoznak. Tehát itt tudjuk talán a legdirektebb módon azt feltételezni, hogy a személy valóban magából, a személyisége intrapszichés működéséből projiciál valamit, amiből aztán választ formál. Emiatt a mozgás-válaszok értelmezése a Rorschach kvalitatív értelmezésének mindig meghatározó lépése (Giromini és mtsai, 2010).

Kód	Név	Meghatározás
-----	-----	--------------

Mozgás

M	Embermozgás	Emberi mozgás, tapasztalat, érzet és érzelem. Az R-PAS embermozgásnak kódolja az állatok emberi jellegű mozgását is. Pl. kártyázó kutyák.
FM	Állatmozgás	Állati mozgás és tapasztalatok; vagy állat mozgásban.
m	Élettelen mozgás	Mechanikus és szervetlen mozgás, beleértve a természeti erőket is, mint a gravitáció és a szél.

Mozgás típusa: Minden mozgásválaszban jelölendő, hogy **aktív** (a) vagy **passzív** (p), vagy több szemléleti elemnél esetleg **aktív-passzív** (a-p). A *beszédnél* nagyobb energiát igénylő minősül aktívnek.

Szín

FC	Forma-Szín	A színnek is szerepe van az inger egyéni szervezésében, a válaszadásban, de a forma domináns.
CF	Szín-Forma	A szín domináns a válaszadásban, de a formának is van benne szerepe.
C	Tiszta szín	A szín determinálja a válaszadást, a formának nincs szerepe.
C'	Akromatikus szín	A tintafolt fekete, szürke vagy fehér színe hozzájárul a válaszadáshoz

Árnyékolás

Világos és sötét színek skálája határozza meg a választ...

T	Textúra	...amelyben a taktilitás minősége is megjelenik.
V	Vista	...amelyben a mélységészlelés vagy dimenzionalitás dominál.
Y	Diffúz árnyékolás	...amelyben sem a mélység, sem a taktilis impresszió nem játszik szerepet.

További determinánsok

FD	Forma Dimenzió	A tintafolt körvonala megteremti a mélység és dimenzionalitás észlelését.
r	Tükröződés	Egy válaszelem és annak a képe visszatükröződik a tábla vertikális középvonalán.
F	Tiszta forma	Olyan válaszok, amelyben egyedül a forma meghatározó, tehát nem állhat más determináns mellett.

11. táblázat. A kognitív kódok

Kognitív kódok

Bizonyos válaszok felfedik a vizsgálati személy esetleges kognitív torzításait, csúszásait vagy kimondott patológiás működéseit. A válaszadás jellege és tartalma, annak megszerzése jól tükröz bizonyos kognitív folyamatokat. Többek között ebben az in vitro megfigyelésben elkerülhetetlenül feltárulkozik, ha egy pszichotikus beteg esetleg képtelen a szimbolizációra, és emiatt képtelen a társadalommal adekvát, számára produktív kommunikációban lenni.

Típus	Kód	Meghatározás	Specifikáció
Nyelv és érvelés	DV1	Deviáns verbalizáció: a nyelvi kifejezésben megjelenő zavar, amikor olyan kifejezést használ a vizsgálati személy, ami oda nem illő	Deviáns verbalizáció 1. szint (enyhébb): pl. „ <i>a piros csoportosulása jelentős</i> ”.
	DV2		Deviáns verbalizáció 2. szint (súlyosabb): pl. „ <i>Valami hegyes dolog ennek a lénynek a fején. Formálódik, kiformalódik a fejéből pont itt.</i> ”
	DR1	Deviáns válasz: amikor a válaszadás folyamatában mutatkozik meg a zavar, tehát a vizsgálati személy eltér vagy egyértelműen kitér a válaszadási folyamatból	Deviáns válasz 1. szint (enyhébb): pl. „ <i>Talán egy denevér, ami pillangóvá változik? Azt hiszem, ez vágyteljesítő fantázia. Túl sok denevér van a világon.</i> ” – Átmenetileg kitér a jelentésadás folyamatából a denevérek mennyiségére, de utána gyakran magától visszatér.
	DR2		Deviáns válasz 2. szint (súlyosabb): pl. „ <i>Egy kisbaba jön ki az anyjából, de a szülő nőnek igazából nem volt kisbabája, pedig anya.</i> ” – Egyértelműen elszakad a válaszadási folyamattól, inkongruens módon, és utána gyakran magától vissza sem tér.
	PEC	Különc logika: logikátlan, zavaros, konkretizáló érvelés, amellyel – inadekvát módon – a választ indokolja	Pl. „ <i>Kislány nyulak, van néhány ruhájuk, és angyalok, mert a lány hangjuk miatt édesek.</i> ”
Perceptuális	INC1	Inkongruens kombináció: oda nem illő tulajdonítás, tehát egy szemléleti egységnek olyan jellemzőt tulajdonít, ami inkongruens	Inkongruens kombináció 1. szint (enyhébb): pl. „ <i>egy szárnyas ló</i> ”.
	INC2		Inkongruens kombináció 2. szint (súlyosabb): pl. „ <i>Egy személy, akinek pénisz és melle van. Ez a személy teherbe ejtheti magát.</i> ”
	FAB1	Fabulált kombináció: két vagy több különböző válaszelem közötti valószínűtlen vagy lehetetlen kapcsolat	Fabulált kombináció 1. szint (enyhébb): pl. „ <i>tapsoló macik</i> ” (II. tábla).
	FAB2		Fabulált kombináció 2. szint (súlyosabb): pl. „ <i>Két majom csomagol, hogy útnak induljanak, a háttérben két flamingógyerek táncol. Egy nagy piros nyakkendő került a táskába.</i> ”
	CON	Kontamináció: vizuális összemosódása vagy összeolvadása két egymást kizáró válasznak ugyanabban a térben, valójában <i>egyetlen válaszon belül</i>	(I. tábla): „ <i>Ez egy denevér, itt vannak a szárnyak és a test közepén, az arc, az orcák, a száj és a szemek a fehérek. Repül.</i> ” – Egy denevér arcának és egy denevér testének egyidejű érzékelése ugyanazon lokalizáción és egymásra helyezve, egyazon válaszon belül. A vsz. észre sem veszi, nem reflektál rá, hogy a szemlélet elcsúszott.

12. táblázat. A tartalmi kódok

Tartalmi kódok

A tartalmi kódok jelentős része – többek között – a tárgykapcsolati reprezentációk minőségének nagyon közvetlen és jó mutatói. A mozgás-válaszoknál feltárt direkt projektív folyamatokból is következtethetünk arra az amúgy immáron kutatásokkal (Porcelli és mtsai, 2013) is igazolt jelenségre, hogy azok a mozgásprojekciók, amik a két személy kölcsönös autonómiáját tiszteletben tartják, együtt járnak az integrált tárgykapcsolati reprezentációkkal, amik elkerülhetetlen talpkövei egy kapcsolataiban megelégedett és boldog életnek.

Kód	Megnevezés	Meghatározás	Példa
ABS	Absztrakt reprezentáció	A konkrét folt egy absztrakt, magasabb rendű konstrukciót vagy fogalmat szimbolizál.	„Ez a kapcsolat.”
PER	Perszonalizált érvézés	Személyes tudást vagy tapasztalatot használ, hogy igazolja a választ. Olyat, amit a vizsgálat vezetője nem ismerhet.	„Ez olyan szőnyeg, mint ami a nagymamám falán van.”
COP	Kooperatív mozgás	Kooperatív, pozitív vagy kellemes interakció jelenik meg két válaszelem között.	„Anya ringatja a kisgyerekét.”
MAH	Egészséges, kölcsönösen autonóm viszony	Két válaszelem közös és autonóm részvétele kölcsönös és interaktív tevékenységben.	„Két maci pacsizik.”
MAP	Kölcsönös autonómia patológiája	Egy ágens vagy válaszelem destruktív egy másik válaszelem irányába, vagy szándékosan veszélyezteti az autonómiáját, integritását.	„A gólya felfalja a gilisztát.”
AGM	Agresszív mozgás	Agresszív vagy ellenséges tevékenység, szándék vagy gondolat jelenik meg a válaszban.	„Ez az alak megsebzí magát.”
AGC	Agresszív tartalmak	A válaszban agresszív, veszélyes, ártalmas, káros, rosszindulatú vagy ragadozó tartalom jelenik meg.	„skorpió”, „cápa”...
MOR	Morbid tartalmak	A válaszelemek sérültek, distressz vagy diszfória állapotával jellemezhetők.	„kiszáradt fa”, „szomorú kislány”...
ODL	Orális dependens nyelvhasználat	Nyelvileg orális tevékenységhez és tartalomhoz vagy interperszonális passzivitáshoz és dependenciához kötődő tartalom, ami a Válasz fázisban jelenik meg.	„gőzölgő ebéd”, „vicsorító fogsor”...

2.3. Protokoll szintű összesítés

A kódolás végeztével az online felület hat oldalra rendezi az outputot. Először a kódolási szekvenciát közli, ami lehetőséget ad a válaszok egységes áttekintésére, illetve – többek között – a kvalitatív értelmezés során olyan válaszcsoportok elhatárolására, ahol jelentős színvonalváltozás figyelhető meg: pl. jelentős kognitív kumuláció mentén. Majd egy kontrolloldal következik „Számítások és kalkulációk” címmel, ami valójában a bevitt változók összesítése a kalkulációk inputjának ellenőrzése céljából.

Ezt követi az eredmények központi része: az „Első” és a „Második oldal”, ahol a változók öt csoportba osztva vannak skalárisan ábrázolva. Az Első oldalon azok a változók találhatóak, amiknek mind metaanalíziseken alapuló statisztikai igazolhatósága perdöntő, mind pedig klinikai relevancia tekintetében meghatározónak minősülnek. A Második oldalon is csak klinikailag releváns, statisztikailag alátámasztott változók találhatóak, de olyanok, amelyek megalapozására egyelőre még csak kevés számú kutatás áll rendelkezésre.

Fontos megjegyezni az R-PAS által alkalmazott skaláris szemléletet. Annak érdekében, hogy a rendszer megkönnyítse a mutatók korszerű, dimenzionális és egymáshoz viszonyított értelmezését, egy egységes rend-

szerben párhuzamosan szemlélteti őket. Eltérő színekkel jelzi az egyes mutatók normalitástól való eltéréseinek mértékét: a zöld a normál tartományt, a sárga a normalitás peremét, a piros már a patológiás tartományt, míg a fekete az extrém eltérést jelzi.

Fontos kiemelni, hogy a felület lehetőséget teremt arra, hogy az egyes mutatókat a Komplexitáshoz igazított értékeik szerint jelenítse meg. A Komplexitás a feloldozás összetettségének átfogó mutatója, ami a differenciáltságot, az integrációt és a produktivitást méri. A Komplexitás az R-PAS azon mutatója, ami lehetővé teszi, hogy az egyes mutatókat az egyén saját normáihoz alakítva jelenítse meg, így lehetővé téve a szteroid normához való pontosabb viszonyítást.

Az ötödik oldalon a négy meghatározó, úgynevezett kompozit mutató (EII-3 – *Énkárosodás index*, TP-Comp – *Gondolkodás és percepció kompozit*, V-Comp – *Vigilancia kompozit*, SC-Comp – *Szucid veszély kompozit*) kap helyet annak érdekében, hogy azok értelmezésében a részkomponenseik egymáshoz való viszonya is felhasználható legyen. Zárásképpen pedig az Összesítő táblázat következik minden mutató ismételt, más elrendezésben való összefoglalásával.

A szemléltetés kedvéért álljon itt egy esethez tartozó output:

Cd	#	Or	Loc	Loc#	SR	SI	Content	Sy	Vg	2	FQ	P	Determinants	Cognitive	Thematic	HR	ODL (RP)	R-Opt	Text
I	1		W				NC		Vg		n		C'		ABS				
	2		D	4,7			A, An				u		C'	INC1	AGC, MOR		ODL		
	3		Dd	26	SR		Hd				o		Mp		ABS, AGM	PH			
II	4		W				An, BI	Sy			u		CF, C', Y	DR1	MOR			Pr	
	5		D	3			A, An				o		F	DV1, DR1					•
	6		D	1			A				u		C', r						•
III	7		D	2			BI			2	o		ma, C						
	8		D	1			A, An		Vg		n		C', Y	DV1					•
	9		D	3			An				o		FC		ABS				•
IV	10		W				(H)				o	P	mp, C'		ABS, AGC	GH			
	11	v	W				A				o		F						
	12		W				NC		Vg		n		mp						•
V	13	v	W				A				o		ma		MOR		ODL		
	14	v	D	9			NC				u		ma		ABS, MOR				•
VI	15		W				Ex		Vg		o		ma, V		AGM			Pr	•
VII	16		Dd	99			(H), Cg	Sy			u		Ma, r			GH		Pr	•
	17	v	W				Fi		Vg		n		ma	DR1	ABS, MOR				
VIII	18		D	1			A			2	o	P	F		AGC				
	19		W				NC		Vg		n		C		ABS				
	20		D	8			An				u		F		MOR				•
	21		D	2			NC		Vg		n		C		ABS			Pr	
	22		W				NC		Vg		n		C, Y		ABS				
IX	23		D	3			A			2	u		FMa		AGM, AGC	PH	ODL		•
	24		D	6			An		Vg		u		F						
	25		D	11			NC		Vg		n		C					Pr	•
X	26		W	1, 2, 10, 11			A, An, NC	Sy			o		FMa, CF		ABS, COP, AGC, MOR, MAP	PH			
	27		D	9			Fi, AC	Sy	Vg		n		mp		ABS				•

2. ábra. Egy jegyzőkönyv kódolt válaszainak szekvenciája

3. ábra. Ugyanazon protokoll Számítások és kalkulációk táblázata

R-PAS Protocol Level Counts & Calculations											
C-ID:		P-ID: 109		Age: 26Y 7M		Gender: Male		Education: 16			
Responses & Administration	R	= 27	R8910	= 10	R8910%	= 37%					
	Pr	= 3	Pu	= 2							
	CT	= 4									
Location	W	= 11	D	= 14	W%	= 41%					
	Dd	= 2	WD	= 25	Dd%	= 7%					
Space	SR	= 1	SI	= 0							
	AnyS	= 1									
Content	H	= 0	An	= 8	SumH	= 3					
	(H)	= 2	Art	= 0	NPH	= 3					
	Hd	= 1	AY	= 0	NPH/SumH	= 100%					
	(Hd)	= 0	BI	= 2							
	A	= 9	Cg	= 1							
	(A)	= 0	Ex	= 1							
	Ad	= 0	Fi	= 2							
	(Ad)	= 0	Sx	= 0							
			NC	= 9							
Object Qualities	Sy	= 4			Sy%	= 15%					
	Vg	= 11			Vg%	= 41%					
	2	= 3									
Form Quali and Popular	FQo	= 10	WDo	= 9	FQo%	= 37%					
	FQu	= 8	WDu	= 7	FQu%	= 30%					
	FQ-	= 0	WD-	= 0	FQ-%	= 0%					
	FQn	= 9	WDn	= 9	WD-%	= 0%					
	M-	= 0	P	= 2							
Determinants	M	= 2	FC	= 1	WSumC	= 10,0					
	FM	= 2	CF	= 2	SumC	= 8					
	m	= 8	C	= 5	(CF+CV)/SumC	= 88%					
	C'	= 6	Y	= 3	MC	= 12,0					
	T	= 0	V	= 1	M/MC	= 17%					
	r	= 2	FD	= 0	YTV C'	= 10					
			F	= 5	my	= 11					
					F%	= 19%					
					PPD	= 20					
					MC-PPD	= -8,0					
	a	= 8	P	= 4	p/(a+p)	= 33%					
	Ma	= 1	Mp	= 1	Mp/(Ma+Mp)	= NA					
	Blend	= 9	CBlend	= 2	Blend%	= 33%					
Cognitive Codes	DV1 (1)	= 2	DV2 (2)	= 0	WSumCog	= 13					
	INC1 (2)	= 1	INC2 (4)	= 0	SevCog	= 0					
	DR1 (3)	= 3	DR2 (6)	= 0	Lev2Cog	= 0					
	FAB1 (4)	= 0	FAB2 (7)	= 0							
	PEC (5)	= 0	CON (7)	= 0							
Thematic Codes	ABS	= 11	PER	= 0	MAHP	= 1					
	COP	= 1	MAH	= 0	MAP/MAHP	= NA					
	AGM	= 3	AGC	= 5	GPHR	= 5					
	MOR	= 7	MAP	= 1	PHR/GPHR	= 40%					
	ODL	= 3			ODL%	= 11%					
	GHR	= 3	PHR	= 2							
Other Calculations	IntCont	= 22	TP-Comp	= -0,3	Complexity	= 85					
	CritCont%	= 85%	V-Comp	= 1,8	LSO	= 23					
	EII-3	= 0,4	SC-Comp	= 7,7	Cont	= 30					
					Det	= 32					

R-PAS Summary Scores and Profiles – Page 1

R-PAS Summary Scores and Profiles – Page 1														
C-ID:		P-ID: 109		Age: 26Y 7M		Gender: Male		Education: 16						
Domain/Variables	Raw Scores	Raw %ile	SS	Cpk. Addition. %ile	Standard Score Profile R-Optimized								Abbr.	
Admin. Behaviors and Obs.					60	70	80	90	100	110	120	130	140	
Pr	3	90	119											Pr
Pu	2	95	125											Pu
CT (Card Turning)	4	58	103											CT
Engagement and Cog. Processing					60	70	80	90	100	110	120	130	140	
Complexity	85	70	108											Cmplx
R (Responses)	27	74	110	62 105										R
F% [Lambda = 0,23] (Simplicity)	19%	10	81	15 84										F%
Blend	9	92	122	85 116										Blh
Sy	4	27	91	14 84										Sy
MC	12,0	89	119	79 112										MC
MC-PPD	-8,0	12	82	14 84										MC-PPD
M	2	28	91	8 78										M
M/MC [2/12,0]	17%	7	77	7 77										M Prp
(CF+C)/SumC [7/8]	88%	90	120	90 120										CFC Prp
Perception and Thinking Problems					60	70	80	90	100	110	120	130	140	
EII-3	0,4	80	113	80 113										EII
TP-Comp (Thought & Percept. Com...)	-0,3	12	82	11 78										TP-C
WSumCog	13	88	113	77 111										WCog
SevCog	0	35	94	35 94										Scv
FQ-%	0%	7	78	7 78										FQ-%
WD-%	0%	11	82	11 82										WD-%
FQo %	37%	4	74	4 74										FQo%
P	2	4	73	5 75										P
Stress and Distress					60	70	80	90	100	110	120	130	140	
YTV C'	10	92	123	89 118										YTV C'
m	8	>99	143	99 137										m
Y	3	83	114	77 112										Y
MOR	7	99	137	99 136										MOR
SC+Comp (Suicide Concern Comp.)	7,7	97	127	95 125										SC-C
Self and Other Representation					60	70	80	90	100	110	120	130	140	
ODL%	11%	58	103	52 101										ODL%
SR (Space Reversal)	1	56	102	56 102										SR
MAP/MAHP [1/1]	NA													MAP Prp
PHR/GPHR [2/5]	49%	62	105	62 105										PHR Prp
M-	0	36	95	36 95										M-
AGC	5	85	116	81 114										AGC
H	0	5	75	5 75										H
COP	1	54	102	49 100										COP
MAH	0	26	90	26 90										MAH

4. ábra. Az Első oldal mutatói

R-PAS Summary Scores and Profiles – Page 2

Domain/Variables	Raw Scores	Raw %ile	SS	Cplx. Addition. %ile	SS	Standard Score Profile R-Optimized									Abbr.
						60	70	80	90	100	110	120	130	140	
Engagement and Cog. Processing															
W%	41%	54	101	47	99										W%
Dd%	7%	24	89	27	91										Dd%
SI (Space Integration)	0	4	74	6	76										SI
IntCont	22	>99	148	>99	148										IntC
Vg%	41%	>99	148	>99	148										Vg%
V	1	72	109	56	103										V
FD	0	21	88	21	88										FD
R8910%	37%	83	115	84	115										R8910%
WSumC	10,0	99	137	98	132										WSC
C	5	>99	145	>99	145										C
Mp/(Ma+Mp)	[1/2]	NA													MpPrp
Perception and Thinking Problems															
FQu%	30%	47	99	47	99										FQu%
Stress and Distress															
PPD	20%	96	127	94	120										PPD
CBlend	2	88	117	75	113										CBInd
C'	6	97	128	95	125										C'
V	1	72	109	56	103										V
CritCont% (Critical Contents)	85%	>99	144	>99	144										CrCt
Self and Other Representation															
SumH	3%	15	84	7	78										SumH
NPH/SumH	[3/3]	100%	96	127	98	138									NPH Prp
V-Comp (Vigilance Composite)	1,8	15	84	8	79										V-C
r (Reflections)	2	93	122	93	122										r
P/(a+p)	[4/12]	33%	36	95	36	94									P Prp
AGM	3	>98	133	98	131										AGM
T	0	28	91	28	91										T
PER	0	30	92	30	92										PER
An	8	>99	140	>99	140										An

5. ábra. A Második oldal mutatói

EII-3 and Composite Calculations

Composite/Element	Case Data	Beta Weight	Equation	Result	Composite/Element	Case Data	Beta Weight	Equation	Result
EII-3			EII-3 =	0,4	TP-Comp			TP-Comp =	-0,3
FQ-	0	0,36	+ 0,138 × (1,318) × (FQ-)	0,00	WD-%	0%	0,18	+ 2,159 × (1,168) × (WD-%/100)	0,00
WSumCog	13	0,49	+ 0,302 × (1,000) × (√WSumCog)	1,09	PQ-%	0%	0,48	+ 5,618 × (1,194) × (PQ-%/100)	0,00
CritCont%	85%	0,19	+ 0,265 × (1,000) × (√CritCont)	1,27	FAB2	0	0,12	+ 0,598 × (1,000) × (-1/(FAB2 + 1)²)	-0,60
M-	0	0,18	+ 0,321 × (1,068) × (√M-)	0,00	WSumCog	13	0,28	+ 0,191 × (1,000) × (√WSumCog)	0,69
PHR	2	0,19	+ 0,287 × (1,002) × (√PHR)	0,41	M-	0	0,17	+ 0,329 × (1,068) × (√M-)	0,00
GHR	3	-0,17	- 0,101 × (0,998) × (GHR)	-0,30	R	27	-0,06	- 0,017 × (0,000) × (R)	-0,46
R	27	-0,20	- 0,052 × (1,000) × (R)	-1,40				- 0,458 × (0,560)	0,10
			- 0,995 × (0,268)	-0,69	SC-Comp			SC-Comp =	7,8
V-Comp			V-Comp =	1,8	V+FD	1	0,16	+ 0,322 × (1000) × (√(V + FD))	0,32
T	0	-0,27	- 0,631 × (√T)	0,00	CBlend	2	0,35	+ 0,896 × (1000) × (√CBlend)	1,27
#R with WISiSy	13	0,20	+ 0,065 × ((#R with W or SI r Sy))	0,85	R	2	0,19	+ 2,123 × (1,000) ×	0,43
LSO Complexity	23	0,12	+ 0,699 × (LSO/R)	0,60	Pair	3		√(((3 × r) + Pair)/R) - 0,375))	
AnyS	1	0,32	+ 0,224 × (AnyS)	0,22	MOR	7	0,13	+ 0,263 × (1,000) × (√MOR)	0,70
SumH	3	0,20	+ 0,652 × (√SumH)	1,13	LSO Complexity	23	0,10	+ 0,882 × (1,000) × (√(LSO/R - 1,373))	0,64
(H)+(A)+(Hd)+(Ad)	2	0,18	- 0,388 × (A((H)+(A)+(Hd)+(Ad)))	0,55	PPD	20	0,20	+ 0,065 × (1,000) × (PPD - MC)	0,52
H+(H)+A+(A)/	11	-0,21	+ 2,340 × ((H+(H)+A+(A))	-2,15	MC	12,0			
Sum H & A Cont	12		[(H+(H)+A+(A)+Hd+(Hd)+Ad+(Ad))]		CF+C	7	0,24	+ 0,152 × (1,000) × ((CF+C) - FC)	0,91
Cg	1	0,13	+ 0,278 × (√Cg)	0,28	FC	1			
			+ 0,332	0,33	PQo%	37%	-0,08	- 1,031 × (0,967) × (FQo%/100)	-0,37
					AnyS	1	0,25	+ 0,177 × (1,000) × (AnyS)	0,18
					P	2	0,16	+ 0,589 × (1,000) × (√(P - 5,5))	1,10
					H	0	-0,16	- 0,128 × (1,000) × (H)	0,00
								+ 2,020 × (0,033)	2,05

6. ábra. A kompozitok, komplex mutatók számítási táblázata

R-PAS Profile Appendix – Summary Scores for All Variables

C-ID: [REDACTED] P-ID: 109 Age: 26Y 7M Gender: Male Education: 16

Section & Variable		Raw Scores			Cplx. Adj.	
		Raw	%ile	SS	%ile	SS
R & Admin.						
R		27	74	110	62	115
R8910		10	85	116	84	115
Pr		3	90	119		
Pu		2	95	125		
CT		4	58	103		
R8910%		37%	83	115	84	115
Location						
W		27	64	115	51	100
D		14	76	111	79	113
Dd		2	80	92	80	92
WD		25	85	116	78	112
W%		41%	54	101	47	99
Dd%		7%	24	89	27	91
Space						
SR		1	56	102	56	102
SI		0	4	74	6	76
AnyS		1	15	84	12	82
Content						
H		0	5	75	5	75
(H)		2	76	110	71	108
Hd		1	41	97	41	97
(Hd)		0	26	91	26	91
A		9	67	107	67	107
(A)		0	34	94	34	94
Ad		0	4	74	4	74
(Ad)		0	43	97	43	97
An		8	>99	140	>99	140
Art		0	18	86	18	86
Ay		0	32	93	32	93
BI		2	98	131	98	130
Cg		1	36	95	20	86
Ex		1	89	118	89	118
Fi		2	91	120	85	117
Sx		0	34	94	34	94
NC		9	73	109	64	106
SumH		3	15	64	7	78
NPH		3	44	98	29	91
NPH/SumH		100%	96	127	98	138
Object Qualities						
Sy		4	27	115	14	84
Vg		11	>99	145	>99	145
2		3	10	80	7	77
Sy%		15%	22	89	13	83
Vg%		41%	>99	148	>99	148

Section & Variable		Raw Scores			Cplx. Adj.	
		Raw	%ile	SS	%ile	SS
FQ and Popular						
FQo		10	18	86	17	85
FQu		8	63	105	59	103
FQ-		0	7	78	7	78
FQn		9	99	142	99	142
WDo		9	15	85	11	82
WDo		7	74	110	65	106
WD-		0	11	82	11	82
WDn		9	99	142	99	142
M-		0	36	95	36	95
P		2	4	73	5	75
FQo%		37%	4	74	4	74
FQu%		30%	47	99	47	99
FQ-%		0%	7	78	7	78
WD-%		0%	11	82	11	82

Section & Variable		Raw Scores			Cplx. Adj.	
		Raw	%ile	SS	%ile	SS
Cognitive Codes						
DV1 (1)		2	92	121	92	121
DV2 (2)		0	49	100	49	100
DR1 (3)		3	97	127	97	127
DR2 (6)		0	48	99	48	99
PEC (5)		0	43	97	43	97
INC1 (2)		1	65	106	42	96
INC2 (4)		0	45	98	45	98
FAB1 (4)		0	33	94	33	94
FAB2 (7)		0	47	99	47	99
CON (7)		0	49	100	49	100
WSumCog		13	80	113	77	111
SevCog		0	35	94	35	94
Lev2Cog		0	41	97	41	97

Determinants					
M	2	28	91	8	78
FM	2	31	93	23	89
m	8	>99	143	99	137
FC	1	31	93	27	91
CF	2	61	104	61	104
C	5	>99	145	>99	145
C'	6	97	128	95	125
Y	3	83	114	77	112
T	0	28	91	28	91
V	1	72	109	56	103
r	2	93	122	93	122
FD	0	21	88	21	88
F	5	14	84	20	87
a	8	83	114	76	111
P	4	62	105	45	99
Ma	1	32	93	22	88
Mp	1	38	95	18	85
Blend	9	92	122	85	116
CBlend	2	88	117	75	111
WSumC	10,0	99	137	98	138
SumC	8	92	121	86	116
(CF+C)/SumC	88%	90	120	90	120
MC	12,0	89	119	79	112
M/MC	17%	7	77	7	77
YTVC'	10	92	122	89	118
mY	11	99	134	98	132
F%	19%	10	81	15	84
PPD	20	96	127	94	123
MC - PPD	-8,0	12	82	14	84
P/(a+P)	33%	36	95	36	94
MP/(Ma+Mp)	NA				
Blend%	33%	89	118	83	114

Thematic Codes					
ABS	11	>99	148	>99	148
PER	0	30	92	30	92
COP	1	54	102	49	100
MAH	0	26	90	26	90
GHR	3	26	90	16	85
AGM	3	98	134	98	131
AGC	5	85	116	81	114
MOR	7	99	137	99	136
MAP	1	65	106	45	98
PHR	2	42	97	27	90
ODL	3	66	106	55	102
BAHP	1	44	98	26	90
MAP/MAHP	NA				
GPHR	5	26	91	17	86
PHR/GPHR	40%	62	105	62	105
ODL%	11%	58	103	52	101

Other Calculations					
IntCont	22	>99	148	>99	148
CritCont%	85%	>99	144	>99	144
EII-3	0,4	80	113	80	113
TP-Comp	-0,3	12	82	11	82
V-Comp	1,8	15	84	8	79
SC-Comp	7,7	97	127	95	125
Complexity	85	70	108		
LSO	23	10	81		
Cont	30	84	115		
Det	32	93	122		

Other Composite Subcomponents					
W-SI-Sy	13	35	94	21	88
(H)(Hd)(A)(Ad)	2	43	97	27	91
H(H)(A)(A)/SumHA	92%	95	125	94	123
VFD	1	44	98	24	89
(r*3+Pair)%	33%	46	99	44	98
CFC-FC	6	98	132	98	132

7. ábra. A mutatók összesítő táblázata

2.4. Értelmezés

Az értelmezésben fontos szem előtt tartani a Rorschach által szolgáltatott információk természetét. Az észlelt viselkedések ugyanis arról tanúskodnak, hogy az emberek hogyan szűrik és rendszerezik az információkat, hogyan találnak jelentést az egyes ingerekre és helyze-tekre, a társas konvenciókhoz képest hogyan észlelnek, mennyire logikusan gondolkodnak és kommunikálnak, és hogyan kezelik a következtlenéseket, ellentmondásokat, kétértelműségeket. Olyan információkat tartalmaznak tehát, melyek akár jelen lehetnek vagy akár hiányozhatnak is az önbeszámoló során vagy a verbális

szintről hozzáférhető szelfből. A teszt által szolgáltatott adatok eme természetét és sokrétű mivoltát szem előtt kell tartani, amikor azok értelmezésébe fogunk.

2.4.1. A nomotetikus és idiografikus szemlélet integrációja

Az R-PAS fontosnak tartja az értelmezés során a kvantitatív és kvalitatív szempont együttes érvényesítését, ami egyben lehetővé teszi a pszichodiagnosztikai vizsgálato-k két fő aspektusának, a *nomotetikus* és az *idiogra-fikus* szemléletnek az integrációját. Tehát egyaránt meg-kerülhetetlennek tekinti, hogy a vizsgálati személyről

megfogalmazott állítások bizonyítékokon alapuló módon, ún. evidence based színvonalon legyenek megalkozottak, de ugyanakkor integrálják magukba a személyre jellemző árnyalatokat, egyéni mélységet, ami a vizsgálati személy megismeréséhez szükséges. A nomotetikus aspektus érvényesül akkor, amikor az egyes mutatók sztenderd normától való eltérésének mértékét értelmezzük, tehát az egyén elhelyezkedését a teljes populációban egyes személyiségműködései tekintetében. Az idiografikus, egyénre fókuszáló szempont pedig akkor érvényesül, amikor az egyént önmagában próbáljuk megérteni, őrá fókuszálunk, és nem a populációban való elhelyezkedésére, hanem az ő egyéni mélységére és árnyalataira. Összességében az mondható el, hogy a nomotetikus struktúrát ad az idiografikus számára.

2.4.2. Az értelmezés folyamata: a „Négy Sz”

A teszt értelmezésekor az általánostól és globálistól a konkrét és egyedi felé kell haladni, tehát először az összpontszámok értelmezését kell áttekinteni, és csak utána indulni az egyes részletek szisztematikus megértése irányába. Ez abban a tekintetben is igaz, hogy először a nomotetikus értelmezést kell elvégezni, mert annak az objektivitása, a globálishoz, normákhoz kötött jellege segítheti abban a vizsgálat vezetőjét, hogy egy vélemény ne legyen mindenestül szubjektív. A nomotetikus keretek meghúzása után természetesen legalább ennyire fontos arra időt fordítani (idiografikus), hogy azok a globális meglátások milyen egyéni konzekvenciákkal járnak, tehát hogy a vizsgálati személy életében azok milyen módon valósulnak meg.

13. táblázat. Az értelmezés vázlatos áttekintése mutatók szerint, amik domének, illetve Első és Második oldal szerint vannak rendezve

Mutatók szerinti értelmezés

Az egyes mutatókat igazoló kurrens kutatási eredmények mind fel vannak tüntetve a Kézikönyvben (vö. 4. alapelv), hiszen emlékezzünk, hogy az R-PAS csak olyan mutatókkal dolgozik, amelyek klinikai relevanciája és validitása egyaránt kurrens kutatásokkal alátámasztható (vö. 1. alapelv). A jelen táblázat csak a mutatók szemléltetés szintű bemutatására tesz kísérletet. Továbbá a jelen táblázat a gyakorlati alkalmazást követi, és a mutatókat az Első és Második oldal egyes klaszterei alá sorolva közli.

Kód	Megnevezés	Értelmezési alap
Jegyzőkönyvezett viselkedések és megfigyelések		
Pr	Biztatás	Konceptuálisan alacsony színvonalú, nem produktív és nem adaptív alkalmazkodás a környezet igényeihez.
Pu	Visszavétel	Jele lehet ambiciózus viselkedésnek, vagy szociális kíváncsiságra törekvésnek, vagy szorongáscsökkentő céllal alkalmazott magas produktivitásnak. De lehet jele hiperaktivitásnak, annak teljes spektrumán valahol, vagy esetleg a vizsgálat vezetőjével szembeni opponáló viselkedésnek. Ezen a ponton vissza és előre kell utalnunk, hiszen az értelmezés eme felsorolt, egymástól igen eltérő értelmezései között csak a mutatók egymással összevetett, „szintetizáló” szemléletű értelmezésekor fogunk tudni megbízhatóan dönteni: tehát a többi mutató segítségével lehet megbízhatóan eldönteni, hogy a vizsgálati személy amúgy opponáló (vö. SR, V-Comp) vagy esetleg kényszeresen túlteljesít (vö. általános szorongás mutatók).
CT	A tábla forgatása	Konceptuálisan az intellektuális kíváncsisággal, rugalmassággal, kényszerességgel, ellenségességgel vagy daccal, szorongással, tekintélyelvűséggel vagy gyanakvással kapcsolódik. Tükrözheti az egyén érdeklődési szintjét a feladat iránt vagy bizonyos nyugtalanító észleletek elkerülésére tett erőfeszítést.

Elköteleződés és kognitív feldolgozás

Első oldal mutatói – tehát amik metaanalízis szintű statisztikai megalapozottsággal bírnak.

Komplexitás		Az egyén bevonódásának és ezért a protokoll informatívitasának komplex mutatója. Három komponense van: tartalmak száma, determinánsok száma, szintézisek száma.
R	Válaszszám	Az egyén által adott válaszok száma.
F%	Egyszerűség	Az össz-válaszszám és a formaválaszok aránya, ami a vizsgálati személy által befektetett energiának vagy a kognitív képességnek az indikátora. Negatívan korrelál az IQ-val és a korrall.
Blend	Blend	Az egynél több determinánst integráló válaszok aránya, ami – többek között – annak a jelző mutatója, hogy az egyén milyen arányban képes egyszerre több szempontot integrálni a megismerésében és a válaszreakcióiban.
Sy	Szintézis	A vizuális komplexitás mutatója. Korrelál a kognitív képességekkel és a korrall.
MC	Embermozgás és súlyozott szín	A mozgásválaszok és a színválaszok arányának, tehát a kognitív és érzelmi erőforrások arányának mutatója. Míg a színválaszok az érzelmekre hangolt-ság mutatói, addig a mozgásválaszok sokkal inkább az intrapszichés reflektív kapacitását.
MC-PDD	MC-PDD	A mutató a fenti Embermozgás és súlyozott szín válaszok viszonyát nézi a Potenciálisan problémás determinánsokkal, amin keresztül a hatékony megküzdés valószínűségére következtet.
M	Embermozgás	A jó kognitív képességek, introspekciós képesség és általános intrapszichés reflexióra való képesség mutatója. A pszichoterápiás prognózisban is indikátor.
M/MC	Embermozgás-arány	A mozgásválaszok és a mozgás- és színválaszok összességének arányát jelzi, amin keresztül az egyén döntési mechanizmusában keresi a mérlegelés és megfontolás arányát az érzelmi reakciókhoz képest.
(CF + C)/SumC		Az érzelmre hangoltságon belül annak a mutatója, hogy az egyén mennyire képes az érzelmektől érintett helyzetekben egyéb szempontokat (F) is integrálni, tehát pl. a magas eredmény az impulzuskontroll-problémák indikátora.

Második oldal mutatói – tehát amik néhány megbízható kutatási eredmény alapján kerülhettek be egyelőre a rendszerbe.

W%	W százalék	Az egészválaszok aránya, ami az integrációs képesség indikátora.
Dd%	Dd százalék	A szokatlan részválaszok aránya, ami a populációra nem jellemző részletekben való elveszés jele. Szélsőséges értéke esetében utalhat sch-spektrum vagy súlyos paranoid szorongás jelenlétére.

13. táblázat folytatása

Kód	Megnevezés	Értelmezési alap
SI	Fehér háttér-integráció	A vizsgálati személy integrálja a feladatmegoldásba a fehér háttérrel is, ami kognitív erőfeszítés, motiváció, komplex integráció, kreatív gondolkodás és adaptív megküzdés indikátora lehet.
IntCont	Intellektualizált tartalom	Intellektualizációs törekvés: az egyén azáltal védi magát az őt érő szorongástól, hogy gondolkodásában az absztrakt szintre távolodik a konkrét realitástól.
Vg%	Esetleges forma százalék	Homályos, kifinomulatlan feldolgozás, ami kognitív stílus vagy impulzivitás következménye lehet. Többek között a hisztironicitásra jellemző.
V	Vista	Patológiával élő személy jegyzőkönyvében elégedetlenség és distressz jele lehet. Önmagában nem patológiamutató, az egészséges személy esetében ugyanis árnyalt percepció jele is lehet, még ha hordozza ugyanazt a kellemtelenségélményt is.
FD	Forma dimenzió	Hasonlóan a Vistához, a valóság perspektívából történő szemléletére utal, bár ebből hiányzik a Vistára jellemző árnyaltság és finom megkülönböztetés képessége.
R8910%	R8910%	A színes táblákra adott válaszok számának aránya, ami arra utal, hogy elkötelezettebbé vagy gátoltabbá válik az egyén a direkt érzelmi ingerek hatására.
WSumC	WSumC	A tiszta szín válaszok súlyozott mutatója, ami általában az érzelmi erőforrások jele, de ha az alább következő C magas értékével jár együtt, akkor épp megfordul, és sodorhatóságra utal.
C	Tiszta szín válasz arány	A kontroll és korlátozás nélküli érzelemlétezés mutatója.
Mp/(Ma + Mp)		A belső kontroll indikátora: mennyire érzi az egyén azt, hogy viselkedése és életvezetése fölött kontrollt tud gyakorolni, vagy esetleg ezzel ellentétes módon, inkább kiszolgáltatottnak éli meg magát, aki sodorható, akivel „történnék a dolgok”.
Percepció és gondolkodási problémák		
<i>Első oldal mutatói</i>		
EII-3	Énkárosodás-index	Komoly kutatási háttérrel bíró mutató, ami a gondolkodás zavarainak és a súlyosabb patológiáknak az összesített mutatója.
TP-Comp	Gondolkodás és percepció kompozit	A gondolkodási és percepció problémák komplex mutatója. Elsősorban az sch-spektrummal és egyéb pszichotikus patológiákkal (nem akut pszichotikus állapotok!) jár együtt. Értelmezésében meghatározó, hogy az érintett mutatók (FQ, kognitív kódok) egyenletesen vannak jelen a protokollban, vagy esetleg tematika köré kumulálódnak. Tehát pl. EII-3)TP-Comp inkább utal trauma indukálta regresszív állapotra, mint ún. nagy klinikai kórképre.

WSumCog	Kognitív kódok súlyozott mutatója	Figyelembe veszi, hogy a kognitív kódok inkább enyhébbek (DV1, DR1...) vagy súlyosabbak (DV2, DR2...), ami a zavar okára enged következtetni.
SevCog	Súlyos kognitív kódok összege	A mutató a gondolkodás tartalmi zavaaraival mutat együttjárást.
FQ-%	FQ-százalék	A percepció torzítás mutatója: a vizsgálati személy mennyire képes, illetve mennyire nem képes a valóságot adekvátnan percipiálni.
WD-%	Egész és szokványos részlet mínusz százalék	A mutató alapja, hogy a W vagy D lokalizációban adott mínusz válasz komolyabb konzekvenciákat von maga után, hiszen pl. a Dd área önmagában hajlamosít a percepciósan torzult válaszokra, mivel amúgy sem követi a populáció átlagát. Pl. WD-% magas értéke súlyos patológiát jelez.
FQo%	FQ szokványos százalék	A populáció átlagával együtt járó percepció stílus mutatója.
P	Populáris	A korábbiakkal ellentétben ez a gondolkodás tartalmi zavaaraival negatívan korreláló mutató. Azt mutatja meg, hogy az egyén mennyire él a populáció átlagához hasonló gondolati tartalmakkal. Túl magas értéke pedig a túlzott konvencionalitás mutatója.
<i>Második oldal mutatói</i>		
FQu%	FQ szokatlan százalék	Az egyén nem kimondott maladaptív, de szokatlan percepció stílust követ. Több mutatóval együtt, konstellációban értelmezhető.
Stressz és distressz		
<i>Első oldal mutatói</i>		
YTVC'	Árnyékolás és akromatikus szín összege	A szorongással leginkább korreláló mutatók összege.
m	Élettelen mozgás determináns	Az egyén sodródás- és kiszolgáltatottságélményének a mutatója.
Y	Diffúz árnyékolás	Szorongás-mutató, hiszen arra utal, hogy a vizsgálati személyt a valóság következtelen, bizonytalan árnyalatai vonzzák.
MOR	Morbid tartalom	Tendenciaszerűen a depresszív hangulat és tünetek mutatója.
SC-Comp	Szucid veszély kompozit	A szuicidalitásra és öndestrukcóra való hajlamot jelez: reménytelenség-élmény és/vagy leértékelt szelfélmény.

13. táblázat folytatása

Kód	Megnevezés	Értelmezési alap
<i>Második oldal mutatói</i>		
PPD	Potenciálisan problémás determinánsok	Tendencia szintjén azon kognitív képességekhez kapcsolódik, amik bizonyos feltételek mellett teherré válhatnak a vizsgálati személy számára: kiszolgáltatottság-élmény vagy sürgető és megterhelő élmények.
CBlend	Szín blend	A szín és árnyékolás determinánsok együttes alkalmazása egy válaszban: tendencia szintjén annak a jele, ahogy a vizsgálati személy pozitív élményeit rendszeresen rontja le szorongásos tartalmakkal, ami affektív alkalmazkodásának sérülését jelzi.
C'	Akromatikus szín determináns	Annak a jele, hogy az egyén percepcióját megragadják a sivár, negatív ingerek.
V	Vista determináns	Patológiával élő személy jegyzőkönyvében elégedetlenség és distressz jele lehet. Önmagában nem patológiamutató, az egészséges személy esetében ugyanis árnyalt percepció jele is lehet, még ha hordozza ugyanazt a kellemtlenségélményt is.
CritCont%	Kritikus tartalom	Az egyén nem képes a társadalmilag kritikusnak ítélt képzetek kontrollálására, így azok megjelennek a verbális tartalomban is. Az EII-3-vel együtt értelmezendő.
Reprezentáció a szelfről és a másiktól		
<i>Első oldal mutatói</i>		
ODL%	Orálisan dependens nyelvezet százalék	A viselkedésszerveződésben meghatározó, ám implicit dependens szükségletek mutatója.
SR	Fehér háttér átfordítás	Hagyományos az opponálás mutatója, hiszen a vizsgálati személy nem az instrukcióban szereplő feladatot hajtja végre. Jele lehet függetlenségi törekvéseknek, interperszonális alkalmazkodási elakadásnak, de egyedi esetekben a találékonyság jele is lehet.
MAP/MAHP	A kölcsönös autonómia patológiájának mutatója	Az egyén ama tendenciájára mutat rá, hogy hajlamos-e a másik embert autonóm személyként érzékelni, akivel kölcsönösen a másik autonómiáját tiszteletben tartó kapcsolatra törekszik, vagy éppen ellenkezőleg. A tárgy-reprezentáció integráltságának egyik kiemelt mutatója.
PHR/GHRP	Rossz színvonalú ember reprezentáció arány	A tárgy-reprezentációk integráltságának másik mutatója, ami az interperszonális kompetenciákkal hozható összefüggésbe: mennyire képes a másik embert érteni, és kapcsolódni vele.
M-	M mínusz	Az emberi dolgok atipikus vagy torz megértésének mutatója. Kurrens kutatások megcáfolták, hogy önmagában a pszichózis ún. „hallucinatórikus mutatója” lenne, amint az korábban bevett volt.

AGC	Agresszív tartalom	Azzal a jelenséggel áll kapcsolatban, ahogy a vizsgálati személy azonosul a hatalommal, az agresszivitással és a veszélyességgel.
H	Egész ember tartalom	A másik ember integrált mentalizálásának mutatója. Valódi színvonalának értékeléséhez figyelembe kell venni a GHR, PHR, MAH, MAP kódokkal való esetleges együttjárását.
COP	Kooperatív mozgás	A kooperatív mozgások mutatója, ami a tárgykapcsolatok támogatóként való megélésével hozható kapcsolatba.
MAH	Egészséges, kölcsönösen autonóm viszony	Az egyén feltehetőleg készséges a kölcsönösen egymás autonómiáját tiszteletben tartó emberi kapcsolatok kialakítására és működtetésére.
<i>Második oldal mutatói</i>		
SumH	Emberi tartalom kódok összege	Általános nyitottság és érdeklődés az emberek és az emberi dolgok irányába. Magas értéke legtöbbször pozitív jel, de pl. a V-Comp megemelkedett szintje mellett jelenthet szenzitív jellegű másokra irányultságot.
NPH/SumH	Nem tisztán emberválasz arány	Az egyén hajlamos lehet arra, hogy önmagát és másokat irreálisan vagy képzeletbelien érzékelje.
V-Comp	Vigilancia kompozit	Az információfeldolgozás fókuszált, erőfeszítést igénylő, részletorientált stílusát mutatja.
r	Tükröződés determináns	Azt jelzi, hogy a személy úgy éli meg önmagát, ahogy én-központúan tükröződni feltételezi magát. Tehát az információfeldolgozás kerete a vizsgálati személy szelfje.
p/(p + a)	Passzív mozgás arány	A passzív és aktív késztetések arányának mutatója. Alacsony válaszsám esetén körültekintéssel értelmezendő.
AGM	Agresszív mozgás	Tendencia szintjén az agresszív szándék és/vagy indíték mutatója. Ez is könnyen manipulálható eredmény, körültekintéssel értelmezendő.
T	Textúra determináns	Az interperszonális közelség vagy kapcsolat iránti érdeklődés jele.
PER	Perszonalizált érvelés	A tudás személyes úton való igazolása, ami azzal hozható kapcsolatba, hogy a vizsgálati személy tekintélyi pozícióon keresztül próbálja védeni magát belső bizonytalanságaitól.
An	Anatómia tartalom	Testi, fizikai vagy saját egészséggel kapcsolatos szorongás jele.

1. *Szkenelés*: Egy gyors folyamat, amely során a klinikus szkenneli a profiladatokat, magas vagy alacsony pontszámokat keresve (piros és fekete ikonokat). Egy percet vagy kevesebbet vesz igénybe, az Első oldallal kezdve, majd a Másodikra haladva. Például, ha visszatekintünk a fent közölt eset Proto-

koll szintű összesítésére (lásd 2–7. ábra, különösen is a 2–4., ami az Első és Második oldal mutatóit tartalmazza), azt láthatjuk a *szkenelés* pár pillanata alatt is, hogy jelentősen sok kód mutat piros (Pr, Blend, M, M/MC...) és fekete (m, MOR, IntCont, Vg%, CritCont%...) értéket, ami már önmagában

is különleges klinikai figyelmet érdemlő állapot jelenlétére utal.

2. *Szűrés:* Egy megértendő kulcsváltozó jelentésének finomítása az egyén karakterisztikumának figyelembevételével. Például, ha mérlegre kívánjuk tenni, hogy milyen a vizsgálati személy kognitív státusza vagy érzelmszabályozása, akkor *szűrünk* az érintett mutatókra, tehát célzottan azokat tekintjük át. Ezen a ponton már meg is kezdjük a szintetizálás folyamatát.
3. *Szintetizálás:* Az információk és következtetések összekapcsolása egymással az egyes eredmények jobb megértése érdekében. Viszont kerülni kell a *megerősítési torzítást*, tehát fontos az eredmények összességére fókuszálni, hogy ne csak a klinikus előítéletei kerüljenek megerősítésre, tehát ne csak azokat az adatokat szemezgesse ki, amik alátámasztják a már kialakult véleményét! Ugyanakkor fontos hagyni, hogy az idiografikus jellemzők árnyalják, jelentést adjanak a nomotetikus következtetéseknek. Ha folytatjuk a fenti példát, akkor a vizsgálati személy esetében például az érzelmi sodorhatóság esetében össze kell vetni azokat a mutatókat, amik segítenek a WSumC értelmezésében. A vele egyszerre magas értéket adó C arra utal önmagában, hogy a magas WSumC nem erőforrásként utal az értelmekre, hanem a sodorhatóság kiemelt tereként. Ráadásul még a C' magas értékét is figyelembe véve arra kell gondolnunk, hogy a vizsgálati személy egy markánsan negatív érzelmi élményektől sodorható karakter.
4. *Szummázás:* A klinikai kérdés(ek)re születő végző, egységes válasz megalkotása és megfogalmazása, amelyben a bizonytalanságok és ellentmondások értelmezésre kerülnek.

A nomotetikus értelmezési fázist követi az idiografikus. Ebben a szakaszban tehát a már lefektetett alapstruktúra keretei között fontos figyelembe venni a kódszekvencia sűrűsödéseit, eloszlását. Tehát meg kell nézni, hogy az adott személy válaszadásában felfedezhető-e bármilyen egyéni mintázat, ami utalhat az ő egyéni megélésére. Ha például vannak kiemelten alacsony színvonalú válaszok (vö. FQ-, kognitív kódok jelenléte), akkor azok tartalmát mindig külön megértés tárgyává kell tenni. Hasonlóan sokat mondhat el a vizsgálati személy egyéni megéléséről, ha az embermozgás válaszait is egyenként megvizsgáljuk, hogy milyen megélésüket, témákat követnek.

Végül egy egységes és koherens pszichológiai véleményt kell alkotni, amiben a Rorschach-teszt eredményeit mindig integrálni kell az egyéb pszichodiagnosztikai vizsgálati eljárások eredményeivel, és kerülni kell ama gyakori klinikai torzítást, hogy pusztán csak a diszfunkcionális elemek kerülnek fókuszba. A vélemény kiegyensúlyozottan, a vizsgálati személy erősségeit is szem előtt kell tartsa, és egyértelműen fejlődési szemléletű kell legyen.

3. Összegzés és jelentőség

Amint a fejezetben nyomon követhető volt, az R-PAS rendszer komoly elméleti megalapozottsággal, illetve kidolgozott sztenderdizált munkamóddal és széles gyakorlati tapasztalattal rendelkezik mind a klinikai és igazságügyi alkalmazhatóság, mind pedig a kutatás terén. Sőt, a jelen fejezet – terjedelmi korlátai miatt – nem tér ki erre, de a rendszer mind a tesztfelvételében, mind a mutatók statisztikai számításában nagy hangsúlyt fektet a gyerekekkel és fiatalokkal folytatott vizsgálati munka egyéni aspektusaira is.

Az R-PAS talán egyik legfontosabb értéke a többi rendszer között, hogy visszatérve az ősi hagyományokhoz, központi szerepet ad a klinikai és kutatási szempont integrálásának annak érdekében, hogy a mindennapi klinikai munka naprakész és a lehető legmegbízhatóbb színvonalon tudjon működni. Többek között ezt a szempontot hivatott garantálni egyrészt a mindenki számára online elérhető és naprakész normatív adatállomány, másrészt a bizonyítékokon alapuló, sztenderdizált teszt-eljárás és a rendszer azon rugalmassága, ami a folyamatos fejlesztésen keresztül lehetővé teszi a pszichopatológiai és patopszichológiai fejlődés lekövetését, és így egy olyan mérőeszközt hoz létre, ami a kurrens diagnosztikai fogalmi környezetet tudja támogatni.

Kimondott előnyei közé sorolható, hogy az átláthatóságra törekvése miatt alapszinten relatív könnyen elsajátítható, hiszen sok területen jelentősen csökkenti a klinikus egyéni döntését – többek között – a válaszok színvonalának megítélésében is, ami nyilván jelentős klinikai jártasságot igényelne, amennyiben megbízható módon kíván valaki egy eljárást alkalmazni. Tehát lehetővé teszi, hogy a mindennapi munkában felmerülő klinikai kérdéseket elfogadható szintű biztonsággal válaszolja meg a klinikus. Ugyanakkor persze a jelenleg is hatvan fölötti mutatószám mind jobb megértésén keresztül, illetve a kvalitatív aspektus végtelen mélysége

okán széles teret biztosít a rendszer használatának elmélyítésére.

A rendszer kihívásai között kell persze megjegyezni, hogy egy folyamatosan fejlődő értékelési rendszerrel van szó, ami emiatt nagy potenciállal bír, de sok területen fejlesztés alatt is áll. Továbbá Magyarországon a fejezet megírásakor még csak néhány százan sajátították azt el.

A nemzeti rendszerünk, a Mérei-rendszer tekintetében is nagy potenciállal bír, hiszen annak kutathatóságát, korszerűsítését nagyban megsegíti az élő kapcsolat kialakítása egy nemzetközi sztenderdek szerint felépített és működtetett, az ebből adódó volumen okán sokkal könnyebben kutatható rendszerrel. Abból a szempontból is megtermékenyítő lehet, hogy a jelentős kutatási háttér okán számtalan olyan, eddig bizonytalan kérdést tisztázott már, amely tapasztalatokat és tudást könnyen integrálni lehet a Mérei-rendszer napi alkalmazásába. Gondolok itt – számtalan példa között – a háttér (zw vs. SI, SR) kódolására és értelmezésére. Az R-PAS empirikusan igazolta (Bandura, 1954; Mihura és mtsai, 2013) a kétféle háttér válasz közötti markáns különbséget, miszerint az integrált háttér válasz (SI) a konstruktív megküzdés mutatója, viszont csak az integrálatlan háttér válasz (SR) kapcsolatát sikerült kutatási szinten kimutatni az oppozíciós, indulati törekvésekkel. Ezt a tudományos tapasztalatot és a hozzá hasonlókat könnyű érvényesíteni a Mérei-rendszer jelölésében és a mutató számításában is (vö. IT, indulati típus).

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bandura, A. (1954). The Rorschach white space response and „oppositional” behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 18: 17–21.
- Blazsek P., & Wernigg R. (2015). *Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában*. Oriold és Társai, Budapest.
- Exner, J. E. (1969). *The Rorschach systems*. New York, Grune & Stratton.
- Exner, J. E. (1974¹, 2003⁴). *The Rorschach. A Comprehensive System*. John Wiley & Sons, Inc.
- Garb, H. N. (1999) Call for a Moratorium on the Use of the Rorschach Inkblot Test in Clinical and Forensic Settings, *Psychological Assessment Resources*, 6(4): 313–315.
- Giromini, L., Porcelli, P., Viglione, D. J., Parolin, L., & Pineda, J. A. (2010) The feeling of movement: EEG evidence for mirroring activity during the observations of static, ambiguous stimuli in the Rorschach cards. *Biological Psychology*, 85: 233–241.
- Gurley, J. R. (2017). *Essentials of Rorschach assessment: Comprehensive System and R-PAS*. John Wiley & Sons, Inc.
- Hotopf, M. és mtsai (2006). The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *The Lancet*, 367(9524): 1731–1741.
- Hosseininassab, A. és mtsai (2019). The effect of CS administration or an R-Optimized alternative on R-PAS variables: A meta-analysis of findings from six studies. *Journal of Personality Assessment*, 101: 199–212.
- Lipkind, J., Erdberg, P., Viglione, D., & Meyer, G. (2020). Child and Adolescent Administration Guidelines for R-PAS. Published on <https://r-pas.org>.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System. Administration, Coding, Interpretation, and Technical Manual*.
- Mihura, J. L., Meyer, G., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The Validity of Individual Rorschach Variables: Systematic Reviews and Meta-Analyses of The Comprehensive System. *Psychological Bulletin*, 139(3): 548–605.
- Minassian, A., Granholm, E., Verney, S., & Perry, W. (2004). Visual scanning deficits in schizophrenia and their relationship to executive functioning impairment. *Schizophrenia Research*, 74: 69–79.
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96: 57–64.
- Pianowski, G., Meyer, G. J., de Villemor-Amaral, A. E., Zuanazzi, A. C., & do Nascimento, R. S. G. F. (2019): Does the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) Differ from the Comprehensive System (CS) on Variables Relevant to Interpretation? *Journal of Personality Assessment*, 103(1): 132–147.
- Pignolo, C., Giromini, L., Ando, A., Ghirardello, D., Di Girolamo, M., Ales, F., & Zennaro, A. (2017). An Interrater Reliability Study of Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) Raw and Complexity-Adjusted Scores. *Journal of Personality Assessment*, 99(6): 619–625.
- Porcelli, P., Giromini, L., Parolin, L., Pineda, J. A., & Viglione, D. J. (2013). Mirroring Activity in the Brain

- and Movement Determinant in the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*, 1–13.
- Viglione, D. J., Blume-Marcovici, A. C., Miller, H. L., Giromini, L., & Meyer, G. (2012). An Inter-Rater Reliability Study for the Rorschach Performance Assessment System. *Journal of Personality Assessment*, 1–6.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7(1): 3–10.
- Wood, J. M., & Lilienfeld, S. O. (1999). The Rorschach Inkblot Test: A case of overstatement? *Psychological Assessment Resources*, 6(4): 341–349.



A Rorschach-teszt klinikai pszichológiai alkalmazása

Csigó Katalin

1. Bevezető

A Rorschach-teszt a klinikai pszichológiai gyakorlatban az egyik legelterjedtebb pszichodiagnosztikai eszköz (Piotrowski, 2015). Noha a kérdőíves eljárások és eszközök használata egyre nagyobb teret nyer a klinikai praxisban – gyorsaságuk, egyszerűségük, könnyű alkalmazhatóságuk és értékelésük könnyű elsajátíthatósága miatt nagymértékben megkönnyítik a klinikai pszichológus munkáját a gyors diagnózisalkotásban –, a Rorschach-teszt ismerete és használata nem szorulhat háttérbe a klinikai pszichológus mindennapi gyakorlatában.

A teljes körű és érdemi pszichodiagnosztikai folyamat kivitelezéséhez szükséges a Rorschach-teszt használata. A teljes körű pszichodiagnosztikai kivizsgálást a klinikai pszichológiai exploráció, a kérdőíves eljárások használata és a Rorschach-teszt felvétele jelenti. Speciális diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai kérdések felvetésére és megválaszolására a Rorschach-teszt alkalmas. A teszt alkalmazásával széles körűen betekintést nyerhetünk a beteg működésmódjába, a teszt olyan információkat tud adni a vizsgált személyről, melyek az adott tüneti működés leírásával és annak összetett, komplex jellegzetességeinek megvilágításával a beteg működésmódjának mély megértését teszik lehetővé.

A teszt megfelelő, értő használatához alapvetően két ismeretanyagra van szükség: szükséges a pszichopatológia alapos és beható ismerete, és szükséges bizonyos pszichodinamikus, pszichoanalitikus alapfogalmi, gondolati, teoretikus ismeret is.

A Rorschach-teszt alkalmazása összetett és rendkívül időigényes folyamat: az adminisztráció, a pontozás-kódolás és a kiértékelés sok órát vesz igénybe. Ennek ellenére a teszt használata a nemzetközi gyakorlatban is igen kiterjedt (Watkins, 1995; Hunsley, 1999); az Amerikai Pszichológiai Társaság által jóváhagyott legtöbb klinikai képzési-oktatói program része a teszt használatának oktatása (Piotrowski, 1993; Hunsley, 1999).

Hermann Rorschach eredeti elképzelései alapján, a tesztet a magyar gyakorlatban alapvetően percepciót mérő tesztként használjuk, vagyis a magyar Mérei-féle

Rorschach-változatban azt figyeljük, hogy a személy milyen modellreakciót ad egy ismeretlen, nem strukturált ingerhelyzetben. Ez azt jelenti, hogy minden reakciót, a válaszadási folyamat minden egyes jellegzetességét figyelve azt próbáljuk kódokkal ellátva rögzíteni, hogy a személy hogyan hoz létre egy választ a Rorschach-táblák foltjaira. A válaszadás hogyanja és mikéntje adja azt a modellreakciót, amelyben a pszichopatológiai eltéréseket és jellegzetességeket keressük. A Rorschach-jeleinkkel tehát valójában pszichopatológiai jelenségeket rögzítünk.

Ez adja tulajdonképpen a speciális értékét a vizsgálatnak: a klinikai pszichológiai explorációhoz képest a Rorschach-tesztet használva sokkal összetettebb, komplexebb értékelési rendszer áll rendelkezésünkre, hiszen az explorációban csak a verbálisan – és esetlegesen non-verbálisan – elérhető információkat tudjuk értékelni, a Rorschach-teszt használata során viszont egy összetett bizonytalan stimulusra adott reakciót értékelünk annak minden jellegzetességével együtt. A Rorschach-teszt értékelése során tehát azt vizsgáljuk, hogy a választ adó személy hogyan oldja meg a vizsgálati helyzetet, hogyan reagál a táblákon lévő foltokra, a válaszadását mi alakítja, mennyire speciális a percepció folyamat; az mennyire tér el az átlagostól; mi mozgatja a válaszadást; mely ingerek hogyan hatnak a személy válaszadására; és a reakciókból milyen pszichopatológiai jellegzetességeket tudunk meghatározni.

Éppen a teszthelyzet bizonytalansága miatt a Rorschach-teszt, mint vizsgálati helyzet, mérsékelten stressz-keltő a vizsgálati személy számára, de kétségkívül nagyobb mértékű stresszt kiváltó helyzet, mint az önkitaláló kérdőívek során adott válaszadás, az önbeszámolás kérdőívek kitöltése (Momenian-Schneider, 2009).

A tintafoltok megfeleltethetők a mindennapi életben megjelenő bizonytalanságoknak, és a Rorschach-teszt felvétele közben működés közben láthatjuk azt a folyamatot, ahogyan az adott személy észleli a bizonytalanságot, ahogyan prediktív előrejelzéseket tesz, ahogyan jelentést tulajdonít, és ahogyan reagál, majd megoldja ezt a helyzetet.

A Rorschach-tesztel kapcsolatban az elmúlt évtizedekben számos fejlesztés történt. A nemzetközi gyakorlatban használt Rorschach Comprehensive System és az R-PAS (Rorschach Performance Assessment System) folyamatosan fejlődő klinikai eszközként értékelhető – új skálák kidolgozása, a teszt alkalmazásával kapcsolatos kutatások publikálása jellemző –, míg a magyar Mérei-rendszer jelentős elmaradást mutat mind a fejlesztés, mind a kutatás tekintetében.

2. A Rorschach-teszt mint vizsgálati helyzet

A Rorschach-tesztre teljesítményalapú pszichológiai tesztként is tekinthetünk, mivel a teszt során egy adott speciális kontextusban pszichológiai műveletekkel kapcsolatos viselkedés-megfigyelést végzünk. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a Rorschach-teszt egy „tipikus” teljesítmény feladat, nem pedig egy „maximális” teljesítmény feladat (Viglione, 2021). Az előbbi csoportba tartozó tesztek azt mutatják meg, hogy egy személy mit válaszol, ha széles mozgásteret kap a válaszára, míg az utóbbi csoportba tartozók azt, hogy mit tehet egy személy, ha világosan strukturált feladatot és korlátozott válaszlehetőséget kap, ilyenek például az intelligencia- és a neuropszichológiai tesztek.

A Rorschach-feladat vizuális-térbeli és lexikális-fogalmi problémamegoldásra támaszkodik, és egy szabványos készletet használ, standard instrukcióval. Az értékelő-értelmező folyamat során pedig a válaszokat különböző jelekkel látjuk el, melyek több csoportba sorolhatók. (A tesztfelvétel és -értékelés részleteiről könyvünk II.2.2. tanulmányában olvashatnak bővebben.) A vizsgálati helyzet standard, attól eltérni nem lehet. A standard helyzet adja az elemezhetőség lehetőségét, az azonosan lebonyolított vizsgálati helyzetben megjelenő válaszok összehasonlíthatóságát.

A vizsgálati személyben annak a dilemmának a megoldása, hogy mi lehet a tintafolt, észlelési és problémamegoldó műveletek sorozatát idézi elő. Ezek közé tartozik az ingerek letapogatása, a potenciális választartalmak helyének kiválasztása, a lehetséges tintafoltok képeinek összehasonlítása a memóriában lévő képzetekkel és fogalmi kategóriákkal, a lehetséges válaszok kiértékelése azok következetlenségeihez vagy ellentmondásaihoz képest, a válaszlehetőségek újrafogalmazása, a kevésbé optimálisnak ítélték kiszűrése és a végső megoldás megfogalmazása (Exner, 2003). A megfogalmazott válaszok vizuális-mnemonikus egyeztetése a táblákon lévő fol-

tok jellegzetességeivel, az ingerek fogalmi feldolgozása, valamint a verbális és nonverbális kommunikáció az agy minden régióját érinti, bilaterális működésaktivitás mérhető a frontális, temporális, parietális, occipitális és limbikus lebenyben is (pl. Asari és mtsai, 2010; Giromini és mtsai, 2017). A dorsalis és ventrális figyelmi rendszer működése a Rorschach-teszt-helyzetben különbözik attól, ami az önkitöltő tesztek kitöltése során mérhető (Giromini és mtsai, 2017; Viglione, 2021). Mindez neurobiológiai, idegtudományi bizonyítékait mutatja annak a klinikai tapasztalatból ismert megfigyelésünknek, hogy ezek a tesztek egyszerűen különböző „dolgot” és különböző módon mérnek.

A teszt-helyzetben számos szempontból nyomás nehezédhet a vizsgálatvezetőre, hogy eltérjen a standard vizsgálati helyzettől. Ezek a vizsgálati helyzettől kibillentő tényezők természetesen össze is függenek egymással.

Ilyen nyomás lehet például az idői sürgetettség: amikor a klinikai pszichológustól gyors diagnosztikát várnak el. Ekkor akár a tesztfelvételi helyzet, akár az értékelési folyamat elnagyolttá válhat, az idői nyomás következtében lényeges információk elkerülhetik a tesztet értékelő személy figyelmét. Az idői nyomás úgy hathat ránk, hogy direkt vagy indirekt módon sürgetjük a választást, miközben a magyar jelölési rendszerben nem határozzuk meg, hogy hány választ adhat a személy. Ezzel elveszthetünk fontos információkat arra vonatkozóan, hogy melyik táblára hány válasszal reagál a személy, hol van inkább percpációs vagy verbális gátlás, és hol épp ennek az ellenkezője: fellazulás, felszabadulás. Az idői sürgetettség következtében az utóteszt felvétele is elnagyolttá válhat. Nem lehet eléggé hangsúlyozni az utóteszt felvételének szabályos, standard szerinti betartását. Ezen áll vagy bukik az egész értelmezési folyamat sikere. Az utótesztben végig kell mennünk minden egyes válaszon – még akkor is, ha evidensnek érezzük azokat –, és végig kell kérdeznünk pontosan az összes utóteszt során felteendő kérdést: hol látta az adott dolgot a személy, miért pont az jutott eszébe, és mi az pontosan, amit látott? A legnehezebb a „miért pont az jutott eszébe” kérdés tisztázása. Addig kell kérdeznünk erről a választ adó személyt, amíg nem tudjuk pontosan eldönteni a formaárnyékolás vagy a színmeghatározottság kérdését.

De érkezhethet külső vagy belső nyomás akár az instrukciótól, akár a beteg megfelelő informálásától való eltérésre is. A standard vizsgálati helyzet fontos része mindkét tényező. A vizsgálat csak a szó szerinti instrukció megadásával végezhető el, az ettől eltérő instrualás

másfajta, befolyásolt eredményeket hoz. További fontos elem emellett az is, hogy megfelelő légkört teremtünk a vizsgálat számára, melynek része az, hogy hogyan és miről tájékoztatjuk a beteget: miért is vizsgáljuk őt, milyen eszközökkel, és mi a szerepe a kezelésében a pszichodiagnosztikai folyamatnak. Lényeges a teljes vizsgálati helyzet kézben tartása a vizsgálatvezető részéről (Csigó, 2018).

3. A Rorschach-teszt alkalmazhatósága a klinikai gyakorlatban

A Rorschach-teszt az önkitöltős kérdőívekből nyerhető információkon túlmenően nyújt információt egy adott személyről (Gacono, 2021). A Rorschach-tesztből nyert adatok növelik a páciens fogalmi megértését, és rendkívül árnyalt betekintést tesznek lehetővé a személyiség működésébe. Az adatok megfelelő értelmezéséhez azonban a következő tények megértése szükséges:

1. A Rorschach-változók, -mutatók tulajdonságokat, dimenziókat mérnek, nem diagnózist, és nem kategóriákat jeleznek (Gacono, 2021).
2. Az adott Rorschach-változó által képviselt pszichopatológiai jegy vagy jellegzetesség vagy állapot mértékét a következőkhöz viszonyítva határozhatjuk meg:
 - a) egészséges személyek adataival történő összevetésben (ld. vulger válaszok),
 - b) validált adatokkal történő összevetésben (ld. klinikai skálák értékei),
 - c) teljes összefüggésben (egyéb változókkal való összevetésben).

Mindkét pontnak és a második pont mindhárom elemének jelentősége van, melyeket mindig szem előtt kell tartanunk.

Számos kutatás alátámasztja a Rorschach-teszt megbízható alkalmazhatóságát a klinikai gyakorlatban, a kutatások a nemzetközi gyakorlatban használt Rorschach Comprehensive System és R-PAS rendszer klinikumban történő jó alkalmazhatóságát megerősítik. A magyar Mérei-rendszerrel jelenleg szórványosan állnak rendelkezésünkre modern kutatások.

A Rorschach-teszt mutatóinak megbízhatóságát és érvényességét egyrészt a pszichoanalitikus elméletek, kutatások igazolják (Gacono, 2021). A pszichoanalitikus elméletek közül a Rorschach-teszt szempontjából lényegesek a tárgykapcsolat-elméleti vizsgálatok (Blatt és Lerner, 1983; Kwawer, 1980); az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatos elméletek (Cooper, Perry és Arnow,

1988; Lerner és Lerner, 1980); a fejlődési pszichopatológia (Urist, 1977); a dependenciával (Bornstein és Masling, 2005), a traumával (Armstrong és Loewenstein, 1990; Viglione, 2012) és az agresszív ösztönszármazékokkal (Gacono, Meloy és Baity, 2008) kapcsolatos tanulmányok.

A teszt diagnosztikus érvényességének vizsgálatára Garfield (2000) 75 páciens Rorschach-tesztjét értékelte a páciens bármely pszichiátriai adatának, anamnézisének előzetes ismerete nélkül – tehát sem a beteg tünettanát, sem anamnézisének, sem korábbi diagnózisát nem ismerte a vizsgálatvezető a tesztek kiértékelésekor. A páciensek mindegyike olyan összetett diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai kérdést jelentő eset volt, akiknél a diagnózist explorációval a kezelőorvos nem tudta megfelelően megállapítani. Az esetek 76%-ában a Rorschach-diagnózis megegyezett a pszichiáter által adott diagnózissal, az egyezés legmagasabb, legerősebb az ún. pszichoneurotikus diagnózist kapó eseteknél volt, ezeknél a pácienseknél 96%-ban egyezett meg a Rorschach-diagnózis a pszichiátriai diagnózissal.

A Rorschach-teszt értékes segítséget tud nyújtani a klinikai diagnosztikai folyamatban. Tekintsük át, hogy mely kórképek esetén tudjuk a magyar gyakorlatban jól használni a teszt adatait, információit, segítve a pszichodiagnosztikai folyamatot.

A klinikai gyakorlatban a klinikai pszichológus számára a két legfontosabb kérdés és feladat a pszichotikus állapot és a szuicidium veszélyének jelzése és megállapítása.

A Mérei-féle Rorschach-rendszer megbízható módon jelzi a pszichotikus állapot jelenlétét. Rögzíteni tudjuk a valósággal való kapcsolat stabilitását vagy instabilitását, a megtartott realitásérzékletet vagy a realitásérzéklet elvesztését, a valósággal való kapcsolat patológiás leromlását. A pszichotikus állapot azonosítása során egyrészt differenciálni tudjuk azt, hogy a pszichotikus állapot regresszió (pl. trauma vagy krízis okozta regresszió) eredménye-e, illetve személyiségzavar dekompenzációja történik-e, a regresszió az instabil személyiség aktuális állapotrosszabbodásának jelzése-e. Másrészt differenciálni tudjuk azt is, hogy processzusról, vagyis induló szkizofréniáról van-e szó. A Szkizofrénia Skála mutatói (Hegedűs Imre, 1964, in Mérei, 2002) a válaszadás során megjelenő percepció zavarra és gondolkodás zavarra utaló pszichopatológiai jelzéseket rögzítik: az alacsony válaszsorszám jelzi a beszűkülést, a válaszprodukciónak lecsökkenése kóros gondolkodási folyamatok jelenléte utal; a patológiásan leromlott F% jelzi a mentális

kontrollfunkciók csődjét, vagyis azt, hogy a válaszadó személy nem tudja gondolatait megfelelő módon szabályozni, a gondolatáramlásban bizarr, kóros tartalmak jelennek meg, melyeket a Rorschach-tesztben bizarr verbalizmusokként (pl. neologizma) jelzünk. A Szki-zofrénia Skála továbbá leírja azokat a kóros percepciók megoldásokat, melyek a szkizofrén folyamat sajátjai: pl. kóros szemléleti sűrítések (kontamináció), a válaszadást meghatározó, befolyásoló, az átlagos megoldástól eltérő, szokatlan szemléleti elemek (pl. Pozíció, Inverzió); illetve azokat a verbalításban megjelenő patológias jelzéseket is, melyek csak a szkizofrén élménymódban fordulnak elő: ld. autisztikus magyarázatok, a jelentésadási tudat zavarára utaló halmozott reakciók, ráismerések, és a képzetáramlásban megjelenő súlyos elakadások, melyek az irrealitás tudatba betörésének biztos mutatói. Még gyakorlott „rorschachozóként” is érdemes újra és újra tanulmányozni a klinikai skálákat, hogy a figyelmünk előterében mindig jelen legyenek a skálák mutatói által lefedett pszichopatológiai jelenségek, melyek a tesztválaszokban megjelenő működészavarok egyre mélyebb megértését teszik lehetővé.

A pszichotikus állapot azonosítását követően azt is meg tudjuk állapítani, hogy a pszichotikus állapot paranooid színezetű-e, és ha igen, akkor a paranoiditás milyen vezető tünetekkel jellemezhető. A Rorschach-teszt Szenzitivitás-Paranoiditás skálája (Bagdy, in Mérei, 2002) jól tudja differenciálni egyrészt az elsősorban vonatkoztatási készenléttel jellemezhető pácienseket (ld. Szem válaszok túlsúlya), ahol a vonatkoztatásra utaló jelzés egy súlyosság-dimenzió részeként helyezhető el: szigorú, fenyegető tilalmak belső élményének jelenléte – szenzitivitás, vonatkoztatás töredék élményei – kifejtett vonatkoztatási készenlét és üldöztetéses doxazma. A skála jelzi azokat az eltéréseket is, ahol vezetően a disszimuláció és a rejtőzködés utal a szenzitivitás, mint attitűd-személyiségvonás, vagy már kibomlott pszichotikus állapot jelenlétére (ld. Amorf, Festmény tartalmak és Ruha, álcázás összetett tartalmi), itt ismét hangsúlyozva azt, hogy a jelzések megjelenése mindig más mutatókkal összevetve és komplex rendszerben értelmezve nyer igazán értelmet. A Paranoiditás skála ezenkívül képes jelezni a paranoiditás azon típusait is, ahol a tünetek a valósággal való ütközés, a realitás-zavar részeként jelennek meg, ld. Objekt kritika válaszok, Élettelenítések, Derealizációk.

A szuicidium esetében az általunk használt jelző skálák (Szuicid Predikciós Skála, szuicid konstellációk – 10 és 14 jegy, ld. Mérei, 2002) a szuicid krízis pszicho-

patológiai jeleit és pszichodinamikai élménymódját írják le, fordítják át Rorschach-kódoikká. Ilyenek a diszfóriás, depresszív hangulati állapotra utaló jeleink (ld. koartációk), a cirkuláris zavarra utaló krízis-jelek, melyek a nyugtalan, belső vibráció, irritabilitás, uralhatatlan belső készletések riasztó acting out jelei (Tánc, Antropomorf BF-ek, zw hangsúlyú IT); a gondolkodásban megjelenő elakadások, csőd-reakciók (elakadások, Versagenek); a terhelt tárgykapcsolatokra utaló jelzések, a belső tárgy- és szelfreprezentációk sérülésére utaló válaszok (IV. tábla megoldásai, alacsony M%); az érzelmi zavar halmozott jelei (színválaszok leromlása, jellegzetes színtorzítások).

A pszichotikus állapot azonosítása és a szuicid veszély felismerése tehát a legfontosabb feladatunk a pszichodiagnosztikai vizsgálat során, melyben a Rorschach-teszt nagy segítségünkre lehet. Emellett a teszt megbízható módon, jól rögzíthetően képes jelezni a hangulatzavarokat, a depresszió és a manifom állapot jellegzetes Rorschach-konstellációkkal írható le. A depresszió pszichopatológiai jellegzetességeit a Rorschach-mutatóink megbízhatóan jelzik: a válaszszám lecsökkenése, a megnyúlt reakcióidő, a szűk tartalmi variabilitás a produktivitás elszegényedését és a pszichomotorium meglásúbbodottságát mutatja. A fékrendszer-mutatóink magas értéke (F%, T%, V%) pedig a gondolatok lefutásának formalizáltságát, merevvé, rigidde válását, valamint a szabályozó rendszerek depresszióban megjelenő túlműködését jelzik. A manifom állapot Rorschach-mutatói: a pszichomotorium felgyorsulását, az asszociációk konfabulatív, oldallancos leágazását a gondolkodási rendszerre utaló mutatókban (FT, F%), a kritikátlanságba hajló emocionális turbulanciát pedig az érzelmi-indulati élet szabályozására utaló mutatókban, valamint a tartalmi jeleken és a különleges reakciókon tudjuk leolvasni.

Ezenkívül a Rorschach-teszt a szelf- és tárgyreprezentációk integrált vagy dezintegrált jellegzetességeinek, az érzelmi-indulati élet és érzelmi-indulati szabályozás érett vagy éretlen jegyeinek, az elhárító mechanizmusok fejlettségének vagy fejlettségének jegyein keresztül a személyiségzavar tartományát is megbízható módon jelzi. A személyiségzavar azonosítására a Rorschach-tesztben főként a tárgykapcsolatok jellegzetességeire utaló jegyekből indulhatunk ki. A nemzetközi rendszerben külön értelmezést jelent a válaszokban megjelenő emberi figurák közötti viszonyrendszer értelmezése: a látott figurák közötti kooperatív vagy éppen destruktív, súlyos esetben agresszív kapcsolódások és

jelenetek a személyiségzavarra jellemző kapcsolódási instabilitás jegyei. A szelf- és tárgyrepresentációk ép-ségére, vagyis az én és a másik határainak stabil elkülönülésére vagy éppen elmosódására, átjárhatóságára, sérülésére pedig azok a válaszok utalnak, melyek a megjelenő emberi, állati figurák ép vagy sérült, transzparens, áttetsző vagy akár juxtaponált ábrázolásáról szólnak. Ezek a jegyek a személyiségzavar pszichodinamikus elméletei alapján értelmezhetőek. A nemzetközi jelölési rendszerek a borderline személyiségzavar azonosítására több skálát is kidolgoztak: lásd pl. Rorschach Comprehensive System Simbiotic Phenomena Content, mely a borderline személyiségszerveződésben jellemző kapcsolati zavar élményét rögzíti a Rorschach összeolvadásra és szeparációra utaló jegyei segítségével. Kwawer Interperszonális Kapcsolatok Skálája (Lerner, 1991) pedig a magyar jelölési és értelmezési gyakorlatban is jól ismert.

4. A magyar és a nemzetközi rendszerek hasonlóságai és eltérései

A magyar jelölési és értelmezési gyakorlat számos ponton jelentősen eltér a nemzetközi gyakorlatban használt Rorschach-rendszerektől. A nemzetközi gyakorlatban alapvetően két rendszert használnak: Rorschach Comprehensive System (Ro-CS) és Rorschach Performance Assessment System (R-PAS). Írásunknak nem célja a két rendszer részletes ismertetése, a rendszerek összehasonlítását fogjuk tárgyalni.

A magyar rendszer több ponton átfedést mutat a nemzetközi gyakorlatban használt rendszerekkel. Tekintsük át, hogy melyek a hasonlóságok, és melyek a jelentős eltérések; illetve mely szempontból előnyösebb a nemzetközi rendszerek használata, és mely szempontokból lehet előnyösebb a magyar rendszer használata.

A vizsgálat helyzet lebonyolítása és adminisztrációja minden Rorschach-rendszerben azonos, ez fontos közös pont a rendszerek között. Egy eltérés azonban van a magyar és az R-PAS jelölési rendszer között: az R-PAS-ban a vizsgálatvezető maximálja a táblákra adott válaszok számát két-három válaszban; illetve ez a rendszer nem alkalmaz a tesztfelvétel során időmérést. Ezek látszólag nem jelentős eltérések, de ha a válaszsorszám és az idő értelmezési lehetőségeit átgondoljuk, az eltérés máris jelentőssé válik. A válaszok számának és az időparamétereknek az értelmezéséből mi számos következtetést tudunk tenni, ezek a következtetési lehetőségek

elvesznek az R-PAS-ban. Az adott idő alatt megjelenő válaszok számából a magyar rendszerben a gondolatáramlás sebességére, meglassultságára vagy felgyorsultságára, a pszichomotoros tempóra tudunk lényeges következtetéseket megfogalmazni, melyek elsődleges indikációi a hangulatzavarok – depresszió, maniform állapot – fennállásának. Lényeges a mi jelölési rendszerünkben a megnyúlt reakcióidő észlelése is, az adott táblán megjelenő megnyúlt reakcióidő a tábla által képviselt felszólító jellegre vonatkozó témákban megjelenő gátoltságra, elakadásra, pszichoanalitikus terminusban kifejezve elfojtásra utal. Emellett az adott táblákon megjelenő eltérő válaszsorszám – vagy lecsökkenő vagy éppen felszaporodó válaszok – szintén fontos jelzői a képzetáramlásban megjelenő változásnak: elakadás, elfojtás, gátoltság, vagy éppen felszabadulás, kontrollvesztés, háttér átlépő kritikátlanosság. Látható, hogy két ilyen egyszerű mutató, mint a válaszsorszám és az idő, milyen sok szempontból tud értékes információt nyújtani.

Az R-PAS előnye viszont a táblák exponálásakor megjelenő forgatás-, elfordítás-reakciók kódolása, melyből a szorongásra, ellenállásra, ellenségességre vagy éppen akár a kognitív flexibilitásra tudnak következtetéseket tenni. Kétségtelen, hogy a magyar rendszerben is a véleményírás első mondataiban a vizsgálati helyzetben megjelenő magatartás jellegzetességeit rögzítjük, ezek leírásával és értelmezésével kezdjük a véleményírást (Csigó, 2018); de az R-PAS előnye az, hogy erre jelet, kódjelet is használ.

Az I. oszlop tekintetében a Ro-CS és a Mérei-rendszer néhány eltéréstől eltekintve hasonló, de az R-PAS-szal jelentősebb eltéréseket is megállapíthatunk. Az R-PAS az egész, a részlet és a kis részlet válaszokon és a háttér válaszokon kívül nem rögzít egyebet az I. oszlopban, a magyar rendszer e tekintetben véleményem szerint logikusabb és áttekinthetőbb. A mi Do, DGkonf, DGkont jelünk a percepcióban megjelenő eltérésként rögzíti a szemléleti gátoltság, gátlátalanság és bizarr összemossódások pszichopatológiai jelenségeit. A magyar rendszer Hermann Rorschach eredeti elképzelésének megfelelően percepció eltéréseket mérő tesztként értelmezi a táblákra adott válaszokat, vagyis pszichopatológiai jellegzetességeket keresünk a válaszokban, és kódokkal rögzítjük azokat. A Do, mint a szemléletben megjelenő beszűkültség (ahogyan a személy nem látja abban a kiterjedésben a foltot, ahol egy egészséges ember látná, hanem csak annak egy szűkebb kiterjedésében), jól tudja megjeleníteni azt a pszichopatológiai jelenséget, ami a percepció gátlás, szemléleti beszűkülés,

gátoltság jelzése. A DGkonf pedig ennek ellentétéként a normál válaszok határait átlépő szemléleti jelként azt a pszichopatológiai jelenséget fejezi ki, ami a gátolatlan-ságra, határátlépésre, a határok be nem tartására, azok figyelmen kívül helyezésére vonatkozik. Az R-PAS ún. kognitív kódokként rögzíti (de nem az I. oszlop jelei között) a percepció eltéréseit: inkongruens kombináció, fabulációs kombináció és kontamináció (ez utóbbi a mi DGkont jelünkhöz hasonló), a kognitív kódok közé a nyelvi és a percepció eltérések tartoznak. Éppen ezért megállapítható az, hogy az R-PAS-ban nem válik ez oly mértékben külön, mint a mi jelölési rendszerünkben – az I. oszlop jelei és az V. oszlop bizarr verbalizmus jelei –, hanem a verbális megfogalmazásokban és a szemléletben megjelenő eltérések részben összemosódnak.

Egy példával mindez érthetőbbé válik: a VIII. táblán adott „piros oroslán” (1 area) válasz az R-PAS jelölésben inkongruens kombináció (percepció kognitív kód), mi ezt Befestésként jelöljük. A II. táblán adott „táncoló medvék” (1 area) válasz az R-PAS-ban szintén inkongruens kombináció jelet kap, mi ezt Antropomorf BF jellel kódoljuk. Látható, hogy a mi jelölési rendszerünkben egymástól gyökeresen eltérő reakció azonos értelmezésként jelenik meg az R-PAS-ban. Az R-PAS-ban az inkongruens kombináció, mint percepció kognitív zavar jelzés, a pszichotikus csoportba tartozó jelek, mutatók közé sorolódik, a mi jelölési rendszerünkben viszont ezekben a válaszokban nem jelenik meg gondolkodási zavarra utaló reakció. A Befestés a magyar rendszerben – mint a Paradox reakciók csoportjába tartozó jel – elsősorban az érzelmi, ítéleti labilitás és sodorhatóság jelzése, így a személyiségzavarok mutatója; az Antropomorf BF pedig, mint krízis-jel, inadekvát kinesztéziaként jelölt reakció, a cirkuláris veszély, szuicid reakció jeleként értelmezendő a pszichodiagnosztikai véleményben. Látható, hogy a mi rendszerünk másként differenciál, mint az R-PAS, ahol két eltérő reakció ugyanazt a pszichotikus reakciók közé sorolható jelet kapja. Ebben az értelemben felmerülhet bennünk az, hogy az R-PAS a mi rendszerünkhöz képest „felül”-pontozza, súlyozza ezeket a reakciókat.

Véleményem szerint az I. oszlop jelölése szempontjából a magyar jelölési rendszer pontosabb abban az értelemben, hogy logikusan követi a pszichopatológiai eltéréseket a jeleivel, vagyis a gondolkodási zavar jeleit és a beszédben megjelenő zavar-jeleket világosan elkülöníthetővé teszi.

A II. oszlop jelölésében már jelentős eltérések tapasztalhatók a nemzetközi rendszerek és a magyar rendszer között: a nemzetközi rendszerekben minden mozgásformánál jelölhető az aktív és passzív jelleg; emellett legalább kétféle forma-válasz és háromféle árnyékolás-válasz különböztethető meg (az árnyékoltság textúra-, mélységdimenzió- és világos-sötét jellege eltérő jeleket jelent). Az árnyékoltság jelölése differenciáltságának lehetősége és az aktív-passzív mozgások pontos elkülöníthetősége a nemzetközi rendszerek javára billenti ebben a tekintetben a mérleget.

A Tartalmak vonatkozásában minimális eltérésekkel azonosak a rendszerek, a nemzetközi rendszerben használják a művészet, tudomány, házi felszerelésre vonatkozó tartalmi jeleket is. Mindegyik rendszerben fejlesztésre szorul a fegyverekre és a filmalakokra vonatkozó tartalmak bevezetése.

A vulgér válaszok jelölését szintén használja mindegyik rendszer.

Ugyanakkor az V. oszlop jeleiben jelentős különbségeket találunk. A Ro-CS és az R-PAS is minimális jelet használ speciális jelként: rögzítik a mi jelölési rendszerünkre lefordított jelként a perszeveratív reakciókat, a bizarr verbalizmusokat, az agresszív asszociációkat és a szubjektív reakciókat; és a mi rendszerünkben nem értelmezhető jelként külön jelölik a kooperatív együttműködésre utaló reakciókat és az absztrakt tartalmakat. A Mérei-rendszer kétségkívül előnye a különleges reakciók jelentős száma és ezek pszichopatológiai szempontból csoportosított kódolási lehetősége. A mi jelölési rendszerünkben jóval szélesebb körben tudjuk kódokkal ellátni a választ adó személy reakcióit, a válaszadás során megjelenő reakciókat, és a válaszokban implikált eltéréseket részletgazdagon tudjuk jelölni, majd értelmezni.

A klinikai skálák és mutatók tekintetében mind a Ro-Cs, mind az R-PAS jóval fejlettebb, mint a magyar jelölési rendszer. A pszichózis diagnosztizálására számos, jó pszichometriai mutatókkal rendelkező skálát dolgoztak ki, emellett a depresszió, a trauma, a disszociatív zavarok és a kényszerbetegség diagnosztizálására is rendelkeznek a nemzetközi rendszerek klinikai skálákkal. A nemzetközi Rorschach-rendszerek folyamatos fejlesztése, új mutatók kidolgozása és validálása egyértelművé teszi, hogy a magyar Rorschach-gyakorlat jelentősen háttérbe szorult a nemzetközi gyakorlathoz képest. A *Magyar Pszichológiai Szemle* tematikus Rorschach-számában összefoglalót olvashatunk a magyar Rorschach-kutatás és -publikációk jelenlegi hely-

zetéről (Császár, 2020). Az összefoglaló alapján látható, hogy az elmúlt évtizedben a hazai Rorschach-kutatások, -publikációk száma jelentősen lecsökkent, a Közös Rorschach Vizsgálatról (Bagdy, 2002) születő publikációkon kívül mindösszesen egyetlen Rorschach-könyv jelent meg (Csigó, 2018). A Mérei-rendszer fejlesztése, megújítása elakadt, a rendszer nem követi a diagnosztikai rendszerekben az elmúlt évtizedekben megtörtént változásokat, nincsenek magyar Rorschach-kutatások a mutatók fejlesztésére és új mutatók kidolgozására.

Ebben az alfejezetben azt szerettem volna bemutatni, hogy a nemzetközi rendszerek miben járnak előttünk fejlettségben, fejlesztésben, és ugyanakkor mi a magyar rendszer maradandó értéke. A magyar jelölési rendszer rendkívüli gazdagságát és értékét szükséges megőriznünk és a nemzetközi Rorschach-szintéren megmutatnunk úgy, hogy a hagyományaink megőrzése mellett ismét „élővé” tesszük a rendszerünket: fejlesztjük, továbbfejlesztjük azt.

5. Összefoglalás

A Rorschach-teszt használata értő elemzés mellett a klinikai pszichológiai exploráció és a kérdőívek felvételével együtt a pszichodiagnosztikai kivizsgálás elemi és alapvető része. Az értő elemzés elsősorban a klinikai skálákra történő támaszkodást és a pszichopatológiai jelenségek azonosítását jelenti. Fontos annak a tisztázása megfelelő klinikai kérdés feltételével, hogy mit is várunk a rendkívül időigényes Rorschach-vizsgálat lebonyolításától egy diagnosztikai folyamat során. Összefoglalva: lényeges a teszt alkalmazása során annak a ténynek a megértése, hogy a Rorschach-tesztől más kérdésekre várhatunk választ, mint a kérdőívektől, egyszerűen azért, mert a különböző diagnosztikai tesztheink más mérnek, más elméleti konstruktumokon és más fejlesztési modelleken alapulnak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ackerman, M. J., & Ackerman, M. C. (1997). Custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Professional Psychology: Research and Practice*, 28: 137–145.

Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (1990). Characteristics of patients with multiple personality and disso-

ciative disorders on psychological testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7): 448–454.

Asari, T., Konishi, S., Jimura, K., Chikazoe, J., Nakamura, N., & Miyashita, Y. (2010). Amygdalar modulation of frontotemporal connectivity during the inkblot test. *Psychiatry Research*, 182(2): 103–110.

Bagdy E. (szerk.) (2002). *Párkapcsolatok dinamikája. Interakciódinamikai vizsgálatok a Közös Rorschach teszttel*. Animula, Budapest.

Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (2005). *Scoring the Rorschach: Seven validated systems*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ.

Császár N. (2020). A Rorschach-próba hazai útja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75(3).

Csigó K. (2018). *A Rorschach-teszt klinikai alkalmazása*. Medicina, Budapest.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system*. (4. ed.) Wiley.

Gacono, C. B., Meloy, J. R., & Bridges, M. R. (2008). A Rorschach understanding of psychopaths, sexual homicide perpetrators, and nonviolent pedophiles. In C. Gacono, B. Evans, N. Kaser-Boyd, & L. Gacono (eds.): *The handbook of forensic Rorschach assessment*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ. 379–402.

Gacono, C., & Smith, J. (2021). Some Comments on the Importance of Comparative Group Data for Interpreting Rorschach Findings. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 28: 67–73.

Garfield, S. (2000). The Rorschach test in clinical diagnosis. *Journal of Clinical Psychology*, 56: 387–393.

Giromini, L., Viglione, D. J., Zennaro, A., & Cauda, F. (2017). Neural activity during production of Rorschach responses: An fMRI study. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 262: 25–31.

Hunsley, J., & Bailey, M. (1999): The Clinical Utility of the Rorschach: Unfulfilled Promises and an Uncertain Future. *Psychological Assessment*, 11(3): 266–277.

Lerner, P. M., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. In J. Kwawer, A. Sugarman, P. Lerner, & H. Lerner (eds.): *Borderline phenomena and the Rorschach test*. International Universities Press, New York, NY. 257–274.

Mérei F. (2002): *A Rorschach-próba*. Medicina, Budapest.

Momenian-Schneider, S. H., Brabender, V. M., & Nath, S. R. (2009). Psychophysiological reactions to the response phase of the Rorschach and 16PF. *Journal of Personality Assessment*, 91(5): 494–496.

- Piotrowski, C., & Zalewski, C. (1993). Training in psychodiagnostic testing in APA-approved PsyD and PhD clinical psychology programs. *Journal of Personality Assessment*, 61: 394–405.
- Piotrowski, C. (2015). Projective techniques usage worldwide: A review of applied settings 1995–2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3): 9–19.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41(19): 3–9.
- Viglione, D., Towns, B., & Lindshield, D. (2012). Understanding and using the Rorschach Inkblot Test to assess post-traumatic conditions. *Psychological Injury and Law*, 5: 135–144.
- Viglione, D., Ruiter, C., King, C. és mtsai (2021). Legal Admissibility of the Rorschach and R-PAS: A Review of Research, Practice, and Case Law. *Journal of Personality Assessment*, 104(2).
- Watkins, C. E., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26: 54–60.
- Weiner, I. B. (2000): Making Rorschach interpretation as good as it can be. *Journal of Personality Assessment*, 74(2): 16–174.



Történetmesélő technikák: A Tematikus Appercepció Teszt (TAT) bemutatása

Reinhardt Melinda¹

Tanulmányunk a Tematikus Appercepció Tesztet (TAT) mutatja be, mely standard vizuális ingerekkel dolgozik, így a válaszadási folyamatban lényeges szerepe van a látási feldolgozásnak. Ezt követi annak verbális transzformációja. Az egyes képekre adott válaszok kapcsán hosszabb narratívát facilitálunk, ami a projekciónak kedvez.

1. Bevezetés, elméleti háttér bemutatása

A Tematikus Appercepció Teszt (Thematic Apperception Test, TAT; Morgan és Murray, 1935) tematikus, azaz adott téma köré szerveződő rajzolt képekből áll. Ezekre a képekre mint ingeranyagokra kell a vizsgálati személynek úgy történetet mondania, hogy azokba beleéli magát. A tesztet Henry A. Murray és kollégái alakították ki a Harvard Egyetem Pszichológiai Klinikáján (Tomkins és Tomkins, 1947). Pszichoanalitikusan orientált pszichiátereknek mutatták be először a tesztet egy orvosi folyóiratban 1935-ben (Morgan és Murray, 1935). Több év továbbfejlesztést követően a TAT máig használt képanyagát és standard változatát (Murray, 1943) a Harvard Egyetem könyvkiadója jelentette meg.

A képről történetmesélés technikáját már Murray előtt is alkalmazták a pszichológiában. Brittain 1907-ben a „képzelet vizsgálatára” alakított ki kilenc képet. 13–20 év közötti fiatalokat kért meg arra, hogy írjanak a képek ihlette történeteket. A kamaszok történeteit Brittain (1907) többféle szempont szerint elemezte. Vizsgálta például a szereplők elnevezését, az egyes szám első személyű személyragozás használatát, a kép részleteinek leírását, a történetek egységét, hosszát, kifejtettségét, azt, hogy azok mennyire fantáziadúsak, vagy például a történetekben megjelenő társas, morális vagy vallási vonatkozásokat. Jelentős nemi különbségeket talált a képekhez szőtt történetekben. A lányok írásában több volt a társas, a vallásos és a morálra vonatkozó elem, ahogyan a szomorúsággal és az elhagyatott-

sággal kapcsolatos leírások is. Brittain ennek háttérében azt a társadalmi nyomást látta, amely megfosztotta a lányokat attól a társas és fizikai aktivitástól, amit a fiúknak megengedett. Úgy vélte, a lányok képzeletükben kompenzálhatják ezeket a hiányokat, s ez csapódott le a történeteikben. Ugyan a „történetmondás”-technika több formában is megjelent pszichoanalitikus szerzőknél, de ezekben az esetekben nem képről kellett a páciensnek történetet mondania, hanem például saját magát kellett elképzelnie kisgyermekként, s ebből a pozícióból elmondani érzéseit, gondolatait. Brittain technikája így közel 25 évig kiaknázatlan maradt.

2. A Tematikus Appercepció Teszt bemutatása, alkalmazási területének ismertetése, fő indikációk példákkal

2.1. A mérőeszköz működési elve

Henry A. Murray és a hozzá érzelmileg közel álló Christiana Morgan a kezdetektől együtt alakították a formálódó új projektív eljárást. Tesztjük alapjául azt az akkor már feltárt jelenséget vették, mely szerint többértelmű társas helyzetek értelmezésébe a személy belevonja saját személyiségét is (Morgan és Murray, 1935). Egy látzólag objektív helyzet értelmezésekor a védekező mechanizmusok alkalmazása csökken, a személy kevésbé van tudatában a helyzet tesztjellegének, így hajlamosabb feltárni belső életéből. Kezdetben csupán arra instruálták a személyeket, hogy minden bemutatott képen értelmezzék, hogy mi történik, és próbálják kikövetkeztetni, hogy mik lehettek a megelőző események, és mi lehet a helyzet kimenetele. Csak a tesztrel szerzett tapasztalatok világítottak rá arra, hogy sokkal mélyebb anyag tárható fel, ha a vizsgálati személyt arra is megkérjük, hogy egy drámai történetet gondoljon ki (Tomkins és Tomkins, 1947).

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

1938-ra a kezdeti, TAT-tal szerzett eredményeket integrálták a Murray és kollégái által a Harvardon kidolgozott személyiségfejlődésre vonatkozó elmélettel (Murray, 1938). A Murray-féle személyiségfejlődési modellel kapcsolatban érdemes röviden kitérni annak motivációs aspektusaira. Murray a Harvard Pszichológiai Klinikájának igazgatóhelyetteseként már az 1920-as évek végétől egy átfogó szükségletrendszer megalkotásán dolgozott. Elmélete szerint a személyiség feltárásának alapvető módja az egyén motivációinak és motivációs konfliktusainak azonosítása. Három alapvető pszichológiai humán szükségletet fogalmazott meg: (1) teljesítmény (erős vágy kihívások állítására és a célok beteljesítésére); (2) valahová tartozás (csoporthoz tartozás, együttműködés, elfogadottság vágya); (3) énerő (hatóerő, kontroll, másokra hatás, fölékerekedés, versengés). A szükségletek megjelenhetnek manifeszt és látens szinten is. Míg az előbbiek a viselkedésben válnak nyilvánvalóvá, addig az utóbbiak tudattalanul motiválnak. A belső motivációkat árnyalhatják a külső hatások, melyeket Murray nyomásnak (press) nevezett el. Míg a kettő interakciója a viselkedés számtalan egyéni változatát hozza létre (Murray, 1938).

Részben ez a szükségletrendszer adja a TAT elméleti és módszertani alapját, de olyan, az emberi motivációval foglalkozó elméletalkotók is sokat merítettek belőle, mint McClelland vagy Maslow.

A harvardi diagnosztikai team pár év TAT-tal szerzett tapasztalatot követően arra a következtetésre jutott, hogy ez a teszt azonosítja a leghatékonyabban azokat a személyeket, akik komoly önámításban vannak az életüket szervező motívumok kapcsán (Murray, 1938).

Érdemes azt is megemlíteni, hogy újabb, képalkotó (pl. fMRI) eljárásokat alapul vevő kutatások szerint a TAT tesztre adott történetmesélés során a limbikus rendszer területei – az agy érzelem-, szükséglet- és viselkedésszabályozásért, valamint az önletrajzi emlékezet előhívásáért felelős egyik legfontosabb egysége – aktíváltak a leginkább (Schnell és mtsai, 2007).

2.2. A tesztbatteria jellemzői

Összesen 31 fekete-fehér kép képezi a TAT bázisát. Az akromatikus képek művészeti alkotások, fényképek és egyedi rajzok alapján készültek. Mindegyik egy-egy interperszonális helyzetet vagy egy-egy figurát mutat be adott környezetben (Moretti és Rossini, 2004). Némek és/vagy életkornak megfelelően minden személy csak 20 képet kap a 31 közül. Mindezt a képek hátulján

betű és/vagy szám jelzi, így a B (boy) jelzetű képeket 15 éven aluli fiúknak adjuk, a G (girl) jelzetűeket 15 aluli lányoknak, az M (male) jelzetűeket 15 éven felüli férfiak, az F (female) jelzetűeket pedig a 15 éven felüli nők kapják. Ezek kombinációjából a BG képeket minden 15 éven aluli személy, az MF képeket pedig minden 15 éven felüli megkapja nemtől függetlenül. Végül a BM jelzetűeket minden férfinak, a GF jelzetűeket pedig minden nőnek – életkori megkötés nélkül – adjuk. A teszt alkalmazásában felső életkori határ nincs, azonban – bár magyar megjelenéséről nincs tudomásunk – Bellak kidolgozta a TAT időskorúaknak szóló változatát, a Senior Apperception Technique-et (SAT; Szenior Apperceptív Technika, Bellak és Abrams, 1997), mely az idős felnőttek problémáikhoz, konfliktusaihoz jobban illeszkedő képanyaggal bír. Alsó korhatárt szintén nem határoztak meg a TAT felvételénél, azonban Bellak kidolgozta a teszt gyermekváltozatát is, a Children Apperception Testet (CAT; Bellak és Abrams, 1997). A késői latenciakortól (10-11 év) érdemes mérlegelni – a gyermek pszichés érettségét is figyelembe véve – a TAT használatát.

A tesztjellemezőknél szükséges a képek felszólító jellegéről is írunk. Ahogyan a legtöbb projektív teszt anyaga (pl. képek, szavak) célzottan összeállított, úgy a TAT-képeké is. A képek kétértelmű, de érzelmileg provokatív helyzeteket vetítenek fel. Mindegyik kép meghatározott tematikával, ún. felszólító jelleggel bír, azaz a pszichés működés valamely nagyobb területét mobilizálja, bizonyos témákat „provokál”. Ilyenek lehetnek például az (én)ideálok/vágyak, szerepfeszültségek, halálfélelem, magány, agresszió, a szexualitással kapcsolatos szorongások, veszélyhelyzetek vagy más intra- és interperszonális konfliktusok és az azokkal kapcsolatos, a személy számára kínos, kritikus érzések, indulatok, gondolatok, emlékek (Tomkins és Tomkins, 1947). Gyakran ezek elfojtás alatt állnak, a képek felszólító jellege aktiválja azokat. Az egyes képek többféle felszólító jelleggel is bírnak, másrészt adott problémacsoportba (pl. szorongás, szülő-gyermek viszony, nőiség) több kép is besorolható. A képek felszólító jellegét és az egyes problémacsoportokat a teszthez tartozó instrukciós füzet vagy útmutatók (pl. Komlósi és Kovács, 1981; Mérei, 1988) részletezik. Nézzünk egy rövid példát a képek felszólító jellegére: egy, a 20-as éveik közepén járó, kényszerbetegséggel küzdő és élete önálló indításában jelentős halogatást felmutató fiatal férfi a TAT szorongást kiváltó képeire (11, 18BM, 19) olyan történeteket hozott, melyekben ugyan megjelent az azzal kapcsolatos szorongás, bűntudat és önhibáztatás, hogy a történet főhőse

megszegi az ígéreteit (vö. ő maga az egyetemen számos passzív félévet iktatott be, munkát és kapcsolatokat nem keresett az önmagának és másoknak tett ígéretei ellenére), azonban a szorongással szembeni védekezés is rendkívül erőteljes volt a narratívában: vagy váratlan csodás befejezéssel, vagy a „bűnös” főhős hirtelen halálával, azaz a helyzetből való kilépéssel érték, szinte elvágólag, véget a történetek. Az alábbi részlet a 18BM képre adott válaszból lehet példa minderre: „Ez most a '20-as évek Amerikája. A maffia uralja az éjszakai életet meg az utcákat. Ez egy olyan ember, aki túl sokat kért tőlük kölcsön, és nem tudta visszafizetni, és megszegte az ígéreteit. [...] Végül is a keresztapa megelégedte, és kivitték a folyóhoz a dokkba. És a maffia emberei lefogják és akkor lelövik, beleesik a folyóba.” Végül egy másik eset kapcsán a problémacsoportok szerinti értelmezésre adunk példát. Egy 15 éves kamasz lány közlekedéshez kapcsolódó pániktünetekkel jelentkezett. Már az első interjú során kibomlott édesapjával való megromlott kapcsolata, aki a kamasz csecsemőkorában elhagyta a családot, majd később új családot alapított. A serdülő lány azt élte meg, hogy apja elhanyagolja, ellenkező nemű féltestvérei fontosabbak apja számára. Édesanyjával is konfliktusos volt a kapcsolata, gyakori téma volt közöttük az apa régmúlt és jelenlegi viselkedése. Kortárskapcsolatai pedig kifejezetten viharosak voltak. Esetében a kötődési problémákat, a szülő-gyermek viszonyt és a nőiséget hívó képcsoportok jeleztek sűrűsödési pontokat, nyomasztó élményeket. Egy-egy mondat kiemelésével a szülő-gyermek kapcsolat konfliktuózus projekcióit szemléltetjük: „Összeveszett a szüleivel, és kiment, hogy egyedül legyen... Utána kijöttek hozzá a szülei, és bocsánatot kértek.” (1). „A lány ezt meguntta, hogy az anyja mindig a fiút dicséri.” (2). „A lány nem volt bent a szobájában, mert kiszökött, és az anya nagyon féltette a lányát. [...] De hazajött a lány, és sikerült megbeszélniük.” (5). „Ez itt valami baba? Úgy zavar, hogy életlenek ezek a képek. Az anya meg a lánya ülnek a hálósobában, a gyerek babázik, de az anya mondott valami sértőt a játék babára, és a kislány megsértődött, mert nagyon szerette azt a babát. És az anyja mondta, hogy menjenek el fagyizni, és bocsánatot kért, és elmentek fagyizni.” (7GF)

2.3. A tesztfelvétel

A TAT-képek tesztfelvételi helyzete – természetes – regresszív attitűdöt kíván, amelyben a páciens képes anynyira elengedni magát, hogy egy elvont gondolkodási

szintről áttérhessen a képszerű, szemléletes szintre, illetve a szigorú realitás síkjáról a képzeletére. Mindez csakis egy csendes, nyugodt helyiségben és bizalmon alapuló légkörben lehetséges.

A tesztfelvételi helyzetet Murray (1942) – aki részben Jung analitikus pszichológiáján szocializálódott (Miller, 2015) – még akként javasolta megteremteni, hogy a tesztfelvevő az akár fekvő helyzetű vizsgálati személy mögött helyezkedjen el. A magyar származású Rapaport (1943) volt az egyik első, aki a TAT-felvétel esetén is a szemtől szembeni helyzetet szorgalmazta, mert tapasztalata szerint a legtöbb páciens zavarta, ha a terapeuta mögötte helyezkedett el.

Murray eredetileg az instrukcióban azt is hangsúlyozta, hogy ezzel az eljárással az intelligencia egy formáját, a képzelőerőt tesztelik (Moretti és Rossini, 2004). Később ez az utalás teljesen kikopott az instrukcióból, hiszen egy projektív teszt esetében a teljesítménymérésre való utalás a szabad képzetáramlást korlátozhatja, azaz kontraproduktív a mérőeszköz céljával.

Mivel egy pszichodiagnosztikai alkalommal túlságosan megterhelő lenne a páciens számára, ha 20 képet exponálnánk, ezért a TAT-ot két pszichodiagnosztikai ülésen javasolt felvenni, 10-10 képre bontva a páciens életkorának és nemének megfelelően kiválasztott képcsomagot. Érdemes arra a szempontra is figyelni, hogy legalább egy nap teljen el a két felvétel között (Tomkins és Tomkins, 1947). Lehetséges az is, amennyiben a páciens sokat verbalizál, hogy három ülésben történik a felvétel, azonban arra ügyeljünk, hogy ennél jobban ne húzzuk el a tesztelést. Figyeljünk arra, hogy az első alkalom végén ne feszítsük előre, hogy a következő ülésen további képekkel folytatjuk a tesztfelvételt. Ezzel elkerülhető, hogy a vizsgálati személy előre elkezdjen történeteken gondolkodni.

Mivel a teszt célja, hogy számos, egyedi módon megoldható tematikus képre részletes történeteket szöjön a vizsgálati személy, azaz beleélje magát azokba, s így a saját szándékaival, valós és vágyott tulajdonságaival, attitűdjeivel ruházza fel képenként a választott főhőst, és történeteiben leképezze kapcsolatrendszerét, ezt a teszt instrukciójával tudjuk facilitálni. Murray két instrukciós formát javasolt az első tíz kép exponálásakor. Az egyiket átlagos intelligenciával bíró kamaszok és felnőttek esetében (A-változat) adta: „Ez a teszt a képzeletet, a fantáziát vizsgálja. Képeket fogok mutatni, egyet egyszerre, kérem, hogy minden képhez találjon ki egy kis történetet, egy eleven, drámai történetet. Mondja el azt is, mi előzte meg a képen látható eseményt, mi

történik éppen a képen, mit éreznek, mit gondolnak, mit csinálnak az ott látható szereplők. Mondja el azt is, mi fog történni ezután, mi lesz a történet kimenetele. Azt mondja, ami éppen az eszébe jut. Megértette? Itt van az első kép.” A B-változatot gyerekeknél és képzetlen vagy pszichotikus felnőtteknél alkalmazta. Ez az A-instrukció egyszerűsített változata volt: „Ez egy történetmesélő teszt. Van néhány képem, amit meg fogok mutatni. Kérem, mondjon a képekről egy történetet. Mondja el, hogy mi történt előtte, és hogy mi történik most. Mondja el, mit éreznek és mit gondolnak az emberek a képen, és mi lesz a vége. Bármilyen történetet mondhat. Megértette? Itt van az első kép.” (Morgan és Murray, 1935: 290.) Fontos, hogy mindkét instrukció jelezte, hogy maximum 5 percig beszélhet a személy egy adott képről. Később, az alkalmazás során a képmesélés időlimitét több szerző (pl. Tomkins és Tomkins, 1947) is elhagyta, mert tapasztalataik szerint vannak olyan rövid történetek, amelyek már nem hosszabbíthatók (s azt erőltetni nem kell), és vannak olyan történetek, amelyek bár túlmennek az 5 percen, ám megszakításukkal klinikai szempontból túlságosan hasznos információk vesznek el.

A második ülésen a második 10 kép exponálása előtt Morgan és Murray (1935) a következő instrukciót adták. A-változat: „Ma is hasonlót kérek Öntől, mint az első alkalommal, de ezúttal engedje szabadon a fantáziáját. Az előző alkalommal is kitűnő történeteket mesélt, de jórészt a mindennapi élet történéseire korlátozta a történeteit. Most azt szeretném látni, hogy mire képes akkor, ha figyelmen kívül hagyja a hétköznapi valóságot, és szabad utat enged a képzeletének, úgy, mint egy mesében, mítoszban vagy egy álomban. Itt van a 11. kép.” A B-változat instrukciója: „Ma még mutatok néhány újabb képet. Most még könnyebb lesz, mert ezek a képek sokkal jobbak, sokkal érdekesebbek. A múlt alkalommal igazán szép történeteket mesélt. Most azt szeretném látni, tud-e még néhányat kitalálni. Ha tudja, legyenek még izgalmasabbak, mint a múltkor, akár olyanok, mint egy álom vagy egy mese. Itt az első kép.”

Amennyiben a vizsgálati személy nem összefüggő történeteket mond, vagy különböző történetrészleteket hoz be, vagy csupán leírást ad a képről, azaz a történet eleveenségére, drámaiságára vonatkozó instrukciórészlet figyelmen kívül hagyta, megkérjük, hogy próbáljon összefüggő és részletes történeteket mondani.

Fontos az is, hogy a 16. tábla egy üres kép, azaz egy fehér lap. Ehhez külön instrukció tartozik: „Erre a táb-

lára nem rajzoltak képet. Maga találjon ki egy képet, és írja le minél részletesebben. Bízza magát a képzeletére!” Amennyiben a vizsgálati személynél gátlódik a projekciós folyamat, arra kérjük, hogy „hunnya le a szemét, és képzeljen el bármit. Mondja el nekem is, mit lát.” Azt követően, hogy a személy részletezte a képzeleti képet, arra kérjük, hogy „most meséljen erről egy történetet!”. Ezt a technikát a „határok tesztelése”-ként emlegették, ugyanis sok páciens akár tudatosan, akár tudattalanul ellenáll a teszthelyzetnek, a megengedő attitűd segíthet abban, hogy elfojtott, gátlás alá került élménymaradványok mégis a felszínre kerüljenek (Tomkins és Tomkins, 1947).

A képeket egyenként a páciensnek adjuk, s válaszait szó szerint lejegyzeteljük. Mint a legtöbb projektív teszt-nél, a TAT esetében is végzünk utótesztelést, ami arról informál minket, hogy a történetekbe beledolgozott projektív anyag milyen forrásokból származhat. A 20 képre adott válaszokat követően egyenként felolvassuk a történeteket, és minden esetben rákérdezünk arra, hogy annak vezérfonalait honnan merítette a páciens. Az anyag származhat saját élményeiből, mások elbeszéléséből vagy könyv- és filmélményekből, a média világából. Ezzel felderíthetjük a különböző történetek forrását. Ez akkor lehet különösen hasznos, ha kevés autobiografikus anyagot oszt meg a páciens, vagy ha nem érthető jól a történetészövés, és tisztázni szeretnénk bizonyos pontokat (Tomkins és Tomkins, 1947).

A tesztanyag későbbi elmélyítéséhez, felhasználásához egy technika lehet, ha az egyes történetek valamilyen szempontból kiemelkedő elemeit hívószóként tesszük fel egy szabad asszociációs helyzetben (Tomkins és Tomkins, 1947). Példaként említhető az a nárcisztikus tendenciákkal jellemezhető páciens, aki számos esetben hangsúlyozta azt, hogy történetei „történelmi korban” játszódnak. A „történelmi kor” kifejezést hívószóként használva asszociációi végül eljutottak oda, hogy legfőbb vágya, hogy a világ hasonuljon hozzá: „Azt akarom, hogy a nézeteim a világról megvalósuljanak.” – A projekciós mechanizmusok az introjekciós, asszimilációs folyamatokkal szemben jóval hangsúlyosabban alakították a személyiségdinamikát, egocentrikus fókusz felé billentve azt. Rapaport (1943) azonban arra hívta fel a figyelmet, hogy ha minden történet esetében utótesztelést végzünk, a páciens gyanakvását és ellenállását erősítjük fel, hiszen azt érezheti, azért kérdezősködik a terapeuta, mert nem elégedett a kapott anyaggal.

Egy további technika, ha az egyes történetekkel kapcsolatban címadásra kérjük a vizsgálati személyt.

2.4. A teszt értelmezése

A TAT a páciens uralkodó gondolattartalmait, érzéseit, vágyait, elvárásait, emlékeit, a világhoz és a realitáshoz való viszonyát, azaz a személyiségét tükrözi dinamikus módon. Murray (1943: 1.) szerint a TAT olyan eszköz, amely a személyiség röntgenképét képes a kezünkbe adni azzal, hogy feltárja az egyén elfojtásait, gátolt vágyait, lappangó motivációs konfliktusait. Két alapvető szempont szerint értelmezhető: (1) a történetek FORMAI és (2) TARTALMI jellemzői alapján (Rapaport, 1943). A formai elemek közé tartozik például az instrukció követése; az, ahogyan az idővel gazdálkodik a személy; a kép felhívó jellegére adott reakció (tagadja azt a vsz., vagy annak mentén ad választ); a történetek konzisztenciája; tagolása/szerkezeti aránya; a vizsgálatvezetőhöz és a feladathoz való viszony. A tartalmi elemek közé olyan tényezők sorolhatók, mint például maga a tematika; az, hogy ki a történet főszereplője, és milyen tulajdonságai, érzelmei, céljai vannak; hogyan viselkedik; milyen indítékok mentén működik a többi szereplő; milyen környezeti hatások jelennek meg; milyen konfliktusok szerepelnek a történetekben, vagy éppen mi a történet megoldása, végkifejlete (Rapaport, 1943).

Többféle értelmezési rendszert is kidolgoztak az idők folyamán. A Murray-féle értelmezés (Murray, 1943) például képről képre halad, és 6 tartalmi szempont szerint minden egyes történet esetében meghatározza a következőket:

- (1) a történetek főhőse, azaz akivel azonosítja magát a személy, milyen tulajdonságokkal és kapcsolatrendszerrel jellemezhető (kora, neme, szerepe a történetben, külső-belső jellemzői);
- (2) a többi – főbb – szereplő jellemzői;
- (3) környezeti tényezők (természeti, tárgyi, személyi; a képen látható elemek közül melyik nem szerepel a történetben; megjelenik-e veszélyhelyzet, agresszió; stb.);
- (4) a történetek megoldása (mit tesz a főhős a megoldás érdekében, milyen környezetben milyen megoldás születik);
- (5) témá(k) és konfliktus(ok);
- (6) a vizsgálati személy érzelmei, viszonyulása a szereplők irányában, a történettel kapcsolatban. Utóbbi három rétegben javasolta Murray (1943) értelmezni: (1) a nyílt, a történetben nyilvánvalóan megjelenő viselkedés szintjén; (2) a fantázia szintjén (a szereplők cselekedeteiben nem jelennek meg ezek az elemek, csupán a szereplők gondolataiban, vágyaiban)

és végül (3) a lappangó, elfedett vágyak szintjén, azaz a szimbolikus formában megjelenő elemek feltárásával. Utóbbi mindig feszültséggel társul. A látens tartalomelemzésre lehet példa annak az örökbe fogadott fiatal férfinak a 2. képre adott első reakciója, aki a terápiába érkezésekor a csecsemőkori örökbe fogadása tényéről nem tudott: „Csak nincs valami nagy titok?” ... (félperces szünet után) „Kis falusi családi élet jut az eszembe. Az elképzeléseim szerint apuka valahol dolgozik a földön. Anyuka áll-dogál. A lány jön valahonnan, a templomból. ... Szürke hétköznapiak, folytatódik, így tovább.” A 2. TAT-kép a családi – konfliktuózus – helyzeteket, viszonyokat, problémás pontokat tárja fel felszólító jelleg szerint. Manifeszt szinten a családtagok élik a mindennapi életüket, végzik a teendőiket. A látens szint azonban két áttételesen megjelenő tartalmat is felhoz: a kezdeti, inadekvát reakciót (a „nagy titok” és az eltitkolt származás kapcsolata) és a templommal mint szakrális tartalommal megjelenő – családi – büntudatot, az évtizedes elhallgatás lelkiismeret-furdalását.

Murray (1943) továbbá több értelmezési pont esetében is különböző motivációs tényezőket pontozott 1-től 5-ig azok intenzitása, a történetben játszott jelentősége alapján. Ilyen motivációs tényező lehet például az agresszió, a szexualitás, a dominancia, a teljesítményre törekvés, a bátorság, a családiasság, a szorongás/félelem, a féltékenység vagy az exhibíció. Külön érdemes figyelni az olyan specifikus, a humán viselkedést jelentősen mozgató törekvéseket, mint a halálfélelem, a kalandvágy (vö. szenzoros élménykeresés) vagy az önfeláldozás. A motivációs tényezőket képenként is elemezzük, illetve azt is azonosítjuk, hogy mely képe(ke)n adta a személy a legintenzívebb motiváció(ka)t. Megfigyelhetjük azt is, hogy mely motivációkategória(k) a domináns(ak). Ez arra világít rá, hogy milyen szükségletek a legerőteljesebbek a személy motivációs struktúrájában. A motivációs skála értelmezéséhez nincs standard. A Murray-féle értelmezés a teszthez tartozó újabb és régebbi kiadású instrukciós füzetekben található meg.

Később, a murray-i rendszert alapul véve, többféle értelmezési szempontrendszer is kialakítottak. Például Tomkins és Tomkins (1947) 10 vektor mentén veszi számba a történetek jellemzőit. A teljesség igénye nélkül: az egyik vektor azt vizsgálja, hogy a történetben megjelenik-e olyan pozitív elem, amelyet a személy a környezetétől kap (pl. jutalom, pénz, tapasztalat, szeretet). Egy másik vektor pedig azt vizsgálja, hogy a főhős képes-e

valamilyen pozitív dolgot adni (pl. szeretni, barátságot kötni, empatikusnak lenni). Vagy egy harmadik vektor a környezettel vagy önmagával szembeni támadás megjelenését elemzi (pl. törvényszegés, agresszió, önkritika). Egy másik, a vektoroktól eltérő szinten a történetbe bevont pszichológiai funkciókat elemzik (pl. történések, viselkedés, észlelés, érdeklődés, érzések, gondolatok, emlékek, álmok, testi érzetek). Harmadrészt olyan speciális pszichológiai helyzeteket vesznek számba igen részletesen, mint a veszteség vagy a veszély. Részletes pontozórendszert is kidolgoztak, azonban ez – vélhetően annak túlzott részletezettsége és bonyolultsága miatt – nem terjedt el.

A szakemberek a későbbiekben fontosnak tartották, hogy a teszt sztenderd értékelési rendszerének létrehozására törekedjenek. Ilyen például a Vane-féle (1981) értékelőrendszer, amely magyarul a jelenlegi hivatalos tesztforgalmazó tesztcsomagja részeként érhető el.

A klinikumban jól használható a TAT azon „képessége”, hogy a tesztfelvételi helyzetben megjelenő modellreakcióból és a TAT-ból nyert szövegkorpuszból nagyobb klinikai diagnosztikai kategóriák és jelenségek jellemzőit azonosíthatjuk. Így például jellemző TAT jegyei vannak az érzelmi labilitásnak, a depresszív folyamatoknak, az elfojtott agresszióknak, a kényszeres működésmódnak, a paranoid tüneteknek vagy a szkizofrén spektrumnak (ezek összefoglalása megtalálható a magyarországi hivatalos tesztforgalmazó teszthez tartozó kézikönyveiben). Nézzünk egy rövid példát a depresszív tünetképződés TAT-beli megjelenésére. Egy motiválatlanságról, céltalanságról, reménytelenségérzésről és disztímiás hangulatról beszámoló fiatal felnőtt férfi az életkorának és a nemének megfelelő TAT-képekre – biztatás ellenére – rendre egy, maximum pár rövid tőmondatban megfogalmazott „történetet” hozott. Például a 3BM képre azt mondta: „Egy kissrác, mondjuk, nagyon álmos vagy megverték. Nem teljesített jól, kis agresszív szülők. Kb. 10 éves. Hát, gondolom, büntetésben lesz, rosszul tanult.” A 4-es képre pedig így válaszolt: „Egy fiatal pár, mintha valamit mondott volna nekik egy idegen ember a barátnőjéről. A nő megpróbálja nyugtatni. Tényleg ötletem sincs. Csak megnyugtatja szegény barátnője.” A 6BM-re adott válasza ez volt: „Nem valami vidám, talán a néninek elmondott ez az úr egy rossz hírt. Talán valaki halálát. A nénike csak néz ki az ablakon. Mondjuk a fia, valami rokon haláláról. Marad ez a rosszkedv egy ideig.” A 16. üres lapra pedig így reagált: „A rendező elcseszte a filmet. Nagyon eseménydús. Nem rakta be a filmet. Erre nem

számítottam. Én egy vidám történetet fejeznék be fehér lappal. Valami bolondos, flúgos család élete. Nyaralás, bénáznak. Anyuka, apuka, két gyerek, kutya.” A páciens folyamatosan bátorítani kellett, mivel röviden válaszolt. Történetei gondolatsegregények, sablonosak voltak, jó részt szomorú, negatív kimenetellel. Elvértve vágyteljesítő fantáziák (ld. a nyaraló család gondtalan, vidám élete) jelentek meg. A szereplők gyengék, betegek, magányosak, szerencsétlen figurák.

Érdeemes megemlíteni azt is, hogy a TAT-történetekből olyan, a diagnosztikai és terápiás folyamatban hasznos jelenségek is azonosíthatók, mint az ellenállás vagy számos elhárító mechanizmus. Az ellenállás jelzése lehet például, ha a személy hangsúlyozza, hogy a története csak egy álom, egy színpadi jelenet, a fantáziája terméke. Ezzel mintegy eltávolítja az elmondottakat. A jelentéktelen, lényegtelen mozzanatok kiemelése vagy éppen a drámaiság elhagyása, azaz a puszta részletek felsorolása is az ellenállás jeleként értékelendő. Ugyanígy értelmezhetjük azt is, ha fontos részletet hagy ki a mesélő, vagy éppen olyasmit iktat a történetbe, ami/aki nincs jelen magán a képen.

Az elhárító mechanizmusok „tetten érésére” lehet példa, amikor az elfojtott feszültség, a látens komplexus áttételesen, szimbolikus formában jelenik meg a történetben (projekció). Az izolációt mutatja fel az olyan történetek szövege, ahol a tartalom elsivárosodik: az érzelmek lényegtelen részletekre tolnak át inadekvát módon (pl. amikor egy kényszeres nőbeteg, akinek viszonya közvetlen környezetével erősen feszült volt, az anyalánya konfliktus egyik TAT-képen hosszan ecsetelte, milyen anyagból van és mennyire ferdén áll az asztalon a terítő, lényegi történetet egyáltalán nem említett). Harmadik példaként említhetjük a racionalizációt, amikor a feszültség áttételesen, a képen megjelenő történetes racionalis logikán alapuló módszeres elemzésében azonosítható (pl. a 8BM képen a műtét-jelenet részletes, szakszerűséghez közelítő leírása).

2.5. A TAT-elemzés francia iskolája

Kitekintésképpen röviden, néhány fontosabb vonulatát kiemelve bemutatjuk a TAT elemzésének francia iskoláját (részletesen ld. Verdon és mtsai, 2020). Az 1950-es évektől az irányzat a történetek értelmezésében a pszichés funkcionális pszichoanalitikus modelljéből indult ki, s mint ilyen elsősorban a manifeszt és a látens tartalom, illetve a páciens és a terapeuta közötti diskurzus

elemzésére koncentrált. Tapasztalataik alapján 18 képre szűkítették le az eredeti TAT képanyagát, azokra a képekre, amelyek a legrelevánsabbnak bizonyultak a látens tartalmak feltárásában, különösen az ödipális konfliktusban rejlő pszichés folyamatok kapcsán (pl. lelkiismereti funkció, agressziókezelés). Bevezették a tudatos indukálta fantázia fogalmát, amely megjelenhet a TAT-narratívákban, és lehetővé teszi a tudattalan tartalmak feltárását, a külső és a belső valóság közötti viszony leképzését és ezzel azoknak a konfliktusoknak az azonosítását, amelyek a páciens viselkedését dinamizálják (Verdon, 2011). A külső valóság (konkrét képi anyag a TAT-ban) és a belső realitás (a páciens narratívájának jellemzői) viszonyának elemzésekor alapvetően a Kohut- (1971) és a Kernberg-féle (1975) modellel alapoznak. Ennek megfelelően neurózisok esetén a külső valósággal való viszony megtartott: a képek manifeszt tartalma (perceptuális realitás) és a narratívában megjelenített fantáziák (belső vagy pszichikus realitás) között rugalmas egyezés, „kompromisszum” van. Ez részben azt jelenti, hogy a személy képes megragadni a képen látható elemeket, azok alapjellemezőit (pl. mi van a képen), és képes arra is, hogy az azokkal kapcsolatos lehetséges társas, kötődési, affektív stb. jelentéssíkokra reflektáljon. A páciensek képesek az ún. pszichikus elaborációra, azaz vágyaik, inter- és intrapszichés konfliktusaik leképződnek a történetekben. A borderline és a pszichotikus betegek ellenben nem képesek megfelelően különbséget tenni a külső és a belső realitás között. Előbbi esetben ehhez hozzájárulnak a képekhez fűzött olyan tartalmak, amelyek az én alacsony differenciáltsági fokát, az intrapszichés konfliktusok kezelésének nehézségét és jelentős korai veszteségélményeket sűrítenek. Az érzelmek kifejezése is nehézkes az érzelmileg labilis személyiségzavarral küzdő betegeknél. Egy 31 éves nő például a 3BM képre az alábbiakat mondta: „Ez a személy szenved. Férfi vagy nő, nem tudom, nem alszik, de össze van gömbölyödvé. Azt hiszem, inkább egy lány. Talán még egy fegyver is van ott. Talán megöli magát.” Öndesztuktív tartalom, veszteségélmény, a belső konfliktusok kezelésének nehézsége, diffúz érzelmek, identitáslabilitás mutatkozik meg a strukturálatlan történetben.

A francia iskola TAT-elemzési protokollja két szinten dolgozik. Részben az adott történet felépítésének ún. modalitásait elemzik. Ezek (1) a libidinális és agresszív késztetések; (2) az ego-katexis, azaz a nárcisztikus tendenciák mértéke, jellemzői; (3) a tárgyvesztés és az azzal járó érzelmek kezelése, valamint (4) az azonosu-

lás (identifikáció) és ezzel szorosan a lelkiismereti funkció és szorongás jellemzői (Verdon és mtsai, 2020).

Másrészt a szelektált 18 képhez tartozó *történetek tartalmát* is elemzik: azt, hogy *milyen témákat* hoz be a páciens, és *ezek kongruensek-e a kép legfőbb perceptív elemeivel* (pl. a középponti figura neme, kora, a képen megjelenő tárgyak megjelennek-e a történetben) és *a kép hordozta specifikus látens tartalommal* (vö. felszólító jelleg). Példaként hozva az 1. táblát: a páciens történetében megjelenik-e a kisfiú és a hegedű (manifeszt szint), valamint utal-e a történet a szereplő tehetetlenségére egy olyan tárggyal szemben, amit nem tud vagy nehéz kezelnie, a konfliktusra, hogy szeretne hatékonyan bánni a tárggyal, de nem képes arra, illetve arra a frusztrációra, hogy a jelenben vágyai nem elégülnek ki, de kitarító tanulással a jövőben kielégülhetnek (a kép látens evokatív tartalma).

A továbbiakban a TAT francia iskolája által szelektált 18 kép közül 16 látens tartalmát foglaljuk össze Verdon és munkatársai (2020) közlése alapján, remélve, hogy a magyar kollégák a képek korábban meghatározott felszólító jellegét ezzel a tudásanyaggal árnyalni, szélesíteni tudják. A francia iskola nemtől és kortól függetlenül alkalmazza a kiválasztott 18 képet.

1: A kasztrációs szorongással összekapcsolódó tehetetlenségérzés jellemzői az identifikációs folyamat minőségétől függően. A társas kapcsolat és a normál nárcizmus fejlődésének sérülései (magányosság, veszteségtől való félelem).

2: Ez a kép az apa-anya-gyermek ödipális triászra fókuszál, azt teszteli, hogy a páciens mit kezd ezzel a viszonylag strukturált helyzettel. Az ödipális kötődéshez kapcsolódó tabu és lemondás megjelenik-e a narratívában, vagy a szeparáció lehetetlensége a középponti tényező.

3BM: A páciens arra vonatkozó képességét veszi górcső alá, hogy képes-e a veszteséget kísérő érzelmeket (pl. szomorúság) átélni. Képes-e a gyász összetett érzésére, képes-e érzelmileg leválni az elvesztetről, és más(ok)ra áthelyezni kötődését. Ezzel a bűnösségérzésről, a depresszív érzelmek visszafordíthatóságáról és a jövőbeli vágyak, célok újra-keretezési képességéről is tájékoztat.

4: A párkapcsolatban természetes módon benne rejlő ambivalenciára utal tartalmával. Az ödipális háromszög mintájára egy harmadik fél megjelenésével a férfi karakter visszavonhatatlan távozásával mit kezd a mesélő. Továbbá általánosan a szeparációs szorongás és az elhagyatás élményeit aktiválja a kép.

5: Hogyan kezeli a személy az átható anyai, női ellenőrző jelenlétet. A szexuális kíváncsisággal kapcsolatos bűntudatot is aktivizálja a kép. Továbbá a szeretett személy szeretetének elvesztésével kapcsolatos archaikus félelmeket is triggerelhet (nárcisztikus, depresszív, bekebelező fantáziák).

6BM: Az anya-fiú kapcsolat jellemzői egy nehéz helyzetben, az anyai szeretet elvesztésének félelme. Az ödipális konfliktushoz tartozó „apagyilkosság” fantáziája, az incest tabu a kép központi eleme.

7BM: Az apával való ambivalens kapcsolat, a rivalizálás és a szeretet közötti konfliktus jelenik meg fő témaként. Továbbá a szeparáció és az eltávolodás fantáziáit mobilizálja a kép.

8BM: Agresszív jelenetet vetít fel, amelyben egy felnőtt ember egy kamasszal kerül összetűzésbe, ezzel az apa elpusztítása, az azzal kapcsolatos bűntudat és szorongás, valamint ambivalencia aktiválódhat. A kép destruktivitása a veszteségtől való félelmet is előhívhatja.

6GF: Heteroszexuális kapcsolattal összefüggésben megjelenő vágy és visszahúzódnak konfliktusa, amely a passzív csábítással kapcsolatos fantáziákat idézi meg. A tárgyvesztéssel kapcsolatos érzésekre hatással lehet az apával és az anyával való ödipális kapcsolat milyensége.

7GF: A lány anyjával való azonosulási folyamatát idézi, melyben az anya segíti/„engedélyezi” vagy éppen tiltja a női és az anyai lét elérését. Ez a konfliktus összeköthető az anya-gyermek kapcsolati konfliktusok újraéledésével is.

9GF: Ödipális kontextusban értelmezve, két nő rivalizációját jeleníti meg egy harmadik szereplőért, a szeretett férfiért. Ugyanakkor a másik felé fordított agresszió annak elvesztését eredményezi.

10: A gyengédséggel és a szexuális vágygal kapcsolatos asszociációkat hozza be a kép. Másrészt a szeparáció fenyegetettségét is invokálhatja.

11: Ez a kép kifejezetten regressziós helyzetet idéz meg, a pregenitális időszakot, így az archaikus anya-képzetet.

13B: Az arra való reflexiót serkenti a kép, hogy hogyan kezeli valaki az egyedüllétet. Azt a magányosságérzést, amikor a szülőpár egy bizonytalan helyzetben magára hagyja gyermekét.

13MF: A párkapcsolatban megjelenő szexualitás és agresszió kifejezésével a kép a magára hagyottság, az elveszettség és a destrukció alapélményeit kelti életre.

19: Az archaikus depresszív és/vagy üldöztetési/ elnyeletési félelmeket reaktiválja.

16: Ez a kép arra világít rá, hogy a személy hogyan kezeli és strukturálja a külső és a belső (önmagában leképzett) másokat, és kapcsolatrendszerüket hogyan szervezi.

Összefoglalva, a „francia iskola” az alábbi lépésekkel közelíti a TAT-ban kapott anyaghoz:

- I. Számba veszi a páciens benyomásait, hangulatát, klinikushoz való viszonyát, a történeti narratívák jellemzőit, a teszhelyzet dinamikáját, az egyes képekhez való viszonyulását, viselkedési jellemzőit (pl. gesztusait, agitáltságát, kéréseit a klinikus felé).
- II. Egy értékelőrendszer segítségével pontozza a történeteket. Az értékelőrendszer négy fő szempontot tartalmaz: (1) a rigiditás (pl. obszesszív mechanizmusok), (2) a labilitás (pl. történetek túlzott dramatizálása), (3) a konfliktusok előli kitérés (pl. kapcsolati határok elmosódása) és (4) az elsődleges folyamatok (pl. perceptuális torzítás) különböző megjelenési szintjeit. Ezzel minden képre adott válasz esetében megkísérli a felszólító jelleghez kapcsolódó pszichés probléma azonosítását. Párhuzamosan pedig a neurotikus, a borderline és a pszichotikus működésmódok azonosítását végzi el. Ezt a kódrendszert részletesen Verdon és munkatársai (2020) ismertetik.
- III. A szintézis szakaszában – az összes választ egybevetve – a páciens fő pszichés problematikáját próbálja megragadni, azaz a kirajzolódó alapkonzfliktusokat (pl. tárgyvesztés, identitásprobléma, gyermekkori kapcsolati mintázatba való beleragadás) és alkalmazott védekezési mechanizmusokat összegzi. Majd a Rorschach-teszt és a TAT eredményeinek egybevetése, végül összegzése történik.

3. A mérőeszközzel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

A tesztet Murray munkatársaival együtt a klinikumban dolgozta ki (Morgan és Murray, 1935). Hamar elterjedt használata az USA-ban, s számos pszichiátriai betegség és pszichopatológiai jelenség (pl. szorongás, kényszer, szkizofrénia, pszichopátia, fejsérülés, mentális retardáció) kapcsán vizsgálták a TAT-ot (pl. Balken

és Masserman, 1940; Balken, 1943; Kutash, 1943; Sarason, 1943). Azt követően pedig, hogy Murray motivációs alapú személyiségelméletével (Murray, 1938) ötvözte a projektív teszt értelmezését, a TAT-tal kapcsolatos kutatások megsokszorozódtak. A vizsgálatok a klinikumon kívülre is kiterjedtek, a TAT pedig számos területen hasznos mérőeszköznek bizonyult, így a gyermeki személyiségfejlődés (pl. Sanford, 1941), a társas attitűdök (pl. Berman, 1943) vagy a személyiség és a kultúra viszonyának (pl. Henry, 1947) vizsgálatában s a munkalélektanban (pl. kiválasztás) is aktívan alkalmazták a technikát (Miller, 2015). Felhasználható továbbá a személyiség érettségének vizsgálatára, korábban pedig a munkalélektanban (Tomkins és Tomkins, 1947) vagy a tanácsadásban és az iskolapszichológiában is elterjedt volt (Vane, 1981). Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a TAT kevésbé gyakran használt eszköz az angolszász és az európai teszttárban, mint a Rorschach-teszt (Vane, 1981). Ugyanakkor ki kell emelnünk, hogy megszületésétől számítva lassan 100 éve az egyik olyan projektív teszt, amelyet még mindig aktívan alkalmaznak világszerte, s újabb értelmezési rétegeket tesznek hozzá (ld. pl. az előző fejezetben bemutatott francia iskola TAT-interpretációját).

A TAT-ot a kutatásba is bevonják főként az alapvető humán motivációk elmélyült feltárása céljából. A TAT ugyanis olyan motivációk implicit szintű mérésére alkalmas, mint az intimitás, a teljesítmény, a hatalom (fölérendelődés) és a valahová tartozás (McClelland, Koestner és Weinberger, 1989). A TAT által letapogatótt implicit motivációk a kognitív szinten elaborált énképet megelőző időszakból származnak, s mint ilyenek a spontán viselkedést alapvetően befolyásolják, s a személy stabil, diszpozicionális jellemzőit ragadják meg (Sheldon és Mtsai, 2007).

Magyarországon korábban a Mérei-féle (1988) értékelési szempontrendszer terjedt el, bár a teszttel már az 1960-as években is folyt klinikai munka hazánkban (pl. Szegedi, 1963). Napjainkban pedig már magyarul is elérhető a Vane-féle (1981) TAT-értékelőkeret a magyarországi hivatalos tesztforgalmazó tesztcsomagja részeként.

Egy lényeges pontot szükséges megemlítenünk a TAT kapcsán: a tesztet nem csupán a pszichodiagnosztika részeként használhatjuk fel, hanem terápiás eszközként is tekinthetünk rá. Általánosságban véve: a páciens számára a TAT-tal szerzett projektív tapasztalat – mivel felvétele hosszabb időt igényel – rámutathat az asszociatív működésmód előnyeire. Specifikusabban: a TAT-történetek narratívája, az ahhoz kért szabad asszociáció

vagy az abból kiinduló beszélgetés hasznos lehet az olyan érzelmek feltárásában – ezzel hozzájárulhat azok katektálásához és katarziséhoz –, amelyek az azokat kiváltó traumatikus helyzetekben nem fejeződtek ki (például azok traumás izolálódása miatt). A TAT-narratívákban megjelenhet az elszigetelődött, a kognícióról korábban lehasadt érzelmi töltet, azonban már egy védettebb helyzetben, a terápiás térben, teret adva ezzel azok feldolgozhatóságának. Mindezt figyelembe véve a TAT különösen hatékony lehet az elfojtott gyászreakció terápiájában. Láthattuk, a TAT-képek a legalapvetőbb, egyben legfontosabb kapcsolati relációkat, illetve azok fenyegetettségét idézik fel, ezek egyéni reprezentációja a TAT-történetekben artikulálódhat, miközben – a teszt projektív jellegéből fakadóan – a védekező mechanizmusok kevésbé aktívak.

4. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk ismertetése

A TAT legfőbb előnye projektív jellegében rejlik: egy olyan verbális projektív tesztről van szó, amelyben a személy meghatározott ingeranyagból kiindulva hosszabb történeteket alkot meg. Viszonylag tehát bő narratív anyagot kapunk a páciensről. Ezzel a teszt már a pszichodiagnosztikai szakaszban az asszociatív működésmódra szocializálja a páciens. A személyiség motivációs bázisa mellett az én, a másik és a kapcsolati relációk reprezentációjának árnyalt képét nyújtja. Továbbá az egyes nagyobb klinikai kórkép-kategóriáknak is megvannak a jellemző TAT kifejeződési formái, azaz a TAT a diagnózisalkotást is segítheti. Ráadásul igen széles életkori sávban tudjuk a tesztet alkalmazni: kiskamasz kortól élethosszig. Továbbá, ahogy fentebb bemutatjuk, terápiás eszközként is hatékonyan alkalmazhatjuk. Előnye még, hogy kevésbé eszközigenyes, a TAT-képsorozatot kell beszerezni a használatához.

A TAT kortárs támogatói annak „transzteoretikus jellege” miatt érvelnek a teszt klinikumban és kutatásban való használat mellett: az értelmezésben ugyanis túl lehet lépni az eredeti pszichoanalitikus alapokon. Részben a narratívaelemzéssel, amely számos keretrendszerben történhet, részben pedig azzal, hogy a teszt a tudatos mögött húzódoó világra is fókuszot kínál a történetekben megjelenő szimbolika és metaforikus jelentésszint feltárásával (Miller, 2015). Nagyon fontos hatásmechanizmusa a TAT-nak, hogy ezek a szimbolikus transzformációk a vizsgálati személy erre való tudatos

reflexiója nélkül zajlanak. Azaz úgy mennek végbe, hogy a páciens – a legtöbbször – nincsen tudatában például a kép felhívó jellegének vagy annak a kapcsolatnak, ahogyan erre a felhívó jellegre reagál (részletesen ld. Lindzey, 1952). Ezek az összefüggések a terápiás térben, az értelmezésekben válhatnak explicitté.

A TAT egyik legnagyobb hátránya, hogy felvétele igen hosszú. Már a Murray-féle gyakorlatban is két ülésben történő felvételét javasolták (Murray, 1942; 1943). Így a mai körülmények osztályos klinikai gyakorlatába szinte lehetetlen beilleszteni, s még az ambuláns rendelőseken is meggondolandó emiatt a használata. Ennek nyomán különböző szerzők csupán a TAT bizonyos képeit ajánlják felvételre. Általában 10-12 képet válogattak ki különböző szempontok alapján (ennek összefoglalását ld. Moretti és Rossini, 2004). Bellak (1986) például mindkét nemnek csak az 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7GF, 8BM, 9GF, 10 és 13MF képeket adta ki.

Másrészt a TAT-képek sötétebb tónusaik miatt inkább depresszívebb, komorabb történeteket hívhatnak elő, ami a hangulatzavarok indokolatlanul túlzott interpretációjához vezethetnek (Moretti és Rossini, 2004). Ráadásul Murstein és Mathes (1996) arra mutatott rá, hogy minél hosszabb volt egy egészséges személy története, annál nagyobb valószínűséggel ítélték a történeteket értékelő szakemberek – tévesen – patológiásnak a narratív anyagot.

Ugyanakkor olyan gazdag projektív anyag nyerhető a TAT-ból, ami megéri annak alkalmazását, különösen, ha a terapeuta azt tapasztalja, hogy elfojtott, elhárított pszichés anyag, súlyos komplexusok lappanghatnak a tünetek vagy a személyiségműködés hátterében. Egy megoldás lehet, amit több szakember is ajánlott már, hogy célzottan, a személy problémáihoz illeszkedve csak bizonyos képeket válogassunk ki a 20 kép közül, ezzel is csökkenthetjük a tesztfelvétel elhúzódását. Ez az eljárás (csak bizonyos képeket válogatnak ki a teszthasználó pszichológusok vagy akár a tesztel dolgozó kutatások) azonban lehetetlenné teszi a vizsgálatok összehasonlítását vagy érvényességi és megbízhatósági kritériumok kialakítását (Rózsa, Kő és Oláh, 2006). Számos pszichológus szakembert az riasztja el a TAT használatától, hogy nincs egyöntetű, a teljes tesztértelmezésre kiterjedő standardja. Ráadásul már maga a Murray-féle pontozási rendszer is túlságosan bonyolult és időigényes volt a mindennapi klinikai gyakorlat kihívásaihoz (Ashton, 2017).

Vane (1981) áttekintése szerint a leginkább elterjedt értékelési technikák nem rendelkeznek standardokkal,

vagy a standardizálási kísérletek olyan bonyolult kódolási és pontozási rendszert dolgoztak ki (pl. Tomkins és Tomkins, 1947), hogy azok valószínűleg emiatt nem terjedtek el. Ugyanakkor többféle szisztematikus pontozási rendszert is kialakítottak a TAT értelmezésére, ilyen például a Bellak- (1947; 1988) vagy a Vane-féle (1981) szisztéma. A TAT-tal kapcsolatos normákat, standard értékelési rendszereket kidolgozó – akár több ezer történetet is alapul vevő és elemző – kutatásokat Rózsa, Kő és Oláh (2006) veszi számba.

Figyelembe kell azt is vennünk, hogy a TAT kiértékelése – akár a pontozáson alapuló, akár a nemstandardizált értelmezési keretek szerinti – időigényes, ezért a személyiségkutatásban nem terjedt el: a hosszú tesztelési idő és a munkaigényes kiértékelés megnehezíti a nagymintás vizsgálatokat. Részben ennek a problémának a kiküszöbölésére alakították ki az Apperceptive Personality Testet (APT; Holmstrom, Silber és Karp, 1990). Ebben a változatban 8 közepesen kétértelmű TAT-kártyával dolgoznak. Mindegyik képre az eredeti TAT-instrukciónak megfelelő mélységű történetet kérnek. A személyek ezt követően a saját történeteiket különböző személyiségteszt kategóriái alapján pontozzák. A történeteket a tesztfelvevő az eredeti TAT-szempontok szerint is értékeli. A két értékelés összevetésére is lehetőség nyílik. A kezdeti ígéretes eredmények ellenére az APT nem terjedt el a személyiségvizsgálatokban (Moretti és Rossini, 2004). Különböző kulturális adaptációk is születtek a TAT kapcsán. Ezek közül a kínai képanyag állta ki az idők próbáját (Zhang, Xu, Cai és Chen, 1993). Amennyiben az eredeti képanyaggal dolgozunk nem európai, illetve angolszász kultúrkörben, érdemes az adott kulturális jellemzőket (pl. az érzelemkifejezés sajátosságait) is figyelembe venni a válaszok kiértékelésekor (Moretti és Rossini, 2004).

Bár projektív tesztek esetében a validitás és reliabilitás vizsgálata – jellegükből fakadóan – mindig nehezebb, érdemes megemlítenünk, hogy – bár az összefüggések gyengék, de – több vizsgálatban is összefüggést találtak a TAT-szükségletek és papír-ceruza tesztel mért releváns kritériumváltozók között (Ashton, 2017). Egy áttekintő tanulmány (Spangler, 1992) szerint például a TAT-ban megjelenő teljesítményszükséglet-motiváció erőssége pozitív irányban, enyhén korrelált a jobb iskolai teljesítménnyel és a sikeresebb szakmai előmenetellel. Azt még a TAT kritikusai is elismerik, hogy gondos pontozás esetén legalább gyenge konstruktmvaliditással rendelkezik (Lilienfeld, Wood és Garb, 2000). A szerény validitás-adatok azonban éppen a TAT jelle-

gében rejlenek: a TAT-történetekben kifejezett szükségletek és a viselkedés közötti kapcsolat a legritkábban mutatkozik meg. Erre már Murray (1942) is felhívta a figyelmet, hiszen a TAT-narratívában gyakran éppen a rejtett, elfojtott motivációk jelennek meg.

Másrészt – amennyiben ugyanazon kritériumrendszer alapján elemezték a TAT-történeteket – a pontozók közötti reliabilitás igen nagy szélsőségek (0,3–0,9) között mozgott. Ugyanakkor ki kell emelni, ha a legfőbb tartalmi szempontokat (pl. a főhős környezetre adott reakciója, a történet befejezése) vették alapul, az értékek magasabbnak bizonyultak, míg a szükségletek pontozása alacsonyabb inter-rater reliabilitás értékeket adott. Figyelemmel kell lenni továbbá a minél pontosabb pontozási kritériumok megszövegezésére is (Tomkins és Tomkins, 1947). A teszt-reteszt reliabilitás esetében pedig arra kell gondot fordítani, hogy az újabb tesztfelvételkor milyen instrukciót adunk. Egy 1 évet felölelő teszt-reteszt vizsgálatban azt kérték az újratestteléskor a vizsgálati személyektől, hogy az adott képekre egy új, az elsőtől különböző történetet mondjanak. Ebben az esetben a teszt-reteszt korrelációk 0,5 körül mozogtak az olyan szükségletek megjelenése esetében, mint az intimitás vagy a valahová tartozás. Ezek az értékek hasonlóak például az olyan papír-ceruza tesztek teszt-reteszt megbízhatósági adataihoz, mint az MMPI, a 16PF vagy a CPI (Lundy, 1985). Ugyanezt erősíti meg Roberts és DelVecchio (2000) metaanalízise, melyben 152, egy év időtartamot meghaladó longitudinális vizsgálatban hasonlították össze a projektív tesztek (Rorschach, TAT, mondatkiegészítés), az önbevallásos skálák és a megfigyelők becslőskáláinak teszt-reteszt reliabilitását. Mindhárom mérőeszköz-típus esetén hasonló – közepesen erős – együttjárásokat azonosítottak. A TAT esetében például 0,45-ös, az önkitöltős tesztekénél 0,50-es, míg a megfigyelői értékelések esetében 0,51-es erősségű teszt-reteszt korrelációt mutattak ki. Konklúziójuk szerint a három értékelési módszer ismételt méréses megbízhatóságában érdemi különbség nincs. A TAT validitás- és reliabilitásvizsgálatainak tapasztalatait Meyer (2004) foglalja össze.

5. Következtetések

A TAT – hasonlóképpen, mint a Rorschach-teszt – észlelési és projekciós folyamatok kölcsönhatásaiban értelmezhető projektív teszt (Rausch de Traubenberg, 1970). A két nagy projektív teszt közötti legfőbb különbségek

a képek jellemzőihez és a tesztek instrukciójához köthetők. A TAT figuratív képeket kínál, mint „reális, valóságos” alap, s ezekkel kerül egyfajta diskurzusba a személy: az észlelt képekről egy elbeszélést konstruál a képek által kiváltott asszociációkon keresztül. Maga az instrukció is hangsúlyozza, hogy a történetek megalkotásában a kép kell legyen az alap (vö. manifeszt tartalom a narratívában), ezzel a realitáshoz horgonyozza a személyt. Az ettől való eltérések az alkalmazkodás különböző súlyosságú zökkenőit mutatják fel. Ugyanakkor a TAT-képek – felhívó jellegüknél fogva – a tudatelőttés és a tudattalan élmények, emlékek prekurzoraként is értelmezhetők, azaz a személy által észlelt tartalomba belevetülnek saját főbb aggodalmai, vágyai, céljai, az önmagáról, a környezetéről és a kettő kapcsolatáról alkotott belső reprezentációi, valamint az ezekhez szorosan kötődő érzései (Verdon és mtsai, 2020). A TAT mindezzel képes arra, hogy egyébként nehezen elérhető, *átfogó információkat adjon* nemcsak a vizsgálati személy *motivációiról* és azok esetleges *konfliktusairól*, hanem magáról a *személyiségműködéséről*, illetve annak megakadásairól, azaz *pszichopatológiai mechanizmusokról* is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ashton, M. C. (2017). *Individual Differences and Personality*. (3. ed.) Amszterdam, Elsevier.
- Balken, E. R. (1943). A delineation of schizophrenic language and thought in a test of imagination. *The Journal of Psychology*, 16: 239–271. <https://doi.org/10.1080/00223980.1943.9917174>
- Balken, E. R., & Masserman, J. H. (1940). The language of fantasy: III. The language of the fantasies of patients with conversion hysteria, anxiety state, and obsessive-compulsive neurosis. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 10: 75–86. <https://doi.org/10.1080/00223980.1940.9916985>
- Bellak, L. (1947). *Long form for the analysis of the TAT*. Psychological Corporation, New York.
- Bellak, L. (1986). *The Thematic Apperception Test, Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use*. (4. ed.) Academic Press, Orlando, FL.
- Bellak, L. (1988). *A manual for ego function assessment (E.F.A.)*. CPS, Larchmont, NY.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use*. (6. ed.) Allyn & Bacon.

- Berman, P. M. (1943). *A method for diagnosing social relations from the Thematic Apperception Test*. Radcliffe College. (Publikálatlan szakdolgozat.)
- Brittain, H. L. (1907). A study of imagination. *The Pedagogical Seminary*, 14: 137–207.
- Henry, W. E. (1947). The Thematic Apperception technique in the study of culture-personality relations. *Genetic Psychology Monographs*, 35: 1–134.
- Holmstrom, R. W., Silber, D. E., & Karp, S. A. (1990). Development of the Apperceptive Personality Test. *Journal of Personality Assessment*, 54: 252–264.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytical treatment of narcissistic personality disorders*. International Universities Press, New York.
- Komlósi A., & Kovács Á. (1981). *A TAT teszt értelmezése*. (Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban. Módszertani Füzetek, 4.) Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- Kutash, S. B. (1943). Performance of psychopathic defective criminals on the Thematic Apperception Test. *Journal of Criminal Psychopathology*, 5: 319–340.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1: 27–66. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.002>
- Lindzey, G. (1952). Thematic Apperception Test: Interpretative assumptions and related empirical evidence. *Psychological Bulletin*, 49: 1–25. <https://doi.org/10.1037/h0062363>
- Lundy, A. (1985). The reliability of the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 49: 141–145. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4902_6
- McClelland, D., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96: 690–702.
- Mérei F. (1988). Útmutató a TAT alkalmazásához. In Mérei F., & Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum*. Tankönyvkiadó, Budapest. 143–160.
- Meyer, G. J. (2004). The reliability and validity of the Rorschach and Thematic Apperception Test (TAT) compared to other psychological and medical procedures: An analysis of systematically gathered evidence. In Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. John Wiley & Sons, New Jersey. 315–342.
- Miller, J. (2015). Dredging and projecting the depths of personality: The Thematic Apperception Test and the narratives of the unconscious. *Science in Context*, 28: 9–30. <https://doi.org/10.1017/S0269889714000301>
- Moretti, R. J., & Rossini, E. D. (2004). The Thematic Apperception Test (TAT). In Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. John Wiley & Sons, New Jersey. 356–371.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating phantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34: 289–306. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1935.02250200049005>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford University Press, New York.
- Murray, H. A. (1942). *Thematic Apperception Test Direction*. Harvard Psychological Clinic, Cambridge.
- Murray, H., & Morgan, C. (1943). *Thematic Apperception Test Manual*. Harvard University Printing Office, Cambridge.
- Murstein, B. I., & Mathes, S. (1996). Projection on projective techniques = pathology: The problem that is not being addressed. *Journal of Personality Assessment*, 66: 337–349.
- Pressing L. (1988). A PFT szituációs elemzési módszere. In Mérei F., & Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum*. Tankönyvkiadó, Budapest. 200–221.
- Rapaport, D. (1943). The clinical application of the Thematic Apperception Test. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 7: 106–113.
- Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. PUF, Paris.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126: 3–25.
- Rózsa S., Kő N., & Oláh A. (2006). A személyiségmérés projektív technikái. In Rózsa S., Nagyányai Nagy O., & Oláh A. (szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai*. Bölcsész Konzorcium, Budapest. 199–220.
- Sanford, R. N. (1941). Some quantitative results from the analysis of children's stories. *Psychological Bulletin*, 38: 749.
- Sarason, S. B. (1943). The use of the Thematic Apperception Test with mentally deficient children – I. A study of high grade girls. *American Journal of Mental Deficiency*, 47: 414–421.
- Schnell, K., Dietrich, T., Schnitker, R., Daumann, J., & Herpertz, S. C. (2007). Processing of autobiographical memory retrieval cues in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3): 253–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.035>

- Sheldon, K. M., King, L. A., Houser-Marko, L., Osbaldiston, R., & Gunz, A. (2007). Comparing IAT and TAT measures of power versus intimacy motivation. *European Journal of Personality*, 21: 263–280. <https://doi.org/10.1002/per.630>
- Spangler, W. D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 112: 140–154. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.140>
- Szakács F. (1988). Útmutató a Rosenzweig-féle Frusztrációs Teszt (PFT) használatához. In Mérei F., & Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum*. Tankönyvkiadó, Budapest. 183–199.
- Szegedi M. (1963). *Jegyzetek a TAT vizsgálatról*. Kiadatlan jegyzetek.
- Tomkins, S. S., & Tomkins, E. J. (1947). *The Thematic Apperception Test: The theory and technique of interpretation*. Grune & Stratton, New York.
- Vane, J. R. (1981). The Thematic Apperception Test: A review. *Clinical Psychology Review*, 1(3): 319–336. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(81\)90009-X](https://doi.org/10.1016/0272-7358(81)90009-X)
- Verdon, B. (2011). The case of thematic tests adapted to older adults: On the importance of differentiating latent and manifest contents in projective tests. *Rorschachiana*, 32: 46–71. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000015>
- Verdon, B., Chabert, C., Azoulay, C., Emmanuelli, M., Neau, F., Vibert, S., & Louët, E. (2020). Dynamics of the TAT process. In B. Verdon, & C. Azoulay, C. (eds.): *Psychoanalysis and Projective Methods in Personality Assessment*. Hogrefe, Göttingen. 19–38.
- Zhang, T., Xu, S., Cai, Z., & Chen, Z. (1993). Research on the Thematic Apperception Test: Chinese revision and its norms. *Acta Psychologica Sinica*, 25: 314–323.



Történetbefejező technikák: A Képes Frusztrációs Teszt (Picture Frustration Test; PFT)

Reinhardt Melinda¹

Tanulmányunk a történetbefejező technikák köréből egy olyan projektív technikát – a Képes Frusztrációs Tesztet (Picture Frustration Test; PFT) – mutat be, amely képi anyagban megjelenített történet megoldásához kér asszociációt a vizsgálati személytől. Vizsgálati elvét tekintve a TAT (ld. könyvünk előző tanulmánya) és a Jung-féle szóasszociációs teszt (ld. könyvünk következő tanulmánya) között helyezkedik el. Hasonló abban a TAT-tal, hogy mindkettő képekkel, rajzokkal éri el, hogy a személy az azokon megjelenő szereplőkkel azonosuljon, de különbözik abban, hogy a TAT-hoz képest a PFT-képek sokkal sematikusabbak, szinte képregényszerűek. Ezzel összhangban a PFT-ben rövid, egyszerűbb történeteket várunk el. A Jung-féle szóasszociációs tesztrel annyiban párhuzamos a PFT, hogy mindkettőben fokozottan elhatárolt ingerekkel szembesül a vizsgálati személy, azonban az ingeranyagok eltérnek: míg az előbbiben szavak (hallási inger), az utóbbiban vizuális inger (szituációs kártyák) képezik az alapot.

1. Bevezetés, az elméleti háttér bemutatása

A Képes Frusztrációs Tesztet a Harvardon doktorált Saul Rosenzweig amerikai pszichológus, pszichoterapeuta dolgozta ki az 1940-es évek derekán (Larsen, 2005). A PFT-t így magyarul gyakran a Rosenzweig-féle frusztrációs tesztként is emlegetjük. Felnőtt változata készült el elsőként 1945-ben (Rosenzweig, 1945), gyermekeknek szóló változata három évvel később jelent meg (Rosenzweig, Fleming és Rosenzweig, 1948). Rosenzweig (1945) a projekciós folyamat alapmechanizmusát – a képzet-társítást – hangsúlyozva kezdetben a tesztet Képi Asszociációs Módszernek (Picture-Association Method) nevezte.

A személyiség-lélektan ún. szűk tartományú személyiségelméleteinek (pl. impulzivitás) analógiájára, amelyek nem törekszenek a személyiség átfogó leírására,

hanem annak egy bizonyos tartományára fókuszálnak (Vohs és Baumeister, 2016), a PFT-t a projektív tesztek egyik szűk tartományú mérőeszközeként azonosíthatjuk. A PFT ugyanis a vizsgálati személy mindennapi stresszhelyzetekre adott modellreakcióit tapogtatja le. Ahogyan a szűk tartományú személyiségelméletek, úgy a specifikus működésmódokat (pl. frusztrációkezelés) vizsgáló projektív eljárások is közelebb állnak a viselkedéses manifesztációhoz, szemben az átfogó személyiségvonásokkal, illetve az átfogó projektív személyiségvizsgáló eljárásokkal (pl. a Rorschach-teszttel).

A teszt alapja Rosenzweig általános frusztrációs elmélete (Rosenzweig, 1944), melyet az 1930-as évek elején kezdett kidolgozni. Rosenzweig a visszaemlékezések szerint nehéz természetű ember, másoktól és önmagától sokat követelő, elszánt, alapvetően individualista kutató volt (Larsen, 2005). Ennek alapján egy projektív tesztet bemutató írásban talán megengedhető az a feltételezés, hogy Rosenzweig érdeklődésének középpontjában nem véletlenül állt már pályája kezdetétől a stresszhelyzetek kezelésének problematikája. Rosenzweig frusztrációs elméletében a feszültség egy sajátos topográfiai mezőben jön létre, akkor, amikor meghiúsul adott cél elérése valamilyen akadály miatt. Ha valamely tervünk, szándékunk nem teljesedik be, az ebből származó indulat feltorlódik. Ez a megrekedt energia fokozottan megterheli a pszichét. Erre a feszültségre különböző reakciót adhat a személy annak függvényében, hogy az aktuálisan fennálló tényezők (személy, cél, akadály) milyen konstellációban vannak jelen a helyzetben (Rosenzweig, 1944). Lényeges kiemelni, hogy Rosenzweig elméletében az agresszió, amelyet különböző frusztrációs helyzetekre adhatunk, nem feltétlenül negatív jelenség. Az agresszió a másik és a személy önmaga felé irányuló destruktivitása és az ellenségesség mellett konstruktív is lehet. Szükségeinket az agresszióval asszertív, szociálpozitív formában is kielégíthetjük. Az agresszió pozitív, akár kreatív implikációjára lehet példa, ha valaki dühét,

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

csalódottságát valamely akadály kitartó leépítésébe transzformálja.

A teszt sematikusan megrajzolt, frusztrációs helyzeteket bemutató képekre adott válaszok elemzésével méri fel a vizsgálati személy stresszkezelési jellemzőit.

2. A mérőeszköz bemutatása, alkalmazási területének ismertetése, fő indikációk példákkal

2.1. A mérőeszköz működési elve

A PFT a Rosenzweig-féle frusztrációs elmélet keretrendszerében teszi mérhetővé a stresszhelyzetekre adott viselkedésformákat. Azt összegzi, hogy a vizsgálati személy jellemzően milyen mechanizmusokkal kezeli a konfliktusait. A teszt működésének megértéséhez ezért érdemes a frusztrációs helyzet Rosenzweig (1944) által meghatározott három tényezőjét (személy, cél, akadály) részletesebben elemezni.

Az akadály, azaz maga a stressz-szituáció két szempont szerint értékelhető: (1) lehet aktív vagy passzív, illetve (2) külső vagy belső. Az aktív, külső stresszhatások az egyént fenyegető veszélyes külső hatások (pl. autóbaleset). A passzív, külső stresszhelyzetek olyan környezeti akadályok, amelyek önmagukban nem fenyegetők (pl. bonyolult időpontfoglalás valamely hivatalban). Az aktív, belső stressz intrapszichés szükségletütközésre utal (pl. karriercélok vs. családalapítás), míg a passzív, belső stressz a személy tehetetlenség-érzését képezi le.

Ezekre a frusztrációs helyzetekre 9 típusú reakciót adhat a személy, attól függően, hogy viselkedésében mekkora szerepet kap az akadály, és aszerint, hogy az akadály által kiváltott feszültség merre irányul.

Az akadály hangsúlya szerint három reakció lehetséges:

1. A stresszre adott viselkedésben hangsúlyos lehet maga az *akadály* (pl. a másik személy), ennek jele a tesztben O – D (az obstacle dominance [akadálydominancia] rövidítéseként).
2. Középpontba kerülhet maga a személy, aki stresszhelyzetbe került (E – D, azaz ego-defense [érvédelmi hangsúly]).
3. Végül a *cél* is hangsúlyt kaphat, ekkor a személy a stresszhelyzet megoldására törekszik, viselkedésében saját szükséglete, motivációja a hangsúlyos (N – P, azaz need persistence [szükséglet-hangsúly]).

Az akadály által kiváltott feszültség, agresszió is három irányba mehet:

1. Nyíltan, a *környezet felé* irányulva (E = extrapunitív).
2. *Befelé*, a stresszhelyzetbe került személy önmagára irányuló agressziója (I = intrapunitív).
3. Az agresszió elkerülése, *elfojtása*, a frusztráció nemlétezőként való megélése (M = impunitív).

Ezeket az összefüggéseket az eredeti – máig használatos – Rosenzweig-féle táblázat (Rosenzweig, 1945: 14.) segítségével mutatjuk be (1. táblázat).

A feszültség távozásának iránya a kísérő érzelmi reakciók megjelenését is befolyásolja. Az extrapunitív reakciók ennek megfelelően – mivel a külső ágensnek tulajdonított a stresszhatás – ingerültséggel, dühvel, haraggal járnak együtt. Az intrapunitív reakciók – amikor a sze-

1. táblázat. A frusztrációs helyzetre adható reakciók Rosenzweig (1945: 14.) szerint

	Akadálydominancia (O – D)	Személydominancia (érvédelem) (E – D)	Céldominancia (N – P)
Extrapunitív (E)	a frusztráció jelenlétének hangsúlyozása	kifelé irányuló agresszió (verbális, cselekvéses)	a frusztráció megoldását mástól várja
Intrapunitív (I)	a frusztráció kedvezőnek tartása (önbüntető jelleg)	befelé irányuló agresszió (pl. erős önkritika)	a helyzet megoldását a személy maga adja meg
Impunitív (M)	a frusztráció jelentéktelensége	a felelősség elhárítása (pl. elkerülhetetlennek írja le a helyzetet)	belenyugvás a helyzetbe (pl. az idő majd megoldja)

mély önmagának tulajdonítja a felelősséget – gyakorta lelkiismeret-furdalással, büntudattal asszociálódnak. Végül az impunitív reakciók – ahol a frusztrációt kerülni igyekszik az egyén – az érzelmek elnyomását, az elfojtást erősítik fel (Rosenzweig, 1938).

A tesztértelmezéshez fontos azt a szempontot is figyelembe vennünk, hogy a frusztráció elviselésében a szükségletkielégítés késleltetésének, a gátló folyamatoknak a nivója mutatkozik meg, mely az énerő, így az önszabályozás, azon belül is az önkontroll egyik alappillére. Amennyiben gyenge az énerő, kevésbé érett elhárító mechanizmusok, illetve az alkalmazkodást nehezítő érzelmszabályozási módok kerülnek előtérbe. Ennek eredményeképpen a személyiséget és a hangulati életet a frusztrációt kísérő negatív érzések uralhatják el (Rosenzweig, 1938). Mindennek nyomán a teszt-eredményekből az érzelmkezelés jellegzetességeire is rálátást kaphatunk. Példaként, amennyiben a frusztrációtolerancia magas foka jellemzi a személyt – azaz a helyzet megoldására irányuló aktív törekvések (intrapunitív céldominancia-válaszok) vannak túlsúlyban a történetmegoldásokban –, érett helyzetmegoldó képességet és szorongáskezelést feltételezhetünk.

2.2. A tesztbattéria jellemzői

A PFT felnőtt változata 24, karikatúraszerű fekete-fehér rajzból áll. A kisméretű képek két vagy több alakot ábrázolnak folyamatban lévő társas tevékenységekben. Az egyik személy mond valamit, ez a rövid mondat a feje fölött egy buborékban szerepel. Az eljárás célja, hogy a vizsgálati személy a másik szereplő helyzetébe beleélve magát reagáljon a társas helyzetben megjelenő konfliktusra (Rosenzweig, 1945). Reakcióját vagy beleírja annak a szereplőnek a szövegbuborékjába, akivel azonosulnia kell, vagy választát a vizsgálatvezető jegyzi fel. A projekció megkönnyítése érdekében a képen szereplő figurák arcvonásait elhagyták. Másrészt az instrukcióban az is szerepel, hogy a figura személyébe kell beleképzelnie magát a válaszadónak. Egy arctalan, számára ismeretlen figurával kell azonosulnia. Ez a mozzanat is serkenti a projektív folyamatot, hiszen a vizsgálati alanytól áttételesen azt kérjük, hogy ne a saját, hanem más nevében beszéljen. Rosenzweig (1945) szerint ez a két mozzanat segíti azt, hogy a PFT-ben kapott anyag meghaladjon a kérdőívekre adott tudatos válaszok szintjét.

A 24 képből 16 kép az énre (ego) nézve ábrázol kritikusi helyzetet, azaz a személy valamely szándékát, cse-

lekvését valamilyen akadály (pl. tárgy, környezeti elem vagy másik személy) megghiúsítja. A szükségletkielégülés akadályba ütközik, ami frusztrálja a személyt. A további 8 kép (sorrendben: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21) pedig olyan szituációkat ábrázol, amelyekben éppen a személyt vonják valamiképpen felelősségre. Mivel magát a személyt vádolják, ezért ezek a képek a felettes énré (szuperego) kritikusak (Rosenzweig, 1945). Lényeges azonban, hogy ezek nem kőbe vésett jellemzői a képeknek. Lehetséges, hogy adott szuperego-kritikus kép által megjelölt helyzet a válaszadó számára énkritikus helyzet vagy fordítva. Az értékelés ezért nem lehet mechanikus, minden esetben a válaszadó egyéni felfogását kell alapul venni (Rosenzweig, 1945).

Magyarországon a felnőtt PFT a francia adaptáció (Pichot és Danjon, 1955) nyomán került be a tesztállományba (Szakács, 1969). A gyermekváltozat jelölése, értékelése, a válaszkategóriákhoz pedig változatos hazai példatár közlése Nemes Livia (1970) nevéhez köthető. Később Pálhegyi Ferenc (1976) szentelt a gyermek PFT-nek és az ahhoz tartozó, ötszáz 7–14 év közötti fiatal felmérésén alapuló magyar normák közreadásának egy kötetet.

2.3. A tesztfelvétel

A PFT gyermekváltozatát 6–14 éves kor között használjuk, serdülők esetében mind a gyermek, mind a felnőtt változat alkalmazható. Felnőtteknél értelemszerűen a felnőtt változat kerül bemutatásra felső életkori megköthetés nélkül. Írásunkban a PFT felnőtt változatát mutatjuk be. Ennek megfelelően az alábbi instrukcióval vezetjük fel a tesztet: „Rajzokat fogok mutatni. Mindegyik rajz egy kis jelenetet ábrázol, ahol ketten beszélnek. Az egyik mond valamit, ez oda van írva (mutathatjuk az első képnél). A másik személy válaszol. Ez már nincs odaírva. Ennek a helyébe képzelje bele magát, és válaszolja helyette azt, ami először az eszébe jut.” Ahhoz, hogy valódi projekciós helyzet alakuljon ki, az instrukció két legfőbb pontját – az utolsó mondatot – akár meg is ismételtethetjük: „Tehát képzelje bele magát a másik helyébe, és válaszolja helyette azt, ami először az eszébe jut.” A vizsgálati személy válaszai az azonosulás révén fejezhetik ki ugyanis a személyiségére jellemző stresszkezelési reakciókat, amit az első asszociáció kimondása tovább mélyíthet.

Ha a vizsgálati személy megértette és készen áll a tesztfelvételre, a kezébe adjuk a 24 képet tartalmazó füzetet.

Miközben minden kép esetén megszemléli a helyzetet, és az üres szövegbuborékhoz kapcsolódó személy helyzetébe képzelve magát választ ad, a vizsgálatvezető ezt a rövid választ szó szerint lejegyzí. Nagyon fontos, hogy a 24 képet az eredeti sorrendben mutassuk be (ezért előnyös a füzeté összefűzött tesztanyag), mert a válaszokban rejlő megoldási tendenciákat is elemezzük. Erre lehet példa egy bulimia nervosával küzdő nagykaszas lány PFT-tesztje. A történetek első felének harmadában (az első 12 képből 4-ben) válasza a probléma megoldását is tartalmazta, később (a második 12 képre adott válaszaiban) ez a fajta kezdeményezőkészség a nullára csökkent. Helyette olyan válaszok jelentek meg, amelyekben agressziója vagy a környezete, vagy saját maga ellen fordult. A válaszminőségben való romlás jól leképezte azt a tendenciát, ami mindennapjaiban is megjelent: egy ideig képes volt a felmerülő helyzetekkel megküzdeni, azonban adaptív problémamegoldási képessége (pl. frusztrációját a probléma megbeszélésében oldotta fel) hamar hetero- és autoagresszív cselekedetekbe (pl. mások verbális megsértése, falásrohamok) fordult. A tendenciák azt mutatják meg tehát, hogy a vizsgálat folyamán a válaszreakciók minőségében (reakciók típusa, agresszió iránya) történt-e jellegzetes változás (pl. az eleinte szelíd ember (kevés E-reakció) később – a frusztráció erősödésével – nyíltan támadó lehet (sok E-reakció).

Természetesen, mint minden (projektív) tesztet, a PFT-t is nyugodt, csendes körülmények között vesszük fel. Felvétele kb. 15–25 perc között mozog. A pszichodiagnosztikai szakaszban érdemes az átfogóbb személyiségtesztet (pl. Rorschach, MMPI) után felvenni.

A PFT-nek is van utótesztje. Ez jelen esetben azoknak a válaszoknak az áttekintését és tisztázását jelenti, amely képeknél észrevettük, hogy a személy félreértette

a helyzetet, ennek nyomán esetleg nem a kért szereplővel azonosította magát, vagy a válasza nem érthető, illetve kétértelmű (pl. nem értjük, kire, mire vonatkozik). Ezt a fázist ne hagyjuk ki a minél pontosabb jelölés és értékelés érdekében.

A PFT napjaink klinikai gyakorlatának közel sem szűkebb része, ugyanakkor felvétele indikált azokban az esetekben, amikor a páciens stresszkezelésének nivójára, specifikumaira szeretnénk rálátni. Ez különösen azokban az esetekben lehet informatív, amikor indulatkezelési problémák (pl. fokozott nyílt agresszió, önhibáztatás, autoagresszió, elfojtás) körvonalazódnak az első interjúból és/vagy a személy kórtörténetéből. Mivel a PFT-t alkotó képek igen egyszerűek, mindennapi élethelyzeteket mutatnak be, s rövid válaszokat várunk, így alkalmazása a nehezebben verbalizáló vagy képzetlenebb személyeknél is jól használható. A PFT nemcsak a klinikai, hanem a tanácsadási gyakorlatban is alkalmazható, amennyiben a kliens stresszhelyzetekre adott típusos reakcióit szeretnénk feltárni és mindezt visszaforgatni a tanácsadási folyamatba az indulatkezelés fejlesztése érdekében. Értő használata a munkaléktan (pl. alkalmaságvizsgálatok) eszköztárába is beletartozhat.

Lehetséges csoportos felvétele is, az egyéni – négy szemközti – teszt helyzet azonban a tesztreakciók pontosabb lejegyzése miatt informatívabb.

2.4. A teszt értelmezése

A 24 kép által kiváltott reakciókat egyenként – a Rosenzweig-féle frusztrációtolerancia-elmélet alapján – értelmezzük. Minden választ lejelölünk. Összesen 11 féle jelet használhatunk. Ezt a 2. táblázatban foglaljuk össze.

2. táblázat. A frusztrációs helyzetre adható reakciók jelzései (Rosenzweig, 1945)

	Akadálydominancia (O – D)	Személydominancia (énvédelem) (E – D)	Céldominancia (N – P)
Extrapunitív (E)	E'	E	e
Intrapunitív (I)	I'	I	i
Impunitív (M)	M'	M	m

A 2. táblázatot érdemes az 1. táblázattal, azaz a reakció-típusok jelentésével együtt kezelni. A 2. táblázatban bemutatott 9 jelzetet Rosenzweig később 2 jellel egészítette ki: amikor a személy válaszában agresszíven elutasítja, hogy ő maga lenne a felelős azért, amit elkövetett, E jelzést adunk, míg abban az esetben, amikor a válaszadó ugyan elismeri a felelősséget, de az elkerülhetetlen körülményekre hivatkozik, azaz mégis kibújik a felelősség alól, I-sal jelöljük.

A 11 féle válasz lényegének könnyebb átláthatósága érdekében minden választípust egy-egy példamondattal szemléltetünk. Ezt foglalja össze a 3. táblázat.

Minden választ – ha lehet – egy jellel jelöljük le, azaz alapvetően a parszímónia elvére törekszünk. Csúppán abban az esetben használunk – a jelölő táblázatban vesszővel elválasztva – két jelet, ha a válasz két külön értelmezhető állítást tartalmazott. Mindezt egy példával szemléltetve: a 7. képnél (melyen egy pincér utasítja rendre a vendéget) a vendég szerepébe helyezkedve, amennyiben a vsz. azt feleli, hogy „Felháborító, ahogy maga viselkedik. Kérem a panaszkönyvet.” két jelzést is adunk. A válasz ugyanis két mozzanatot tartalmaz: részben kifelé irányuló felháborodás, agresszív kifejezését (E), ugyanakkor a probléma megoldására irányuló kísérletet (i) is. A jelölésnél az is egy fontos elv, hogy ha a válasz a dominancia szempontjából ösz-

szett, több eleme különböző kategóriákba (akadálydominancia [O – D elem], önmagát hibáztatása [E – D elem], helyzetmegoldás [N – P elem]) sorolható, akkor csak egy jelzést adunk, mégpedig az utoljára megjelenő tényezőt. Példaként, ha a személy az előbb említett 7. képre az alábbi választ adja: „Sajnálom, valóban nagyon arrogáns voltam. (I) De tényleg légy volt a leve semben. (E) Most szépen kérem, cserélje ki. (i)”, akkor a legutolsó mozzanatot (i), jelen esetben a helyzet megoldását jelöljük csak le.

Érdekesség, hogy az eredeti tesztleírásban az instrukció a humoros válaszokat tiltotta (Rosenzweig, 1945: 4.). Később ez a kitétel kikerült az instrukcióból, hiszen frusztrációnkat, dühünket gunyoros, szarkasztikus mondatokkal is ki tudjuk fejezni. Gúnyolódhatunk a másik személyen (E), önmagunkon (I) és a helyzet kiábrándító voltán is (M).

A PFT tesztcsomag részeként egy ún. összesítő lapot is kapunk. Ez az összesítő lap formulájában alig változott az eredeti, 1945-ös megjelenéshez (Rosenzweig, 1945) képest. Az összesítő lapon első lépésként a „Jelölés” elnevezésű táblázatba a 24 képre adott választ a fent ismertetett szempontok szerint egyenként jelöljük a 11 jel segítségével. A táblázat a válaszokat a reagálás típusa szerint csoportosítja. Majd az ún. Profil táblázatba vezetjük át az egyes jelek gyakoriságát,

3. táblázat. Példák a frusztrációs helyzetre adható reakciókra a 3. kép kapcsán

	Akadálydominancia (O – D)	Személydominancia (évédelem) (E – D)	Céldominancia (N – P)
Extrapunitív (E)	„Jó volna, ha végre már levénne a kalapját.”	„Mit képzelsz magáról ez a nő? Hogy lehet valaki ilyen érzéketlen, hogy kalapban jön a moziba?”	„Szóljál már neki, hogy vegye le a kalapját!”
Intrapunitív (I)	„Végül is nem gond, egész jól látok tőle.”	„Az én hibám, másik sorba kellett volna jegyet vennem.”	„Kérem, le tudná venni a kalapját? Sajnos nem látok tőle semmit. Köszönöm.”
Impunitív (M)	„Semmi gond, hisz nem is olyan nagy a kalapja.”	„Mit lehet tenni, van ilyen. Egy színházban ez benne van a pakliban.”	„Talán majd nemsokára leveszi a kalapját, elég meleg van itt.”

Megjegyzés: A 3. PFT-szituációban egy moziban/színházban egy széles karimájú kalapos nő ül be egy ember elé, így az nem látja a vásznat/színpadot, utóbbi helyzetéből kell a vsz.-nek reagálnia. A kiegészítő jelekre itt adunk egy-egy példát: Az E-ra az alábbi lehet példa: „Most mit noszogatsz, mit csináljak, nem tehetek róla, hogy a jegypénztáros ide adott jegyet.” Az I-t pedig a következő reakció szemléltetheti: „Tudom, hogy elülhetnénk, de tudod, milyen kényelmetlen átmenni máshová, amikor már éppen kezdődik az előadás.”

ezeket az összesített adatokat átszámítjuk %-os értékre, illetve meghatározzuk a hozzá tartozó T-értéket. Tehát megkapjuk például azt, hogy az összes válasz hány százaléka intrapunitív, azaz önbüntető jellegű, és a T-transzformáció segítségével ennek a standard értékét is. A százalékos arányok kiszámításához az összesítő lapon szereplő ún. Átszámítási táblázat nyújt segítséget. A megfelelő T-értéket pedig az összesítő lap hátoldalán szereplő – nőkre és férfiakra külön összeállított – 1. táblázatból olvassuk ki. Az összesítő lapon szerepel egy ún. Kiegészítő profil táblázat, mely a felelősség el- és áthárításával kapcsolatos (E és I) válaszokat számszerűsíti a többi jel arányában. Ezt az átszámítást szintén az összesítő lap hátoldalán szereplő 3. táblázat segíti. A kiegészítő profil T-értékei azt segítik árnyalni adott személynél, hogy a büntetési feszültséget mennyire kezeli éretten.

Egy lényeges további mutató az ún. konformitás-index (Group Conformity Rating Scale, GCR), amely 16 képre adott válasz esetében az átlaghoz viszonyítva méri a válaszok konformitását, azaz egyezését a jellemző reakciókkal. A GCR-index alacsony (40 alatti) T-értéke ennek megfelelően a társadalmi normákhoz kevésbé alkalmazkodó, míg túlzottan magas (60 feletti) T-értéke a befolyásolhatóságot, a környezethez való túlzó, kritikátlan, merev illeszkedést mutatja.

Érdeemes a teszteredmények értékelésénél a teszt-helyzetbe (a képeken szereplő szituációba, a személy helyébe) való beleélés fokozatait is figyelembe venni, mert az diagnosztikai támpontokat adhat. Szakács (1974) például az identifikáción alapuló beleélés (E/1 személyű válaszadás a szituációnak és a szerepnek megfelelően) mellett megkülönbözteti a dramatizált beleélést (gesztusokkal, mimikával kísért érzelm kifejezés), a referált beleélést (amikor E/3 vagy T/3 személyben fogalmazódik meg a válasz) vagy a deskripciót, azaz a képleírást (a beleélés teljes hiánya). Részletesen ld. Szakács (1974). Nemes Livia (1968) pedig a PFT-ben megjelenő különleges reakciókat (pl. elakadások, disszimulációk, szubjektív vonatkoztatás) összegzi. Példaként emeljük ki a Rorschach-tesztből jól ismert Versagen-reakciókört. Amennyiben a válaszadó a képre adott válaszában azt hangsúlyozza, hogy azért nem tud válaszolni, mert még nem volt ilyen helyzetben, olyan elakadásról van szó, amely egocentrikusságra utal, de biztatással könnyebben feloldható. További elakadástípusok – melyek a Rorschach-teszt sokk-reakciójának felelnek meg – amikor a személy azért nem ad választ, mert úgy érzi, hogy ha belelélné magát a szituációba, nagyon dühös lenne, vagy rendkívül kínos lenne számára a helyzet.

Ez a két utóbbi válasz agressziózárlatként is felfogható és annak megfelelően válaszként jelölhető. Az agresszió elfojtására irányuló tendencia mint személyiségvonás ugyanis lényeges pszichodiagnosztikai implikációval bírhat (Nemes, 1968).

Végezetül, a teszteredmények ugyan arról nem adnak információt, hogy a vizsgálati személy frusztráció-tolerancia-képességét milyen tényezők befolyásolják. Ezeket az információkat az anamnesztikus adatokból, illetve a további pszichodiagnosztikai tesztanyagból nyerhetjük ki. Érdeemes szem előtt tartani, hogy a stressztűrő képességet öröklött és veleszületett idegrendszeri, szomatikus tényezők is befolyásolják a szerzett pszichés és testi (pl. hosszan tartó stresszhatásra kialakuló betegség, fáradtság), valamint a környezeti hatások mellett. Utóbbiak esetében Rosenzweig (1944) ún. „optimális frusztrációról” beszél, egy olyan kihívásszint-ről, amely nem túlzottan megterhelő, mégis valamennyi frusztrációt biztosít. Az erőteljes stressz ezzel ellentétben kimeríti a szervezet energiáit, ha pedig nincs jelen stresszhatás, a gyermek nem tudja elsajátítani a frusztrációra adható adaptív válaszokat. Mindkét szélsőséges frusztrációs övezet gátolja az alkalmazkodást segítő stresszkezelést, így a fejlődést.

3. A mérőeszközzel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

Mivel Rosenzweig célja már a tesztfejlesztés folyamatában az volt, hogy olyan pszichodinamikus fogalmakat teszteljen, illetve tegyen mérhetővé, mint a frusztráció, az agresszió típusai és irányai, valamint az elfojtás, a projektív teszt kialakítását eleve egy kutatássorozatba ágyazta. Ennek a *Képasszociációs kutatás a frusztrációra adott reakciók felmérésére* címet adta (Picture-Association Study for Assessing Reactions to Frustration), melyet később *Képasszociációs kutatásra* (Picture-Frustration Study, PFS, Rosenzweig, 1944) rövidített. A tesztelést dolgozó kutatókat a mérőeszközzel szerzett minél több empirikus anyag felhalmozására buzdította. A PFS-t bevezető tanulmányában nemklinikai felnőtt mintán például kimutatta, hogy a férfiak és a nők máshogyan reagálnak az egyes képekre (Rosenzweig, 1944). Ennek nyomán a két nemre különböző standardpontokat határoztak meg az egyes mutatók esetében.

Az inter-rater megbízhatóság a felnőtt PFT esetében magasnak, 85%-osnak bizonyult, ahogyan a megismélt tesztelés megbízhatósága is a fő pontozási dimenziók

mentén. Szintén pozitív eredményeket kaptak a teszt konstruktumvaliditása és gyakorlati érvényessége szempontjából is. A megbízhatóságra és érvényességre vonatkozó empirikus bizonyítékokat Rosenzweig (1978a; 1978b) két kötetben foglalta össze. Két eredményt emelünk ki ennek kapcsán. Albee (1950) például azt találta, hogy a PFT-ben kifejezett agresszió szorosan kapcsolódott a vizsgált pszichiátriai betegek tünettanához és prognózisához. A szkizofrén páciensek szignifikánsan több extrapunitív reakciót adtak a tesztben. Gatling (1950) pedig javítóintézeti fiúk körében szignifikánsan magasabb extrapunitív válaszsámot mutatott ki a kontroll fiúkhoz képest. Egy friss kutatás is azt erősítette meg, hogy fogvatartotti mintában igen alacsony frusztrációs tolerancia jellemző, különösen a lopást elkövető csoportban a többi bűncselekménytípushoz képest (Ferreira és Captao, 2013).

A francia változat kapcsán ugyanazon személynél, aki két év után töltötte ki újra a tesztet, a válaszok között 0,90 fölötti együttjárást találtak az egyes mutatók tekintetében, ami rendkívül erős stabilitást jelez (Pichot, 1955). Ennek alapján a PFT a személyiség egy viszonylag állandó jellemzőjét képes megragadni.

A PFT-t a világ szinte valamennyi országában lefordították és standardizálással adaptálták, ezáltal kulturális összehasonlító vizsgálatokra is lehetőség nyílt a teszt által vizsgált indulatkezelés tekintetében (Rosenzweig és Rosenzweig, 1976).

Magyar vizsgálatok elvéve találhatóak a PFT-teszttel, ráadásul ezek szinte kivétel nélkül szakdolgozati szinten maradtak. Bordás és Hunčík kötete (1999) a PFT módosított, nemzetiségi konfliktusokra (pl. egy hivatalnok nem akarja elintézni valaki ügyét, mert az kisebbségként nem beszél jól a többségi nyelvet) általuk átdolgozott változatát használták egy kiterjedt kutatásban. Kimutatták, hogy az etnikai alapú frusztrációk agressziót szülnek, a legerőteljesebb frusztrációt pedig mind a kisebbség (nem tudja jól megértetni magát), mind a többség (nem érti jól a kisebbséget) számára a nyelv használatával, a kommunikációval kapcsolatos problémák jelentették.

4. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk ismertetése

A PFT-t egy ún. kiegészítő tesztként használhatjuk: az átfogó személyiségvizsgáló eljárások mellett a személyiségműködés egy specifikus területét, a frusztrációkezelést

teszti mérhetővé. Egyik előnye, hogy a vizsgálati személy stresszkezelési nivóját árnyalataiban képes bemutatni, ezzel értékes információkat nyerhetünk az egyén alkalmazkodását tekintve. A teszt alkalmazhatóságát erősíti továbbá az egyszerű, mobilis tesztbatteria, a viszonylag gyors tesztfelvétel, a biztos elméleti háttéren – Rosenzweig frusztrációs elméletén (Rosenzweig, 1944) – nyugvó, uniformizált kiértékelés, ezzel összefüggésben számos sztenderdizált mutató. A képanyag máig megőrizte relevanciáját: az ábrázolt helyzetek könnyen érthetőek, mindennapi, mindannyiunkkal bármikor előforduló szituációk, ami segíti az azokba való belehelyezkedést. A PFT ezen tulajdonsága biztosítja, hogy a teszt igen széles körben felvehető. Végül érdemes kiemelni, hogy ez a projektív eljárás olyan területet és az azokra adott, személyre jellemző reakciókat méri fel, amely mindannyiunk sajátja, hiszen nincs olyan ember, aki ne találkozna kisebb-nagyobb stresszhelyzetekkel a mindennapi életében.

A PFT hátránya lehet, hogy kevésbé terjedt el a nemzetközi és a hazai gyakorlatban – vélhetően amiatt, hogy specifikus területre fókuszál, s nem a személyiség átfogó mérésére. Ennek nyomán kevés a teszttel foglalkozó empirikus kutatás, illetve a jelöléshez minimális példaanyag szerepel mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban. Magyarul a jelöléshez például mindmáig ugyanaz az 1968-ban kiadott példa válaszkészlet szolgál alapul (Szakács, 1969). A tesztet felhasználó esettanulmányok, esetvignetták köre is igen szűk. A nemzetközi irodalomban is alig lelhető fel ilyen irányú munka. A leggyakrabban Rosenzweig (1945) néhány rendkívül rövid esetpéldájára hivatkoznak, melyek a tesztet bemutató írásában olvashatók. Ez a négy esetvignetta ugyanakkor jól rávilágít arra, hogy a személyiségleírást milyen hatékonyan kiegészítheti a páciens agressziókezeléséről való pár mondatos összefoglalás. Egy rövid esetismertetés keretében szeretnénk ezt mi is szemléltetni. Egy 28 éves Kevert kényszeres gondolatok és cselekedetek diagnózissal bíró férfi PFT tesztjében a frusztrációs helyzetek elkerülése, az azokból származó negatív érzelmek elfojtása, valamint a hibákért való felelősség agresszív elutasítása volt domináns. A kiegészítő mutatók arra is rávilágítottak, hogy a személy a büntudatát próbálja elkerülni saját maga agresszív védelmével, a felelősség másra hárításával. A teszt összességében egy erős elhárításokkal küzdő, fokozottan szorongó, gyenge énszervezettséget mutató működést jelzett. A nyílt agressziót ugyan legátolta, de „kerülő úton”, mások állandó hibáztatásával, leértékelésével mégis erősen megterhelte

közvetlen környezetét. A teszt kapcsán nyílt meg az út afelé, hogy a páciens a számára frusztráló helyzetekről, abban való szerepéről, valós érzéseiről, félelmeiről beszélni tudjon. Kiderült, hogy fokozott kisebbségtudatossági érzése erős szorongást indukál, narcisztikus alapú énvédelmi mechanizmusként állandósulhatott így az önkritika masszív elfojtása, ezzel párhuzamosan környezete sokszor alaptalan „leszólása”, leértékelése. Konkrét családi frusztrációs helyzetek átbeszélése kapcsán az egyik fontos felismerését így fejezte ki: „Szorul a torkom, mert a testvérem élete tökéletes, a testvéremre kivetítem a frusztráltságot, elkezdtem fenyegetőzni az öngyilkossággal, de úgyse tenném, ilyenkor az összes főlhalmozódott dolog előjön.” A PFT előnye tehát így az is, hogy az eredményeket vissza tudjuk forgatni a páciens ellátásába, a frusztrációs helyzetek kezelésében a maladaptív reakciókat a hatékonyabb adaptáció felé mozdíthatjuk el.

5. Következtetések

A PFT a képi és a mondatasszociáció eljárásait kombináló teszt, mely specifikus területre fókuszál, a frusztrációtolerancia és így a stresszkezelés projektív felmérésére. A projekciós mechanizmust a képi anyag jellegzetességei is erősítik: a képregényszerűen megrajzolt, arctalan emberi figurák helyzetébe való belehelyezkedéssel kívánja az azonosulást stimulálni. A feszültségekkel való megküzdés felmérésére több papírceruza teszt is született, a projektív – így a rejtettebb, a tudatosan kevésbé kontrollálható modellreakciók azonosítását lehetővé tevő – eljárások közül e tekintetben azonban a PFT kiemelkedő. A klinikai célok kivételével, melyekre a vizsgálatot eredetileg szánták, szűrő-, illetve szelekciós eszközként a munkalélektanban, valamint a kulturális különbségek vizsgálatára is használják. Alkalmazhatósága, időtálló mivolta a részletesen kidolgozott, érvényes elméleti alapon – Rosenzweig általános frusztrációs elméletén –, továbbá logikus és jól számszerűsíthető kiértékelésén, valamint korai, alapos tudományos tesztelésén nyugszik. Más tesztekkel együtt alkalmazva a technika jelentős potenciállal rendelkezik, hiszen az érzelem- és indulatszabályozás feltárásával a pszichoterápiás alkalmasság megítéléséhez is támpontokat nyújthat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Albee, G. W. (1950). Patterns of aggression in psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 14(6): 465–468.
- Bordás S., & Hunčík, P. (1999). *FER. Feszültség-előrejelző rendszer*. Nap Kiadó, Budapest.
- Gatling, F. P. (1950). Frustration reactions of delinquents using Rosenzweig's classification system. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45(4): 749–752.
- Ferreira, E. O., & Capitaio, C. G. (2013). Rosenzweig Frustration Test to assess tolerance to frustration and direction to aggressiveness in criminals. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 3(2): 49–56.
- Larsen, R. J. (2005). Saul Rosenzweig (1907–2004). *American Psychologist*, 60(3): 259. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.259>
- Nemes L. (1968). Különleges reakciók és választások értelmezése a frusztrációs próbában (PFT). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 25(4): 553–563.
- Pálhegyi F. (1976). *Gyermekek frusztrációs próbája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pichot, P., & Danjon, S. (1955). La fidelite du Test de Frustration de Rosenzweig. *Revue de Psychologie Appliquee*, 5: 1–11.
- Pichot, P., & Danjon, S. (1955). *Le test de frustration de Rosenzweig. Adaptation, standardisation et alonnages franais*. C.P.A., Paris.
- Rosenzweig, S. (1938). The experimental measurement of types of reaction to frustration. In Murray, H. A. (ed.): *Explorations in personality*. Oxford University Press, Oxford. 585–599.
- Rosenzweig, S. (1944). An outline of frustration theory. In J. M. Hunt (ed.): *Personality and the behavior disorders*. Ronald Press, New York. 379–388.
- Rosenzweig, S. (1945). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 14: 3–23.
- Rosenzweig, S. (1978a). *Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. Praeger, Westport.
- Rosenzweig, S. (1978b). *Basic Manual for the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study*. Rana House, St. Louis.
- Rosenzweig, S., & Rosenzweig, L. (1976). Guide to research on the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study, 1934–1974. *Journal of Personality Assessment*, 40(6): 599–606.
- Rosenzweig, S., Fleming, E. E., & Rosenzweig, L. (1948). The Children's form of the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary*

- and Applied*, 26(1): 141–191. DOI: 10.1080/00223980.1948.9917400
- Szakács F. (1969). A Rosenzweig-féle frusztrációs teszt (P.F.T.) Pichot és mts instrukciós füzetét átdolgozta: dr. Szakács Ferenc. In uő (szerk.): *Öt klinikai próba*. (Vademecum sorozat, 29.) 2., bővített kiadás. Országos Ideg és Elmegyógyintézet Pszichodiagnosztikai Laboratóriuma, Budapest. 47–88.
- Szakács F. (1974). A Rosenzweig-féle Picture Frustration Test. In Mérei F., Szakács F. (szerk.): *Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek*. Medicina, Budapest. 157–171.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2016). *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory, and Applications*. (3. ed.) The Guilford Press, New York.



Szóasszociációs technikák: A Jung-féle szóasszociációs teszt bemutatása

Reinhardt Melinda¹

Tanulmányunkban a Jung-féle szóasszociációs tesztet mutatjuk be, amely Carl Gustav Jung analitikus komplex pszichológiai irányzatának szerves része, s kimondott szavakra kér képzettársítást a vizsgált személytől. Ez a projektív teszt a szavakra adott első asszociáció alapján von le következtetéseket a személyiségről. Szóasszociációs eljárásokat már jóval korábban használtak a kísérleti pszichológiában, például Galton, Wundt vagy Kraepelin. A vizsgálatvezető által kimondott ingerszó és a vizsgálati személy lehető leggyorsabb válasza között eltelt reakcióidőből egyének közötti intellektuális különbségek azonosítását remélték. A Zürichi Pszichiátriai Klinikán folyó kutatások azonban rámutattak, hogy nem az intellektus, hanem az érzelmek határozzák meg a szavakra adott első, gyors asszociációkat (Peterson és Jung, 1907: 187–188.).

1. Bevezetés, az elméleti háttér bemutatása

A Jung-féle szóasszociációs teszt Jung analitikus pszichológiájából nőtt ki, a Burghölzli kórházban végzett laborvizsgálataiban formálódott. A teszt működésének megértéséhez így elengedhetetlen a jungi pszichológia néhány alapfogalmának kifejtése. Jung kezdetben formálódó elméletét a komplexusok pszichológiájának, később analitikus komplex pszichológiának nevezte. Az analitikus kitétel Freudtól, a pszichoanalízistől való eltérésekre, egyedi gondolatokra utalt, míg a komplex a komplexusok emberi pszichében való meghatározó szerepére (Jung, 2014). Abban Jung megegyezett Freuddal, hogy a személyiség felépítésében a tudatos és a tudattalan képezi a fő szervező erőket, ám Jung ezek kibontása kapcsán jelentősen eltért Freudtól. Részen abban a jól ismert tényben, hogy Jung a személyes tudattalan (az egyéni élethez kapcsolódó elfojtások) mellett bevezette a kollektív tudattalan fogalmát (Jung, 1934a). Utóbbival a lelki működést az egyetemes emberi kul-

túra felől közelítette meg: mindannyiunk kollektív tudattalana sűríti az ősi emberi, sőt az állati lét tapasztalatait, összességében az élet eseményeinek archaikus örökségét. A személyiségen belül ez a rész az egész emberiséggel közös: a világról, a természetéről, az életről való tipikus – ismétlődő –, így időtlen tapasztalatokat képes összesíteni. Ezeket nevezte el Jung archetípusoknak. Úgy vélte, ezek a tapasztalati alapstruktúrák (pl. az alapvető emberi kötődések és szerepek mintái, veszélyhelyzetek, fejlődés/újjaszületés, születés, halál, hősiesség) az idegrendszerünkben tárolódnak, így minden ember veleszületett jellemzői, öröklöttek (Jung, 1934a). Ily módon az archetípusok láthatatlan keretet jelentenek, s szimbolikus képek formájában aktiválódnak, ezek az ún. archetipikus képek. Az archetipikus képek a kollektív tudattalan transzformált változatai, s mint ilyenek egyéni módon jelennek meg adott személynél, mert a kollektíven öröklött tapasztalatokat az egyéni élet során szerettek árnyalják (Jung, 1934a).

Másrészt az analitikus pszichológia újdonsága az is, hogy a tudattalan pozitív dinamikus erőként is jelen lehet. Egészséges esetben ugyanis a tudatos és a tudattalan folyamatos kölcsönhatásban állnak egymással, ami a személyiség kiteljesedését segíti elő. A tudattalan tartományokból váratlan módon olyan tartalmak – ötletek, érzések, gondolatok, inspiratív elemek – bukkanhatnak elő, melyek a tudatosba való integrálódással lendítik előre a személyiségfejlődést. Részen ez adja a személyiség dinamikus fejlődési potenciálját, másrészt a tudattalanba szorult komplexusok tudatközelbe kerülésével azok feldolgozását segíti a folyamat. A tudattalانبól a tudatosba beáramló részek ugyanis optimális esetben abba integrálódnak. Ezzel a folyamatnak egészségmegőrző szerepe van, s a jungi pszichológiában a személyiségfejlődés útja is (Antalfai, 2016). Jung a lelki működés lényegének az ellentétek kiegyenlítési folyamatát tekintette. A Taót tanulmányozva kiemelte, hogy a pszichés egység felé való törekvés mindannyiunk potenciálja:

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

a tudatos működések mindegyikének az ellentéte megtalálható a tudattalanban. Ezeket az ellentétes működésmódokat azonban gyakran nem használjuk vagy nem tudjuk kontrollált módon kiaknázni. Az egységes, integrált működéshez a tudattalan ellentétes tendenciáit – vagy legalábbis abból minél többet – a tudatba kell integrálnunk. Ezért mondja azt Jung, hogy a tudattalanba szorult ellentétek a lelki működés hajtóerői (Jung, 2014). Az ellentétek szintézisének alapszik a jungi pszichológiában a személyiségrészek kialakulása és változása (pl. én – árnyék, nőiség – animusz), valamint maga a személyiségfejlődés. A Jung által individuációnak nevezett fejlődési folyamat az emberben rejlő ellentétek fokozatos és élethosszi feloldását jelenti (Süle, 1996). Ebben a kontextusban ki kell emelnünk a komplexus jelenségét, mely Jung pszichológiájában központi jelentőséggel ruházódik fel. Jungnál a komplexusok olyan lelki tartalmak, melyek a több részből (pl. ego, perszóna, árnyék) álló, de egységes, teljes személyiségről hasadnak le és izolálódnak a tudattalanban (Jung, 1934b). A komplexusok érzelmileg erős töltettel bíró asszociációhalmazok. Ezeket a képzet- és érzelmhalmazokat hangsúlyos jellegük miatt nehéz kezelni. Mindannyiunk tudattalanában megszámlálhatatlan komplexus van beszorítva. Abban azonban nagy egyéni különbségek lehetnek, hogy a tudattalantól a tudatosba a komplexusok milyen számban és dinamikában integrálódnak (Jung, 1934b).

Jung az általa bevezetett fogalmak, mechanizmusok tesztelésére szeretett volna egy mérőeszközt kidolgozni. Ennek a folyamatnak az eredménye lett az évek során Jung első munkahelyén, a Burghölzli kórház pszichiátriai részlegén kifejlesztett Jung-féle szóasszociációs próba. A Zürichi Egyetem Pszichiátriai Klinikáján, a Burghölzliben, Jung kezdő orvosként szenvedélyesen vetette bele magát nemcsak a terápiás munkába, hanem diagnosztikai eszközök kifejlesztésébe is. 1900 és 1909 között a kor neves pszichiáttere, Eugen Bleuler mellett dolgozott a pszichiátriai osztályon. A századelőn Jung apai ágú unokatestvére, a vele szinte egyidős Franz Beda Riklin – aki a gyakorlati munka mellett a kísérleti pszichológia felé is intenzív érdeklődést mutatott – szintén a Burghölzliben tevékenykedett pszichiáterként. A két unokafivér már az 1900-as évek legelején belekezdett a szóasszociációs teszt vagy más néven a verbális asszociációk kidolgozásába. 1905-ben vizsgálataikat egy terjedelmes tanulmányban foglalták össze, ekkor még 400 szót használva hívóingerként (Jung és Riklin, 1905). Riklin még ebben az évben távozott a kórházból, így Jung néhány kollégáját – például Karl Abrahamet és

Alphonse Maedert – vonta be a további kutatásokba. Fő céljuk azt volt, hogy a szavakra adott asszociációk pszichopatológiai vonatkozásait azonosítsák a betegek körében. Kimutatták, hogy az ingerszavakat követő gyors, első asszociációk, amennyiben a személy számára érzelmileg telítettek, zavart okoznak az asszociációs folyamatokban (Jung, 1906).

A korabeli pszichiátriai körök egy része idegenkedéssel fogadta az új módszert. 1909-ben Jung éppen azért mondott fel a Burghölzliben, mert elutasították javaslatát egy „pszichopatológiai laboratórium” kialakítására (Möller, Scharfetter és Hell, 2002). Mindenképpen meg kell említenünk, hogy a szóasszociációs teszt kidolgozását jelentősen dinamizálta az a tanulmányút, amelyet Jung 1902-ben Párizsban tett a kor traumakutatásának kiemelkedő alakjánál, Pierre Janetnél a Salpêtrière kórházban (Gay, 1988). Janet tudattalan fixált ideák koncepcióját Jung hasonlatosnak találta saját komplexustanával (Ellenberger, 1981). Janet ugyanis úgy vélte, hogy a traumatikus események jelentős energiát vonnak el a mentális funkcióktól, mert a traumás hatásokra megjelenő erőteljes érzelmek módosítják a normál információfeldolgozási mechanizmusokat. A traumaemlékek ezért lehasadnak a tudatról, és e miatt a diszszociatív folyamat miatt a traumás emlékek kikerülnek az elbeszélhető élettörténetből, ugyanakkor „kerülő úton”, mégis megjelenhetnek, például indokolatlan féltelmek vagy testi tünetek formájában (Heim és Bühler, 2006). Jung komplexustanában a tudattalanba szorult komplexusok hasonlóképpen távol vannak a tudatostól, de feszültségük kihat a testi folyamatokra, és megjelenhetnek az álmokban (Jung, 1934b). Jung arra tett kísérletet a szóasszociációs próba kifejlesztésével, hogy tetten érje a válaszadó lehetséges komplexusait.

Jung 1906-ban Würzburgban a második német kísérleti pszichológiai kongresszuson találkozott egy zürichi neurológussal, Veraguthtal, aki beszámolt az általa elnevezett galvánpszichofizikai reflexről (Jung, 1907). Veraguth rámutatott arra, hogy személyeknek bemutatott (akusztikus, vizuális, tapintási stb.) ingerek hatására megjelenő galvános (elektrodermális) bőrreakció nem a bemutatott inger erősségével (pl. hangosabban kimondott szó), hanem az inger személyre jellemző pszichés jelentőségével állt kapcsolatban. Ráadásul nem a személy számára hangsúlyos inger érzékelésével azonos időben, hanem 1–6 másodperc – azaz valamelyes látencia – elteltével (Neumann és Blanton, 1970). Jungot lenyűgözték a hallottak, s a Burghölzlibe visszatérve maga épített meg egy galvános bőrreakciót detektáló

műszert (ennek részleteit 1907-ben, a *Journal of Abnormal Psychology*-ban tette közzé). Érdekességképpen jegyezzük meg, hogy Veraguth és Jung munkáira alapozva Marston 1914-ben használta először a módszert a nem őszinte válaszok kiszűrésére első világháborús kémek kihallgatásánál, ezzel bevezetve a műszeres hangsúlyvizsgálatokat (Marston, 1938; Granhag és Strömwall, 2009; Budaházi, 2021).

2. A mérőeszköz bemutatása, alkalmazási területének ismertetése, fő indikációk példákkal

2.1. A mérőeszköz működési elve

A Jung-féle szóasszociációs teszt a személyes és a kollektív tudattalan, azzal összefüggésben pedig az archetípusok, a komplexusok és az integráció jelenségeit helyezi a középpontba. Jung szerint a tudattalanunkban lappangó komplexusok olyanok, mint a „kisördögök”, akik szándékainktól függetlenül igyekeznek a saját – a tudatos szervezetsége nélküli – életüket élni (Jung, 1977: 72–73). Jung (1977) terminológiájában részszemélyiségeket alkotnak. A külső és belső hatásokra – például normatív krízis (pl. serdülés, anyaság, életközép), kapcsolati konfliktus, traumatikus történések, transzgenerációs hatások – aktiválódó komplexusok elsősorban álmainkban jelennek meg, ott leginkább megszemélyesült formában (Jung, 1977). Jung ennek felismerésével saját álomelemzési gyakorlatot alakított ki, melynek központi célja annak feltárása, hogy az álom mit mond a megjelenő komplexusról. Ugyanakkor Jung folyamatosan kereste a komplexusok feltárásának további módszereit. Ez a törekvés vezetett el a szóasszociációs teszt kidolgozásához. Jung és Franz Riklin a Zürichi Pszichiátriai Klinikán kezeltjeiken formálták a teszt szóanyagát. Felismerték, hogy a komplexusokat feszültségük, erőteljes energiájuk miatt nehéz elnyomni. Ennek eredményeképp az aktiválódott komplexusok kihatnak a fiziológiai folyamatokra: befolyásolják a szív működést, a légzésritmust, a gyomorműködést vagy éppen a bőr elektromos ellenállását (Jung és Riklin, 1905). Ezért fiziológiai mérésekkel is megpróbálták alátámasztani a szóasszociációs teszt szóanyagára adott válaszok jellemzőit. Kifejlesztették a „pszicho-galvanométert”, mely az érzelmi stimulusokra – bizonyos, a személy számára érzelmi töltettel bíró szavakra – a bőr ellenállásában bekövetkező változásokat képes mérni. Az elektroder-

mikus reakció mellett egyéb fiziológiai reakciókat (pl. pulzusszám, légzésváltozás, utóbbit pneumográffal detektálva) is mérték a komplexusok aktiválódásával keletkezett érzelmi stresszhatások nyomán. Jung (1906) rámutatott, hogy a személyesen lényeges érzelmi ingerek nagyobb ingadozást eredményeztek a galvános bőr-ellenállásban. Egészséges és pszichiátriai beteg (dementia preacoxban – gyors mentális hanyatlással járó pszichotikus tünetekben – szenvedő) személyek reakcióit is összehasonlították a szóasszociációs tesztben. Utóbbiak jelentősen meghosszabbodott reakcióidővel adtak asszociációt számukra komplexusterhelt szavakra (esetpéldákkal kiegészítve ld. Peterson és Jung, 1907). Egyik eseteírásuk szerint egy súlyosan depressziós, öngyilkossági szándékkal a klinikára került férfi betegük a szóasszociációs teszt négy szava – a *víz*, a *tó*, a *hajó* és az *úszni* – esetében jelentősen meghosszabbodott reakcióidőt adott. A pácienssel folytatott exploráció során kiderült, öngyilkosságát vízbefulladásal tervezte. Az egyén számára jelentőséggel bíró szavak, amelyeknek jelentőségét az azokra adott érzelmi és fiziológiai válasz jelzi, komplexusindikátornak tekinthetők (Peterson és Jung, 1907). A komplexusindikátorként azonosított szavak és az azokhoz kért asszociációk mutatják meg azokat a területeket, amelyekkel a páciensnek problémája – komplexusa – van, s amelyek pszichés tüneteit eredményezhetik.

2.2. A tesztanyag jellemzői

A jelenleg használt tesztanyag 100 szóból áll (Jung, 1907; 1. melléklet). Jung a szóanyag kialakításakor arra törekedett, hogy abban egyszerűen megérthető, a mindennapi életünkhöz kapcsolódó szavak kerüljenek (Jung, 1906). A szóasszociációs tesztel végzett vizsgálatok során igyekezett olyan szavakat meghatározni, melyek gyakrabban érinthetnek rejtett komplexusokat (pl. apa, anya, testvér, halál, vétkezni, igazságtalan, család, hazudni). Ugyanakkor arra is rámutatott, hogy – éppen a komplexusok egyénspecifikussága miatt – általában semlegesnek tűnő kifejezések (pl. zöld) adott személy számára konfliktusindikátorok lehetnek (Jung, 1906). Erre lehet példa egy nemi identitásában bizonytalan fiatal felnőtt, akinek a *nő* szóra adott reakciója többféle konfliktusindikátort is leképzett (pl. reakcióidő-meghosszabbodás, a szó megismétlésének képtelensége). Jung (1906) éppen ezért arra biztatott, hogy a 100 szentenderd szót a páciens élet- és kórtörténetéhez igazítva

bővíteni vagy változtatni lehet (pl. bizonyos szavak kicserélésével).

2.3. A tesztfelvétel

A szóasszociációs tesztet – mint más projektív tesztársait – nyugodt, csendes helyiségben, négy szemközt vesszük fel. Mivel asszociációs tesztről van szó, különösen fontos az ellazult, bizalmas helyzet biztosítása. A tesztfelvétel viszonylag gyors – mivel 200 szóra kérünk első asszociációt –, kb. 10-20 perc. Az instrukció is egyszerű – a projekciós helyzetnek kedvezve: „Szavakat fogok mondani Önnek. Arra kérem, minden szó után mondja ki a lehető leggyorsabban az első szót, ami az eszébe jut.” Amennyiben a személy nem szavakkal, hanem mondatokkal vagy hosszabb szöveggel válaszol, ismét arra kérjük, hogy egy szót mondjon minden esetben. Amennyiben a válaszadó ezt nem tudja tartani, befejezzük a tesztfelvételel. A leggyakrabban az ilyen típusú válaszadás az ellenállás jele. Példa lehet erre egy rendkívül intelligens, de erősen kényszeres férfi esete, aki a pszichodiagnosztika során olyan intenzív elhárításokat működtetett, hogy nem volt képes bevonódni a Jung-féle szóasszociációs tesztbe. Így az 5. szó után leállítottuk a tesztfelvételel. A víz szóra például a következő választ adta: „vízcsapból kifolyó vizet elképzem, elképzem a szavakat, például a csapat”.

A tesztfelvétel során kétszer mutatjuk be – mondjuk el – egymás után az ingerszavakat:

- (1) Először végigmegyünk a 100 szavas listán, mindegyik szót felolvasva, és azonnali egyszavas asszociációt kérve azokra. Minden esetben lejegyezzük a válaszszavakat és a stopperórával mért reakcióidőt másodpercben. A megjegyzés oszlopba a páciens olyan verbális, nonverbális vagy fiziológiai reakcióit (pl. zavarba jön, dadog, elpirul) jegyezzük fel, amelyek nem szokványosak a személynél.
- (2) Az első tesztfelvételi kört követően arra kérjük a vizsgálati személyt, hogy az ismét felolvasott szavak esetében emlékezzen az első körben adott válaszára, tehát ismétlje meg, hogy adott szó kapcsán mit mondott néhány perccel korábban. Ezt nevezte Jung (1907: 249.) „reprodukciós módszer”-nek. A tapasztalatok szerint sem nemklinikai, sem klinikai mintán általában nem okoz jelentősebb nehézséget az első körben adott szavakra való visszaemlékezés. Feljegyezzük, hogy sikerült-e a második körben az első kör adott válaszszavát megismételnie a vizsgált

személynek. Amennyiben más válaszszót ad, azt külön az „új válaszszavak” oszlopban pontosan feljegyezzük. Jelezzük azt is, ha 2 másodpercen túl válaszol a személy, és a megjegyzés rovatba ismét feljegyezzük, ha vannak, a különleges reakciókat.

2.4. A teszt értelmezése

Kiértékelése viszonylag egyszerű, adekvát értelmezése azonban pszichodinamikus orientációjú, klinikailag és pszichoterápiásan képzett szakembert igényel. A tesztnek nincsen standardja, annak kialakítására sem Jung, sem későbbi kutatók nem törekedtek. Értelmezése a jungiánus, mélylélektani ismeretanyagon nyugszik, az e területen való jártasságot kíván. A Jung-féle szóasszociációs próbát használhatjuk mind a pszichodiagnosztika, mind a pszichoterápia részeként. Előbbi esetben a legstrukturálatlanabb projektív tesztbatteria, a Rorschach-teszt után, de mindenképpen teljesítménytesztek előtt érdemes felvenni. Utóbbi esetben a terápiás folyamatba építhetjük be gyanított komplexusok feltárására vagy a terápiás folyamat elején az asszociációs készség fejlesztésére, „szocializációjára” a nehezebben bevonódó és/vagy rosszabb introspekciós készséggel bíró pácienseknél.

A teszt kiértékelését a lehetséges komplexusindikátor szavak azonosításával kezdjük. Feltételezhető komplexusindikátor szónak tekintjük az alábbiakat (Jung, 1919): (1) elmarad a reakció (Versagen), (2) a saját reakcióidő-átlaghoz képest megnyúlik a reakcióidő, (3) más szavaknál nem tapasztalt kísérőjelenségek (pl. zavart nevetgélés, dadogás, suttogás) tűnnek fel, (4) valamely szó kijavítása, (5) ingerszó félreértése, (6) furcsa, csupán hangzásbeli kapcsolat (pl. ütni – sütni, beteg – retek) megjelenése a válaszban, (7) az ingerszó megisméltése, (8) többszavas válasz, (9) nyelvbottlások, (10) idegen nyelven adott válasz, (11) nem a hívószó eredeti értelmével kapcsolatos asszociációk. Ezenfelül a teszt megisméltésénél (12) lényeges eltérés a reagálásban (pl. az először mondott szó elfelejtése, más szó behozatala).

A Jung által megfigyelt átlagos reakcióidő egy-egy szóra 1,5 másodperc volt (Zay, 2002). Lényeges azonban, hogy minden esetben az adott személy saját átlagos reakcióidejéhez (a 100 szóra adott összes reakcióidő osztva 100-zal) viszonyítva értelmezzük az eltéréseket. Jung arra is felfigyelt, hogy a komplexusindikátor szavak a tesztben következő néhány szó esetében is kifejthetik hatásukat. Azaz ezek a szavak valójában nem

komplexusindikátorok, pusztán az előző komplexusindikátor szó perszeveráló érzelmi reakciót hoz létre (Zay, 2002). Hasonló jelenség más projektív tesztekben (pl. Rorschach, TAT) is megfigyelhető.

A teszt értelmezésénél mindenképpen tekintettel kell lenni az emlékezeti tár természetes korlátaira (nem biztos, hogy egy adott szó, amelyre valaki a második körben nem tudja megismételni az első körben adott választát, komplexusindikátor). Figyelembe kell azt is venni, hogy asszociációs zavar külső (pl. zajok, tesztfeltevő halk beszéde) és belső ingerek (pl. fáradtság, stresszhelyzet miatti feszültség) hatására is létrejöhet (Jung, 1919).

Azt, hogy egy adott szó valóban komplexusindikátor, csak a pácienssel végzett utóteszteléssel tudhatjuk meg. A tesztfelvételt követő órára a pszichológus a fenti kritériumok szerint azonosítja a lehetséges komplexusindikátor szavakat, s azokhoz asszociációkat kér, beszélgetést indít a pácienssel a szavakból kiindulva. Az értelmezés alapja tehát a szavak és az arra asszociált szavak tartalma, de legfőképpen az, hogy a páciensben mindez mit rezonáltat meg. Így derülhet ki, hogy adott szó valóban komplexushoz kapcsolódott, valóban tudattalan, elfojtott kínos tartalmak kerültek a felszínre. Ehhez, illetve a tudatközelbe került tartalmak tudatosba történő integrációjához szükséges a klinikusi tapasztalat, illetve pszichoterápiás jártasság.

Egy rövid példával szemléltetjük azt a többletet, amit a szóasszociációs próba hozzá tud tenni a páciens mélyebb megismeréséhez. Egy 17 éves kamasz lány generalizált szorongásos tünetekkel érkezett az ambuláns rendelésre, amit nemszucidális önsértés is kísért. Számos mindennapi élethelyzet miatt aggódott, emiatt az iskolából is sokat kezdett hiányozni, ahol addig központi szerepet töltött be, széles baráti köre volt, csinos lány lévén, a fiúk rajongtak érte. Folyamatos alkalmatlanságban élt, aggódott családtagjaiért, háziállatáért, attól tartott, bármikor történhet „valami rossz”. A legtöbb helyzetet anticipátorosan katasztrófizálta, ennek nyomán az erős feszültséget esetenként önsértéssel és dohányzással csökkentette, szorongása miatt alvásproblémákkal küzdött, s pszichoszomatikus tünetek is jelentkeztek, kimerült volt. Egyedüli gyermekként és a családban lappangó titkok (nagyszülőknél előfordult szucid kísérlet, származási bizonytalanság) talaján erősen túlövő szülői környezet vette körül. Bár igen jól verbalizált, a pszichodiagnosztikai szakaszba nem vonódott be: látszólag minden tesztben részt vett, azonban válaszai sekélyesek voltak, ellenállást tükröztek.

Ebben a folyamatban került felvételre a Jung-féle szóasszociációs teszt. Lehetséges komplexusindikátorként az alábbi szavak emelkedtek ki: *szár, szúrni, büszkeség, fizetni, pénz, megvetni, válni, házasodni, illem, szorongás, koszos, nő*. A szavak egy része az anyagiakkal, egy másik részük pedig a nőiséggel, családalapítással volt kapcsolatos. Több ülésben ezekre a szavakra hozott asszociációt a kamasz, beszélt arról, hogy mit gondol ezekről a tartalmakról, hogyan vannak jelen az életében. Ennek nyomán körvonalazódott az, hogy a közelmúltban belépett egy olyan kapcsolatba, amelyben a vele egyidős fiú két-három hét után már arról beszélt, hogy házasodjanak össze, gyerekeket szeretett volna. Ez a kamaszlányt megrémítette, túlságosan szélsőségesnek érezte a fiú ragaszkodását, a szexualitás megkezdésével kapcsolatban is számos félelme volt. S megijedt attól is, hogy életre szóló elköteleződést várnak el tőle gimnazistaként. Mindezek azokat a familiáris félelmeket is aktivizálták, amelyek a családban női ágon megtörtént korai teherbeesésekhez és azok negatív következményeihez (pl. rossz anyagi helyzet, megbélyegzettség) kapcsolódtak. A kamasz lány a Jung-féle szóasszociációs próba segítségével felszínre hozott tartalmak kapcsán tudta azokat a szorongásteli élményeket ventillálni, amelyekhez szívesen, félelem kapcsolódott, s addig tudatos szinten nem körvonalazódtak.

3. A mérőeszközzel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

Bár a Jung-féle szóasszociációs tesztet maga Jung mérőeszköznek szánta a komplexusok és erejük, hatásuk felmérésére, s Rapaport (Rapaport, Gill és Shafer, 1968) a klasszikus projektív technikák közé sorolta, a teszt valójában nem a klasszikus értelemben vett teszt, hanem egy módszer a tudattalan és az abban rejlő komplexusok feltárására. Mint ilyen kevésbé vagy alig tesztelhető. A módszer bevezetésekor maga Jung is vegyesen közölt adatokat: részben műszeres mérések (galvanométer, pneumográf, reakcióidő) eredményeit, részben esettanulmányokat. Jung számos esetpéldáját a teszt kapcsán magyarul Zay (2002) ismerteti. Jung például kimutatta, hogy bizonyos szavak (pl. tű, erőszak, igazságtalan) esetében az emberek nagy része (több mint kétharmada) megnyúlt reakcióidővel reagál. Ennek háttere feltehetően nem komplexus, hanem ezeknek a szavaknak az általánosan erős érzelmeltető hatása (Zay, 2002).

4. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk ismertetése

A Jung-féle szóasszociációs próba nem klasszikus pszichodiagnosztikai teszt, nincsenek standardjai, eredményei kevésbé operacionalizálhatóak. Pszichológiai iskolától függetlenül sem használható, hiszen mélylélektani alapokon nyugszik. Mégis hasznos információforrás a pszichodinamikus szemléletű pszichológusok számára. Mind a pszichodiagnosztikai, mind a pszichoterápiás folyamatban jól használható a személy – akár személyes, akár családi, Jung szemlélete szerint akár a kollektív tudattalanban gyökeredző – komplexusainak a feltárására. Lehetséges, hogy normatív, azaz fejlődési komplexusba (pl. testvérkomplexus) való beleragadás eredményez elfojtott kínos, traumatikus élményhalmazt a tudattalanban, így a Jung-féle szóasszociációs próba a klinikum mellett a tanácsadási folyamatba is használnál vonható be, különösen az életrszakaszváltások során. Jung (1934b) felfogása szerint a tudattalanban kreatív, inspiratív erők is lakoznak, ezek az energiák a komplexusok feltárása során segíthetik a (személyiség)fejlődési folyamatot, a feltárt komplexus(ok) pozitív megoldását.

A Jung-féle szóasszociációs teszt vált a későbbi mondatbefejezéses technikák (sentence completion methods) alapjává. A szavakra történő asszociáltatás helyett leginkább azért tértek át megkezdett mondatok befejeztetésére, mert az egyetlen szóra adott válaszok – módszertanilag – kezelhetetlen variabilitást mutattak és számos demográfiai és kulturális tényező befolyását detektálták (Anastasi és Urbina, 1997). Az egyik legelterjedtebb, hazánkban is ismert mondatbefejezős teszt a Rotter-féle mondatbefejezős technika (Rotter Incomplete Sentences Blank; RISB; Rotter & Rafferty, 1950), melyben 40 mondatot kell befejezni. A mondatkezdemények nagyon egyszerűek, gyakran valamilyen érzelemkifejező szó szerepel bennük (pl. „Nem szeretem...”; „Bűnösnek érzem magam, amikor...”; „A legcsodálatosabb dolog...”). Ezeket kell a személynek befejeznie (Rotter, 1951). Ennél a módszernél már normákat is fel tudtak állítani, s azokat az idő előrehaladtával meg is újították. A Rotter-féle mondatbefejezős technika megfelelő validitástartalommal rendelkezik (Lah, 1989). A létező, közel ötvenféle mondatbefejezős tesztet Sherry, Dahlen és Holaday (2004) foglalják össze.

5. Következtetések

A Jung-féle szóasszociációs próba az összetett jungi elméleten alapul, ami erős konceptuális beágyazottságot biztosít. A módszer elsősorban abban segít, hogy a konfliktusos, érzelmileg erősen átítatott tudattalan tartalmakat a felszínre hozza, azaz működésmódokat, érzéseket tudatosítson, ezzel lehetővé tegye azok integrációját. A tudatosult belső tartalmak a jungi individuációs folyamatot, azaz a személyiség fejlődését facilitálják. A jungi szóasszociációs technika így válhat a képzett szakember kezében terápiás eszközzé.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Anastasi, A., & Urbina, S. (1996). *Psychological testing*. (7. ed.) Pearson, London.
- Antalfai M. (2016). *Alkotás és kibontakozás. A Katarzisz Komplex Művészetterápia elmélete és gyakorlata*. Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány, Budapest.
- Budaházi Á. (2021). *A műszeres vallomás-ellenőrzés fejlődési irányai*. Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest.
- Ellenberger, H. F. (1981). *The Discovery of the Unconscious*. Basic Books, New York.
- Granhag, P. A., & Strömwall, L. A. (2009). The Detection of Deceit. In Kocsis, R. N. (ed.): *Applied Criminal Psychology: A Guide to Forensic Behavioral Sciences*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield.
- Heim, G., & Bühler, K. E. (2006). Psychological trauma and fixed ideas in Pierre Janet's conception of dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2): 111–29.
- Jung, C. G. (1906). *Diagnostische Assoziationsstudien. Beiträge zur experimentellen Psychopathologie*. Johann Ambrosius Barth, Lipcse.
- Jung, C. G. (1907). On psychophysical reactions of the associative experiment. *Journal of Abnormal Psychology*, 2: 247–255.
- Jung, C. G. (1919). *Studies in Word Association*. Moffat, Woodford.
- Jung, C. G. (1934a). *Archetypes of the collective unconscious*. Princeton University Press, Princeton.
- Jung, C. G. (1934b). *A review of the complex theory*. Princeton University Press, Princeton.
- Jung, C. G. (1977). The Tavistock Lectures: Lecture 111. In *The Collected Works of C. G. Jung*. Vol. 18. *The Sym-*

- boloc Life: Miscellaneous Writings*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Jung, C. G. (2014). *Analytical Psychology: Its Theory and Practice*. (2. ed.) London, Routledge.
- Jung, C. G., & Riklin, F. (1905). *Diagnostische Assoziationsstudien*. Universitätsklinik in Zürich, Zürich.
- Jung, C. G., Adler, G., & Hull, R. F. C. (1959). *The Collected Works of C. G. Jung*. Vol. 9. Part 1. *Archetypes and the Collective Unconscious (1934–1955)*. Pantheon Books, New York.
- Jung, C. G., Adler, G., & Hull, R. F. C. (1973). *The Collected Works of C. G. Jung*. Vol. 2. *Experimental Researches (1904–10)*. Princeton University Press, Princeton.
- Lah, M. I. (1989). Sentence completion tests. In Newmark, C. S. (ed.): *Major psychological assessment instruments, Vol. II*. Allyn & Bacon, Boston. 133–163.
- Marston, W. M. (1938). *The lie detector test*. Richard R. Smith, New York.
- Möller, A., Scharfetter, C., & Hell, D. (2002). Development and termination of the working relationship of C. G. Jung and Eugen Bleuler 1900–1909. *History of Psychiatry*, 13 (52 Pt 4): 445–53.
- Neumann, E., & Blanton, R. (1970). The early history of electrodermal research. *Psychophysiology*, 6: 453–475.
- Peterson, F., & Jung, C. G. (1907). Psychophysical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane Individuals. *Brain: A Journal of Neurology*, 30: 153–218.
- Rapaport, D., Gill, M. M., & Schafer, R. (1968). *Diagnostic Psychological Testing*. International Universities Press Inc., Madison.
- Rotter, J. B. (1951). Word association and sentence completion methods. In Anderson, H. H., & Anderson, G. L. (eds.): *An introduction to projection techniques*. Prentice Hall, Hoboken, New Jersey. 279–310.
- Rotter, J. B., & Rafferty, J. E. (1950). *Manual: The Rotter Incomplete Sentences Blank: College Form*. Ohio State University, Psychological Corporation.
- Sherry, A., Dahlen, E., & Holaday, M. (2004). The use of sentence completion tests with adults. In Hilsenroth, M. J., Segal, D. L. (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Vol. 2. *Personality Assessment*. John Wiley and Sons, New Jersey. 372–386.
- Süle F. (1996). *A jungi mélylélektan napjainkban*. GyuRó Art-Press, Szokolya.
- Zay B. (2002). Jung és a szóasszociációs teszt. *Thalassa*, 13(1–2): 44–65.

Melléklet: A Jung-féle szóasszociációs teszt 100 szava és jegyzőkönyvkerete

JUNG-FÉLE SZÓASSZOCIÁCIÓS PRÓBA

I. bemutatás					II. bemutatás			
	ingerszavak	reakció-idő	válaszszavak	megjegyzések	ismétlés (+/ -)	új válaszszavak	2 mp feletti RI	megjegyzések
1.	fej							
2.	zöld							
3.	víz							
4.	énekelni							
5.	halál							
6.	hosszú							
7.	hajó							
8.	fizetni							
9.	ablak							
10.	barátságos							
11.	asztal							
12.	kérdezni							
13.	falu							
14.	hideg							
15.	szár							
16.	táncolni							
17.	tenger							
18.	beteg							
19.	büszkeség							
20.	főzni							
21.	tinta							
22.	gonosz							
23.	tű							

24.	úszni							
25.	utazás							
26.	kék							
27.	lámpa							
28.	vétkezni							
29.	kenyér							
30.	gazdag							
31.	falu							
32.	szűrni							
33.	részvét							
34.	sárga							
35.	hegy							
36.	meghalni							
37.	só							
38.	új							
39.	erkölcs							
40.	imádkozni							
41.	pénz							
42.	ostoba							
43.	fűzet							
44.	megvetni							
45.	ujj							
46.	drága							
47.	madár							
48.	esni							
49.	könyv							
50.	igazságtalan							
51.	béka							

Melléklet folytatása

I. bemutatás					II. bemutatás			
	ingerszavak	reakció- idő	válasz- szavak	megjegy- zések	ismétlés (+/-)	új válasz- szavak	2 mp feletti RI	megjegy- zések
52.	válni							
53.	éhség							
54.	fehér							
55.	gyermek							
56.	figyelni							
57.	ceruza							
58.	szomorú							
59.	szilva							
60.	házasodni							
61.	ház							
62.	kedves							
63.	pohár							
64.	vitázni							
65.	bunda							
66.	nagy							
67.	répa							
68.	festeni							
69.	rész							
70.	öreg							
71.	virág							
72.	ütni							
73.	szekrény							
74.	vad							
75.	család							

76.	mosni							
77.	tehén							
78.	idegen							
79.	szerencse							
80.	hazudni							
81.	illem							
82.	szűk							
83.	testvér							
84.	félni							
85.	gólya							
86.	hamis							
87.	szorongás							
88.	csókolni							
89.	menyasszony							
90.	tiszta							
91.	ajtó							
92.	választani							
93.	széna							
94.	elégedett							
95.	gúny							
96.	aludni							
97.	hónap							
98.	csinos							
99.	nő							
100.	szidalmazni							



A sors 48 arca: A Szondi-teszt bemutatása

Reinhardt Melinda¹

1. Bevezetés, elméleti háttér bemutatása

A Szondi-teszt a kártyaválasztási projektív technikák körébe tartozik, hiszen a vizsgálati személy ingerként valaha élt személyek arcképeit kapja, s azok közül kell meghatározott rendszer szerint választania. A bemutatott vizuális ingerekről a válaszadónak azt kell eldöntenie, hogy azok szimpatikusak vagy ellenszenvesek a számára. A Szondi-teszt teoretikus alapját a pszichiáter Szondi Lipót sorsanalitikus elmélete adja (Szondi, 1942a). A tesztet Szondi az 1920-as, 30-as években dolgozta ki Budapesten (Benedek, 1993), s azt ösztöndiagnosztikai tesztnek, genotesztnek vagy sorsanalitikai vizsgálati módszernek nevezte (Szakács, 1969). Mindegyik elnevezéssel a sorsanalitikus elmélet alapvetésére utalt. A sorsanalízis szerint ugyanis választásainkban megmutatkozik a személyiségünk, erre pedig a családi hatások jelentős befolyással bírnak (Szondi, 1942a). Szondi szerint az ember sorsa „ösztönös választások sorozata” (idézi Benedek, 1993: 163.). Sorsdöntő választásaink (pl. foglalkozás-, pár- vagy barátválasztás) tudatossága mögött a transzgenerációs hatások tudattalanja húzódik meg. Ezeket az átörökített sorsformákat, mondhatjuk, „sémákat” nevezte Szondi családi tudattalannak, azt a Freud-féle személyes és a Jung által leírt kollektív tudattalan közé helyezve (Szondi, 1942a). A családi, tudattalanul hagyományozódó szükségletek, attitűdök, magatartásformák Szondi (1942a) szerint genetikailag öröklődnek. Minderre gazdag empirikus és terápiás tapasztalatai vezették: (1) 1927-től a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Kórtani és Gyógytani Laboratóriumának vezetőjeként szisztematikus és átfogó családfakutatásokat vezetett, melynek részeként kollégáival neuroendokrinológiai, genetikai, alkattani, valamint pszichológiai és szociális vizsgálatokat folytattak közel 1000 család több mint 15 000 tagján (Kiss, 2014). Szondi az emberre multidimensionálisan tekintett, mind a biológiai, mind a pszichológiai, mind a környezeti hatásokat figyelembe

vette kutatásaiban. Másrészt (2) pszichiátriai praxisa is bőséges tapasztalatot biztosított számára a családi (tudattalan) hatások esettanulmányozására (Szondi, 1937).

Szondi ambíciója szerint a sorsanalízis a genetikai kutatási eredmények és a pszichoanalízis ötvözete. Ugyanakkor a kor genetikai koncepciói a mai ismereteinkhez képest gyermekcipőben jártak, ez pedig jelentősen korlátozza a sorsanalitikus elmélet öröklődésre vonatkozó megállapításait, így például azt a gondolatot, hogy jelentős választásainkat a domináns-recesszív génhatások határoznák meg. Azt azonban a modern genetikai kutatások mára egyértelműen megerősítették, hogy bizonyos, főként a szelfregulációban szerepet játszó személyiségjegyek (Zwir és mtsai, 2020) vagy akár a szubjektív jóllét-komponensek is jelentős heritabilitással bírnak (Nes és Røysamb, 2015). A gén-környezet-interakciókra is egyre több bizonyítékunk van (Dick, 2011). A Szondi-koncepció alapját – a családi hatások befolyását az utódokra – így továbbra is érvényesnek tekinthetjük, de azt a modern genetikai ismeretek perspektívájából szükséges értelmeznünk (Bereczkei, 1999; Bereczkei és Gyöngyössiné Kiss, 2001).

A teszt módszertani elve szerint tehát a családi tudattalan hatások által befolyásolt ösztöneink, azaz motivációink, céljaink, szükségleteink s az ezeken alapuló választásaink feltárásában lehet segítségünkre. A Szondi-teszt ennek alapján motivációs elméleten alapuló projektív személyiségteszt. További fontos szempont, hogy a transzgenerációs hatások, az öröklésbiológiai tényezők mellett Szondi hangsúlyozza az azoktól való független, szabad választás lehetőségét is az ember életútja során (Szondi, 1996a). Még Svájcba történt kényszerű emigrációja előtt, a magyarországi időszakban kialakított egy komplex ösztönrendszert (Szondi, 1942b), amely személyiségelméletként is felfogható. Szondi (1942b) szerint személyes sorsunk – az azt meghatározó tényezők dinamikus változásának köszönhetően – állandóan „úton van”. Egyéni sorsunkra (~ személyiségünkre,

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

identitásunkra) egyes tényezők determináló erővel hatnak, míg mások a választás szabadságát biztosítják számunkra. A határt szabó, determináló hatások közé tartozik (1) génörökségünk, (2) az ebből kialakult temperamentumunk, viselkedésjellemzőink, (3) közvetlen és tágabb társas környezetünk, valamint (4) saját mentális (kognitív, intellektuális) képességeink. Ezek összességét nevezte Szondi (1996a) kényszersorsnak. A meghatározottság mellett azonban az egyén szabadsága is sorsformáló erőként jelenik meg: a választott sors „működtetéséért”, azaz a döntés szabadságáért két személyiségrészt – az Én és a szellem – felelős (Szondi, 1996a). Az Én-en belüli egyik legfontosabb funkció – amit Szondi az állásfoglaló én fogalmával jelöl – az önmagunkkal kapcsolatos döntések meghozatala. Ez a képesség adja az Én erejét, integritását, hiszen az ember választási szabadsága egyben felelősséget is hordoz; ha az állásfoglaló én gyengén működik, az Én szervezetlen (Szondi, 1956). Az Én a bennünk lévő motívumok, célok kielégülését helyeselheti, ezzel engedve azok beteljesülését, vagy tagadhatja, elutasíthatja (pl. elfojtja) azokat. Ugyanakkor a motívumok kielégülésének megengedése, illetve tiltása adja a lelki élet dinamikáját. Szondi szerint ezen ösztönellentétek struktúrájára, dialektikájára épül az egyén élete, ideális esetben azok integrációjával (Deri, 1969). Az Én-en belül az ellentétek feloldásának folyamatát az organizációs szereppel bíró Pontifex-Én (Pontifex oppositorum) végzi. Ez az énrész a szükségletek és a szellem, így a múlt-jelen-jövő, az élet és a halál között képez hidat (Gyöngyösiné Kiss, 2007). Szondinál (1956) az egészséges lelki élet, a szabad választás alapfeltétele az Én transzcendens képessége, a hit-funkció. A hit-funkció az Én és a szellem participációját segíti. Ez az Én-funkció humanizálja az egyén választásait (Tamás, 2002): csak a transzcendens funkció segítségével terjesztheti ki az ember szeretetét énjéről másokra (a családjára, más emberekre, vallásokra, nemzetekre), azaz válhat Emberré, Szondi terminológiájában „homo liberator et humanizátor”-rá (Szondi, 1987). A választó ember koncepciója, a hit-funkció személyiségsszervező és sorsformáló ereje Szondinál második világháborús és koncentrációs táborbeli, valamint kényszerű emigrációs tapasztalatai nyomán jelenik meg, s arra Jung és Maeder mellett olyan egzisztencialista gondolkodók hatása is kimutatható, mint Buber, Binswanger, Boss vagy Jaspers (magyarul részletesen áttekinti Kőváry, 2018).

A kényszersors és a választott sors kettősségét képezte le Szondi a dialektikus sorstan, illetve az anan-

kológia (gör. ananké 'sors') fogalmaival (Gyöngyösiné Kiss, 2007). Ebben alapfogalom az irányítható fatalizmus (Szondi, 1996b). Az erőteljes oximoron azokra a tudatos és szabad választásainkra utal (pl. pár, barát, foglalkozás, életút megválasztása), melyek révén az öröklött talaján képesek lehetünk változtatásra (vö. Frankl, 1996 és Längle, 2004 koncepciójával a – korlátozott – szabad választásról). A szabad választásban az is benne rejlik, hogy szükségleteinket szociálisan elfogadható (szocializált, szublimált vagy humanizált) vagy elfogadhatatlan (pl. fokozottan agresszív) formában éljük-e ki (Szondi, 1996a). Ezek az „új utak”, mintegy sorslehetőségek a tízprofilos Szondi-teszt konkordanciaanalízis részében, az ún. új orientációkban is megjelennek (Szondi, 1952).

Szondi, Moser és Webb (1959) a Szondi-tesztet bemutató angol nyelvű monográfiájuk előszavában a mérőeszközt egyenesen a pszichológia „Rosetta-kövének” nevezték. Úgy vélték, ahogyan a Rosetta-kő segítette az egyiptomi hieroglifák titkát felfedni, úgy a Szondi-elmélet és az azon alapuló pszichodiagnosztikai teszt a „választás nyelvén” keresztül a személyes és a családi tudattalan, ezáltal a személyiség, az emberi psziché legbelső titkainak feltárásában lehet úttörő jelentőségű (Szondi, Moser és Webb, 1959: xii.).

2. A mérőeszköz bemutatása, alkalmazási területének ismertetése, fő indikációk példákkal

2.1. A Szondi-teszt

A sorsanalitikus elmélet tesztelésére hozta létre Szondi a mérőeszközt: ösztönelméletére építve összeállította a hívóképek körét, azokat munkatársaival együtt tesztelte, az eredményeket pedig statisztikai módszerekkel ellenőrizték. A Szondi-teszt pszichiátriai beteg személyek portréfotóiból (az arcot és a felsőtest egy részét bemutató fényképsorozatból) áll. Benedek (1993) visszaemlékezése szerint 1937-ben kezdődött el a teszt sorozatgyártása, amit évek elméleti, majd empirikus tesztelési munkája előzött meg. A tesztet a magyar származású David Rapaport (1941) nevezte el a karizmatikus tesztfejlesztőről Szondi-tesztné. Mivel a végleges tesztanyag 48 portréfotót tartalmazott, az amerikai pszichológus, McIntyre csak úgy emlegette a Szondi-tesztet, mint a „sors negyvennyolc arca” (Painton, 1970, 11.).

Szondi eredeti koncepciója szerint a Szondi-tesztet tíz alkalommal vesszük fel ismételten. A többszöri fel-

vétel biztosítja azt, hogy a különböző időpontokból nyert „pillanatfelvételek” összegzésével tudjunk a személyiségre, a személyiségműködésre jellemző eredményeket kinyerni, azaz általános következtetéseket levonni adott személy motivációs struktúrájáról, személyiség szerveződéséről. Ezt nevezzük tízprofilos Szondi-tesztnek.

A Szondi-tanítvány Mérei Ferenc (Bürgi-Meyer, 1996) dolgozta ki a teszt leegyszerűsített változatát, a kétprofilos Szondi-tesztet (Mérei, 1966). A kétprofilos változat a teszt kétszeri – akár egy ülésen belüli – felvételét jelenti. A felvételek számának csökkentését az idői tényező indokolta: a gyorsabb felvétel miatt a kétprofilos változat könnyen és hatékonyan elterjedhetett a munkalelektan és az igazságügyi elmeszakértői munka területén. Ugyanakkor rendkívül fontos kiemelnünk, hogy a kétprofilos technika pusztán a személy aktuális motivációs, pszichés állapotát képes felmutatni (Mérei, 1988). A személyiség viszonylag állandó működésmódjaira nem képes reflektálni, azt csak a tízprofilos Szondi-teszt részletes eredményeivel tudjuk leképezni. Ezért írásunkban kizárólag a tízprofilos technikát mutatjuk be és értelmezzük. A továbbiakban, amikor a Szondi-teszt elnevezést használjuk, a tízprofilos technikára értjük azt.

2.2. A mérőeszköz működési elve és a tesztbatteria jellemzői

A Szondi-teszt Szondi ösztönrendszerén alapul, mely szerint adott ösztönök (szükségletek, motivációk) minden emberben veleszületetten jelen vannak, azonban bi-

zonyos esetekben – például pszichiátriai betegeknél – szélsőséges erővel manifesztálódnak (Szondi, 1942b). Szondi (1942b) ennek alapján az endogén pszichiátriai kórképeket „ösztönbetegségként” értelmezte: adott ösztön (pl. agresszió) végletes megjelenése az Én és ezáltal a személyiség szétesését eredményezi. A tesztanyagot így a korabeli pszichiátria és örökléstani kutatások által azonosított négy nagy tágabb pszichiátriai diagnosztikai kategória – a szexualitás problémái (pl. parafiliák, szadizmus), a rohamokkal járó betegségek (pl. epilepszia, hisztéria), a szkizofrénia (katatónia és paranoia) és a mániás depresszió – köré szervezte. Mind a négy nagy betegségkört két szűkebb – összesen tehát nyolc – betegségkategória képviseli. A négy nagyobb betegségkört Szondi a kategóriák kezdőbetűivel jelölte, s tengelyeknek vagy vektoroknak nevezte azokat. Ezek sorrendben: S-tengely, P-tengely, SCH-tengely és C-tengely. Az egyes tengelyeket felépítő két-két pszichiátriai kórképet pedig a kórkép kisbetűs kezdőbetűjével jelezte (h, s, e, hy, k, p, d, m), s azokra faktorokként utalt (1. táblázat). Az ezekben a betegségekben szenvedő férfiakról és nőkről készült fényképeket kell a vizsgálati személynek szimpátia és antipátia szerint megítélnie a Szondi-tesztben (Szondi, 2007). Szondi (1942b) szerint ugyanis rokonszenvi és ellenszenvi választásainkban teljes motivációs rendszerünk részt vesz. Tudattalan és áttételes azonosulásaink a szimpatikus és ellenazonosulásaink az ellenszenves arcokkal jellegzetesek a személyiségünkre, azaz a tesztbeli választások különböző szempontú összegzése támpontokat ad a személyiségműködés, egyben esetleges maladaptív, illetve pszichopatológiai jelenségek felrajzolásához (Szakács, 1969).

1. táblázat. A Szondi-tesztben szereplő pszichiátriai betegségek és jelölésük – tengely- és faktorelnevezések

Szexuális betegségek		Paroxizmális betegségek		Szkizofrénia		Cirkuláris (bipoláris) kórképek	
S-tengely		P-tengely		SCH-tengely		C-tengely	
h-faktor	s-faktor	e-faktor	hy-faktor	k-faktor	p-faktor	d-faktor	m-faktor
hermafrodita, homoszexuális, lesbikus személyek fotói	szadista gyilkosok, szexuális devianciában (parafiliák) szenvedők képei	epilepsziás betegek fényképei	hisztériás betegek fotói	katatón szkizofrén betegek arcképei	paranoid szkizofrén betegek arcképei	depressziós betegek képei	mániás betegek fotói

Mind a nyolc betegség egy-egy reprezentánsa szerepel mind a hat képsorozatban, így összesen 48 kártyát tartalmaz a teszt.

A tesztanyag a fenti gondolatmeneten alapulva 48 kártyán, 6 sorozatban (sorozatonként 8-8 fényképpel) a fent felsorolt pszichiátriai betegségben szenvedő személyek portréfotóit tartalmazza. Az egyes képek hátán római szám jelzi, hogy az adott kép melyik (I-től VI-ig) sorozathoz tartozik. Szintén a képek hátoldalán betű jelöli, hogy a fotón szereplő személy a nyolc nagy „öröklött betegség” közül melyikben szenved. Ennek összefoglalását az 1. táblázat tartalmazza.

Szondi az arcképek rokon- és ellenszenvi megítélésénél Kurt Lewin (1936) mezőelméletét vette alapul, mely a környezeti ingerek felszólító jellegét helyezi a középpontba. Szondi szerint a teszt arcképeinek megítélésakor azoknak a fotóknak lesz a legerőteljesebb a felszólító jellege, amelyek a családi tudattalan által és/vagy aktuálisan a személyben a legerőteljesebb motivációs dinamikát képviselik (Szondi, 2007). Például, amennyiben valaki a 6 képsorozat mindegyikénél szimpatikusnak választja a sorozatban szereplő szadista személyt, a teszt szerint fokozott agresszív késztettség feszíti. Vagy egy másik példával élve, amennyiben valaki a 6 képsorozatban szereplő mindegyik vagy majdnem mindegyik hisztériás beteget kiválasztja szimpatikusnak, hajlamos arra, hogy érzelmeit, indulatait eltúlzottan, teátrálisan kommunikálja.

2.3. A tesztfelvétel

Mivel a Szondi-teszt egy komplex projektív mérőeszköz, fontos, hogy csak az abban járatos pszichológus veheti fel, értékelheti és értelmezheti, azaz használata teszt-releváns speciális szakértelemhez kötött (MPT Tesztbizottsága, 2015).

A vizsgálati helyzet igen egyszerű, másrészt a képek közötti választásból a vizsgálati személyek nem jönnek rá, hogy milyen célt szolgál, azaz milyen területeket mér fel az eszköz, így általában a páciensek azt szívesen végzik. A teszt gyerekekkel is felvehető, azonban kiskamasz kortól érdemes leginkább alkalmazni. A szerző tapasztalatai szerint a gyerekek ugyanis esetenként hajlamosak valamilyen külső jegy (pl. „a bajuszosak mind szimpatikusak”) és nem globális benyomás alapján szelektálni a képek között.

A Szondi-tesztet tízszer vesszük fel a beteggel különböző vizsgálati alkalmakon. Az azonban lehetséges, hogy egy alkalommal – az ülés elején és végén – két próbát is felvesszünk. Ekkor valamilyen más tesztet (pl. a Rorschach-tesztet) vesszünk fel a két próba exponá-

lása között, vagy problémáiról és az életéről beszélgetünk a pácienssel. Egy próba hat sorozata kb. 5 perc, azaz igen rövid idő alatt felvehető.

Az instrukció és teendőink a következők: *„Fényképeket fogok mutatni, egyszerre mindig nyolc képet.”* (Közben a hat képsorozatból az első sorozat nyolc képét 2×4-es elrendezésben a vizsgálati személy elé helyezzük.) *„Ezek közül válassza ki azt a kettőt, amelyik rokonszenves/szimpatikus.”* (Ezeket elvesszük a vizsgálati személytől, és a képek hátoldalán lévő betűjelzésnek [1. táblázat: h, s, e, hy, k, p, d, m] megfelelően a jegyzőkönyv ún. előterének szimpatikus képek részébe [a vastag vonal fölé] jegyezzük fel.) *„Most azt a kettőt válassza ki, akik ellenszenvesek.”* (Ezeket a képeket is elvesszük a vizsgálati személytől, és a képek hátoldalán lévő betűjelzéseket a jegyzőkönyv ún. előterének ellenszenves képek részébe [a vastag vonal alá] jegyezzük fel.) *„A maradt négy kép közül pedig válassza ki azt a kettőt, akik rokonszenvesek.”* (A rokonszenvesnek választott két kép betűjelzését a jegyzőkönyv ún. háttérének szimpatikus részébe [a vastag vonal fölé] vezetjük fel, míg a maradék két kép betűjelzését az ún. háttér ellenszenves részébe [a vastag vonal alá] jegyezzük fel.) Az első sorozat exponálását követően a további öt sorozat esetében is az első sorozat instrukcióját ismételjük. A személy képválasztásait is ugyanolyan módon jegyezzük le.

Mind a tíz tesztfelvételi alkalommal ugyanezt az instrukciót használjuk. Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy az instrukció annyira egyszerű, hogy a vizsgálati személyek általában azt már az első próba első sorozatának felvételénél könnyedén megjegyzik.

Az instrukcióban érdemes hangsúlyozni azt, hogy ne gondolkodjon túl sokat a személy, válasszon gyorsan, a benyomásaira hagyatkozva. Amennyiben a vizsgálati személy nem tud választani és/vagy arra hivatkozik, hogy az arcok mind visszataszítóak, akkor érdemes a következőkkel ráhangolni a választásra: *„Ezek régi képek, de próbáljon mégis dönteni.”*; *„Képzeld el, hogy egy vasúti kocsiba száll fel, és ezek az emberek ülnek ott. Ha valakik mellé le kellene ülnie, kik mellé ülne? Válassza ki azt a két embert!”*; *„Ha az utcán útbaigazítást kellene kérnie valakitől, és ezek az emberek sétálnának ott, kikhez fordulna legszívesebben? Válassza ki azt a kettőt!”* (Szakács, 1969, 92.)

2.4. A teszt értelmezése

A teszt értelmezése speciális szakértelmet kíván, azt pusztán ebből a tanulmányból nem lehet megtanulni. Aho-

gyan például a Rorschach-teszt esetében, a Szondi-teszt értelmezésének alapjait is hosszabb, legalább 30 órás kurzus keretében lehet biztonságosan elsajátítani. Ezt egyetemi keretek között vagy a Dr. Szondi Lipót Emlék-alapítvány szervezésében tartott tanfolyamokon lehet megtenni. Ennek megfelelően a pontos tesztkiértékelést és átfogó tesztértelmezést írásunk nem tudja biztosítani. A részletes teszthasználattal az alábbi kiadványok segítik: Lukács, 1996 és 2016, valamint Szondi, 2007. Itt azt tudjuk kínálni, hogy áttekintjük a tesztkiértékelés és -értelmezés nagyobb tematikus egységeit, ezáltal annak ívét.

Ahogy fentebb szó volt róla, mind a nyolcféle pszichiátriai betegség – így mind a nyolc faktor – adott pszichés működés, motiváció, szükséglet szélsőséges megnyilvánulását fedi le.

A tesztfelvételt követően ennek megfelelően egyenként mind a nyolc faktorban (ld. 1. táblázat: h, s, e, hy, k, p, d, m) összesítjük, hogy a hat sorozatban a személy milyen mértékben és arányban választotta az adott faktor reprezentáns pszichiátriai betegeit szimpatikusnak, illetve ellenszenvesnek. Az első két-két választás az ún. előtérbe kerül, míg a maradék négy kép választásai építik fel az ún. háttérrel. Szondi (2007) szerint az előtér (az elsődlegesen kiválasztott két rokonszenves és két ellenszenves kép) az aktuálisan legerősebb motivációkat mutatja fel, míg a háttér (a maradék négy kép választásai) a lappangó törekvéseket. A háttér választásai idővel benyomulhatnak az előtérbe, azaz aktív, a személyiségműködést meghatározó motivációkká válhatnak. Szondi szerint az előtér-háttér folyamatos körforgása adja a személyiségműködés dinamikáját (Gyöngyösiné Kiss, 2007). Amennyiben ez a dinamika, változás hiányzik, azaz az előtér és a háttér ugyanaz, az a személyiség merevségét, rugalmatlanságát mutatja fel. Példa lehet erre az a 17 éves, kényszeres zavarral küzdő kamasz fiú, akinél mind a tíz próbában a Szexuál-vektor mindkét faktorában (h és s) mind az előtérben, mind a háttérben az elfojtás dominált. A változatlan kép felmutatta az intim igények masszív elutasítását, ami azonban krónikus és erőteljes kényszerszorongások és -cselekedetek formájában manifesztálódott.

A rokonszenvi választások az adott pszichés működésmód, szükséglet elfogadását jelentik (tesztológiai jelzése +), míg az ellenszenvi választások az adott motiváció elfojtását (tesztológiai jelzése -). Amennyiben a hat sorozatból adott faktorban rokonszenvi és ellenszenvi választások egyaránt előfordulnak, megosztott reakcióról beszélhetünk (tesztológiai jelzése ±). Ez az

ambivalencia, a döntésképtelenség jelzése adott motiváció megélése-elfojtása, kifejezése-elnyomása kapcsán. Abban az esetben, ha nincs választás adott faktoron, az a szükséglet kiürülését jelzi (tesztológiai jelzése 0). Lényeges szempont az ún. telítettség. Ezt mértéktől függően felkiáltójelekkel (!, !!, !!!) jelöljük, s azokban az esetekben tesszük ki, ha 3-nál többször választotta a személy az adott profilban (adott tesztfelvételnél) valamely faktor képeit rokonszenvesnek vagy ellenszenvesnek. A telített reakció azt jelzi, hogy valaki az átlagosnál fokozottabban azonosul a faktor által képviselt működésmóddal, így erőteljesen manifesztálódik az adott ösztönkör, vagy éppen az átlagnál fokozottabban utasítja el azt, azaz nagymértékű az adott motívum elfojtása. A telített reakció mindig a feszültség jelzése a tesztben (Szakács, 1969). Még egy fontos jelölési szabályra hívjuk fel a figyelmet: abban az esetben, ha az előtérben 5 vagy 6 választás történik az egy alkalommal bemutatott hat sorozatból, a háttérprofilba egy választás vagy egy sem kerül. Ezt nevezük kényszerszernullának (jelölése \emptyset), és csak a háttérben lehetséges a megjelenése. Ez egy tesztkonstrukciós következmény, így rendkívül fontos alapelv, hogy a kényszerszernullát sohasem értelmezzük (Szakács, 1969).

A választások faktoronkénti lejelölését mind az előtérprofilra, mind a háttérprofilra elvégezzük. Az 1. ábra egy 16 éves, trichotillomániás kamasz lány tizedik, azaz utolsó Szondi-tesztfelvételén mutatja be a fentebb ismertetett jelöléseket. Azt, hogy pontosan mely esetekben adunk +, -, ±, illetve 0, valamint a háttérprofilban \emptyset jelölést, Lukács (1996) és Szondi (2007) mutatja be.

A négy alapjellel (+, -, ±, 0) és a háttérprofil \emptyset jellel lejelöljük mind a tíz felvett profilt, ez az ún. ösztönprofil (Szondi, 2007). Ez azért fontos, mert a tíz profil jeleit különböző mutatók segítségével összesítjük és ezeket a mutatókat értelmezzük.

Az egyes tengelyeknek és az azokat felépítő faktorok jeleinek (ún. pozícióinak) meghatározott jelentésük van. Ezeket vesszük az alábbiakban röviden sorra. Megjegyezzük, hogy a Szondi-féle, közel százéves terminológia a mai szakemberek számára sok esetben nehezen érthető, emiatt igyekeztünk a tengelyek jellemzésénél és a faktorok pozícióinak értelmezésekor napjaink szaknyelvi kifejezéseit használni. Ez azonban csupán nyelvi és nem tartalmi megújítást jelent. Az egyes tengelyek és az azokat felépítő faktorok velünk született motivációkat, a lelki életet energizáló tényezőket képeznek le, melyek viselkedésformákban, attitűdökben és a világhoz való különböző viszonyulásformákban

előtérprofil

S		P		SCH		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	6						
	5						
	3	4					
	2	3		4			
5	1	1		2			6
3	4	2	2	1		1	4
		5	6	3		5	
		6					
0	+!!	±	-	±	0	-	0

háttérprofil

S		P		SCH		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
					6		
					5		5
6			3	4			3
2			1	2	4	1	
1			4	5	1	2	2
4			5	6	3	3	
						6	
±	∅	∅	±	-	±!	-	+

1. ábra. Egy 16 éves, trichotillomániás lány tizedik Szondi-teszt-próbájának jelölése

manifesztálódnak. Az egyes vektorok és faktoraik, illetve azok egyes pozícióinak összefoglalása Lukács (1996; 2016), Szakács (1969) és Szondi (1942b; 2007) munkái alapján történik:

Az *S-tengely* a lelki élet szexualitással kapcsolatos tényezőit foglalja magában.

A *h-faktor* a másik személy iránti vonzalmat, szeretetet, gyengédséget, az intimitásigényt képezi le. Szondi (1942b) szerint ez a faktor egyenesen az életösztönről, a pozitív élettérzészről ad képet.

A *h+* reakció az átlagos örömképességet, szeretetigényt és -képességet képviseli.

A *h-* választás az örömképesség elhárítása, a libidó elfojtása. Átlagos mennyiségben azonban szublimált, (pl. szellemi erőfeszítésbe) elaborált szexuális késztetésről van szó.

A *h±* esetben ambivalens érzelmi reakciók, így feszültség lehet jelen az intimitásigénnyel, végső soron a szeretett személlyel kapcsolatban.

A *h0* reakció kiürült, hiányzó erotikus, nemi igényeket jelez, ami az éretlen, infantilis (pl. követelődző) szeretet jelzése.

Az *s-faktor* az aktivitás–agresszió–szadizmus kontinuumát s ezzel kapcsolatban az alá- és fölérendelő attitűdöt és magatartást (mennyire érvényesíti valaki az agresszióját) mutatja fel.

Az *s+* reakció önmagában az aktivitás, a cselekvőképesség, a fölérendelődésre való törekvés kifejezője.

Az *s-* elhárított, visszafogott aktivitást, agressziót, valamint alárendelődésre való hajlamot mutat.

Az *s±* az aktivitás–passzivitás, önérvényesítés–alárendelődés feszítő ambivalenciája.

Míg az *s0* az agresszió érvényesítése, kiélése, a lobbanékonyság, indulatosság jelzése.

A *P-tengely* az érzelmeket mozgósító helyzetekre, azaz a stressz- és konfliktushelyzetekre adott reakciók tengelye, mondhatjuk, az érzelmszabályozás mutatója.

Az *e-faktor* az érzelmi-indulati telítettséget, feszültséget, illetve ennek áttételes (pl. elaboratív) kifejeződését képezi le.

Az *e+* reakció esetében a személy fékezni tudja a helyzet kiváltotta indulatait, az (érzelmi) alkalmazkodás jele, ami így az empátiáról, a decentralálási képességről is árulkodik.

Az *e-* esetében az indulatok felduzzasztása a jellemző, bár az indulatok nem robbannak ki, de feszültséget keltenek, mert nem is feldolgozottak.

Az *e±* az indulati elaboráció vs. kirobbanás konfliktusát jelzi, feszültségre mutatva rá.

Az *e0* a helyzet által kiváltott indulatok azonnali, szabadon történő érvényesítését jelenti, így acting-out tendenciaként értelmezhető.

A *hy-faktor* az érzelmeik és indulatok kommunikációjáról tájékoztat.

A *hy+* az emóciók külvilág felé való közvetítését, az önérvényesítést, érvényesülési igényt, exhibíciót jelzi.

A *hy-* a szereplési vágy elfojtását, szemérmességet, félénkséget jelez. Az exhibíció így gyakorta az élénk fantáziaéletben nyer teret.

A *hy±* az érzelmeik megjelenítésének és elrejtésének ellentétes, de egy időben jelen lévő motivációs nyomását mutatja.

A *hy0* az indulatok levezetésének a jegye. Mindenképpen éretlen indulatkezelést, acting-outokat, impulzuskontroll-problémákat jelez.

Az ún. énes tengely, az *SCH-tengely* Szondi (1942b) szerint a legfontosabb tengely. Ennek állapota mutatja meg, hogy mennyire integrált az Én, azaz képes-e hatékony irányító és szervező tevékenységre. Ezzel az önszabályozás, az önkontroll mutatója, s mint ilyen, jelentős hatást gyakorol a másik három motivációkörre. Az *SCH-tengely* két faktora az Én és a külvilág kapcsolatát, az énes szerveződés és alkalmazkodás különböző összetevőit foglalja össze.

A *k*-faktor az Én alkalmazkodási és önkontroll-funkciója. Az én és a nem-én határok stabilitását olvashatjuk le róla.

A *k+* az introjekció, a külső értékek, a tudás beépítését jelenti. Érdeklődést, motivációt jelez a világ megismerésére, ezzel az identifikáció jelzője.

A *k-* az alkalmazkodás miatt a lemondás, a gátlás, az önkontroll tendenciája.

A *k±* a tudati és a viselkedéses kontrollt egyszerre mutatja fel, ilyen értelemben kedvező jegy az alkalmazkodás szempontjából.

A *k0* pozíció esetében – mivel nem működik sem a tudati, sem a viselkedéses kontroll – a realitászivsgálat gyengülését, gyenge ént láthatunk, az ilyen személyt elsodorják a vágyai.

A *p*-faktor az én és a külvilág határainak az elmosódottabbá válását jelenti. Ez egészséges mértékben normatív (vö. Angyal, 1941 homonómia-fogalmával). A *p+* tendencia a külvilágra való hatóképességet és ennek megélését fedi le, alkotóképességet, a környezet alakításának igényét, az infláció énfunkcióját jelzi.

A *p-* esetében normál (telítetlen) módon a participációs projekció mechanizmusa jelenik meg: a másokkal való közösségvállalás, a környezetre hangolódás élménye.

A *p±* az inflációs és a projekciós mechanizmusok együttes jelenlétét vetíti elének.

A *p0* pozíció pedig tudatzárlatra utal, hiszen semelyik tudati funkció nem működik. Az énes ösztöntörekvések ilyen esetben kiürülnek a tudatból, nincs tudati kontroll.

Végül a kapcsolati tengely, a *C-tengely* összetevőit írjuk le. Ez a tengely a kontaktuskészségre, a kötődések minőségére utal. A személynek a másikkal (aki lehet személy, de bármilyen tárgy, eszme, munka stb., bárki és bármi, akihez és amihez érzelmileg viszonyulunk) való érzelmi viszonyát, ezáltal a hangulati színezetet is mutatja.

A *d*-faktor a kapcsolatokra való nyitottságot vs. az azoktól való elfordulást, bezárkózást jelzi.

A *d+* a keresésre, a kapcsolati nyitottság motivációjára, a pozitív kontaktuskészségre, kíváncsiságra utal. A *d-* esetén visszahúzóódást láthatunk a környezettől, azért, mert a személy hű valakihez, kitarító meglévő kapcsolatában.

A *d±* a kapcsolati nyitás és az attól való visszahúzóódás, hűtlenség-hűség dilemmáját jelzi.

A *d0* kétféleképpen értelmezhető: (1) jó kötődés (*m+*) mellett a kapcsolódás biztonságára utal (nem kell keresnie a személynek, mert biztosan kötődik meglévő kapcsolatában); (2) leválás (*m-*) mellett a kapcsolati nyitás felületes, valódi motiváció nélküli. Az *m*-faktor a másik személyhez való kötődési igény és képesség kifejezője.

Az *m+* tendencia esetén a személy képes kötődni, tudatos kapcsolódási igénye motiválja.

Az *m-* ezzel ellentétben a leválás, a magány, az elmagányosodás jelzője.

Az *m±* kötődési konfliktust jelez.

Az *m0* pedig a kölcsönösség igénye nélküli infantilis kötődési mohóságot mutatja. Ez sok esetben krónikus kötődési bizonytalanság talaján jelenik meg, éretlen jegy. Ezt a pozíciót a kötődés kiürülésekként is értelmezhetjük: a személy nem tud/képes (meg)kapaszkodni senkiben, semmiben.

Fontos megjegyeznünk, hogy a fentiekben csak az alappozíciókat, azaz a telítettség nélküli formák jelentését mutattuk be. A telített változatok értelmezése Lukács (1996) és Szondi (2007) munkájában olvasható.

Nagyon lényeges szempont – mivel tíz tesztfelvétel történik –, hogy az egyes faktorok és tengelyek eredményeit összegezzük. Ezt különféle módokon tesszük. Megnézzük azt, hogy az egyes faktorokon a tíz felvételből milyen pozíció dominál. Ezt mind az előtérben, mind a háttérben megteesszük. Példaként, egy hipochondriázisban és kényszeres zavarban szenvedő fiatal férfi, akinek az élettere pszichés problémája miatt jelentősen beszűkült, az *m*-faktorban a tíz tesztfelvételből mind a tíz alkalommal – azaz nagyon mereven – *m+* reakciót adott. A telített kötődési igény a (hiányzó) kapcsolati sóvárgást mutatta fel.

Mivel a tengelyeket két, egymást kiegészítő dinamikus faktor (pl. intimitás és aktivitás; érzelmek kezelése és kommunikációja; én–külvilág határainak szűkítése és tágítása; kapcsolati nyitás és kapcsolatokban való megkapaszkodás) építi fel, ezért az egyes tengelyeken

a két faktor pozícióból felépülő konstellációkat is elemezzük. Mind a négy tengelyen 16-16, így összesen 64 konstelláció lehetséges. A konstellációkat részletesen Lukács (2016) tekinti át. Példaként az előző hipochonder és kényszeres férfi P-tengelyén az e0 hy- (azaz P 0 -) együttjárás a tíz tesztfelvételtől négyben szerepelt. A P0 - konstelláció azt jelzi, hogy a személy indulatai közvetlenül érvényesülnek (pl. azonnal megsértődik, robban, ld. e0), ugyanakkor indulatosságát nem tudja kommunikálni, azt szégyelli, racionalizálja vagy bagatellizálja (hy-). Mivel a tíz tesztfelvételtől kevesebb mint az esetek felében (négyeszer) jelent meg ez a reakció-mód, azt mondhatjuk, hogy a személyiségműködést ugyan nem uralja, de esetenként, a páciens számára frusztrációs helyzetben, acting-out tendencia jelentkezik. Fontos, hogy minden esetben csak a háromszor vagy annál többször előforduló konstellációkat értelmezzük (Lukács, 2016). Ha nincs adott tengelyen legalább háromszor előforduló konstelláció, azt az adott működésmód, motiváció instabilitásaként vagy ad hoc tesztkitöltésként értelmezhetjük. Ellenkező esetben, azaz ha valamilyen reakció sokszor (8-10-szer) jelenik meg, tehát uralja a tengelyképet, rigid, változásra valamiért képtelen működési területet feltételezhetünk. Hogy milyen dinamika vezetett az instabilitáshoz vagy éppen a merev működéshez, arra a teljes tesztből, illetve a pszichodiagnosztika más összetevőiből (pl. exploráció, más teszteredmények) következtethetünk.

Az egyes faktorpozíciók és tengelykonstellációk összegzését és értelmezését követően különböző mennyiségi mutatókat számolhatunk. Ezek a következők:

- (1) *Irányfeszültségi hányados* (IFH), amely az *ösztönkanalizáció* állapotát mutatja fel: a motivációk kiürülésének (0-reakciók) és az ambivalenciának (\pm) az aránya. Ezzel a viselkedéses kontroll további mutatója.
- (2) A *tüneti százalék* (Sy%) a tüneti (0 és \pm) és a nem tüneti reakciók (+ és -) százalékos megoszlása, melyet mindig az IFH-val együtt értelmezünk.
- (3) Az *ösztönképlet* egy olyan négyemeletes tört, amelyben a tüneti reakciókat (0 és \pm) mennyiségi sorrendben tüntetjük fel. A legalsó szintre azok a faktorok kerülnek, melyekben nincs tüneti reakció, vagy maximum egy van. Ezekben a területeken feszültséget él meg a személy, mert nem lehetséges ezeknek a motívumoknak a kiélése. A legfelső szintre pedig az(ok) a faktor(ok) kerül(nek), amely(ek)ben 8, 9, vagy 10 tüneti reakció szerepel. Ezek a szük-

segletek képesek leginkább levezetést nyerni. Szondi (1942b) éppen ezért szelepnek nevezte el ezt a szintet.

- (4) A *latenciasor* az egyes tengelyeket felépítő faktorok interfaktoriális különbsége alapján képzett tengelysorrend. Az interfaktoriális különbség esetében azt nézzük meg, hogy mennyi a különbség a tengely két faktorának tüneti reakcióiban. Minél nagyobb (5 vagy annál több) ez a különbség, annál instabillabb az adott területen a szükségletek szabályozása, hiszen az egyik faktorban több, míg a másikban kevesebb a tüneti reakciók, azaz a feszültséglevezetés lehetősége.
- (5) A latenciasor első tagja az ún. *ösztönosztály*, azaz a legnagyobb interfaktoriális különbséggel bíró motívumkör. Itt a legnagyobb a faktorok között az egyensúlytalanság, problémás lehet a szabályozás. Szondi (1942b) szerint az ösztönosztály határozza meg a személyiségjellemzőket (részletesen ld. Lukács, 1996: 88-101.; Szondi, 2007: 332-354.).

Az öt mennyiségi mutató pontos számolását és értelmezését Lukács (1996) és Szondi (2007) leírása tartalmazza.

Az ún. *proporcionális módszerekkel* az egyes vektorkonstellációk bizonyos szempontok szerinti aránya értelmezhető (részletesen ld. Lukács, 1996; Szondi, 2007). Szondi (2007) két proporcionális mutatót alakított ki. Az egyik a *szociálindex*, amely a szociálisan pozitív és negatív tengelykonstellációkat állítja arányba tengelyenként, illetve egy összmutatóban leképezve. Szondi (2007) egy felmérés alapján határozta meg, hogy a 64 konstellációból melyek a proszociális választási formák, és melyek a társas szempontból maladaptív konstellációk. A *pszichoszexuális index* vektoronként és egy összmutatóban jelzi, hogy milyen arányban jellemzőek az egyénre a férfiasabb, maszkulin és a nőiesebb, feminin működésmódok, attitűdök. Szociálindexet és pszichoszexuális indexet mind az előtérre, mind a háttérre számítunk. Fontos szempont azonban, hogy a háttérben a kényszernullát tartalmazó konstellációkat nem értelmezzük, nem számoljuk bele egyetlen mutatóba sem.

Már a zürichi időszakban kezdett Szondi azzal behatóbban foglalkozni, hogy hogyan alakulhat az előtér- és a háttérprofilok viszonya. Egészséges esetben az előtér és a háttér dinamikusan váltakoznak. Amennyiben ugyanaz a faktortendencia szerepel mind az előtérben, mind a háttérben, nem várható az adott területen változás. Az is lehetséges azonban, hogy valamilyen új reakció jelenik meg, ezt nevezte Szondi új orientációnak, amely az eddigiektől eltérő új megoldási mó-

dot, eltérő ösztönkanalizációs lehetőséget nyújt a személy számára. Ezeknek az egyezéseknek, konkordanciáknak a számszerű leképezésére alakította ki Szondi (1952) a *konkordanciaanalízis* módszerét, amely leginkább a prognózis megítélésében, a terápiás szempontok megtervezésében nyújt nagy segítséget. (Részletesen lásd Lukács, 1996.)

Végül, egy fontos elemzési szempont, hogy a két középső (indulatkezelés és önkontroll) tengely, melyek alapvetően humán motívumokra mutatnak rá, hogyan viszonyulnak a natívabb ösztöntörekvésekhez (szexualitás és kötődés), azaz a két szélső tengelyhez. Ezt a minőségi összevetést (pl. ismétlődő konstellációk, telített reakciók, mereven ismétlődő tendenciák, szociálindex alapján) nevezte Szondi (2007) szél-közép dialektikának.

3. A mérőeszközzel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

Szondi igen karizmatikus tudós, tudományszervező, elméletalkotó és iskolaalapító ember volt (Kiss, 2014). Munkássága magyarországi időszakában is számos tanítványt „nevelt ki” (pl. Mérei Ferenc, Benedek István, Balázs Péter, Déri Zsuzsa, Bálint Mihály), akik a sorsanalitikus elméletet, módszert és az azon alapuló Szondi-tesztet ismerték és használták. Tanítványai, munkatársai egy része (pl. Benedek és Mérei) Magyarországon, míg másik része (pl. Balázs, Bálint, Déri) külföldön segítette a sorsanalízis és a Szondi-teszt térnyerését Szondi deportálása, majd Svájcban való letelepedése után (összefoglalását ld. Reinhardt és Narancsik, 2019). A nemzetközi jelenlétet az is támogatta, hogy Szondi művei angolul és franciául is megjelentek (pl. Szondi, 1952; Szondi, Moser és Webb, 1959). Déri Zsuzsa 1949-es angol nyelvű Szondi-teszt-monográfiája volt az első amerikai megjelenés, amelynek nyomán komoly érdeklődés mutatkozott az USA-ban a teszt iránt. Az 1950-es években számos empirikus tanulmány jelent meg a legnevesebb amerikai pszichológiai szaklapokban (pl. *Journal of Projective Techniques*, *American Journal of Psychology*, *Journal of Social Psychology*, *Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*) a Szondi-teszten alapulva. A Szondi-teszt angliai népszerűsítésében Bálint Mihály és a munkatársaként dolgozó korábbi Szondi-tanítvány, Balkányi Sári vett részt, akik mindketten aktívan alkalmazták a tesztet klinikai praxisukban (részletesen ld. Narancsik és

Reinhardt, 2019). Londonban a Tavistock Klinikáról vagy a Maudsley Kórházból is érdeklődtek a Szondi-teszt iránt, de Bálint közreműködésével a Scotland Yard is fel akarta venni Szondival a kapcsolatot (Narancsik és Reinhardt, 2020). Az 1950-es években John Bowlby, Franz Alexander, Carl Gustav Jung, Erich Neumann, David Rapaport (Rapaport Dezső) és Henry Ellenberger is kapcsolatban volt Szondival a tesztje miatt (Reinhardt és Narancsik, 2019).

Szondi 1953-tól folyóiratot indított, mely máig megjelenve őrzi, egyben megújítja a Szondi-örökséget. A *Szondiana*, a sorsanalízis tudományos folyóirata, angol, német és francia nyelven közöl az elmélettel, a módszerrel és a teszttel kapcsolatos tanulmányokat. A *Szondianá*-ban mind a (tízprofilos) teszten alapuló esetismertetések, mind empirikus tanulmányok helyet kapnak. Különösen a Szondi-hagyomány belga, francia, svéd, brazil és magyar szájai erősek. Magyar nyelven azonban nagyon kevés, főként a kétprofilos Szondi-teszteredményekre épülő empirikus kutatásról (pl. Honti, 1979; Török, 2011) számolhatunk be.

4. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk ismertetése

A tízprofilos Szondi-teszt előnye, hogy a személyiségműködés alapvető területeiről – az örömképességről, az agresszió kezeléséről, az indulat- és érzelmregulációról, az énerőről, az önszabályozásról, a kontaktuskészségről és a hangulati színezetről – dinamikus és átfogó információkat ad. Fontos, hogy az olyan alapvető elhárító mechanizmusok feltárását is segíti, mint az elfojtás, a projekció, vagy az olyan magasabb szintű énvédő mechanizmusét, mint a szublimáció. A teszt további előnye, hogy nemcsak a személyiségről, hanem pszichopatológiai folyamatokról (pl. szuicid rizikó, szenzitivitás, teátrális magatartás) is tájékoztat, valamint klinikai környezetben – más projektív, papír-ceruza és interjú módszerekkel együtt – segítségünkre van egyes pszichiátriai kórképek (differenciál) diagnosztikájában. Az egyes klinikai csoportok (pl. depressziós, mániás, paranoid, hisztrionikus személyiség szerveződéssel küzdő betegek) a Szondi-tesztben jellegzetes konstellációkat mutatnak (Szakács, 1969). Másrészt életkor szerint is jellemzőek lehetnek egyes választások (az egyes fejlődési csoportok – pl. serdülők, fiatal felnőttek, idősek – sajátos tesztjegyeit összefoglalja Szondi, 1942b). A teszt előnyeként tarthatjuk

számon, hogy azt könnyen megértik és általában szívesen végzik a személyek. Másrészt egy próba felvétele igen rövid idő – pár perc – alatt kivitelezhető. Ugyanakkor a tízszeri tesztfelvétel gyakran akadályos használatának. Megjegyzendő azonban, hogy öt alkalommal (minden esetben az ülés elején és a végén történő teszteléssel) is fel tudjuk venni a tíz profilt, ami így beleférhet – főként ambuláns körülmények között – a komplex pszichodiagnosztikába. A tanulmány bevezetőjében már említett jogos kritikát is meg kell ismét említenünk a teszt elméleti megalapozottságával kapcsolatban: a mai genetikai, biológiai tudásunk fényében azt teljes mértékben elvethetjük, hogy az emberek legfontosabb választásait a családban hordozott recesszív gének lappangó formái befolyásolják (Szakács, 1969). Ugyanakkor a modern genetikai kutatások rávilágítottak arra, hogy bizonyos temperamentum- és személyiségjellemzők öröklődési faktorát nem szabad figyelmen kívül hagynunk (Bereczkei, 1995; Zwir és mtsai, 2020). Az, hogy választásainkat poligénes öröklődési mechanizmusok, illetve a gén–környezet-interakciók hogyan befolyásolják, bonyolult, multidiszciplináris kérdés, ennek feltárása a jövő tudományos feladata. További kritika a teszttel szemben, hogy a diagnosztikai rendszerek azóta sokat változtak, s a mai pszichiátriai nozológiába nehezen helyezhető bele az a diagnosztikai keret, amelyre Szondi a tesztjét építette (Szakács, 1969). Például a homoszexualitást a teszt megalkotásának idejében még pszichiátriai betegségként tartották számon. Azonban fontos, hogy bár a teszt teoretikus kerete genetikai alapokon nyugszik, sokkal inkább azt a Szondi-koncepciót kell annak értelmezésében alapul vennünk, amely szerint a projektív mérőeszköz az egyes, normáltól eltérő elmeállapotokban szélsőségesen megjelenő motivációkkal kapcsolatos reakciókat tapogattja le. Az ezzel kapcsolatos rokon- és ellenszenvi választások mennyisége és aránya egy spektrum mentén alakul, s minden emberre egyéni választások konstellációja jellemző. A Szondi-teszt tehát a lelki élet átlagos és extrém megnyilvánulásait egyaránt képes detektálni, bázisa pedig az a koncepció, hogy találkozásainkkor tudattalan érzelmi kommunikáció indul meg (vö. Bauer, 2010).

5. Következtetések

A Szondi-teszt egy kórtani kiindulású ösztönelméleten alapul: Szondi egyes pszichiátriai kórképeket az emberi ösztönök, szükségletek „betegségeiként” értelmezett.

Az ezeket a működési határeseteket reprezentáló pszichiátriai betegek szélsőséges kiválasztása szélsőséges motivációkat, működésmódokat mutat fel, ellenkező esetben (azaz átlagos mértékű választásnál) normál folyamatokat feltételezhetünk. *A teszt a lelki élet adaptív és maladaptív folyamatainak, a személyiségműködés motivációs mozgatórugóinak azonosítására kínál támpontokat.*

A Szondi-tanítvány, majd munkatárs Déri Zsuzsa (Susan Deri), aki az Amerikai Egyesült Államokban bevezette a Szondi-tesztet, a tesztről szóló monográfiájában a mérőeszköz dinamikus jellegét hangsúlyozta (Deri, 1949). A Szondi-tesztet holisztikusan orientált projektív technikaként mutatta be, amely egyedülálló abban a tekintetben, hogy *a személyiséget* nem statikus entitásként, hanem annak *dinamikus változásában képes megragadni* (ld. pl. tízszeri felvétel, előtér-háttér viszonya, konkordanciák). Továbbá a teszt kínálta támpontokat a személyiség működésmódjaira, a lelki élet – akár adaptív, akár patológiás – jelenségeire bármilyen személyiség- és körlelektani keretrendszerben értékesíteni tudjuk, hiszen *olyan területekről jelez vissza, melyek minden emberben megtalálhatók*. Így az örömképességről, az agresszív energiák kezeléséről, az indulatszabályozásról, az érzelmek kommunikációjáról, az énszerveződésről és a hozzá kapcsolódó kontrollfunkciókról, valamint a kötődés minőségéről kaphatunk képet. Ezzel kapcsolatban érdemes kiemelni azt is, hogy a Szondi-teszt eredménye az egyik legjobban visszajelezhető anyag a páciens számára. A tesztben jártas pszichológus a Szondi-próba segítségével páciense olyan működésmódjait tükrözheti, melyeket leépíteni (pl. az érzelmek kommunikációjának nagyfokú visszafogása) vagy éppen erősíteni (pl. mély empátia) szükséges az adaptív alkalmazkodás érdekében.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Angyal, A. (1941). *Foundations for a Science of Personality*. Commonwealth Fund, New York.
- Bauer, J. (2010). *Miért érzem azt, amit te? Ösztönös kommunikáció és a tükröneuronok titka*. Ursus Libris, Budapest.
- Benedek I. (1993). A sorsanalízis születése. *Gyógypedagógiai Szemle*, 21(3): 162–164.
- Bereczkei T. (1995). The Szondi's legacy: Innate dispositions influence our choices. A sociobiological reinterpretation of the Szondi-theory. *Szondiana*, 15: 8–26.

- Bereczkei T. (1999). Szondi és a modern biológia. In Gyöngyösiné Kiss E. (szerk.): *Szondi Lipót*. Új Mandátum, Budapest. 158–166.
- Bereczkei T., & Gyöngyösiné Kiss E. (2001). Sorsanalízis és genetika: Családfakutatás, párválasztás, öröklődés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(1): 71–90.
- Bürgi-Meyer, K. (1996). „A laboratórium egy lázasan dolgozó hangyátársadalom”. *Thalassa*, 7(2): 83–103.
- Deri, S. (1949). *Introduction to the Szondi Test: Theory and Practice*. Grune & Stratton, New York.
- Dick, D. M. (2011). Gene-environment interaction in psychological traits and disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7: 383–409.
- Frankl, V. E. (1996). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Kötet Kiadó, Nyíregyháza.
- Gyöngyösiné Kiss E. (2007). Személyiség és családi tudatlan Szondi sorspszichológiájában. In Gyöngyösiné Kiss E., & Oláh A. (szerk.): *Vázlatok a személyiségről. A személyiség-lélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Új Mandátum, Budapest. 190–202.
- Honti B. L. (1979). Kétprofílos vizsgálatok Szondi teszttel I. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 36(5): 487–497.
- Kiss E. Cs. (2014). Szondi Lipót szakmai életútja – A sorsanalízis és a Szondi-teszt megszületése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69(3/7): 595–602.
- Kőváry Z. (2018). Sors, szabadság, létezés. Az egzisztencialista Szondi Lipót. *IMÁGÓ Budapest*, 7(1): 7–47.
- Längle, A. (2004). *Értelesen élni. Életvezetési útmutató*. Jel Kiadó, Budapest.
- Lewin, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. McGraw-Hill, New York.
- Lukács D. (1996). *Szondi. Az ösztönprofiltól az elméletig*. Animula, Budapest.
- Lukács D. (2016). *A Szondi-teszt korszerű értelmezése*. Oriold és Társai, Budapest.
- Mérei F. (1966). *A Szondi-teszt klinikai alkalmazása kétprofilos technikával*. Országos Ideg- és Elmegyógyintézet Pszichodiagnosztikai Laboratórium, Budapest.
- Mérei F. (1988). A kétprofílos Szondi-teszt. In Mérei F., & Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum II. Személyiségtesztek, 2. rész*. Tankönyvkiadó, Budapest. 271–303.
- Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) Tesztbizottsága (2015). *A pszichológiai teszthasználat irányelvei*. file:///C:/Users/HP/OneDrive%20-%20elte.hu/Dokumentumok/ELTE/Pdg/Teszthaszn%C3%A1lati_Ir%C3%A1nyelvek%20MPT_2015_december.pdf
- Narancsik G., & Reinhardt M. (2019). Szondi Lipót levelezéséből I. 1945–1949: Remények és kétségek. *Lélekelemzés*, 14(1): 51–81.
- Narancsik G., & Reinhardt M. (2020). „Eltörött a magyar korsó, s száz cserepe száz felé vetődött”. Szondi Lipót pszichoanalitikus kapcsolatai levelezése tükrében. *Lélekelemzés*, 15(1): 115–144.
- Nes, R. B., & Roysamb, E. (2015). The heritability of subjective well-being: Review and meta-analysis. In Pluess, M. (ed.): *Genetics of Psychological Well-Being: The role of heritability and genetics in positive psychology*. (Series in Positive Psychology.) Oxford Academic, Oxford. 75–96.
- Painton, M. B. (1970). *A Clinical Validation of the Szondi Test*. (Doktori disszertáció.) University of Oklahoma.
- Rapaport, D. (1941). The Szondi test. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 5: 33–39.
- Reinhardt M., & Narancsik G. (2019). Szondi Lipót levelezéséből II. 1950–1959: Szondi-workerek a nagyvilágban. *Lélekelemzés*, 14(2): 264–293.
- Szakács F. (szerk.) (1969). *Öt klinikai próba*. Országos Ideg és Elmegyógyintézet Pszichodiagnosztikai Laboratóriuma, Budapest.
- Szondi, L. (1937). *Analysis of Marriages: An Attempt at a Theory of Choice in Love*. Martinus Nijhoff, Hága.
- Szondi L. (1942a). *Sorselemzés*. (Kézirat.) Budapest.
- Szondi L. (1942b). *Előadások a kísérleti ösztöndiagnosztika köréből*. IV. kötet. *Az ember meghatározása az ösztönök tapasztalati rendszerében – Az ember ösztön-linnaeus*. Diószegi sokszorosítás, Budapest.
- Szondi, L. (1952). *Experimental Diagnostics of Drives*. Grune and Stratton, New York. (Ford. Gertrude Aull.)
- Szondi, L. (1956). *Ich Analyse. Die Grundlage zur Vereinigung der Tiefenpsychologie*. Huber, Bern.
- Szondi L. (1987). *Káin, a törvénytörő, Mózes, a törvényalkotó*. Gondolat, Budapest.
- Szondi L. (1996a). *Ember és sors*. Kossuth, Budapest.
- Szondi L. (1996b). Sorsanalízis és önvallomás. *Thalassa*, 7(2): 5–38.
- Szondi L. (2007). *A Szondi-teszt. A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve*. Új Mandátum, Budapest.
- Szondi, L., Moser, U., & Webb, M. (1959). *The Szondi test in diagnosis, prognosis and treatment*. J. B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Tamás D. (2002). Az „ember” sorsa Szondi Lipót elméletében. *Erdélyi Múzeum*, 64(3–4): 156–162.
- Török I. A., & Vincze G. (2011). A kötődés értelmezése a Szondi-tesztben és a kötődésemélet kérdőíves eljárásai. *Psychiatria Hungarica*, 26(3): 167–177.
- Zwir, I., Arnedo, J., Del-Val, C., Pulkki-Raback, L., Konte, B., Yang, S. S. ... & Cloninger, C. R. (2020). Uncovering the complex genetics of human character. *Molecular Psychiatry*, 25: 2295–2312.



A Metamorfózisok tesztje

Reinhardt Melinda¹

1. Bevezetés, elméleti háttér bemutatása

A Metamorfózisok tesztje két egymással szorosan összekapcsolódó pszichodinamikai jelenségen alapul: a(z át)változáson és az emberi psziché szimbólumteremtő képességén.

A metamorfózis átalakulást, átváltozást, változást jelent, ezzel a természet egyik legfontosabb működés módját képezi le. Transzformáció(k) segítségével lehetnek az élőlények képesek arra, hogy a fennálló állapotot meghaladják, a status quón túllépjenek. A változás a fejlődés motorja, a továbblépést segíti, dinamizmust biztosít a világban. Az új megszületése – mind biológiai, mind lelki szinten – metamorfózisok révén lehetséges. Számos mitológiai és irodalmi mű (pl. Ovidius: *Átváltozások [Metamorphoses]*) és a legtöbb pszichológiai irányzat a – személyiség- és a társas – fejlődést változások soraként képezi le. Alakulunk, alakítanak és alakítunk: élethosszig *változunk*. Ezt a fajta transzformációt, illetve ennek az egészséges lelki fejlődéshez való esszenciális hozzájárulását leginkább a jungiánus pszichológia hangsúlyozza. Jung (2014) kiindulása, hogy az egészséges személyiség nemcsak a külső és a belső világ közötti harmonikus kapcsolatra épül, hanem a kettő folytonos dinamikus kölcsönhatására. Az analitikus pszichológia a változást helyezi a lelki élet és a terápia középpontjába: a változás az élethosszig tartó fejlődés motorja és biztosítója. A metamorfózis a jungi értelemben vett individuáció, az egón túli önmegvalósítás alapvető működés módja (Jung, 2014). Az individuáció során az egyéni, a családi és a kollektív tudattalan (egy része) találkozhat és olvadhat össze a tudattal. Az addig számunkra ismeretlen lelki tartalmak integrálódhatnak a tudatosan leképzett személyiségbe, ezzel növekedhet a tudatos rálátás, a tudatosan irányított lelki tartalmak területe (Jung, 2014). A tudattalantól érkező belső tartalmak természetesen félelmetesek is lehetnek, ugyanakkor – átmenetileg fájdalmas – pozitívumok,

hogy valami újat mutatnak fel, a változás, változtatás lehetőségét adják (Antalfai, 2006). Amennyiben nincs változás, az a jungi komplexustan szerint az egyoldalú beleragadást jelzi valamilyen működésmódba vagy tulajdonságba (Jung, 2014).

A tudatos–tudattalan differenciációját, majd integrációját leginkább az érzelmileg telített szimbólumok használata serkentheti és segítheti (Antalfai, 2006). A szimbólumok ugyanis sűrített formában tartalmaznak az egyén számára lényeges „üzeneteket”, ugyanakkor kollektív megalapozottságukkal túlmutatnak személyes létünkön. A szimbólumokban az érzések és az élmények univerzális – a teljes emberiséggel közös – tapasztalatai, fájdalmai, dilemmái és azok megoldási lehetőségei fókuszálódnak (Jung, 2011). A szimbólum valamit helyettesít, analógiát képez valami mással (Rycroft, 1994). Ez a hasonlóságteremtő képesség a művészetek és a pszichodinamikusan orientált pszichoterápiák alapanyaga, mert képes a lényegét úgy felmutatni, hogy az egyéniit hozzákapcsolja a mindenkor élt emberek megtapasztalt élményeihez. Ezzel azt az érzetet erősíti, hogy nem vagyunk egyedül a problémáinkkal (Antalfai, 2006).

A Metamorfózisok tesztjében, mely a projektív tesztek speciális csoportját alkotja, a vizsgálati személy belső képeket alkot meg, s ebben a folyamatban – a szimbólumalkotásban – többszörös áttételen keresztül jelenhet meg a lelki tartalom. A szimbólumokban való gondolkodás továbbá segíti a tudatosulást.

A Metamorfózisok tesztjét Jacqueline Royer (1912–2007) francia pszichológus alakította ki a francia pályaválasztási tanácsadásban szerzett tapasztalatai alapján (Szőnyi, 2005). Royer számos szakkönyvet jegyzett a gyermeklélektan területén. Az 1961-ben, a *Le test des métamorphoses: technique projective verbale pour l'étude de la personnalité chez les adolescents* (A metamorfózisok tesztje. Egy verbális projektív technika serdülők személyiségvizsgálatára) címmel megjelent füzetében írta le a teszt elméleti bázisát, felhasználását és működését.

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

A pályaválasztási pszichológiai tanácsadásnak néhány találkozás során kell a fiatal jövőjére vonatkozó választásait megsegíteni, orientálni. Ehhez olyan mérőeszközök szükségesek, amelyek szinte közvetlenül jeleznek vissza nemcsak a szakember, hanem a kamasz számára is, azaz önismeretét – viszonylag hamar és hatékonyan – mélyíteni tudják. Ezt a visszajelzést azonban fontos, hogy úgy adja meg egy eljárás, amire a serdülő fel van készítve (Szőnyi, 2005). A szimbólumokban való gondolkodás, a képzeletbeli átváltozás helyzete, amelyet a Metamorfózisok tesztje megteremt, éppen ezt a szabályozható tükörfunkciót képviseli: annyit visz el és épít be a tükrözött lelki tartalmakból a vizsgálati személy, amennyire aktuálisan fel van készítve. Ez az indirektivitás ráadásul a serdülőterápiás célokhoz is kitűnően illeszkedik (Szőnyi, 2005). Másrészt a foglalkozásorientáció feltárásának központi eleme a fiatal motivációs bázisának feltérképezése. A Metamorfózisok tesztje mind-egyik fenti feltételt teljesíteni képes: beindítja a fantáziát, annak során szimbolikus belső képeket alkot a vizsgálati személy, aktiválja a motivációs struktúrát, amiről azonnali, szabályozható visszajelzést kaphat a résztvevő. Ezekkel a tulajdonságaival a Metamorfózisok tesztje nemcsak a serdülőkkel, hanem a felnőttekkel való pszichológiai munkában is hasznos projektív eszköznek bizonyul.

Amellett, hogy a teszt a pályaválasztási tanácsadás speciális közegében formálódott, jelentős hatással volt Royer-ra Charles Baudouin (1893–1963) francia–svájci pszichoanalitikus szerző elméleti modellje (Szőnyi, 2005). Baudouin pszichoanalitikus „irányzatában” a freudi alapokat a jungi analitikus pszichológia és az adleri individuálpszichológia elemeivel ötvözte, s abba sajátos fogalmakat is bevezetett (pl. a fizikai testre az automaton elnevezést) (Cifali, 2005). Klinikai tapasztalatai alapján Baudouin (1950) úgy vélte, hogy a freudi ösztön-én, ego és felettes én, a jungi árnyék, perszóna és szelf instanciák ellentétének és azonosságának folyamatos egyensúlyától függ a psziché egészsége. Ez a komplementaritás adja a lelki működés dinamikáját, a változás lehetőségét.

S végül arról sem szabad elfeledkeznünk, hogy a Metamorfózisok tesztjének ötlete játékon s magán a játékoságon alapul. Ahogyan például a Rorschach-teszt megalkotására hatással volt a tintapacákkal való gyermekjáték (Searls, 2018), úgy Royer is ismerte a totemizációs gyermekjátékot, amelynek során analógiák sorozatán keresztül azt kell kitalálni, hogy kiről van szó a társaságból (Royer, 1961).

A Metamorfózisok tesztjét Szőnyi Magda klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, a Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület vezetőségi tagja ültette át és adaptálta magyarra. Szőnyi Magda az 1980-as években egy évet Franciaországban töltött, ahol megismerkedett a tesztel. Magyarul először, empirikus adatokat is bemutatva, 1982-ben a *Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban. Módszertani füzetek* című sorozatban jelent meg a teszt összefoglalása (Szőnyi, 1982).

Angolszász nyelvterületre nem vezették be az eljárást, így a nemzetközi pszichodiagnosztikai világban nem terjedhetett el.

2. A mérőeszköz bemutatása

A Metamorfózisok tesztje három részből áll:

- (1) Az első egységben a személy azt az instrukciót kapja, hogy képzelje el, hogy egy varázsló elvarázsolja őt. Abban a varázsló azonban szabad kezet ad a személynek, hogy mivé varázsolja, azaz a vizsgálati személy választhatja ki, mivé változtassa őt el a varázsló. A teszt 20 kategóriát kínál fel, melyek mentén a személynek döntenie kell arról, mivé alakuljon át. A kategóriák a következők: állat; tárgy; növény; eszköz/szerszám; konstrukció/alkotás/létesítmény; táj/termeszet része; testrész; szín; házrész; gesztus / emberi mozdulat; ruhadarab; bútor; nyersanyag/alapanyag; alak/forma; művészi alkotás; híres ember / történelmi személy; képzeletbeli személy / mese- vagy regényhős; ige/cselekvés; melléknév/tulajdonság; főnév/fogalom. Rendkívül fontos, ami nélkül a teszt nem tölti be a funkcióját, hogy minden kategória esetében rákérdezzünk arra, hogy a személy MIÉRT éppen azzá válna, amit mondott az adott kategórián belül.

Az első rész instrukciója: „Képzeld el, hogy van egy varázsló, mint a mesékben, aki most elvarázsolja, de szabad választást ad abban, hogy mivé. Ha ez a varázsló most egy állattá varázsolná, milyen állat szeretne lenni?” Majd közvetlenül a személy válasza után azt is megkérdezzük, hogy „Miért ez az állat szeretne lenni?”. Ezt követően a további 19 kategórián is hasonlóképpen végigmegyünk. Például: „Ha egy tárggyá vagy dologgá varázsolná el a varázsló, mi lenne? Miért? Ha növényt varázsolná el a varázsló, milyen növény lenne? Miért?” (Szőnyi, 2005: 7–8.)

- (2) Ezt követi a teszt második része, melyben az előzőek formátumához hasonlóan azt kérdezzük meg

a korábbi 20 kategória mentén, hogy mivé nem válna a személy. Itt is hasonlóképpen fontos a Miért? kérdésének feltétele az összes kategória esetében.

A második rész instrukciója: „A varázsló most már csak annyi szabadságot ad, hogy megválassza, hogy mivé ne varázsolja el Önt semmiképp.” Ismét végigmegyünk mind a 20 kategórián: „Milyen állat nem lenne semmiképp?”; „Milyen tárgy nem lenne semmiképp?”; „Milyen növény nem lenne semmiképp?” A személy minden választát követően felteszszük a Miért? kérdését is (Szőnyi, 2005: 8.).

A teszt első két egységét mindenképpen egy diagnosztikai alkalommal vesszük fel. Házi feladatnak, otthoni munkának nem adhatjuk ki. A személy válaszait ugyanis a pszichológus szó szerint leírja. Lejegyezz továbbá minden olyan verbális vagy nemverbális jelzést, ami a tesztfelvétel során a páciensről származik. Jelzés lehet például, ha ismételnünk kell az instrukciót, vagy adott kategóriánál megnyúlik a reakcióidő. Utóbbi esetben feljegyezzük, mennyi idő elteltével válaszol a vizsgálati személy.

Fontos az is, hogy ha adott kategória esetében a személy hosszabb idő és biztatás ellenére sem ad választ, akkor a következő kategóriára ugrunk. Az adott egység végén megpróbálhatunk a vizsgálati személy által kihagyott kategóriára visszatérni, s megkérdezzük, eszébe jutott-e bármi ennek a kategóriának a kapcsán. Ennek tényét szintén rögzítjük.

Lényeges az is, hogy – bár nem hangsúlyozzuk külön, de – egyetlen választ kérünk és várunk minden kategória esetén. Amennyiben a vizsgálati személy adott kategóriához több elemet is említ, azokat és miértjeiket az elmondás sorrendjében feljegyezzük, azonban megkérdezzük, hogy ha csak egyet választhatna, akkor melyiket választaná inkább: „Mi lenne leginkább?” / „Mi nem lenne semmiképp?”

Hangsúlyozzuk, hogy a tesztfelvételben az első rész teljes felvételét (kategóriánként „Mi lenne, ha ... lenne, és miért?”) a második egység teljes felvételének kell követnie (kategóriánként „Milyen ... nem lenne, és miért?”). A teszt felvételében úgy nem haladhatunk, hogy kategóriánként előbb a „mi lenne”, majd ugyanabban a kategóriában a „mi nem lenne” kérdést tesszük fel, ez a felvételi mód a teszt dinamikáját adó működési alapelveket (ld. következő alfejezet) venné ugyanis semmibe.

A tesztfelvételi idő az első két rész esetében kb. 25–50 perc, azaz gyakran egy teljes pszichodiagnosztikai alkalom igénybevételével kell számolnunk.

(3) A tesztnek van egy harmadik, kiegészítő része. Mivel ennek lekérdezése hosszabb időt vesz igénybe és jellegét tekintve jobban szeparálható az első két résztől, áttehetjük egy másik diagnosztikai alkalomra vagy írásos munkaként haza is adhatjuk.

Ennek az instrukciója a következő: „A varázsló most néhány kívánságát fogja teljesíteni.” Ezt követően soroljuk fel a kérdéseket, melyek mindegyike a már megszokott miért-formulával is kiegészül. Például: „Ha a varázsló megengedné, hogy változtasson valamit a világban, mit változtatna azon?” Majd a választ követően: „Miért?” (Szőnyi, 2005: 7–8.)

Royer instrukcióját és 11 kérdését Szőnyi Magda a saját tapasztalatai alapján módosította. Előbbiben hangsúlyozza a vágyak megvalósítását: „Képzeld el, hogy van egy varázsló, mint a mesékben, aki minden kívánságot teljesít, és most alkalmat ad arra, hogy néhány témában megfogalmazhassa vágyait.” Az utóbbiba pedig a teszt első két részének analógiájára az ellentétet is beleszövi. Például: „Ha a varázsló lehetővé tenné, hogy változtasson valamit a világban, mit változtatna?” Majd: „Mit nem változtatna?”

A harmadik rész eredeti és a Szőnyi-féle módosított változatát ld. részletesen Szőnyi, 2005: 9–11.

Szintén Szőnyi Magda újítása, hogy a tesztfelvétel legvégén a teszthelyzet lezárása és a felmerült szimbólumok, motivációk tudatosítása érdekében felhívja a vizsgálati személy figyelmét arra, hogy az előhozott tartalmak a saját belső világból kerültek felszínre, ezáltal az azok feletti felelősségre:

„Ez a varázsló tulajdonképpen benne lakik az emberben, szimbolikus értelemben természetesen, ami azt is jelenti, részben rajtunk is múlik, mi mindent tudunk vágyainkból megvalósítani. A pozitív rész tartalmazza mindazt, amire vágyunk, amire törekszünk, amit szeretnénk megkapni vagy megvalósítani, a negatív pedig mindazt, amitől félünk, amitől tartunk, amit hibának érzünk és szeretnénk leküzdeni, vagy amit elszenvedünk és szeretnénk elhárítani, de még nem teljesen sikerült.” (Szőnyi, 2005: 11–12.)

3. A mérőeszköz működési elve és értelmezése

A Metamorfózisok tesztje a teszt által generált számos szimbolikus azonosulás révén mozgásba hozza a fantáziát, és játékoságával relativizál is: képes feloldani a fokozott tudatosság cenzúráját. A játékosnak tűnő helyzet segít abban is, hogy a vizsgálati személy kevésbé

vagy ne érezze magát kiszolgáltatottnak. A tesztfelvétel ideje viszonylag hosszú, azonban ez áttételi szempontból fontos előnye a mérőeszköznek: a szinte ritmikusan érkező újabb és újabb kategóriák elterelik a személy figyelmét arról, hogy a pszichológus vélt elvárásainak, igényeinek próbáljon megfelelni.

A teszt finom tükörfunkciójáról a bevezetésben már esett szó: a szimbólumokban való gondolkodás segíti a működésmódok, személyiségvonások tudatosulását, ezzel az életvezetést akadályozó tulajdonságokkal való szembenézés lehetőségét teremti meg (Szőnyi, 2005). Terápiás szempontból is számos fontos hatást hordoz a teszt:

- (1) Azzal, hogy a személy átélheti, válaszainak saját számára is van jelentése, segít a terápiás kapcsolat megalapozásában. A teszt áttételesen vezeti rá a páciens, hogy neki (is) kell munkát fektetnie a saját terápiájába.
- (2) Megtapasztalhatja a teszt működése révén, hogy a terapeuta kísérőként van jelen.
- (3) Kíméletes tükörként mutat rá a terápia megkezdése előtt a páciens számára, hogy milyen lételemekben vannak elakadásai, gondjai.

A teszt motivációs teszt, hiszen segíti annak felismerését, hogy mitől, minek az elhagyásától (mivé nem válna valaki) indul el a személy a vágyott célja(i) elérése felé. Miközben a szimbólum attribútumaiban és a miért-re adott magyarázatokban fellelhető az is, hogy mennyi ereje van a válaszadónak a vágyottat elérni.

A vágyott oldal azt mutatja fel, mivel szeretne, mivel tud azonosulni a válaszadó. Milyen internalizált célok, értékek alapozzák meg az identifikációs folyamatot, az éniideált, a jungi Selbst, a legmélyebb önazonosság felé való elmozdulást (Jung, 2014). A teszt képet ad arról is, hogy ezek a motivációk milyen energiatöltéssel bírnak. A pozitív rész indoklásai pedig arra világítanak rá, hogy milyen tényezők hiányoznak az aspirációk megvalósításához. Éppen ezért a válaszhiány, azaz a motivációhiány tünetértékű, diagnosztikai jelentőséggel bír (Szőnyi, 1988).

A negatív választások a jungi értelemben vett árnyékot jelzik: mi az, amit nem vállalunk fel magunkban, mi az, amitől félünk, amitől szeretnénk eltávolodni. Ezek, mivel csak részben vagy alig felismertek, aktívan befolyásolják viselkedésünket. Feltételezhető, hogy ezek az ellenazonosulások – melyek legtöbbször a szocializációs folyamat során alakulnak annak kapcsán, hogy mit utasít el vagy akár büntet a közvetlen és közvetett társas közeg – konfliktushelyzetekben, ami-

kor a tudatos kontroll csökken, nagyobb valószínűséggel aktivizálódnak (Pető, 1998). Érdemes a későbbiekben arra bátorítani a személyt, hogy a negatív oldal válaszaiban és indoklásaiban is próbálja megtalálni azt, ami bizonyos helyzetekben hasznos lehet számára, segítheti őt.

Az értelmezésben a következőképpen haladunk: először – bár másodjára vesszük fel – a „negatív” oldalról, a félelmeiktől indulunk. Milyenné nem szeretne válni valaki, mi az, amitől el akar távolodni, milyen minőségektől, tulajdonságoktól. Ez ugyanis a mozgatóereje annak, hogy a személy elindulhasson kívánt céljai felé. Majd a „pozitív” oldalt, a vágyott részt elemezzük. S mindig megnézzük a kettő viszonyát, kapcsolatát is.

Mind az elutasított motívumokat, mind az éniideál területét két szinten elemezzük:

- (1) Fontos minden esetben a szimbolikát is kibontani. Például a szerszám kategória esetében annak elemzése történik, hogy a személy hogyan közelít céljai felé, milyen aktivitással, energiával, ennek érdekében agresszióját, impulzusait mennyire képes vagy sem visszafogni, mennyire hatékony környezete alakításában. A gesztusra adott válaszok a személy társas viszonyulását mutatják: hogyan vesz részt általában a kapcsolatokban, milyen szociális megnyilvánulásokra érzékeny, ő maga mit közvetít magából mások felé. Vagy például az ige/cselekvés felhívására adott reakciók azt jelzik, hogy mi a személy legfőbb életeleme, mivel önazonos leginkább, s mivel nem. A 20 motívum szimbolikáját, azaz az egyes kategóriák felszólító jellegét részletesen Szőnyi (2005: 44–69.) fejti ki.

A szimbólumban manifesztan megjelenő tartalom olyasvalami, ami helyettesít valamit (Rycroft, 1994). A látens jelentést a pszichológusnak kell feltárnia. Ez azonban csak úgy lehetséges – mivel a szimbólumképzés egyedi és többértelmű, s alapvetően az egyéni, tudattalan folyamatok által irányított –, hogy a „miért?” kérdést sosem felejtjük el egyetlen kategória mellől sem. A kategóriára adott szimbolikus válaszokban és azok indoklásában érzetek, érzelmek, hangulatok, benyomások, emlékek sűrűsödnek. A teszt szimbólumkategóriáit a válaszadó tölti fel a saját tapasztalataival, vágyaival, céljaival, értékeivel, azonosulásaival és ellenazonosulásaival. Ez a szimbólumértő és -alkotó képesség alapozza meg a gondolkodási folyamatokat, a fantáziát, a szublimációs készséget és az alkotások befogadását, de szoros összefügg az empátiás készséggel is, hiszen

a szimbólumokban sűrűsödő érzelmek, gondolatok, asszociációk segítségével rezonálhatunk a másik belső világára (Pető, 1998), a szimbólum bizonyos értelemben egy ősi, közös nyelv (Jung, 2011).

Lényeges szempont lehet az elemzésben, hogy megfigyeljük, a „miért” kérdésre adott magyarázatban milyen módon vannak jelen az adott szimbólum attribútumai. Ugyanis amennyiben ez a kapcsolat inadekvát vagy túl távoli, azt jelzi, hogy a pszichés energia az adott felszólító jellegnél valamiért megrekedt, nem tud kanalizálódni. Nézzünk erre egy példát: Egy 18 éves, bulimia nervosával küzdő kamasz lány a művészi alkotás kategóriájának negatív oldalára adott válaszában azt jelezte, hogy „se festmény, se szobor” nem lenne, „mert nem látja értelmét”. A művészi alkotás a szublimáció lehetőségét jelzi, azt, hogy miben szeretne valaki tökéletesedni, teljessé válni, illetve ezzel párhuzamosan a negatív oldalon azt, hogy mely dolgok haladják meg ennek kapcsán a lehetőségeit. A művészet az önkifejezés egyik legnemesebb színtere, élményeink, egyben az örök és univerzális emberi igazságok transzformált – szublimált – megjelenítődésének tere. A kamasz válaszában éppen a szimbólum (művészet) alapvető jellemzőit tagadta („nincs értelme”). Ha valaki ennek „nem látja értelmét”, a változás, a feldolgozás lehetőségét negálja, attól tart, hogy nem képes, hogy nincs motivációja változni. Valóban, a súlyos állapottal küzdő kamasz expliciten kifejezte, hogy mennyire ragaszkodik tünetéhez (rendszeres túlevés és hánytatás), deklarálta, hogy azon nem akar változtatni. Már a pszichoterápiás szakasz legelején kilépett a – többedik megkezdett – terápiájából.

- (2) Másrészt a kategóriákon átívelve közös szálát – hasonlóságokat – keresünk mind az elutasított, mind a vágyott részekben. Elemezzük például, hogy az énerő, az aktivitás, a fejlettség, a változás hogyan van jelen ezekben a „tartalmi góccokban”. Minél markánsabb a kirajzolódó tartalmi tengely, annál erőteljesebb kihatással van a személy alkalmazkodására, annál több életterületet érint. Ez a fajta perszeveráció az adott szükséglet erőteljesebb jelenlétét, fokozott intenzitását jelzi a személy motivációs rendszerében (Szőnyi, 2005). Amennyiben a 20 kategóriából – akár a pozitív, akár a negatív oldalon – 6–8 esetben hasonló vagy ugyanaz a motívum ismétlődik, az valamilyen fixációs pontot, komplexust jelez. Ilyen komplexus lehet például az elismerés

(nárcizmus), a testvérféltékenység, a kisebbségtudás, az elhagyatottság, a bűnösségérzés komplexusa, de a regresszió is. Az egyes komplexusokhoz tartozó szimbólumokat és motivációkat Szőnyi Magda (2005: 78–83.) foglalja össze.

Érdekes a két oldal sűrűsödési pontjainak a „párhuzamosságát”, illetve „közelségét” is megnéznünk. Amennyiben jelentős a távolság a két rész között, érdemes olyan gyakorlatokat adni, amelyek a két oldalt segítenek „összebékíteni”. Ilyen integrációt serkentő technika lehet, ha arra kérjük a személyt, hogy egy közös képben képzelje el valamely kategória negatív és pozitív oldalára mondott válaszát. Megkérdezhetjük azt is, hogy hogyan lehetne a személy szerint eljutni a negatív választásból a pozitívba, s mire lenne szüksége ahhoz, hogy ez a változás elinduljon (Pető, 1998). Ez az átgondolás önmagában terápiás hatású, hiszen a személy maga térképez fel motivációs utakat, s azt is imaginálja, hogy azok elérésében milyen – belső vagy külső – források segíthetik.

Ha a félelmek és a célok túlságosan közel vannak egymáshoz, akkor megmerevedett struktúrákra gondolhatunk: nincs dinamika, fejlődés a motivációs rendszerben. Megnézhetjük azt is, hogy mely terület tér el a belső, közös szálaktól, hol van kiugró elem.

Erre az elemzési szempontra is lássunk egy példát: egy 16 éves, gyermekkorában szexuális és érzelmi abúzust átélt, hangulatzavarral, kényszeres zavarral és disszociatív zavarral diagnosztizált kamasz lány a „mi nem lennénk” oldal indoklásaiban csupa olyan tartalmakat hozott, amelyek határproblémákra utalnak: a kapcsolati határok, a testhatárok sérülésére, a kiszolgáltatottságra, az ezzel kapcsolatos szenzitivitásra. Például: a konstrukció / emberi alkotás mint az önértékelésben jelentkező akadályok terén: „Michelangelo nem lennék, aki szét van terítve, mert mindenki bámulja, és pucér.” vagy a táj/természet része kategóriánál (szimbolika szerint milyen légkör van rá rossz hatással): „Nem lennék fal, mert mindenki rá támaszkodik.” Itt érdemes észrevenni a válasz kategóriaidegenségét is: a fal nem természeti rész, éppen hogy mesterséges, ember által teremtett elem, ami szimbolikájában kettős: véd, de el is tud szigetelni. Hasonló határprobléma jelenik meg a gesztus / emberi mozdulat kategória indoklásában: „Kéznyújtás nem lennék, mert azt soha nem szerettem, a kézfogás undi” (közben pfújol és két kezével csapkod). Továbbá a

problematika sűrítmenyét jelző utolsó kategória, a főnév/fogalom esetében azt mondja: „Szeretet nem lennék, mert a szeretet fájdalmas”. A traumatizáltságból eredő kötődési nehézségek, a kapcsolati sebezhetőség élménye a mások számára pozitív tartalmakat (kéznnyújtás, szeretet) éppen ellentétébe fordították. A negatív oldallal szemben – ahonnan elindulhatna az eltávolodás – a pozitív oldalon, a célok terén a következő nagyobb tartalmi kategóriák öltöttek testet: elfogadásigény, törődésigény, egyben ambivalencia a kapcsolatokkal összefüggésben. Erre néhány konkrét példa: (állat) „Majom, mert ő a legintelligensebb, és a legközelebb áll az emberekhez”; (tárgy) „Egy penge, mert segíthetnék olyan embereknek, akiknek szükségük van rá”; (növény) „Egy rózsza, mert az szúr”; (táj/természet része) „Egy villám, mert csak ritkán csap bele az emberbe, de nagyon különleges”; (emberi testrész) „Egy kéz, mert azzal sok mindent végre lehet hajtani”; (gesztus / emberi mozdulat) „Egy kéz, ami elvág egy torkot”; (képzeletbeli személy / mesehős, regényhős) „A Mester és Margaritából lennék a Mester, mert a Margarita egy jó nő”. Láthatjuk, az elutasított és az ideális oldal motívumai túl közel vannak egymáshoz, egyazon problematika, a szelf-másik határ sérülése, bizonytalansága köré szerveződnek, ami a pszichés rendszer, az identitás megmerevedett dinamikájára utal.

S végül lehetőségünk van arra is – bővítve a szimbólum individuális jelentésszintjét és ezzel a teszt értelmezési területét –, hogy a személy egyes válaszaihoz később további asszociációkat kérünk. Ez utóbbi két szempontból is fontos lehet. A személy válaszaihoz/választásaihoz kért képzettársítások további diagnosztikai és terápiás támpontokat adhatnak. Másrészt – az előbbivel szoros összefüggésben – ezek az asszociációk segítik annak feltárását, hogy az adott kategória archetipikus és kulturális jelentésrétegei milyen individuális tartalmakkal árnyalódnak. A tapasztalatok szerint az egyes kategóriákra adott válaszokból kiinduló beszélgetések, az egyedi kontextus további feltárása olyan tartalmakat hoznak elő, amelyek a pszichoterápiás folyamatban csak jóval később kerülnének felszínre vagy tudatközelbe. Példaként álljanak itt egy olyan, 17 éves kamasz lány bútor-kategóriára adott válaszához fűzött gondolatai, aki szociális gátoltsága és különcsége miatt kisóvodás korától egészen az általános iskola végéig komoly és permanens kortársbántalmazásnak volt kitéve. A főként érzelmi (pl. csúfolás, kiközösítés) és eseten-

ként fizikai bullyingot a felnőtt közeg éveken át vagy nem vette észre, vagy bagatellizálta. A bútor – mivel a ház funkcionális része – szimbolikája arra utal, hogy milyen szerepeket vállal valaki a családban, mikroközösségeiben, hogyan bánnak vele, milyen miliót észlel maga körül. A bútor kategória negatív részére („Milyen bútor nem lennél, és miért?”) adott válasza szerint íróasztal nem lenne, mert „annak idején, ha ilyesmit játszottunk, ezt mondták nekem”. Ehhez az élményhez pedig a következő asszociációkat hozta fel: „Nem jó emlékeket kötök hozzá, megalázottság és szegény, mert túlságosan rám figyeltek, és nem azt látták, amit szerettem volna, hogy lássanak, nem akartam semmilyen módon gyengének tűnni, bátornak szerettem volna látszani, akit nem tiporhatnak el, de az írás miatt mondtam íróasztalt, csak ezt látták bennem.” A serdülő elmondta, hogy minden bántalmazási epizódnál megfogadta, hogy „erős lesz”, hogy nem szól, nem sír, hogy bátornak tűnjék, s az intellektusával próbált kitűnni, erőt felmutatni a mindennapokban. Érdemes kiemelni, hogy ugyanez a kamasz a „Milyen bútor lennél, és miért?” kérdésre azt válaszolta, hogy „polc, a fiókjai miatt, kategorizált emlékek”. A fiókba zárt, rendszerezett emlék gondolata felveti a tudatosított negatív élményektől való eltávolodás vágyát. A gyógyulási folyamat, a traumafeldolgozás legmegfelelőbb útját: úgy integrálni a traumaemlékeket, hogy azok ne kontrollálatlanul, disszociáltan „kísértsenek”, hanem az identitás – bár fájdalmas, de – feldolgozott részeivé válhassanak. Láthatjuk, a serdülőnél már a pszichodiagnosztikai szakaszban jelen volt ez a törekvés. Ez a terápiás tekintetben jó indikáció hamarosan tüneti szempontból is érezte hatását: a kamasz rendszeresen és évek óta jelen lévő, bántalmazással kapcsolatos rémálmai már a terápiás szakasz kezdetén oldódtak, s rövid időn belül meg is szűntek.

Az egyes válaszokhoz kért asszociációkat konkrét kérdésekkel is lehet segíteni. Megkérdezhetjük például a személyt a teszt végén, hogy melyik kategória foglalkoztatta leginkább. A válaszában foglaltakat hogyan tudja az életére vonatkoztatni. Ilyenkor biztatjuk, hogy konkrét példákat is keressen az általa átéltekből.

4. A mérőeszköz alkalmazási területeinek ismertetése, fő indikációk

A bevezetőben jeleztük, hogy a teszt a pályaválasztási tanácsadásban született meg, és hazai adaptációja is ehhez a körhöz kötődik. A projektív teszt azonban sokkal

szélesebb körben használható, mint a pályaválasztási tanácsadás területe. Fentebb jelzett tulajdonságai miatt általánosságban a tanácsadásban, a krízishelyzetben, valamely életterületen elakadásban lévő páciensek esetében is kiválóan alkalmazható. Az iskolapszichológiában – főként kiskamaszkortól – is hatékony eszköz a serdülők motivációs struktúrájának feltérképezésére, különböző kamaszkori problematikák feltárására. Az egészségpszichológiában is kifejezetten ajánlott, hiszen a pozitív, elérni kívánt szimbolika és a mögöttes tartalmak megfogalmazásával az öndeterminált motivációt serkenthetjük: önmagával kapcsolatban pozitívat, vágyott részeket valaki ugyanis csak akkor tud megfogalmazni, ha azok már valamiképpen megvannak benne (Szőnyi, 2005). Arra tudunk vágyani, ami valamiért fontos nekünk, amiről fantáziálunk, azaz jelentős húzóerőt képviselhet. Speciális területeken is felhasználható a teszt, így például a sportpszichológiában a teljesítményt akadályozó és motiváló tényezők tudatosításában. Bizonyos pszichológiai beavatkozások – pl. autogén tréning, imaginatív terápiák – „bevezetőjeként” is használhatjuk a Metamorfózisok tesztjét, mely segít képet kapni arról, hogy a személy hogyan tud belső képeket előhozni. S végül, de nem utolsósorban a klinikum területén is – mind kamaszok, mind felnőttek ellátásában – hatékonyan alkalmazható. Kiemelendő, hogy a pszichodiagnosztikai képhez való hozzájárulásán túl a pszichoterápiás folyamatban is felhasználhatjuk. A teszt bármely témakörére adott válaszból – annak szimbolikájából és indoklásából – el lehet indítani egy terápiás beszélgetést. Ráadásul úgy, hogy a félelmek, a megtagadott, elutasított (én)részek mellett azonnal ott van a – bennünk élő – segítő, továbbvívő rész is.

5. A mérőeszközzel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

Mivel a teszt angolszász nyelvterületen nem terjedt el, kevés nemzetközi tapasztalat áll rendelkezésünkre. Másrészt a tesztfelvétel hosszúsága, a kiértékelés összetettsége s a teszt projektív jellege is gátolja annak kutatásokba történő bevonását. A szűkös rendelkezésre álló forrásanyagból három empirikus vizsgálatot foglalunk össze.

Szőnyi (1982) a teszt magyar adaptációjában kategóriánként közli mind a 14 éves korosztályra jellemző francia gyakorisági adatokat, mind a magyar gimnazisták leggyakoribb válaszait. Ezek a vulgér-válasz jegyzékek orientálhatnak abban, hogy hasonló korosztályban

született válaszok mennyire konformak, máshonnan szemlélve: mennyire eredeti a válaszadó kamasz képzeletereje. Háromszáz budapesti középiskolás Metamorfózisok tesztjének elemzésével Szőnyi (1982; 2005) továbbá a kamaszok értékhierarchiáját is összegezte. A lányoknál a legfontosabb szükségleti kör a harmonikus légkör, az esztétikai igényesség és a tapasztalatszerzési igény volt. Fiúknál központi fontosságú volt a stabilitás és a hasznosság szükséglete, illetve megjelent a kompenzációs igény is. Ez arra mutat rá, hogy kamaszlányoknál inkább az interakciós problémák és a világra való nyitottság akadályai kerültek a középpontba, serdülő fiúknál pedig az egzisztenciális kérdések okozták a legtöbb problémát.

Anorexia nervosában szenvedő serdülők és fiatal felnőtt nők testképét hasonlította össze egészségesekével a Metamorfózisok tesztje segítségével Raposa Bernadett 2009-ben. Közel 60 jegyzőkönyv elemzése alapján kimutatta, hogy szemben a nemklinikai mintával, az anorexiás lányok és nők leginkább olyan szimbólumokat említene, amelyek betegségük tüneteit és a szindróma jellegzetes pszichodinamikáját képezik le. Például az alak/forma kategóriában hangsúlyosan jelent meg a torzultság asszociációja, míg a táj/természet része esetében az elszáradó, pusztuló vagy élettelen környezet válasz volt gyakori. Az anorexiás csoportban a problémás testi és pszichés folyamatok reprezentálódtak a tesztképekben (~énképekben). Két jelenség kizárólag az anorexiás csoportban fordult elő, az egészségeseknél nem: (1) a természetes környezet helyett mesterséges környezettel való azonosulás vagy ellenazonosulás, ami a regenerációs készség kiszikkadását jelzi, illetve (2) az alak/forma kategória esetében a kategória testre, testalkatra való vonatkoztatása (Raposa, 2009). A szimbólumelemzési vizsgálat rámutatott arra, hogy bár az anorexiások éppen testképzavaruk miatt kórosan észlelik testüket, tudatalan szinten, a projektív tesztben megjelenő sűrített képekben mégis jelen van a realitás (Raposa, 2009).

Albert-Lőrincz (2014) pályakezdő segítő szakemberek (pl. pszichológusok, szociális munkások) pályájukkal, jövőjükkel kapcsolatos érzelmi-motivációs jellemzőit vizsgálta többek között a Metamorfózisok tesztje segítségével. Tanulmányában a fiatal felnőtt segítő szakemberek motivációs rendszerét a Royer-féle motivációs típusok és szükségleti körök szerint mérte fel (Albert-Lőrincz, 2014). Royer hat motivációs típust azonosított: (1) Kvalitás: amikor a válaszadó tudatában van felelősségének, kifejezi, hogy saját maga választ, öntudatos; (2) Milió: a személy a motiváció okát a környezetre

tolja át, passzív, gátlásos; (3) Aktivitás: a motiváció hátterében a környezetre irányuló aktivitás, cselekvés áll; (4) Narcisztikus: a motivációt a személyes szempont hajtja (pl. „nem tetszik”); (5) Indifferenciált: a motiváció iránya meghatározhatatlan, regresszív jelzés; és (6) Racionális: személytelen motivációk, máshonnan átvett panelek, melyek szigorúbb lelkiismereti működést jeleznek (pl. „fontos, hogy őszinték legyünk”) (részletesen ld. Szőnyi, 2005: 74–77.). Albert-Lőrincz (2014) eredményei szerint a pályakezdő segítők körében a kvalitás és az aktivitás motivációs típusok jelentek meg a legnagyobb arányban. Ezt a két típust Royer kombinációban is elemezte, azaz amennyiben együtt fordulnak elő, úgy függetlenségi igényt, az eredetiség vágyát jelzik, s leginkább serdülőkre jellemző jegyek (Albert-Lőrincz, 2014). A Royer által kialakított hat szükségleti kör (részletesen ld. Szőnyi, 2005: 83–84.) alapján a fiatal segítőknél pedig az erkölcsi (pl. hasznosság – fölöslegesség), a felülkerekedési (pl. okosság – butaság) és a függetlenségi (pl. függetlenség – függés) szükségletek domináltak. A pályakezdő segítő szakemberek tudatalan motivációs struktúrájának az elemzése rámutatott, hogy fokozott igényük van a (pro)aktív, kezdeményező, akár konfrontálódó, problémaorientált cselekvésre szakmájuk gyakorlása során. Ennek hatékony kibontakoztatásához és keretezéséhez posztgraduális szintű karrier-tanácsadást és szupervíziós lehetőséget javasolt a szerző (Albert-Lőrincz, 2014).

6. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk ismertetése

A projektív teszt előnye, hogy rendkívül széles ellátási körben használható fel: az iskolapszichológiától a klinikumig, a kiskamaszkortól az időskorig, a krízisintervenciótól a pszichoterápiás munkáig terjed a spektrum. Mivel verbális projektív eljárásról van szó, amely valamelyes szimbólumalkotó képességet elvár, ezért alapvetően verbalizálásra és kontaktálásra képes, ép intellektussal bíró személyekkel lehetséges a felvétele. Az eljárás további előnye, hogy egyáltalán nem kelt olyan érzetet, mintha a személyt tesztelnék, teljesítményét, memóriáját vagy kreativitását vizsgálnák. Egy – látszólag – játékos helyzetbe helyezi a vizsgálati személyt, ezzel oldja a teszthelyzeti feszültséget, az esetleges ellenállást, a kiszolgáltatottság érzését. Arra helyezi a hangsúlyt, hogy az egyén arról beszéljen, hogy milyen szeretne lenni és milyenné nem szeretne válni. Egy fan-

táziabeli kalandra hív, gondolati játékra, amiben önazonos lehet maradni, miközben ebben az oldottabb légkörben súlyos félelmek, szorongások és elfojtott vágyak is kimondódhatnak.

A teszt egyik hátránya – bizonyos esetekben –, hogy a tesztfelvétel hosszabb időt, körülbelül egy órát vesz igénybe. Fentebb láttuk, hogy ez egyben a teszt előnye is lehet, hiszen ez a fajta „monotonitás” oldja a páciens esetleges ellenállását. Mivel az eljárás ennyire hosszú, osztályos pszichodiagnosztikai munkába kevésbé illeszthető be, inkább az ambuláns – diagnosztikai és terápiás – ellátás része lehet.

7. Következtetések

A Metamorfózisok tesztje a személyiség változásban lévő részeit mutatja fel, azt a motivációs struktúrát, azokat az attribúciókat, amelyek a viselkedésnek irányt adnak. Ezzel szoros összefüggésben rámutat arra is, hogy a személy a fejlődésben adott lehetőségei, vágyai közül melyeket nem aktualizálta még, s ennek hátterében milyen akadályozó tényezők húzódnak meg. Összességében a projektív, motivációs teszt a személyiségfejlődés irányáról, aktuális állapotáról és gátló tényezőiről ad képet. Egy olyan képet, amelyre a vizsgálati személy maga is aktívan tud rezonálni, ezzel a felmerülő tartalmak, kérdések – a szakember támogatásával – elősegíthetik az identitás, az integráltabb énkép alakulását.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Albert-Lőrincz, E. (2014). Specific features of the emotional-motivational structure in early-career helpers. In Boldea, I. (ed.): *Studies on Literature, Discourse and Multicultural Dialogue: Section Language and Discourse*. Editura Arhipelag XXI, Marosvásárhely. 18–26.
- Antalfai M. (2016). *Alkotás és kibontakozás. A Katarzisz Komplex Művészetterápia elmélete és gyakorlata*. Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány, Budapest.
- Baudouin, C. (1950). *De l'Instinct à l'Esprit*. Desclée de Brouwer, Genf.
- Cifali, M. (2005). Baudouin, Charles. In de Mijolla, A. (ed.): *International Dictionary of Psychoanalysis*. Thomson Gale, Detroit. 154–155.
- Jung, C. G. (2011). *Az archetípusok és a kollektív tudatlan*. Scolar, Budapest.

- Jung, C. G. (2014). *Analytical Psychology: Its Theory and Practice*. (2. ed.) Routledge, London.
- Pető Cs. (1998). Metamorfózisok a személyiségfejlődés folyamatában. *Új Pedagógiai Szemle*, 48(10): 46–58.
- Raposa B. (2009). „Ez vagyok, szét vagyok töredezve.” Anorexia nervosás nők testszimbolikája. *Psychiatria Hungarica*, 24(5): 339–351.
- Royer, J. (1961). *Le test des métamorphoses: technique projective verbale pour l'étude de la personnalité chez les adolescents*. Emmanuel Vitte, Lyon.
- Rycroft, C. (1994). *A pszichoanalízis kritikai szótára*. Párbeszéd Könyvek, Budapest.
- Searls, D. (2018). *Rorschach. A tintafoltteszt és az észlelés rejtélyei*. HVG Könyvek, Budapest.
- Szőnyi M. (1982). *Jacqueline Royer Metamorfózisok tesztjének ismertetése 300 budapesti gimnazista jegyzőkönyvének feldolgozásával*. (Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban. Módszertani füzetek, 16.) Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- Szőnyi M. (1988). J. Royer „Metamorfózisok” c. tesztjének alkalmazása. In Mérei F., Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum II/3*. Tankönyvkiadó, Budapest. 99–162.
- Szőnyi M. (2005). *Jacqueline Royer: Metamorfózisok tesztje 300 budapesti gimnazista jegyzőkönyvének feldolgozása alapján*. (Iskolapszichológia, 23.) ELTE PPK, Budapest.



A képi kifejezés vizsgálata¹

Vass Zoltán

1. Bevezetés, elméleti háttér

1.1. A képi kifejezéspszichológia meghatározása

A képi kifejezéspszichológia névadó fogalma a kifejező (*expresszív*) viselkedés, amely általános értelemben a belső állapot külső, idiografikus jellegű manifesztációja. Legfontosabb alapkérdése és egyben elsődleges feladata a kép és a személyiség kapcsolatának megértése.

A képi kifejezéspszichológia tárgya a képi jelentés mint hermeneutikai rendszer négy komponens típusa közti dinamikus, reciprok tranzakció, vagyis a kép, a szituáció, az alkotó és a befogadó egymást hermeneutikai nézőpontból folytonosan újradefiniáló tranzakciója (részletes magyarázat: Vass, 2011: 15–31).

A rendszerszemléletű konfigurációelemzés (*hétlépes képelemzés, Seven-Step Configuration Analysis, SSCA*) a képi kifejezéspszichológia egyik módszere, amelyet jelentősége miatt kiemelten tárgyalunk. Eredetét tekintve szigorúan empirikus alapokon nyugszik, mert a szakértői gondolkodás diagnosztikus-megismerő vonatkozásainak számítógépes modellezésére épül. Kifejlesztése során (Vass, 1996c; 1997a; 1999a; 2000a; 2006; 2010b; 2011) először a szakértők diagnosztikus gondolkodási stratégiáit tanulmányoztuk, amit elméleti modell építése követett, végül a kutatás harmadik fázisában a gyakorlatban validáltuk a modellt.

Jelentőségét azoknak a szakirodalmi vitáknak az ismeretében lehet megítélni, amelyek a projektív módszerek, például a projektív rajzvizsgálat alapvető létjogosultságát kérdőjelezték meg (Swensen, 1957; stb.; lásd részletesen Vass, 2011). A kritikák kiváltója az a mechanisztikus, leegyszerűsítő és felületes szemlélet (*signes fixes* teoréma: Michon, 1872), amely Machover (1949) úttörő munkájának félreértésére vezethető vissza, és amely az egyes rajzi jegyek szótárszerű értelmezésére irányul. A kritikusok alapvetően a validitást hiányolták, amelyet a *signes fixes* módszer érthető módon nem

tudott felmutatni. Ezekkel a történeti előzményekkel szemben lehet elhelyezni a képi kifejezéspszichológia rendszerlemzési megközelítését (SSCA), amely objektív, tudományos megoldást ad a korábbi vitatott kérdésekre.

Fontos kiemelni, hogy az SSCA nem teszt, hanem *módszer* a képi kifejezés pszichológiai elemzésére (pl. a rajztesztek esetében). Alkalmazásának három részterülete: (a) egyénileg készült alkotások vizsgálata; (b) több személy által, közösen készített alkotások vizsgálata; (c) műalkotások pszichológiai elemzése (Cseke, 2010; Pollák, 2010; Szabados, 2010; Vass, 2011).

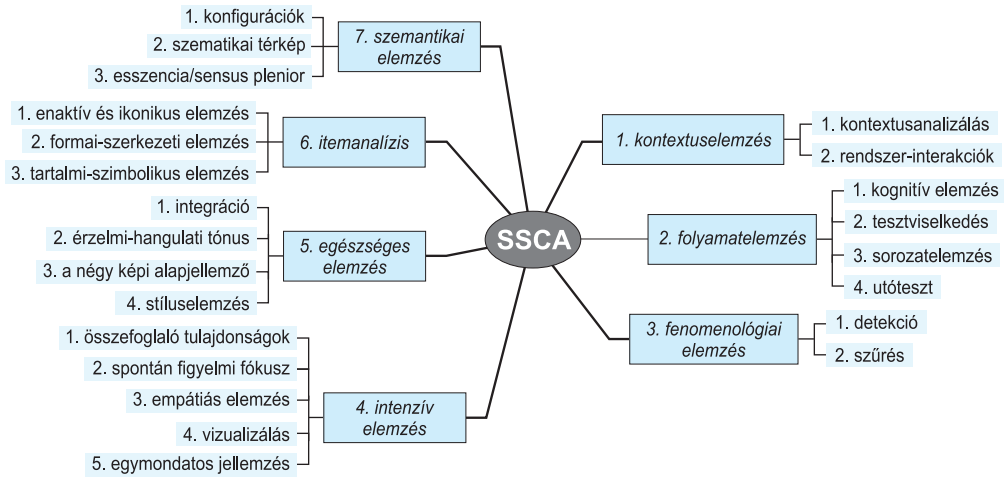
A kutatások „melléktermékeként” számítógépes szakértői rendszer is készült (ESPD, illetve ARTIES²). A szakértői rendszer adatbázisában 2055 darab pszichológiai értelmezést és 1613 diagnosztikus fogalmat tartalmaz, valamint néhány ezer példarajzot. Működése során a mesterséges intelligencia következtetési módszereit alkalmazza. A szakértői rendszert hazai egészségügyi és gyermekvédelmi intézmények használják, illetve angol nyelvű változatát külföldi kutatóhelyek és a klinikumban dolgozó pszichológusok (Ausztráliában, Kanadában, az Egyesült Államokban, Franciaországban, Oroszországban és másutt).

Az SSCA hétféle szemléleti pozíciót alkalmaz, melyek a kép (pontosabban a képi kifejezéspszichológiai rendszer) pszichológiai megértésének egy-egy nézőpontját képviselik. A modell szerint a kutató (vizsgálatvezető) kontextuselemzést, folyamat elemzést, fenomenológiai elemzést, intuitív és egészséges elemzést, itemanalízist (például formai-szerkezeti, tartalmi-szimbolikus elemzést) és szemantikai elemzést végez. Ezeket máshol részletesen bemutattuk (Vass, 2006/2013).

A gyakorlatban a vizsgálatvezető a képelemzést az úgynevezett *fenomenológiai térkép* (Vass, 2007a; 2010a; 2011; 2012a) felrajzolásával kezdi, amely egyetlen rendszerdiagramon ábrázol minden megfigyelést. A vizsgálatvezető kezdetben minden lépést végigkövet, megfelelő gyakorlat után azonban képes lesz válogatni közöttük, és a kezdetben még papírlapra rajzolt (vagy

¹ A tanulmány Vass, 2011 egyes részeinek felhasználásával készült.

² Részletes ismertetés található a rajzelemzési-intezet.hu oldalon.



1. ábra. Az SSCA hét szemléleti pozíciója

számítógéppel készített) térképet egy belsővé tett, gondolkodási stratégia váltja fel.

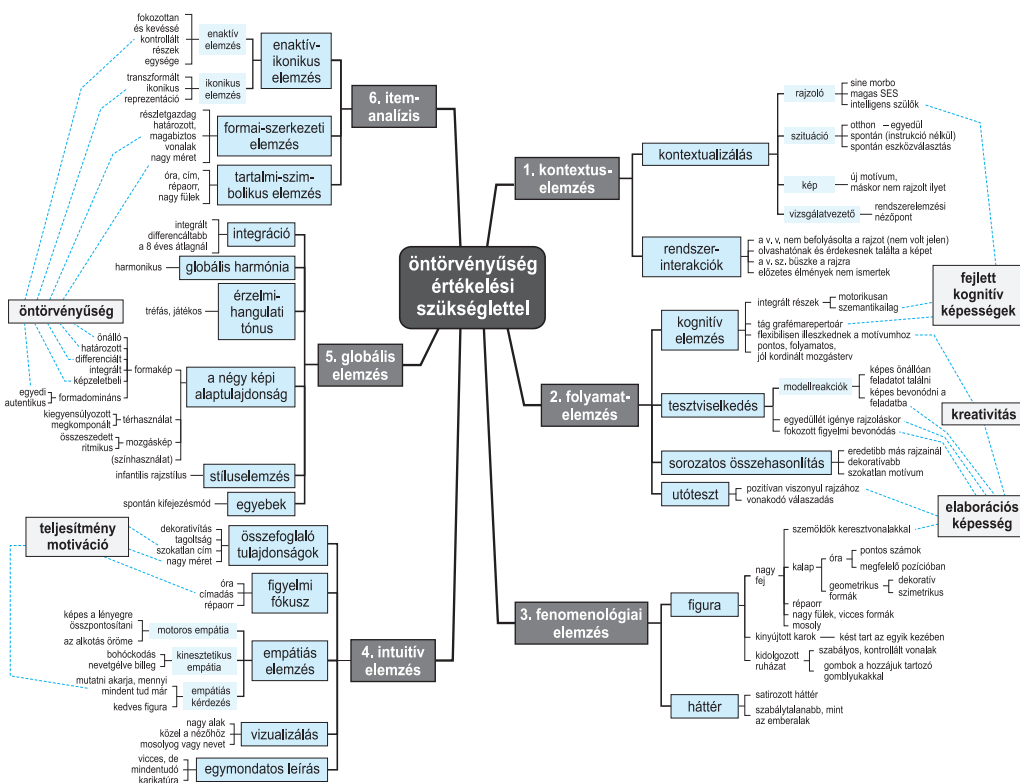
Az SSCA két pillére a kontextus és a konfiguráció. A modell szerint a megfigyelt jelenségek (viselkedésformák vagy képi tulajdonságok) csak kontextusban és konfigurációban értelmezhetők. Nemcsak az adott jelenség értelme függ a konfigurációtól, de az adott konfiguráció jelentése is függ más konfigurációktól. Ezt a bonyolult jelentésháló a gyakorlatban a fenomenológiai térkép módszerével lehet áttekinthetővé tenni.

A fenomenológiai térkép az SSCA kulcsfontosságú gyakorlati eszköze. A fenomenológiai térkép megfigyeléseket és adatokat összesít egyetlen lapon olyan formá-

ban, ami lehetővé teszi az összefüggések felismerését. Elkerüli azt a problémát, hogy az elemző „nem látja a fától az erdőt”, mert egyszerre mutatja mindkettőt.

Az SSCA kétféle fenomenológiai térképet különböztet meg: egy általánosot (1. ábra) és egy idiografikus, egyedi térképet (2. ábra):

- a) Az általános térkép vázlatként tartalmazza az SSCA standard módszereit, de nem tartalmaz konkrét megfigyeléseket. Az általános térképeket viszont a vizsgálatvezető mindig egyedivé alakítja.
- b) Az egyedi térkép az elágazások végén olyan megfigyeléseket, tényadatokat tartalmaz, amelyek csak az adott, egyedi esetre jellemzők.



2. ábra. Az SSCA általános fenomenológiai térképe

A modern képelemzési szemléletben alapvető fontosságú a *kontextus*: minden olyan körülmény, amely befolyásolja a kép pszichológiai értelmezését. A képi kifejezést kizárólag kontextusba helyezve lehet helyesen megérteni. Kontextust jelent például a vizsgált személy előtörténete, az anamnézis, a heteroanamnézis, a teszt-felvétel fizikai és pszichológiai körülményei, a diagnózis, a moderátorváltozók, a rajzviselkedés, a rajz egésze, a rajzi jegyek és konfigurációk stb.

A belemagyarázás és legegyszerűsítés elkerülésének másik eszköze a *mintázat- vagy konfigurációelemzés*. A konfigurációelemzés a konfigurációk létrehozásának, egymáshoz kapcsolásának és pszichológiai értelmezésének módszere (részletesen lásd Vass, 2011).

Az SSCA-ban a képelemzés végeredménye az „*esszencia*”: a kép pszichológiai lényege, összefoglaló és továbbvezető pszichológiai jelentéstartalma, amely röviden és tömören megfogalmazható. Esszenciának csak az az információ tekinthető, amely többletet hordoz az elemzést megelőző ismeretekhez képest. Az esszencia közvetlen segítséget ad tanácsadási és terápiás keretek között a megoldási javaslatok vagy a terápiás terv kialakításához.

2. A rajzvizsgálattal kapcsolatos nemzetközi és hazai tapasztalatok

A rajztesztekről igen sok tapasztalat gyűlt össze, mert megjelenésük óta a legelterjedtebb vizsgálóeszközök közé tartoznak. Sundberg már 1961-ben arról számolt be, hogy az emberrajz-teszt az USA-ban használt 62 próba között a második leggyakrabban alkalmazott vizsgálóeljárás. Lubin és munkatársai (1971) Sundberg felmérése után tíz évvel a 72 leggyakoribb teszt között a negyedik helyen találták a Machover-féle Draw-A-Person tesztet, és a nyolcadik helyen a ház-fa-ember tesztet. Brown és McGuire (1976) szerint a Draw-A-Person teszt gyerekek vizsgálatában az első-második helyen állt, serdülők és felnőttek esetében pedig a negyedik helyen. A 80-as években a Draw-A-Person teszt a hatodik, a ház-fa-ember teszt pedig a nyolcadik leggyakrabban használt teszt (Piotrowski és munkatársai, 1985). Az amerikai és kanadai felmérések szerint a rajzvizsgálatot leggyakrabban a kórházi pszichoterápiás rendeléseken és az értelmi fogyatékosokkal foglalkozó intézetekben alkalmazzák (Lubin és mtsai, 1985). Svájcban a három leggyakoribb teszt között két rajzteszt található; a német nyelvterületnek megfelelően ezek

a Koch-féle fateszt és a Wartegg-teszt (Lang és Stoll, 1976). Németországban hasonló helyzetet találunk (Schober, 1977), azzal a különbséggel, hogy igen kedvelt a sok kiadást megért állatcsaládrész (Brem-Gräser, 1957).

A képi kifejezés pszichopatológiájával foglalkozó irodalom áttekintése (Vass, 1999b) azt mutatja, hogy 1950 óta legalább 6530 olyan publikáció jelent meg, amely kifejezetten elemző szándékkal foglalkozik projektív képi alkotásokkal. A publikációs ráta a 30-as és 40-es években még évi 20-30 tanulmányt jelentett, ami az 50-es években megháromszorozódott (átlagosan 61 tanulmány évente), majd ez a mennyiség a 60-as években évi 110 tanulmányra növekedett. A 70-es évektől kezdve a publikációs ráta állandósult: évente 100–170 (átlagosan legalább 130) tanulmány jelenik meg ma is a képi kifejezés pszichodiagnosztikai alkalmazásáról.

A képi kifejezéspszichológia központi társasága, a SIPE-AT (Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-Thérapie) hivatalos folyóiratát *Confinia Psychiatrica* címmel indította. A területtel foglalkozó angol, francia, német publikációk, szervezetek és intézmények nevében is sokféle kifejezést lehet találni. Példaként egy rövid lista:

Akademie für Künstlerische Therapien; American Projective Drawing Institute; American Society for the Psychopathology of Expression; Ateliers d'Expression et d'Art-Thérapie; Deutschsprachige Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks; Institut National d'Expression, de Création, d'Art et de Thérapie; Société Française de Psychopathologie de l'Expression; The Japanese Society of Psychopathology of Expression and Art Therapy.

A magyar képi kifejezéspszichológia messzire nyúló gyökerekkel rendelkezik. Magyarországon számos könyv és folyóiratcikk jelent meg, kutatóink rendszeresen publikálnak magyar és idegen nyelvű (angol, német, francia) közleményeket, több szervezet, kutatási és terápiás műhely működik egyetemi, pszichoterápiás és rehabilitációs intézményekben, amelyek tagjait nemzetközi szinten tartják számon, és akik felkéréseket kapnak külföldi előadásokra. A területen élénk tudományos élet zajlik (az áttekintést lásd Vass, 2011), amit a hazai konferenciák és hazánkban megrendezett nemzetközi konferenciák mutatnak.

A hazai kutatók aktívan részt vesznek a nemzetközi tudományos életben. A Magyar Pszichiátriai Társaság Kifejezés-pszichopatológiai és Művészetterápiás Szekciójának tagjai 1963 óta állnak kapcsolatban a nemzetközi társasággal. A szekció, melyet Hárدي István alapított,

megalakulása óta rendszeresen tart képzéseket, tudományos rendezvényeket, nemzetközi szimpóziumokat és konferenciákat.

Az egyetemi kutatóműhelyek közül ki kell emelni a pécsi Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika tevékenységét, ahol korábban Jádi Ferenc és Trixler Mátyás, jelenleg Tényi Tamás professzorok tesznek közzé publikációkat. Szintén ki kell emelni Gerevics József (2019; 2020; 2021; Gerevics és Bácskai, 2018) professzor egyedülálló munkásságát, különösen a híres művészek patográfiáit feldolgozó könyveket. A hazai pszichológusképző egyetemeken (ELTE, KRE, PPKE, PTE, SZTE, DE) rendszeresen készülnek olyan munkák, amelyek nagyobb kutatások részeként vagy önállóan a kifejezéspszichológiához csatlakoznak.

Az egyetemekkel együttműködve, értékes kutatás folyik klinikai helyszíneken is, például a Pomázi Munkaterápiás Intézetben (Gálfy Béla Gyógyító és Rehabilitációs Kht. Kórház) Adorjáni Ferenc vezetésével, Simon Lajos (lásd Simon, 2018) a Moravcsik Alapítvány Pszichiátriai Betegek Nappali Intézményében és a Budapest Art Brut Galériában, Kassai-Farkas Ákos a Nyíró Gyula Kórház I. Pszichiátriai Osztályán, a Nyíró Galériában és az Angyalház Alkotóközpontban, Platthy István a Csontváry Képzőművészeti Stúdióban (Pécsi Gyermekotthon és Gyermek Átmeneti Otthona, lásd pl. Platthy, 2022) és másutt. Színvonalas művészetterápiás képzés folyik a Pécsi Tudományegyetem Művészeti és Általános Orvostudományi Karán, illetve Budapesten, Antalfai Márta irányításával (katarzisélményre épülő komplex művészet-pszichoterápia).

Produktív egyetemi kutatóműhely alakult 1996-ban az ELTE Klinikai és Személyiségpszichológiai Tanszékén (jelen írás szerzőjének vezetésével), amely 2003-tól Projektív rajzvizsgálati kutatócsoport néven működik a Károli Gáspár Református Egyetemen. Ugyanott Közös rajzvizsgálati kutatócsoport is alakult (2006). A műhelyek tagjai folyamatosan kutatnak, publikálnak (például Congress of the American Society of Psychopathology of Expression, Boston, 2000; III. SIPE International Colloquium on Psychopathology of Expression and Art Therapy in Psychiatric Rehabilitation, Szentgotthárd, 2001; Kongress Esstörungen 2006, 14. Internationale Wissenschaftliche Tagung, Tirol, 2006). 2001-ben a kölni egyetem (Universität zu Köln) felkérésére tartott vendégelőadást Vass Zoltán „Wie verstehen die Experten Zeichnungen?” címmel. A Projektív rajzvizsgálati kutatócsoport külföldi előadók meghívásával workshopokat rendezett (2002-ben előadott Prof. Dr. Wolfgang

Rapp, Dr. Judit Alvernaz von Nagy, USA; 2008-ban Dr. John Robert Groves, Kanada).

A képi kifejezéspszichológia vizsgálati módszereinek fejlődése új lendületet vett, amikor 1995-ben az Eötvös Loránd Tudományegyetem Kísérleti és Differenciálpszichológiai Doktori Iskolájában egyetemi szemináriumok indultak el a rajzvizsgálati módszerekről e tanulmány szerzőjének vezetésével. A hallgatók pszichiátriai klinikákon hospitáltak, rajzteszteket vettek fel betegekkel, és az elemzést esettanulmány formájában nyújtották be. A sikeres szemináriumot olyan szakmai továbbképzések követték, amelyek a szélesebb szakmai közönséghez szóltak. A kezdetben 30 órában meghirdetett szemináriumokat 50, 70, majd 90 órás, akkreditált képi kifejezéspszichológiai továbbképzések követték, végül a képzés egyetemi szintre emelésével 2008-ban létrejött a Károli Gáspár Református Egyetemen a képi kifejezéspszichológiai szak.

A szak megalakulásával először kapott képviselőt Magyarországon a képi kifejezéspszichológia az egyetemi szakok sorában. A terület kutatása ezzel ismét újabb lendületet kapott, hiszen a szak egyúttal kutatóműhelyt is jelent, amivel hozzájárul a terület kutatói utánpótlásához, új módszerek, kutatások, gyűjtemények, publikációk létrejöttéhez.

A képi kifejezéspszichológiának a társtudományokhoz való viszonyát vizsgálva azt találjuk, hogy tudományterületi szinten transzdiszciplináris, művelői szintjén viszont interdiszciplináris tudományág. Transzdiszciplinárisnak a képi kifejezéspszichológiát a diszciplínák közös metodológiai és a „kép” fogalmának univerzális, diszciplínakon átívelő jellege miatt lehet tartani. A kép, ahogyan például Hárdi (2002: 5) definiálja, „az emberiség egyik legősibb – a szónál is régiebb – tulajdona”. Az interdiszciplinaritást mutatja, hogy a képi kifejezéspszichológia nemzetközi kongresszusain különböző területek képviselői vesznek részt (például pszichiáterek és más orvosi diszciplínák képviselői, pszichológusok, művészettörténészek, képzőművészek, iparművészek, pedagógusok, logopédusok, művészetterapeuták), akik olyan dialógust folytatnak, melyben kapcsolatba hozták egymással diszciplináris ismereteiket.

3. A rajzvizsgálat előnyei és hátrányai, fő limitációk

Vass (2011) összefoglalója szerint a nemzetközi felmérésekben a terapeuták a projektív rajzok előnyei között az egyedi válaszokat és a személyiség mély rétegeibe

történő betekintés jelentőségét emelik ki, a hátrányok között a reliabilitás-validitás problémáját. A klinikusok hajlamosak a reliabilitási és validitási kérdéseknél fontosabbnak tartani saját tapasztalataikat („nálam működik”), és a pszichometriai vizsgálatokat életidegennek, rosszul megtervezettnek, a projektív tesztek komplexitásához képest inadekvátan atomisztikus módszernek tartják (vö. Fisher, 1959).

A tesztek közül a terapeuták kb. 30%-kal nagyobb gyakorisággal ajánlják pszichológushallgatóknak a projektív tesztek megtanulását, mint az objektív tesztekét; Wade és Baker (1977), illetve Wade és munkatársai (1978) felmérésében a rajzvizsgálat az ajánlott tesztek rangsorában a hetedik volt.

Fontos ehhez megérteni, hogy a képi kifejezéspszichológiai módszerek más elven működnek, mint a sztenderdizált kérdőíves tesztek.

A sztenderdizált kérdőívek skáláin elért pontszám sok esetben anélkül is jelentést hordoz, hogy a vizsgált személyről előzetes ismereteink lennének. Bár a vizsgált személy neve és életkora szükséges lehet a skálapontszám leolvasásához, más adatokat ritkán igényel az értelmezés. Az MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) kérdőív depresszióskálájának értékéről például mindig meg tudjuk mondani, mennyire jelez depressziót a skála, függetlenül minden más információtól.

A kérdőívek skálái tehát *mindig* megmutatják, hogy jellemzi-e a személyt az adott dimenzió – ugyanakkor *csak* ezt mutatják, és (eltekintve egyes kérdőívek, például a CPI skálák interakcióitól) semmi más. A kérdőívek (és általában az úgynevezett objektív pszichológiai mérőeszközök) emiatt *szűk sáv szélességű* vizsgálóeljárások.

A projektív rajzok másképpen működnek: ha *szűk sáv szélességű* módszerként szeretnénk használni őket, és izolált diagnosztikus kérdést teszünk fel, akkor nem mindig kapunk választ. Nem fognak például egyértelműen depressziót jelezni a depressziós beteg esetében. Cserébe viszont elárulnak sok más jellemzőt a vizsgált személyről, olyasmit is, amit nem kérdeztünk, amire nem is gondoltunk, amit a vizsgált személy sem tudott önmagáról. A projektív rajzok sok esetben olyan „*ablakot*” nyitnak a *személyiség mély rétegeibe*, amely hirtelen megmutatja a legmélyebb, legbelső, legalapvetőbb rétegeket is a személyiségben.

Egy másik különbség az objektív teszt és a projektív rajz között, hogy az előbbi „szimmetrikusan”, oda-vissza működik: ha depressziót mutat a teszt, akkor a sze-

mélyt depressziósnak tartjuk, ha viszont a teszt azt mutatja, hogy „nem depressziós”, akkor többnyire elvetjük a depresszió hipotézisét.

A projektív rajz ezzel szemben „*aszimmetrikusan*”, *egy irányban* működik: ha a rajz depressziót mutat, akkor a kérdőívhez hasonlóan feltételezzük a depressziót, ha viszont nem mutat egy adott rajz depressziót, attól még nem zárjuk ki a depresszió lehetőségét. Lehetséges ugyanis, hogy az adott rajzban nem fejeződik ki a depresszió, de egy másik rajz már „beszédesebb” lesz. Minél több rajzot ismerünk a rajzolótól, annál biztosabb és sokrétűbb véleményt lehet alkotni róla („egy rajz nem rajz”).

A projektív rajzok diagnosztikus alkalmazásának legfontosabb limitációja a kontextus szükségessége. A képi kifejezés diagnosztikus értelemben nem elemezhető a vizsgált személy bizonyos fokú ismerete (kontextus) nélkül. Az értelmezéshez a rajzteszteket mindig összefüggésekbe kell helyezni, és a meglévőhöz képest kell új ismereteket keresni.

Összefoglalóan az alábbi különbségeket kell felsorolni a képi kifejezéspszichológiai módszerek és az objektív tesztek (elsősorban a kérdőívek) között:

1. a képi kifejezés (rajz, festmény, firka) *kontextusba helyezve* hordoz jelentést,
2. nem *mindig* hordozza a keresett információt,
3. nem *csak* a keresett információt mutatja meg,
4. az információ *Gestalt*-jellegű,
5. hirtelen mutathat meg *mély szinteket*,
6. ok és okozat *aszimmetrikus* viszonyban áll,
7. a *többszörös okság* elve magyarázza.

A kérdés részletes kifejtése megtalálható Vass (2006/2013) diagnosztikus kézikönyvének 20–81. oldalain.

4. A rajzvizsgálat alkalmazási területei

Képi kifejezéspszichológiai teszteket egyaránt alkalmaznak gyerekeknél, felnőtteknél, illetve egészséges és beteg vizsgált személyeknél. Az alábbiakban bemutatjuk

- a) a képi kifejezéspszichológiai tesztek *tematikus taxonómiáját*, amely szerint kilenc csoportot lehet elkülöníteni (lásd alább),
- b) a *gyermekek* pszichodiagnosztikai vizsgálatához javasolt rajzteszteket,
- c) a *felnőttek* pszichodiagnosztikai vizsgálatához javasolt rajzteszteket,

d) a gyerekeknél és felnőtteknél egyaránt alkalmazható rajzteszteket.

Bár az alábbi taxonómia 57 tesztet sorol fel, ez még mindig csak válogatás a képi kifejezéspszichológia gazdag eszköztárából. A felsoroltak közül a *dőlt betűvel* jelölteket részletesebben is ismertetjük a fejezet további részeiben.

Fontos kiemelni, hogy ebben a fejezetben terjedelmi okból csak a tesztek adminisztrációja szerepel. Megadjuk viszont minden tesztnél, hol olvasható magyar nyelven a részletes pszichodiagnosztikai értelmezés.

Általános tájékozódásként javasoljuk Hárdi (1983), Vass (2006/2013; 2011; 2012a) diagnosztikus kézikönyveit, online forrásként a Rajzelemzési Intézet Pszichodiagnosztikai Tesztlaboratóriumát és Online Könyvtárát. Továbbképzési formában a KRE Rajzvizsgálati szaknácádó szakirányú továbbképzésén vagy a Rajzelemzési Intézet akkreditált kurzusain lehet elsajátítani a rajztesztek értelmezését.

5. A képi kifejezéspszichológia tesztek tematikus taxonómiája

- (1) összetett rajztesztek: ház-, fa-, állat-, ember-, szabadrajz-teszt (HTAPPF); ház-, fa-, emberrajz-teszt (HTP); színes ház-, fa-, emberrajz-teszt (Chromatic HTP); *dinamikus rajzvizsgálat (DRV)*;
- (2) emberrajz-tesztek: Goodenough–Harris emberrajz-teszt (DAM); Machover-féle emberrajz-teszt (DAP); Koppitz-féle emberrajz-teszt (HFD); „Ember az esőben” teszt; Rosenberg-féle emberrajz-teszt; Nyolcszoros Újrarajzolósi Teszt (8CRT); emberpár-rajzteszt;
- (3) farajz-tesztek: Koch-féle farajz-teszt; Bolander-féle farajz-teszt; Stora-féle farajz-teszt; négyfa-teszt (fa, másik fa, képzeletbeli fa, beteg fa); háromfa-teszt; facsalád-rajz; fa vihar előtt, viharban és vihar után technika;
- (4) családrajzok és kapcsolódó témák: *Hulse-féle családrajz (DAF)*; Corman-féle családrajz (FD); *állatcsaládrajz (AFD)*; *elvárszolt családrajz*; napcsalád-rajz; *projektív anya-gyermek rajz*; madárfészekrajz (BND);
- (5) kinetikus rajztesztek: *kinetikus családrajz (KFD)*; *kinetikus állatcsaládrajz (AKFD)*; kinetikus ház-, fa-, emberrajz-teszt (KHTP); *kinetikus iskolarajz (KSD)*; *kinetikus óvodarajz (KKD, KNSD)*; *regrediált kinetikus családrajz (RKFD)*; kinetikus kórházrajz (KHD); kinetikus munkahelyrajz (KBD); kinetikus politikai rajz (KPD); kinetikus vallásos rajz (KRD);

- (6) többszemélyes rajzvizsgálat: *közös rajzvizsgálat (DTM)*; kollaboratív rajztechnika (CDT); közös családi vakáció-technika;
- (7) firkaesetek és spontán firkek: Meurisse-firkaeset; Grätz-firkaeset; Kutash és Gehl-firkaeset; Psycho-galaxy-firkaeset; *egyéni firkaeset*;
- (8) színes rajztesztek: Lüscher-teszt, színpiramis-teszt, Rapp-féle színteszt; Metanoia mentorálási módszer; *színkulcs-teszt*; stb.;
- (9) speciális rajztesztek: „nem létező állat”-rajzteszt (NEAT); *Hatvan Másodperces Rajzteszt (SSDT)*; projektív útrajz; életút-rajz; ötlépéses terápiás intervenciók modell; többdimenziós rajzteszt (MDDT); *élettér-teszt*; ujjal festés; kerékpár-teszt; időrajzok; órateszt.

6. Gyermekek pszichodiagnosztikai vizsgálatához javasolt rajztesztek

6.1. Hagyományos és szimbolikus családrajzok

A családrajz a gyermek megismerésének talán legfontosabb rajzvizsgálati módszere. Számos válfaja létezik, igen sok tudományos kutatást inspirált, és kiterjedt szakirodalommal rendelkezik. Ezzel magyarázható, hogy a családrajz a legtöbbet alkalmazott rajzvizsgálati módszer a szabadrajz (azaz szabadon választott témájú rajz) és az emberrajz mellett.

A családrajznak sokféle változata olvasható a szakirodalomban. A látszólag apró, elsősorban az instrukcióban felismerhető különbségek pszichológiailag más felszólító értéket képviselnek, ezért indokolt külön tárgyalni az egyes módszereket. A sokféle változat közös nevezője három alaptípus: (1) a saját család rajza, (2) egy (másik) család rajza, (3) egy megváltoztatott család rajza (Vass, 2011: 111–112).

A más rajztesztekhez képest gazdag magyar nyelvű családrajz-irodalomból Harsányi (1968), Feuer (1992; 1995a; 1995b), Halász (1993), Hámori és Djuroška (2012a; 2012b; stb.), Hámori és Csabai (2013), Csabai és mtsai (2013) hiánypótló munkáit kell kiemelni.

A családrajzokat jó minőségű, A4-es méretű, fektetett formátumban felkínált papírra rajzoltatjuk. A felsoroltak közül a gyakorlatban a „rajzold le a családodat” instrukciót használjuk, és csak ellenállás esetén alkalmazzuk az általános család rajzoltatását.

A hagyományos családrajzot érdemes kiegészíteni más családrajzzal. Az *ajánlott sorrend* (több alkalomra elosztva):

1. Hagyományos családrajz
2. Elvárásolt család
3. Állatcsaládrajz (ha az elvárásolt család nem állatot, hanem szimbólumokat tartalmaz)
4. Anya gyermekével (indokolt esetben apa gyermekével)
5. Kinetikus családrajz
6. Kinetikus állatcsaládrajz
7. Kinetikus iskolarajz vagy óvodarajz
8. Madárfészek
9. Felnőttnél: regrediált kinetikus családrajz

Minden esetben fel kell írni a lapra a rajzolási sorrendet, a figurák nevét és szerepét a családban, valamint az életkort. Ha lehet, ezt maga a gyermek írja rá a lapra. Ha elkészült, vizsgáljuk meg a rajzot, és kérdezzünk rá (nem irányító módon) a szokatlan rajzi jelenségekre.

Kiemelt fontosságúak a következő megfigyelési szempontok:

- a rajz általános színvonala (fejlettségi szint, életkorhoz viszonyítva),
- a rajzlap felületének felhasználása (a figurák mérete összességében),
- kompozíció, térhasználat,
- a figurák közötti távolságok (kartávolsághoz viszonyítva),
- kivel kezd és kivel fejezi be a gyermek a rajzot,
- a figurák rajzolási sorrendje a családon belül,
- az egyes szereplők rajzát megelőző reakcióidő,
- kik kerülnek a lapon egymás mellé, alá vagy fölé,
- kit felejt le a gyermek a rajzról,
- akadályok (például tárgyak), amelyek elválasztják a figurákat,
- méretbeli viszonyok a figurák között,
- ki kivel érintkezik,
- ki ki felé fordul vagy kinek fordít hátat,
- tekintetirányok,
- az egyes figurák arckifejezése vagy arctalansága (ha másoknak van arca),
- az egyes figurák érzelmi jellemzői (például kedves, vidám, szomorú, dühös, fenyegető),
- azonosulás és azonosítás,
- a színvonal és a vonalvezetés közötti különbségek az egyes alakokon,
- a Hárdi-féle személyiség szintek közül a vegyes és a többféle személyiség szintnek (Vass, 2006) megfelelő ábrázolás,
- radírozás, áthúzások, egyes alakok aláhúzása, átfirkálások, X-szindróma a figurán vagy a nevéen, befejezetlenség, esszenciális részek (Vass, 2006) leghagyása,
- kompartmentalizáció, enkapszuláció, kivel van egy „légtérben” a gyermek,
- ha van nap vagy lámpa: ki felett van, kire süt sugaraival.

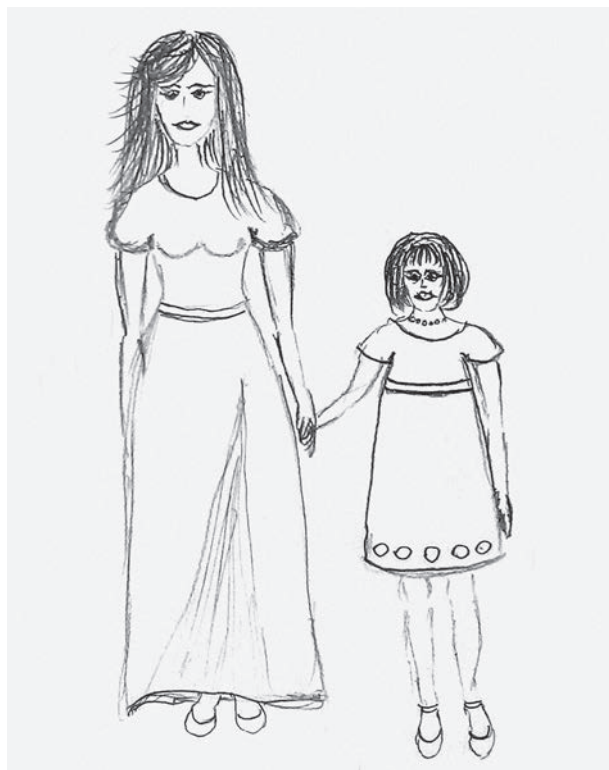
A *projektív anya-gyermek rajzot* teszt formájában elsőként Jacquelyn Gillespie (1994) írta le. Könyvének érdeme, hogy pszichológiai vizsgálómódszerként kezeli az anya-gyerekek rajzokat, problémája viszont a Machover-től (1949) örökölt, spekulatív értelmezés. Az alábbiakban ezért inkább azt a kiértékelési módszert mutatom be, amelyet a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetében dolgoztunk ki (Vass, 2003d; lásd még Kiss, Fenyvesi, Tényi és Sebők, 2005; Lénárd, Tényi és Simon, 2003; Simon, Virág, Tényi és Trixler, 2003; Tényi, Csábi, Trixler, Marton és Molnár, 2000).

A tesztfelvétel során alkalmazott instrukció meg egyezik a Gillespie (1989; 1994) által leírt instrukcióval: „Rajzolj egy anyát gyermekével”. A rajzok A4-es, függőlegesen tartott lapra készülnek, ceruzával. Lényeges, hogy a vizsgálatvezető *nem a saját* anyát vagy gyermeket rajzoltatja le, hanem általánosan fogalmaz. Amikor elkészült a rajz, a vizsgálatvezető feltesz néhány utóteszt-kérdést, és megkéri a vizsgált személyt, hogy írja a rajzon az emberek fölé a válaszokat. A legfontosabb kérdések a következők:

1. Kik vannak a rajzon? (melyik az anya, melyik a gyerek)
2. Hány évesek?
3. Mit csinálnak éppen? (mindkettő)
4. Ki fordul a másik felé?
5. Ki akar jobban kapcsolódni a másikhoz?

A módszer egyes esetekben már ötéves gyermeknél is alkalmazható, de elsősorban adollescensek és felnőttek tárgykapcsolati elemzéséhez javasolt eszköz.

Az egészséges, normális anya-gyermek rajz (3. ábra) jellemzője, hogy mindkét figura megjelenik rajta, és legfeljebb kartávolságban helyezkednek el egymástól (megtudnák érinteni egymást). A tipikus testtartás, cselekvés: (a) az anya és a gyermek egymás mellett áll, (b) az anya a gyermekről gondoskodik valamilyen formában, (c) az anya tartja a gyermeket (karjában, ölében). Pozitív jelzés, ha az anya a gyermekre néz, ha mosolyog, és ha meleg a rajz érzelmi-hangulati tónusa.



3. ábra. Egészséges vizsgált személy anya-gyermek rajza

A családrajzokhoz (beleértve az anya-gyermek rajzokat is) részletes értelmezés található Vass (2011) könyvének 101–119, 158–169, 174–179. oldalain, valamint Vass (2006/2013) pszichodiagnosztikai kézikönyvében.

7. Kinetikus kapcsolatvizsgálati módszerek: család, iskola, óvoda

A kinetikus rajzvizsgálat abban különbözik más rajzvizsgálati módszerektől, hogy az instrukcióban valamilyen cselekvés ábrázolását kérjük. Ez meglepően sokat tesz hozzá a rajz jelentéséhez, mert lehetővé teszi a szereplők közti interakciódinamika elemzését. A kinetikus módszer Robert C. Burns és S. Harvard Kaufman (1972) nevéhez fűződik.

A kinetikus családrajz beilleszthető a szakszolgálati tanácsadóknak, pszichológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás rendelőkben folyó klinikai interjúba, explorációba, jól kiegészíti a gyermek-pszichoterápia, a tanácsadás vagy a családterápia eszköztárát.

A vizsgálatot „B” vagy „2B” jelzésű ceruzával végezzük, a családrajznál megszokott, DIN A4-es formátumú, fehér papírlapot (gépírólap, fénymásolópapír) használva. A lapot a vizsgált személy elé fektetve tesszük le, de szabadon elforgathatja. Radír megengedett.

Saját gyakorlatunkban a következő instrukciós formát használjuk a kinetikus családrajzban: „Rajzold le a családodat úgy, hogy mindenki csináljon valamit!”

A kinetikus állatcsalád instrukciója is hasonló: „Rajzolj egy állatcsaládot úgy, hogy minden állat csináljon valamit!”

Miután elkészült a rajz, megkérdezzük a gyermektől, kit rajzolt le, hány évesek az ábrázolt alakok, és – főként – mit csinálnak. A választ gondosan felírjuk a lapra; lehetőleg a gyermeket kérjük meg, hogy írja oda az ábrázolt figurák mellé. A saját alakot jelöljük meg egy csillaggal. Végül megszámozzuk a figurákat a rajzolás sorrendjében.

A kinetikus állatcsaládrajz elkészülte után megkérdezzük, kik alkotják az állatcsalád tagjait, hány évesek, mit csinálnak, és azt is, hogy ha a gyermek egy állatgyerek volna a rajzon, akkor melyik állat lenne.

A kinetikus család- és állatcsaládrajzot közvetlenül a Rorschach-teszt előtt ne alkalmazzuk, mert olyan válasz-hajlamot alakíthat ki, amely a formaválaszokra vagy a mozgásra irányítja a gyermek figyelmét. Ha más rajzteszttel együtt használjuk (például szabadrajz, emberrajz, farajz, állatrajz, családrajz, elvarázsolt család), akkor először ezeket rajzoltassuk meg, és csak utána kérjük a kinetikus családrajz elkészítését.

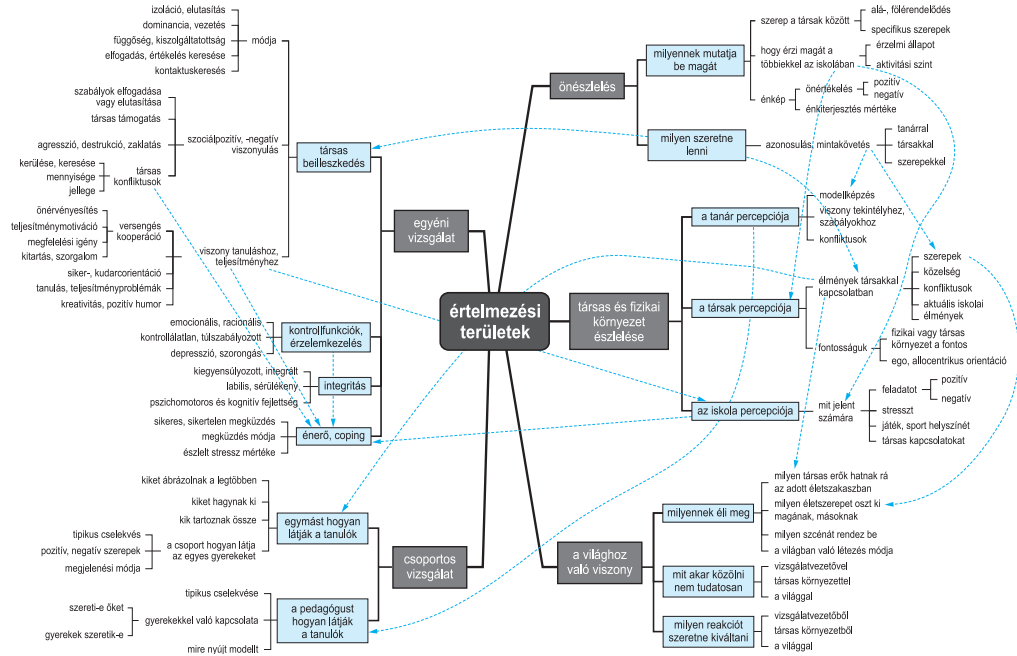
A kinetikus iskolarajzban (Prout és Phillips, 1974) a gyermek iskolát rajzol, benne saját magával, a tanárral és egy vagy két baráttal úgy, hogy mindenki csináljon valamit, fektetett állású, A4-es lapon, B vagy 2B jelzésű ceruzával. Az instrukció a következő: „Rajzold le magadat az iskolában, a tanároddal és egy-két barátoddal úgy, hogy mindenki csináljon valamit!”

A kinetikus óvodarajzot értelemszerűen óvodásokkal vesszük fel: „Rajzold le magadat az óvodában, az óvónénivel és egy-két barátoddal úgy, hogy mindenki csináljon valamit!”

A kinetikus iskolarajz elsősorban gyermekek és serdülők vizsgálatára alkalmas technika. Felnőttek esetében a regrediált kinetikus családrajz (Furth, 1993) vagy a kinetikus munkahelyrajz („Rajzold le magadat a munkahelyeden a főnököddel és egy-két kollégáddal együtt úgy, hogy mindenki csináljon valamit!”; Vass, 2008a) javasolható.

A főbb értelmezési területek megközelítésünk szerint a következők: (a) a gyermek önészlelése, (b) a társas és a fizikai környezet észlelése, (c) a gyermek világhoz való viszonya, (d) az egyéni vizsgálat diagnosztikai szempontjai, (e) a csoportos vizsgálat elemzési szempontjai.

4. ábra. A kinetikus iskola- és óvodarajzok értelmzési területei



Néhány gyakori értelmzési területet mutat be a 4. ábra, amely összesíti Prout és Phillips (1974), Prout és Celmer (1984), Knoff és Prout (1985; 1993), Andrews és Janzen (1988a; 1988b), valamint saját kutatócsoportunk eredményeit.

A részletes megfigyelési és kiértékelési szempontok magyar nyelven megtalálhatók Vass (2011: 158–169) kézikönyvében, valamint az alábbi munkákban: Perger (2013), Vass (2001; 2010), Vass és Perger (2011).

8. Állatrajzok, állatcsalád és „nem létező” állatok

Az állatrajzok pszichológiai értelmzéséről jelentőségük ellenére kevés önálló kézikönyv született, inkább szakfolyóiratokban megjelent empirikus vizsgálatok foglalkoznak velük (Bender, 1952; Schwartz és Rosenberg, 1955; Levy, 1958; Hárdi, 1991). Más tesztekben is megjelennek: az állatrajz része Hárdi dinamikus rajzvizsgálatának, Buck ház-fa-ember tesztjének, Hammer HTAPF-tesztjének, Brem-Gräser állatcsaládrajzának és a kinetikus állatcsaládrajznak (lásd a vonatkozó alfejezeteket), de gyakran megjelennek az elvárásolt család-rajzokban és a spontán rajzokban, festményekben, firkákban is.

Az állatok pszichológiai jelentése igen szerzteágazó téma. Alapja az állatokkal történő azonosulás és projekció: az emberek hajlamosak emberi tulajdonságokat vetíteni az állatok „arcába”, testalakjába, mozgásába, sőt szinte bármely tulajdonságába. Az állatrajz alapvető szimbolikája az emberalagnál archaikusabb, pri-

mitívebb, fejlődéslelektanilag ősbib tényezők, valamint a személyiség ösztönös és motivációs aspektusa.

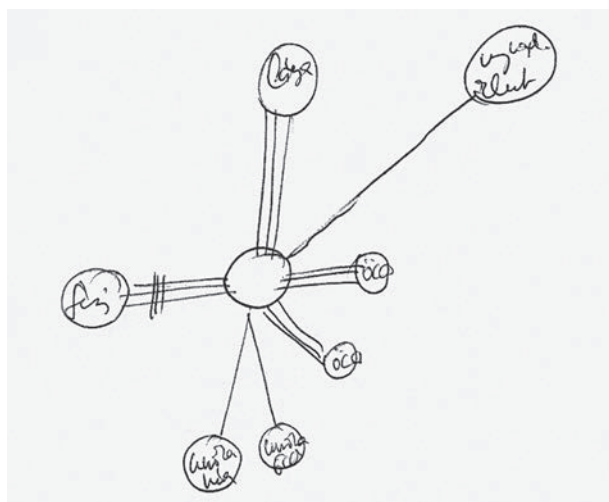
Az egyes testrészeket tekintve nehéz általános szimbolikáról (lásd erről Leibowitz, 1999) beszélni, mert az állatfaj sok mindent meghatároz. A sematikus állatrajzokat többnyire nem lehet az állat testrészeinek szimbolikája szerint értelmezni. Minél részletesebb és kidolgozottabb az állatrajz, illetve minél egyedibb ábrázolás, annál több személyes tartalmat hordozhat. Különösen azt fontos megvizsgálni, hogy az éppen vizsgált állatrajz miben tér el más, hasonló állatfajt ábrázoló rajzoktól (megkülönböztető attribútumok elve).

A látens állatkép fogalmát Hárdi (1983) vezette be, aki a dinamikus rajzvizsgálatban a rajzok időbeli változását vizsgálva figyelte meg, hogy egy szelíd állat a későbbiekben átalakulhat vadállattá. Magyarozatként Hárdi a freudi másodlagos megmunkálás párhuzamát említi; az elfojtott tartalmak, melyeket a konvencionális alkalmazkodás elfedett, egyre jobban felszínre kerülnek.

Gyakori példa az állatrajzokban a látens tartalomra a szelíd állat „mögött” megbújó vadállat, leggyakrabban a kutyának elnevezett állatban rejlő farkas, vagy a cicából „elbújó” tigris, oroszlán. A jelenség fordítottja is előfordul: a vadállatnak nevezett „oroszlán” lehet tehetetlen, szánalmas benyomást keltő kiscica is.

Az állatcsaládrajz (szerzője: Brem-Gräser, 1957; lásd még Avé-Lallemant, 1976; Gmelin, 1978; Manes, 1993) elsősorban gyermekek vizsgálatára alkalmas módszer. Rövid instrukciója: „Rajzold le a családodat állatokként!” (Vass, 2006). Az állatcsaládrajz fókuszában a kapcsolati

6. ábra. A rajzolt állatokhoz tartozó, leggyakrabban előforduló tulajdonságok



7. ábra. Konvencionális élettér-teszt

Ha kész: „Ez a lap az Ön életének szimbolikus térképe. A középső kör szimbolizálja Önt. Ábrázoljon rajta mindent, ami fontos az életében. Rajzolja le azokat az embereket, amelyek számítanak Önnek. Bármilyen formában ábrázolhatja őket. Ha vannak olyan gondolatok, tervek, vágyak, tárgyak, dolgok is, amelyek nagyon fontosak, akkor ábrázolja ezeket is. Írja oda mindenhez, hogy mit jelölt vele, és ábrázolja a fontosságot is: egy, két vagy három vonallal kösse össze a lerajzolt motívumokat az Önt ábrázoló körrel. Minél több vonalat húz, annál fontosabb az adott dolog: három vonal jelzi a legnagyobb fontosságot. Ha törés vagy megszakadás volt a kapcsolatban, azt is jelölje: keresztben húzza át a vonalat egy, két vagy három vonalkával. A három vonalka itt is a legjelentősebb törést jelenti. Ha szeretné, egymással is összekötheti az ábrázolt személyeket vagy dolgokat, jelezve ezzel az egymáshoz való viszonyukat.”

Amikor befejezte: „Most rajzolja meg ugyanezt ideális formában, amire vágyik, ahogyan igazából szeretné az életét!”

A teszt kiértékeléséhez számos objektíven mérhető, illetve egészszleges mutatót alkalmazunk. Az objektív mutatók a következők:

1. a motívumok száma (O, objects),
2. a motívumok típusa (P, I, Th, people, ideas, things),
3. az összekötő vonalak száma (C, connecting lines),
4. a kötődési index (C/O),
5. az áthúzások száma (Cr, crossbars),
6. szeparációs index (Cr/C),
7. a motívumok éntől mért távolságainak átlaga,
8. a távolságok különbségeinek átlaga,
9. a motívumok rajzolási sorrendje, elhelyezése és mérete.

Az egyéb mutatók közé tartozik például a térhasználat, a differenciáltság foka, a rendezettség, a nyitottság, az érzelmi-hangulati tónus, a szimbólumok.

A pszichológiai értelmezéshez hazai vizsgálati adatok is rendelkezésre állnak; a részletes kiértékelés megtalálható Vass (2011) kézikönyvének 127–133. oldalain.

9.2. A színkulcs-teszt

A módszer célja a személyiség több szempontú vizsgálata az énkép és a testséma, a pszichoszomatikus tünetképzés, a pszichodinamika, az életút, a tárgykapcsolatok, a párkapcsolat és a szexualitás, az élet különböző területeivel való elégedettség és az affektív működések szempontjaiból. Ezeket a sokféle elágazó területet a teszt

azért képes hitelesen feltérképezni, mert az univerzális és a kulturális színszimbólika (lásd Vass, 2006) helyett a színek egyedi jelentését használja fel, amely csak a vizsgált személyre jellemző, idiografikus mintázat. A teszt nevét éppen erről az egyedi interpretációs mintázatról kapta (Rapp, 2001).

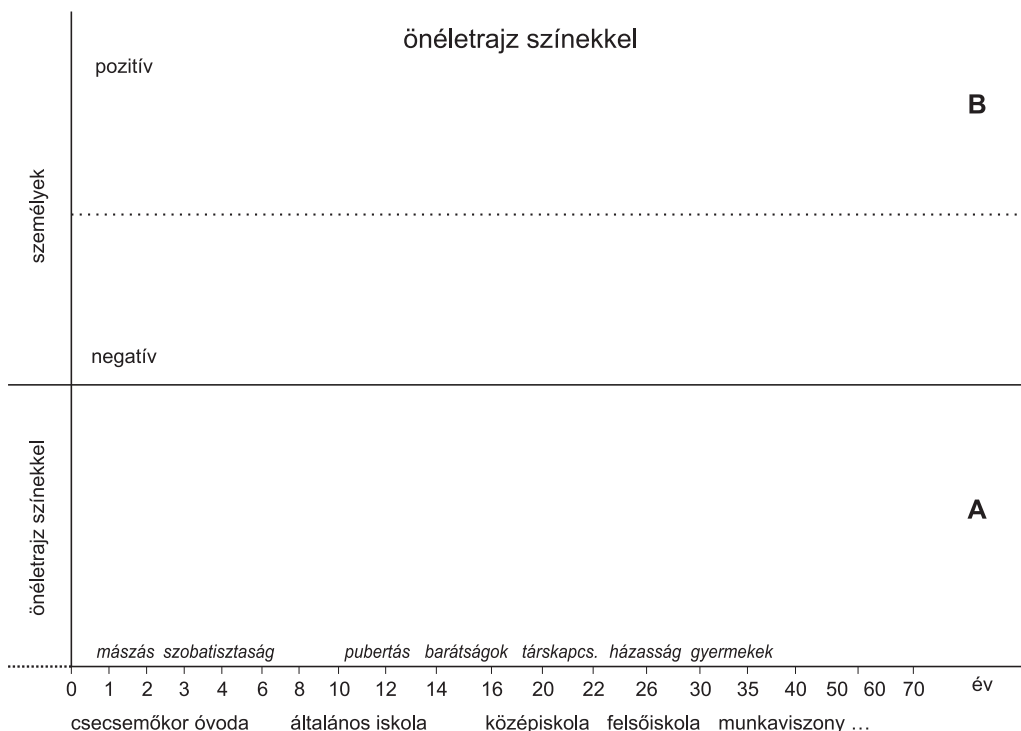
A teszt különleges hozama, hogy már a tesztfelvétel közben elgondolkztatja és gyakran pszichoterápiás értékű felismerésekre vezeti rá a vizsgált személyt; emellett olyan diagnosztikus anyaggal szolgál, amelyet nehéz vagy lehetetlen lenne más módszerrel feltárni.

Szükséges eszközök: 7 db A4-es papírlap, egy A3-as papírlap (a 6–7. feladathoz közösen), 18 darab színes ceruza: fehér, fekete, szürke, olívaöld, citromsárga, halvány sárga, narancs, rózsaszín, sötétvörös, világospiros, sötétlila, világoslila, sötétkék, világoskék, sötétzöld, világoszöld, sötétbarna, világosbarna.

A teszt részfeladatai:

1. *Egyedi hívószavak választása.* A terapeuta kiválaszt három (vagy több) hívószót, amelyek a terápia adott pontján, pszichodinamikai szempontból kulcsfontosságúak. Ezeket az első feladatban csak feljegyzi, és majd csak a 9. feladatban használja fel.
2. *A színek kipróbálása.* „Vegyen elő egy újabb lapot. Ismerkedjen meg rajta a színekkel.”
3. *Testséma.* „Rajzolja le saját testét úgy, ahogyan érzi és átéli. Kérem, kerülje a fényképszerű ábrázolást. Minden színt használhat.”

4. *Felettes-én, én, ösztön-én.* „A személyiségben három lelki dimenziót különböztetünk meg. (a) A felettes én: itt található a lelkiismeret, a tilalmak, az ideálok, az erkölcs és a társadalmi elvárások. (b) Az én: ez a központja az Ön személyiségének, itt van az észlelés és a mozgás kontrollja, és itt történik a felettes én, az ösztön-én és a környezeti elvárások közötti egyensúly kialakítása. (c) Az ösztön-én: itt vannak az ösztönök, a szükségletek, az energia, a szenvedély és a szexualitás. Rajzolja le ezt a három dimenziót úgy, ahogyan önmagában észleli és átéli. Használja a színeket. Ha kész, írja oda ceruzával az egyes dimenziók nevét.
5. *Színpreferencia.* „Vegyen elő egy újabb lapot. Jelezze a lap bal oldalán a színesekkel, hogy mely színek tetszenek Önnek, jobb oldalán pedig, hogy melyek nem tetszenek. Kérem, írja oda: »Tetszik«, »Nem tetszik«.”
6. *Önéletrajz színekkel.* „Ezen a lapon különböző életszakaszok szerepelnek. Ábrázolja színekkel a lap alsó felén saját életútját, ahogyan az egyes szakaszokat átélte.” A vizsgálatvezető a 8. ábrán látható diagramot veszi elő, amelynek vízszintes tengelyén a vizsgált személy életkora szerinti beosztást készíti el.
7. *Kapcsolataim.* „Ábrázolja színes vonalakkal a lap felső felén az Ön számára legfontosabb emberekkel kialakított kapcsolatait az egyes életszakaszoknak megfelelően, például apa, anya, testvérek, barátok, barátnők,



8. ábra. Diagram a színes kulcs-teszt 6–7. feladatához

partner stb. A középvonal felett a pozitív kapcsolatokat ábrázolja, alatta a negatívakat, a középvonalon a semlegeseket. A kapcsolatok időben változhatnak. Írja oda a színes vonalakhoz a személy nevét.”

8. *Életem fontos területei.* „Ábrázolja színes vonalakkal, időrendben a lap felső részén a következőket: (a) testi egészségem, (b) életerőm, energiám, (c) lelki panaszaim, tüneteim alakulása (mindet; felfelé csökken a tünet, lefelé erősödik), (d) munkával kapcsolatos elégedettségem, (e) önmagammal kapcsolatos elégedettségem, (f) párkapcsolati elégedettségem, (g) mennyire voltam szeretve.”
9. *Az egyedi hívószavak színasszociációi.* „Vegyen elő egy újabb lapot, de ezúttal függőleges tartásban. Írja le a bal felső sarokba a következő szavakat: [a terapeuta által választott szavak]. Válasszon mindegyikhez színt, és jelezze a szó mellett valamilyen módon a színes ceruzákkal. Egy vagy két színt válasszon minden szóhoz. Kérem, tiszta színeket használjon, és kerülje az egymásra firkalást, maszatolást!”
10. *A standard hívószavak színasszociációi.* „Húzzon egy vonalat a harmadik szó alatt. Húsz szót sorolok fel. Kérem, írja le őket a lap bal szélén egymás alá, egyenletesen elosztva őket: boldogság, gyengédség, szégyen, düh, szomorúság, undor, remény, szeretet, szerelem, barátság, fájdalom, szexualitás, magány, szorongás, jelenlegi (legutóbbi) partnerem, ideális partnerem, apa, anya, én, hangulatom az utóbbi időben. Válasszon mindegyikhez színt és jelezze a szó mellett valamilyen módon a színes ceruzákkal. Egy vagy két színt válasszon minden szóhoz. Kérem, tiszta színeket használjon, és kerülje az egymásra firkalást, maszatolást.”

Ha kész: „Most ellenőrizze, volt-e olyan szín bármelyik rajzban, amit nem használt fel egyik szóhoz sem (beleértve az első hármat is). Rajzoljon egy kis téglalapot ezekkel a színekkel ugyanerre a papírlapra.” Ha ez is kész: „Írja a kimaradt színek mellé azt a három hangulatot vagy érzést (nem főnevet), ami erről a színről először az eszébe jut.”

9.3. A dinamikus rajzvizsgálat

A dinamikus rajzvizsgálat (DRV) módszerét Hárdi István dolgozta ki (1956-tól kezdve). Lényege: rajzsorozatok összehasonlító vizsgálata. A névadó *dinamikus* jelző a klinikai változások és a rajzbeli változások folyamatjellegére és a dinamikus pszichiátria elveire utal.

Kidolgozása egyedülálló pszichiátriai rajzi anyagra (hozzávetőlegesen 100 000 rajzra; lásd Hárdi, 1993) épül. Egyetlen rajz értelmezése helyett rajzsorozatok longitudinális összehasonlításán, a klinikai és grafikus változások párhuzamos követésén alapul. Elsődleges hangsúlyt fektet az idői szempontok értelmezésére, és a statikus elemzés helyett a folyamatszerűséget emeli ki.

Az instrukcióban a vizsgálatvezető egy ember, majd egy állat rajzát, végül egy szabadrajzot kér („Rajzoljon egy embert!”, „Rajzoljon egy állatot!”, „Rajzoljon valamit – amit akar!”).

A dinamikus rajzvizsgálatban fontos szerep jut a sorozat egyes, a többitől elütő rajzai konfrontálásának a sorozat összképével (Hárdi, 1967). Elemzési kategóriái nem a projektív rajztesztek irodalmából átvett szempontok, hanem empirikus, összehasonlító megfigyelésekből származnak.

Az értékelés az alapvető formális kategóriák, a kiégésülés, térbeliség, integráció, változékonyság-sablonosság, a személyiségszintek, a tartalmi szempontok és az időbeli változások alapján történik. A dinamikus rajzvizsgálatban központi jelentőségű a rajzi személyiségszint fogalma. A módszert átfogóan Hárdi *A dinamikus rajzvizsgálat* című könyve mutatja be, amely 1983-ban, illetve 2002-ben jelent meg.

A dinamikus rajzvizsgálat alappillére a személyiségszintek értékelése. Ezek egészszletes értékelő kategóriák, amelyek hat szinten történő osztályozást tesznek lehetővé, és a primitívebb emberalakokat a kidolgozottabbakkal vetik össze.

A DRV elsősorban felnőtt pszichiátriai betegek állapotának felmérésére és követésére alkalmas. Hárdi (1983/2016) részletesen bemutatja a nagyobb kórképek rajzi jellemzőit. Részletesen elemzi a demencia, a kábítószertbetegek, a szkizofrénia, az affektív kórképek, az akut alkoholos intoxikáció, a krónikus alkoholizmus, a delírium tremens, az értelmi fogyatékoság rajzi jelenségvilágát.

A DRV a fentiekén túl alkalmas a terápiás alkalmaság és eredményesség, a munkaképesség, a rehabilitáció, illetve a kreativitás területeinek felmérésére (Hárdi, 1983/2016; 2023).

A DRV módszere igen részletesen olvasható magyar nyelven Hárdi könyveiben és tanulmányaiban. A felnőtt személyiségszintek gyermekrajzban megtalálható analógiáiról, valamint (1) a vegyes, (2) az átmeneti és (3) a többféle rajzi személyiségszint, valamint az f szint két fenotípusáról Vass (2006/2013) diagnosztikai kézikönyvének 480–533. oldalain található elemzés.

9.4. Spontán firkek, firkatesztek

Spontán firkának olyan atematikus ábrázolást tekintünk, amely instrukció nélkül készül (pl. telefonálás, értekezlet, előadás közben). A firkatesztek ezzel szemben standard feltételek között, előre definiált instrukcióra készülnek.

Bár spontán firkát instrukcióra nem lehet rajzolni, keletkezésük elősegíthető a környezet elrendezésével. Auerbach (1950) például a pszichoanalitikus terápiás ülések során adott a betegeknek egy jegyzetömböt és egy ceruzát, mindenféle megjegyzés nélkül. Ha a beteg megkérdezte, mire szolgál mindez, Auerbach válasza a lehető legtömörebben az volt, hogy azt kezdhet vele, amit akar; olyan szabadon használhatja a ceruzát és a jegyzetömböt, ahogyan az analitikus díványt is, amelyen feket, de akár fel is pattanhat róla, ha azt szeretné. Az elkészült firkához az ülés végén Auerbach asszociációkat kért.

Hasonló módszert alkalmazott az ugyancsak pszichoanalitikus Furrer (1970) is, aki még szabadabb körülményeket biztosított a firkáláshoz, és egyszerűen csak „ott felejtett” az asztalon egy jegyzetömböt.

Pszichodiagnosztikai célból az alábbi firkatesztek javasolhatók:

1. *A Meurisse-féle firkatesztben* (1948, 1956) a vizsgált személy A4-es lapon, 2B jelzésű ceruzával rajzol. A teszt instrukciója: „Kérem, írja le a teljes nevét a lap közepére!” Ha kész: „Helyezze a ceruzát a név utolsó betűjének utolsó pontjára, és kezdjen el firkálni a lapon, egészen addig, amíg nem szólok!” (Lásd még Vass, 2005g; 2006; 2008d.)

A teszt értelmezésének kiindulópontja, hogy a saját nevet a személyiség szimbólumának tekinti, a név elfogadását pedig az önelfogadás mércéjének. A firka megjelenése nagyon különböző lesz az egyes vizsgált személyeknél, az extrovertált személy például erős nyomatékkal, dühös vonalakkal keresztülvág a papírlap terén, a szorongó, visszahúzódo rajzoló habozó, apró, bizonytalan körmozgással a neve közelében marad, a játékos arabeszkek a funkcióöröm jelzései lehetnek. A teszt egy változatában a vizsgálatvezető mások nevét (barát, barátnő, szülők) íratja fel a papírra.

2. *A Psychogalaxy-firkatesztben* (Vass, 2008a; 2011) a vizsgált személy 15 darab A6-os méretű papírlapot kap. Az alkalmazott instrukció: „Ábrázold a következő fogalmakat nem figuratív firkákkal – olyan vonalakkal és formákkal, amelyek nem ábrázolnak semmilyen konkrét dolgot! Ingerszavak: düh, félelem,

öröm, vonzalom, féltékenység, szeretet (ne rajzolj szívet), szerelem (ne rajzolj szívet), biztonság, magány, szomorúság, barátság, apa, anya, én, hangulatom az utóbbi időben.”

3. *Egyéni firkateszt.* Saját gyakorlatunkban (Vass, 2008a; 2011) azt a módszert alkalmazzuk, amelyben a vizsgálatvezető a klienssel történő beszélgetés során gyűjt 16–20 darab kulcsszót vagy hívószót, előre rögzített lista helyett, amelyek a kliens életének fontos területeivel állnak kapcsolatban. A szavakat (lehetőleg egy szóból álló főneveket) ezután véletlenszerű sorrendben olvassa fel, a következő instrukcióval: „Szavakat fogok mondani. Kérem, ábrázolja őket olyan firkákkal, amelyek nem ábrázolnak konkrét tárgyakat, dolgokat, piktogramokat vagy szimbólumokat. Egyszerűen csak mozgassa a kezét a lapon, és próbálja kifejezni a firkával a szó keltette benyomást. Ha elkészült, akkor kérem, írja rá halványan mindegyik lap hátoldalára, hogy milyen szót ábrázolt.”

A firkák értelmezése két lépésben történik.

- (1) A vizsgálatvezető a vizsgált személlyel együtt csoportosítja a firkákat, írásos felükkel lefelé fordítva, kizárólag a fenomenológiai hasonlóságot keresve. Ez gyakran utal arra, hogy a két fogalom reprezentációja közös elemeket tartalmaz (lásd erről a színkulcs-tesztet is).
- (2) Enaktív elemzéssel, a vonal „anatómiájának” vizsgálatával. A vizsgálatvezető arra keresi a választ, hogyan szól a firka az adott fogalom egyéni megélésének módjáról. Ehhez az elemzéshez a tesztviselkedés, a modellreakciók, a rajzolási idő és a reakcióidő adatait is felhasználja.

A részletes értelmezés (más firkatesztekkel együtt) megtalálható: Vass, 2011: 203–211; Dúll és Varga, 2015: 419–441.

10. Gyerekeknél és felnőtteknél egyaránt alkalmazható rajztesztek

10.1. A Hatvan Másodperces Rajzteszt

A Hatvan Másodperces Rajzteszt (*Sixty Second Drawing Test, SSDT*) nevét arról kapta, hogy igen gyorsan felvehető. Kifejlesztése során a lehető legegyszerűbb rajzteszt létrehozására törekedtünk (Vass, 2008b; 2011), amely az első, spontán reakcióra épül. A spontaneitás fontosságát sok megfigyelés és szakirodalmi adat hangsúlyozza; Sehringer (1992; 1999) például a rajzvizsgálat egyik

alapelvének tartja, hogy a spontán válaszok mindig hi-telesebbek, őszintébbek, és több információt hordoz-nak más reakcióknál.

A módszer validitását a kutatások különböző be- tegcsoportokon (Kovács, Vass és mtsai, 2013; Kövi, He- vesi és mtsai, 2014; Kövi, Hittner és mtsai, 2021), illetve egészséges személyeken igazolták (Surányi és Vass, 2012).

A teszt nevében szereplő hatvan másodperc nem jelent kötelező időhatárt, csak arra utal, hogy a vizsgált személy gyorsan, az első ötlettől vezérelve rajzol na- gyon egyszerű formákat.

A vizsgálatához szükséges eszközök: 16 darab A6-os méretű, fehér, vonalazatlan papírlap, ceruza vagy go- lyóstoll. A vizsgálatvezető minden lapnál új instrukció- t ad. Minden instrukció előtt kivárja az előző feladat be- fejezését, és nem sürgeti a vizsgált személyt.

Felnőttek vizsgálatához instrukciók:

1. „Tedd magad elé a lapokat fektetve, vízszintes tartás- ban! Vedd elő az első lapot, és rajzolj egy kört, ami TÉGED jelképez!”

Ha kész, a vizsgált személy újabb instrukciót kap, de a későbbiekől eltérően, kizárólag ez első feladatban ma- rad ugyanez a lap: „Most rajzold le a PÁRODAT is egy kör formájában, ami őt jelképezi, ugyanerre a lapra.” Ezután minden instrukcióhoz új lapot adunk.

2. „Ábrázold ezen a lapon MAGADAT ÉS PÁRODAT is egy-egy körrel!”
3. „Ábrázold ezen a lapon magadat és a LEGJOBB BA- RÁTODAT (férfit vagy nőt) is egy-egy körrel!”
4. „Ábrázold ezen a lapon magadat és ÉDESAPÁDAT is egy-egy körrel!”
5. „Ábrázold ezen a lapon magadat és ÉDESANYÁ- DAT is egy-egy körrel!”
6. „Ábrázold ezen a lapon magadat és TESTVÉREDET is egy-egy körrel! Ha több testvéred is van, mindet rajzold meg, ha egy sincs, akkor hagyd ki a feladatot, és az üres lapot add be, a jobb alsó sarokban a 6-os számmal.”
7. „Ábrázold ezen a lapon magadat és a SZÁMODRA IDEÁLIS PARTNERT is egy-egy körrel!”
8. „Gondolj valakire, AKIVEL KONFLIKTUSBAN ÁLLSZ. Ábrázold ezen a lapon magadat és őt is egy-egy körrel!”
9. „Gondolj arra a legfontosabb, belső PROBLÉMÁD- RA, ami mostanában foglalkoztat (aktuális, belső kon- fliktusra, tünetre, betegségre stb.). Ábrázold ezen a la- pon magadat és a problémát is egy-egy körrel!” Terá- piás helyzet a kulcsszót a terapeuta is kiválaszthatja.
10. „Ábrázold ezen a lapon magadat és az előbbi problé- mát EGY ÉV MÚLVA egy-egy körrel!”

11. „Ábrázold ezen a lapon magadat és PÁRODAT ÖT ÉV MÚLVA egy-egy körrel! Arra a személyre gon- dolj, akire az első feladatban.” Ha a vizsgált személy- nek aktuálisan nincs párja, akkor kihagyja a felada- tot, és egy üres lapot ad be, a jobb alsó sarokban a 11-es számmal.
12. „Ábrázold ezen a lapon GYENGE ÉNEDET ÉS ERŐS ÉNEDET is egy-egy körrel! Írd oda a megfelelő kö- rökhez: gyenge én, erős én.” Ha kész: „Írd a lap jobb alsó sarkába: 12.”
13. „Ábrázold ezen a lapon magadat és a BOLDOGSÁ- GOT egy-egy körrel!”
14. „Ábrázold ezen a lapon magadat és a PÉNZT egy- egy körrel!”
15. „Ábrázold ezen a lapon magadat és a SZEXUALI- TÁST egy-egy körrel!”
16. „Ábrázold ezen a lapon magadat és egy ÁLTALAD VÁLASZTOTT FOGALMAT egy-egy körrel!”

Végül: „Most nézd át a lapokat sorban, és minden lapon írd rá a körökre számmal (1, 2), hogy milyen sorrendben rajzoltad őket! Kérlek, ellenőrizd, hogy minden lapot megszámoztál-e; minden lapon szerepel-e a rajzolási sor- rend, és hogy a 12. feladatban odaírtad-e, hogy melyik az erős és a gyenge éned!”

A teszt adott esetben kiegészíthető a „gyermek” re- láció beillesztésével, illetve speciális célokhoz átalakít- ható (például „főnök”, „munkatársaid”). Az új feladatok beillesztése a hatodik feladat után ajánlott; legfeljebb húsz relációval érdemes dolgozni.

Iskoláskorú gyerekek vizsgálatához más instrukció- kat alkalmazunk:

1. Ábrázold MAGADAT ÉS A LEGJOBB BARÁTO- DAT egy-egy körrel (karikával)!
2. magadat és egy MÁSIK BARÁTODAT,
3. magadat és ÉDESAPÁDAT,
4. magadat és ÉDESANYÁDAT,
5. magadat és TESTVÉREDET,
6. magadat és egy TANÁRODAT,
7. magadat és AKIT NAGYON SZERETSZ,
8. magadat és AKIT NEM SZERETSZ,
9. magadat és AZ ISKOLÁT,
10. magadat és EGY PROBLÉMÁT,
11. magadat és A PROBLÉMÁT EGY ÉV MÚLVA,
12. magadat és a BOLDOGSÁGOT,
13. magadat és a ROSSZKEDVET,
14. magadat és a JÓKEDVET,
15. magadat és HANGULATODAT AZ UTÓBBI IDŐ- BEN,
16. magadat és [választott fogalmat].

Óvodáskorú gyermeknek egyetlen, A4-es méretű papírlapot adunk a következő instrukcióval: „Rajzold le erre a papírra körökkel azokat az embereket, akiket szeretsz [változat: a családotat]! Jól figyelj, mindenkit egy-egy körrel rajzolj le!”

A vizsgálatvezető minden esetben feljegyzi a válaszok előtti reakcióidő megnövekedését, a kihagyásokat (*Versagen*), a váratlan verbális vagy nem verbális reakciókat, amelyeket a felszólító jelleg szerinti értékelésnél használ fel (Vass, 2009; 2012b; 2014).

Az értelmezés során a vizsgálatvezető a körök távolságát, méretét, átfedését, tartalmazó viszonyát, pozícióját és alakját értékeli először a tesztorozat egészében, majd az egyes feladatok felszólító jellege szerint (részletesen lásd Vass, 2011: 138–145).

10.2. Interakciódinamikai megközelítés: a közös rajzvizsgálat

A közös rajzvizsgálatban két vagy több személy egyszerre, egy időben rajzol ugyanarra a lapra. A módszer egyszerre projektív és objektív, mert kétféle adatot eredményez: (1) projektív rajz, (2) társas viselkedés objektív megfigyelési adatai. Jelentősége, hogy interakciódinamikai többletet tesz hozzá az egyéni rajzvizsgálathoz. A társas térben őszintén megmutatkozik a vizsgált személy kapcsolódási profilja és jellegzetes kapcsolódási mintázata.

A módszer alkalmas párok, szülő-gyerek diádok, családok vizsgálatára a szóbeli exploráció kiegészítéseként, tanácsadáshoz vagy a párterápia, családterápia részeként. A közös rajzvizsgálat csoportos formája jól alkalmazható önismereti, munkahelyi vagy más csoportokban bevezető gyakorlatként, a csoportdinamikai folyamatok részeként, diagnosztikai vagy terápiás céllal.

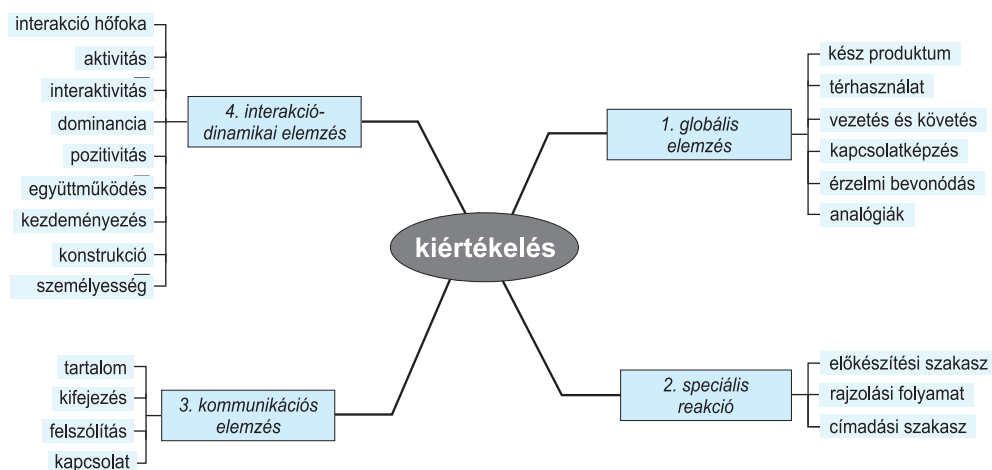
Annak ellenére, hogy a közös alkotás sok előzménnyel rendelkezik, a szakirodalomból hiányzik a differenciált megfigyelési és értelmezési módszer. Az itt ismertetett közös rajzvizsgálati módszer (*Drawing Together Method, DTM*) ezt a hiányt pótolja azzal, hogy részletes és pszichometriailag ellenőrzött jelölési és értelmezési rendszerrel rendelkezik (Nagy, 2007; Nagy és Vass, 2007a; 2007b; Vass, 2010e; 2010f; Vass és Vass, 2011a; 2011b).

A vizsgálat során két vagy több személy egyszerre készít egyetlen, közös rajzot a következő instrukcióval: „Rajzoljanak valamit együtt, közösen. 15 perc van rá.” Ha elkészült a kép: „*Most adjanak közösen címet a rajznak, és írják rá.*”

A vizsgálatvezető méri és feljegyzi az eltelt időt. Ha a vizsgált személyek túllépi a 15 perces időkeretet, nem szakítja meg a rajzolást, hanem tovább figyel. Az időkorlát indoka, hogy a tapasztalatok szerint az első 15 percen már megjelennek a fontos reakciók, de a vizsgálat természetesen hosszabb is lehet (például terápiás körülmények között).

Szükséges eszközök: (1) A3-as méretű vagy nagyobb, sima fehér papírlap, (2) színes filctollak, ceruzák, pasztellkréták, (3) megfelelő méretű asztal, (4) jegyzőkönyv, kiértékelő űrlapok, (4) ha megoldható, videofelvételre alkalmas kamera.

Párok vizsgálatához A3-as méretű lap alkalmas, több személy esetén nagyobb méretű lapot használunk. Biztosítsunk sokféle rajzeszközt, hogy a vizsgált személyek motiváltak legyenek a rajzolásra. Ha a feltételek megfelelőek, festéket is lehet alkalmazni. A papírlapot vízszintesen helyezük el egy asztalon, hogy többen is hozzáférjenek, minden oldalról. Fontos, hogy *szék ne legyen* az asztalnál, mert korlátozza a térhasználatot (értelmezését lásd alább).



9. ábra. A közös rajzok kiértékelési szempontjainak áttekintése

A vizsgálat során a vizsgálatvezető jegyzeteli megfigyeléseit a vizsgált személyek viselkedéséről és szavairól. Ha a vizsgált személyek hozzájárulnak, érdemes videofelvételt készíteni a folyamatról. Ezt nemcsak a jelöléshez és értelmezéshez lehet jól használni, hanem terápiai célú visszajelzésekre is alkalmat adhat.

Az értelmezést a rajz és a viselkedés (interakciók) elemzésével végezzük. A viselkedés értelmezését a vizsgálatvezető egészes elemzéssel, speciális reakciók azonosításával, kommunikációs és interakciódinamikai elemzéssel végzi. Az elemzési módszerek áttekinthetése megtalálható a 9. ábrán.

A részletes értelmezés az alábbi munkákban található meg: Vass, 2011: 145–158; Vass és Vass, 2011; Császár-Nagy, Demetrovics és mtsai, 2011: 201–248.

10.3. Klasszikus rajztesztek: emberrajz, farajz, házrajz

A korai rajzelemzési munkák (lásd alább) főként ember-, fa- és házrajzokról szólnak. Ez nem véletlen: spontán alkotásokban, gyermekrajzokban, szabadrajzokban ezek a motívumok igen gyakoriak.

A mai képi kifejezéspszichológiai szemlélet azonban más, modernebb teszteket javasol klinikai és pszichodiagnosztikai felhasználáshoz. Ilyen az élettér-teszt, a színkulcsok, a kinetikus család- (iskola-, óvoda-, kórház- stb.) rajzok, a hatvan másodperces rajzteszt változatai, a közös rajzok, a modern firkaesetek vagy a dinamikus rajzvizsgálat.

Az alábbiakban ezért csupán röviden tekintjük át a három témát (megadjuk viszont a további tájékozódáshoz javasolt szakirodalmakat).

A házrajzok elemzését Buck (1948a) írta le elsőként a HTP (ház-fa-ember) tesztben. Önálló monográfiát közölt róla Ribault (1965), Royer (1989) és Urner (1993). Di Leo (1983) a gyermekrajzokban elemzi a ház motívumát. A ház a személyiség szerkezetét, a személyiség egészét szimbolizálja (Urner, 1983; 1993), illetve a lakóhelyet, az otthont és a családon belüli kapcsolatokat (Buck, 1949; 1992). A házrajzok elemzésének szempontjai között szerepel a ház egyes részeinek szimbolikája, a kognitív érettség; Royer háztesztjében az intellektualitás és affektivitás aránya.

A farajz-tesztről az első monográfia (Koch 1949-es könyve) egy időben jelent meg az emberrajz-teszttel és a ház-fa-ember teszttel. A módszer első alkalmazója a magyar Ábel Károly volt, de ő nem publikálta tapasztalatait (Bolander, 1977). Igen fontos Bolander (1977)

hozzájárulása a farajzok értelmezéséhez, aki továbbfejlesztette az eljárást, modernebb pszichológiai nyelvet használva, mint Koch (magyar nyelven lásd Harsányi és Donáth, 1978; Süle, 1988). A farajzvizsgálatnak a többi rajzi módszer között elfoglalt helyével kapcsolatban néhány szerző kiemeli a fának mint archetipikus szimbólumnak a jelentőségét. Buck (1948a) szerint a ház-fa-ember tesztben a fa nyújtja a személyiség legmélyebb szintű ábrázolását, mert benne jelenik meg a legtöbb tudattalan összetevő. Véleményéhez csatlakozik Hammer is (1958). Feltevésük mellett szóló empirikus adat, hogy a ház-fa-ember tesztben a rajzolás szituatív változói közül a vizsgálatvezető jelenléte a farajzot kisebb mértékben befolyásolja, mint a házrajzot vagy az emberrajzot (Cassel és mtsai, 1958). Bolander (1977) kiemeli azt is, hogy a farajzban kevesebb énvédő mechanizmus áll a projekció útjában, mint az emberrajzban.

Az emberalak értelmezéséről elsőként Goodenough (1926) publikált monográfiát (*Draw-A-Man* teszt, DAM). A teszt elsősorban a kognitív érettség, fejlettség becslésére használja a rajzokat *gyerekek*nél.

A *Draw-A-Person* (DAP) tesztet Machover 1949-ben publikálta klasszikussá vált könyvében (*Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*). Goodenough munkájával szemben felnőtteket vizsgált pszichoanalitikus nézőpontból. A *Draw-A-Person* tesztnek számos kisebb változata született; ezek leginkább az instrukció néhány szavas megváltoztatásán alapulnak. Ilyen DAP-variáció például a „Rajzoljon egy embert az esőben” rajz (*Draw-A-Person-in-the-Rain*). Ezt elterjedtsége ellenére szintén nem javasoljuk, mert empirikusan megalapozatlan feltételezésekre épül, és a gyakorlati alkalmazás során téves, leegyszerűsítő értelmezésekhez vezet.

Az emberrajzok természetesen a ház-fa-ember (*House-Tree-Person*) tesztben is meghatározó jelentőségűek (Buck, 1948a; 1948b; 1951; 1992), valamint a dinamikus rajzvizsgálatban (Hárdi, 1983, lásd ott).

A három motívum különbségei az alábbiakban foglalhatók össze:

- (a) Az *emberrajz* pszichoszociális szinten ábrázolja a személyt, a társas kapcsolatokat, a nemi identifikációt. Ez a leginkább érintett motívum, a legnyilvánvalóbb önarckép. Nem tekinthető azonban közvetlen projekciónak, mert lehet önarckép abban az értelemben, hogy (1) aktuálisan milyennek érzi magát a személy (testséma, énkép), de megjelenítheti (2) az énídeált is vagy a személy (3) identifikációs modelljeit, pl. a jelenlegi vagy múltbeli környezet erősen katektált, pozitív vagy negatív szereplőit.

- (b) A *farajz* a személy önmagára vonatkozó, alapvetőbb és mélyebb intrapszichés érzéseit ábrázolja. Sokrétű szimbolikájának egyike a növekedés: a fa egyenesen áll, mint az ember, növekszik, fejlődik, öregszik, meghal. Bemutatja, hogy a személy milyennek érzi viszonyát környezetéhez. A mélyebb, kevésbé tudatos érzéseket ábrázolja, szemben az emberrajzzal, amely tudatközelibb attitűdöket tükröz.
- (c) A *ház* az otthon és a családon belüli kapcsolatokat szimbolizálja. Ez gyerekeknél az otthonnal kapcsolatos attitűdöt és a szülőkkel, testvérekkel való kapcsolatot fejezi ki, felnőtteknél inkább a házastárssal kapcsolatos attitűdöket, a családi légkört. A házrajz neurotikus, regrediált vagy a pszichoszexuális fejlődésben fixált személyeknél a szülőkkel való gyermeki kapcsolatokat is ábrázolhatja.

11. Következtetések

A képi kifejezéspszichológia régi gyökerekig nyúlik vissza, és fejlődéséhez állandó inspirációt kap a gyermekrajzok, a patológiás alkotások, a művészetterápia és a művészi alkotások területéről. A képi ábrázolás sokrétű és mély tudást hordoz az alkotóról, amelyet megfelelő módszerekkel „dekódolni” lehet. Sok problémát okoz azonban az állandóan visszatérő leegyszerűsítési törekvés, a signes-fixes szemlélet, a felületen belemagyarázás, ami ellen szakmai edukációval, a felsőoktatási tananyagok fejlesztésével, szakmai továbbképzésekkel, a modern rendszer szemléletű elemzés oktatásával lehet (és kell) küzdeni.

A képi kifejezéspszichológia gyakorlati hasznosságát bizonyítja, hogy számos olyan területen, szervezetben és intézményben alkalmazzák, ahol *nevelés, fejlesztés, képzés, újrannevelés, korrekció, gyógyítás és rehabilitáció* folyik, illetve ennek során a szakemberek humán intervenciókat használnak fel munkájukban.

Tematikus szempontból várhatóan megmaradnak a jövőben is a képi kifejezéspszichológia *tipikus alkalmazási területei*, mint például a személyiségstruktúra és a személyiségdinamika egyes területeinek felmérése, az énére, az elhárító mechanizmusok típusai, az alkalmazkodás általános módja, realitásvizsgálat, affektív működések, fantáziaműködés, nemi identitás, regresszió, a motivációk, szükségletek, interperszonális és tárgykapcsolatok, agresszió, dependencia, kreativitás vizsgálata. Klasszikus hasznosítási területek maradnak a traumák, neurotikus konfliktusok vizsgálata, az énkép és a testséma, az intellektuális érettség, kognitív fejlettség, a szülőkhöz és csa-

ládhoz fűződő viszony, a gyermekekkel történő fizikai vagy szexuális abúzus megállapítása, a szülőkhöz való kötődés és a gyermekelhelyezési kérdések, a pszichiátriai betegségek lefolyásának követése, különböző gyógyszerhatások vizsgálata, a kognitív működések hanyatlásának kimutatása, pszichoszomatikus tünetek lokalizálása, csoportfolyamatok, csoportstruktúra, csoportértékek, társas attitűdök vizsgálata.

A terület sokszínűségének egyik forrása, hogy képi kifejezéspszichológiai módszereket nemcsak pszichológusok alkalmaznak, hanem más foglalkozási ágak is saját szakmai kérdéseik megválaszolására. Állandó feladat marad azonban a jövőben is a kompetenciahatárok kijelölése, betartása, a szakemberek közti együttműködés támogatása.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Andrews, J., & Janzen, H. (1988a). Objectifying the Kinetic School Drawing (KSD): A comparison of LD vs. non-LD grade 5 students. *Canadian Journal of School Psychology*, 3: 27–51.
- Andrews, J., & Janzen, H. (1988b). A global approach for the interpretation of the Kinetic School Drawing (KSD): A quick scoring sheet, reference guide, and rating scale. *Psychology in the Schools*, 25: 217–238.
- Auerbach, J. G. (1950). Psychological observations on „doodling” in neurotics. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 111: 304–332.
- Avé-Lallemant, U. (1976). *Kinder zeichnen ihre Eltern: Erlebnis und Ausdruck in Tierbildern*. Walter, Olten.
- Bender, L. (1952). *Child Psychiatric Techniques: Diagnostic and Therapeutic Approach to Normal and Abnormal Development through Patterned, Expressive and Group Behavior*. Thomas, Springfield.
- Bolander, K. (1977). *Assessing Personality through Tree Drawings*. Basic Books, New York.
- Brem-Gräser, L. (1957). *Familie in Tieren*. Ernst Reinhardt, München–Basel.
- Brown, W. R., & McGuire, J. M. (1976). Current psychological assessment practices. *Professional Psychology*, 7: 475–484.
- Buck, J. N. (1948a). The H-T-P technique, a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement*, 4: 1–120.
- Buck, J. N. (1948b). The H-T-P technique; a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology*, 4: 317–396.

- Buck, J. N. (1949). The H-T-P technique. *Journal of Clinical Psychology*, 5: 37–74.
- Buck, J. N. (1951). Directions for administration of the achromatic-chromatic H-T-P. *Journal of Clinical Psychology*, 7: 274–276.
- Buck, J. N. (1992). *House-Tree-Person Projective Drawing Technique Manual and Interpretive Guide*. (Átdolgozta Warren, W. L.) Western Psychological Services, Los Angeles.
- Cassel, R. H., Johnson, A. P., & Burns, W. H. (1958). Examiner, ego defense and the H-T-P test. *Journal of Clinical Psychology*, 14: 157–160.
- Csabai K., Hámori E., Szabó P., & Pászthy B. (2013). A korai táplálás élményvilága és a madárfészekrajz jellegzetességei anorexiában szenvedő gyermekek édesanyjánál. In Vargha A. (szerk.): *Kapcsolataink világa. Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés: Kivonatkötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Cseke G. (2010). Csernus Tibor: *Place Blanche* (1998) című képén látható nonfiguratív elemek pszichológiai értelmezése. In Vargha A. (szerk.): *Egyén és kultúra. A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira. A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Kivonatkötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Di Leo, J. H. (1983). *Interpreting Children's Drawings*. Brunner/Mazel.
- Feuer M. (1992a). *A gyermekrajzok pszichológiai vonatkozásai*. Génius, Budapest.
- Feuer M. (1992b). „Elrontott” családrajzok szerepe a gyermek-pszichodiagnosztikában. In Feuer M. & Popper P. (szerk.): *Gyerekek, szülők, pszichológusok*. (Pszichológiai Műhely, 9.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 95–115.
- Feuer M. (1995a). Facsalád-rajzok szerepe a gyermek-pszichodiagnosztikában I. *Gyógypedagógiai Szemle*, 3: 161–171.
- Feuer M. (2000a). *Gyermekrajzok fejlődéslelektana*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Feuer M. (2000b). Kórházban fekvő gyermekek specifikus rajzainak jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 15(4): 429.
- Feuer M. (2002). *A firka lélektana*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Feuer M. (2005a). Facsalád-rajzok szerepe a gyermek-pszichodiagnosztikában I. *Gyógypedagógiai Szemle*, 3: 161–171.
- Feuer M. (2005b). Facsalád-rajzok szerepe a gyermek-pszichodiagnosztikában II. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4: 247–254.
- Feuer M., & Bárd J. (1994). *Kapu. Halálosan beteg gyermekek rajzai*. Nalors Grafika, Vác.
- Fisher, G. M. (1959). Comment on Starr and Marcuse's „Reliability in the Draw-A-Person Test.” *Perceptual and Motor Skills*, 9: 302.
- Furrer, W. L. (1969). *Objektivierung des Unbewußten. Psychotherapeutische Kommunikation sichtbar gemacht in Zeichnungen von Analytiker und Patient*. Huber, Bern.
- Furrer, W. L. (1970). *Neue Wege zum Unbewußten*. Huber, Bern.
- Gerevich J. (2020). *Teremtő vágyak – Művészek és múzsák*. Noran Libro, Budapest.
- Gerevich J. (2021). *Szemfényvesztő művészet*. Labirintus, Budapest.
- Gerevich J. (szerk.) (2019). *A képzelet kockázata*. Noran Libro, Budapest.
- Gerevich J., & Bácskai E. (2018). *Szerelmek, múzsák, szeretők – Teremtő vágyak 3*. Noran Libro, Budapest.
- Gillespie, J. (1989). Object relations as observed in projective Mother-and-Child drawings. *The Arts in Psychotherapy*, 16: 163–170.
- Gillespie, J. (1994). *The projective use of mother-and-child drawing: A manual for clinicians*. Brunner/Mazel, New York.
- Gmelin, O. F. (1978). *Mama ist ein Elefant*. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawing*. Yonkers, New York.
- Halász A. (1993). A családrajz jelentősége a gyermekterápiában. In Gerő Zs. (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata, III*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 242–248.
- Hammer, E. F. (1959). Critique of Swensen's „empirical evaluations of human figure drawings”. *Journal of Projective Techniques*, 23: 30–32.
- Hámori E., & Csabai K. (2013). A Madárfészekrajz alkalmazása a kötődéskutatásban – Fejlődéslelektani és klinikai vonatkozások. In Vargha A. (szerk.): *Kapcsolataink világa. Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés: Kivonatkötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Hámori E., & Djuroska K. (2012a). *A kötődési kapcsolat dinamikája gyermekkori pszichoszomatikus zavarokban*.
- Hámori E., & Djuroska K. (2012b). Álom, fantázia és kreativitás a Madárfészekrajzokban. *Lélekelemzés*, 7(1): 97–116.
- Hárdi I. (1983/2016). *A dinamikus rajzvizsgálat*. Medicina, Budapest.
- Hárdi, I. (1991). Dynamic examination of animal drawings. In I. Jakab (ed.): *Art Media as a Vehicle of Communi-*

- cation. *Proceedings of the 1990 International Congress of Psychopathology of Expression, Montreal, Canada*. Brookline, American Society of Psychopathology of Expression.
- Hárdi I. (2023). *Könnyektől a mosolyig. Kalandozás a képi világban*. Medicina, Budapest.
- Harsányi I. (1968). *Iskolások családrajza mint a családi relációk és az önértékelés feltárásának eszköze*. (Pszichológiai Tanulmányok, VIII.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 171–195.
- Harsányi I., & Donáth B. G. (1978). A farajzvizsgálat. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35: 3–18.
- Jones, R. M. N. (1985). Comparative study of the Kinetic Family Drawing and the Animal Kinetic Family Drawing in regard to self-concept assessment in children of divorced and intact families. *The Arts in Psychotherapy*, 12: 187–196.
- Kiss N. K., Fenyvesi I., Tényi T., & Sebők K. (2005). Anyagyerek rajzteszt alkalmazása gyermekpszichiátriai kórképekben. *Psychiatria Hungarica*, 20(Suppl): 140.
- Knoff, H. M., & Prout, H. T. (1985). The Kinetic Drawing System: A review and integration of the Kinetic Family and School Drawing techniques. *Psychology in the Schools*, 22: 50–59.
- Koch, K. (1949/1967). *Der Baumtest*. Huber, Bern.
- Kos, M., & Biermann, G. (1973). *Die verzauberte Familie. Ein tiefenpsychologischer Zeichentest*. Reinhardt, München.
- Kovács E., Vass Z. és mtsai (2013). A Hatvan Másodperces Rajzteszt (SSDT) alkalmazása pszichiátriai betegcsoportokban. In Vargha A. (szerk.): *Kapcsolataink világa. Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés: Kivonatkötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Kövi, Zs., Hevesi, K. és mtsai (2014). Indicators of Psychological Narcissism in the Sixty Second Drawing Test. *Confinia Psychopathologica*, 2(2): 45–75.
- Kövi, Zs., Hittner, J. B. és mtsai (2021). Concurrent Validity of the Sixty-Second Drawing Test in Measuring High-Schoolers' Close Relationships and Depression. *Rorschachiana*, 42(1): 52–71.
- Lang, A., & Stoll, F. (1976). Kurzbericht: Zur Lage der Testdiagnostik in der Schweizerischen Psychologie. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 35: 139–142.
- Leibowitz, M. (1999). *Interpreting projective drawings. A self-psychological approach*. Brunner/Mazel, Philadelphia.
- Lénárd K., Tényi T., & Simon M. (2003). A korai inter-subjektív interakciók a projektív rajzvizsgálat tükrében: Az anya-gyerek rajzteszt. In *Új távlatok a klinikai pszichológiában*. Új Mandátum, Budapest. 97–111.
- Levy, S. (1958). Projective figure drawings. In E. F. Hammer (ed.): *Clinical application of projective drawings*. Thomas, 83–112.
- Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., & Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. *American Psychologist*, 40: 857–861.
- Lubin, B., Wallis, R. R., & Paine, C. (1971). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935–1969. *Professional Psychology*, 2: 70–74.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Thomas.
- Manes, S. (1993). *Mama ist ein Schmetterling, Papa ein Delphin*. Piper.
- Meurisse, R. (1948). Le test au gribouillage. *Pysché*, 3: 1372–1378.
- Meurisse, R. (1956). *Le test du gribouillage*. Conn. de l'Homme, 18–45.
- Michon, J.-H. (1872). *Les mystères de l'écriture*. Garnier, Paris.
- Nagy V. (2007). *A hiperaktív gyermek és az anya interakciójának vizsgálata*. Károli Gáspár Református Egyetem.
- Nagy V., & Vass Z. (2007a). *A közös rajzvizsgálat különleges reakcióinak jelölési úrlapja*. (Oktatási segédanyag.) Károli Gáspár Református Egyetem.
- Nagy V., & Vass Z. (2007b). *A közös rajzvizsgálat egészséges kiértékelő kérdései*. (Oktatási segédanyag.) Károli Gáspár Református Egyetem.
- Perger M. (2013). Családban és gyermekotthonban nevelkedő általános iskolás tanulók összehasonlító vizsgálata a kinetikus iskolarajz módszerével. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 1: 52–83. <http://doi.org/10.12663/psychung.1.2013.1.3>
- Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J. W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 49: 115–119.
- Platthy, I. (2022). Display of the coronavirus pandemic in the works of adolescents living in children's homes and residential care homes. XXVIII Conference of the Hungarian Psychoanalytical Association, Budapest.
- Prout, H. T., & Celmer, D. S. (1984). School drawings and academic achievement: A validity study of the Kinetic School Drawing Technique. *Psychology in the Schools*, 21: 176–180.
- Prout, H. T., & Phillips, P. D. (1974). A clinical note: The Kinetic School Drawing. *Psychology in the Schools*, 11: 303–306.

- Rapp, W. (2001). *A projektív színrajzolósi módszer*. Paper presented at the Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression (SIPE) III. Magyarországi Kollokviumán, September 27–29, Szentgotthárd.
- Ribault, C. (1965). Le dessin de la maison chez l'enfant. Etablissement d'une échelle de cotation discriminatoire pour chaque année d'âge étalonné sur 400 enfants. Comparaison statistique avec les dessins de 150 enfants élevés en orphelinat. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*, 1–3: 83–100.
- Royer, J. (1989). *Le dessin d'une maison. Image de l'adaptation sociale de l'enfant*. Editions EAP, Issy-Les-Moulineaux, France.
- Schmiedek, R. A. (1973). Das „Personal Sphere Model“. Versuch eines graphischen Tests für Objektbeziehungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 21: 164–182.
- Schmiedek, R. A. (1978). *The Personal Sphere Model*. Grune and Stratton, New York.
- Schmiedek, R. A. (1980). Identität und Vorstellungsraum der persönlichen Sphäre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28: 251–258.
- Schober, S. (1977). Einschätzung und Anwendung projektiver Verfahren in der heutigen klinisch psychologischen Praxis. Ergebnisse einer schriftlichen Umfrage unter den Erziehungsberatern der BRD. *Diagnostica*, 23: 364–372.
- Schwartz, A. A., & Rosenberg, I. H. (1955). Observations on the significance of animal drawings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25: 729–746.
- Sehringer, W. (1992). Principles for the Psychodiagnostic Analysis of Children's Drawings. In I. Jakab & I. Hárđi (eds.): *Psychopathology of Expression and Art Therapy in the World: The Budapest SIPE Colloquium*. Anima, Budapest. 46–81.
- Sehringer, W. (1999). *Zeichnen und Malen*. Schindele, Heidelberg.
- Simon L. (2018). A művészet, az esztétikai élmény és a pszichiátria találkozása a rehabilitációban. In Ocsovai D. & Zsédél K. (szerk.): *A terápiák társalmától a teremtő vágyakig*. Budapest, Noran Libro, 114–120.
- Simon M., Virág E., Tényi T., & Trixler M. (2003). Anyaggyermek rajzteszt gyermekkorban bántalmazott, depressziós páciensek esetén. *Psychiatria Hungarica*, 18(Suppl): 103.
- Süle F. (1988). A „Fa-rajz“-teszt. In Mérei F. & Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum II/2*. Budapest, Tankönyvkiadó, 89–148.
- Sundberg, N. D. (1961). The practice of psychological testing in clinical services in the United States. *American Psychologist*, 16: 79–83.
- Surányi, Zs., & Vass, Z. (2012). Változó- és személyorientált megközelítések az SSDT validálásában. In Vargha A. (szerk.): *A tudomány emberi arca. A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos tudományos nagygyűlése. Kivonatkiötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Szombathely.
- Swensen, C. H. (1957). Empirical evaluations of human figure drawings. *Psychological Bulletin*, 54: 431–466.
- Szabados E. (2010). Ferenczy Károly: A tékozló fiú című festményének értelmezése mintázatelemzési módszerrel. In Vargha A. (szerk.): *Egyén és kultúra. A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira. A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Tényi, T., Csábi, G., Trixler, M., Marton, K., & Molnár, D. (2000). Az anya-gyermek kapcsolat ábrázolásának sajátosságai felnőtt pszichiátriai betegek és pszichoszomatikus betegségben szenvedő gyermekek rajzaiban. *Psychiatria Hungarica*, 15(4): 445–449.
- Urner, E. (1983). *Kinder sprechen in Schrift und Zeichnung: Was Sonne, Haus und Mensch in der Zeichnung und was der Schreibtest über die Schulreife aussagen*. Orell Füssli, Zürich.
- Urner, E. (1993). *Häuser erzählen Geschichten: Die Bedeutung des Hauses in der Kinderzeichnung*. Pro Juventute, Zürich.
- Vass V., & Vass Z. (2011). *A közös rajzvizsgálat viselkedéses, kommunikációelemzési és interakciódinamikai kiértékelése*. Paper presented at the Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest, Hungary, May 25–27, 2011.
- Vass, Z. (1996c). PsychMet for Windows version 1.0. Program for Psychometric Analysis of Projective Drawings. (Computer software.) Budapest, Eötvös Loránd University.
- Vass, Z. (1997a). A computerized psychometric approach to projective drawings. In SIPE (ed.): *XVth Congress of the International Society of Psychopathology of Expression and Art Therapy: Abstracts*. Biarritz, France.
- Vass, Z. (1999a). La nouvelle perspective de l'examen des dessins projectifs: l'analyse psychométrique avec algorithmes. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 31: 94–97.
- Vass Z. (1999b). *Projektív rajzvizsgálat algoritmusokkal*. (Doktori disszertáció.) Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

- Vass, Z. (2000a). Artificial intelligence in psychodiagnosis. In Jakab I. (ed.): *Developmental aspects of creativity*. American Society of Psychopathology of Expression, Boston. 159–177.
- Vass Z. (2001a). A kinetikus családrajz (Kinetic Family Drawing) alkalmazása a pszichodiagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56: 107–135.
- Vass Z. (2003d). *A projektív anya-gyerek rajzok kiértékelése*. Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézete, Budapest.
- Vass Z. (2005f). Az élettér-teszt (személyes szféra modell). Illusztrált értelmezési kézikönyv. In Vass Z. (szerk.): *Klasszikus rajzteszt*. (Kifejezés-pszichopatológiai könyvtár, 1. [CD-ROM]). Educational material, electronic edition.
- Vass Z. (2005g). *Spontán firkák és projektív firkatesztok értelmezése: a Meurisse-, Grätz- és a Kutash–Gehl-féle firkatesztok a pszichodiagnosztikában*. (Oktatási segédanyag.) Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest.
- Vass Z. (2006). *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai*. Flaccus, Budapest.
- Vass Z. (2007a). *A fenomenológiai és a szemantikai térkép*. (Oktatási segédanyag.) Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest.
- Vass Z. (2007b). *A nemlétező állat-rajzteszt kiértékelése*. Szervezési és Vezetési Tudományos Társaság, Budapest.
- Vass Z. (2008a). *A firkateszt kiértékelési módszerei*. Szervezési és Vezetési Tudományos Társaság, Budapest.
- Vass Z. (2008b). *A Körök tesztjének bemutatása*. Szervezési és Vezetési Tudományos Társaság, Budapest.
- Vass, Z. (2009). *Seven-step configuration analysis: How to recognise the essence of the picture*. In IX International Congress of the SIPE, 10th Portuguese Congress of Art Therapy (50 years commemoration of the SIPE). Abstract Book. SIPE, Lisbon.
- Vass Z. (2010a). Rendszerszemléletű képelemzés. In Hárdi I., & Vass Z. (szerk.): *SIPE VI. Magyarországi Kollokviuma. Előadáskivonatok*. Szervezési és Vezetési Tudományos Társaság, Budapest. 30–31.
- Vass Z. (2010b). A Hatvan Másodperces Rajzteszt (SSDT) mint a kötődés- és kapcsolatvizsgálat új módszere. In *Magyar Pszichiátriai Társaság VII. Nemzeti Kongresszusa, Abstract Book*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Vass Z. (2010c). A kinetikus iskolarajz rendszerszemléletű konfigurációelemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65: 495–527.
- Vass Z. (2010d). Az SSCA hermeneutikai vonatkozásai. In Vargha A. (szerk.): *Egyén és kultúra. A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira*. Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Kivonatkiötet. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.
- Vass Z. (2010e). Közös rajzvizsgálat (szimpózium). In Vargha A. (szerk.): *Egyén és kultúra. A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira*. Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Kivonatkiötet. Magyar Pszichológiai Társaság, 105–106.
- Vass Z. (2010f). A közös rajzvizsgálat módszere és kiértékelése. In Hárdi I., & Vass Z. (szerk.): *A SIPE VI. Magyarországi Kollokviuma. Előadáskivonatok*. Szervezési és Vezetési Tudományos Társaság, Budapest. 101–102.
- Vass Z. (2011). *A képi kifejezéspszichológia alapkérdései. Szemlélet és módszer*. L'Harmattan, Budapest.
- Vass, Z. (2012). *A psychological interpretation of drawings and paintings. The SSCA Method: A Systems Analysis Approach*. Alexandra Publisher, Budapest.
- Vass, Z. (2012b). Sedemstupňová analýza konfigurácie. In Šicková – Fabrici, J. (szerk.): *Quo vadis (art) terapia?* OZ Terra Therapeutica, Bratislava. 40–49.
- Vass, Z. (2014). The many faces of the new Sixty-Second Drawing Test (2014). Seminar Hakibutzim College, Tel-Aviv, I.C.E.T The Israeli Association of Creative & Expressive Therapies, (Invited workshop), 2014. January 27.
- Vass Z. (2015). Firkák üzenete: a spontán firka és a tetoválás mint ember–környezet tranzakció elemzése. In Dúll A., & Varga K. (szerk.): *Szuggesztív környezeti kommunikáció*. L'Harmattan, Budapest. 419–441.
- Vass, Z., & Kirády, A. (2010). Coping with stress: A new assessment method based on drawing behaviour. *Kalokagathia*, 2–3: 17–31.
- Vass Z., & Perger M. (2011). *A kinetikus iskolarajz*. (Iskolapszichológia, 32.) ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Vass Z., & Vass V. (2011a). *A közös rajzok pszichológiai értelmezése. Kifejezéspszichológiai tanulmányok*. Flaccus, Budapest.
- Vass Z., & Vass V. (2011b). Egyéni és közös rajzvizsgálat. In Császár N., Nagy Zs. Demetrovics Zs., & Vargha A. (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja*. L'Harmattan, Budapest. 201–248.
- Wade, T. C., & Baker, T. B. (1977). Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. *American Psychologist*, 32: 874–882.
- Wade, T. C., Baker, T. B., Morton, T. L., & Baker, L. J. (1978). The status of psychological testing in clinical psychology: Relationships between test use and professional activities and orientation. *Journal of Personality Assessment*, 42: 3–10.

3. fejezet

Az objektív személyiségmérés eszközei



A személyiség tanulmányozása többdimenziós kérdőívekkel

Oláh Attila

1. Bevezetés

A személyiségnek mint komplex többdimenziós rendszernek a tudományos igényű tanulmányozására és mérésére irányuló vállalkozások egyik alapvető kérdése, hogy milyen forrásokra, milyen adatokra támaszkodva juthatunk el azokhoz a személyiséget alkotó elemekhez, amelyek meghatározói az egyének közötti különbségeknek és viselkedésük eltéréseinek. A személyiségkutatás történetében a tudományos vizsgálódás forrásanyagaként az eddigi megközelítések a mindennapi emberismeret tudásanyagát („folk concepts”-ek), a nyelvben rögzült személyiségre vonatkozó információk trezorját (lexikai dimenziók) az alkati tényezőknek, az agyi rendszereknek és a személyiségrendszernek az összefüggését feltáró vizsgálódásokból származó ismereteket (alkati, pszichobiológiai modellek) és a filozófiai vallási elméletekben kiemelt humán erényekre, erősségekre és gyengeségekre vonatkozó megállapításokat (karaktererősségek rendszertana) alkalmazzák. Az individuális különbségek magyarázatát adó modellek többsége ilyen forrásokból építkezik. Az ezeknek a személyiségmodelleknek az operacionalizációjaként a nemzetközi pszichológia világában készült többdimenziós személyiség-kérdőívekből egy-egy olyan eljárást mutatunk be ebben a tanulmányban, amelyek magyar adaptációjával rendelkezünk, és amelyek a hazai gyakorlati és tudományos életben széles körben alkalmazott, bizonyítottan megbízható és érvényes eljárások. A négy reprezentáns többdimenziós személyiségmérő eljárás a California Pszichológiai Kérdőív (CPI; Gough, 1957), a Big Five Kérdőív (BFQ; Caprara és mtsai, 1993), a Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI; Cloninger és mtsai, 1993) és a VIA Kérdőív rövidített változata (Furnham és Lester, 2012).

2. A California Pszichológiai Kérdőív (CPI)

A CPI, amely időben az első, ezáltal a legrégebbi olyan, a személyiséget átfogóan vizsgáló mérőeszköz, amely kifejezetten az ember pozitív, kívánatos tulajdonságai-

nak a tanulmányozására készült. Manapság a reneszánszát éli és újra reflektorfénybe került a pozitív pszichológia térhódításának köszönhetően. A CPI-t a mindennapok embere által pozitívnak tekintett személyiségjegyek mérésére szánták, és a mentálisan egészségesnek tekinthető személyek olyan tulajdonságainak a mérését kívánták megragadni vele, amelyek a társas magatartásuk és szociális alkalmazkodásuk eredményességét alapozzák meg. 3500 attitűdöt, szokáspreferenciát, érdeklődési irányt kifejező állítást megfogalmazó tételgyűjteményből választották ki azt a 480 tételt, amelyet empirikus előtesztelések és racionális szakértői megfontolások után alkalmasnak találtak arra, hogy a CPI tételeiként megkülönböztessék a mindennapok emberét társaitól a társas együttélést, a társas hatékonyságot és magatartást meghatározó tulajdonságaik mentén.

3. A CPI elméleti alapja: mérés a mindennapi fogalmakat alkalmazva

A California Pszichológiai Kérdőívet ismertető teszt-könyvben Gough (1957) a személyiség tanulmányozására alkalmazható módszerek kidolgozására két jól ismert megközelítést említ. Egy teszteljárás lehet egy elmélet operacionalizálása, és lehet a viselkedésjellemzők szervezésében háttértényezőként feltételezett, faktoranalízis útján azonosított személyiségtényezők vizsgálatára szolgáló mérési eszköz. Gough, a CPI létrehozója egyik mainstream megközelítést sem választotta, amikor az 1950-es évek elején abból indult ki, hogy a személyiség átfogó jellemzésére szolgáló mérőeszközt nemcsak tudományos elméletekre alapozva lehet megalkotni, hanem a mindennapok emberének tudásanyagára építve is. Az emberek ugyanis a mindennapi érintkezéseik során megtapasztalták azt, hogy melyek azok a jellemzők, amelyek ismeretében, amelyekre figyelve, megbízhatóan előre jelezhetik társaik viselkedését, és átfogóan jellemezhetik személyiségüket. Ezeket a köznyelvben is fellelhető emberi jellemzőket (ellentétben a tudományos konstruktumokkal) mindenki ismeri, és a mindennapok

embere ezeket használja, amikor az a célja, hogy leírjon valakit, vagy bemutassa magát másoknak. A *CPI megalkotójának célkitűzése a nép ajkán született leíró kategóriák, a mindennapok embere által fontosnak ítélt személyiségjellemzők mérésére kidolgozott önbeszámoló kérdőíves eljárás kidolgozása lett.* Ezeket a személyiséget leíró kategóriákat Gough „népi fogalmaknak”, *folk concepts*nek nevezte el. Ezek egyik sajátossága, hogy elérték a funkcionális érvényesség egy bizonyos mértékét, mivel a mindennapi használatban jól beváltak az emberek jellemzésére, viselkedésük előrejelzésére, a másik sajátosságuk pedig, hogy történelmileg időtállóak és kulturálisan elterjedtek, használatban vannak az ókortól napjainkig a Föld minden országában.

A CPI, amelynek első, 15 skálából álló változatát 1951-ben publikálták, több revízió után nyerte el a nemzetközi irodalomban ma ismert, 20 alapskálát, 3 vektor-skálát és folyamatosan növekvő számú, speciális célra kifejlesztett skálákat tartalmazó formáját.

A CPI fejlesztésének történetét, amely az eredeti, 480 tételes változat itemeinek redukálását és új skálák kialakítását egyaránt tartalmazta, a következő állomások jellemzik.

4. A CPI kidolgozásának története

1957-ben jelent meg az első kézikönyv, amely egy 480 kérdésből álló, 18 skálás változatot mutatott be. A 480 tétel egy 3500 állítást tartalmazó tételgyűjteményből választották ki; 176 tétel megegyezett az MMPI-ban is használt kérdéssel. A 18 skálából álló kérdőív kialakítását az MMPI sikere inspirálta. A CPI-t úgy is szokták emlegetni, mint az ép emberek MMPI-ját. Az alapvető kü-

lönség azonban, hogy az MMPI egy szimptómaorientált mérési eszköz, amely a klinikai gyakorlat számára készült, a CPI viszont az egészséges emberek kíváncsának tartott és eredményes társas alkalmazkodáshoz vezető jellemzőinek a megragadását célozta meg. Az értékelések szerint a CPI egyik előnye az életközponúsága, mivel mindegyik skálája a mindennapi személyközi érintkezésekben kitüntetett szerepet játszó tulajdonságok mérésére fókuszál. A kérdőívet 14–80 évesek vizsgálatára szánták, a teszt kitöltési ideje kb. 60 perc, és számítógépen is adminisztrálható. Az első kézikönyv 18 skálájából 3 az adatközlés megbízhatóságának az ellenőrzésére készült. A skálákat Gough, az interpretáció megkönnyítésére, az általuk mért személyiségjegyeknek a társas magatartás szabályozásában betöltött funkciója alapján 4 csoportba rendezte. Az egyes skálák osztályba rendezése spekulatív, nem faktoranalitikus elemzés eredménye. (A skálák leírását az 1. táblázatban foglaltuk össze, a felsorolásnál a skálák eredeti megnevezését és az irodalomban használt rövidítéseit is jelezzük, a továbbiakban az egyes skálákra az eredeti angol nyelvű rövidítést alkalmazva utalunk.) Az *első skálacsoport* az interperszonális hatékonyság, kiegyensúlyozottság, szociális ügyesség és önbizalom mérésére szolgál. A *második skálacsoport* a szociális érettséget, az önszabályozást és a felelősségérzetet vizsgálja. A *harmadik skálacsoport* a teljesítmény motivációs hátterét és az intellektuális hatékonyságot elemzi. A *negyedik skálacsoport* az érdeklődés irányultságát és a személyiség plaszticitásának mutatóit vizsgálja.

A tételek skálába sorolását 13 skála esetén kritériumcsoportok alkalmazásával végezték, 5 skála esetén a racionális skálaszerkesztési technikát alkalmazták. Három skálát építettek be a kérdőívbe, amelyekkel a szándékos

1. táblázat. A CPI skálái

Alapskálák

Dominancia (Dominance – Do)	A skála felvilágosítást nyújt arról, hogy a személy interperszonális kapcsolataiban törekszik-e domináns szerepre, hova helyezi magát a dominancia–szubmisszió tengelyen. A vezetőképesegről és a szociális kezdeményezőkézségről is fontos információkat kapunk. A magas pontérték azt jelzi, hogy a személy képes közösségek összefogására, szervezésére, együttesek vezetésére.
Státuszkapacitás (Capacity for Status – Cs)	A skála azt próbálja megállapítani, hogy a személy rendelkezik-e azokkal a személyiségadottságokkal, tulajdonságokkal, amelyek alapul szolgálnak ahhoz, hogy szociális közösségekben vezető pozícióra tegyen szert. Magas pontérték esetén a kiemelkedni, fejlődni, előrehaladni akarás motivációs alapjait, illetve igényét diagnosztizálhatjuk.

Szociabilitás (Sociability – Sy)	A skála azokat a személyeket azonosítja, akik könnyen és hatékonyan illeszkednek be közösségekbe, érzékenyek a közösségi normák iránt, fejlett a decentrálásra, az érzelmi kötődésre és a kapcsolatalakításra való készségük. Készek energiájukat a közösség fenntartására és erősítésére fordítani. Képességeiket jobban érvényesítik társas térben, a társas kapcsolatok alakításában átlagon felüli ügyességet árulnak el.
Szociális fellépés (Social Presence – Sp)	A skála célja az interperszonális kapcsolatokban nagy önbizalommal, határozott fellépéssel részt vevő, harmóniára, kiegyensúlyozottságra törekvő, átlagon felüli szociális erőtérrel bíró, szociális interakciókat készségszinten szabályozó személyek azonosítása.
Önellfogadás (Self-acceptance – Sa)	A skála a személyes értékeivel, képességeivel tisztában levő, az önismeret és önértékelés magas szintjén álló, függetlenségre törekvő, kialakított szociális helyzetével és szerepével elégedett személyek azonosítását célozza.
Jó közérzet (Sense of Well-being – Wb)	A skála célja azonosítani azokat a személyeket, akik minimalizálják aggodalmait, panaszait, magas szinten elaborálják pszichés feszültségeiket, viszonylagosan mentesek az önmagukban való kételkedéstől, és elégedettek elért eredményeikkel.
Felelősségtudat (Responsibility – Re)	Ez a skála a lelkiismeretes, munkájukat felelősségteljesen végző, társas kapcsolataikban megbízható, kiegyensúlyozott személyeket azonosítja.
Szocializáltság (Socialization – So)	A skála a felettesén-funkciók működésének hatékonyságát, a szociális érettség és szociális felelősségérzet mértékét állapítja meg.
Önkontroll (Self-control – Sc)	A skála azokat a személyeket azonosítja, akik képesek viselkedésük hatékony szabályozására, indulataik racionális ellenőrzésére, továbbá képesek az alkalmazkodás szempontjából előnyös, társadalmilag értékes megoldásokhoz vezető feszültség szabályozásra, a személyiség színvonalát emelő feszültségreagálásra.
Tolerancia (Tolerance – To)	A skála által azonosított személyek képesek az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus egyeztetésére, a szociális interakciókban keletkező feszültségek tolerálására, elaborálására. Empátiás készségük átlagon felüli, kiegyensúlyozott viszonyt mutatnak az életterükben mozgó autoritatív személyekkel.
Jó benyomás-keltés (Good Impression – Gi)	A skála azokat a személyeket azonosítja, akik képesek kedvező benyomást kelteni magukról, és jelentőséget tulajdonítanak annak, hogyan reagálnak rájuk mások.
Közösségiesség (Communality – Cm)	A skála célja annak meghatározása, hogy milyen mértékben felelnek meg az egyén reakciói és válaszai a kérdőívben felállított átlagelvárásnak. Ez a skála funkcióját tekintve az MMPI „F” skálájával rokon, s egyben a teszt megbízhatóságának a mutatója is.
Teljesítmény konformizmus (Achievement via Conformance – Ac)	A skála olyan, magasan teljesítménymotivált személyek azonosítására tesz kísérletet, akiknél a teljesítményre, eredmény elérésére való irányultságot alapvetően extrinsic motívumok serkentik. Az ún. feladatteljesítő típus magas pontértéket érhet el ezen a skálán.
Teljesítmény függetlenséggel (Achievement via Independence – Ai)	A dominánsan intrinsic motivált személyeket azonosítja a skála, akiknél a problémák megoldásában autonómia érvényesül. Problémaérzékenység, feladatkereső attitűd, kreatív szemlélet jellemzi őket.
Intellektuális hatékonyság (Intellectual Efficiency – Ie)	A skála célja azonosítani az intellektuálisan hatékony, a szellemi tevékenység iránt élénken érdeklődő, a mentális erőfeszítést magasra értékelő személyeket.

1. táblázat folytatása

Alapskálák

Pszichológiai érzék (Psychological-mindedness – Py)	A skálával azokat a személyeket azonosíthatjuk, akik érzékenyen reagálnak mások élményeire, motívumaira, szükségleteire, akik könnyen ráhangolódnak társaik pszichikus állapotára, és átlagon felüli empátiás készséget mutatnak.
Flexibilitás (Flexibility – Fx)	A skálával megállapíthatjuk az alkalmazkodási képesség fejlettségét, a kognitív tevékenység rugalmasságát, a szociális viselkedés flexibilitását.
Nőiesség (Femininity – Fe)	A skála célja regisztrálni az érdeklődés feminin vagy maskulin jellegét. Magas pontértékek mindkét nem esetében inkább nőies érdeklődést, a nőkre jellemző viselkedésformák preferálását jelzik. Az alacsony értékekből erőteljes viselkedésre és a férfias viselkedési formák előnyben részesítésére következtethetünk.

torzítást, hamisítást vagy a figyelmetlenségből fakadó következtelenséget tetten érhetjük, és felismerhetjük a tételek szándékos vagy véletlen összekeveréséből származó eredményeket. A három skála, amellyel ellenőrizhetjük, hogy korrekt eredményeket kaptunk, a *Jó benyomás* (Gi), a *Jó közérzet* (Wb) és a *Közösségiesség* (Cm). A Gi-skála szerepe az, hogy segítsen felismerni a disszimulációs törekvéseket, vagyis azonosítani azokat a személyeket, akik önmagukat szándékosan kedvező fényben próbálják feltüntetni. A skála átlagon felüli értékei a minél jobb alkalmazkodás és beilleszkedés szolgálatában álló jó benyomás-keltést jelzik, a nagyon magas pontértékek viszont arra utalnak, hogy a tesztet hamisítják, vagyis a személy szándékosan letagadja a negatív tulajdonságait, kedvezőtlen attitűdjeit, így a többi skála által jelzett személyiségkép is nyilvánvalóan hamis, értelmezhetetlen. A Wb-skála célja, hogy felismerjük azokat a személyeket, akik indokolatlanul eltúlozzák problémáikat, szándékosan negatív, kedvezőtlen képet festenek magukról. A pszichiátriai szempontból problémás személyek a Wb-skálán átlag alatti pontértékeket adnak, ahogy ez tőlük várható is. Ebben az esetben a kellemetlen közérzet az intrapszichés konfliktus tükrözője, a kivételesen alacsony pontértékeket azonban a szimulánsok, a tesztet szándékosan hamisító személyek adják. A mérsékelten alacsony pontértékek tehát a közérzet függő változóinak tekinthetők, a nagyon alacsony skórok viszont azt jelzik, hogy szándékos hamisítás történt; az erős szimulálás miatt a profil értelmezésétől el kell tekintenünk. Előfordulhat (különösen nagycsoportos, névtelen vizsgálatok esetén), hogy valaki lustaságból, felületesen vagy a tételeket el sem olvasva tölti ki a kérdőívet. Ilyen esetekben a Cm-skála eredménye jelzi, hogy a teszt érvénytelen. A Cm-skála

ugyanis olyan állításokat tartalmaz, amelyekre az emberek 95%-a azonos választ ad, a skórok nagyságából tehát következtetni tudunk arra, hogy a személy milyen gondossággal, milyen becsületességgel kezeli a tesztet. Amikor a pontérték nagyon alacsonyra esik, szándékos vagy véletlen tétel-összekeverés, együtműködés-megtagadás, random kitöltés vagy következtelenség miatt a profil értelmezhetetlen. Ezekről a skálákról (Gi, Wb, Cm) számos érvényességi tanulmány készült, amelyek igazolták, hogy funkciójuknak megfelelően „működnek”. A kérdőív eredeti szándéka szerint elsősorban olyan köznapi tulajdonságok (pl. domináns, megbízható, türelmes, rugalmas stb.) mérésére összpontosít, amelyek a szociális kapcsolatok, az interperszonális viselkedés minden formájában közvetlenül megjelennek. Gough (1957) a „mindennapi fogalmak” mérésére alkalmazható teszt előnyeit hangsúlyozva kiemeli: 1.) Mivel közismert kategóriákat használ, más kultúrkörökben is könnyen adaptálható. 2.) A teszt használhatóságát megkönnyíti a fogalmak érthetősége, nem kell az áttételes jelentéseken meditatálni, a teszteredmény a mindennapi tapasztalattal közvetlenül összevethető. 3.) A harmadik és egyben legnagyobb előnye az „életközpontúsága”, mindegyik skálája a mindennapi személyközi érintkezés egy-egy aspektusát térképezi fel. A 18 skála arra szolgál, hogy átfogó képet adjon a személyek interperszonális viselkedéséről, és feltárja a szociális alkalmazkodás emocionális, teljesítménymotivációs, intellektuális és morális hátterét. Az egyes skálák hagyományos személyiségjellemzőket írnak le, megmutatják, hogy milyen helyzetmegoldási módokat részesít előnyben vagy alkalmaz gyakran a vizsgált személy, illetve a skálán elért eredménye alapján milyen tulajdonságegyüttessel jellemezhető személyek csoportjába sorolható.

Az eredeti változat első revíziójára 1987-ben került sor, amely során a 480 tételt 467-re csökkentették, a kérdőív produkciófelületét 2 új alapskála – Empátia (Empathy, Em) és Függetlenség (Independence, In) – és 3 vektor-skála bevezetésével bővítették. 1996-ban publikálták a nemzetközi gyakorlatban a mai napon is használt 434 tételből álló formáját a CPI-nak, amely a tételredukció mellett további 13 speciális célra kismunkált skálával bővült, mivel a 434 tételre úgy tekinthetünk, mint egy tételbankra, amely újabb és újabb skálák kifejlesztésénél is felhasználható. A 434 tételes változatot egy 3000 fős férfi és egy 3000 fős női minta felhasználásával újra sztenderdizálták, a minta 50%-át felsőfokú végzettséggel rendelkezők, 16,7%-át középfokú végzettségűek, 20%-át szakképzettség nélküli, 13,3%-át pedig börtönviselt személyek alkották (Gough és Bradley, 1996). A már az 1987-es változatban is szereplő 3 vektor-skálát a CPI alapskáláin végzett faktoranalízis alapján képezték. A faktorelemzés célja az volt, hogy feltárják, milyen témák köré csoportosulnak az egyes alapskálák, vagyis alapvetően milyen részterületeket fednek le a személyiség egészéből a CPI tételei. A többféle mintán végzett elemzés 3 tartalmi kört azonosított (orientáció az emberek felé, orientáció a társadalmi értékek felé, orientáció az én irányába), ezek figyelembevételével szerkesztették meg a 3 vektor-skálát. (A V1 skála 24, a V2 skála 36, a V3 skála 58 tételt tartalmaz.)

V1 vektor-skála: az egyén internális vagy externális orientációját méri, azaz hogy mennyire fókuszál a saját érzéseire, gondolataira, értékeire, vagy inkább a külső környezetre, a társas helyzetre, a másokkal való kapcsolatra.

V2 vektor-skála: a személy normakövető (normabarát) vagy normakritikus attitűdjét méri, azaz hogy mennyire igazodik a társadalmi elvárásokhoz, szabályokhoz, hagyományokhoz, vagy inkább kritikusan viszonyul hozzájuk, és a saját útját keresi.

V3 vektor-skála: a személy egointegrációját méri, milyen mértékben rendelkezik stabil énképpel, önbecsüléssel, önkontrollal és önfejlesztési képességgel. A három vektor együtt határozza meg a személy életstílusát és teljesítményét.

A három vektor a tesztszerkesztők szerint négy életstílust, négy személyiségtípust határoz meg, amelyeket alfa, béta, gamma és delta típusoknak neveztek, és mindegyiknek hét lehetséges egointegrációs szintjét azonosították. A vektor-skálák eredményeinek értelmezésénél a skálák interakcióját kell figyelembe venni.

Az extravertált–introvertált pólusokkal jellemzett (V1) és a normakövető–normakritikus pólusokkal jellemzett (V2) dimenziók interakciója négy jól megkülönböztethető életstílust és erősségeket mutató személyiségek csoportját jelöli ki. A V3 vektor-skálája arról informál, hogy a személynek milyen mértékben sikerül kiteljesítenie magát a rá jellemző életstílus és személyiségjegyek terén. A V3 skálán szerzett pontszámok a pszichopatológiai kockázattól a magasszintű egointegráció elérésig jelzik az egyénre jellemző önkiteljesedés szintjét.

Az *alfa személyiségtípusra* az egointegráció és önkiteljesedés magas szintjén jellemző a magabiztosság, az önbizalom és az ambíció, intuitívak, rugalmasak, és nyitottak az új ötletekre. Karizmatikus és produktív vezetők. Azok az alfa, akik az önkiteljesítés alacsony szintjén állnak, ugyanakkor önző, autoritatív megnyilvánulásokra hajlamos, manipulatív személyek.

Az egointegráció magas szintjén álló *béta személyiségtípusra* jellemző a társaságkedvelés és az empátia. A béta emberek általában nagyon barátságosak és könnyen megközelíthetők, általában nagyon jó kommunikációs készségekkel rendelkeznek, és nagyon jól tudnak együttműködni másokkal. Az önkiteljesedés alacsony szintjén álló béták rigid, gátlásos, visszahúzó emberek.

A *gamma személyiségtípusra* jellemző a kreativitás és az innováció. Azok a gamma emberek, akik az önkiteljesedés magas szintjén állnak, általában ambiciózus, céltudatos és versengő személyek. Nagyon motiváltak és kitartóak a kívánt célok elérésében. Általában nagyon jól teljesítenek olyan munkákban, amelyekben innovációra van szükség, jól tudnak alkalmazkodni új helyzetekhez, és jó a problémamegoldó képességük. Az *ego-integráció-mutatóban alulteljesítő gammák* énközpontú, bomlasztó társas magtartást mutató, impulzív, rebellis személyek.

Az önkiteljesedésben sikeres, integrált egóval bíró *delta személyiségtípusra* jellemző a stabilitás és az érzelmeik hatékony kezelése. Gazdag képzelőerővel bíró, művészi hajlamú személyek. Az önkiteljesedésben alacsony fokon álló delták visszahúzó, önmagukat leértékelő emberek, akik a saját fantáziavilágukban élnek.

4.1. Speciális célra kifejlesztett úgynevezett extra skálák a 434 tételes CPI-ban

A CPI-nak számos speciális célra kifejlesztett skálája van, amelyek a teszt négy fő csoportján kívül további információkat nyújtanak a kitöltő személyiségéről. A CPI

434 tételes változatának tesztkönyve a következő extraszkálákat tartalmazza:

Vezetői potenciál skála (34 tétel empirikus módszer alkalmazva dolgozták ki) a vezetői feladatok ellátására alkalmas személyek vizsgálatára. A skála megbízható prediktorként funkcionál a vezetői rátermettség tesztelésére.

Munkaorientáció skála (40 tétel): a munkájukat feyelmezetten és elkötelezetten végzők kiválasztására empirikusan kifejlesztett skála, amely alkalmas arra, hogy kiszűrje a munkamorál hiányát mutató személyeket.

Kreatív Temperamentum skála (42 tétel): a skálát az originális, rugalmas gondolkodással, az új élmények iránti nyitottsággal bíró, innovációs kapacitást mutató személyek azonosítására készítették; érvényességét empirikus vizsgálatok igazolták.

Vezetői Képesség skála (70 tétel): a skálát a sikeresen tevékenykedő, a beosztottak szerint vezetői erényekkel rendelkező személyekből álló kritériumcsoportot alkalmazva fejlesztették ki. A kritériumcsoportba tartozók a leleményességet, a kezdeményezőkétséget és a magabiztosságot vizsgáló tesztekben is magas pontértéket értek el.

Barátságos természet skála (36 tétel): a kritériumcsoport tagjait a társaik által barátságosnak és együttműködőnek nyilvánított személyekből válogatták, akiknél a szociális érzékenység, a társakra irányuló figyelem és együttérzés egyértelműen tapasztalható volt.

Rendészeti munkák iránti orientáció skála (42 tétel): a rendészeti munkák hatékony és eredményes ellátására való alkalmasság megállapítására empirikusan ki-munkált skála.

Keményfejlőség-Lágylelkűség skála (36 tétel): a skála célja a független és tárgyiasan gondolkodó személyek azonosítása.

Szorongás skála (22 tétel): a skála célja a szorongó, aggodalmaskodó és pesszimista személyek azonosítása (a 22 tétel az MMPI-ből lett átvéve).

Narcizmus skála (49 tétel): racionális alapon kifejlesztett skála olyan személyek azonosítására, akikre jellemző az énközpontúság, a mások leértékelésére való hajlam és az aktuális helyzetével kapcsolatos elégedetlenség.

4.2. Az alapskálák faktorszerkezete

A CPI első változatában a skálák csoportba rendezését Gough spekulatív alapon végezte el. A 434 tételes változat kialakítása után ugyanakkor több faktorelemzés

készült a 20 alapskála interkorrelációjára. A faktorelemzések egybehangzóan a skálák 5 faktorba rendeződését mutatták (Gough és Bradley, 2005), ezeket a faktorokat a hozzájuk tartozó skálák tartalma alapján a következőképpen nevezték el. 1. faktor: *Társas hatóerő* (Ascendance): Do, Cs, So, Sp, Sa, Em, In; 2. faktor: *Megbízhatóság* (Dependability): Sc, Gi, Re, So, Wb, To, Ai; 3. faktor: *Eredetiség* (Originality): Ai, Fx, Ie, To, Py; 4. faktor: *Konvencionális* (Conventionality): Cm; 5. faktor: *Szenzitivitás* (Sensitivity): Fe. A faktoranalízis eredményeiből új skálákat nem képeztek. Ezeknek az elemzéseknek az volt a célja, hogy megvizsgálják, milyen tartalmi átfedés van a CPI és a Big Five Kérdőívek mérési tartománya között.

5. A CPI rövidített változata, a CPI 260

Gough és Bradley (2005) a hosszú változattal végzett kutatások eredményeire építve elkészítette a CPI 434 rövidített változatát. A kérdések egy részét tartalmilag úgy módosították, hogy a rövidített változat még alkalmasabb legyen a munka világában, a karrierépítésben, az üzleti életben és szervezetekben való hatékony működést garantáló vonások mérésére. A lerövidítés célja volt továbbá azoknak a tételeknek az átfogalmazása, amelyek a hosszú változatban több skálához is tartoztak. A legfontosabb cél az adminisztrációs idő csökkentése volt. A tételek revízióját egy szakmai tudományos bizottság végezte, amelyben gyakorlati szakemberek a munka világából és szervezeti tanácsadók vettek részt. A CPI 260 a 434-es változathoz hasonlóan 20 alapskálát, 3 vektor-skálát és 6 speciális skálát (ezek olyan változókat mérnek, amelyek már nem tekinthetők *folk concept*eknek) tartalmaz. A CPI-434 és a CPI 260 skálái közötti összefüggést a 2. táblázatban mutatjuk be, amelyből kiolvasható, hogy a rövid változat ekvivalens a hosszúval, amit a skálák közötti magas korrelációs együtthatók mutatnak (a korrelációs együtthatók átlaga 0,94), és a CPI 260 skálái eleget tesznek az alapvető pszichometriai kritériumoknak (a skálák Cronbach-alfa értékei 0,54–0,86 közöttiek).

A két CPI-változat általános ekvivalenciáját bizonyította több faktorelemzés is, amelyek a skálák azonos faktorstruktúrába rendeződését erősítették meg, és a CPI 434, valamint a CPI 260 skáláinak időbeli stabilitása is hasonló mintázatot mutatott. Három skála nevét (Ie, Py, Fe) megváltoztatták, hogy jobban tükrözzék a skála tényleges pszichológiai tartalmát. Az Ie skálát Folyékony

2. táblázat. A CPI 434 és a CPI 260 skáláinak összefüggése

CPI 260 skálái	Tételek száma CPI 434 / CPI 260	CPI 260 Belső konzisztencia	CPI 434 és CPI 260 skálák korrelációja
Dominancia (Dominance – Do)	36/32	.86	.95
Státuszkapacitás (Capacity for Status – Cs)	28/26	.74	.94
Szociabilitás (Sociability – Sy)	32/23	.77	.97
Szociális fellépés (Social Presence – Sp)	38/29	.65	.96
Önelfogadás (Self-acceptance – Sa)	28/23	.68	.96
Függetlenség (Independence – In)	30/23	.75	.94
Empátia (Empathy – Em)	38/25	.60	.93
Felelősségtudat (Responsibility – Re)	36/23	.73	.95
Konformitás (Social Conformity – So) (CPI-434-ben Szocializáltság/Socialization)	46/30	.73	.95
Önkontroll (Self-control – Sc)	38/28	.77	.97
Jó benyomás-keltés (Good Impression – Gi)	40/27	.77	.96
Közösségiesség (Communality – Cm)	38/22	.55	.81
Jó közérzet (Well-being – Wb)	38/20	.76	.93
Társas tolerancia (Tolerance – To)	32/20	.78	.95
Teljesítmény konformizmussal (Achievement via Conformance – Ac)	38/29	.76	.97
Teljesítmény függetlenséggel (Achievement via Independence – Ai)	36/25	.78	.96
Folyékony gondolkodás képessége (Conceptual Fluency – Cf) (CPI-434-ben Intellektuális hatékonyság [Intellektual efficiency – Ie])	42/30	.78	.96
Beleérző képesség (Insightfulness – Is) (a CPI-434-ben Pszichológiai érzék [Psychological mindedness – Py])	28/22	.64	.96
Flexibilitás (Flexibility – Fx)	28/22	.68	.96
Szenzitivitás (Sensitivity – Sn) (a CPI-434-ben Nőiesség [Femininity – Fe])	32/28	.54	.82

2. táblázat folytatása

CPI 260 skálái	Tételek száma CPI 434 / CPI 260	CPI 260 Belső konzisztencia	CPI 434 és CPI 260 skálák korrelációja
Vektor 1 (v.1)	34/20	.80	.93
Vektor 2 (v.2)	36/20	.70	.94
Vektor 3 (v.3)	58/31	.83	.95
Vezetői potenciál (Managerial Potential – Mp)	34/25	.77	.97
Munkaorientáció (Work Orientation – Wo)	40/23	.70	.93
Kreatív temperamentum (Creative Temperament – Ct)	42/29	.71	.91
Vezetői képesség (Leadership – Lp)	70/36	.85	.93
Barátságos természet (Amicability – Ami)	36/28	.75	.96
Rendészeti orientáció (Law Enforcement Orientation – Leo)	42/29	.36	.89

gondolkodási képességre, a Py skálát Beleérző képességre, a Fe skálát Szenzitivitásra keresztelték a CPI-260-ban. Ugyancsak új elnevezést kapott a 3 vektor-skálából származtatott 4 személyiségtípus is. A CPI 434-ben bevezetett alfa, béta, gamma és delta típus elnevezések helyett a CPI 260-ban az alfa *vizualizerre*, a béta *innovatorra*, a delta *supporterre* és a gamma *implementerre* való változtatása azért történt, mert ezek az elnevezések jobban kifejezik az egyes típusok erősségeit: hogyan oldják meg a problémákat, és hogyan viszonyulnak az új helyzetekhez, milyen területeken érzik magukat motiváltként és sikeresnek. A vizualizer arra utal, hogy valaki képes konstruktívan vizualizálni és megtervezni a jövőt. Az innovator azt jelenti, hogy valaki képes újítani és javítani a meglévő dolgokon. A supporter elnevezés azt fejezi ki, hogy valaki képes támogatni és segíteni másokat. Az implementer elnevezés üzenete, hogy valaki képes végrehajtani és megvalósítani az elképzeléseket. A lerövidítés érvényességét igazoló pszichometriai elemzéseket és a CPI 260 sztenzardizálását 6000 főből álló felnőtt minta adatainak felhasználásával végezték el. Az új évezredben a gyakorlati alkalmazás terén a CPI 260 egyre népszerűbb.

6. A CPI hazai adaptálása

A CPI eredeti, 480 tételű magyar nyelvű változatát az ELTE Általános Pszichológiai Tanszékén készítették el az 1970-es évek végén. A kérdőív adaptálását, sztenzardizálását, a skálák megbízhatóságát és érvényességét ellenőrző vizsgálatokat, a magyar profillap kialakítását Oláh Attila végezte, az adaptálási folyamatról és a pszichometriai elemzések eredményeiről az általa írt CPI tesztkönyvben részletesen dokumentált beszámoló olvasható (Oláh, 1985c). (A CPI magyarországi adaptálása és minden vizsgálat a Consulting Press engedélyével történt.) Az adaptáció során 25 tétel a 480-ból átalakításra került; elsősorban azok, amelyek az amerikai társadalmi berendezkedéssel, történelemmel és kulturális hagyományokkal foglalkoztak. A pszichometriai elemzések azt erősítették meg, hogy az adaptált változat skálái megbízhatók (a Cronbach-alfa értékek 0,72–0,87 közöttiek, teszt-reteszt 1 év elteltével 0,77–0,88), minden vonatkozásban megfelelnek a pszichometria által támasztott követelményeknek. A skálák validitását skálacsoportonként közvetlen és közvetett érvényességi vizsgálatokkal tesztelték. Az interperszonális hatékonyságot mérő skálákat (Do, Cs, Sp) felsőszintű vezetők, a szociális érettséget mérő skálákat (So, Re, Sc)

elítéltek mintájában, az eredetiséget és alkotói erényeket vizsgáló skálákat (Ai, Fx, Fe) feltaláló mérnökök mint kritériumcsoportok körében alkalmazva igazolták, hogy a skálák valóban azt mérik, amire tervezték azokat. A közvetett érvényességi vizsgálatok során az Eysenck-féle IQ-tesztben mért értékeket és a Barkóczi (1973) által adaptált, kreativitást mérő tesztekben elért eredményeket korreláltatták az Ie, Fx és Ai skálákon elért pontértékekkel. A 0,43–0,52 közötti korrelációk alátámasztották a vizsgált skálák validitását. A CPI magyar tesztkönyve tartalmazza a sztenderdizált értékek alapján külön férfi és női mintára elkészített profillapot (Oláh, 1985c). A sztenderdizáláshoz a magyar lakosságot kor, nem és iskolai végzettség alapján reprezentáló 1098 férfi és 1080 nő adatait használták. A profillap szerkesztésénél a sztenderdizált értékek kiszámításához a Megargee (1972) által javasolt képletet alkalmazták. A sztenderdizált értékek alapján készített profillap a CPI legértékesebb diagnosztikai felülete, amely alapján átfogó személyiségrajz alkotható, az egyes skálák külön-külön vagy az esetleges skálamintázatok inkább kutatási célra ajánlhatók.

6.1. A CPI 480 magyar változatának faktorszerkezete

A faktorelemzés a skálákat négy faktorba csoportosította. A 480-as CPI skáláinak faktorstruktúrája a faktorsúlyok sorrendje szerint a következő:

- I. faktor (Sc, Gi, Wb, To, Ac, Fe, So, Ie)
- II. faktor (So, Do, Sa, Sc, Sp)
- III. faktor (Fe, Cm)
- IV. faktor (Fx, Ai, Py)

Az I. faktor vezető skálája az Önkontroll, és a többi skála is a stabilitás–labilitás mentén írja le a személyiséget. Ez a faktor feltételezhetően az Eysenck és későbbiek által is kimutatott Stabilitás–Emocionalitás dimenziót azonosítja a magyar populációban. A II. faktor legerősebb skálája a Szociabilitás, és a többi skála is az interperszonális hatékonyság megállapítására alkalmazható; ez a faktor a hazai populációban is az Extroverzió–Introverzió dimenzióval hozható összefüggésbe. A III. faktorba rendeződő két skála a konvenciók betartásával és elutasításával kapcsolatos attitűdöket méri, vagyis a dimenzió a konvencionális mértékére utal.

A IV. faktor vezető skálája a flexibilitás, a másik két skála pedig a függetlenséget, az érzékenységet és az alkotói erényeket diagnosztizálja. A IV. faktor a Függetlenség–Eredetiség dimenzióján helyezi el a személyeket.

Ha összehasonlítjuk a hazai és az amerikai faktorelemzések eredményeit, azt láthatjuk, hogy a Stabilitás–Labilitás és az Extroverzió–Introverzió dimenziók tartós kulturális hatásoktól kevésbé függő változói a személyiségnek, míg a CPI-ban kimutatott egyéb dimenziók a kulturális háttérre reagálnak érzékenyen, ebből fakadóan kultúránként nagyobb eltérést mutatnak.

7. A CPI magyar rövidített változata, a CPI-S

A 480 tételből álló CPI bármennyire is gazdag információval szolgál a személyiségről, az 1–1,5 órás adminisztrációs ideje miatt a vizsgálati személyek kevésbé motiváltak a kitöltésére. A nemzetközi irodalomban publikált CPI 260 megjelenése előtt már egy évtizeddel Magyarországon elkészült a CPI 300 tételű változata, a CPI-S (short form) (Oláh, 1985b). A lerövidítést az adminisztrációs idő csökkentése mellett a redundanciák megszüntetése és a hosszú változat alkalmazása során szerzett tapasztalatok hasznosítása motiválta. A CPI-S elkészítésénél az egyik cél az volt, hogy az egyes skálákból kiszűrjék azokat a tételeket, amelyek item-maradék korrelációja 0,5 alatti tartományba esik, a másik fontosabb célkitűzés az volt, hogy a hosszú és rövid változat skálái közötti korreláció 0,95 fölötti övezetbe kerüljön. További célként szerepelt a CPI-S mérési tartományának gazdagítása új alapskálák kialakításával, illetve új, ún. származtatott (a skálák összevonásából létrejövő) skálák kidolgozásával. A CPI-S 1985-ben publikált tesztkönyve ismerteti a lerövidítés célkitűzéseinek teljesülését bemutató eredményeket, amelyek azt jelzik, hogy a CPI-S a hosszú változattal ekvivalens, de homogénebb skálákat tartalmazó és gazdagabb mérési tartománnyal rendelkező mérési eszköz. Az CPI-S 3 új alapskálával és 18 másodlagos skálával bővült a CPI 480-hoz képest, használatával összesen 39 skálaértékre támaszkodhatunk az átfogó diagnózis kialakításánál. Az új skálák leírását a 3. táblázat tartalmazza.

A másodlagos skálákat, amelyek a vezető kiválasztás és a munkahelyi alkalmasságvizsgálatok esetén, valamint az általános személyiséghatékonyság és -színvonal megítélésénél fontosak, a 4. táblázat tartalmazza.

Mind a 3 új skála, mind a másodlagos skálák validitását tesztelő kutatásokról a CPI-S kézikönyvből tájékozódhatunk, amelyben bemutatásra kerül a CPI-S sztenderdizálási folyamata, a rövid változat férfi és női profillapja, valamint a CPI-S faktorstruktúrája. A CPI 480 és a CPI-S ekvivalenciáját igazolja, hogy mindkét

3. táblázat. A CPI-S 3 új alapskálája

Empátia	A skála célja az érzelmileg nyitott, a másik mélyreható megértésére hajlamot mutató, átlagon felüli interperszonális érzékenységgel és érzelmi rezonanciakészséggel jellemezhető személyek azonosítása, akik az empátiás beleélés fejlettsége révén könnyen hangolódnak rá mások érzelmi állapotára, és ismerik fel indítékaikat és motívumait. A magas pontértéket elérő személyek fejlett empátiás készséggel rendelkeznek, biztonságosan mozognak társas térben.
Énerő	A skála a fizikailag és pszichikailag egyaránt egészséges, kiegyensúlyozott, hatékony ego-funkciókkal jellemezhető személyeket azonosítja, akik képességeikhez és felkészültségükhöz mért reális életcélokat követnek.
Szorongásmentesség	Ez a skála a nem bizonytalan, nem aggodalmaskodó, nem kiegyensúlyozatlan, kudarcot nem anticipáló, inkomplettúra-érzéssel nem küszködő, nem szenzitív személyeket azonosítja, akiknél a szorongásra való hajlam nem tekinthető tartós jellemzőnek.

4. táblázat. A CPI-S másodlagos skálái

Stabilitás / emocionalitás	A magas pontértékek érzelmileg kiegyensúlyozott, erős idegrendszerrel jellemezhető személyre utalnak, aki tartós megterhelések közepette is képes kontrolláltan és hatékonyan viselkedni.
Extroverzió / introverzió	A magas pontértékek dinamikus, társorientált, nyitott és újdonságkereső személyiséget jeleznek, aki biológiailag hajlamos az extrovertált magatartásra.
Altruizmus / pszichotizicizmus	A magas pontértékek a mások önzetlen segítségét az önmegvalósításával harmonikusan összeegyeztetni képes, extra energiákkal bíró személyre utalnak, akinek kritikus helyzetekben is marad energiája arra, hogy ne csak önmagával foglalkozzon.
Szociális hatékonyság	Magas pontérték: Magabiztos, aktív, energikus, beszédes, extrovertált, őszinte, domináns, erőteljes, lelkes, szociábilis, kalandkereső, bátor. Alacsony pontérték: Csendes, tartózkodó, visszahúzódó, introvertált, félénk.
Kellemesség	Magas pontérték: Szimpatikus, kedves, gyengéd, lágyszívű, nagylelkű, segítőkész, bizakodó, kellemes, barátságos, együttműködő, szívélyes, engedékeny, önzetlen, érzékeny. Alacsony pontérték: Akadékoskodó, barátságtalan, zsörtölődő, keményszívű, mogorva, szigorú, kegyetlen, fukar, hálátlan.
Emocionális kontroll	Magas pontérték: Stabil, nyugodt, elégedett, kiegyensúlyozott, szilárd. Alacsony pontérték: Feszült, szorongó, ideges, aggodalmaskodó, kedvetlen, szeszélyes, csüggedt, kiegyensúlyozatlan.
Lelkiismeretesség	Magas pontérték: Alapos, megbízható, pontos, óvatos, lelkiismeretes, megfontolt, fáradhatatlan, céltudatos, tervszerűen élő. Alacsony pontérték: Gondatlan, rendetlen, komolytalan, felelőtlen.
Intellektus, kreativitás	Magas pontérték: Eredeti, képzeletdús, intelligens, kíváncsi, művészi, okos, leleményes, széles látókörű. Alacsony pontérték: Beszűkül, merev gondolkodású, felszínes.

Irányítókészség	Határozottság a döntések meghozatalában, erőteljesség, magabiztos fellépés.
Frustrációs tolerancia	Jó közérzet, önkontroll, tolerancia.
Szociális kompetencia	Könnyű kapcsolatkiépítés, a megfelelő hang megtalálása, szociális problémákra való érzékeny reagálás képessége.
Szabálytudat	Megbízhatóság és következetesség.
Teljesítményigény	Jó munkaattitűd, ambíció.
Megújulóképesség	Rugalmas alkalmazkodás, vállalkozó szellem.
Intellektív intelligencia	Mentális gyorsaság, széles érdeklődési kör, fejlett lényegkiemelő képesség, áttekintő-képesség és elemzőképesség.
Szociális intelligencia	Fejlett társas éntudatosság, szervezeti tudatosság, empátiás képesség, képesség mások fejlesztésére.
Érzelmi intelligencia	Az érzelmi információk adekvát és hatékony felhasználásának képessége, rendíthetlenség az embert próbáló helyzetekben, dinamikus önszabályozásra való képesség, pontos önértékelés (egyaránt tisztában van erényeivel és hiányosságaival), fejlett önbizalom, autentikus magatartás (átlátható személyiség, belső iránytű szerint viselkedik).
Általános személyiség-kapacitás és -színvonal	Minél magasabb az érték, a személy annál fejlődőképesebb, annál egészségesebb mind mentálisan, mind fizikálisan, annál eredményesebb a társas kapcsolatok kezelésében, az önszabályozásban és az intellektuális kihívások megoldásában. A pozitív gondolkodás, a nyitottság, a lelkiismeretesség és a magas fokú éntudatosság mellett a mások iránti felelősségteljesség, a megbízhatóság és az erős teljesítménymotiváció a jellemzője.

kérdőív esetén hazai mintán a skálák azonos faktorstruktúrába rendeződnek.

8. Az ötfaktoros modellre épülő személyiségmérése eljárások

Az ép emberek MMPI-jaként emlegetett CPI-ban a mérésre szerkesztői megfontolások alapján, szubjektívan kiválasztott személyiségjellemzőkhöz a forrásadatokat azok a tulajdonságok képezték, amelyeket a mindennapok embere kulturálisan elterjedten gyakran alkalmaz, amikor másokat vagy önmagát leírja vagy bemutatja. A lexikális megközelítés ezzel szemben a teljes nyelvi szférát választotta forrásadatként, abból a célból, hogy a személyiség leírására legalkalmasabb tulajdonságdimenziókat empirikus úton, objektív matematikai eszköztárt alkalmazva tárja fel. Azok a személyiségkutatók, akik a személyiséget a szókincséből kiindulva tanulmányozzák azt a leíró rendezőkeretet, amely alapján a sze-

mélyiségjellemzők csoportosulnak, Goldberg (1981) nyomán Big Five-ként (Nagy ötök), Costa és McCrae nyomán pedig a személyiség ötfaktoros modelljeként említik (Five Factor Model of Personality, FFM). Az ötfaktoros leíró modell létrehozásának jelentősége a személyiség-lélektanban párhuzamba állítható az intelligenciakutatásban ismert g-faktor felfedezésével. A téma modern kutatói Galtontól (1884) származtatják az ötletet, hogy az egyéni különbségek átfogó taxonómiája a személyiségre vonatkozó szavak, pontosabban e szavak személyek jellemzésére való alkalmazásának elemzésével alkotható meg. A szótárból kiinduló elemzések modern vonulata Allport és Odbert (1936) munkájával vette kezdetét, s e kutatásnak a faktoranalitikus módszer bevezetésével Cattell adott új irányt a negyvenes évek közepétől, aki 35 fogalom párból álló listát állított össze, amelyre úgy tekintett, mint az egyéni különbségek teljes tartományát reprezentáló forrásra. Ez a fogalom-pár-lista képezte azt a nyelvi forrást, amelyre támaszkodva Cattell követői is – önjellemző (self-

rating), társjellemző (peer-rating) vagy szakértői rangsorolások adatokat faktoranalizálva – eljutottak ahhoz az 5 faktorhoz, amelyet ma is Big Five néven emlegetünk. Később ez a nyelvi forrás Costa és McCrae NEO-modelljének is kiindulópontjául szolgált. Cattell 35 tételes tulajdonságlistáját, illetve annak tovább rövidített változatát használta Fiske (1949), Tupes és Christal (1961), valamint Norman (1963) is. A 60-as évektől kezdődően Cattell követői és más Big Five-guruk, akik saját nyelvi adatbázist használtak több évtizedes kutatási folyamatban, igazolták, hogy az 5 dimenziós leíró rendszer a legalkalmasabb a személyiség tanulmányozására és mérésére (a Big Five-kutatás történetének bemutatásáról Nagy János munkáiból tájékozódhatunk: Nagy, 2007; 2017), s az ő nevükhöz köthető annak az öt faktornak a leírása, amelyet azóta számtalan, Cattell listájától független, reprodukálható, többnyelvű tulajdonságlistás elemzés is megerősített (Goldberg, 1981, 1990; McCrae és Costa [1985], továbbá Digman [1990] összefoglalóit idézi Nagy, 2007). Az egyes faktorok elnevezésében megmutatókozó eltérések ellenére elfogadást nyert, hogy a Big Five legyen a személyiség lexikális modellje. Az 5 dimenzió elnevezésére tett számtalan javaslat közül az az öt fogalom vált a legnépszerűbbé, amelynek kezdőbetűiből az OCEAN betűszó rakható ki (Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, Neuroticism), így az öt dimenzió szimbolikusan a szókinccs-óceánra utal. A magyar, személyiségleíró szókinccsen alapuló faktoranalitikus kutatás Szirmák Zsófia és a holland taxonómus, Boele De Raad nevéhez kötődik (Szirmák és De Raad, 1994). Eredményeik szerint az első négy faktor rímel a Big Five első négy faktorára: *Extraverzió* (életteli, ismerkedős, bőbeszédű vs. zárkózott, hallgatag, visszahúzó), *Kellemesség* (emberséges, jószívű vs. öntelt, zsarnok, könyörtelen), *Leckiismeretesség* (megfontolt, precíz, alapos vs. rendszertelen, hanyag, link), *Érzelmi stabilitás* (nyugodt, higgadt, kiegyensúlyozott vs. szorongó, sebezhető, túlérzékeny). A szerzők által *Integritás*nak elnevezett ötödik faktorban (igazmondó, igazságos, szavatartó vs. képmutató, tudálékos, fontoskodó, nagyravágyó, áskálódó, beképzelt, kapzsi, öntelt) azonban egyfajta „magyaros” kulturális egyediség tükröződött. A lexikális Big Five lényegében a 90-es években kezdte éreztetni hatását a személyiséget átfogó mérőeszközök kidolgozására. Felismerve a tulajdonságlistás kutatások robusztus eredményeinek jelentőségét, egyre többen dolgoznak ki olyan személyiségmérő kérdőíveket, amelyek az ötfaktoros személyiségleíró modellre épülnek. Ilyen próbálkozás többek között a NEO-PI-R

(Costa és McCrae, 1991), a Hogan Personality Inventory (Hogan és Hogan, 1995), a BFQ (Caprara és mtsai, 1993), a Five Factors Personality Inventory (FFPI; Hendricks és mtsai, 1993), valamint a Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ; Zuckerman és mtsai, 1993), ezek a kérdőívek mind az ötfaktoros modell operacionalizációi. Ezek közül a módszerek közül (Nagy, 2017 összefoglalója alapján) röviden ismertetjük a NEO-PI kérdőívet (mivel ez adta a kottát a BFQ kidolgozásához), és részletesebben bemutatjuk Caprara és mtsai kérdőívét, a BFQ-t, amely az első olyan, lexikai modell alapján kidolgozott kérdőív, amelynek magyar adaptációját is elkészítették (Rózsa és mtsai, 2006) és forgalmazzák (OS Hungary).

9. A Costa és McCrae-féle NEO-PI-R

Costa és McCrae (1976) a Cattell-féle 16PF kérdőív tételeit elemezte csoportosítási statisztikai eljárással (klaszteranalízissel), és ennek nyomán három skálacsoportot azonosított.

Ez alapján felülvizsgálták az eysencki modellt, és a Neuroticizmus (N) és az Extraverzió (E) mellett harmadikként nem a pszichoticizmust, hanem egy, a szociálpszichológiában széles körben tárgyalt személyiségleíró jegyet javasoltak, amit ők a Tapasztalati nyitottság (Openness to experience, O) címkével láttak el. E három klaszter alapján szerkesztették meg NEO Inventory (McCrae és Costa, 1983) nevű kérdőívüket, amelyben a három főskála mindegyike hat-hat alskála értékeiből adódott össze. Az alskála a következők: I. *Neuroticizmus*: szorongás, ellenségesség, depresszió, én-tudatosság, impulzivitás és sebezhetőség; II. *Extraverzió*: melegség, társaságkedvelés, határozottság, aktivitás, izgalomkérés és pozitív érzelmek; III. *Tapasztalati nyitottság*: amely megjelenhet a fantáziában, esztétikai preferenciákban, érzésekben, cselekvésben, gondolkodásban és érték-választásokban. A nyolcvanas évek közepén tesztjük-höz először két további skálát fűztek előbb alskála nélkül (*NEO-PI*, Costa és McCrae, 1985), majd az előző három faktorhoz hasonlóan mindkettőt hat-hat alskálaival (facet-skálákkal) bővítették. Az új skálák a következők voltak: *Barátságosság-kellemesség* (bizalom, egyenesség, altruizmus, engedékenység, szerénység, lágy-szívűség); *Leckiismeretesség* (hatékonyság, rendszeret, kötelességérzet, teljesítménymotiváció, önfegyelem, megfontoltság). A bővítéssel igyekeztek beépíteni a személyiségmérésben általánosan használt, népszerű személyiség-

konstrukciókat az ötfaktoros modellbe. A kérdőívvel végzett hazai vizsgálatok (Szirmák és Nagy, 2000) azt erősítették meg, hogy a kérdőív alskálái, bár nem egyenlő mértékben, de megfelelően súlyozódnak az öt alapfaktoron.

10. A Caprara-féle Big Five Kérdőív

A mérőeszközt a személyiség vonásstruktúrája – az előzetes taxonómiai vizsgálatok alapján feltárt – 5 fő személyiségdimenziójának mérésére fejlesztették ki a NEO-PI (Costa és McCrae, 1985; Costa és mtsai, 1991) és a Hogan-féle személyiségleltár (Hogan, 1986) skálakonstrukcióját követve Caprara és munkatársai (1993). Az egyes „Big Five”-dimenziókat további 2-2 aldimenzióra, ún. facetekre bontották, feltételezve a személyiség hierarchikus szerveződését. Az 5 dimenzió lehetőséget nyújt a személyiség általános jellemzésére, mely magában foglalja a személy alapvető emocionális, interperszonális és motivációs jellegzetességeit. Az aldimenziók (facetek) a fő dimenzió belüli finomabb osztályozást teszik lehetővé.

Az I. faktor az Energia elnevezést kapta, amely a hagyományos értelemben vett extraverzióknak felel meg. A szerzők úgy vélték, hogy az Energia elnevezés az olasz kontextusban sokkal általánosabb és adekvátabb, mivel az extraverzió szó túlságosan speciális, gyakorta a szociabilitás szinonimájaként használatos (Caprara és mtsai, 1993). Az energia-dimenzió magas pontszámot elérők szeretik a társaságot, igen aktívak, bőbeszédűek, szeretik az izgalmakat, vidám természetűek és energikusak.

A faktor két alskálája a Dinamizmus, mely a közlékenységre és a lelkesedésre utal, a Dominancia pedig az önbizalomra és a magabiztosságra.

A II. faktor a Barátságosság, melyet az irodalomban gyakran Kellemességnek is neveznek (McCrae és Costa, 1985). Csakúgy, mint az extraverzió, ez az elsődlegesen interperszonális dimenzió. A magas pontszámot elérő személyek altruisztikusabbak, több szimpátiát mutatnak másokkal, míg az alacsony pontszámúak egocentrikusabbak, versengők, és kevésbé bíznak másokban. E dimenzió az alábbi két alskálára épül: Együttműködés/Empátia és Udvariasság. Az Együttműködés/Empátia alskála a mások szükségletei iránti érzékenységet takarja, míg az Udvariasság alskála az emberséges, jóindulatú, engedelmes viselkedésmegnyilvánulásokra utal.

A III. faktor az impulzivitáskontrollra utaló Lelkiismeretesség dimenzió, melynek további két alskálája a Pontosság és a Kitartás. A lelkiismeretes személyek megbízhatóak, pontosak, céltudatosak és erős akaratúak. A Pontosság alskála a megbízhatóság, rendszeresség és alaposág személydimenziókra utal. A Kitartás a tevékenységek végigviteléhez való képességet fejezi ki.

A kérdőív IV. faktora az Érzelmi stabilitás, melynek két alskálája az Emocionális kontroll, valamint az Impulzivitáskontroll. Az Emocionális kontroll a szorongás és az érzelmekkel való megküzdés képességére, míg az Impulzivitáskontroll az ingerlékenység, az elégedetlenség és a düh szabályozásának képességére vonatkozik.

A kérdőív V. faktora, a Nyitottság két alskálából áll: Nyitottság a kultúrára, amely a személy tág vagy szűk kulturális érdeklődésére vonatkozik, és a Nyitottság a tapasztalatokra, amely az újdonságra való nyitottságot és az eltérő értékek iránti toleranciát, más emberek, szokások és életstílusok iránti érdeklődést tartalmazza.

A BFQ kérdőív 132 tétele 10 alskálát és egy ún. „Hazugság” (a szociális kívánatosság mérésére fejlesztett) skálát alkot. Minden alskála és a „Hazugság”-skála is 12 tételt tartalmaz, melyből 6 fordított. A válaszadás egy 5 fokú Likert-skálán történik. A kérdőív kitöltőjének így 132 személyiségleíró állításról kell eldöntenie az egyetértés mértékét.

Magyarországon a BFQ standardizált változata több éve használható az OS Hungary tesztfelkészítő cég jóvoltából. A BFQ-t az alkalmazott pszichológia több területén is sikerrel alkalmazták, elsősorban alkalmasságvizsgálatoknál, a munka- és szervezetpszichológiában, valamint a klinikumban, szűrési célokra. A változatos csoportokon (rendőrök, menedzserek, eladók, szabadúszók, szakmunkások) végzett munkalélektani vizsgálatokban bebizonyosodott a lelkiismeretesség dimenzió kiemelt fontossága. A bevérvizsgálatokban a magas skálaértéket produkáló személyek jól boldogultak munkakörnyezetükben. A *betanulási* folyamatokban eredményesebbek voltak a nem konvencionális, *nyitott* egyének. Az *extravertált* eladók és menedzserek sikeresebben látták el feladataikat, mint az *introvertáltak*. *Nevelépszichológiai vizsgálatok* továbbá megerősítették, hogy az iskolai sikeresség szempontjából is fontos szerepet játszik a lelkiismeretesség, az érzelmi stabilitás, a barátságosság és a nyitottság. Az extraverzió és a *barátságosság a társas elfogadottság lehetőségét teremti meg, a lelkiismeretesség az iskolai sikeresség alapfeltétele,*

a nyitottság a tananyag iránti érdeklődést, kíváncsiságot biztosítja.

Rózsa, Kő és Oláh (2006) jelentette meg a BFQ-hoz kapcsolódó első magyar publikációt, melynek egyik célja a mérőeszköz validitásának ellenőrzése volt. A Big Five-modell vizsgálatukban nem bizonyult teljesen reprodukálhatónak, a mérőeszközzel ugyanakkor kedvező adatok születtek. A magyar mintában 744 fő vett részt. A reliabilitásmutatók valamennyi skála esetében elérték az elfogadható értékeket, a konvergencia és diszkriminatív validitást pedig az EPQ-hoz és a ZKPQ-hoz viszonyítva állapították meg (a ZKPQ skálái: aktivitás, agresszió–ellenségesség, impulzív szenzoros élménykeresés, neuroticizmus–szorongás, szociabilitás, infrekvencitás). Az extravertió az EPQ hasonló elnevezésű skálájával, valamint a ZKPQ impulzív-szenzoros élménykereséssel korrelált, a barátságosság negatív irányú összefüggésben állt a ZKPQ ellenségességgel, és pozitív kapcsolatban a ZKPQ szociabilitással. Szintén összefüggött a három mérőeszköz érzelmi stabilitás mutatója (EPQ-ban neuroticizmus, ZKPQ-ban agresszió–ellenségesség és neuroticizmus–szorongás). A lelkiismeretesség – a külföldi szakirodalmi adatokkal is összhangban – az alacsony EPQ pszichoticizmussal és neuroticizmussal, valamint a magas a ZKPQ aktivitáskálájával járt együtt. Az ötfaktoros leíró modell alapján kidolgozott kérdőívek hazai adaptációját Nagy, Rózsa és Szirmák kezdte meg a kilencvenes évek közepén (Nagy és Rózsa, 1996, 1998; Nagy, 2000). A következő Big Five-alapú kérdőívek magyar adaptációja készült el: NEO-PI-R (Costa és McCrae, 1992; Szirmák és Nagy, 1992), Big Five Questionnaire (BFQ, Caprara és mtsai, 1993; Nagy és Rózsa, 1996; Rózsa és Nagy, 1996), a Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ; Zuckerman és mtsai, 1993; Nagy, 2000) és a Five Factor Personality Inventory (FFPI; Hendricks, Hofstee és De Raad, 1996; Hendriks et al., 2003; De Fruyt et al., 2004). Bár a kérdőívek magyar adaptációival kapott első eredményei alapvetően összhangban voltak az eredeti eszközökkel kapott adatokkal, az ötödik faktor tekintetében kulturális különbségekre visszavezethető eltérések mutatkoztak.

11. A személyiség pszichobiológiai modellje

A személyiségkutatások egyik máig is fennálló kihívása a tipikus fenotípus-szerkezetek (pl. a Big Five) mögöttes egyedi genotípus-struktúráinak azonosítása. A meg-

figyelésből és az önbeszámolókból származó leíró adatokból képzett, fenotípusra vonatkozó dimenzionális modellek mögött igyekeznek kimutatni a genotipikus szerkezeteket, amelyek esetében az alapproblémát a fenotípusosan azonos, de genotípusosan különböző, valamint a genotípusosan különböző, de fenotípusosan azonos viselkedések és tulajdonságok ismert ténye okozza. Cloninger kimutatta továbbá azt is, hogy a személyiség fenotipikus szerkezete azért is különbözhet a mögöttes biogenetikai struktúrától, mert a megfigyelt viselkedéses változatosság a genetikai és a környezeti hatások interakciójának a következménye. A személyiség fenotípusában kimutatható lexikai modellben favorizált faktoranalízis csak a leíró (megfigyelt és önbeszámoló) adatokból kinyerhető dimenziók számának minimumát határozza meg, nem képes szétbontani a dimenziók mögött rejlő oki struktúrákat. Statisztikán kívüli információ szükséges a személyiségvonásokban rejlő mögöttes biológiai és társas variabilitás struktúrájának a meghatározásához. Cloninger arra hívja fel a figyelmet, hogy *a leíró adatok az individuális viselkedésről nem elégségesek ahhoz, hogy feltárhatók legyenek a személyiség fenotípus-dimenziói és a mögöttes esetleges oki struktúrák közötti összefüggések, ennek az összefüggérendszernek a tanulmányozására meg kell alkotni a személyiség általános pszichobiológiai modelljét*, amely érinti a személyiség azon területeit is, amelyek jelentősek a személyiségzavarok szempontjából. *Az ilyen modellnek involválni kell az individuális autonómiát, a hagyományos erkölcsi értékeket és a humanisztikus és transzperszonális pszichológiában leírt érettség és önmegvalósítás egyéb aspektusait is. A személyiség általános pszichobiológiai modelljének a felépítésénél a személyiség oki struktúráját tanulmányozó kutatási eredmények, a neurobiológiai, az ikerkutatások, családkutatások, longitudinális fejlődéslélektani vizsgálódások, a humán és szubhumán tanulás neurofarmakológiai tanulmányozásából a viselkedéselettan, valamint az egyének és ikerpárok személyiségének pszichometriai vizsgálataiból származó információk szintézisére kell törekedni. Véleménye szerint egy átfogó személyiségelméletnek összhangban kell állnia a biológiai pszichológia kurrens eredményeivel, és megfelelően kell kezelnie a személyiség–viselkedés problémát.*

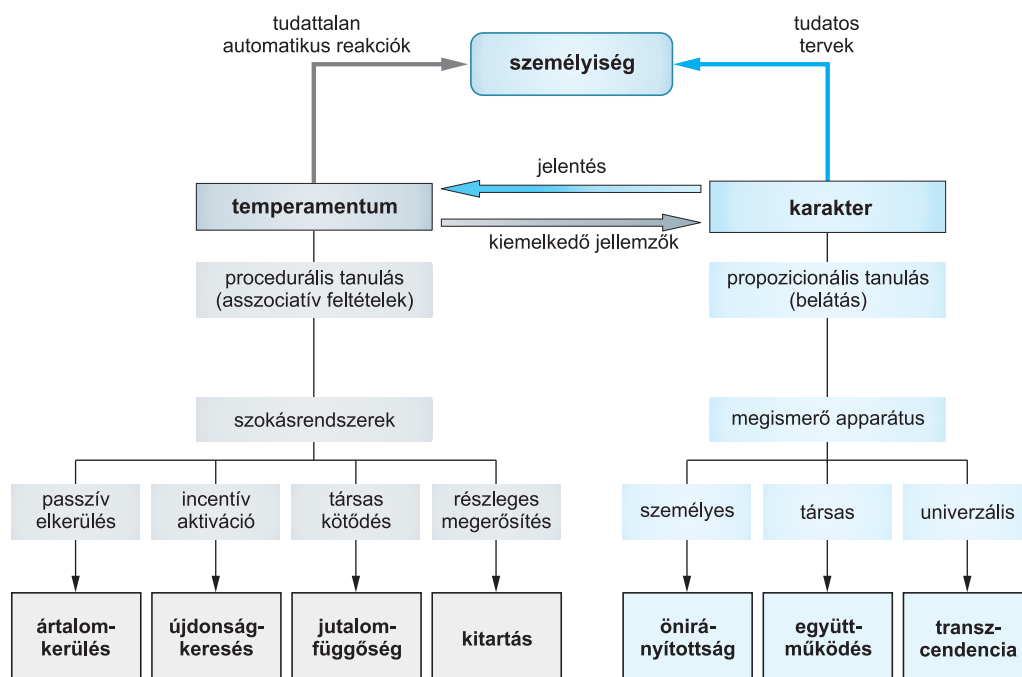
A pszichobiológiai személyiségmodell kiinduló állítása szerint *a személyiség komplex, hierarchikus rendszer, amely természetes módon különálló pszichobiológiai temperamentum és karakter dimenziókra bontható. A személyiséget az információk befogadásában, tárolá-*

sában és feldolgozásában található különbségek mentén érdemes tanulmányozni. Cloninger szerint a temperamentum az érzelmi hatásokat kiváltó ingerekre adott válaszokban megnyilvánuló különbségek összessége, amelyek mérsékelten öröklöttek és stabilak az egész életen át, függetlenül a kultúrától és a szociális tanulástól. A temperamentum alakítója a szokásoknak, meghatározója a hangulat változásának. A karakter egyéni különbséget határoz meg a szelf-tárgy kapcsolatokban, amely a családi és szociális környezettel folytatott interakcióban az élettapasztalatok függvényében formálódik. A temperamentum konstruktuma alapvetően a genetikusan kódolt, születéskor meghatározott genetikusan predispozíciókat foglalja magába, míg a karakter az, amit az egyén önmagából megvalósít. A temperamentum befolyásolja az adott egyén alapvető emocionális mintázatát, szokásait és hangulatát, míg a karakter a szándékos viselkedést, az attitűdöket és a célokat foglalja magába (Cloninger, 1987; Cloninger és mtsai, 1993; Cloninger és Svrakic, 1997).

Cloninger szerint a temperamentum és a karakter két elkülönült agyi struktúra működésével köthető össze. A temperamentumot főleg a limbikus rendszernek és a striatumnak (amely az észlelésalapú mechanizmusok és készségek kialakításában bír kiemelt fontossággal) a procedurális tanulásban és memóriában játszott szerepe határozza meg. A karakterért ezzel szemben a hippocampális formáció és a halántéklebeny működé-

sén alapuló propozicionális memória és tanulás felelős, melyek révén kialakulnak önmagunkról és a szociális környezetünkről alkotott fogalmaink. A két rendszer elkülönülését az agysérüléseknél megfigyelték igazolják. Cloninger kritikusan jegyzi meg, hogy a korábbi személyiségmodellek nem tették különbséget a memória különböző aspektusai között, mert a viselkedés faktoranalízisen alapultak, és nem a mögöttes biológiai és társas meghatározók figyelembevételén. A pszichometriai és a személyiség neurobiológiai hátterére vonatkozó eredményeket integrálva egy hétdimenziós személyiségmodellt vázolt fel (lásd 1. ábra).

A személyiség pszichobiológiai modellje négy temperamentum-dimenziót (újdonságkeresés, ártalomkerülés, jutalomfüggőség és kitartás) és három karakterjellemzőt (önirányultság, együttműködés és transzcendencia) különböztet meg. A temperamentum-dimenziók bejósolható interakciós mintákat jelentenek a környezeti ingerek specifikus osztályaira adott adaptív válaszok tekintetében. Egymástól biológiai és genetikai szinten független, de interakcióban álló fiziológiai háttérmechanizmusokhoz kapcsolhatók. Az egyének közti temperamentumkülönbségek már korai gyermekkorban jelen vannak, és bizonyos mértékig bejósolják a későbbi, serdülőkori és felnőttkori viselkedést is. A temperamentumhoz tartoznak az információ befogadásának, tárolásának és feldolgozásának egyéni, automatikus, öröklött különbségei. Négy dimenziója megjeleníti a percep-



1. ábra. A személyiség általános pszichobiológiai modellje Cloninger elmélete szerint (Rózsa és mtsai, 2005)

tuális ingerekre adott automatikus, fogalmi rendszer előtti (prekonceptuális) válaszokat, jelzi a perceptuális (nem tudatos) memóriarendszer információfeldolgozásának öröklött mintáit, tükrözi az egyéni különbségeket az asszociatív tanulás területén az újdonságra, veszélyre, büntetésre és jutalomra adott reakcióknál. Cloninger személyiségelméletében és a hozzá tartozó mérőeszközében egyaránt meghatározta a temperamentum-faktorokhoz rendelhető fontosabb személyiségjegyeket, illetve próbálta megragadni alszállait is.

Az *újdonságkeresés* a viselkedés aktivációjának, kezdeményezésének öröklött mintáját jelenti. Az újdonságkereső ember bármikor szívesen vállalkozik környezetének felderítésére. Új ingerrel találkozva vagy a büntetéstől való megmenekülés esetén örömezés, derű jellemzi. Döntéseit ösztöneire, impulzusaira hagyatkozva, gyorsan hozza meg. Irtózik a monotonitástól, és kerüli a büntetést. Biológiai háttérként Cloninger a dopaminerg rendszert jelöli meg. A közepagyi dopaminerg sejtek több forrásból kapnak inputot, majd nigrostriális, mezolimbikus és mezofrontális projekciók útján impulzusokat küldenek az előagyba. Ha a helyzet nemcsak új, de veszélyes is (pl. elkerülő válasza van szükség), bevonódik az amygdala, együttműködésben az agykéreggel és a hipotalamusszal. A viselkedéses arousal a fiziológiai arousal mintáival is összhangban alakul (pl. szaporábbá váló szívverés, csökkent érzékelőküszöb).

Az újdonságkeresés öröklődését Cloninger és mtsai (1993, idézi Rózsa és mtsai, 2005) a kutatások nyomán a DRD4 hosszú alléljének öröklődésével magyarázzák, s megjegyzik: bár nyilvánvalóan egyéb géneknek is van szerepük, az új helyzetekhez való viszony még a külön nevelt ikerpároknál is jelentősen hasonló lehet.

Az *ártalomkerülés* a viselkedés gátlásának, megszüntetésének öröklött mintáját jelenti, amely megnyilvánulhat a passzív elkerülő magatartásban, a bizonytalanságtól és az idegenektől való félelemben vagy a gyors kifáradásban. Az ártalomkerülő személy averzív ingerekre meglehetősen intenzíven reagál; viselkedését gyakran gátolja annak érdekében, hogy megmeneküljön az általa képzelte vagy reálisan fenyegető frusztrációtól; eközben pedig az új helyzetekből is sokszor kimarad. Az ártalomkerülés szinte analóg a Gray-féle viselkedéses gátlórendszer funkcióival. A háttérben álló agyi rendszer fő elemei a septum és a hippocampus. A befutó pályák a raphe-magvakból, valamint a ventrális tegmentális területéről és a Meynert-magból érkeznek, és innen haladnak tovább a prefrontális kéreg felé a limbikus rendszer érintésével. A septohippocampális rend-

szer összehasonlítóként (komparátorként) funkcionál, tehát a bejósolt eseményt a bekövetkezetthez viszonyítja, és nem várt körülmény esetén megszakítja a viselkedést. Az idegrendszerben mindez úgy valósul meg, hogy kondicionált elkerülő válasznál, valamint a büntetés és a jutalom elmaradása esetén a felszálló szerotonerg projekciók a dorsalis raphe-magvakból a substantia nigrához érkeve gátolják a nigrostriális dopaminerg neuronokat. Az explorációs aktivitást frontostriális projekciók is csökkentik a nucleus caudatusban. Az ártalomkerülési rendszer fő transzmittere Cloninger szerint a szerotonin, egy olyan agyingerület-átvivő anyag, mellyel kapcsolatban köztudott, hogy depresszió, szorongás és egyéb hangulatzavarok esetén alacsony vér-szintet mutat. A depressziós és szorongásos megbetegedések esetében alkalmazott szerotoninpótlás is azon megfigyelés nyomán kezdődött, mely szerint a szerotonin befolyásolja a hangulati állapotot. A szerotoninháztartás pontos mechanizmusait mindmáig nem ismerjük (ez az anyag az agyban változatos helyeken fejti ki hatását). Mind embereknél, mind pedig majmoknál megfigyelték, hogy a depresszív, visszahúzó, szorongó (sőt, a kötekedő, ellenséges) viselkedés is sokszor társul alacsony szerotoninszinttel, ami nemcsak kémiai hatásra, de az élethelyzet változásával is rendeződhet (akár kémiai mechanizmusok tekintetében is). Feltehető, hogy a szerotoninszint alakulásában is szerepet játszhat az öröklődés, de mivel a hangulati zavarok előfordulása az átlagnépességben is igen nagy, szinte biztosan nem magyarázható genetikai hibával.

A *jutalomfüggés* a viselkedés fenntartásának, folytatásának öröklött mintáját jelenti, amely megnyilvánulhat az érzékenységben, a szociális kötődésben, a mások elismerésétől való függésben. A jutalomfüggő ember együttérző, nagyon érzékeny a szociális ingerekre és ezzel együtt a dicséretre is. Még akkor is kitart a számára pozitív ingerekhez való ragaszkodása mellett, ha már hosszabb ideje nem volt bennük része (pl. nem ismerték el), ilyenkor a másodlagos szignálokból, jegekből merít erőt. A jutalomfüggés háttérben álló agyi rendszer befolyásolja a korábban már jutalmazott viselkedésmódnak a kioltással szembeni ellenállását. Legfontosabb folyamatai a noradrenalin transzmitter közvetítésével valósulnak meg. A pályarendszer a hídban, a locus coeruleusban kezdődik, és innen szerteágazik a hipotalamuszba, a limbikus rendszerbe és a híd további struktúráiba, majd a teljes neocortexbe. Haladása során érinti a septumot, az amygdalát, a hippocampust.

A negyedik temperamentum-faktor a *kitartás*. Cloninger kezdetben a jutalomfüggés részeként említette, de később már önálló faktorként kezelte. A kitartás általánosabb érvényű és a személyiség összes dimenziójára, illetve a személyiségfejlődés teljes folyamatára hat. A kitartás-dimenzió alacsony pontszámot elérő személyek gyakran alulteljesítenek, ingadozó hangulatúak; ha frusztráltak, könnyen feladják a küzdelmet. Ez a dimenzió a legkevésbé kidolgozott, s noha a szerző szerint vélhetően rendelkezik biológiai háttérrel, idegrendszeri vonatkozásai még nem tisztázottak.

Cloninger megállapításokat tesz az egyes temperamentum-faktorok fejlődési sorrendjéről és viszonyáról is. Úgy véli, az egyéni élet során először az ártalomkerülés, majd az újdonságkeresés és végül a jutalomfüggés alakul ki. Az egyes temperamentumfaktorok egymástól függetlenek, ritka esetben azonban (pl. az újdonságkeresés és az ártalomkerülés mintázatainál) enyhe, de nem számottevő negatív korrelációról beszélhetünk – ennek feltehetően velejárója az a közismert tény, hogy a büntetés csökkenti az explorációs hajlandóságot. Az ártalomkerülés és a jutalomfüggés szintén enyhe negatív korrelációs viszonyban áll.

A *karakterfaktorok* a szelfkonceptió fejlődésének három lépcsőfokán jelennek meg. Az első lépcsőben a személy mint autonóm individuum jelenik meg, ehhez köthető az *önirányítottság* faktora. A második szinten a személy úgy jelenik meg, mint integrálódott része az emberiségnek vagy a társadalomnak, ehhez kapcsolódik az *együttműködés* faktora. Végül a harmadik szinten a személy integrálódott része minden dolgok egységének, az univerzumnak, ez a *transzcendenciaélmény* dimenziója. Mindhárom karakterfaktor nagyrészt belátásos tanulás révén fejlődik, ezek a dimenziók garantálják a személyiség érettségét.

Az *önirányítottság* arra utal, hogy a személy mennyire képes a kontrollra, a szabályok betartására és a viselkedéses alkalmazkodásra az adott szituációban, és ez a kontroll mennyire van összhangban az egyéni leg választott célokkal és értékekkel.

Az *együttműködési készség* dimenziója a más emberek elfogadásában mutatkozó egyéni különbségeket térképezi fel. A magas pontértéket elérő együttműködő személyek szociálisan toleránsak, empatikusak, segítőkészek, könyörületesek.

A *transzcendenciaélmény* általánosságban azonosulást jelent mindennel, ami az emberi lét számára nélkülözhetetlenek, lényeginek tűnik és része az univerzumnak, az egyesült egésznek. Az „egyesülő tudat-

tosság” állapotában minden egy totalitás része. Ez az állapot leírható úgy is, mint azonosulás, elfogadás vagy spirituális egyesülés a természettel és annak forrásával. Egyesítő tudatállapotban nem létezik individuális én, mert nem lehet értelmezhető különbséget tenni az én és a másik között – a személy egyszerűen azt érzékeli, hogy a kozmosz evolúciójának integráns része.

12. A temperamentumfaktorok összefüggése a személyiségzavarokkal

Cloninger modelljének egyik legfontosabb újítása a korábbi elméletekhez képest az egyes temperamentum-dimenziók személyiségzavarokkal való összefüggéseinek kimutatása. Feltevése szerint az újdonságkeresés, az ártalomkerülés és a jutalomfüggőség mért értékei, illetve azok kombinációi alkalmasak az ismert személyiségzavarok leírására. Cloninger úgy véli, hogy nyolc alapvető temperamentumtípus különíthető el, amelyeket az újdonságkeresés-, az ártalomkerülés- és a jutalomfüggőség-dimenziókon elért magas és alacsony pontszámok konstellációi alapján határozhatunk meg. A temperamentumtípusok szélsőséges megnyilvánulásai összefüggésbe hozhatók a különböző személyiségzavarokkal, vagyis a temperamentumtípusok határozzák meg a személyiségzavarokra való hajlam különböző fajtáit. A hajlam megjelenése azonban a karakterdimenzióktól függ. A karakterdimenziók alapján dönthető el, hogy fennáll-e személyiségzavar, a temperamentum-dimenziók pedig a személyiségzavar típusának meghatározásában az irányadók. Az együttműködés és az önirányítottság minden személyiségzavarban alacsonyabb értéket mutat a normál populációhoz képest. A szelftranszcendencia-pontszámok pedig a többi pszichiátriai zavarban csökkennek, míg a személyiségzavarokban nem. A temperamentumtípusok és a személyiségzavarok közötti összefüggést az 5. táblázatban jelezzük.

A *karakterdimenziók konfigurációi* a temperamentumjellemzőkhöz hasonlóan nyolc karaktertípust határoznak meg. Ezek és jellemzőik a következők:

- Ingerlékeny (dependens) karakter: szubmisszív, bizakodó, másokkal tiszteletteljes, sértésre és kritikára érzékeny, ingerlékeny.
- Melankolikus (lehangolt) karakter: kevés pozitív érzelmet él át, érzéseit többnyire a szenvedés, szegény és gyűlölet jellemzi.

5. táblázat. A temperamentum-dimenzió skálaérték-konstellációk által meghatározott 8 temperamentumtípusa, zárójelben a szélsőséges esetben jelentkező személyiségzavar összefüggései (Rózsa és mtsai 2005)

<p>Szenvedélyes (Hisztrionikus) magas újdonságkeresés, magas jutalomfüggőség, alacsony ártalomkerülés</p>	<p>Lobbanékony (Borderline) magas újdonságkeresés, alacsony jutalomfüggőség, magas ártalomkerülés</p>
<p>Vakmerő (Antiszociális) magas újdonságkeresés, alacsony jutalomfüggőség, alacsony ártalomkerülés</p>	<p>Független (Szkizoid) alacsony újdonságkeresés, alacsony jutalomfüggőség, alacsony ártalomkerülés</p>
<p>Érzékeny (Narcisztikus) magas újdonságkeresés, magas jutalomfüggőség, magas ártalomkerülés</p>	<p>Módszeres (Kényszeres) alacsony újdonságkeresés, alacsony jutalomfüggőség, magas ártalomkerülés</p>
<p>Megbízható (Megfontolt) alacsony újdonságkeresés, magas jutalomfüggőség, alacsony ártalomkerülés</p>	<p>Óvatos (Elkerülő) alacsony újdonságkeresés, magas jutalomfüggőség, magas ártalomkerülés</p>

- Autokratikus karakter: ésszerű, önző, erőszakos, célorientált, versengő, ellenséges, valamint keménykezű irányítás jellemzi.
- Rendezett karakter: konzervatív, konzisztens, figyel a részletekre és törvényekre, büszke logikus gondolkodására, a hatalom és a javak előnybe részesítése jellemzi.
- Ciklotímiás (szeszélyes) karakter: szuggesztibilis, elutasításra érzékeny, bizonytalan, gyakori hangulati ingadozás és a mulékony örömek előnyben részesítése jellemző rá.
- Szkizotipikus (rendezetlen) karakter: dezorientált, ragaszkodik a magányához, viselkedését nem képes realiztikus célokra irányítani, élénk és excentrikus lehet.
- Paranoid (fanatikus) karakter: alacsony együttműködési készség jellemzi, gyanakvó, kitartó, célorientált.
- Kreatív (felvilágosult) karakter: gyakran él át pozitív érzelmeket, érett, leleményes, elmélkedő, szabad szellemű.

A személyiség pszichobiológiai modellje szerint a temperamentum- és karakterkonfigurációk komplex módon kapcsolódnak össze és együtt határozzák meg a teljes személyiséget. A temperamentumkonstellációkból a személyiség predispozícióira, a karakterkonfigurációkból pedig az érettség fokára következtethetünk.

A Cloninger és munkatársai (1993, 1994) által kifejlesztett *Temperamentum* és *Karakter Kérdőív* 240 „igen/nem” válaszlehetőséggel eldönthető állítása a személyiséget hét dimenzió mentén térképezi fel. Az Újdonság-

keresés, az Ártalomkerülés, a Jutalomfüggőség és a Kitartás alkotják a temperamentum-dimenziókat, míg az Önirányítotttság, az Együtműködés és a Transzcendencia-élmény a karakterdimenziókat. A Kitartás kivételével valamennyi dimenziót további alszálak alkotják. A TCI-t 2005-ben Rózsa Sándor és munkatársai adaptálták. A 2005-ben publikált felhasználói kézikönyv részletesen mutatja be a pszichobiológiai modellt, a TCI hazai adaptálásának folyamatát, a kérdőív skáláinak megbízhatóságát és érvényességét igazoló vizsgálatok eredményeit.

A kérdőívvel végzett hazai és nemzetközi pszichometriai eredmények a dimenziók megbízhatóságát és validitását támasztják alá mind a normatív, mind klinikai minták esetében (Rózsa és mtsai, 2005). A bioszociális személyiségmodell mérésére kifejlesztett kérdőív érvényességére és más mérőeszközökkel való kapcsolatára irányuló kutatási eredmények szerint az újdonságkeresés szoros együttjárást mutat a Zuckerman-féle szenzoros élménykereséssel, az Eysenck-féle Személyiség-kérdőív, illetve a McCrae és Costa-féle NEO-PI-R kérdőív Extraverzió-dimenziójával, valamint a Tellegen-féle Többdimenziós Személyiség-kérdőív Impulzivitás-skálájával. Az ártalomkerüléssel a fent említett kérdőívek neuroticizmusra, illetve negatív affektivitásra vonatkozó skálái mutattak magas korrelációt. A Jutalomfüggőség az Extraverzióval (különösen a szociabilitás aspektusával) pozitív, a Pszichoticizmus-dimenzióval pedig negatív korrelációt mutatott (Rózsa és mtsai, 2005).

A Cloninger-féle személyiségfaktorok ismerete a klinikai gyakorlatban támpontot adhat a terápia tervezésé-

hez is. Ebből a szempontból kulcsfontosságú a személyiség érettségének ismerete. Az éretlen személyiségeknél a három karakterdimenzió összesített értéke általában alacsony. A legsúlyosabb esetekben (az 1. szinten, ahol infantilis, robbanékony magatartás figyelhető meg, a támogató terápia és a farmakoterápia, a 2. szinten, ahol az impulzuskontroll a cél, a kognitív és viselkedésterápia, a 3. szinten, ahol többek közt a problémamegoldás fejlesztése a cél), a humanisztikus, dinamikus és interperszonális módszerek hatékonyak. Az érett személyiségeknél viszont egyre fontosabb szerepük van a spirituális módszereknek (transzcendenciaterápia), pl. a meditációs, egzisztenciális terápiának. Az érett személyiség a hosszú távú, egészséges életre rendezkedhet be, érzelmi feltöltődést igényelhet, fontos lehet számára életének a belső célokkal, értékekkel való összehangolása.

Szabó és mtsai (2016) elkészítették a TCI 55 tételes rövidített változatát. A kérdőív validálását három vizsgálat alapján végezték el: egy 2861 fős normatív mintán (Rózsa, 2002), egy 5020 és egy 2000 fős, nem, kor, végzettség és lakóhely szerinti reprezentatív hazai mintán. A rövidített kérdőív megbízhatósága és érvényessége megfelelőnek bizonyult.

13. A pozitív pszichológia személyiségmodellje

Mint azt a lexikális személyiségmodellek ismertetése alkalmával az előző fejezetben jeleztük, az emberek közti különbségek megállapítására legmegfelelőbb tulajdonságok (személyiségjellemzők) azonosítására a nyelvi szféra adta az információs bázist. A személyiségkutatók korán felismerték, hogy a nyelvi szférából az emberek közötti különbségek leírására legalkalmasabb fogalmak kibányászhatók a megfelelő módszerek alkalmazásával. Ebben a fejezetben azt mutatjuk be, hogy azoknak a jegyeknek, humán vonásoknak a megismerésére, amelyek a tapasztalat szerint a legmegfelelőbbek az emberi nagyság megalapozására, a bölcséleti írásokból tájékozódhatunk. Ezek azok a karakterjegyeink, amelyek birtoklása, működtetése egyszerre biztosítja mind az egyén, mind a fajtársak magasba emelését (pozitív pszichológiai fogalommal: virágzását). Az erények különböző formákban nyilvánulhatnak meg, ezeket az utakat nevezzük karaktererőségeknél. A karaktererőségek meghatározása sokféle lehet, de minden definíció központi jelentéstartalma ugyanarra vonatkozik: a karaktererősség erkölcsileg elismert, az egyén számára természetesen jelen lévő, az identitás lényegi részét alkotó

jellemző, amely tükrözi a személyiségünket és identitásunkat, s amelynek önmagunk és mások számára is pozitív hozadéka van, valamint a kollektív jóhoz járul hozzá. Bár többé-kevésbé állandó jellemzőink, fejleszthetők és formálhatók. Az erőségek tudatos alkalmazása pozitív érzelmeket vált ki nemcsak az azt gyakorló személyben, hanem a környezetében is. Az emberi faj fejlődését és fennmaradását az erőségekre való hajlam átörökítése segítette elő. Sokkal több erősségünk van, mint gyengeségünk; ha nem így lenne, nem maradtunk volna életben. Ami még fontosabb, az emberben természetes motiváció él az erőségek fejlesztésére, aktualizálására, működtetésére. Az emberi viselkedés tudományos elemzésére a pozitív pszichológia újraéleszti a (korábban a tudományos elemzésből kizárt) karakter és az erény fogalmát mint központi kategóriát. Bár az erény erkölcsileg pozitív töltésű minősítő fogalom, és ezért felmerülhet, hogy tudományon kívüli kategória, az erény mérésével a pozitív pszichológia nem előírni akar, és nem is kívánja minősíteni azt, akit vizsgál, hanem azt teszteli, hogy milyen következményei vannak az erényesség gyakorlásának. A „Big Five”-modell az optimális személyiségképet az öt alapidimenzió magas értékével kapcsolja össze, a pozitív pszichológia az erényesség mutatójaként bevezetett erőségek mértékével jellemzi az optimálisan működő személyiséget. A pozitív pszichológiának a személyiség-lélektanban megmutatózó hatása több területen tetten érhető. A pozitív pszichológiai kutatások keretében azonosították pl. azokat a protektív személyiségvonásokat, amelyek eredményességet szavatolnak a stresszel szembeni küzdelemben. A pozitív pszichológia keretében újra fényre került a flow-teória, az optimális humán működést magyarázó modell, azonosításra kerültek a lelki egészség fenntartását szavatoló személyiségtényezők. A pozitív pszichológia egyik legjelentősebb teljesítménye azonban az erények és a személyes karaktererőségek taxonómiájának az elkészítése azok rendszerezésére és mérésére. A pozitív pszichológia egy evidence based empirikus kutatásokon alapuló humanisztikus pszichológia, a jóllét tudománya, amelynek központi témái a pozitív érzelmelek, a pozitív személyiségjellemzők és a pozitív intézmények. Az erények mint pozitív személyiségtényezők tanulmányozását már Maslow is szorgalmazta 1954-ben többek között abban az írásában, amelyben először használta a pozitív pszichológia fogalmát. A pozitív pszichológia személyiségpszichológiát érintő célkitűzéseinek egyike, hogy ismerjük meg azokat a pozitív karakterjegyeket (jellemvonásokat), amelyeknek köszönhetően

érdemes élni. Erre az objektív ismeretanyagra épülhet azután minden tudományosan megalapozott személyiségfejlesztő program. A személyiség tudományos elemzésére az új évezredben zászlót bontó pozitív pszichológia újraéleszti a karakter és az erény fogalmát, mint központi kategóriát, megállapítva azt, hogy egészségesen és hatékonyan működik az a személy, aki képes arra, hogy többnyire az erősségeit használva feleljen meg az alkalmazkodási követelményeknek. Meg kell jegyezni, hogy bizonyos erősségek (például remény, optimizmus, leleményesség) már viszonylag régóta a személyiségpszichológiai vizsgálódás tárgyát képezik, a karaktererősségek átfogó tanulmányozása azonban új, a pozitív pszichológia zászlóbontásához kötődő kezdeményezés. Fontos tisztázni, hogy a karaktererősségek nem személyiségvonások. Sokkal inkább olyan belső potenciálok, lényegi jellemzők, melyek használatuk esetén lehetővé teszik, hogy a lehető legjobb életet éljük, hogy mindazt, amit csinálunk, élvezzük, hogy képesek legyünk az önmegvalósításra és önkiteljesedésre.

14. Az erények és erősségek taxonómiája, a VIA program

Az erények azonosítása és a karaktererősségek osztályozási rendszerének kialakítása a VIA (Values In Action, Működő Értékek) nevű kutatási program kereteiben folyt. A program vezetésével egy, a pozitív pszichológiát támogató nonprofit alapítvány Martin Seligmant, a pozitív pszichológia egyik alapítóját bízta meg. A programban folyó elméleti és gyakorlati kutatások célkitűzése a működésével az önmaga és mások növekedéséhez, az emberi faj fejlődésének elősegítéséhez, jóllétének és mentális egészségének a fenntartásához hozzájáruló erényes karakter személyes jellemzőinek rendszerbe foglalt leírása és a rendszerbe foglalt jellemzők mérési eljárásának kidolgozása. A tervek között szerepelt a humán jól működés pozitív mentális egészség karakterjellemezőin alapuló diagnosztikai rendszerének megalkotása, egy pozitív DSM (diagnosztikai klasszifikációs rendszer a pszichiátriai zavarok azonosításához) létrehozása. A célkitűzések meghatározását követően Seligman összeállított egy nemzetközi kutatócsoportot, amelynek konkrét feladata a pozitív karakterjegyek taxonómiájának és mérési eljárásának az elkészítése volt. A közel 50 fős nemzetközi kutatócsoport vezetőjének Christopher Peterson neveztek ki, a munkájukat egy olyan tanácsadó testület segítette, amelyben többek között a pozitív psi-

chológia olyan kiemelkedő képviselői vettek részt, mint Ed Diener, Csíkszentmihályi Mihály, Barbara Fredrickson, Robert Stenberg. A kutatás résztvevői tanulmányozták a jelentősebb vallások és fontosabb filozófiai alapművek erényről szóló írásait. Közel kétszáz „erénykatalógust” tekintettek át (többek között Platón, Szent Ágoston, Konfucius, Buddha, Benjamin Franklin írásait, az Ótestamentumot, a Talmudot és a Koránt). Azt vizsgálták, azonosíthatók-e olyan általánosan elfogadott erények, amelyek minden kultúrában megtalálhatók. Az erénykatalógusok elemzése alapján hat olyan erényt azonosítottak, amelyek valamennyi filozófia, vallás és erényekkel foglalkozó írás szerint – születtek azok bármelyik történelmi korban – a legfontosabb humán erényeknek tekinthetők: 1) Bölcsesség és tudás, (2) Bátorság, (3) Szeretet és emberiség, (4) Igazságosság, (5) Mértékletesség, (6) Spiritualitás és transzcendencia. Az erények azonosítása után szakmai konzultációk alkalmával döntötték el, hogy az egyes erények milyen erősségek útján manifesztálódnak az emberek mindennapi magatartásában, továbbá definiálták az erősségek mint pszichológiai konstruktumnak az általános minden más pozitív vonástól megkülönböztető specifikumait. A karaktererősségek rendszere több mint 50 kutató három évig tartó közös munkájának eredménye. A VIA program eredményeit egy 2004-ben megjelent könyvben publikálták, az erények és erősségek rendszerét operacionalizáló VIA kérdőív 240 tételből áll, a 6 erényt és a 24 erősséget méri ötfokú skálán.

A pozitív pszichológia álláspontja szerint az erények közvetlenül nem tanulmányozhatók, birtoklásuk az erények indikátoraként tekinthető erősségek vizsgálatán keresztül mutatható ki. Minden erény az erősségek egy sajátos konstellációjával írható le. Az erősségek abban különböznek más pozitív vonásoktól (például az adottságtól), hogy bár többé-kevésbé állandóak, nem megváltozhatatlanok, hanem fejleszthetők és formálhatók, továbbá az erősségek működtetésére tudatosan törekedhetünk.

Az erősségek tablójára csak az a 24 erősség került rá, amelyről elmondható, hogy eleget tesz az erősséggel mint pszichológiai konstruktummal szemben támasztott követelményeknek, amelyek a következők:

- (1) az erősség vonásjellegű pszichológiai jellemző, amely sokfajta helyzetben jelenik meg és időbeli stabilitást mutat;
- (2) minden erősségre jellemző, hogy a cselekvés, amelyre készlet, önmagában jutalmazó jellegű;

- (3) az erősségek működtetése során nem kifáradás, hanem egyre nagyobb tettekkészség jelentkezik;
- (4) az erősség az a jellemző, amelyet a szülők univerzálisan kívánnak az újszülötteiknek;
- (5) az erősségek gyakorlása emelkedettséget, pozitív élményállapotot eredményez és másokat is követésre sarkall;
- (6) a kultúrák szerepmoделleken, rituálékon, példabeszédeken és alapvetően a gyermekmeséken keresztül fejlesztik az erősségeket;
- (7) a különböző kultúrák szerepmoделlei és ideáljai igen meggyőző képviselői az egyes erősségeknek (pl. Deák Ferenc a bölcsesség magyar reprezentánsa, Mátyás az igazságosságé);
- (8) az erősségek egyik legfontosabb kritériuma az univerzalitás;
- (9) az erősség hozzájárul az egyén és mások boldogságához;
- (10) az erősségnek van egyértelmű negatív ellentéte;
- (11) az erősségnek vannak konszenzuson alapuló, egységesen elismert mintaképei;
- (12) az erősségeket csodagyereknek is megtestesíthetik: az erősség néhány gyereknél vagy fiatalnál már korán megjelenik;
- (13) az erősség szelektív hiánya is megfigyelhető: néhány embernél egy adott erősség teljes mértékben hiányozhat.

15. Az erények és erősségek rendszerének leírása

- (1) A *Bölcsesség és tudás erénye* különböző formákban nyilvánulhat meg, legalapvetőbb formája a kíváncsiság, legérettebb szintje a tudás és a tapasztalat mindent átfogó szemléletű formálásának képessége.

A *Kíváncsiság* erősségének egyik komponense az érdeklődés a világ iránt: aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az nyitott a különböző élmények átélésére, illetve az új és az előzetes tapasztalatoknak ellentmondó tapasztalatokkal szembeni rugalmasság jellemzi.

A bölcsességre utal a *tanulás szeretete*: aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az igyekszik új ismereteket szerezni, kedveli azokat a helyzeteket, ahol a tanulás lehetséges, ahol a tudást magába szívhatja. A bölcsesség fontos indikátorai az *ítélőképesség*, a *kritikus gondolkodás* és a *nyitottság*: aki ezekkel az erősségekkel jellemezhető, az hajlamos a dolgok alapos átgondolására, minél több oldalról történő megvizsgálására. A kritikus gondolkodás az infor-

mációk objektív és racionális elemzésének képességét jelenti mások és saját jólétünk szempontjából. Aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az nem hoz elhamarkodott ítéletet, döntéseit alaposan megfontolja. A bölcsesség és tudás erényét alkotó erősségek továbbá a *leleményesség/eredetiség* és a *gyakorlati intelligencia* is, amit szokás „hétköznapi bölcsesség”-ként emlegetni: ezek az erősségek a rendhagyó, de eredményes eszközök alkalmazását jelentik akkor, ha el szeretnénk érni valamit. Aki ezekkel az erősségekkel jellemezhető, azt a hagyományos megoldási módok ritkán elégítik ki. Fontos, hogy az eredetiség erőssége nem korlátozódik kizárólag a művészetek vagy a tudomány területére.

A bölcsesség erényének központi erőssége a tudást és a tapasztalatot perspektívába helyező átfogó, *komplex szemlélet kialakításának és birtoklásának képessége*. Aki ezzel az erősséggel jellemezhető, annak a világról alkotott felfogása mind önmaga, mind mások számára különleges értéket jelent. Ezekhez a személyekhez mások tanácsért és látóköriük szélesítése érdekében fordulnak. A bölcs emberek ahhoz értenek leginkább, ami a legfontosabb és ami a legbonyolultabb: az élethez.

- (2) A *Bátorság erénye* olyan cselekvések formájában nyilvánulhat meg, amelyeket nagy nehézség árán kell véghezvinni, az akaratereő széles körű gyakorlását jelenti kívánatos, ám bizonytalan kimenetelű célokkal kapcsolatban.

Vezető erőssége a *hősiesség és merészség*: aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az nem riad vissza a fájdalomtól, fenyegetésektől, nehézségektől. A hősiesség, mint erősség, többet jelent annál, mintsem hogy valaki egyszerűen merész életveszélyes helyzetekben, azt is jeleni, hogy a személy fel mer vállalni és képviselni népszerűtlen, bonyolult és veszélyes intellektuális, illetve érzelmi álláspontokat is. A bátorság erényéhez hozzátartozik a *kitartás/buzgalom/szorgalom*; aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az mindig befejezi azt, amibe belekezd. Ez a személy, ha nehéz feladatokhoz lát hozzá, azokat jókedvűen, zúgolódás nélkül fejezi be. A kitartás erőssége ugyanakkor nem keverendő össze az elérhetetlen célokhoz való kényszeres ragaszkodással.

Az *integritás/hitelesség/becsületesség* szintén a bátorság erényének az indikátorai. Aki ezekkel az erősségekkel jellemezhető, az nem akar másnak látszani,

mint ami valójában. A hitelesség, mint erősség, önmagunk, szándékaink és elköteleződéseink nyílt felvállalását jelenti önmagunk és mások előtt is, szavakban és tettekben egyaránt. A *lelkedés/szenvedély/rajongás* ugyancsak a bátor ember jellemzői. Aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az „tele van energiával”, amivel foglalkozik, abba „testestől-lelkestől” beleveti magát.

- (3) *A Szeretet és emberiség erényéhez* tartozó erősségek a más személyekkel való pozitív interakciókban mutatkoznak meg. Ezek olyan interperszonális erősségek, amelyek a mások iránti gondoskodást és védelmezést foglalják magukba. A *kedvesség és nagylelkűség*: A kedvesség mint erősség lényege a másik ember értékességének elismerése. A kedvesség gyakran olyan viselkedésben nyilvánul meg, amelyben mások érdekei átmenetileg háttérbe szoríthatják saját kívánságainkat és szükségleteinket.

A szeretet és a szeretet elfogadása is az emberiség erényét alkotó erősség: aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az sokra értékeli a közeli és mély kapcsolatokat. Ezekre a személyekre jellemző, hogy akiket ők igazán és őszintén szeretnek, azok viszontszeretik őket, és kölcsönös, mély kapcsolataik vannak. Kimunkált indikátorai az emberiség erényének a *szociális intelligencia, az önismeret és az érzelmi intelligencia*. A szociális és érzelmi intelligencia, mint erősség, önmagunk és mások ismeretét jelenti. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, képes a másik személy hangulatában, temperamentumában, motivációiban és szándékaiban megnyilvánuló egyéni különbségeket felismerni, valamint ezeket figyelembe véve viselkedni.

- (4) *Az Igazságosság erénye* elsősorban társadalmi tevékenységek során nyilvánul meg, túlmutat a kétszemélyes helyzeteken, inkább a nagyobb csoportokkal (családdal, közösséggel, nemzettel vagy az egész világgal) való kapcsolatainkat befolyásolja. Ebbe az erénykategóriába tartozik a *társadalmi elkötelezettség/kötelességtudat/csapatmunka/lojalitás*. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, rendkívül jó csapattag, lojális és elkötelezett, közösségi ember. Nem pusztán teljesíti a „rá osztott” feladatokat, hanem keményen dolgozik a csoport sikeréért. A *méltányosság* és egyenlőség képviselője szintén az igazságosság erényének a meglétére utal. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, nem engedi,

hogy személyes érzései eltorzítsák a másokkal kapcsolatos döntéseit. Mindenki számára biztosít lehetőséget, valamint mások jól-létét ugyanolyan fontosnak tartja, mint a sajátját, még akkor is, ha idegenekről van szó. Összetett erősségként alkotója az igazságosság erényének a *vezetői képesség*. Annak a személynek, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, jó érzéke van különböző tevékenységek megszervezéséhez és lebonyolításához. Úgy képes gondoskodni a feladatok elvégzéséről, hogy közben a csoporttagok között megfelelő kapcsolatot épít ki. A vezetői képesség erősségével jellemezhető személy akkor is igazságosan jár el, ha csoportok közötti kapcsolatról van szó.

- (5) *A Mértékletesség erénye* lényege vágyaink és kívánságaink megfelelő, visszafogott érvényesítése. Nem a vágyak elfojtását jelenti, hanem arra utal, hogy meg kell várnunk azt a pillanatot, amikor vágyaink kielégítése sem magunknak, sem másoknak nem okoz kárt.

Ide tartozik a *Megbocsátás és könyörületesség*. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, megbocsát azoknak, akik ártottak neki, és mindenki számára biztosít még egy lehetőséget. Vezérelve nem a bosszúállás, hanem a könyörületesség. Az *önkontroll* a mértékletesség erényének központi vonása. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, szükség esetén képes visszafogni vágyait, szükségleteit, indulatait. Ez a személy képes uralkodni az érzésein, ha valami rossz történik vele, képes megőrizni jókedvét még nehéz helyzetekben is, és képes egyedül is kezelni negatív érzéseit. A mértékletesség megnyilvánulásának tekinthető az *óvatosság/megfontoltság/körütekintés*. Az a személy, aki ezzel az erősséggel él, elővigyázatos, vagyis nem mond vagy tesz olyat, amit később megbánhatna. Az ilyen személy csak akkor kezd bele valamibe, ha egészen biztos a dolgában. Ők általában hosszú távra terveznek, és távlati sikereik érdekében képesek rövid távú céljaikat háttérbe szorítani. Az *alázatosság és szerénység* szintén jellemzői a mérsékletességet tanúsító személyeknek. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, nem keresi a feltűnést, szívesebben engedi át az elismerést másoknak. Nem tekinti magát különlegesnek. Az alázat abban nyilvánul meg, hogy a személy nem túlozza el személyes törekvéseit, sikereit és kudarcait.

(6) A *Spiritualitás és transzcendencia erénye* az önmeghaladás képességében, a szépre és kiválóságra való fogékonyságban, a hála gyakorlására való képességben, a játékosságban és a humorban, továbbá a lelkesedés és rajongás kifejezésében mutatkozhat meg.

A *szépre és a kiválóságra fogékony* személy képes mindenben: a természetben, a művészetben, a tudományban vagy a mindennapi életben nagyra becsülni a szépséget, kiválóságot és hozzáértést. A *hála* gyakorlásának képességével mint erősséggel jellemezhető személy tudatában van a vele történő pozitív dolgoknak, és nem tekinti azokat magától értetődőnek. Ez a személy mindig figyelmet fordít arra, hogy kifejezze háláját, ha jó élmények érik. A *remény/optimizmus/előrettekintés* szintén a spiritualitás jellemzői. Az a személy, aki ezen erősségek bármelyikével jellemezhető, bízik abban, hogy jó dolgok fognak történni vele, és ennek megfelelően tervez és cselekszik.

A *spiritualitásnak* mint erősségnek az önmeghaladásra vonatkozó aspektusai (az élet értelmének felfedezése / hit / vallásosság) szintén erős indikátorai a transzcendencia erényének. Az a személy, aki ezekkel a jellemzőkkel bír, tisztában van azzal, hogy hol a helye a világban. Rendelkezik olyan vallásos vagy világi meggyőződéssel alapuló filozófiával, amely segít meghatározni a világban betöltött helyét, és mélyen meg van győződve arról, hogy a világegyetemnek van magasabb rendű célja és jelentése. A *játékosság és humor* szintén több elemében az önmeghaladás képességének a meglétére utaló erősségek. Az a személy, aki ezekkel az erősségekkel jellemezhető, szeret nevetni és másokat is megnevettetni, képes az életnek mindig a napos oldalát látni, markáns pozitív orientáció jellemzi.

16. Az erények és személyes erősségek mérése

Peterson és Seligman (2004) számos eszközt fejlesztett ki a karaktererősségek mérésére. A legismertebb és a leginkább alkalmazott a kutatásokban és a gyakorlatban is a Karaktererősségek Működő Értékek Kérdőíve (*Values in Action Inventory of Strengths; VIA-IS*). A VIA-IS egy 240 tételű önkitöltős kérdőív (10 tétel erősségenként). A VIA Intézet oldalán (<https://www.viacharacter.org/>), ahol ez a kérdőív ingyenesen elérhető és magyar nyelven is kitölthető, a közölt információk szerint több mint 12 millióan kitöltötték már. Peterson és Seligman meg-

vizsgálta a VIA-IS belső struktúráját, és a feltáró faktoranalízis eredményeként 5 faktorhoz jutottak: (1) a mértékletesség erősségei (méltányosság, szerénység, megbocsátás, körültekintés); (2) intellektuális erősségek (pl. kreativitás, kíváncsiság, a tanulás szeretete, a szépség megbecsülése); (3) interperszonális erősségek (pl. kedvesség, szeretet, vezetés, csapatmunka); (4) érzelmi erősségek (pl. bátorság, remény, önszabályozás, lelkesedés); és (5) vallási erősségek (pl. hála, vallásosság). Az erősségek feltárására, vizsgálatára szolgáló további eszközök közül említhetjük még a Működő Értékek Strukturált Interjút (*Values in Action Structured Interview; VIA-SI*), a Helyzetfüggő Működő Értékek Kérdőívet (*Values in Action Rising to the Occasion Inventory; VIA-RTO*) és a Működő Értékek Erősség Kérdőív Fialatok Számára kérdőívet, amely kifejezetten (18 év alatti) fiataloknak kidolgozott változat (*Values in Action Inventory for Youth; VIA-Youth*). Park és Peterson (2006) létrehozott egy olyan tartalomelemző rendszert is, amely a karaktererősségek strukturálatlan, verbális anyagokból történő kódolására alkalmas. A VIA-SI azt méri fel, hogy egy adott személy rendelkezik-e valamely specifikus erősséggel vagy sem. A VIA-RTO ugyanakkor kifejezetten olyan erősségek értékelésére készült, amelyek valószínűleg a helyzet függvényében jelennek meg, mint például a bátorság megnyilvánulása kihívást jelentő helyzetben. Arról kérdezik az egyéneket, hogy milyen gyakran voltak valamely erősség szempontjából releváns körülmények között, illetve adott helyzetben hogyan reagálnak. Az erősségek meglehetősen stabilak, kontextusfüggő jellemzők, de különböző gyakorlatokkal fejleszthetők. Először is, fontos annak kiemelése, hogy a karaktererősségek stabilak. Niemiec (2009) kutatása szerint 11 635 erősséget mérő kérdőívet kitöltő esetében kevesebb mint 1%-nál változott az erősség-profil 6 hónapon belül újramérve, és 76%-nál 3–5 erősség még ugyanaz maradt a top ötöt tekintve. De a karaktererősségek fejleszthetők is. Érdekes eredmény például, hogy a 2001. szeptember 11-i, World Trade Center elleni terrortámadás után két hónappal, amerikai mintán, nőtték a hála, a remény, a kedvesség, a szeretet, a spiritualitás és a csapatmunka erősségei, de az európai mintán ugyanez nem volt tapasztalható (Peterson és Seligman, 2003). Az erősségek fejlesztésének számtalan módja van, ennek egyik leggyakoribb formája a pozitív pszichológián belül a különböző, célzott intervenciók alkalmazása. Az emberek meg tudják tanulni (gyakorlással), hogy hogyan legyenek kedvesebbek, hálásabbak, méltányosabbak másokkal szemben.

6. táblázat. Az erősségek rendellenességei

Erősség	Hiány	Ellentét	Túlzás
Kreativitás	Konformitás	Másolás	Különccség
Kíváncsiság/érdeklődés	Érdektelenség	Szürkesség	Beteges kíváncsiság / tolakodás
Ítéletalkotás / kritikai gondolkodás	Tompaság	Unalom	Cinizmus
A tanulás szeretete	Önelégültség	Együgyűség	Tudálékosság
Bátorság	Félénkség/ijedősség	Gyávaság	Vakmerőség
Kitartás	Lustaság	Tehetlenség	Megszállottság
Hitelesség/őszinteség	Képmutatás	Csalárdság	Álszentség
Életerő	Lagymatagság	Élettelenység	Hiperaktivitás
Intimitás	Elszigetelődés/ autizmus	Magány / az elköteleződés kerülése	Érzelmi csapodárság
Kedvesség	Egykedvűség	Kegyetlenség / rosszindulat	Negédedesség
Társas intelligencia	Taplóság / nemtörődömség	Önáltatás	„Lelki szemetesláda”
Elköteleződés	Önzés	Nárcizmus	Sovinizmus
Méltányosság	Öntörvényűség	Előítélet	Tárgyilagosság
Vezetés	Engedelmeskedés	Bomlasztás/széthúzás	Zsarnokság
Megbocsátás/irgalom	Irgalmatlanság	Bosszúállás	Ráhagyás
Alázatosság/szerénység	Önhittség	Pökhendiség	Önostorozás
Megfontoltság	Élménykeresés	Felelőtlenység	Begyöpösödöttség
Önkontroll	Élvetegség	Kicsapongás	Gátlásosság
Szépség/ jóság értékelése	Nemtörődömség	Káröröm	Sznobság
Hála	Önösség	Jogosultság	Lekötelezettség
Remény	Pillanatnak élés	Pesszimizmus/ kétségbeesés	Vakhit
Humor	Humortalanság	Zsémbesség	Idétlenség
Spiritualitás	Lelki sivárság	Elidegenedés	Megszállottság

Ennek kulcstényezője a gyakorlás és az erőfeszítés, amely lehetővé teszi az új szokások és viselkedések kialakulását, mely egyben a régi, berögzült szokásoktól való megszabadulást is jelenti (Linley és Harrington, 2006; Niemiec, 2013). A VIA nem a személyek összehasonlítására készült; a cél, hogy a teszt kitöltésével mindenki feltérképezhesse a működő erősségeit. Az öt legmagasabb érték a 24 erősséget diagnosztizáló skálán azt jelzi, hogy ki-ki tudatosan milyen erősségeivel próbál boldogulni a mindennapokban. A teszteredmények üzenete az, hogy életmódunkat próbáljuk úgy alakítani, hogy életünket alapvetően az erősségeink működtetésével irányíthassuk. Az erősségek egyéni szinten tudatossá tehetők – ezt segítik, támogatják a különböző, tudományos alapon kialakított, megbízható kérdőívek, de az erősségek azonosítását erősíthetjük az egyén-fókuszú megfigyelési technikák vagy erősségalapú interjúk segítségével; a tudatosulás segítséget nyújt abban, hogy mely erősségeket érdemes fejleszteni, vagy éppen melyiket kellene kevésbé vagy más módon használni.

Peterson és Seligman (2004) útmutatást ad azzal kapcsolatban, hogyan lehetünk éntudatosak, hogyan ismerhetjük fel „működésben” az erősségeinket.

1. Az erősségeink felvállalását az „ez valóban én vagyok” élmény kíséri.
2. Az erősségek működésbe lépése jóleső izgalommal tölt el.
3. Ha megtapasztaljuk, egyre jobban megy a működtetésük.
4. Újabb és újabb területeken akarjuk működtetni.
5. Minden alkalmat szeretnénk megragadni arra, hogy alkalmazzuk őket.
6. Eltántoríthatatlanul alkalmazzuk őket.
7. Fokozódik a tettekrezségünk az alkalmazásukra.
8. Céljainkat összekapcsoljuk alkalmazásuk lehetőségével.
9. Alkalmazásukat öröm és lelkesedés kíséri.

Az erősségek felismerését segítik azok az elemzések is, amelyek az egyes erősségek ellentétéként, hiányként és az eltúlzásuk jeleként értelmezhető személyiségjellemzőkre világítanak rá. A 6. táblázat a 24 erősség rendelkezési mutatóit mutatja be.

A VIA kérdőív különböző változataival végzett vizsgálatok az életkor, a nem és a demográfiai változók összefüggését elemezték, kimutatva azt, hogy a fiatalok 5 fő erőssége között gyakoribb az optimizmus és a lelkesedés, mint a felnőtt populációban. A felnőtt mintákban a szép-

ség és kiválóság nagyra értékelése, a hitelesség, a vezetői képesség és a kritikus gondolkodás a top erősségek. A nőknél az érzelem hangsúlyú, a férfiaknál a kognitív hangsúlyú erősségek kerülnek az első tízbe. A kutatások másik iránya a pozitív pszichológia azon axiómájának igazolása, hogy az erősségek működtetésével a jólét fenntartását biztosíthatjuk. Ezek a vizsgálatok azt erősítették meg, hogy azok a személyek elégedettek az életükkel, akik munkájuk végzéséhez a legfőbb személyes erősségeikre támaszkodhatnak. A klinikai területről származó vizsgálatok arra világítanak rá, hogy a mentális zavarok hátterében az egyes erősségek kiegyensúlyozatlan jelenléte vagy túlzott erőltetése áll.

17. Az erősségek és erények vizsgálata a magyar lakosság körében

Az eredeti, 240 ítemes VIA kérdőívnek több rövidített (24, 48, 72, 96, 120, 192 ítemes) verzióját is elkészítették az elmúlt évtizedben, amelyekkel kapcsolatban számos vizsgálat megerősítette, hogy megbízható és érvényes mérőeszközök (lásd Furnham és Lester, 2012; Neto, Neto és Furnham, 2014; Peterson, Park és Seligman, 2005). Az ELTE Pozitív Pszichológiai Kutatócsoportjában 2018–21 között egy kutatási program keretében adaptáltuk a Furnham és Lester által elkészített 24 tételű VIA-24 kérdőívet (Oláh, 2021). A VIA-24-H megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult, amely képes mérni az erények és karaktererősségek rendszerét. A rövidített kérdőív skáláihoz (Bölcsesség és tudás, Bátorság, Emberiesség és szeretet, Igazságosság, Mértékletesség, Spiritualitás és transzcendencia) rendre 6, 3, 2, 3, 3, 7 tétel tartozik. A skálák pontértékét a skálába tartozó és 6 pontos Likert-skálát követő tételek átlagaként definiáljuk. A kérdőív rövid, 10-12 perces kitöltési idővel méri a karaktererősségeket. Felhasználható epidemiológiai felmérésekben, longitudinális vizsgálatokban, intervenciók hatásvizsgálatánál. Több vizsgálatban teszteltük a VIA-24-H reliabilitását, faktorstruktúráját és validitását. Emellett megvizsgáltuk, hogy a karaktererősségek és erények milyen kapcsolatban állnak a mentális egészség jellemzőivel és demográfiai mutatókkal. A teljes kérdőívet a 7. táblázat tartalmazza.

A teszt adaptálásával kapcsolatos eredményeket, amelyek alátámasztják a 24 erősség- és 6 erény-skála megbízhatóságát, a kérdőív erősség-skáláinak 6 erény-faktorba rendeződését igazoló megerősítő faktoranalízis értékeit több tanulmányban mutattuk be (Oláh, 2021;

7. táblázat. A VIA-24-H Kérdőív

Az alábbiakban az embereket jellemző különböző erősségeket talál. Kérjük, jelezze egy 6 fokú skálán, hogy az egyes erősségek milyen mértékben jellemzik Önt.

egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
1. Kíváncsiság: érdeklődés számos dolog iránt.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
2. Tanulás szeretete: tudásvágy, olvasás, megértés.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
3. Jó ítéelőképesség: kritikus gondolkodás, racionalitás, nyitottság.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
4. Találékonyág: eredetiség, gyakorlati intelligencia, józan ész.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
5. Szociális intelligencia: érzelmi/személyes intelligencia, érzelmek helyes kezelése/elfogadása.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
6. Bölcsesség: a dolgok egészében szemlélése, saját nézőpont birtoklása.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
7. Bátorság: hősiesség, vakmerőség.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
8. Állhatatosság: kitartás, szorgalom, iparkodás.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6

9. Integritás: őszinteség, hitelesség, szavahihetőség.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

10. Kedvesség: nagylelkűség, empátia, segítőkészség.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

11. Szeretet: képesség arra, hogy szeressen és szeretve legyen, mély tartós érzelmek.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

12. Kötelességtudat: csapatjátékos, hűségesség, mások szolgálatára való képesség.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

13. Méltányosság: erkölcsi érzék, egyenlőség, igazságosság.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

14. Vezetői képesség: mások motiválásának képessége, befogadás, koncentráltóság.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

15. Önkontroll: érzelmek szabályozásának képessége, impulzivitáshiány.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

16. Óvatosság: elővigyázatos, előrelátó, diszkrét.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

17. Alázatosság: szerénység, egyszerűség, alázat.

egyáltalán nem jellemző 1	nem jellemző 2	kicsit jellemző 3	jellemző 4	nagyon jellemző 5	teljes mértékben jellemző 6
---------------------------------	-------------------	----------------------	---------------	----------------------	-----------------------------------

7. táblázat folytatása

egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
18. Szépség értékelése: kiválóságra való törekvés, csodálat érzésének átélése.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
19. Hála: képesség a hálaadásra.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
20. Optimizmus: reményteliség, jövőorientáltság, pozitív életszemlélet.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
21. Spiritualitás: hit, filozófia, céltudatosság, elhivatottság.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
22. Megbocsátás: könnyörületesség, jóindulat, kedvesség.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
23. Játékosság: humor, komikum, gyermekiség.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6
24. Lelkesedés: szenvedély, lendület, elkötelezettség, képesség mások ösztönzésére.					
egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	kicsit jellemző	jellemző	nagyon jellemző	teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	6

Zábó, Oláh és Vargha, 2023a; Zábó és mtsai, 2023b). Ebben a fejezetben ismertetjük a karakter-skálák 10 991 főre számított átlagértékeit, a férfiak és nők karaktererősség-skálákon elért eredményeinek összehasonlítását, és bemutatjuk a jóllét és az egyes karaktererősségek összefüggését leíró eredményeket, amelyek jól

demonstrálják azt, hogy a karaktererősségek a jóllét fenntartásában empirikusan igazolhatóan jelentős tényezők.

Az eredmények szerint a nők a karaktererősségek 71%-a (24-ből 17) esetén statisztikailag szignifikánsan magasabb értéket adtak, mint a férfiak, a többi karakter-

8. táblázat. A magyar férfiak és nők karaktererősség- és erény-skáláinak értékei és a nemek közötti eltérésekre számított F- és p- (szignifikancia-) értékek

Változó	Férfiak (2511)		Nők (8400)		F-érték	p-érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás		
Karaktererősségek						
Kíváncsiság	4,819	1,082	4,888	1,059	3629,1	0,007**
Tanulás szeretete	4,668	1,159	4,995	1,064	9998	0,000***
Jó ítélőképesség	4,806	1,02	4,815	0,994	3616,6	0,702
Találékonyság	4,798	1,057	4,827	1,000	3536,7	0,246
Szociális intelligencia	4,435	1,202	4,897	1,043	9998	0,000***
Bölcsesség	4,714	1,058	4,718	1,014	3573,1	0,864
Bátorság	3,846	1,268	3,846	1,267	3691,5	0,984
Állhatatosság	4,226	1,209	4,613	1,157	3568,1	0,000***
Integritás	4,95	1,054	5,169	0,931	9998	0,000***
Kedvesség	4,805	1,118	5,172	0,956	9998	0,000***
Szeretet	4,712	1,218	5,111	1,038	9998	0,000***
Kötelességtudat	4,71	1,19	5,03	1,064	9998	0,000***
Méltányosság	4,926	1,057	5,187	0,921	9998	0,000***
Vezetői képesség	4,293	1,345	4,279	1,302	3600	0,674
Önkontroll	4,169	1,235	4,189	1,204	3619,2	0,497
Óvatosság	4,44	1,133	4,545	1,108	3630,6	0,000***
Alázatosság	4,182	1,26	4,487	1,181	3513,3	0,000***
Szépség értékelése	4,35	1,278	4,517	1,234	3593	0,000***
Hála	4,486	1,23	4,933	1,108	9998	0,000***
Optimizmus	4,306	1,426	4,591	1,324	3489,4	0,000***
Spiritualitás	4,029	1,499	4,513	1,343	9998	0,000***
Megbocsátás	4,357	1,263	4,638	1,142	3422,4	0,000***
Humor	4,875	1,143	4,822	1,151	3713,2	0,054+
Lelkesedés	4,47	1,228	4,77	1,153	3516,3	0,000***

8. táblázat folytatása

Erények						
Bölcsesség és tudás	4,707	0,847	4,857	0,817	3590,9	0,000***
Bátorság	4,341	0,952	4,543	0,887	3495,9	0,000***
Emberiesség és szeretet	4,759	1,063	5,142	0,91	3297,4	0,000***
Igazságosság	4,643	0,978	4,832	0,888	3432,9	0,000***
Mértékletesség	4,264	0,983	4,407	0,957	3616	0,000***
Spiritualitás és transzcendencia	4,41	0,966	4,684	0,905	3510,4	0,000***

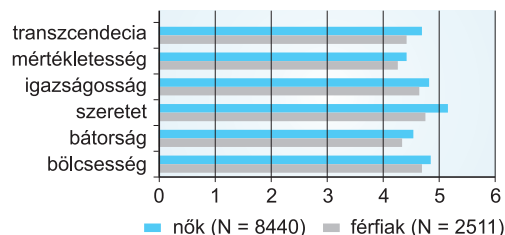
Megjegyzés: ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05, +p < 0,10

erősség esetében nem mutatkozott nemi különbség. A nők gyakori fölénye a karaktererőségekben maga után vonta, hogy a nők mind a hat erény tekintetében szignifikánsan magasabb átlagúak voltak, mint a férfiak.

A magyar nők valamennyi erény-skálán magasabb pontértékeket értek el, mint a férfiak.

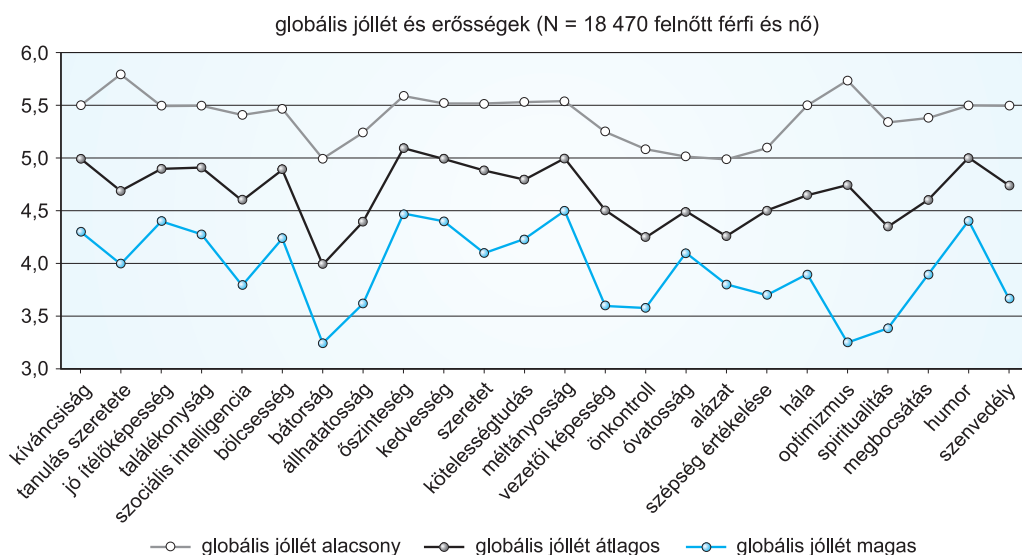
A magyar férfiak top 5 karaktererősége önbevallás alapján az integritás, a méltányosság, a humor, a kíváncsiság és az ítélőképesség. A 24 erősség közül az utolsó öt helyen találjuk a bátorság, spiritualitás, önkontroll, alázatosság, állhatatosság erősségeket.

A magyar nők top 5 erőssége a kedvesség, integritás, szeretet, méltányosság és a tanulás szeretete, a legalacsonyabb értékek a női mintában a bátorság, vezetői



2. ábra. Férfiak és nők összehasonlítása az erények kategóriáiban

képesség, önkontroll, alázatosság és a spiritualitás karaktererőség-skálákon láthatók. A Globális jóllét és az erősségek közötti összefüggést 10 991 felnőtt adatai alapján bemutató ábráról (ahol a függőleges tengelyen az



3. ábra. A globális jóllét és az erősségek összefüggésének ábrázolása 18 470 felnőtt férfi és nő adatai alapján

erősségek pontértéke van feltüntetve) egyértelműen látható, hogy az erősségek a jóllétet fenntartó tényezők. Az optimizmus, az őszinteség és a kötelességtudat jelentősebben alakítja a jóllétünket, a bátorság az alázottság és az óvatosság kevésbé befolyásolja a jóllétünk szintjét. Összefoglalóan azt állíthatjuk, hogy a hazai eredmények is megerősítik a pozitív pszichológia azon axiómáját, hogy a karaktererősségek használatuk esetén azt teszik lehetővé, hogy a lehető legjobb életet éljük.

A VIA-24-H adaptációjának eredményeit Zábó, Oláh és Varga (2023a) tanulmánya részletesen mutatja be.

18. Összegzés

Ebben a tanulmányban négy olyan, a személyiség átfogó tanulmányozására szánt többdimenziós kérdőívet (CPI, BFQ, TCI, VIA-24-H) mutattunk be, amelyek eltérő elméleti háttér alapján, különböző szerkesztési módszerek alkalmazásával és a személyiségkutatás különböző időszakában készültek. Lényeges különbség a négy kérdőív között továbbá, hogy a mért változók kiválasztásához alkotóik különböző forrásokat használtak fel (köznyelvi leíró fogalmak, nyelvi személyiségpszféra, biopszichológiai kutatások eredményei, erénykatalógusok). Ezzel a válogatással, amely a személyiségmérés gazdag világának egy-egy reprezentánsát mutatja be, azt szeretnénk érzékeltetni, hogy egy olyan komplex rendszer megértéséhez, mint a személyiség, többirányú teoretikus és mérési megközelítések útján juthatunk el. A bemutatott kérdőíveknek közös jellemzője ugyanakkor, hogy valamennyinek elkészült a magyar adaptációja, hazai mintákon is igazolták mind a négy mérőeszköznek a megbízhatóságát és érvényességét, és valamennyit széleskörűen alkalmaznak hazai kutatásokban és az alkalmazott pszichológia különböző ágaiban. A CPI és különösen annak rövidített változata a hazai gyakorlatban jól bevált a személykiválasztás, különösen a vezető-kiválasztás és tehetségkiválasztás területén a pályaalkalmasság, az antiszociális viselkedés személyiség háttere és a beilleszkedési zavarok vizsgálatánál. Klinikai minták vizsgálatára tapasztalat szerint kevésbé használható, mivel a CPI profil minden mentális probléma esetén alacsony értéket jelez, a differenciáldiagnózishoz ezért nem ad értékes támpontot. Amióta a Big Five-modell uralkodóvá vált a személyiségpszichológiában, új mérőeszközök érvényességének az igazolásához valamilyen Big Five alapú módszer alkalmazása megkerülhetetlen követelmény lett. A BFQ ezért eszközfejlesztő

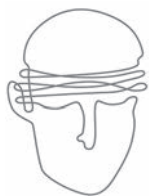
hazai kutatásokban, mint validáló módszer, gyakran kerül alkalmazásra, de az alkalmasságvizsgálatok területén, illetve a klinikai gyakorlatban a neurotikus zavarok, a szorongásosság, a depressziós epizódok és az önszabályozási problémák kimutatásánál is hasznos eszköz. A személyiség-lélektan területén forradalmi változást hozó biopszichológiai megközelítést operacionizáló TCI kérdőív a személyiség mérésének egy komplex módját kínálva 4 temperamentum- és 3 karakterdimenzió mentén térképezi fel az általános személyiségjellemzőket, és empirikus kutatások erősítik meg azt, hogy alkalmas a különböző személyiségzavarok diagnosztizálására. Számos klinikai vizsgálat támasztja alá, hogy a TCI a differenciáldiagnosztikában is jól használható. A VIA-24-H többek között az önismeret fejlesztését szolgáló eljárás, a skála-pontértékek az erősségeink felismerését elősegítve, olyan éntudatos életvezetés kialakítására instruálnak, amelynek gyakorlásával boldog és elégedett életet teremthetünk magunknak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycholexical study. *Psychological Monographs*, 47, (No. 211).
- Barkóczi, I. (1973). *Útmutató a kreativitásteszték hazai alkalmazásához*. OPI, Budapest.
- Block, J. (2010). The five-factor framing of personality and beyond: Some ruminations. *Psychological Inquiry*, 21, 2–25.
- Caprara G. V., Barbaranelli C., Borgogni L., Perugini, M. (1993). The „Big Five Questionnaire”: A new questionnaire to assess the Five Factor Model. *Personality and Individual Differences*, 15: 281–288.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Rózsa, S. (2004). *BFQ Big Five Questionnaire – magyar adaptáció*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38: 476–506.
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. World Books, New York.
- Cattell, R. B. (1990). Advances in Cattellian personality theory. In Pervin, L. A. (ed.): *Handbook of personality. Theory and research*. The Guilford Press, New York. 101–110.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44: 573–588.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50: 975–990.
- Costa, P. T. Jr., McCrae, R. R. (1992). *The NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the Five-Factor Model. In Wiggins, J. S. (ed.): *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives*. Guilford Press. 51–87.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annu. Rev. Psychol.*, 41: 417–40.
- De Fruyt, F., McCrae, R. R., Szirmák, Zs., & Nagy, J. (2004). The Five-Factor Personality Inventory as a measure of the Five-Factor Model: Belgian, American, and Hungarian comparisons with the NEO-PI-R. *Assessment*, 11: 207–215.
- Eysenck, H. J. (1990). The biological basis of personality. In Pervin, L. (eds.): *Handbook of personality: theory and research*. Guilford, New York. 244–277.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(3): 329–344. <https://doi.org/10.1037/h0057198>
- Furnham, A., & Lester, D. (2012). The development of a short measure of character strength. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(2). <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000096>
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative „description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6): 1216–1229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216>
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4: 26–42.
- Gough, H. J. (1957, 1968). *Manual for the California Psychological Inventory*. Consulting Psychological Press, Palo Alto California.
- Gough, H. G. (1987). *The California Psychological Inventory administrator's guide*. Mountain View, CA, CPP, Inc.
- Gough, H., & Bradley, P. (2005). *CPI 260 manual*. Consulting Psychologists Press, Mountain View.
- Hendriks, A. A. J., Hofstee, W. K. B., & De Raad, B. (1999). The Five-Factor Personality Inventory (FFPI). *Personality and Individual Differences*, 27: 307–325.
- Hofstede, G. H. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Sage, Beverly Hills, CA.
- Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory Manual*. National Computer System, Minneapolis, MN.
- Hogan, R., & Hogan, J. (1995). *Personality Inventory Manual*. Hogan Assessment Systems, Tulsa, OK.
- John, O. P. (1990). The big-five factor taxonomy. In Pervin, L. (eds.): *Handbook of personality: theory and research*. Guilford, New York. 66–100.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (eds.): *Handbook of personality: Theory and research*. (3. ed.) The Guilford Press, New York, NY. 114–158.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harpers.
- Linley, P. A. & Harrington, S. (2006). Strengths coaching: A potential-guided approach to coaching psychology. *International Coaching Psychology Review*, 1(1): 37–48
- McCrae, R. R. (2002). NEO-PI® data from 36 cultures: Further intercultural comparisons. In McCrae, R. R., & Allik, J. (eds.): *The Five-Factor model of personality across cultures*. Kluwer Academic – Plenum Publishers, New York.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52: 509–516.
- Megargee, E. I. (1972). *Handbook of the California Psychological Inventory*. Jossey-Bass, London.
- Nagy J. (2000). Működik-e az ötfaktoros személyiségleíró „modell” hazai mintán? Magyar Pszichológiai Társaság XII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Előadás-kivonatok, 130.
- Nagy J. (2007). Vonások, faktorok, dimenziók és személyiség. In Gy. Kiss E., Oláh A. (szerk.): *Vázlatok a személyiségről*. Új Mandátum Kiadó, Budapest. 109–149.
- Nagy J. (2017). Személyiség-vonás elméletek. In Kollár K., & Szabó É. (szerk.): *Pedagógusok kézikönyve*. Osiris Kiadó, Budapest. II. kötet. 16–63.
- Nagy J., & Rózsa S. (1996). Rekonstruálható-e az ún. Big Five modell hazai mintán? Magyar Pszichológiai Társaság XII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Előadás-kivonatok, 27.
- Nagy J., & Rózsa S. (1998). A személyiség öt – vagy inkább csak négy? – alapfaktora hazai mintán. XIII. Országos Pszichológiai Tudományos Nagygyűlése. Előadás-kivonatok, 206.
- Neto, J., Neto, F., & Furnham, A. (2014). Gender and Psychological Correlates of Self-Rated Strengths among Youth. *Social Indicators Research*, 118: 315–327.
- Niemiec, R. M. (2013). VIA character strengths: Research and practice (The first 10 years). In H. H. Knoop, & A.

- Delle Fave (eds.): *Well-being and cultures: Perspectives on positive psychology*. Springer, New York. 11–30.
- Norman, W. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factorstructure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66: 574–583.
- Oláh A. (1985a). *Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban – A California Psychological Inventory (CPI) rövidített változatának ismertetése*. (Módszertani Füzetek, 32.) Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- Oláh A. (1985b). A Kaliforniai Pszichológiai Kérdőív hazai alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok. In *Pszichológiai Tanulmányok XVI*. Szerk. Hunyady Gy. Akadémiai Kiadó, Budapest. 53–101.
- Oláh A. (1985c). *A Kaliforniai Pszichológiai Kérdőív (California Psychological Inventory – CPI) tesztkönyve*. (Munkalélektani Koordináló Tanács Módszertani Szorozata.) MKT, Budapest.
- Oláh A. (2021). A Globális Jól-lét Modell kidolgozása és empirikus validitásának igazolása a személyiség-tényezők figyelembevételével. <https://www.otka-palyazat.hu/download.php?type=zarobeszamolo&projektid=116965>
- Rodriguez-Fornells, A., & Ruisel, V. (2003). The Five-Factor Personality Inventory: Cross-cultural generalizability across 13 countries. *European Journal of Personality*, 17: 347–373.
- Rózsa S., Kállai J., Osváth A., & Bánki M. Cs. (2005). *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle temperamentum és karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Rózsa S., Kő N., & Oláh, A. (2006). Rekonstruálható-e a Big Five a hazai mintán? *Pszichológia*, 26(1): 57–76.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60: 410–421. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Szabó G., Szántó Zs., Susánszky É., & Martos T. (2016). A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív rövidített magyar változatának (TCI55) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 31(4): 348–358.
- Szirmák Zs. (2000). A magyar személyiségleíró melléknevek szociális kívánatossága. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55(1): 45–62.
- Szirmák, Zs., & De Raad, B. (1994a). Taxonomy and structure of Hungarian personality traits. *European Journal of Personality*, 8: 95–107.
- Szirmák Zs., & De Raad, B. (1994b). Személyiség-taxonómia. A magyar nyelv személyiségleíró szókinccse. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34: 39–65.
- Szirmák, Zs., & Nagy, J. (2002). The Hungarian adaptation of the NEO Personality Inventory Revised Form S. On the reliability and validity of the first translation (NEOPIR-H1), and some item corrections for the final version (NEOPIR-H2). Progress report.
- Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings. (USAFASD Technical Report No. 61–97.) U.S. Air Force, Lackland Air Force Base, TX.
- Zábó, V., Oláh, A., Erát, D., & Vargha, A. (2023a). Assessing Your Strengths: Hungarian Validation of the 24-Item Values in Action Inventory of Strengths on a Large Sample. *European Journal of Mental Health*, 18: 1–16.
- Zábó V., Oláh A., & Vargha A. (2023b). A felnőtt magyar lakosság karaktererősségei – A Karaktererősségek Teszt magyar változatának (VIA-H) validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 24(1): 1–23.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: the Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 757–768.



A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) teszt fejlődési folyamata: Az MMPI, az MMPI-2, az MMPI-A, az MMPI-2-RF és az MMPI-3 bemutatása

Girasek Hunor – Reinhardt Melinda¹

A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) és annak újabb verziói (MMPI-2, MMPI-2-RF, MMPI-3), valamint serdülőváltozata (MMPI-A) olyan *önbevallásos kérdőíves módszerek*, melyeket a *személyiség és a pszichopatológiák mérésére* fejlesztettek ki (Segal és Coolidge, 2004). Az MMPI *személyiségleltár* későbbi változatai is őrizték a kezdeti célkitűzést, azonban a gyakorlati és a kutatási tapasztalatok nyomán az eredeti teszt (MMPI) pszichometriai és tartalmi fejlesztése elengedhetetlenül vált. Már az MMPI első változata is számos tekintetben innovatív volt, hiszen mind pszichiátriai betegeken, mind egészséges kontrollcsoportban empirikusan validáltak, másrészt számos, a teszteredmények érvényességét vizsgáló skálát tartalmazott. Az MMPI és változatai a személyiségmérésben az elmúlt 80 év sikertörténetének tekinthetők: az egyik legelterjedtebb és leggyakrabban használt mérőeszköz a klinikai diagnosztikai gyakorlatban. Az MMPI-t több mint 150 (Xie és Cobb, 2020), az MMPI-2-t pedig közel 30 nyelvre² fordították le. S mint ilyen az egyik legaktívabban kutatott módszerré is vált: az elmúlt évtizedekben több tíz ezer, sőt száz ezer empirikus tanulmány támasztotta alá hitelességét, ezzel jelentőségét.

1. Bevezetés, elméleti háttér bemutatása

Az MMPI és továbbfejlesztett variánsai az Amerikai Egyesült Államokban a legszélesebb körben, nemzetközi szinten is az egyik leggyakrabban használt önbevallásos személyiségleltárak közé tartoznak felnőtt célpopulációkban (Butcher, Atlis és Hahn, 2004), hasonlóképpen, mint a California Personality Inventory (CPI; Gough, 1956). Ugyanakkor alapvető különbség a két személyiségmérő eszköz között, hogy az MMPI célja

a mentális betegségekkel kapcsolatos jellemzők mérése, míg a CPI a normál variációk sajátosságaira fókuszál (Graham, 1979). Az MMPI-t és változatait a többértelmű, strukturálatlanabb ingeranyaggal dolgozó projektív technikákhoz képest objektív módszernek minősítik (Butcher, 1972). Természetesen kérdés, hogy a válaszadó saját magáról adott ítéletei, reflexiói mennyiben felelnek meg a szigorúan vett objektivitásnak. Érdemesebb ezért a személyiségmérés multitrait-multimethod megközelítésének (Campbell és Fiske, 1959) keretében gondolkodunk: a különböző típusú információforrások együttesen, integrálva járulhatnak hozzá a személyiség átfogóbb megértéséhez. Ahogyan a projektív technikáknak, úgy az MMPI-nak is az elsődleges célja a vizsgált személyek – a teszteken túlmutató, mindennapi, jellemző – viselkedésének előrejelzése. Másrészt mindkét – szubjektív és objektív – tesztípus adatainak értelmezése „meglehetősen szubjektív művészet” (Matarazzo, 1972: 11.), amely az adott tesztben jártas és szakmájában tapasztalt szakembert igényel. Így van ez az MMPI és változatai esetében is: hatékony alkalmazása klinikai képzettségen, gyakorlaton, valamint a teszttel kapcsolatos pszichológiai kiképzésen alapul (Magyar Pszichológiai Társaság Tesztbizottsága, 2015). Fontos kiemelni, hogy míg az MMPI egy összetett személyiségteszt, az MMPI-2 már szakértői rendszerként funkcionál, azaz kiértékelése kizárólag számítógépes eljárással történik, a számítógépes összetett riport értelmezésére pedig csak olyan pszichológus jogosult, aki arra speciális kiképzést kapott.

Mivel napjainkban nemzetközi szinten az MMPI-2 használata a legelterjedtebb és konszenzusosan a legadekvátabb, írásunkban – az MMPI és variánsai keletkezéstörténetének áttekintését követően – a hangsúlyt ennek az MMPI-változatnak a bemutatására helyezzük.

¹ Köszönetnyilvánítás: Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

² <https://www.upress.umn.edu/test-division/translations-permissions/available-translations>

1.1. Az MMPI kifejlesztése és az MMPI-tesztek fejlődése

A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) tesztet 1943-ban Starke Rosecrans Hathaway és John Charnley McKinley, a Minnesota Egyetem kutatói publikálták. Az MMPI-t kifejezetten azzal a céllal hozták létre, hogy *szűrőeszközként* szolgáljon a *különböző pszichopatológiai jelenségek kimutatására*, bízva abban, hogy egyértelmű pszichiátriai diagnózisokat nyerhetnek az eredmények mentén (Ben-Porath, 2006; Duckworth és Anderson, 2019). Különböző forrásokból (pl. személyiségkérdőívekből, attitűdskálákból, pszichiátriai kézikönyvekből, esetismertetésekből) nagyszámú, pszichopatológiai relevanciával bíró tételt gyűjtöttek össze (Butcher és mtsai, 2001/2009). Ezt követően – az 1930-as években innovatívnak számító – ún. *empirikus* (kritériumalapú) *skálakidolgozás módszerével*³ olyan skálákat hoztak létre, amelyek differenciálni képesek az azonos pszichiátriai kórképben érintett személyek, valamint más pszichiátriai szindrómával küzdők és az egészséges csoport tagjai között (Butcher és Perry, 2008). Utóbbiak jórészt a Minnesota Egyetemhez tartozó kórházak betegpopulációjának egészséges hozzátartozóiból kerültek ki (Butcher, Atlis és Hahn, 2004). A tételek megfogalmazása szintén úttörő volt, ugyanis azokat egyes szám első személyben, kijelentő mondatként fogalmazták meg, nem pedig kérdésként, mely utóbbi az 1940-es évek pszichológiai tesztjeinél még bevett gyakorlat volt (Greene, 2011). Hathaway és McKinley már 1940-ben úgy tekintettek a skálák kialakítására tett kezdeti erőfeszítéseikre, mint egy kiindulópont, amely reményeik szerint egy fejlődő személyiségleltár lesz (Ben-Porath, 2006).

Az MMPI-t nem sokkal a megjelenését követően széles körben használni kezdték – fekvő- és járóbeteg körében, klinikai és munkalélektani környezetben egyaránt (Graham, 1993). Rövid időn belül számos kutatás született a tesztrel, illetve a kiadását követő évtizedek alatt a kutatók számos új skálával bővítették. Az MMPI-kézikönyv második kiadása (Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom, 1975) már majdnem annyi Kiegészítő skálát (455) tartalmazott, mint ahány tétel összesen (566) szerepel a tesztben. Ez a szám a további évtizedekben csak emelkedett, végül a Kiegészítő skálák száma meghaladta az MMPI 566 tételének számát is, azonban a legtöbb Kiegészítő skála használata nem terjedt el a gyakorlatban (Ben-Porath, 2006).

Az 1980-as évekre az MMPI használata eltávolodott Hathaway és McKinley eredeti koncepciójától: a klinikusok már nem törekedtek arra, hogy a pácienseket a teszt segítségével nozológiai kategóriákba sorolják, illetve a teszt alkalmazási területének kiterjesztésével a pszichopatológiai tünetek azonosítása is háttérbe szorult. Mindezek rávilágítottak az MMPI hiányosságaira, és célszerűvé tették a teszt revideálását (Graham, 1993; Ben-Porath, 2006).

Felismerve az imént említett igényeket és hiányosságokat, 1982-ben a University of Minnesota Press – az MMPI jogtulajdonosa – kinevezte azt a bizottságot, amelyet az MMPI újrasztenderdizálásával bízta meg (Ben-Porath, 2006). A bizottság tagjai: James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, John R. Graham és Auke Tellegen volt, munkájukat Beverly Kaemmer koordinálta (Butcher és mtsai, 2001/2009). A bizottságot két, némileg ellentmondásos céllal bízták meg: egyrészt, hogy továbbfejlessék a tesztet, ugyanakkor igyekezzenek fenntartani az MMPI és az MMPI-2 teszt közötti folytonosságot, ezáltal lehetővé téve a korábbi kutatási eredmények kiaknázását (Ben-Porath, 2006). A fejlesztést az MMPI aktuális normákhoz való illesztésével (innen az újrasztenderdizálási bizottság elnevezés), illetve a tételek nyelvi-stilisztikai megújításával kezdték meg. A folytonosságot az eredeti Validitási és Klinikai skálákban történő változtatások minimalizálásával kívánták elérni, ezzel biztosítva a szakemberek számára, hogy továbbra is támaszkodhassanak a skálákkal kapcsolatos több évtizedes kutatási és klinikai tapasztalatokra (Ben-Porath, 2006; Greene, 2011). Az MMPI-2 kifejlesztését a tételkészlet átdolgozásával kezdték. Az MMPI eredeti tételeiből kihagyták a 16 ismétlődő mondatot, majd 82 tételt korábbi kitöltők által megfogalmazott kritikáknak megfelelően átfogalmaztak, figyelembe véve például a szexista megfogalmazásokat és a szóhasználat modernizálását (Butcher és mtsai, 2001/2009). Ezt követően 154 új tételt adtak hozzá, olyan mondatokkal bővítve ki a mérőeszközt, amelyek tartalmukban például a szuicid veszélyeztetettség, a drogabúzusra, az A-típusú viselkedésmintákra, a családi állapotra, a munkához való hozzáállásra vagy a terápiával való együttműködésre vonatkoztak (Graham, 1993; Greene, 2011). Végül a 704 tételel duzzadt tételsort 567 *tételre* redukálták *az MMPI-2-ben* (Butcher és mtsai, 2001/2009). Az MMPI-2 kialakításakor nagy hangsúlyt fektettek a reprezentatív adatgyűjtésre, ugyanis az MMPI első

³ A skálakialakításban tehát nem valamely személyiségmértéletről indultak ki.

változtatást emiatt több kritika is érte. Példaként: az MMPI normatív mintáját (egészséges kontroll) az 1930-as években gyűjtötték szinte kizárólag fehér bőrű, munkásosztálybeli, vidéki minnesotaiak körében, akik átlagosan 8 osztályos iskolai végzettséggel rendelkeztek (Ben-Porath, 2006). Az MMPI-2 normatív mintájához az USA hét tagállamából közel 2900 személytől gyűjtöttek adatot (Butcher és mtsai, 2001/2009). Az adattisztítást (pl. hiányos tesztkitöltés miatt) követően végül 2600 kitöltő (56,2%-uk nő) adatain dolgoztak tovább (Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az újraszterilizálási és modernizálási folyamat végeztével 1989-ben jelent meg az MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen és Kaemmer, 1989), majd 2001-ben az MMPI-2-kézikönyv átdolgozott kiadása (Butcher és mtsai, 2001). A *University of Minnesota Press*, az MMPI első változatának tesztkiadója és tulajdonosa, 1999-ben beszüntette az MMPI forgalmazását, illetve kiemelték, hogy a továbbiakban nem javasolják a használatát. Egyértelműen az MMPI-2-re való áttérést szorgalmazták (Butcher és Beutler, 2005; Greene, 2011). Részletes magyar nyelvű áttekintés az MMPI és az

MMPI-2 összevetéséről, valamint az MMPI-2-ben megjelenő változtatásokról Girasek, Soós, Janicsák, Dudás és Reinhardt (2023) összefoglaló tanulmányában olvasható.

Az MMPI és az MMPI-2 Klinikai skáláit ért kritikák miatt, melyekben strukturális és pszichometriai problémákat emeltek ki, Auke Tellegen, az MMPI újraszterilizálási bizottságának tagja, 2003-ban létrehozta az Újrastrukturált klinikai skálákat (Tellegen és mtsai, 2003), amelyek végül az *MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF)* (Ben Porath és Tellegen, 2008) kifejlesztéséhez vezettek. Ezt követően pedig az MMPI-3 (Ben Porath és Tellegen, 2020) került kiadásra. Az MMPI-2, illetve az MMPI-2 serdülőknek szóló változata, az MMPI-Adolescent (MMPI-A) Magyarországon 2009-ben jelent meg. Az OS Hungary Kft. (jogutód: Giunti Psychometrics – Hungary) kapta meg az adaptációs jogokat és a forgalmazási engedélyt a teszt eredeti jogtulajdonosától, egyben kiadójától. Az MMPI-változatokkal kapcsolatos legfontosabb évszámokat az 1. táblázat segítségével foglaltuk össze. A hazai évszámokat Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986), Pressing és Szakács

1. táblázat. Mérföldkövek az MMPI történetében

Hazai változások és fejlesztések	Év	Nemzetközi változások és fejlesztések
	1940	Multiphasic Schedule – az első MMPI-publikáció a <i>The Journal of Psychology</i> című folyóiratban (Hathaway és McKinley)
	1943	Klinikai populáció körében alkalmazzák az MMPI-t (Schiele, Baker és Hathaway)
	1945	Elsőként alkalmazzák serdülők körében az MMPI-t (Capwell)
	1948	Megjelennek az MMPI első nemzetközi fordításai
	1969	A minneapolis-i MMPI-szimpoziumon elsőként veti fel a revízió szükségességét az MMPI-szakértők egyike
A Magyar Pszichológiai Társaság Orvosi Szekciója megkezdte az MMPI magyar sztenderdizálásának központi szervezését Az MMPI-tételfüzet egységesített SOTE-kiadványként áll a hazai alkalmazók rendelkezésére Megjelenik az első magyar nyelvű MMPI-publikáció (Povászsai)	1972	

1. táblázat folytatása

Hazai változások és fejlesztések	Év	Nemzetközi változások és fejlesztések
Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben elkészül a klinikai pszichológusi munkát szolgáló MMPI Vademe-cum sorozat, amely a klinikai alkalmazáshoz, a diagnosztikai döntési folyamatokhoz ad útmutatást (Bagdy)	1975	
A SOTE Pszichiátriai Klinikán Tringer László vezetésével működő team öt éves kutatási programként elindítja az MMPI hazai sztenderdjének elkészítését	1976	
Elkészül a SOTE Pszichiátriai Klinikán folyó munka nyomán az első magyar sztenderd, mely 500 fős mintán alapul (Tringer és Zseni)	1980	
	1982	Megalakul az MMPI-2 revíziójáért felelős bizottság, melynek tagjai James Butcher, John Graham, W. Grant Dahlstrom és Auke Tellegen
Megjelenik <i>Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás</i> című könyv (Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi)	1986	
	1989	<i>Megjelenik az MMPI-2</i> (Butcher és munkatársai)
Megjelenik <i>Az MMPI-próba új magyar standardja</i> című könyv (Pressing és Szakács)	1990	Az MMPI-2 Tartalmi skáláinak kifejlesztése (Butcher, Graham, Williams és Ben-Porath)
	1992	Megjelenik a <i>serdülő változat</i> : MMPI-Adolescent (MMPI-A; Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath és Kaemmer)
	1999	<i>A University of Minnesota Press az MMPI-t kivonja a használatból, forgalmazását beszünteti, illetve nem javasolják a továbbiakban a használatát</i>
	2001	Megjelenik az MMPI-2 kézikönyv átdolgozott kiadása (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom és Kaemmer)
	2003	Megjelennek az <i>Újrastrukturált klinikai skálák</i> (Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham és Kaemmer)
	2008	Megjelenik az MMPI-2 átdolgozott változata (MMPI-2-Restructured Form [MMPI-2-RF]; Ben-Porath és Tellegen)

Elkészül az <i>MMPI-2 magyar adaptációja</i> az OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. által (Bagdy, Bugán, Rózsa és Kő) Szintén ebben az évben elkészül az <i>MMPI-A magyar adaptációja</i> az OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. által (Oláh, Rózsa és Kő)	2009	
	2020	Megjelenik az <i>MMPI-3</i> (Ben-Porath és Tellegen)

(1990), valamint Butcher és munkatársai (2001/2009), míg a nemzetközi évszámokat Butcher és munkatársai (2001/2009), illetve Cox, Weed és Butcher (2009) alapján helyeztük kronológiai sorrendbe a könnyebb áttekinthetőség érdekében.

2. A mérőeszköz bemutatása, alkalmazási területének ismertetése, fő indikációk példákkal

2.1. Az MMPI-2 bemutatása: a tesztanyag jellemzői, tesztfelvétel, a teszt működési elve, tesztértelmezés

Az MMPI-2 egy 567 tételből álló, széles spektrumú mérőeszköz, amely a személyiség és a pszichológiai zavarok nagyobb mintázatait, továbbá a pszichopatológiai tüneteket méri fel önkitöltő, igaz/hamis válaszformátumú kérdőíves formában (Butcher és mtsai, 2001/2009; Weiner és Greene, 2017). Az MMPI-2 kézikönyve (Butcher és mtsai, 2001/2009) alapján a teszt általános iskola hatodik osztályának megfelelő olvasási készséget igényel, azonban bizonyos szerzők (pl. Greene, 2011; Duckworth és Anderson, 2019) a nyolcadik osztálynak megfelelő szinten javasolják, ugyanis egyes tételek (pl. 114., 226., 445.) akár a középiskolának megfelelő olvasási szintet is elérhetik. Dahlstrom és munkatársai (1994) arra hívják fel a figyelmet, hogy az MMPI-2 instrukciója valószínűleg nehezebb, mint a tesztben szereplő tételek, ezért a szakembernek meg kell győződnie arról, hogy a teszt-kitöltő teljes mértékben megértette azt. Az instrukció kulcskomponense ennek megfelelően annak hangsúlyozása, hogy a vizsgálati személynek minden egyes mondat esetében egyenként azt kell eldöntenie, hogy az állítás igaz vagy nem igaz rá nézve. Mivel a kérdőív tagadó mondatként megfogalmazott állításokat is tartalmaz, azzal is segíthetjük a kitöltőt, hogy egy tagadó állítást példaként mutatunk be az instrukció részeként. Például: „Gondolja át a következő állítást: »Nem min-

dig mondok igazat.« Ha ez így van önnél, akkor az »igaz« választ jelölje be, ha ez nem így van az ön esetében, a »nem igaz«, azaz a »hamis« választ kell jeleznie.” Ez a rövid segítség jelentősen hozzájárulhat a teszt-kitöltés hitelességéhez. Az instrukció további fontos eleme, hogy jelezzük a kitöltőnek – mivel a teszt a problémák és a személyiségjellemzők igen tág tartományát méri fel –, hogy némely állítás szokatlannak tűnhet. Végül arra is megkérjük a személyt, lehetőleg egyik tételt se hagyja megválaszolatlanul, még akkor sem, ha elsöre nem tud egyértelműen dönteni. Gondolja át, és minden tételre próbáljon felelni.

Az MMPI-2 használatát a kézikönyv felnőtt, 18. életévét betöltött populáció esetében javasolja (Butcher és mtsai, 2001/2009). A kérdőívet csendes helyiségben, ideális esetben a vizsgálatvezető jelenlétében töltetjük ki. Amennyiben erre az időben túlszűfolt klinikai környezetben nincsen módunk, a vizsgálati személy egyedül is kitöltheti a tesztet. Arra azonban ebben az esetben mindenképpen időt kell utólagosan szánnia a szakembernek, hogy a visszaadott tesztlapra átnézi, maradt-e kihagyott vagy kétértelműen (pl. mindkét választ bejelölő vagy vonalközre eső) megválaszolt tétel. Ezekben az esetekben az egyes kérdéseken ismét végigmegyünk, és megkérjük a páciens, hogy a kihagyott tételeket is gondolja át és lehetőleg válaszolja meg, illetve tisztázzuk azt is, mi volt a háttere a nem egyértelmű válaszadásnak, és megkérjük arra is, döntsön, mi jellemző inkább rá (igaz vagy nem igaz). Ez azért fontos, mert bizonyos számú kihagyott és/vagy nem egyértelműen megválaszolt tételen túl a teszt nem értékelhető. A teszt kitöltési ideje átlagosan 1-2 órát vesz igénybe, azonban klinikai környezetben, pszichés problémák esetén ez az idő jelentősen megnövekedhet, ilyenkor megengedhető a teszt több részletben való kitöltése is (Greene, 2011).

Az MMPI-2 egyénileg és csoportosan is felvehető (Butcher és mtsai, 2001/2009), hazánkban papíralapú és számítógépen történő tesztfelvétel is rendelkezésre áll a szakembernek, azonban a kiértékelés mind a két esetben számítógéphez kötött. A kiértékelést követően

az MMPI-2 pontszámok értelmezéséhez rendelkezésre állnak az MMPI-2 skálák, a Klinikai skálák csúcskódjai és az ezek közötti kapcsolati mintázatok (profilok), illetve az MMPI első változatának skáláival végzett közel 80 éves, valamint az MMPI-2-n alapuló három évtizedes kutatási anyag (Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az MMPI-2-t viszonylag egyszerű felvenni, ezt követően a számítógépes program elvégzi a kiértékelést. Az eredmények értelmezése azonban már magas szintű szakmai képzettséget – klinikai és személyiségpszichológiai, valamint pszichometriai jártasságot – kíván. Ezek közül a valid értelmezéshez különösen a személyiségstruktúrával és -dinamikával, továbbá a pszichopatológiákkal kapcsolatos ismeretek a lényegesek (Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az MMPI-2 hazai adaptációjában 9 Validitási skála, 10 Klinikai skála, 9 Újrastrukturált klinikai skála, 16 Kiegészítő skála, 15 Tartalmi skála, 27 Tartalmi al-

skála, 28 Harris–Lingoes-alskála, 3 Si alskála, 5 PSY-5 skála és 17 tartalmi területet magában foglaló Kritikus tételek listája található meg. Ezek összegző áttekintését a 2. táblázat tartalmazza. Az MMPI-2 kézikönyve a legtöbb skála esetében a korábbi lineáris T-érték transzformáció helyett az uniform T-érték⁴ számítását alkalmazza. Emiatt az MMPI-2 skáláin a korábbi 70 T-érték helyett a 65 T-értéket tekinti az átlagövezet felső határának, tehát a 65 és az annál magasabb T-értékek jelzik a patológiás övezetet (Butcher és mtsai, 2001/2009). Fontos azonban felhívni a figyelmet arra, hogy ez bizonyos skálák (pl. MAC-R) esetében ettől eltérő lehet (Graham, 1993; Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az MMPI-2 magyar nyelvű változatának kialakítását, illetve a Bagdy Emőke, Bugán Antal, Rózsa Sándor és Kő Natasa vezette hazai adaptációs munkálatok és normaképzés folyamatát a hazai tesztforgalmazó kézikönyve (Butcher és mtsai, 2001/2009) foglalja össze.

2. táblázat. Az MMPI-2-skálák összegző áttekintése

Validitási skálák		Kiegészítő skálák	
Kérdőjel (?)	Megválaszolatlan tételek	A	Szorongás
VRIN	Variábilis válasz-inkonzisztencia skála	R	Elfojtás
TRIN	Igaz válasz-inkonzisztencia skála	Es	Énerő
F	Ritka válaszok skála	Do	Dominancia
F _B	Későbbi ritka válaszok skála	Re	Társas felelősségérzet
F _P	Ritka válaszok-pszichopatológia skála	Mt	Gyenge főiskolai alkalmazkodás
L	Hazugság skála	PK	Poszttraumás stressz zavar
K	Korrektív skála	MDS	Házassági distressz skála
S	Túlzottan pozitív énbemutató skála	Ho	Ellenségesség
		O-H	Túlkontrollált ellenségesség
		MAC-R	Átdolgozott MacAndrew alkoholizmus skála

⁴ Az uniform T-érték számítás figyelembe veszi adott skála esetében a válaszok gyakorisági eloszlását és a skála tételszámát is.

Klinikai skálák és a Harris–Lingoes tartalmi alskálák	
(1) Hs	Hipochondriázis
(2) D	Depresszió
	D ₁ Szubjektív depresszió
	D ₂ Pszichomotoros retardáció
	D ₃ Gyenge testi működés
	D ₄ Mentális tompultság
	D ₅ Töprengés
(3) Hy	Hisztéria
	Hy ₁ A társas szorongás tagadása
	Hy ₂ Érzelmi szükséglet
	Hy ₃ Fáradtság, rossz közérzet
	Hy ₄ Testi panaszok
	Hy ₅ Agresszióátlás
(4) Pd	Pszichopátia
	Pd ₁ Családi konfliktusok
	Pd ₂ Autoritásproblémák
	Pd ₃ Társas nyugodtság
	Pd ₄ Társas elidegenedés
	Pd ₅ Elidegenedés az éntől
(5) Mf	Férfiasság-nőiesség
(6) Pa	Paranoia
	Pa ₁ Üldöztetési gondolatok
	Pa ₂ Túlérzékenység a lelki fájdalomra
	Pa ₃ Naivitás

AAS	Addikció elismerése skála
APS	Addikciós potenciál skála
GM	Nemi szerep-férfias skála
GF	Nemi szerep-nőiesség skála
PS	Poszttraumás stressz zavar*

Tartalmi skálák és Tartalmi komponens skálák	
ANX	Szorongás
FRS	Félelmek
	FRS ₁ Általános félelemérzet
	FRS ₂ Többféle félelem
OBS	Kényszeresség
DEP	Depresszió
	DEP ₁ Motivációhiány
	DEP ₂ Diszfória
	DEP ₃ Önmaga alulértékelése
	DEP ₄ Öngyilkossági gondolatok
HEA	Egészségügyi panaszok
	HEA ₁ Gasztrointesztinális tünetek
	HEA ₂ Neurológiai tünetek
	HEA ₃ Általános egészségügyi panaszok
BIZ	Bizarr gondolkodás
	BIZ ₁ Pszichotikus tünetképzés
	BIZ ₂ Szkizotíp vonások

* A Schlenger-féle PTSD skála (PS) az MMPI-2 1989-es megjelenésekor bekerült a Kiegészítő skálák közé, azonban a 2001-es MMPI-2 átdolgozott kézikönyvből kivették az ellentmondásos kutatási eredmények miatt. A Magyarországon használt MMPI-2 kiértékelő OS Hungary szoftver tartalmazza a PS skálát.

2. táblázat folytatása

(7) Pt	Pszichaszténia	ANG	Düh
(8) Sc	Szkizofrénia		
	Sc ₁		ANG ₁ Robbanékonyság
	Sc ₂		ANG ₂ Ingerlékenység
	Sc ₃	CYN	Cinizmus
	Sc ₄		CYN ₁ Mizantróp meggyőződések
	Sc ₅		CYN ₂ Interperszonális gyanakvás
	Sc ₆	ASP	Antiszociális
(9) Ma	Hipománia		ASP ₁ Antiszociális attitűdök
	Ma ₁		ASP ₂ Antiszociális viselkedés
	Ma ₂	TPA	A-típus
	Ma ₃		TPA ₁ Türelmetlenség
	Ma ₄		TPA ₂ Versengés
(0) Si	Szociális introverzió*	LSE	Alacsony önértékelés
	Si ₁		LSE ₁ Kétkedés önmagában
	Si ₂		LSE ₂ Önálvetés
	Si ₃	SOD	Társas kényelmetlenségérzet
			SOD ₁ Introverzió
			SOD ₂ Szégyenlősség
		FAM	Családi problémák
			FAM ₁ Családi konfliktusok
			FAM ₂ Elidegenedés a családtól
		WRK	Romló munkateljesítmény
		TRT	Rossz terápiás előjelek
Újrastrukturált klinikai skálák (RC)			
RCd (dem)	Kiábrándultság		
RC1 (som)	Testi panaszok		
RC2 (lpe)	Kevés pozitív érzelem		
RC3 (cyn)	Cinizmus		

* A Szociális introverzió Klinikai Skálához Ben-Porath, Hostetler, Butcher és Graham (1989) dolgoztak ki alszkalákat.

RC4 (asb)	Antiszociális viselkedés
RC6 (per)	Üldöztetési gondolatok
RC7 (dne)	Diszfunkcionális negatív érzelmek
RC8 (abx)	Szokatlan élmények
RC9 (hpm)	Hipomániás aktiváció

TRT ₁	Alacsony motiváció
TRT ₂	Feltárukozás hiánya

Személyiség-pszichopatológia-5 (PSY-5) skálák

AGGR	Agresszivitás
PSYC	Pszichotizmus
DISC	Gátolatlanság
NEGE	Negatív emocionalitás / Neuroticizmus
INTR	Introverzió / Alacsony pozitív emocionalitás

2.2. Az MMPI-2 validitási skálái

Az MMPI volt az egyik első olyan önkitöltős személyiség-leltár, amely lehetővé tette a teszt kitöltő válaszadási attitűdjének közvetlen értékelését (Greene, 2011). Ezt négy mutatóval képezték le: a Megválaszolatlan tételek (?) skála a kihagyott vagy kétértelműen megválaszolt állítások számát összegezi; a Hazugság (L) skála magas értékei a kitöltő önmaga kedvezőbb színben való feltüntetésére irányuló törekvéséről adnak képet; a Ritka válaszok (F) skála olyan állításokat tartalmaz, amelyeket egészséges, megfelelően alkalmazkodó személyek nem vagy nagyon kis eséllyel választanak; végül a Korrekció (K) skála a védekező attitűdöt, bizonyos értelemben a disszimulációs tendenciát kívánja detektálni (Pressing és Szakács, 1990).

Az MMPI-2 1989-es megjelenése, illetve az MMPI-2 kézikönyv 2001-es átdolgozott kiadása jelentős változásokat vezetett be a Validitási skálák esetében (Ben-Porath, 2006): az MMPI négy érvényességi skáláját a Későbbi ritka válaszok (F_B) skálával, illetve két inkonzisztens válaszadást jelző mutatóval, a Variábilis válasz-inkonzisztencia (VRIN) és az Igaz válasz-inkonzisztencia (TRIN) skálákkal egészítették ki (Butcher és mtsai, 2001/2009). Az MMPI nem biztosított korábban ilyen átfogó és komplex validitásellenőrzést, ezért a VRIN- és TRIN-skálák meghatározó újítások voltak az MMPI-2-ben (Friedman és mtsai, 2015). A két skála értelmezése abban nyújt segítséget a szakember-

nek, hogy megítélje, a teszt kitöltő hanyag módon, figyelmen kívül hagyta-e a tesztet (VRIN), továbbá hogy megjelent-e túlzottan pozitív énbemutató, tétel-elutasítás vagy a tünetek túlzó mértékű, akár szándékos, de indokolatlan felvállalása a tétel elfogadás révén (TRIN) (Butcher és mtsai, 2001/2009). Fontos értelmezési támpontot ad továbbá az olvasási nehézség, alacsony intellektus, figyelmi és koncentrációs nehézségek és/vagy a súlyos pszichopatológia megítélésében is (Nichols, 2011). Az MMPI-2 kézikönyv 2001-es átdolgozott kiadásába bekerült még a Validitási skálák közé a Ritka válaszok-pszichopatológia (F_p) és a Túlzóan pozitív énbemutató (S) skála is (Butcher és mtsai, 2001/2009; Ben-Porath, 2006).

A teszt kitöltő válaszadási attitűdjének pontos felmérése összetett és elengedhetetlen feladat az MMPI-2-t értékelő szakember számára, fontos, hogy még a skálák és a profil értelmezése előtt minden esetben megtegye ezt (Butcher és mtsai, 2001/2009; Friedman és mtsai, 2015). A Validitási skálák elemzése tehát minden MMPI-értékelés első lépése: amennyiben a meghatározott validitási kritériumok alapján érvénytelennek tekinthető a profil, úgy a további elemzéseket értelem-szerűen nem végezhetjük el, a vizsgálati személy teszt kitöltéssel kapcsolatos attitűdjeiről azonban árnyalt képet kaphatunk. Továbbá, bár a Validitási skálákat a teszt érvényességének megítélésére hozták létre, összefüggést mutatnak a kitöltő személyiségjegyeivel, attitűdjével, viselkedésmódjával, ezért – amennyiben érvényesnek

tekinthető a profil – ezek a skálák jelentősen gazdagítják a klinikai értelmezést (Friedman és mtsai, 2015). A Validitási skálák értelmezési ponthatárai, tartományai skálánként eltérőek, illetve fontos információval szolgálnak az egymáshoz viszonyított értékeik is. Ennek a részletei megtalálhatók az MMPI-2 kézikönyvében (Butcher és mtsai, 2001/2009).

2.3. Klinikai skálák az MMPI-2-ben

A Klinikai skálák voltak az első skálák, amelyeket a tételből létrehoztak, és amelyek az elmúlt közel 80 évben végzett MMPI-kutatások nagy részének középontjában álltak (Friedman és mtsai, 2015). Az MMPI-2 Klinikai skálái lényegében az MMPI Klinikai skáláival azonosak (Butcher és mtsai, 2001/2009), a már korábban ismerttetett okok miatt. A Klinikai skálák pszichopatológiai megnevezése félrevezetheti a kezdő szakembert, továbbá torzíthatja az eredményekről adott visszajelzést a kitöltő felé, ugyanis a diagnosztikus terminológia pejoratív lehet (pl. Szkizofrénia skála), ezért a legtöbb nemzetközi szakirodalom a Klinikai skálát a skála neve helyett a skálák számával azonosítja (Nichols, 2011). Ez megkönnyíti a csúcskódok értelmezését is.

Röviden összefoglaljuk a 10 klinikai skála esszenciáját. Részletesen az MMPI-2 kézikönyv (Butcher és mtsai, 2001/2009) foglalkozik az MMPI-2 klinikai skáláinak értelmezésével.

- (1) A Hipocholesterinémia (Hs) skála a testi egészséggel és funkciókkal kapcsolatos aggodalmakat, a szomatizációs hajlamot méri fel.
- (2) A Depresszió (D) skála a depresszív tünetek széles tartományát detektálja (pl. hangulat, testi, pszichomotoros, mentális tünetek, alkalmatlanságérzés / alacsony önérték).
- (3) A Hisztéria (Hy) skála magas elfojtásos működés-módot, ennek nyomán stresszhatásra kifejezett szomatizációs tünetképzést, valamint infantilis érzelmi életet vizsgál.
- (4) A Pszichopátia (Pd) skála magas értéke a társas, társadalmi beilleszkedés problémáit, az érzelmi átélőképesség, a szociális belátás nehézségeit, ingerlékenységet, impulzivitást – szélsőséges esetben pedig antiszociális viselkedést – jelez.
- (5) A Férfiasság-nőiesség skála (Mf) – nemtől függően – a hagyományos maskulin, illetve feminin attitűdöket, érdeklődési köröket, szerepeket sűríti.
- (6) A Paranoia (Pa) skála a túlérzékeny, gyanakvó, ellenséges, érzelmileg instabil személyiségjellemzők gyűjtőhelye.
- (7) A Pszichaszténia (Pt) skála különböző neurotikus tünetekre fókuszál, így például szorongásos, depresszív, kényszeres szimptomákra, az alacsony optimizmuskészségre, illetve szenzitizátor személyiségjellemzőkre.
- (8) A Szkizofrénia (Sc) skála a valóság irreális áthangolását jelző tüneteket sűrít, így például szokatlan hiedelmeket, bizarr viselkedést, kontaktuszavarokat, szélsőséges esetben szétesett gondolkodást, a valóságtól való elszakadást.
- (9) A Hipománia (Ma) skála fokozott aktivitást, energiát, hangulatot és önértéket, impulzivitást, szélsőségesen magas (75 feletti) T-értéknél mániás tünettant jelez.
- (0) A Szociális introverzió (Si) skála megemelkedett értéke az introvertált, kapcsolatépítési problémákkal küzdő, döntésképtelen, passzív, alacsony önértékű személyiség mutatója.

Fontos kiemelni, hogy önmagában egyik klinikai skála magas (általában 65T feletti) értéke sem alkalmas diagnózis felállítására, illetve nem tölt be differenciáldiagnosztikai funkciót (Butcher és mtsai, 2001/2009).

2.4. Csúcskódok

Az egyes klinikai skálákon a megemelkedett (65T feletti) érték(ek) képezi(k) a csúcskódo(ka)t. A csúcskódok/kódtípusok (codetypes) alapját a két legmagasabb értékű skála képezi. A profilcsúcs(ok) – illetve bizonyos esetekben (pl. Mf-skála) mélypont(ok) – alapján a személyiség- és a pszichopatológiai jellemzők sajátos konfigurációját tudjuk leolvasni (Butcher és mtsai, 2001/2009). A profilkonfigurációk értelmezése képzettség, a tesztben való jártasságot igényel.

Az MMPI-2 1989-es megjelenésekor a kezdeti kutatások arról számoltak be, hogy ugyanaz a kétpontos csúcskód csak az esetek kétharmadában egyezik, amikor az MMPI-t, illetve az MMPI-2-t is kitöltötte az adott személy (Dahlstrom, 1992; Ben-Porath, 2006). A későbbi vizsgálatok azonban 80–95% közötti egyezést találtak akkor, ha a csúcskódok jól definiáltak voltak, azaz legalább 5 T-értékkel magasabb volt a csúcskód skáláinak értéke a profil többi skálájától (Graham, Watts és Timbrook, 1991; McNulty, Ben-Porath és Graham, 1998).

2.5. A Harris–Lingoes-alskálák

Harris és Lingoes (1968) a D, Hy, Pd, Pa, Sc és Ma Klinikai skálákhoz 28 alskálát dolgoztak ki (2. táblázat). Ennek keretében a fenti hat Klinikai skála tételeit egyenként megvizsgálták, majd általuk homogénnek tartott csoportokba sorolták azokat, amelyek véleményük szerint egyetlen tulajdonságra, problémára, pszichopatológiai tünetre fókuszáltak (Friedman és mtsai, 2015). Azokhoz a Klinikai skálákhoz (Hs és Pt), amelyeket homogén tartalmúnak találtak, nem dolgoztak ki alskálákat (Friedman és mtsai, 2015; Groth-Marnat és Wright, 2016), továbbá az Mf és Si Klinikai skálához sem, mert nem tekintették őket olyan Klinikai skálának, amelyek pszichopatológiát tükröznek (Friedman és mtsai, 2015).

A Harris–Lingoes-alskálák hozzájárulnak a Klinikai skálák differenciáltabb értelmezéséhez, és segítik a szakembert annak megítélésében, hogy az adott Klinikai skála értéke milyen tartalmi kör miatt emelkedhetett meg. Szemléltetésképpen: két olyan MMPI-2 profil esetén, amelyben azonos például a D Klinikai skála eredménye (például 70 T-értéket vesz fel), mégsem azonos tünetekkel jelenik meg a depresszív állapot, lehet ugyanis, hogy az egyik beteg inkább deprimált hangulatot él át, míg a másik esetében inkább a kognitív tünetek (pl. koncentrációs nehézségek, feledékenységek) a kifejezettek (Nichols, 2011; Friedman és mtsai, 2015). Ezekre a finomabb eltérésekre, mintázatokra képesek a Harris–Lingoes-alskálák rámutatni.

Az MMPI-2 kézikönyve (Butcher és mtsai, 2001/2009) alapján csak azokat a Harris–Lingoes-alskálákat szabad értelmezni, amelyek T-értéke ≥ 65 , és a fő Klinikai skála szintén ≥ 65 T-értékű, ugyanis bizonyos alskálákban kevés tétel szerepel, ezért a megbízhatóságuk is alacsonyabb.

2.6. Nyilvánvaló és Rejtett alskálák

Wiener és Harmon 1946-ban a D, Hy, Pd, Pa és Ma Klinikai skálákhoz dolgoztak ki Nyilvánvaló és Rejtett alskálákat, amelyeket a validitási mutatók kiegészítésére szántak (Friedman és mtsai, 2015). Skáláik alapja az a feltevés volt, hogy a rejtett tételek esetén kevésbé egyértelmű, hogy mire kívánnak rákérdezni, ezáltal kevésbé manipulálhatók, mint a nyilvánvaló tételekből álló skálák (Boone, 1994). Az MMPI-2 1989-es megjelenésekor a Wiener–Harmon Nyilvánvaló és Rejtett

alskálák bekerültek a tesztbe, azonban az Újrasztenderdizálási Bizottság körültekintő és óvatos értelmezésükre hívta fel a figyelmet, ugyanis mind az MMPI (Wrobel és Lachar, 1982; Peterson, Clark és Bennett, 1989), mind az MMPI-2 (Berry, Baer és Harris, 1991; Graham, Watts és Timbrook, 1991; Timbrook, Graham, Keiller és Watts, 1993) esetén gyenge-közepes pszichometriai mutatókat találtak az alskálák körében (Boone, 1994; Tellegen és mtsai, 2003/2009; Ben-Porath, 2006), illetve a rejtett alskálákhoz tartozó tételek megjelenése a Klinikai skálákban csökkentette azok validitását (Weed, Ben-Porath és Butcher, 1990; Osberg és Harrigan, 1999). Ezen kutatási eredmények miatt az MMPI-2 2001-es átdolgozott kézikönyvéből (Butcher és mtsai, 2001/2009) kivették a skálák pontozási kulcsát és azok értelmezési lehetőségeit. Ezek az eredmények azért is kulcsfontosságúak, mert a Magyarországon még mindig gyakran használt MMPI értelmezésében ezek az alskálák – indokolatlanul – nagy hangsúlyt kapnak.

2.7. Tartalmi skálák és Tartalmi komponens skálák

Butcher, Graham, Williams és Ben-Porath (1990) 15 Tartalmi skálát dolgozott ki az MMPI-2-höz, azt a racionális-empirikus eljárást követve, amelyet Wiggins (1966) az eredeti MMPI Tartalmi skálák kidolgozásánál használt (Butcher és mtsai, 2001/2009). A skálák egy részének összetétele megegyezik a Wiggins által kialakított MMPI Tartalmi skálákkal, azonban az újrasztenderdizálási folyamatnak és a tételrevízióknak köszönhetően több skála új állításokkal is bővült, bizonyos skálák pedig nagyrészt új tételekből állnak (Ben-Porath, 2006). Ben-Porath és Sherwood (1993) az MMPI-2 Tartalmi skálák értelmezésének elősegítéséhez 12 Tartalmi skálához 27 Tartalmi komponens skálát dolgozott ki (2. táblázat). Az volt a céljuk, hogy az átfogó Tartalmi skálákon belül jól alkalmazható tartalmi altémák jöjjenek létre (Butcher és mtsai, 2001/2009). Az MMPI-2 Tartalmi skálái 4 téma köré csoportosíthatók (Friedman és mtsai, 2015; Butcher és mtsai, 2001/2009): 1. Internalizáló tünetek (ANX, FRS, OBS, DEP, HEA, BIZ Tartalmi skála), 2. Externalizáló vagy agresszív tendenciák (ANG, CYN, ASP, TPA Tartalmi skála), 3. Csökkent-értékűség (LSE Tartalmi skála) és 4. Átfogó problémák (SOD, FAM, WRK, TRT Tartalmi skála). Az Internalizáló tünetek csoportja a DSM-IV-ből (APA, 2000) ismert I. tengely szindrómáira utal, míg az Externalizáló vagy agresszív tendenciák csoportja a II. tengely

zavarainak értékelésére irányul (Greene, 2011; Friedman és mtsai, 2015).

Az MMPI-2 Tartalmi skáláinak előnye a Klinikai skálákkal szemben, hogy egyetlen dimenziót mérnek, ellentétben a többdimenziós Validitási és Klinikai skálákkal (Groth-Marnat és Wright, 2016). A Tartalmi skálák egyik fontos funkciója, hogy a Klinikai skálák differenciáltabb értelmezésében segítik a szakembert (Groth-Marnat és Wright, 2016). Például, ha a tesztkitöltő a Pd (Pszichopátia) Klinikai skálán magas pontszámot ér el (≥ 65 T-érték), a tesztet értékelő szakember megvizsgálhatja a FAM (Családi problémák) és az ASP (Antiszociális) Tartalmi skálákat, ugyanis ha a FAM Tartalmi skála értéke emelkedik az átlagövezet felső határa fölé (≥ 65 T-érték) és az ASP Tartalmi skála pontszáma nem, akkor a magas Pd érték inkább a családi konfliktusokra, a családtól való elidegenedésre utal, mintsem az antiszociális viselkedésformákra (Groth-Marnat és Wright, 2016).

Az MMPI-2 kézikönyve (Butcher és mtsai, 2001/2009) a Tartalmi skálák esetében csak a magas pontszámok (≥ 65 T-érték) értelmezéséhez ad útmutatást, azonban egyes szerzők (pl. Greene, 2011) az alacsony pontszámok (≤ 45 T-érték) értelmezésére is kitérnek. Fontos továbbá, hogy a Tartalmi komponens skálákat csak akkor kell értelmeznünk, ha a fő Tartalmi skála T-értéke ≥ 65 , illetve maga a Tartalmi komponens skála is magas értéket (≥ 65 T) mutat (Butcher és mtsai, 2001/2009).

2.8. Kiegészítő skálák

A Kiegészítő skálák olyan nagyobb területek felmérésére szolgálnak, mint például a szorongás, az énerő, az ellenségesség, a poszttraumás stressz tünetei, az alkoholizmus vagy különböző, addikcióval kapcsolatos jellemzők. Abban segítik a szakembert, hogy mélyrehatóbban fel tudja tárni a klinikai problémákat, zavarokat és pszichopatológiai tüneteket a Validitási és Klinikai skálák mentén (Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az MMPI-2 kialakítása lehetőséget teremtett, hogy az MMPI első változatához létrehozott számos Kiegészítő skálát áttekintsék, és azok alapján állítsák össze a Kiegészítő skálák új készletét (2. táblázat), amelyek a korábbi kutatások alapján megfelelő reliabilitással és validitással rendelkeztek (Friedman és mtsai, 2015). Éppen ezért nem emelték át az MMPI összes Kiegészítő skáláját az MMPI-2-be, kihagyták többek között a Derékfájdalom (Lb), a Dependencia (Dy), az Elő-

ítéletesség (Pr), a Társadalmi státusz (St) és a Kontroll (Cn) skálákat (Friedman és mtsai, 2015). A korábbi Kiegészítő skálák közül 6 skálát integráltak, de a teszt revíziója ezeket a skálákat is érintette. Az MMPI-2 1989-es megjelenésekor 4 új Kiegészítő skála (GM, GF, PK, PS) került be a tesztbe, majd ezt követően további 3 új skálát (MDS, APS, AAS) fejlesztettek ki, valamint az MMPI Ellenségesség (Ho) skála is bekerült a 2001-es MMPI-2 átdolgozott kézikönyvbe (2. táblázat), amely az 1989-es kiadásból még kimaradt (Ben-Porath, 2006).

A Kiegészítő skálák értelmezéséhez az MMPI-2 kézikönyv (Butcher és mtsai, 2001/2009) nem minden skála esetében határoz meg olyan specifikus T-értéket, amely a klinikai problémákat, fontos tüneteket, patológiákat jelezné. Azonban itt is elmondható, hogy a legtöbb Kiegészítő skála esetében a ≥ 65 T-érték magasnak számít, továbbá bizonyos skálák esetében (pl. Es) az alacsony, ≤ 40 T-érték jelzésértékű (Butcher és mtsai, 2001/2009). Ezenkívül fontos kiemelnünk, hogy a Kiegészítő skálák közül a MAC-R skála értelmezése hagyományosan a nyerspontszámokon alapul (Butcher és mtsai, 2001/2009).

2.9. Újrastrukturált klinikai skálák (RC)

Az MMPI-2 1989-es megjelenését követően Auke Tellegen egy nagyszabású kutatásba kezdett, amelynek célja a Klinikai skálák újrastrukturálása volt (Ben-Porath, 2006). Tellegen és munkatársai (2003/2009) célja az volt az RC skálák megalkotásával, hogy megőrizték az MMPI-2-ben meglévő Klinikai skálák leíró tulajdonságait, ugyanakkor növeljék a megkülönböztető képességüket. Kiindulópontjuk szerint a Klinikai skálák hátterében egy közös faktor áll, amely a skálák közötti magas korrelációt eredményezi (Ben-Porath, 2012). Első lépésben azonosították ezt a faktort, amely általános kiábrándultságot, lehangoltságot és negatív színezetű affektusokat foglal magában, majd Kiábrándultság skálának nevezték el (Tellegen és mtsai, 2003/2009). Miután kiküszöbölték a Kiábrándultságból adódó varianciát a skálák között, külön-külön elemezték és azonosították a 10 alapvető Klinikai skála lényegi sajátosságait. A Kiábrándultság skála mellett 8 további RC skálát (pl. Antiszociális viselkedés, Üldöztetési gondolatok, Szokatlan élmények) dolgoztak ki a Klinikai skála párjai lényegi komponenseinek reprezentálására (2. táblázat). Két Klinikai skálához, az Mf és Si skálához nem dolgoztak ki RC skálát, ugyanis ezeket nem tekintették

pszichopatológiai mutatóknak (Tellegen és mtsai, 2003; Ben-Porath, 2006).

Tellegen és munkatársai (2003/2009) az *Újrastrukturált klinikai skálák* című kézikönyvükben azt a javaslatot teszik, hogy az RC skálák eredményeit a Klinikai skálák eredményeinek validálására és megerősítésére használjuk, így abban nyújthatnak segítséget a szakembernek, hogy eldöntse, mely Klinikai skála pontszám-emelkedését veszi figyelembe a profil értelmezése során. Ugyanakkor az RC skálákat több kritika is érte (Nichols, 2006; Rouse, Greene, Butcher, Nichols és Williams, 2008; Nichols, 2011; Friedman és mtsai, 2015), amelyek arra hívják fel a figyelmet, hogy az RC skálák a Kiábrándultság faktor külön kezelésével elvesztik a tüneti komplexitásukat, ezáltal közelebb állnak a Tartalmi skálákhoz, mint a Klinikai skálákhoz.

Az RC skálák esetében a szerzők (Tellegen és mtsai, 2003/2009) a klinikailag jelentős emelkedés küszöbértékét a 65-ös T-értéknél húzták meg, azonban egyes skálák (pl. RC6, RC9) esetében a különösen magas pontszámhoz (≥ 75 T-érték), illetve bizonyos skáláknál (pl. RC3) az alacsony értékhez (≤ 40 T-érték) is nyújtanak értelmezési lehetőséget.

2.10. Személyiség-pszichopatológia-5 (PSY-5) skálák

A PSY-5 skálákat Harkness és McNulty (1994) alkotta meg, azzal a céllal, hogy olyan konstruktumokat hozzanak létre, amelyek az időben állandó, tartós személyiségjegyeket mérik (Butcher és Perry, 2008). Harkness és McNulty (1994) a PSY-5 skálák kifejlesztésekor a normál személyiségvonások mellé beemelték a DSM-III-R (APA, 1987) második tengelyén lévő személyiségzavar-kritériumokat, illetve a Cleckley-féle pszichopátia-felfogást. A személyiség áttekintése érdekében olyan átfogó dimenziókat kerestek, amelyek viszonylag globális leírást adhatnak a személyiségről (Harkness és McNulty, 2006). Az ezek mentén kidolgozott PSY-5 konstruktumok öt olyan, tág személyiségterületet (pl. pszichoticizmus, neuroticizmus, introverzió, ld. 2. táblázat) fednek le, amelyek relevánsak az intervenciók és a klinikai kezelés tervezése szempontjából, segítik a szakembereket annak feltérképezésében, hogy a páciens képes-e, és ha igen, milyen módon a viselkedésének, érzelmei szabályozásának módosítására kezelése során (Butcher és Perry, 2008; Cox, Weed és Butcher, 2009).

A skálákat Harkness, McNulty és Ben-Porath (1995) vezették be először az MMPI-2 használatába, ezt köve-

tően pedig a 2001-es MMPI-2 átdolgozott kézikönyv egyik jelentős újítása volt, hogy az PSY-5 skálákat hozzáadták a skálák és a teszt pontozási anyagainak standard listájához (Butcher és mtsai, 2001/2009).

Az elmúlt években a személyiségzavarok dimenziális megközelítése egyre nagyobb figyelmet kap, amely a kategóriaalapú klasszifikációt kívánja felváltani, illetve kiegészíteni (Brown és Sellbom, 2020). A DSM-5 (APA, 2013) III. részén dolgozó, a személyiségzavarokkal foglalkozó munkacsoport kijelentette, hogy az általuk javasolt modell nagy hasonlóságot mutat Harkness személyiség-pszichopatológia-5 (PSY-5) modelljével (APA, 2010). Krueger és munkatársai (2011) pedig rámutattak, hogy a PSY-5 e tekintetben rendkívül előre látó modell. A személyiségzavarok dimenziális klasszifikációjába a PSY-5 skálák tehát jól beilleszthetők, mind a BNO-11 (WHO, 2019) diagnosztikus kritériumaival, mind a DSM-5 (APA, 2013) alternatív személyiségzavar-modelljével jelentős egyezést mutatnak (Finn, Arbisi, Erbes, Polusny és Thuras, 2014; Anderson és Sellbom, 2021).

2.11. Az MMPI-2 alkalmazási területei

2.11.1. Indikáció

Az MMPI-2 széles spektrumú pszichodiagnosztikai teszt, amely a személyiség- és pszichológiai zavarokat, pszichopatológiai tüneteket méri, ezért a teszt használatát elsősorban klinikai környezetben, a pszichodiagnosztika, illetve a pszichoterápiás folyamat során, valamint az igazságügyi pszichológiai szakértés terén ajánlják (Butcher és mtsai, 2001/2009; Butcher és mtsai, 2015; Friedman és mtsai, 2015).

2.11.2. Kontraindikáció

Az MMPI-2 teszt felvétele kontraindikált, ha a teszt-kitöltő olvasási képessége nem éri el a hatodik osztályos szintet, illetve az intelligenciája a 70-es intelligenciaövezet alá esik. Továbbá korlátozott látóképesség, dislexia vagy receptív afázia, tanulási zavar esetén, drog- vagy alkoholintoxikáció és/vagy azok megvonásos állapotokban, organikus delíriumban, agysérülésből vagy zavartságból eredő dezorientált állapotban, epilepsziás rohamot követő zavartságban, súlyos depressziós epizódokban fennálló kifejezett pszichomotoros retardációban,

krónikus droghasználatot követő reziduális neurológiai károsodás esetén, katatónia vagy hallucinációk hatására fellépő zavart állapotokban és olyan mániás állapotokban, amelyekben a figyelemzavar kifejezett, szintén kontraindikált a felvétele (Butcher és mtsai, 2001/2009; Greene, 2011). Friedman és munkatársai (2015) pedig azt javasolják, hogy agitált, zavart beteg esetén várjuk meg, míg az illető kompenzált állapotba kerül, ezzel növelve együttműködését.

2.12. Pszichodiagnosztikai esetismertetés az MMPI-2 teszt alapján

Egy rövid esetismertetés keretében szeretnénk rávilágítani az MMPI-2-ből nyerhető információk összetettségére, a pszichodiagnosztikai folyamatban betöltött széles körű szerepére, hasznosíthatóságára. Egy 20-as éveiben járó nőbeteget kórházi szomatikus részleg küldött pszichiátriai osztályos felvételre markáns szorongással, pánikrohamszerű tünetekkel. Felvételekor hangulata alacsonyan fekvő volt, fokozott szorongásról, emocionális labilitásról számolt be, amit kóros vonatkoztatások és jelentőségadások kísértek. Pszichiátriai anamnézisében több osztályos kezelés szerepelt hangulati labilitás, szuicid gondolatok, prepszihotikus állapotok miatt. Gyógyszeres anamnézisében anxiolitikumok, antidepresszánsok, antipszichotikumok és hangulatstabilizátorok voltak feltüntetve, amelyek a legtöbb esetben hatástalannak bizonyultak, egyedül a hangulatstabilizátor segített rövid távon a beteg tüneteiben. Kórelőzményben Bipoláris affektív zavar, Kevert szorongásos és depressziós zavar, Egyéb akut és átmeneti pszichotikus zavar, valamint Alkalmazkodási zavar szerepelt.

A pszichodiagnosztikai vizsgálatot megelőző exploráció során a beteg beszámolt arról, hogy mindig is hangulati és érzelmi labilitás jellemezte. Korábban ezt rendszeres alkoholfogyasztással próbálta csökkenteni, azonban pár éve, mióta dolgozik, már nem fogyaszt napi szinten alkoholt. Hangulati váltásai elmondása szerint gyorsan történnek, az exploráció során körülhatárolt eseményekhez, interperszonális kapcsolataihoz voltak köthetők. Impulzuskontroll-problémákról, promiszkuitásról is beszámolt. Markáns szorongása hátterében elsősorban társas kapcsolatai elvesztése áll, fél attól, hogy érzelmi és hangulati labilitása, impulzivi-

tása miatt elveszíti a számára fontos másik személyt. Beszámolt továbbá koncentrációs nehézségekről, szenzitív élményfeldolgozásról, illetve esetenként megjelenő derealizációs és disszociációs tünetekről.

Elmondása szerint édesanyja és édesapja alkoholisták voltak, gyakran fizikailag és verbálisan is abuzálták gyerekkorában. Kisgyermekként kiemelték a családból, és nevelőszülőkhöz került. Nevelőanyja tizenéves korában befejezett öngyilkosságot követett el. Gyermek-kora óta intenzív és instabil interperszonális kapcsolatokról számolt be. Kamaszkorában önsértő viselkedés (pl. falcolás), promiszkuitás, rendszeres alkoholfogyasztás jelent meg. Jelenleg egy kreatív szakmát tanul, ezt elmondása szerint szívesen csinálja, hosszú távon is ebben szeretne munkát vállalni.

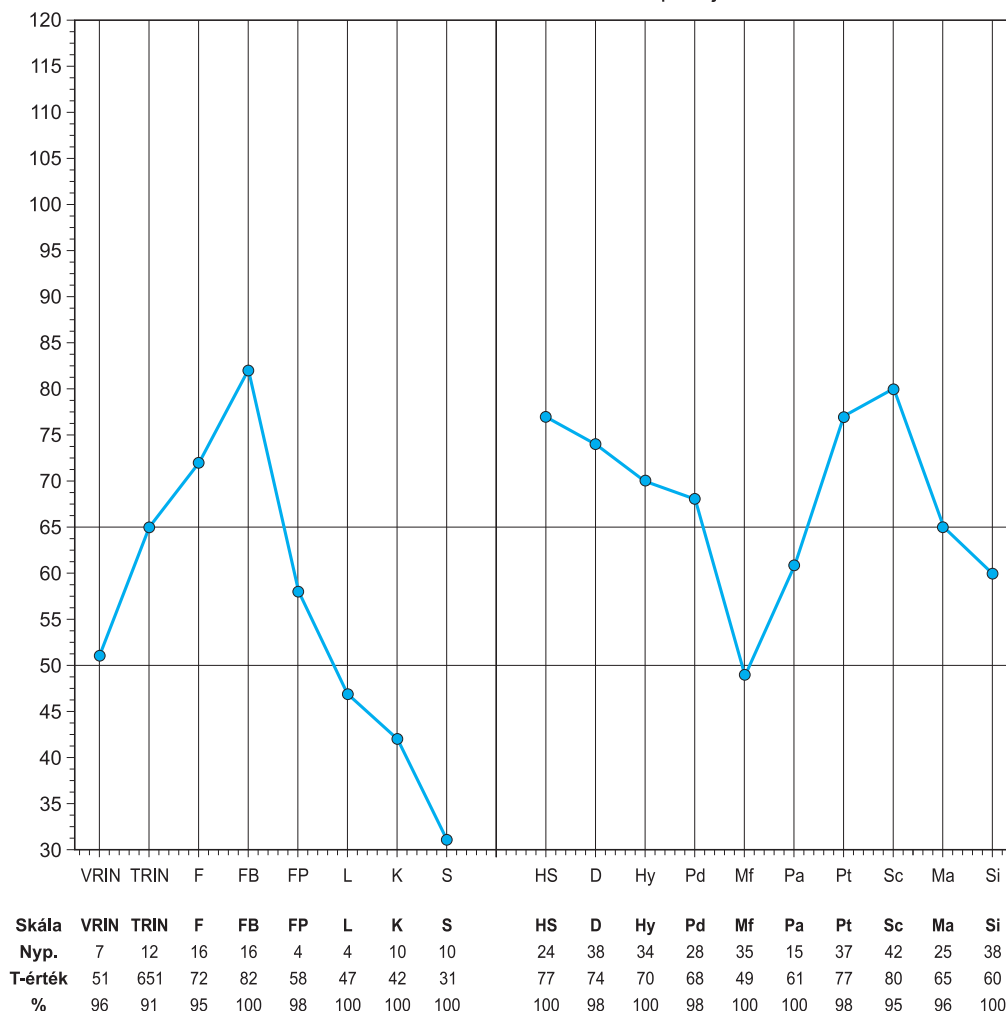
Differenciáldiagnosztikai kérdésként a Bipoláris affektív zavar és a Borderline személyiségzavar lehetősége merült fel, ezért klinikai kérdésként azt fogalmazta meg a beteg kezelőorvosa, hogy a pszichodiagnosztikai tesztek eredményei alátámasztják-e a Borderline személyiségzavart, vagy inkább a Bipoláris affektív zavar irányába mutatnak.

2.13. Az MMPI-2 teszt eredményeinek rövid ismertetése⁵

A beteg 10 tételt hagyott ki, amelyek nem érintik hangsúlyosan a skálák pontszámait (nincs 10%-nál nagyobb tételkihagyás; kihagyott tételek pl.: 6. Apám jó ember [jó ember volt].; 192. Anyám jó asszony [jó asszony volt].; 494. A fő életcéljaimat el fogom érni.). A konzisztenciamutatók alapján a beteg megértette a tételleket, és konzisztens módon válaszolt rájuk (VRIN = 51), azonban részleges, elfogadást jelző válaszbeállítódás van jelen (TRIN = 65I; Igaz = 58%). A Validitási skálák ritka válasz mutatói (F = 72; F_B = 82; F_P = 58; F-K = 6 nyp.) és a védekező attitűd mutatói (L = 47; K = 42; S = 31) alapján a profil érvényes, az eredmények értelmezhetők. A validitási skálák együttes értelmezése a nemzetközi szakirodalomban egyre nagyobb jelentőséget kap, amelyek segítségével a gyakori validitási skálamintázatokat is értelmezni lehet (Friedman és mtsai, 2015). A beteg esetében a kissé megemelkedett F (= 72) és F_B (= 82) skála értékei és a védekezést mérő skálák alacsony értéke (L = 47; K = 42; S = 31) a „leginkább nyitott” validitási mintázatnak felelnek meg. Ennek értel-

⁵ Az MMPI-2 teszt skáláinak pontszámaira minden esetben a hozzájuk tartozó T-értékkel hivatkozunk.

A Validitás- és a Klinikai skálák profilja



Kérdőjel (?): 10

F-K (nyerspont): 6

Az „Igaz” válaszok százalékos aránya: 58

A „Hamis” válaszok százalékos aránya: 42

© 1943 (renewed 1970), 1989 University of Minnesota, Minneapolis, MN, All rights reserved.
© 2010 OS Hungary Teszfejlesztő Kft.

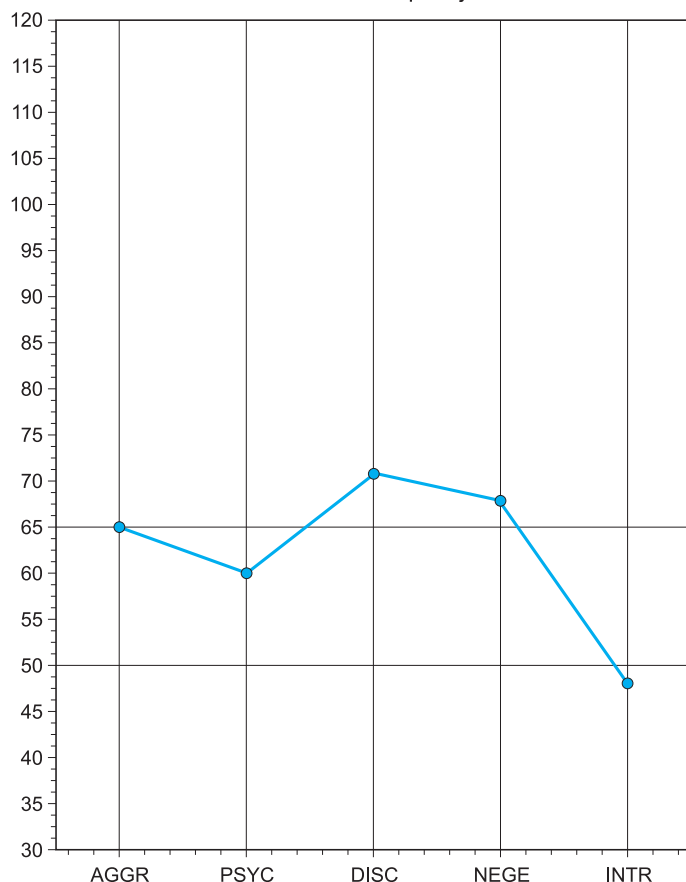
1. ábra. A bemutatott esethez tartozó MMPI-2 profil – Validitási és Klinikai skálák

mezése, hogy a beteg nyíltan elismeri a pszichológiai nehézségeit, kételkedik a stresszkezelési képességeiben (Friedman és mtsai, 2015). Az S (= 30) skála igen alacsony értéke szintén a markáns szorongást és viselkedési zavart támasztja alá.

A Klinikai skálák diagnosztikus profilja magas fekvésű (1. ábra), az úgynevezett „lebegő profil” jelenik meg, amely esetében a legtöbb vagy az összes Klinikai skála értéke meghaladja az átlag övezet felső határát (≥ 65 T-érték). A „lebegő profil” elsősorban személyiségzavarok esetében gyakori (Friedman és mtsai, 2015).

A PSY-5 skálák a személyiségzavarok dimenzionális klasszifikációjába jól beilleszthetők, ezért ezek az eset szempontjából is igen fontosak voltak (2. ábra). A betegnél megjelenik az ellenséges agresszió (AGGR = 65), az impulzivitás, a kockázatvállaló magatartás, az előírásokhoz, szabályokhoz való alkalmazkodási nehézségek (DISC = 71), illetve a belső feszültségérzés, nyugtalanság, félelem, idegesség, melyekre nincs adaptív megküzdési mechanizmusa, ezért arra impulzívan, dühvel reagálhat (NEGE = 68). A skálánkénti értelmezést tovább erősíti, hogy a magas AGGR és magas DISC pontszám esetében a viselkedéskontroll súlyos zavara

A PSY-5 skálák profilja



Skála	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR
Nyp.	12	8	19	24	10
T-érték	65	60	71	68	48
%	100	96	97	97	97

2. ábra. A bemutatott esethez tartozó MMPI-2 profil – PSY-5 skálák

jelenhet meg, illetve hogy a magas DISC és emelkedett NEGE érték esetében számítani lehet arra, hogy a beteg szubjektíven megélt kellemetlenségérzését olyan megküzdési módokkal igyekszik csökkenteni, mint az alkohol- és szerabúzus (Friedman és mtsai, 2015).

Összegzésként elmondhatjuk, hogy az exploráció során elhangzottakkal egybevág az MMPI-2 eredményeinek értelmezése. A Validitási skálákban megjelenő pszichés problémák, markáns szorongás, a Klinikai skálák „lebegő profilja” és a PSY-5 skálák alapján leírható agresszió, impulzivitás, alkalmazkodási nehézségek, belső feszültség, idegesség és düh a Borderline személyiségzavar irányába mutatnak.

A Validitási és Klinikai skálák eredményei és profilja az 1. ábrán, a PSY skálák profilja pedig a 2. ábrán láthatók.

3. Az MMPI-2-vel szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatok

3.1. Nemzetközi tapasztalatok

Az MMPI és az MMPI-2 nemzetközi viszonylatban a legszélesebb körben használt és kutatott objektív személyiségleltár (Greene, 2011; Friedman és mtsai, 2015). Az eredeti MMPI-t több mint 150, az MMPI-2-t pedig több mint 30 nyelvre fordították le (Xie és Cobb, 2020). Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom (1975) 30 évvel az MMPI megjelenését követően közel 6000 hivatkozást talált az MMPI klinikai és kutatási alkalmazásairól. Greene (2011) 2010 januárjában a pszichológiai adatbázisokban az „MMPI” keresőszóval 24 171 hivatkozásról, az „MMPI-2” keresőszóval pedig 4216 hivatko-

zásról számolt be. Saját áttekintésünk szerint azóta ez a szám jelentősen megnőtt, 200 000 rekord fölé ugrott.

Az MMPI-jal és az MMPI-2-vel szerzett nemzetközi tapasztalatok átfogó bemutatása túlmutat írásunk terjedelmén és célkitűzésén, ezért inkább néhány olyan könyvet emelünk ki, amelyek segítségére lehetnek annak a szakembernek, aki szeretne elmélyülni az MMPI-2-ben és annak értelmezésében.

Lewak, Nichols, Siegel és Stolberg (2011) *Therapeutic Feedback with the MMPI-2* című könyvükben a 10 Klinikai skála és a 27 leggyakoribb csúcskód (két- és hárompontos csúcskódok) értelmezését mutatják be. Minden egyes fejezet foglalkozik a profilhoz kapcsolódó panaszokkal, gondolatokkal, érzelmekkel, vonásokkal és viselkedésekkel, illetve bemutatja a profilhoz kapcsolódó terápiás lehetőségeket és azok lehetséges nehézségeit, buktatóit is. Továbbá értékes segítséget nyújt a szakembernek abban, hogyan tudja visszajelezni a kitöltőnek az MMPI-2 teszten elért eredményeit. Ez azért fontos, mert az eredményekről való visszajelzés már önmagában is terápiás értékkel bír, a terápiás folyamat fontos részévé válik azáltal, hogy az MMPI-2-t kitöltő személlyel egy közös megbeszéléssé alakul, amely során úgy éli meg önmagát, mint akit mélységeiben megértettek, mint akit tisztelőben tartanak, és mint akit képes értelmet adni az életének (Lewak és mtsai, 2011).

David S. Nichols (2011) *Essentials of MMPI-2 Assessment* című könyvének második kiadása a pszichológushallgatóknak és a tapasztalt klinikusoknak egyaránt hasznos irodalom az MMPI-2-vel kapcsolatban. A szerző az MMPI-2 általános és alapvető információit is ismereti, azonfelül pedig az MMPI-2 komplex klinikai értelmezését is bemutatja, mely során részletesen áttekinti az MMPI-2 skáláinak értelmezését és a köztük lévő kapcsolatokat is. A könyv elősorban a pszichopatológiai tünetekre, mentális zavarokra fókuszál, ezért a klinikumban dolgozó szakemberek számára nagy segítséget nyújt az MMPI-2 profilok differenciált értelmezéséhez, a betegek személyiségének, tüneteinek pontosabb megértéséhez.

Végezetül Roger L. Greene (2011) *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An Interpretive Manual* című kötetének harmadik kiadását ajánljuk. A kézikönyv az MMPI-2, illetve az MMPI-2-RF értelmezését mutatja be széleskörűen, ugyanakkor lépésről lépésre haladva. Éppen ezért az MMPI-2-t még csak tanuló pszichológushallgatóknak és az értelmezésében már járatos szakembereknek is számtalan új és értékes tudnivalóval szolgál. A könyv egyedülálló abban, hogy a szerző az MMPI-2 értelme-

zéséhez, a skálák értelmezési tartományaihoz, a skálák közötti kapcsolatokhoz, a csúcskódokhoz Caldwell több mint 161 000 fős klinikai fekvőbeteg- és járóbeteg-profiljából készült adatbázisát veszi alapul, így releváns információt nyújt a klinikai környezetben megjelenő profilokhoz.

Magyar nyelven Butcher és munkatársai (2001/2009) MMPI-2 kézikönyve, illetve Tellegen és munkatársai (2003/2009) Újrastrukturált klinikai skálák könyve érhető el.

3.2. Hazai tapasztalatok

Az MMPI-2 tesztel kapcsolatban – tanulmányunk megírása időpontjáig – mindössze két hazai tudományos folyóiratban megjelent közlemény született. Habár a vizsgálatok száma limitált, az eredmények mégis abba az irányba mutatnak, hogy a különféle betegcsoportokat (pl. addikciók) különböző profilmintázatok jellemzik. Csókási és munkatársai (2015) szisztémás autoimmun betegek, rheumatoid arthritisben (RA) és szisztémás lupus erythematosusban (SLE) szenvedő betegek MMPI-2 profiljait vizsgálták. Kutatásukban az SLE-s és RA-s nőbetegeknél három Klinikai skála, a Hs, a D és a Hy skála értéke esett a patológiás tartományba (≥ 65 T-érték), ugyanakkor a két betegcsoport között nem volt számottevő eltérés ezen skálák értékei mentén. A D és a Hy Klinikai skálák alszkáláit – azaz a Harris–Lingoes-alszkálákat – megvizsgálva a Gyenge testi működés (D3) és a Testi panaszok (Hy4) alszkálák értéke emelkedett az átlagövezet felső határa fölé (≥ 65 T-érték) mindkét betegcsoport esetében, míg az RA-s betegnél a Szubjektív depresszió (D1) és a Fáradság, rossz közérzet (Hy3) alszkálák értéke is emelkedett volt (≥ 65 T-érték).

Andó és munkatársai (2010) alkoholbetegek esetében vizsgálták meg az MMPI-2 Klinikai skáláit. Eredményeik alapján a D, a Pd, a Pa, a Pt és az Sc Klinikai skálák értéke mutatott mérsékelt emelkedést (60 és 65 T-érték között) a szerfogyasztók körében. Összefüggést – pozitív irányú korrelációt – találtak továbbá az elmúlt hónapban történt alkoholfogyasztás gyakorisága, valamint a D és az Si Klinikai skálák pontszámai között.

Az alkoholbetegek MMPI-2 profiljáról több hazai konferencia-előadás is született. Andó és munkatársai (2009) a korai (25 éves kor előtti) és a kései kezdetű (25 éves kor utáni) problémás alkoholhasználók MMPI-2

profiljait hasonlították össze. Azt találták, hogy a korai kezdetű alkoholbetegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az Átdolgozott MacAndrew alkoholizmus skála (MAC-R) és az Énerő (Es) Kiegészítő skálán, az Antiszociális Viselkedés (ASP₂) Tartalmi komponens skálán és az Agresszivitás (AGGR), illetve Gátolatlanlás (DISC) PSY-5 skálákon. Drótos és munkatársai (2011) az MMPI-2 addikció skáláinak (MAC-R, APS, AAS Kiegészítő skálák) hatékonyságát vizsgálták. Eredményeik alapján mind a három skálán szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az alkoholbetegek a kontrollcsoporthoz viszonyítva. Továbbá azt találták, hogy a MAC-R skála a legkevésbé pontos a két csoport elkülönítésében, míg az Addikció elismerése skála (AAS) a legpontosabb. Kurgyis és munkatársai (2010) szignifikáns pozitív korrelációt találtak a MAC-R skála és az átdolgozott Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI-R) újdonságkeresés temperamentum-dimenzió, illetve a MAC-R és a Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) pontszámai között. Az alkoholbetegek antiszociális személyiségjegyeit vizsgálva Túri és munkatársai (2013) a Pd Klinikai skála esetében szignifikáns pozitív korrelációt kaptak az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (SADQ) és a TCI-R újdonságkeresés temperamentum-dimenzió értékei között. Szakirodalmi összefoglalóban Girasek és Batal (2022) mutatta be az MMPI-2 értelmezési lehetőségeit addiktív zavarok esetében.

Mangel és munkatársai (2009) konferencia-előadásukban szuicid betegekkel végzett kutatásukat mutatták be, amelyben az MMPI-2 két konkrét szuicid tételét vizsgálták klinikai mintán. Eredményeik alapján a 2-7/7-2, 2-8/8-2, 7-8/8-7 és 2-6/6-2 csúcscódpárokkal jellemezhető betegek gyakrabban választották az „igaz” lehetőséget a szuicid veszélyeztetettséget feltáró tételek esetében.

4. Az MMPI-2 előnyeinek és hátrányainak bemutatása, fő limitációk

Az MMPI-2 használatának számos előnye van a pszichodiagnosztikai folyamatban: képes hozzájárulni a rapport javulásához; segít a tesztkitöltő problémájának jobb megértésében; objektív összefoglalót ad a kitöltő személyiségéről és problémáiról; valamint olyan nehézségek is előtérbe kerülhetnek, amelyek az exploráció során nem kerültek a felszínre, éppen ezért megkönnyíti a visszajelzést a tesztkitöltő személyiségéről, működésmódjai-

ról a pszichodiagnosztikai folyamat végén (Klump és Butcher, 1997; Koffmann, 2020). Klinikai környezetben információkkal szolgál a terápia, illetve a kezelés szükségességéről, valamint célkitűzéseiről, a problémák pontosabb megértése pedig a terápiás folyamat hosszának csökkenéséhez vezethet. A tünetek intenzitásának meghatározásával továbbá jelentősen hozzájárul a későbbi változáskövetéshez (Klump és Butcher, 1997). Jelentős előnye továbbá a tesztnek, hogy standardizált, és számos szempontból átfogóan vizsgálja a tesztkitöltő személyiségét, problémáit, tüneteit. Hátránya az MMPI-2-nek, hogy adminisztratív és anyagi forrásokat (pl. helyiség, fizetős kiértékelő program) igényel, illetve csak számítógépen történő értékelése lehetséges. Másrészt a teszt szakszerű értelmezése hosszabb időt vesz igénybe (Klump és Butcher, 1997). Továbbá hossza miatt a kitöltő motiváltságát, figyelmét, kitartását is megterheli.

Érdeemes azt is összegezni, hogy az MMPI-2 milyen előnyökkel haladja meg az eredeti tesztjellemzőket. Az MMPI-2 előnye a korábbi MMPI-hoz képest, hogy előbbihez szélesebb körben gyűjtöttek nemklinikai kontrollmintát; abba új Validitási skálákat vezettek be, amelyek a teszt erősebb érvényességét eredményezték. Az MMPI-2 nyelvi revíziójának köszönhetően a tételek jobban érthetővé váltak a tesztkitöltők számára, illetve az új skálák bevezetése differenciáltabb értelmezési lehetőséget biztosít a szakember számára (Nichols, 2011; Friedman és mtsai, 2015). Hátránya, hogy az új normatív minta és az uniform T-érték konverzió bevezetése miatt vitatott, hogy a korábbi, közel 50 éves kutatási eredmények mennyire használhatóak az MMPI-2 esetében (Friedman és mtsai, 2015).

Az MMPI és az MMPI-2 előnyei más – akár kérdőíves, akár projektív – pszichodiagnosztikai tesztekkel szemben, hogy az „MMPI-ok” validitása és reliabilitása közel 80 éve intenzíven kutatott terület számos különböző populációban, így nagy mennyiségű információ áll rendelkezésre az MMPI-változatok alkalmazhatóságát illetően (Koffmann, 2020). Az MMPI és az MMPI-2 alkalmasak pszichiátriai betegcsoportok szűrésére és differenciálására (Trull és Phares, 2004). A teszt felvétele kisebb mértékű szakmai jártasságot és tudást igényel, mint például a Rorschach-teszt (Koffmann, 2020), validitása pedig a projektív tesztekénél magasabb (Graham és Lilly, 1984; Koffmann, 2020). Más egydimenziós önkítöltős tesztekhez (pl. Beck Depresszió Kérdőív, Reménytelenség Skála) képest olyan skálákat is tartalmaz, amelyekkel az eredmények érvényességét (válaszadó figyelmetlensége, jobb színben való feltüntetés le-

hetősége, tünetek leplezése) is vizsgálni tudjuk (Comer, 2000). Hátránya, hogy habár összességében validitása jobb, mint a projektív teszteké, a teszten belüli skálák pszichometriai mutatói változóak, vannak kevésbé jó validitással és reliabilitással rendelkezők is (Koffmann, 2020). Mivel az MMPI-változatok széles körű pszichopatológiai leltárként funkcionálnak, kevésbé pontos és egzakt leírásokra alkalmasak, mint a specifikus papírceruza tesztek (pl. Beck Depresszió Kérdőív) (Koffmann, 2020). Továbbá a tesztkitöltő problémájának pszichodinamikai értelmezésére kevésbé alkalmas módszer, mint a projektív tesztek (Butcher, Graham és Ben-Porath, 1995; Ganellen, 2012).

5. Az MMPI-2-t követő fejlesztések

5.1. MMPI-2-RF

Az MMPI-2 Klinikai skáláit ért kritikák, amelyek rávilágítottak ezen skálák pszichometriai hiányosságaira, eltérő reliabilitási mutatóira, illetve a skálák közötti magas korrelációkra, az MMPI-2-RF kifejlesztéséhez vezettek (Helmes és Reddon, 1993; Ben-Porath, 2012). Ahogyan már fentebb ismertettük, az Újrasztenderdizálási Bizottság egyik tagja, Auke Tellegen, az MMPI-2 megjelenését követően megalkotta az Újrastrukturált klinikai skálákat, amelyeket először az MMPI-2-nél használtak, majd ez képezte az MMPI-2 újrastrukturált formájának, az MMPI-2-RF-nek az alapját. Az MMPI-2-RF 2008-ban jelent meg, az MMPI-2 1989-es normatív mintáján alapulva (Ben-Porath és Tellegen, 2008). 338 tételt tartalmaz. Az MMPI-2-RF-ben megtartották az MMPI-2-ből ismert RC skálákat, illetve a PSY-5 skálákat és az értelmezés megkönnyítése érdekében 3 magasabb rendű, személyiség-pszichopatológiát mérő skálát hoztak létre: (1) Érzelmi diszfunkció (érzelmi, hangulati problémák, internalizáló tünetek); (2) Viselkedéses diszfunkció (alulkontrollált viselkedés, externalizáló tünetek); (3) Kognitív diszfunkció (zavart gondolkodással kapcsolatos problémák) (Ben-Porath, 2012). Ezenkívül 2 Érdeklődési skála (esztétikai-irodalmi és műszaki-fizikai érdeklődés), valamint 23 Specifikus probléma skála (pl. neurológiai panaszok, haragra való hajlam, agresszió, szociális távolságtartás, szegénylősség) segíti az értelmezést (Ben-Porath és Tellegen, 2008).

Az MMPI-2-RF-et több kritika is érte, mivel elhagyták a Klinikai skálákat, illetve a skálánkénti értelmezés váltotta fel a korábbi, csúcscódokhoz kapcsolódó

(profil)értelmezést, így a közel 80 éves kutatási és klinikai tapasztalat eredményei nem alkalmazhatók az új mérőeszköz esetében (Friedman és Nichols, 2017). Greene (2011) éppen ezért azt javasolja, hogy az MMPI-2-RF-et ne az MMPI-2 újrastrukturált formájának tekintsük, hanem egy új pszichodiagnosztikai tesztnek, amelyet az MMPI-2 tételkészletéből és annak normatív mintájából hoztak létre. Az MMPI-2-RF-nek nincs magyar adaptációja.

5.2. MMPI-3

A 335 tételt tartalmazó MMPI-3-at 2020-ban adták ki (Ben-Porath és Tellegen, 2020). Létrehozásával az volt a cél, hogy új normaértékeket határozzanak meg, miközben megtartják a folytonosságot az MMPI-2-RF és az MMPI-3 között, éppen ezért az MMPI-2-RF Validitási és RC skáláin, valamint a magasabb rendű és Specifikus probléma skáláin alapul (Ben-Porath és Tellegen, 2020; Ben-Porath, Heilbrun és Rizzo, 2022).

Az MMPI-3-hoz egy új Validitási skálát (kombinált válasz inkonzisztencia – CRIN, mely a véletlenszerű és a meghatározott inkonzisztens válaszokat együttesen veszi figyelembe) és 4 új Specifikus probléma skálát dolgoztak ki, továbbá az új normatív mintán a PSY-5-r skálák revíziója is megtörtént (Ben Porath és Tellegen, 2020). Friedman és Nichols (2017) már az MMPI-3 megjelenése előtt felhívták a figyelmet arra, hogy mivel az az MMPI-2-RF-re épül, az MMPI-3 hozzáadott értéke megkérdőjelezhető, ugyanis az MMPI-2-RF jelentősen eltávolodott az MMPI eredeti célkitűzésétől. Az MMPI-3-nak sincs magyar adaptációja.

6. Az MMPI serdülőváltozata: az MMPI-A

Az MMPI kamaszokra kidolgozott változata a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A; Butcher és mtsai, 1992). Az MMPI-A-t az MMPI-ra (Hathaway és McKinley, 1942) alapozva, kifejezetten a 14–18 éves korosztály pszichológiai, fejlődési jellemzőihez igazodva alakították ki. A munka 1989-ben kezdődött Beverly Kaemmer vezetésével, James Butcher, Auke Tellegen és Robert Archer részvételével a University of Minnesota Pressnél. Mivel az eredeti MMPI korábbi kutatások szerint képes volt serdülőkori problémákat is előre jelezni, a munkacsoport az MMPI-A kialakításakor hangsúlyozottan az MMPI-ből

indult ki (Butcher és mtsai, 1992/2013). Az MMPI néhány tételét nem, míg bizonyos MMPI-tételeket módosítva vettek át az MMPI-A-ba. A törölt MMPI-tételek többsége vallással és szexualitással kapcsolatos attitűdökre kérdezett rá, vagy olyan tartalmakra, amelyek még nem vonatkoztathatók a korosztályra (pl. „Fiatalkoromban...”), illetve távol állnak a serdülők tapasztalataitól (Baer és Rinaldo, 2004). Számos új tételt is kifejlesztettek az MMPI-A-ban, hogy a kamaszok számára fontos életterületeket (pl. családi [pl. „A szüleim nem értenek meg igazán.”] és kortárskapcsolatok, iskolai problémák, drog- és alkoholfogyasztás) is lefedjenek. Végül az MMPI tételállományának 29%-át törölték, 12,5%-át a serdülőkor jellemzőket figyelembe véve módosították, és 85 új tételt adtak hozzá. Az új tételek zöme a Validitási, a Kiegészítő és a Tartalmi skálákba integrálódott.

Az MMPI-A ugyanakkor az MMPI-2-höz (Butcher és mtsai, 1989) is szorosan kapcsolódik, hisz abban számos, az MMPI-2-ben megjelent újítás (pl. a 15 új Tartalmi skála – módosításokkal vagy a VRIN és a TRIN inkonzisztenciát mérő skála) is helyet kap. Az MMPI-A-hoz továbbá olyan újítások is kötődnek, amelyek kifejezetten a serdülőkorhoz kapcsolódnak (pl. az iskolai problémákat leképező tartalmi skála). Számos újonnan képzett skála esetében fejlődéslelektani elméletekre is alapoztak. Például az Éretlenség MMPI-A skála kialakításakor Loevinger énéjlődés-elméletét vették alapul (Archer, Pancoast és Gordon, 1994).

Az MMPI-A felépítése, felvételének körülményei, kiértékelési elve és értelmezési sémája alapvetően az MMPI-jal és az MMPI-2-vel párhuzamos, ezért ebben a fejezetben az azoktól való eltérések megjelenítésére fókuszálunk.

Az MMPI-A 478 állítást tartalmaz, amelyekről a kitöltő kamasz dönti el, hogy azok igazak vagy nem igazak rá nézve. A tesztfelvétel körülményeit az MMPI-A esetében is hasonlóan biztosítjuk, mint a felnőtt változatoknál (csendes helyiség, egyedül töltsse ki a kamasz, érthetően magyarázzuk el a teszt célját és adjuk meg az instrukciót). A kitöltési idő kb. 1–1,5 óra. Figyelmi problémákkal és hipermotil tünetekkel küzdő kamaszok esetében a kitöltés több részletben (pl. szünetek közbeiktatásával) történjen. A tételek megértése legalább hetedik osztályos olvasási készséget igényel. Mind egyéni, mind csoportos felvétele lehetséges (Baer és Rinaldo, 2004).

Az MMPI-hoz és az MMPI-2-höz hasonlóan az MMPI-A is számos skálát és azok alszkáláit tartalmazza: 7 Validitási, 10 Klinikai, 15 Tartalmi és 6 Kiegészítő skálát, valamint 28 Harris–Lingoes-alskálát. A skálák struktúrája és tartalma jelentős átfedésben van az MMPI-jal

és az MMPI-2-vel, ugyanakkor a fejlődési pszichopatológia akkori kurrens eredményeit is felhasználták a tesztfelkészítők (Butcher és mtsai, 1992/2013). A Validitási skálák a már ismert L, K, F, VRIN, TRIN, illetve az F1 és F2 értékek, utóbbiak az F-skálához tartoznak: az F1 a kérdőív első felének, az F2 a második felének a ritka válaszait fedi le. A 10 Klinikai skála és a Harris–Lingoes-alskálák megegyeznek a felnőtt változatéval. Az MMPI-A 6 Kiegészítő skálájából három (Szorongás, Elfojtás, Átdolgozott MacAndrew alkoholizmus skála) az eredeti MMPI-ből átvett, míg hármat kifejezetten a serdülőváltozat számára dolgoztak ki (Éretlenség, Alkohol- és droghibák elismerése, Alkohol- és droghibákra való hajlam). A homogén tétel tartalomra fókuszáló 15 Tartalmi skála közül 11 az MMPI-2 Tartalmi skáláival fed át (pl. Depresszió, Bizarr gondolkodás, Düh, Cinizmus), 4 azonban csak a kamaszváltozat sajátja (Elidegenedés, Gyenge törekvések, Iskolai problémák, Viselkedési problémák) (Baer és Rinaldo, 2004). Az MMPI-A is tartalmazza az MMPI-2-ben megjelent 5 Személyiség-pszichopatológia skálát (PSY-5).

Az MMPI-A profilértelmezéséhez – hasonlóképpen a felnőtt változatokhoz – a keretet a vizsgálati személy anamnesztikus adatai, jelenlegi körülményei és a más tesztekől nyert információk adják. A profilértelmezésben itt is a Validitási skálák elemzése az első lépés. Amennyiben érvényes a kitöltés, a Klinikai skálákat elemezzük, majd a Kiegészítő és Tartalmi skálák pontosítják az értelmezést. A Klinikai skálák 2-pontos kód-típus-értelmezése kapcsán azonban vita van a szakirodalomban. Bizonyos szerzők (pl. Graham, 2002) szerint serdülő mintákban nem áll elegendő adat a rendelkezésre a 2-pontos csúcskód-elemzéshez. Más szerzők (pl. Archer, 1997) azonban empirikus adatok, valamint az MMPI és az MMPI-A Klinikai skáláinak jelentős átfedése alapján kamaszoknál is validnak tekintik a 2-pontos csúcskód-elemzést.

Fontos megjegyeznünk, hogy az MMPI-A minden skálája esetében a serdülőkre kialakított normák alapján szükséges a teszteredményeket értékelnünk. Ennek háttere, hogy serdülőkorban, annak jelentős fejlődési változásai és viszonylagos turbulenciája miatt, nemklinikai serdülők nagyobb arányban számolnak be szokatlan – a legtöbb esetben átmeneti – tünetekről, viselkedésformákról, gondolatokról, érzésekről a nemklinikai felnőtt populációkhoz képest. Ennek megfelelően a 60 és 65 közé eső T-értékek a normál és a klinikailag szignifikáns tartomány közötti átmeneti zónának tekinthetők.

Az MMPI-A megbízhatóságát és érvényességét vizsgáló kutatások eredményei vegyesek, zömében a teszt alkalmazhatóságát támasztják alá, de vannak olyan klinikai skálák, amelyek reliabilitása a megbízható érték alatt van, nemklinikai mintán pedig a mérőeszköz tesztreteszt reliabilitása közepes. A gyengébb validitástartományok szintén nemklinikai mintákból származnak, ugyanakkor a teszt megbízhatóan képes elkülöníteni a klinikai és nemklinikai serdülőmintákat (áttekintő összegzését ld. Baer és Rinaldo, 2004). Az MMPI-A-n alapuló empirikus tanulmányok száma mára már több ezer. Számos kézikönyv is megjelent az MMPI-A alkalmazhatóságáról (pl. Williams és Butcher, 2011). Továbbfejlesztett változata a 241 tételes, kb. 30 perc alatt kitölthető MMPI-A-RF (Archer, Handel, Ben-Porath és Tellegen, 2016), amely jelenleg angol és spanyol nyelven érhető el.

Mivel a teszt kevésbé normál személyiségvonásokat, hanem inkább patológiás jellemzőket összegez, alkalmazása elsősorban a serdülőpszichiátriában indokolt.

Az MMPI-A a kétezres évek elején az USA-ban az ötödik leggyakrabban használt pszichodiagnosztikai eszköz volt az ifjúságpszichiátriában az intelligencia- és a különböző projektív tesztek után. Az objektív önbemutató pszichopatológiai mérőeszközök körében pedig a leggyakrabban alkalmazott tesztként tartották számon (Archer és Newsom, 2000). Számos előnyét (pl. átfogó klinikai képet nyújt, korszerű serdülő normái vannak, pszichometriai szempontból megalapozott, gazdag empirikus anyag támogatja használatát, könnyen kezelhető teszt) néhány hátrány árnyalja csak. Az MMPI-A legfőbb hátránya, hogy igen hosszú a kamaszok számára. Rövid változatok kialakításával többen (pl. Archer, Tirrel és Elkins, 2001) is próbálkoztak, azonban azok még nem terjedtek el. További hátránya a szükséges olvasási szint, jogdíjas volta miatt használatának magas költségei és a szakember által az értelmezésbe fordított idő mennyisége.

Az MMPI-A magyar nyelvű változatának kialakítását, illetve az Oláh Attila, Rózsa Sándor és Kő Natasa vezette hazai adaptációs munkálatok és normaképzés folyamatát a hazai tesztforgalmazó kézikönyve (Butcher és mtsai, 1992/2013) foglalja össze.

7. Következtetések

Az MMPI – jelenleg az MMPI-2 és serdülőváltozata, az MMPI-A – olyan, többdimenziós kérdőív, amely átfogóan képes a személyiségképet felrajzolni. Mindezt

klinikai fókusszal teszi, azaz pszichopatológiai jellemzők, jelenségek vizsgálatára kiválóan alkalmas. Önbemutató kérdőív lévén, az információt – az élményeket, tapasztalatokat, a problémák és tünetek megélését – közvetlenül a vizsgált személytől nyerhetjük. Az elmúlt 80 év szerteágazó nemzetközi empirikus klinikai tapasztalata és tesztfejlesztése alapján napjainkban az MMPI-2 és az MMPI-A olyan, megbízható mérőeszközt jelent a képzett klinikus kezében, amely a klinikai pszichodiagnosztika szerves részeként aktívan támogatja a páciens állapotának felmérését, predikcióját és nyomon követését a mindennapi gyakorlatban.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3. ed., revised.) American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4. ed., text rev.) American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2021). Assessing ICD-11 personality trait domain qualifiers with the MMPI-2-RF. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4): 1090–1105.
- Andó B., Annus R., Rózsa S., Tánzos E., Kurgyis E., Honti J., Demeter I., Szikszay P., Perczel-Forintos D., Janka Z., & Álmos P. (2009). A megküzdés dimenzióinak feltárása és összefüggéseinek vizsgálata alkoholbetegek körében. *Psychiatria Hungarica*, XXIV. Suppl. 1: 4–5.
- Andó B., Kurgyis E., Rózsa S., Honti J., Demeter I., Janka Z., & Álmos P. (2010). Az MMPI-2 klinikai főskáláinak bemutatása alkoholbetegek körében a kezelés első hetében. *Addiktológia*, 9(2): 125–133.
- Andó B., Rózsa S., Kurgyis E., Domján N., Nagy D., Demeter I., Honti J., Szikszay P., Janka Z., & Álmos P. (2009). Korai és kései kezdetű alkoholfüggők személyiségjellemzői. *Addiktológia*, VIII. Suppl. 1: 4–5.
- Archer, R. P. (1997). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology*. (2. ed.) Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Archer, R. P., & Newsom, C. R. (2000). Psychological test usage with adolescent clients: Survey update. *Assessment*, 7: 227–235.
- Archer, R. P., Tirrel, C. A., & Elkins, D. E. (2001). Evaluation of an MMPI-A Short Form: Implications for adaptive testing. *Journal of Personality Assessment*, 76: 76–89.

- Archer, R. P., Pancoast, D. L., & Gordon, R. A. (1994). The development of the MMPI-A Immaturity (IMM) scale: Findings for normal and clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 62: 145–156.
- Archer, R. P., Handel, R. W., Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2016). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent-Restructured Form (MMPI-A-RF)*. <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Personality-%26-Biopsychosocial/Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory-Adolescent-Restructured-Form/p/100001762.html>
- Baer, R. A., & Rinaldo, J. C. (2004). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A). In M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Vol. 2. *Personality Assessment*. John Wiley and Sons. 213–223.
- Bagdy E., Pressing L., Bugán A., & Zétényi T. (1986). *Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Ben-Porath, Y. S. (2006). Differentiating normal from abnormal personality with the MMPI-2. In S. Strack (ed.): *Differentiating normal and abnormal personality*. Springer Publishing Company, New York, NY. 337–382.
- Ben-Porath, Y. S. (2012). *Interpreting the MMPI-2-RF*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Ben-Porath, Y. S., Heilbrun, K., & Rizzo, M. (2022). Using the MMPI-3 in legal settings. *Journal of Personality Assessment*, 104(2): 162–178.
- Ben-Porath, Y. S., & Sherwood, N. E. (1993). *The MMPI-2 content component scales: Development, psychometric characteristics and clinical application*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2 Restructured Form: Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020). *Minnesota Multiphasic Inventory-3 (MMPI-3): Manual for administration, scoring, and interpretation*. NCS Pearson Inc., Bloomington, MN.
- Berry, D. T., Baer, R. A., & Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11(5): 585–598.
- Boone, D. (1994). Reliability of the MMPI-2 subtle and obvious scales with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 62(2): 346–351.
- Brown, T. A., & Sellbom, M. (2020). Further validation of the MMPI-2-RF personality disorder spectra scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(2): 259–270.
- Butcher, J. N. (ed.) (1972). *Objective personality assessment: Changing perspectives*. Academic Press, New York.
- Butcher, J. N., Atlis, M. A., & Hahn, J. (2004). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Vol. 2. *Personality Assessment*. John Wiley and Sons. 30–38.
- Butcher, J. N., & Beutler, L. E. (2005). The MMPI-2. In L. E. Beutler, G. Groth-Marnath (eds.): *Integrative Assessment of Adult Personality*. The Guilford Press, New York, NY. 157–191.
- Butcher, J. N., & Perry, J. N. (2008). *Personality Assessment in Treatment Planning*. Oxford University Press, New York.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., & Ben-Porath, Y. S. (1995). Methodological problems and issues in MMPI, MMPI-2, and MMPI-A research. *Psychological Assessment*, 7(3): 320–329.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y.S. (1990). *Development and Use of the MMPI-2 Content Scales*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher, J. N., Hass, G. A, Greene, R. L., & Nelson, L. D. (2015). *Using the MMPI-2 in Forensic Assessment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for Administration and Scoring*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2). Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. (Rev. ed.) University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2009). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2). Manual for administration, scoring, and interpretation. Revised edition*. (OS Hungary Tesztfeljesztő Kft. ford.) OS Hungary Tesztfeljesztő Kft., Budapest. (Eredeti útmutató publikálva: 2001.)
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-A). Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2013). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-A). Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. (OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford.) OS Hungary Tesztfelkészítő Kft., Budapest.
- Campbell, D., & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56: 81–105.
- Comer, R. J. (2000). *A lélek betegségei*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Cox, A. C., Weed, N. C., & Butcher, J. N. (2009). The MMPI-2: History, interpretation, and clinical issues. In J. N. Butcher (ed.): *Oxford Handbook of Personality Assessment*. Oxford University Press, New York, NY. 250–276.
- Csókási K., Hargitai R., Járai R., Nagy L., Czirják L., & Kiss E. Cs. (2015). Szisztémás autoimmun betegek – rheumatoid arthritis és szisztémás lupus erythematosus – MMPI-2 profiljának vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 30(4): 409–417.
- Dahlstrom, W. G. (1992). Comparability of two-point high-point code patterns from original MMPI norms to MMPI-2 norms for the restandardization sample. *Journal of Personality Assessment*, 59(1): 153–164.
- Dahlstrom, W. G., Archer, R. P., Hopkins, D. G., Jackson, E., & Dahlstrom, L. E. (1994). *Assessing the Readability of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Instruments: The MMPI, MMPI-2, MMPI-A*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI Handbook: Research Applications*. (Vol. 2.) University of Minnesota Press, Minnesota, MN.
- Drótos G., Andó B., Rózsa S., Kurgyis E., Demeter I., Szikszay P., Janka Z., & Álmos P. (2011). Új eszközök a szerhasználat mérésére: az MMPI-2 függőségi skálái. *Psychiatria Hungarica*, Suppl. 26, 30.
- Duckworth, J. C., & Anderson, W. P. (2019). *MMPI and MMPI-2: Interpretation Manual for Counselors and Clinicians*. Taylor & Francis, New York, NY.
- Finn, J. A., Arbisi, P. A., Erbes, C. R., Polusny, M. A., & Thuras, P. (2014). The MMPI-2 restructured form personality psychopathology five scales: Bridging DSM-5 section 2 personality disorders and DSM-5 section 3 personality trait dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 96(2): 173–184.
- Friedman, A.F., Bolinsky, P. K., Levak, R.W., & Nichols, D.S. (2015). *Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF*. New York, NY, Taylor & Francis.
- Friedman, A. F., & Nichols, D. S. (2017). MMPI-3: Revision of the MMPI-2 or marketing hype. *National Psychologist*, 26: 5–6.
- Ganellen, R. J. (2012). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in Personality Assessment*. Routledge, New York, NY.
- Girasek, H., & Batal, B. (2022). A Minnesota Multiphasic Inventory-2 (MMPI-2) teszt értelmezési lehetőségei addiktív zavarok esetén. *Addictologia Hungarica*, XVII. Suppl., 12.
- Girasek H., Soós A., Janicsák H., Dudás D., & Reinhardt M. (2023). Változások és újítások a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) pszichodiagnosztikai tesztben. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(1): 135–156.
- Glassmire, D. M., Stolberg, R. A., Greene, R. L., & Bongar, B. (2001). The utility of MMPI-2 suicide items for assessing suicidal potential: Development of a suicidal potential scale. *Assessment*, 8(3): 281–290.
- Gough, H. G. (1956). *California Psychological Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. (3. ed.) Oxford University Press, New York.
- Graham, J. R. (1979): The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). In B. B. Wolman (ed.): *Clinical Diagnosis of Mental Disorders. A Handbook*. Plenum Press, New York. 311–331.
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. Oxford University Press, New York, NY.
- Graham, J. R., & Lilly, R. S. (1984). *Psychological Testing*. Prentiss-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Graham, J. R., Timbrook, R. E., & Ben-Porath, Y. S. (1991). Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact. *Journal of Personality Assessment*, 57(2): 205–215.
- Graham, J. R., Watts, D., & Timbrook, R. E. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of Personality Assessment*, 57(2): 264–277.
- Greene, R.L. (2011). *The MMPI-2/ MMPI-2-RF: An Interpretive Manual*. (3. ed.) Pearson Education, New York, NY.
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment (6th edition)*. Wiley & Sons, New Jersey, NY.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L. (1994). The personality psychopathology five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack & M. Lorr (eds.): *Differentiating Normal and Abnormal Personality*. Springer, New York. 291–315.

- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (2006). An overview of personality: The MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) scales. In J. N. Butcher (ed.): *MMPI-2: A Practitioner's Guide*. American Psychological Association, Washington, DC. 73–97.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., & Ben-Porath, Y. S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7(1): 104–114.
- Harris, R. E., & Lingo, J. C. (1968). *Subscales for the MMPI: An Aid to Profile Interpretation*. University of California, Los Angeles, CA.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 10: 249–254.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Helmes, E., & Reddon, J. R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113(3): 453–471.
- Klump, K., & Butcher, J. N. (1997). Psychological tests in treatment planning: The importance of objective assessment. In J. N. Butcher (ed.): *Personality Assessment in Managed Health Care*. Oxford University Press, New York, NY. 93–130.
- Koffman, A. (2020). Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). In Zeigler-Hill, V., T. K. Shackelford (eds.): *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, New York, NY, 1298–1301.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., Skodol, A., & Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2): 170.
- Kurgyis E., Andó B., Szakliczi A., Rózsa S., Demeter I., Szikszay P., Janka Z., & Álmos P. (2010). Az indulati kontroll mint az alkoholfüggőség súlyosságát meghatározó dimenzió. *Psychiatria Hungarica*, Suppl. 25: 81.
- Levak, R. W., Nichols, D. S., Siegel, L., & Stolberg, R. (2011). *Therapeutic Feedback with the MMPI-2: A Positive Psychology Approach*. Routledge.
- Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) Tesztbizottsága (2015). *A pszichológiai teszthasználat irányelvei*. file:///C:/Users/HP/OneDrive%20-%20elte.hu/Dokumentumok/ELTE/Pdg/Teszthaszn%C3%A1lati_Ir%C3%A1nyelvek%20MPT_2015_december.pdf
- Mangel B., Szilágyi S., Rózsa S. (2009). Az MMPI-2 jellemzői suicid betegek vizsgálata kapcsán. *Psychiatria Hungarica*, XXIII. Suppl. 1, 103.
- Matarazzo, J. D. (1972). *Wechsler's Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- McNulty, J. L., Ben-Porath, Y. S., & Graham, J. R. (1998). An empirical examination of the correlates of well-defined and not defined MMPI-2 code types. *Journal of Personality Assessment*, 71(3): 393–410.
- Nichols, D. S. (2006). The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales. *Journal of Personality Assessment*, 87(2): 121–138.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New Jersey, NY, John Wiley & Sons.
- Osberg, T. M., & Harrigan, P. (1999). Comparative validity of the MMPI-2 Wiener-Harmon subtle-obvious scales in male prison inmates. *Journal of Personality Assessment*, 72(1): 36–48.
- Peterson, G. W., Clark, D. A., & Bennett, B. (1989). The utility of MMPI subtle, obvious scales for detecting fake good and fake bad response sets. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4): 575–583.
- Pressing L., Szakács F. (1990). *Az MMPI-próba új magyar standardja*. Társadalmi és Beilleszkedési Zavarok Programirodája, Budapest.
- Rouse, S. V., Greene, R. L., Butcher, J. N., Nichols, D. S., & Williams, C. L. (2008). What do the MMPI-2 Restructured Clinical scales reliably measure? Answers from multiple research settings. *Journal of Personality Assessment*, 90(5): 435–442.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2004). Objective assessment of personality and psychopathology: An overview. In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Volume 2. *Personality Assessment*. John Wiles & Sons, 3–13.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2003). *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, Validation, and Interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2009). *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, Validation, and Interpretation*. (OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford.) OS Hungary Tesztfelkészítő Kft., Budapest. (Eredeti útmutató publikálva: 2003.)
- Timbrook, R. E., Graham, J. R., Keiller, S. W., & Watts, D. (1993). Comparison of the Wiener-Harmon Subtle-

- Obvious scales and the standard validity scales in detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. *Psychological Assessment*, 5(1): 53–61.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan és hivatás*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Túri M., Andó B., Rózsa S., Demeter I., Kurgyis E., Szikszay P., Janka Z. & Álmos P. (2013). Antiszociális jellemzők alkoholbetegségben. *Psychiatria Hungarica*, XVIII. Suppl. 1, 116.
- Weed, N. C., Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1990). Failure of Wiener and Harmon Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) subtle scales as personality descriptors and as validity indicators. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3): 281–283.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2017). *Handbook of Personality Assessment*. John Wiley & Sons.
- Wiggins, J. S. (1966). Substantive dimensions of self-report in the MMPI item pool. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(22): 1–42.
- Williams, C. L., & Butcher, J. N. (2011). *A Beginner's Guide to the MMPI-A*. American Psychological Association.
- World Health Organisation (2019). *ICD-11: International classification of diseases*. (11. revision.) <https://icd.who.int/en>
- Wrobel, T. A., & Lachar, D. (1982). Validity of the Wiener subtle and obvious scales for the MMPI: Another example of the importance of inventory-item content. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50(3): 469–470.
- Xie, D., & Cobb, C. L. (2020). James N. Butcher. In B. J. Carducci & C. S. Nave (eds.): *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Vol. 2. *Measurement and Assessment*. Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, 547–551.

4. fejezet

Az intelligencia mérése



Az intelligencia vizsgálata a pszichodiagnosztikában

S. Nagy Zita

1. Bevezetés

Az intelligencia jelensége és mérése több mint egy évszázada fontos témája a pszichológiai kutatásoknak elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt. Története során, mikor leginkább az érdeklődés középpontjában állt, mindig jelentős társadalmi kérdésekhez kapcsolódott (pl. közoktatás, katonai alkalmasság, munkaalkalmasság, rasszokkal, etnikai csoportokkal szembeni megkülönböztetés, szociális kirekesztés), és ezzel együtt jelentős érzelmmel átítatott reakciókat váltott ki tudományos körökben és a hétköznapi emberek körében egyaránt (részletesen lásd Vajda, 2002; Rózsa és Hevesi, 2006; Nagybányai Nagy és Rózsa, 2006).

Az intelligencia tudományos kutatása a 20. század elején indult. A társadalmi kérdés, ami a szisztematikus kutatásokat motiválta, a közoktatáshoz kapcsolódott: Hogyan lehetne bejósolni az iskolai teljesítményt? Hogy lehetne kiszűrni azokat, akiknek nehézségei adódhatnak, ezért módszertanilag kihívást jelenthetnek a közoktatási rendszernek? Már ebben az időben is azt gondolták, és ezt azóta számos kutatás megerősítette, hogy az intelligencia jól bejósolja az iskolai előmenetelt. A fogas kérdés az, hogy mi az intelligencia.

2. Intelligencia – átfogó értelmi/mentális képesség

Az intelligencia definiálását övező kérdések sokszor meghaladták a pszichológia tudományának körét, és filozófiai, olykor politikai kérdéseket is érintettek. Tanulmányunkban e felmerülő vitás pontok közül csak azokat tárgyaljuk, melyek a pszichodiagnosztika szempontjából relevánsak.

Hogy megérthessük, mit jelent az intelligencia pszichodiagnosztikai szempontból, induljunk ki abból, hogy milyen szinonimái vannak ennek a kifejezésnek: értelmi képesség, mentális képesség, intellektuális képesség, ítélőképesség, problémamegoldás, lényeglátás. E kifejezések olyan univerzális emberi képességet ragad-

nak meg, amelynek színvonala a mindennapokban abban nyilvánul meg, hogy ki hogyan boldogul az élet problémáinak megértésével és hatékony megoldásával. Nagyjából ezt írja le Wechsler (1939) intelligenciadefiníciója is: *az intelligencia az egyéneknek az az összetett és globális képessége, amellyel képesek célszerűen cselekedni, észszerűen gondolkodni és a környezethez hatékonyan alkalmazkodni.*

Az „életben való boldogulás” azonban nagyon tág fogalom; ha tudományos vizsgálat tárgyává szeretnénk tenni, akkor érdemes leegyszerűsíteni az élet egyes területein való sikerességre. Ezzel el is érkezünk az intelligencia meghatározásnak egyik központi kérdéséhez. Az egyes életterületeken ugyanis más-más módokon és eltérő színvonalon tudunk boldogulni. Az iskolában értelmi képességeinket más problémák megoldására kell használni (például tananyag elsajátítása, megértése, következtetések levonása, kérdések feltétele), mint katonai szolgálatban (például helyzetelemzés, stratégiaalkotás, kockázatelemzés, taktika) vagy a különböző munkahelyeken, életpályákon (például zenész, sportoló). Felmerül a kérdés, hogy egyáltalán létezik-e olyan mögöttes képesség, amely helyzettől függetlenül meghatározó tényező a különböző területeken megnyilvánuló hatékony helytállásban.

A tudományos vita még jelenleg is tart ebben a kérdésben. Bár az akadémiai világban egyre differenciáltabban tekintenek az intelligencia jelenségére (lásd Gardner „többszörös intelligencia”-elméletét vagy az intelligencia Sternberg-féle háromívű felfogását), a klinikai munkában a korábbi, úgynevezett *faktoranalitikus intelligenciakutatások* eredményei és következtetései alapján szerveződik a vizsgálat és a diagnózisalkotás folyamata (Gardner, 1983; Sternberg, 1985; Trull és Phares, 2004).

Az alkalmazott pszichológiában és így a pszichodiagnosztikában elfogadott Spearman (1904) felvetése, amely megkülönbözteti az általános intelligenciát (g faktor) a speciális intelligenciafaktoroktól (s faktorok). Ennek értelmében a g faktor az általános értelmi képesség meghatározója, melyet az intelligenciatesztek is mérnek. Az általános faktoron kívül ugyanakkor az adott

helyzetben megjelenő teljesítményt minden esetben speciális faktorok is meghatározzák.

Nézzünk egy példát, miért fontos ez a pszichodiagnosztika szempontjából. Spearman nyomán – némileg egyszerűsítve – azt mondhatjuk, hogy az olvasási teljesítménynek van egy általános intelligencia- és egy speciális „olvasási képesség”-összetevője. Így amikor valakinek adunk egy szöveget, hogy azt olvasás útján értelmezze, akkor teljesítményét az általános értelmi képesség és a speciális olvasási képesség egymással kölcsönhatásban fogja meghatározni. Ebből következően a rosszabb teljesítményt okozhatja az alacsonyabb intelligencia, de akár az olvasási nehézség (diszlexia) is.

Fontos tudatában lennünk annak is, hogy az intellektuális képesség nem egyenlő az intelligenciaméréseken nyújtott teljesítménnyel, ugyanis ezt befolyásolhatják egyéb szituatív és nem kognitív természetű faktorok is: például motiváció, személyiség, érzelmi állapot, tudatállapot (Kun és Szegedi, 1983). Ezek közül ki kell emelnünk a szorongás lehetséges hatását, mely nagymértékben tudja rontani a teljesítmény-helyzetben elért eredményt. Ezért mielőtt egy adott feladatban nyújtott teljesítményből az intelligenciára következtetünk, fontos átgondolni, hogy a specifikus faktorok, valamint az egyéb tényezők hogyan befolyásolhatták az adott eredményt.

3. Az intelligencia mérése

Az intelligenciamérés kidolgozásának hajnalán a pszichológia kérdésfeltevéseit elsősorban a „patológiai” szemlélet uralta: hogyan lehet kiszűrni, azonosítani, megérteni és esetlegesen kezelni a kóros pszichés jelenségeket, károsodásokat, betegségeket, gyengeségeket? A pszichológiai működés jellemzését a kóros–egészséges dimenzió nehéz megragadni, hiszen sokféleképpen működhet valami jól és rosszul is. A legelfogadottabb megközelítés az alkalmazkodás segítségével definiálja a „jól/rosszul” működést: tudjuk-e a valóságnak megfelelően észlelni és értelmezni a környezetünket, és az adott kulturális és társadalmi szabályokhoz illeszkedő kognitív, érzelmi és cselekvéses reakciót adni?

Számos, egymással szorosan összefüggő és átfedésben lévő tényező határozza meg, hogy erre hogyan vagyunk képesek:

- evolúciósan kialakult automatikus reflexeink (például stresszreakcióink),
- kognitív képességeink,
- érzelemszabályozásunk fejlettsége,

- személyiség szerkezetünk és -működésünk jellegzetességei.

A környezetünkhöz való alkalmazkodásunkban az intelligencia az egyik meghatározó kognitív képességünk. A klinikai pszichodiagnosztika hagyományos szemléletében az intelligencia mérése azt a célt szolgálta, hogy megértsük, egy személy esetleges „rosszul” működésében mennyire játszik szerepet az átfogó mentális képesség a többi tényező mellett.

A modern pszichodiagnosztikában, melyben egyre nagyobb szerepet kap a pozitív pszichológiai megközelítés (összefoglalót ld. Nagy és Oláh, 2013), valamint a neuropszichológiai gondolkodás (S. Nagy és Verseghi; Verseghi és S. Nagy, 2022), árnyalódott a vizsgálat szemléleti kerete. A klasszikus kvantitatív elemzésen túl (az IQ-pontszám mely övezetbe esik) hangsúlyt kap a kvalitatív szemlélet és a profilelemzés (milyen az intelligencia részképességeinek mintázata), valamint olykor a szindrómaanalitikus gondolkodás is. Ezáltal amellet, hogy megállapítható az intelligencia szintje, beazonosíthatóvá válnak a gyengeségek mellett az erősségek is, valamint ezek egymással és más képességekkel, személyiségjellemzőkkel való interakciója.

A következőkben az intelligencia vizsgálatának e modern pszichodiagnosztikai szempontjait mutatjuk be.

3.1. Az intelligencia mérőszáma

Az intelligencia megbízható és érvényes méréséhez szükséges egy olyan mutató, ami kifejezi az értelmi képesség színvonalát. Az idők során a IQ-pontszám lett ez a mutató, de ahhoz, hogy jól értsük ennek a pontszámnak a jelentését érdemes ismerni kialakulásának történetét (részletesen lásd Nagybányai Nagy, Rózsa, 2006; Kun, Szegedi, 1983).

Az intelligencia mérésének első pszichometriai megalapozottságú intelligenciatesztjét Alfred Binet és Théodore Simon állította össze a 20. század elején. A szerzők az ezen a teszten elért eredmények értékeléséhez vezették be a *mentális kor* fogalmát. Binet azt feltételezte, hogy az értelmi képességek színvonalában tapasztalható egyedi különbségeket gyerekeknél azzal lehet a legjobban kifejezni, hogy a gyermek milyen életkorának megfelelő feladatok megoldására képes, más szóval, hogy milyen szintű mentális korról rendelkezik.

Az intellektuális teljesítmény színvonaláról a mentális kor és a valódi kor viszonya ad információt, mivel ez a kettő nem feltétlenül esik egybe. Binet szerint a kro-

nológiai kor és a mentális kor közötti különbség megmutatja, hogy az intellektuális fejlődésben lemaradásról vagy előrehaladásról van-e szó az adott gyermeknél.

Binet módszerét fejlesztette tovább Lewis William Stern, aki a mentális kor és az életkor arányából (MK/ÉK) számított úgynevezett *mentális hányadost*. Ez a számítási mód azt a problémát küszöbölte ki, hogy a mentális és a kronológiai kor közötti különbség jelentése függ az életkortól. Például hat hónapnyi lemaradás nem ugyanazt jelenti egy 5 éves korú gyermeknél, mint egy 12 évesnél.

A mentális hányados tehát már egy olyan viszonyszám, mely az adott személy saját életkorához mérten fejezi ki az intelligencia alakulását. Ebből származik maga az *intelligenciakvóciens (IQ)* fogalma is, melyet Lewis Madison Terman, a Stanford Egyetem professzora vezetett be. Mindössze annyi módosítást tett a számítási módot illetően, hogy 100-zal megszorozta a mentális hányados értékét a könnyebb értelmezhetőség érdekében ($IQ = 100 \times MK/ÉK$). Ebben az értelemben a 100-as IQ azt jelenti, hogy a személy mentális kora az életkorának megfelelő. Amennyivel kevesebb vagy több egy személy IQ-ja 100-nál, a saját életkorának annyi százalékaival marad el az életkorának megfelelő szintől, vagy haladja meg azt (például 90-es IQ 6 éves gyermeknél 7,2 hónap elmaradást jelent, 10 éves gyermeknél 1 éves elmaradást).

Az intelligenciakvóciensnek a mentális kor és az életkor arányaként való értelmezése a felnőttek intelligenciavizsgálatakor válik problémássá. Ennek oka, hogy az értelmi képességek érése nagyjából 15 éves kor után már annyira lelassul, hogy a IQ-pontszám hagyományos értelmezése torzítani kezdi az eredményeket (Kun, Szegedi, 1983). Wechsler (1939) vetette fel, hogy az IQ arányszámban ne életkorok szerepeljenek, hanem teljesítmények. Ebben az értelemben egy személy teljesítményét pontszámában kifejezve viszonyítjuk ahhoz a teljesítményhez, ami a személy életkorában elvárható. Ekkor a 100-as IQ azt jelenti, hogy a személy teljesít-

ménye az életkorának megfelelő szintű. Az ettől való eltérés azt mutatja meg, hogy a személy teljesítménye mennyire tér el a korcsoportjának átlagos teljesítményétől.

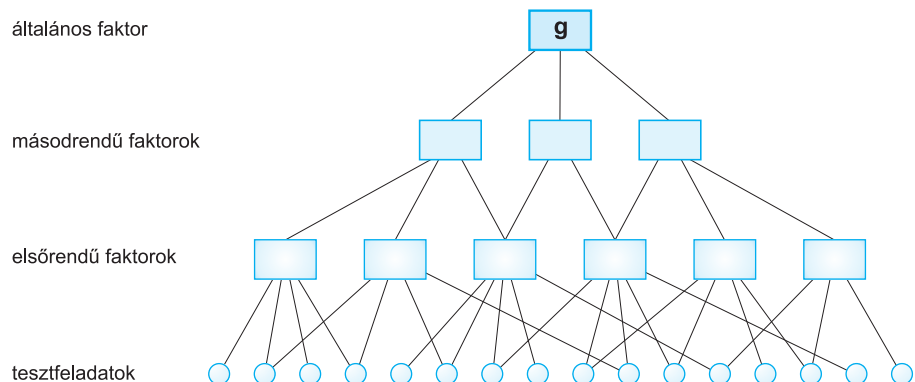
Az IQ-pontszám értelmezéséhez Wechsler elkészítette az IQ-skálát. Ehhez figyelembe vette, a 100-as érték korábban kitüntetett szerepét, ezért ezt jelölte ki középértéknek. Az ennél alacsonyabb és magasabb teljesítmények értelmezéséhez a normális eloszlást kifejező Gauss-görbét vette alapul. Ennek értelmében azok a pontszámok, amik egy szóráson belülre esnek (± 10 pont), tekinthetők az életkornak megfelelő teljesítménynek. Ebből fakadóan a 90 pont alatti IQ-pontszám alacsony intellektuális teljesítménynek, a 110 pont feletti magas teljesítménynek számít.

Az értelmi képességek vizsgálatának mai, modern felfogásában elfogadjuk, hogy az IQ-pontszám kvantitatív szinten (mennyiségileg) elég jó információt tud adni az intelligencia g faktoráról, vagyis az átfogó mentális képességről. Fontos azonban kiemelni, hogy *nem az IQ-teszt és -pontszám méri az intelligenciát, hanem a tesztet használó szakember, aki értelmezi az eredményeket*. Ehhez és az intellektuális teljesítményben jelentkező egyéni különbségek differenciált vizsgálatához elengedhetetlen az intelligencia hierarchikus modelljének koncepciója.

3.2. Az intelligencia hierarchikus modellje

Spearman (1904), Thurstone (1938) és Carroll (1993) faktoranalitikus kutatásai nyomán az intelligencia modern megközelítésében az értelmi képesség összetett rendszerét hierarchikus modell segítségével ragadjuk meg (lásd 1. ábra).

A hierarchikus modell lényege, hogy az egyes feladatok/helyzetek megoldásához szükséges elsőrendű, nagyban specifikus képességek (például: reakcióidő, a téri



1. ábra. Az intelligencia hierarchikus modelljének sémája

információ feldolgozása, írás, verbális fluencia) korrelálnak egymással, és másodrendű faktorokba, magasabb szintű, átfogóbb képességszintekbe rendeződnek (pl. emlékezet, vizuális észlelés, hallás). E másodrendű faktorok interkorrelációjából emelkedik ki az intelligencia g faktora.

A különböző elméletalkotók másodrendű faktorokként más és más képességeket emelnek ki (összefoglalót magyarul lásd Kárpáti, 2016). Thurstone (1938) hét faktort azonosított: nyelvi megértés, verbális fluencia, számolás, téri viszonyok felfogása, észlelés, emlékezet, következtetés. Cattell és Horn többször is újragondolt modelljében végül nyolc másodrendű faktort különítettek el, melyek közül a legismertebb a *kristályos, illetve a fluid/folyékony intelligencia* (Horn, 1991). Az előbbi intelligencia felelős a már tanult ismeretek és készségek szintetizálásáért és alkalmazásáért, míg a fluid intelligencia a gondolkodás rugalmasságának fokmérője, az elvont gondolkodás részese. Carroll (1993) nyolc másodrendű faktort írt le: fluid intelligencia, kristályos intelligencia, emlékezet és tanulás, vizuális észlelés, auditoros észlelés, hosszú távú emlékezet, kognitív sebesség, információfeldolgozási sebesség.

Wechsler (1939) a faktoranalitikus úton elméletileg azonosított faktorokkal kapcsolatban úgy vélte, hogy azok a gyakorlatban, mérés esetén kevésbé jól alkalmazhatók. Thorndike (1926) és Alexander (1935) nyomán arra jutott, hogy az általános g faktor két nagy funkcióegységre bontható: a verbális képességekre és a cselekvéses (performációs) képességekre. E felvetés mentén különíti el az intelligencia másodrendű faktoraként a verbális, valamint a performációs intelligenciát. Ezek mérésére alakította ki tesztjét, melyet a kötet következő tanulmányában mutatunk be részletesen.

E hierarchikus séma segítségével jól megérthetők az intelligenciavizsgálatok eredményeinek elemzési formái.

3.3. Az intelligenciavizsgálatok eredményének elemzési szintjei

Kognitív képességek vizsgálatok a teljesítmény elemzése különböző mélységben végezhető, attól függően, hogy mi van a kérdés fókuszában (részletesen ld. S. Nagy és Verseghe, 2022). Az intelligenciateszteken nyújtott teljesítmény elemzésének szintjei, a felszíntől haladva a mélyebb rétegekig, a következők lehetnek:

1. Szűrő jelleggel az intelligencia szintjéről információ adhat a hierarchikus modell legmagasabb szintjének

vizsgálata. Kutatások támasztják alá, hogy a g faktor és az IQ-pontszám között magas a korreláció. E *kvantitatív elemzés* fókuszában az a kérdés áll, hogy *mekkora* egy személy intelligenciája, amire válaszolhatunk az IQ-értékével. Ez a sztenderdizált mutató lehetővé teszi, hogy összehasonlítsunk embereket, és kifejezzük az átfogó értelmi képességük szintjének különbségeit. Ha az IQ-pontszámot az életkorokra jellemző övezetek segítségével értelmezzük, arról kapunk információt, hogy az adott személy az életkorának megfelelő szinthez képest milyen intellektussal jellemezhető. Azonban míg csoport szinten a személyek összehasonlításához az IQ-pontszám jó mutatója lehet az átfogó mentális képességnek, az egyes ember intelligenciájának megítélésekor veszélyeket rejt magában, ha csak az IQ-pontszámot használjuk. Ahogy korábban említettük, az intelligencia-feladatokban nyújtott teljesítményben nemcsak a g faktor, hanem az s faktorok és más – nem az intellektuális működéshez tartozó – tényezők is szerepet játszanak (motiváció, érzelmi és tudatállapot). Ezért a pszichodiagnosztikában az egyes személy intelligenciájának vizsgálatához elengedhetetlenek a mélyebb szintű elemzések is.

2. Az intelligencia hierarchikus modelljének alsóbb szintjein végzett elemzéssel felmérhetjük az intelligenciaképességet alkotó részképességek (másodrendű, esetlegesen elsőrendű faktorok) színvonalát (például kristályos és fluid intelligencia vagy verbális és performációs intelligencia). Pontszámokat rendelve az egyes részképességekhez (vagy részképességszintekhez), felrajzolhatóvá válik azok profilja. Ekkor a részképességek önmagukban is összevethetők az életkornak megfelelő szinttel, amely által differenciáltabb képet kaphatunk az adott személy intellektuális képességeinek mintázatáról, különös tekintettel az erősségeire és gyengébb pontjaira. Ugyanakkor az elemzésnek ez a *kvalitatív* szintje sem veszi figyelembe az s faktorok és egyéb tényezők befolyásoló szerepét, ehhez még mélyebbre kell mennünk az elemzésben.
3. Az értelmi képességek egyedi színvonalának vizsgálatához érdemes az intelligencia-feladatokban nyújtott teljesítmény elemzésekor a vizsgált személy munkamódjára is figyelni. Az egyes vizsgálati feladatok megoldásának módjaiban, valamint a hibák megjelenési formáiban kereshetjük a jellegzetességeket, hasonlóságokat, összefüggéseket. Az elemzésnek ezt a *szindrómaanalitikus* formáját a neuropszi-

chológiában dolgozták ki (részletesen lásd Verseghi, 2008), de jól alkalmazható nemcsak a kognitív funkciók vizsgálatánál, hanem akár a személyiség felmérésében is, ha a cél az egyedi jellemzők feltárása. Az elemzésnek ezen a szintjén lehetővé válik, hogy feltárjuk azt, hogy egy intelligencia-feladatban nyújtott teljesítményt hogyan határozzák meg az általános intellektuális képességek, a speciális faktorok, az aktuális érzelmi állapotok vagy esetlegesen egyes személyiségtényezők. Nézzünk egy példát!

Egy 17 éves lányt pedagógiai szakszolgálatnál vizsgáltak tanulási nehézségek miatt. A Wechsler-féle Intelligenciateszt gyermek változata alapján az IQ pontszáma 84, ami alapján azt gondolhatnánk, hogy a lány általános értelmi képességének színvonala alacsony, és ez magyarázza az iskolában nyújtott rossz teljesítményét. Ha azonban megnézzük a másodrendű faktorok szintjét, az intellektuális részkapességek mentén az alábbi teljesítményt nyújtotta (a pontszámok nagyságának jelentése ugyanúgy értelmezendő, mint az IQ pontszámé):

• Verbális megértés:	116
• Perceptuális következtetés:	78
• Munkamemória:	80
• Feldolgozási sebesség:	68

Ezek alapján láthatjuk, hogy a verbális intelligenciája magas szintű, a többi azonban alacsony. Ez a mintázat felveti, hogy vajon mi állhat a nem verbális tényezők alulműködése mögött. További vizsgálatok azt állapították meg, hogy nehézsége van a téri információk feldolgozásában, a számolásban és a munkamemóriában oly módon, hogy a fejben tartott információkkal nehéz műveleteket végeznie. Születésének, valamint a fejlődésének jellegzetességei alapján felmerült a propriocepció sérülése, melyet neuropszichológiai vizsgálatok megerősítettek. Kiderült, hogy a lány nem érzékeli testrészeinek helyzetét, csak akkor tudja, hol vannak egyes testrészei, ha látja őket. A testérzékelés (propriocepció) az egyik fontos összetevője a mozgásfejlődésnek, melyre a térérzékelés épül. A téri viszonyok megfelelő feldolgozása fontos összetevője később az olyan képességek fejlődésének, melyeket általában iskolában sajátítunk el (olvasás, írás, számolás). Így érthetővé válik, honnan eredhetett nehézsége a téri információfeldolgozásban és a számolásban. A munkamemória-feladatban nyújtott alacsony teljesítmény abból fakadhatott, hogy figyelmének nagy százaléka minden pillanatban olyan – mások esetében automatikus – folyamatokra megy el, mint mozgásának kont-

rollálása és testrészei helyzetének ellenőrzése, így kevesebb kapacitása marad magasabb rendű kognitív folyamatokra (pl. fejben tartott elemekkel műveleteket végezni).

A feltételezést, hogy ennek a lánynak az intelligenciája nem alacsony, alátámasztja, hogy jelenleg gimnáziumba jár, valós 84-es IQ-val pedig szinte lehetetlen gimnáziumba felvételt nyerni. Ezenkívül két évvel korábban ugyanezzel a teszttel 105-ös IQ-t állapítottak meg nála. Az IQ olyan jelenség, aminél nem fordulhat elő, hogy ilyen mértékben ingadozzon. A mostani sokkal rosszabb eredmény háttérben feltételezhető a szorongás jelenleg magas szintje is, ami az iskolai nehézségei miatt emelkedett meg. Tanulási nehézségei jelentősen fokozódtak a gimnáziumban, és emiatt félni kezdett, hogy nem tudja befejezni a gimnáziumot. Az általános iskola során ez az aggodalom egyáltalán nem volt jelen az életében.

4. Az intelligencia fejlődése és hanyatlása

Az intelligencia fejlődése jellegzetes mintázatot mutat. Mint minden kognitív képesség, az értelmi képesség is változik, fejlődik az életkor előrehaladtával. Bár az intelligencia örökletes meghatározottsága magas, a környezeti hatások és a tanulás komoly befolyást gyakorolnak színvonalának fejlődésére. Ahogy korábban említettük, az intelligencia bejósolja az iskolai előmenetelt, de a hatás visszafelé is érvényes: az iskolai feladatok, gyakorlások által fejlődnek intellektuális képességeink (Vajda, 2002). Amit intelligenciaként látunk, az minden életkorban a genetikai örökség és a környezeti hatások bonyolult dinamikájának végterméke.

Az intelligencia egyes formáinak fejlődési mintázata ugyanakkor eltérő. A kristályos intelligencia, a megtanult ismeretek és készségek (például szókinccs, verbális megértés-értelmezés) egész életünk során bővül, fejlődik. A fluid (folyékony) intelligencia, amely a gondolkodás rugalmasságát, illetve a problémafelfogó és -megoldó képességet takarja, nagyjából serdülőkorig fejlődik, majd stagnál, és időskorban hanyatlásnak indul (Horn és Donaldson, 1980).

Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy az intellektus időskorra jellemző természetes hanyatlása nem egyenlő a szellemi képességek kóros leépülésével, mely mögött minden esetben valamilyen betegség áll. A kognitív leépülés enyhébb formája az *enyhe kognitív zavar* (mild

cognitive Impairment, MCI), súlyos, kóros megjelenése a *demencia*. A szimptomák mindkét zavarnál hasonlóak, de MCI esetén kevesebb területen kevésbé súlyos tünetek jelentkeznek, és ezek nem zavarják a személy függetlenségét, önálló képességét.

A mentális leépülési folyamatban a kognitív képességek szélesebb körében indulhat meg hanyatlás (például emlékezet, figyelem, önszabályozás), melyekhez beszédzavar, észlelési zavar, olvasás- és/vagy írászavar, valamint a mozgásszabályozás nehezítettsége társulhat. A MCI és a demencia tehát nem kizárólag az intelligencia zavara, hanem ennél sokkal szélesebb körű hanyatlást foglal magában. Vizsgálata és diagnosztizálása során ezért átfogó (minden érintett kognitív területet lefedő) neuropszichológiai felmérésre van szükség.

Az intellektus hanyatlásának vizsgálatában elterjedtek a rövid szűrőtesztek. A demencia felmérésére a Mini Mentál Teszt (MMSE, Folstein, Folstein és Hugh, 1975) és az Addenbrook Kognitív Vizsgálat (AKV, Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowicz és Hodges, 2000), az enyhe kognitív zavar mérésére a Montréal kognitív felmérés (MoCa, Nasreddine és mtsai, 2005) a leggyakoribb eszköz. E szűrőtesztek az orientáció, a figyelem, az emlékezet, a végrehajtó funkciók, a nyelvi készségek és a téri-vizuális képességek elemi működéséről adnak általános információt. Felvételük és kiértékelésük is nagyon egyszerű, azonban épp ezért veszélyes is, ha az eredmény értelmezése körültekintés és a tágabb kontextus figyelembevétel nélkül történik.

A mentális hanyatlás fenti szűrővizsgálati szintet meghaladó felméréséhez és a differenciáltabb kép megállapításához neuropszichológus által végzett átfogó vizsgálat szükséges, mely a kognitív képességek felmérésén túl a beteg önállósági képességére, mindennapi életvezetésére és függetlenségére, valamint a család rendszerére is kiterjed.

5. Intellektuális képességzavar

Az értelmi fogyatékoság és a mentális retardáció fogalma helyett a modern terminológiában azonos értelemben új kifejezés vált elfogadottá, az *intellektuális képességzavar (IKZ)*. Azon személyekre alkalmazható ez a terminus, akik az intellektuális-kognitív működésben, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartásban jelentős akadályozottsággal jellemezhetőek (Lányiné Engelmayer, 2017).

Az intellektuális képességzavarral élő emberek az emberi létezés egy lehetséges változatát képviselik, és bár értelmi képességeik korlátozottak, fejlődésre, tanulásra, társadalmi integrációra minden életkorban képesek, csak ehhez társadalmi segítségre van szükségük.

Az IKZ nem betegség, hanem *idegrendszeri fejlődési zavar*, amelynek tünetei már a korai életévekben, a fejlődés során láthatóvá válnak, így fontos megkülönböztetni a felnőttkorban kezdődő degeneratív betegségektől (demencia) és a felnőttkori agykárosodástól.

Az intellektuális képességzavarnak különböző fokozatait különíthetjük el: enyhe, mérsékelt, súlyos és igen súlyos. Ennek értelmében mind az értelmi képességek, mind a személyes és szociális önállósághoz (pl. kommunikáció, étkezés, tisztálkodás) szükséges képességek különböző színvonalon működhetnek.

Bár az intellektuális képességzavar megállapításában az intelligencia mérése elengedhetetlen, önmagában az IQ-pontszám nem elegendő a diagnózis megállapításához, az alacsony IQ-érték ugyanis önmagában nem egyenlő az értelmi fogyatékosággal.

6. Az intelligenciavizsgálatok lefolytatásának általános szempontjai

Ahogy más pszichológiai vizsgálatokra, az intelligencia felmérésére is igaz, hogy csak indokolt esetben, valamilyen klinikai, terápiás vagy szakmai kérdéshez szorosan kapcsolódva végezzük.

Az intelligenciavizsgálat leggyakoribb indikációi:

- intellektuális képességzavar gyanúja,
- iskolai tanulással kapcsolatos nehézségek, tanulási zavar gyanúja,
- pszichiátria és neurológiai diagnosztikai folyamat (ha klinikailag indokolt),
- munkaképesség megállapítása (csak ha indokolt),
- enyhe kognitív zavar, illetve demencia gyanúja.

Kontraindikációk:

- a személy nem vagy csak rövid időre vonható kontaktusba,
- a személy tudatállapota és orientációja nem teszi lehetővé, hogy releváns és valós információkat kapjunk a vizsgálattal (például tudatmódosító szer hatása alatt áll, sokkos állapotban van),
- figyelmét jelentős mértékben testi folyamatok foglalják le, például erős fájdalom vagy betegség.

Azért is különösen fontos csak indokolt esetben végezni intelligenciavizsgálatot, mert az általában hosszadalmas,

megterhelő és érzelmi is megérintő folyamat az alany számára. Az esetek többségében a vizsgálati személy tudatában van annak, amikor az értelmi képességei kerülnek felmérésre. Amennyiben ez pszichodiagnosztikai folyamatba illeszkedik, akkor ennek hátterében valamilyen nehézség, probléma áll, ami indokolja a felmérést. Ebből fakadóan a személy, még ha expliciten nem is fejezi ki, bizonyos szintű szorongást él át a vizsgálat szemből, és mindig értelmezi azt, ami vele történik.

A vizsgálatnak ezért fontos része az eredmények közös értelmezése a vizsgálati személlyel, hogy biztosan jól értse, azok mit jelentenek. Szintén lényeges időt fordítani arra, hogy a személy kifejezhesse azokat az érzelmeket, amelyeket a vizsgálat és annak eredménye váltott ki belőle. Számolni kell azzal, hogy az érzelmi leereaglás hosszabb időt, akár egy egész terápiás órát is igénybe vehet.

Az intelligencia felmérésére több különböző mérőeszköz is rendelkezésre áll (lásd következő tanulmányok), ezért lehetőség van körültekintően kiválasztani, a vizsgálati személyhez illeszteni az alkalmazott tesztet. Ebben az alábbi szempontokat érdemes figyelembe venni (Lányiné Engelmayer, 2002; Frumkin, 2003 nyomán):

- Minden esetben fontos a vizsgálati személy anyanyelvéhez és életkorához illesztett vizsgáló eljárás használata (hátrányos helyzetű, idegen kultúrában nevelkedett, etnikai kisebbséghez tartozó személy esetében a közép- és alacsony IQ-értékű teszt alapján számított IQ-érték téves megítéléshez vezet).
- Szükségszerű a magyar mintán validált, hazai sztenderdekkel rendelkező intelligenciateszt használata, mely korszerű intelligenciaelméleten alapul. Az intelligenciateszt eredményének minőségi és szindróma-analitikus szintű értelmezéséhez alkalmazott további eljárások azonban már nem csak sztenderdizált eszközök lehetnek.
- Amennyiben felmerül részképességzavar a vizsgálati személynél, akkor fontos olyan eszközt választani, ami kevésbé érinti az adott képesség használatát. Például verbális zavarral küzdők esetében non-verbális tesztet alkalmazni vagy olvasási nehézség esetén kerülni az olvasásra épülő feladatokat. Verbális (túlsúlyú) intelligenciatesztből nyert IQ-érték nem alkalmas nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) személyek képességeinek megítélésére.
- Középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos személyek vizsgálatára olyan eljárást kell választani, amelynek mérési tartománya az alacsony IQ-értékekre is kiterjed.

Szintén kulcsfontosságú az eredmények *körültekintő és felelősségteljes* értelmezése. Lányiné Engelmayer (2002) és Frumkin (2003) nyomán az IQ-értékek értelmezésekor számításba kell venni

- a tesztek sztenderd mérési hibáját ($\pm 3-5$ IQ-pont);
- ugyanazon teszt fél éven belüli megismételt felvétele esetén a gyakorlási hatás következtében fellépő pontszámemelkedést (ez verbális IQ-értékben kb. 3 pontnyi, a performációs IQ-nál 9-10 pont körül, az összesített IQ-értékben 6 pont körül mozog);
- azt, hogy a sztenderdizálás évétől számítva az IQ-pontszámok évenként egyharmad ponttal emelkednek (pl. az egyéni IQ-értékek egy 15 évvel ezelőtt kifejlesztett eljárással mérve kb. 5 ponttal magasabbak lesznek ahhoz képest, mint ha a teszt mai változata kerülne felvételre);
- és azt, hogy az extrém (kedvező vagy ártó) környezeti feltételek hatására bekövetkezhet változás, amely az egyéni IQ értékét $\pm 10-15$ IQ-ponttal is befolyásolhatja.

Annak is tudatában kell lennünk, hogy az intelligenciavizsgálatok eredménye minősítést jelent a személy számára, ami jelentősen befolyásolhatja a jövőjét (például iskolai megítélését, pályaválasztását, munkaalkalmasságát). Egy téves diagnózis hosszú távon súlyos kárt okozhat a személynek és családjának egyaránt. Lányiné Engelmayer (2002) ezért a pszichometriai megközelítés korlátait tárgyalva hangsúlyozza, hogy az egyén életét jelentősen befolyásoló döntés nem alapulhat önmagában az IQ-értéken. Ilyen esetekben szükséges az intelligenciavizsgálatok eredményének többszintű elemzése, valamint beágyazása a teljes klinikai vizsgálatba, amely kiterjed a szocioökonómiai státusz, a személyiség, a motiváció, a tudatállapot és az érzelmi állapot felmérésére is.

7. Összefoglalás

Az érvényes és megbízható intelligenciavizsgálat előfeltétele, hogy a mérés korszerű intelligenciaelméleten alapuljon. Az intelligencia – általános értelmi képesség – összetett képesség, mely több faktorra bontható fel. Az intelligencia korai, faktoranalitikus elméletei hierarchikus modellben gondolkodnak, melynek csúcán az általános intelligencia, a g faktor áll, amely felosztható első- és másodrendű faktorokra, melyekhez hozzárendelhetők a tesztfeladatok.

A korszerű, átfogó intelligenciatesztek alkalmasak a teljes hierarchikus rendszer mérésére, melyben az össze-

sített IQ-pontszám a g faktor mutatója. Ez a mutató azonban önmagában korlátozottan ad információt az intelligencia összetett rendszeréről. A differenciált vizsgálat magában foglalja az alfaktorok minőségi elemzését (profilanalízis), valamint beágyazását a tágabb kontextusba (kognitív képességek rendszere, szocioökonómiai státusz, személyiségműködés, motivációs, tudati és érzelmi állapot).

Az intelligencia vizsgálatának kulcspontja a megfelelő (személyhez illesztett) és módszertanilag korszerű vizsgáló eljárás kiválasztása, valamint az eredmények körütekintő és felelősségteljes elemzése.

Zárásként szeretnénk megemlíteni, hogy a kognitív pszichológiában megszülettek olyan intelligenciaelméletek is, amik bár a mérés szintjén kevésbé kidolgozottak, ám a gyakorlati szakemberek szemléleti keretébe már elkezdtek beépülni. E modellek azt írják le, hogy melyek azok a területek, amelyeken eltérő minőségben jelennek meg intellektuális képességeink. Gardner (1983) hat intelligenciacsaládot különít el: nyelvi, zenei, logikai-matematikai, téri, testi-kinesztéziás és személyes intelligencia, és ezt kiegészítendő, idesorolhatjuk Goleman érzelmi intelligencia elméletét is. E modellek gyakorlati vonatkozásaként azt érdemes kiemelni, hogy felhívják a figyelmet arra, hogy különböző területeken eltérő mértékben és minőségben vagyunk tehetségesek, és arra, hogy átfogó képet egy személyről akkor kaphatunk, ha e területeket átfogóan mérjük fel.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Alexander, W. P. (1935). Intelligence, concrete and abstract. *Brit. J. Psychol.*, 19.
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities. A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Folstein, M., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). „Minimal Mental State” a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12(3): 189–198.
- Frumkin, I. B. (2003). *Mental Retardation. A Primer to Cope with Expert Testimony*. National Legal Aid & Defender Association.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books, New York.
- Horn, J. L. (1991). Measurement of intellectual capabilities: A review of theory. In McGrew, K. S., Werder, J. K., Woodcock, R. V. (eds.): *Woodcock-Johnson technical manual*. Riverside, Chicago, IL. 197–232.
- Horn, J. L., & Donaldson, G. (1980). Cognitive development II: Adulthood development of human abilities. In Brim, O. G., & Kagan, J. (eds.): *Constancy and change in human development: A volume of review essays*. Harvard University Press, Boston.
- Kárpáti L. (2016). Az intelligenciamodellek történeti áttekintése. *Magyar Tudomány*, 3: 1–12.
- Kun M., & Szegedi M. (1983). *Az intelligencia mérése*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á. (2002). Intelligencia, IQ, értelmi fogyatékoság. (Témaösszefoglaló). In Vajda Zs. (szerk.): *Az intelligencia és az IQ vita*. (Pszichológiai Szemle Könyvtár, 5.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 111–125.
- Lányiné Engelmayer Á. (2017). *Intellektuális képességszavar és pszichés fejlődés*. Medicina, Budapest.
- Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer’s disease and frontotemporal dementia. *Neurol.*, 55(11): 1613–1620.
- Nagy H., Oláh A. (2013). Napjaink tendenciái. Pozitív pszichológia. In Bányai É. & Varga K. (szerk.): *Affektív pszichológia – Az emberi motívumok és érzelmek világa*. Medicina, Budapest. 557–579.
- Nagybányai Nagy O., & Rózsa S. (2006). A mentális képességek tesztelése. In Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh A. (szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer, alkalmazás*. (HEFOP kézirat.)
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53: 695–699.
- Rózsa S., & Hevesi K. (2006). A pszichológiai mérés történeti gyökerei és a mérés problémája a pszichológiában. In Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh A. (szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer, alkalmazás*. (HEFOP kézirat.)
- S. Nagy Z., & Verseghe A. (2022). Pszichológiai és neuropszichológiai vizsgálat sajátosságai a rehabilitációban. In Vekerdy-Nagy Zs., Cserhádi P., Polgár A., & Zsebe A. (szerk.): *A rehabilitációs és fizikális medicina gyakorlata*. Medicina, Budapest. 267–274.
- Spearman, C. (1904). General intelligence, objectively determined and measured. *Am. J. Psychol.*, 15: 201–293.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. Cambridge University Press, New York.

- Thorndike, E. L., Bregman, E. O., Cobb, M. V., Woodyard, E., & Inst. of Educational Research Div. of Psychology, Teachers Coll, Columbia U. (1926). *The measurement of intelligence*. Teachers College Bureau of Publications, New York.
- Thurstone, L. I. (1938). *Primary mental abilities*. University of Chicago Press, Chicago.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia*. Osiris, Budapest.
- Vajda Zs. (2002). Az intelligencia természete. In uő (szerk.): *Az intelligencia és az IQ vita*. (Pszichológiai Szemle Könyvtár, 5.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 85–109.
- Verseghi A. (2008). Kvalitatív megközelítések a neuropszichológiában. In Kállai J., Bende I., Karádi K., & Racsomány M. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina, Budapest. 19–44.
- Verseghi A., & S. Nagy Z. (2022). Neuropszichológiai terápia folyamatának főbb jellegzetességei a rehabilitációban. In Vekerdy-Nagy Zs., Cserhádi P., Polgár A., & Zsebe A. (szerk.): *A rehabilitációs és fizikális medicina gyakorlata*. Medicina, Budapest. 574–580.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Williams & Wilkins Co., Baltimore.



A Wechsler-féle intelligenciatesztek

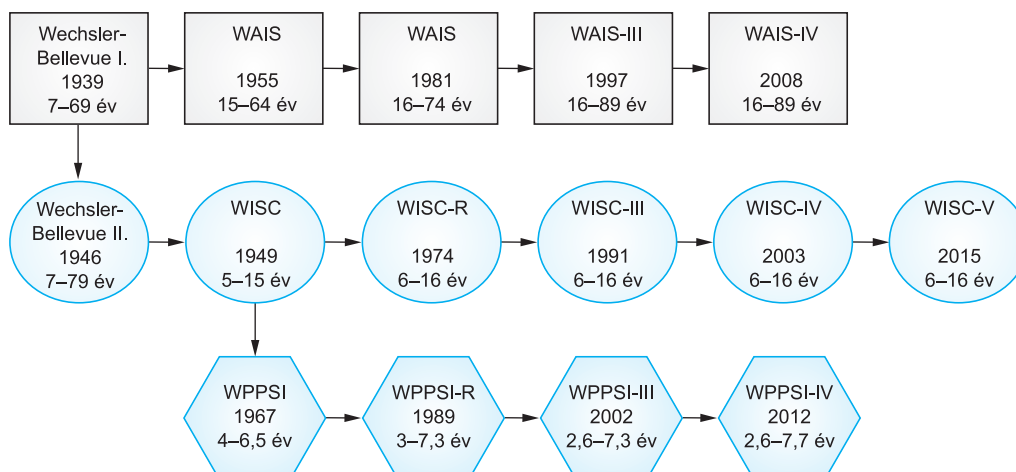
Mészáros Andrea

Az intelligencia mérésének történetében fontos fejezetként tartják számon a Wechsler-teszteket. A következőkben röviden bemutatjuk az eljárás első változata kidolgozásának körülményeit és mozgatórugóit, illetve a Wechsler-féle intelligenciatesztek fő jellemzőit, majd életkori bontásban áttekintjük a tesztcsalád negyedik sorozatának elemeit.

1. A Wechsler-féle intelligenciateszt megszületése

Az első intelligenciatesztek megszületése révén lehetővé vált az általános fejlettségi szint számszerű (mentális korban, majd intelligenciahányadosként történő) kifejezése. A gyakorlati felhasználók körében azonban idővel újabb igényként megfogalmazódott, hogy a tesztek a globális IQ-érték megadásán túl a kognitív képességek specifikusabb aspektusainak megismerésére is adjanak lehetőséget, diagnosztikus támpontként segítve a klinikai döntéshozatalt. Az intelligenciamérés második hullámához, a klinikai profilanálízis gondolatköréhez kapcsolódik David Wechsler munkássága, a Wechsler-tesztek első változatának megalkotása, amellyel a mai napig elvülhetetlen érdemeket szerzett az intelligenciatesztelés terén (Flanagan és Kaufman, 2009).

A klinikai profilelemzés ugyanis a klasszikus, Binet-típusú skáláktól számos tekintetben eltérő szerkesztési szabályokat és értékelési metodikát igényelt. Az egyéni képességstruktúra pontosabb, részletesebb megismerésének feltétele, hogy az intelligenciateszt olyan feladat-típusokból (vagyis „szubtesztekből”) álljon, amelyek önmagukban is értékelhetők (vagyis az értékpontok hozzárendelésével számszerűen és objektíven meghatározható a megoldás színvonala). Emellett az egyén működésmódjának árnyaltabb megértéséhez az is szükséges, hogy a szubtesztek csoportosítása, összevonása révén (pl. szóbeli választást igénylő vs. cselekvéses megoldáson alapuló feladatok) az átfogó intellektuális teljesítmény háttérében álló, specifikusabb tartalmú mutatókat (kvóciensek, indexek) is meg lehessen határozni. Az új kihívásokra válaszul, az intelligenciamérés történetében fordulópontként született meg 1939-ben a Wechsler-Bellevue Skála I. változata (W-B I.), a Wechsler-típusú intelligenciatesztek prototípusa. A tesztcsalád fejlődéstörténetét az 1. ábra foglalja össze. A Wechsler-féle intelligenciatesztek, gyermekek és felnőttek számára kidolgozott változatai révén, az intellektuális működés egyéni helyzetben történő felmérésére széles életkori (2 és fél évtől 89 évig) övezetben és funkciószinten (40-tól 160 IQ-ig) alkalmazhatók. A Wechsler-tesztek népszerűsége kidolgozásuk óta töretlen, a nemzetközi



1. ábra. A Wechsler-intelligenciatesztek története (Kaufman és Lichtenberger, 2008: 8. nyomán)

és hazai vonatkozásban is a legnépszerűbb, legrégebbi körben alkalmazott és kutatott eljárás, köszönhetően átfogó jellegének, klinikai hasznosságának, ökológiai validitásának és megszilárdult elméleti háttérének (Wahlstrom, Raiford, Breaux, Zhu és Weiss, 2018).

A Wechsler-tesztek kidolgozása eredetileg inkább gyakorlati és klinikai megközelítésen alapult, és nem annyira elméleti megfontoláson (Kaufman és Lichtenberger, 2009). Wechsler azzal a motivációval kezdett el teszteket kidolgozni, hogy többet tudjon meg pácienseiről a Bellevue pszichiátriai klinikán, ahol klinikai pszichológusként dolgozott. A tesztekre dinamikus klinikai eszközökként tekintett, amelyek mintegy tükröt tartanak a rejtett személyiségnek. Úgy ítélte meg, hogy a Binet-tesztekben túl nagy hangsúlyt kap a verbalitás, továbbá nem alkalmasak felnőttek vizsgálatára. Szemléletmódjában klinikai jártassága és az európai tanulmányútja során Charles Spearman és Karl Pearson mellett szerzett statisztikai képzettsége ötvöződött az amerikai hadsereg pszichológusaként szerzett kiterjedt tesztelési gyakorlatával.

Egy adott teszteljárás tartalmát alapvetően meghatározza, hogy annak kidolgozója miként definiálja, hogyan értelmezi az általa mérni kívánt konstruktumot. Wechsler az intelligenciát az egyének globális vagy összesített képességének tekintette, amellyel képesek célszerűen cselekedni, észszerűen gondolkodni és a környezethez hatékonyan alkalmazkodni (Wechsler, 1939; Kun és Szegedi, 1996). Ez a gyakorlati indíttatású intelligenciadefiníció egyidejűleg támogatja a Wechsler-teszt megszületésekor uralkodó két, ellentétes elméleti koncepciót: Charles Spearman „g” (general, általános) faktor felfogását (amely szerint az intelligencia globális, mivel a személy viselkedését egészében jellemzi) ötvözi Thurstone többszörös intelligencia értelmezésével (amely szerint az intelligencia nem teljesen független, de minőségileg megkülönböztethető elemek vagy képességek összesítésének eredménye) (Wasserman, 2018).

Wechsler elgondolása szerint az intelligencia számos különböző módon juthat kifejezésre, ezért minél többféle feladattípust alkalmazunk, a teszt annál alaposabban képes megragadni az egészet. Ennek köszönhetően a Wechsler-tesztek hagyományosan viszonylag sok (jellemzően 10–15), egymástól elkülöníthető feladattípusból, szubtesztből állnak. Ennek velejárója az is,

hogy a felvétel ideje viszonylag hosszabb, kb. 45–90 perc közötti, különösen magas intellektusú személyek esetén. Wechsler úgy gondolta, hogy különböző típusú tesztek különböző emberek, csoportok számára lehetnek előnyösek vagy kedvezőtlenek, így éppen a tartalom sokfélesége garantálhatja a teszt egészének elfogulatlanságát. A Wechsler-Bellevue (továbbiakban W-B) Skálát alkotó 11 „tradicionális Wechsler-szubteszt” forrásai egyébként a Stanford–Binet Skála és az Army Alpha,¹ illetve Army Beta tesztek voltak. A teszt újszerűsége tehát nem annyira az azt alkotó feladattípusokban keresendő, hanem sokkal inkább azok kreatív felhasználásában és csoportosításában.

W-B teszt publikálásával David Wechsler meghonosította a deviációs IQ használatát, megoldva ezzel a felnőttek IQ-számításának módszertani problémáját. A deviációs IQ számítása ugyanis már nem a mentális kor és az életkor hányadosán alapul, hanem azt fejezi ki, hogy a személy teljesítménye mennyiben tér el a vele azonos életkorú személyek csoportjából kialakított normatív minta átlagától. Nevéhez kötődik továbbá a profilírozható tesztmódszer kidolgozása, illetve a szubtesztek verbális és performációs mutatók alá történő besorolása. A verbális (szóbeli megértést és válaszadást igénylő feladattípusokat tartalmazó) és a performációs (cselekvéses próbákból álló) összesített mutató (kvóciens, hányados) azon az elképzelésen alapult, hogy az intelligencia egyaránt kifejezhető és mérhető verbális és nonverbális módokon. A VQ–PQ megkülönböztetéssel kapcsolatban ugyanakkor Wechsler megjegyzi, hogy a szubtesztek verbális és performációs területekre történő felosztása nem jelenti azt, hogy kizárólag ezek volnának a teszt által mért képességek. A szubtesztek az intelligencia különböző mérőeszközei, nem pedig különböző intelligenciaformákat mérő eszközök. A verbális–performációs kettős felosztás csupán a tesztek többféle csoportosíthatóságának egyik lehetséges módja, amely megkülönböztetés klinikai szempontból hasznosnak tűnik (Wechsler, 1958; Flanagan és Kaufman, 2009).

A W-B teszt a szubtesztek szerkezete és szerveződése szempontjából is úttörőnek számított, ugyanis az egyes feladattípusok felépítésében longitudinális szerkesztési elvet követett. A Binet-teszt az egyes korcsoportokra külön-külön összeválogatott feladattípusok-

¹ Az Army Alpha eljárást az első világháború idején Robert Yerkes és munkatársai fejlesztették ki az amerikai hadsereg számára, a katonák intellektuális működésének csoportos felmérésére, a szolgálatra való alkalmasság, a munkaköri besorolás meghatározásához (Yoakum és Yerkes, 1920). A teszt a verbális képességet, számolási képességet, az utasítások követésének képességét és az általános tájékozottságot mérte. Az Army Beta az írástudatlan, iskolázatlan vagy angol nyelven nem beszélő katonák vizsgálatára kidolgozott nem verbális tesztkészlet volt.

ból állt, és a feladatok megoldását életkorban fejezte ki. A Wechsler-skálában ezzel szemben életkortól függetlenül ugyanazokkal a feladattípusokkal találkozhatnak a személyek. A szubteszteket alkotó feladatok nehézségi sorrendbe állítva kerülnek felvételre, majd az elért nyerspontszámot az életkornak megfelelő normatáblázat segítségével értékponttá alakítjuk. Ez az értékpont jelöli ki a személy helyét a teljesítményskálán, a többiekhez viszonyítva (például 8–12 értékpont között a személy átlagos, az életkorára jellemző szintű megoldást nyújtott).

2. A Wechsler-féle intelligenciateszt-család fejlődésének további állomásai és a tesztek értelmezésének újabb hullámai

A 40-es évek második felétől kezdve különböző életkori csoportokra (óvodás, iskolás és felnőtt korosztályra) külön tesztváltozatokat dolgoztak ki, amellyel párhuzamosan – egyfelől a gyakorlati tapasztalatok felhalmozódásával, a klinikai igények és elvárások módosulásával, másfelől az intelligenciatesztelés következő hullámainak hatására – a Wechsler-tesztek szerkezete és tartalmi összetevői folyamatosan megújításra, korszerűsítésre kerültek.

A pszichometriai profilelemzés, az intelligenciatesztek értelmezésének harmadik hulláma az 1960-as és 70-es években köszöntött be a számítógépek és statisztikai elemző programok elterjedésével (Kamphaus, Winsor, Rowe és Kim, 2018). Ennek az iránynak a fő törekvése az volt, hogy az intelligencia szerkezetét kutató faktoranalitikus elemzések eredményeit beépítsék az intelligenciatesztek értelmezésébe. A technikai és statisztikai szoftverek ugyanis lehetővé tették, hogy a népszerű tesztek pszichometriai tulajdonságait és különböző interpretációs módszereinek érvényességét tudományos eszközökkel elemezzék. Így például elsők között Cohen átfogó faktorelemzést végzett a Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC, 1949; magyarul WISC Gyermek-intelligenciateszt) sztenderdizációs mintáján. Később Kaufman a WISC módosított tesztváltozatához (WISC-R) dolgozott ki a méréselméletben gyökerező, szisztematikus és hierarchikusan felépített alternatív megközelítést, hangsúlyt helyezve az értelmezésben a rugalmasságra. Ezeknek az elemzéseknek számos fontos, ma is érvényes hozadéka volt. Egyfelől megerősítették, hogy az intelligenciatesztek esetében az összesített IQ-érték (Teljes teszt IQ, röviden TtIQ) a legmegbízhatóbb és legérvényesebb pszichometriai mutató, így ez

az értelmezés alapja. Emellett alátámasztották, hogy a Wechsler-tesztek faktorszerkezete három vagy több komponensre osztható (vagyis a VQ–PQ felosztás nem igazolható). Igazolták továbbá, hogy az egyes szubteszteket nem helyes önmagukban, specifikus képességvizsgáló feladattípusként értelmezni, mivel ezek reliabilitása és validitása kisebb (Kamphaus, Winsor, Rowe és Kim, 2018).

A pszichometriai megközelítés érintette az egyén, illetve a klinikai csoportok szintjén végzett profilanalízis megbízhatóságának kérdéskörét is. Az egyéni profilelemzés célja adott személy esetében a szubtesztek közötti eltérés mértékének vizsgálata (azaz mennyire kiegyenlített vagy épp szórt a képességstruktúra), továbbá a kognitív erősségek (magas pontszámú szubtesztek) és gyengeségek (alacsony pontszámú szubtesztek) azonosítása. (Megjegyezzük, hogy a Wechsler-tesztek legújabb változataiban az ipszatív elemzéshez az eltérések mértékének és jelentőségének mérlegelésére külön algoritmust dolgoztak ki, a sztenderdizációs minta pontszámeloszlására alapozott kritikus értékekkel történő összehasonlítás alapján.)

Számos tanulmányban vizsgálták, hogy a profilelemzés vajon alkalmas-e különböző klinikai csoportok azonosítására (például az IQ és az intelligenciastruktúra alapján felismerhető-e az ADHD vagy akár a diszlexia), illetve léteznek-e differenciáló erejű (például az organikus károsodást a pszichés hátterű, funkcionális tünetképzéstől megkülönböztető) képességprofilok. Noha a kutatási eredmények túlnyomórészt megkérdőjelezték a profilelemzés érvényességét és a differenciáló értékű profilokra vonatkozó elgondolás védhetőségét, illetve indokoltságát (Flanagan és Kaufman, 2009), a gyakorlatban azonban az IQ-tesztekkel kapcsolatban ez az elvárás továbbra is gyakran megfogalmazódik.

A jelenkor megköveteli a korszerű intelligenciamérő eljárásoktól, hogy a megfelelő pszichometriai tulajdonságok mellett igazolható intelligenciaelméleti megalapozottsággal is rendelkezzenek. Az elmélet és a klinikai gyakorlat explicit összekapcsolódásának követelményét deklarálja az intelligenciatesztelés negyedik hulláma. A Wechsler-tesztek családjában a negyedik generációs kiadások az első olyan hibrid tesztek (kronológiai sorrendben ezen belül is az iskolások számára készült WISC-IV), amelyek szerkezetük jelentős megújítása mellett (a tradicionális VQ–PQ dichotómiát felváltva a kognitív funkciók szűkebb tartományát megragadó, többféle indexek használatával) az értelmezés szintjén ötvözik a hagyományos Wechsler-féle megközelítést

a Cattell–Horn–Carroll (CHC) intelligenciaelmélettel (Carroll, 1993; Carroll, 1996; Wahlstrom, Raiford, Breaux, Zhu és Weiss, 2018). A faktoranalízisen nyugvó CHC-elmélet szerint az intelligencia szerkezete hierarchikus. Az első szinten az általános intelligencia g-faktora helyezkedik el, amely mentális erőforrásként szolgál minden kognitív feladat megoldása során (a Wechsler-tesztekben ezt a Teljes teszt IQ fejezi ki). A második szinten az átfogó képességek (klaszterek vagy széles sávú képességek) helyezkednek el, míg a legalsó szinten a speciális vagy szűk sávú képességek találhatók. A CHC-elmélet motiválta faktorelemzés például a WISC–IV esetében egy ötfaktoros modellt igazolt, amelynek elemei a következő széles sávú képességek: kristályos intelligencia (G_c), vizuális feldolgozás (G_v), fluid intelligencia (G_f), rövid távú memória (G_{sm}) és feldolgozási sebesség (G_s). Fontos megjegyeznünk ugyanakkor, hogy a Wechsler-tesztek továbbra is megőrizték és az újabb kiadásokba is átörököítették Wechsler intelligenciáról és annak méréséről alkotott koncepcióját. Noha Wechsler maga sokkal inkább klinikus és tesztfejlesztő volt, mint elméleti szakember, a modern faktoranalitikus elméletekkel mára megalapozást nyert a tesztkonstrukciója, illetve az értelmezés szintjén összhangba hozható az intelligencia ma leginkább támogatott elméleti megközelítésével. Röviden: a Wechsler-tesztek nem elméletvezérelten kidolgozott eljárások, ugyanakkor újabb változatai elméleti és pszichometriai szempontból is igazolt módszerek.

3. A Wechsler-tesztek hazai változatai

A Wechsler-tesztek Magyarországra először német közvetítéssel jutottak el. Az USA-ban 1955-ben kiadott, felnőtteknek készült tesztváltozat, a Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) az akkori NSZK-ban adaptált és sztenderdizált változatban 1956-ban Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) néven kerül kiadásra. Később, 1971-ben ennek hazánkban sztenderdizált változata Magyar Wechsler Intelligenciatesztként (MAWI) jelent meg, amely aztán 1996-ban kissé módosult (Kun és Szegedi, 1971; 1996).

Az iskolás korosztály számára készült változat ezzel egy időben, a Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK) magyarításával 1971-ben készült el. Ezt 1996-ban, a szintén német HAWIK-R adaptációjaként a Magyar Wechsler gyermek-intelligenciateszt (MAWGVI-R) követte (Lányiné Engelmayer, Nagy, Nagyné Réz, Ringhofer és Szegedi, 1996). A tesztcsalád legfiatalabb tagja, az óvodások számára kidolgozott változat az NSZK-ban 1975-ben Hannover Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter (HAWIVA) elnevezéssel került bevezetésre. Ennek magyar adaptációja 1988-ban Óvodás Wechsler Intelligencia Teszt (OWI) névvel került klinikai kipróbálásra (Nagy, 1988), de nagyobb mintán nem történt meg a bemérése.

A Wechsler-tesztek negyedik generációja mind a teszt története, mind a hazai gyakorlat szempontjából kiemelt jelentőségű. Túl azon, hogy a korábbi kiadásokhoz képest itt kerültek bevezetésre a tartalmat, szerkezetet és értelmezést érintő legnagyobb mérvű változtatások, Magyarországon ez a sorozat vált elsőként a szakmai közönség számára elérhetővé az eredeti (USA-beli) kiadás hivatalos, jogtisztta és reprezentatív mintán bemért változatában (a WISC–IV 2008-ban,^{2,3} a WAIS–IV 2010-ben, illetve a WPPSI–IV 2014-ben). A következőkben röviden bemutatjuk ezeket a kiadásokat. Megjegyezzük, hogy a Wechsler-tesztekben az egységes, sztenderd felvételi eljárás érdekében a szubtesztek bemutatásának sorrendje és módja, a vizsgáló által adható visszajelzések, illetve a válaszok értékelése és pontozása szigorú előírásokhoz kötött. Ezeket a szabályokat a tesztfelvételi és pontozási kézikönyvek részletesen ismertetik.

3.1. Gyermektesztek

3.1.1. WPPSI–IV

A Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition (WPPSI–IV, 2012; magyarul Wechsler Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt – Negyedik kiadás, 2014) 2 év 6 hónap és 7 év 7 hónap (továbbiakban a kézikönyvekben egységesen alkalmazott jelölésmódot

² Az NFT HEFOP 2.1. Hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlőségének biztosítása az oktatási rendszerben központi programja „B” komponensének keretében az OS Hungary Tesztfejlesztő együttműködésével 2005-ben indult a sztenderdizációs folyamat, amelyben több mint 1000 főből álló, a teljes 6–16 éves magyar populációt reprezentáló mintán történt az eljárás bemérése. A sztenderdizációt irányító kutatócsoport tagjai Lányiné Engelmayer Ágnes, Nagyné dr. Réz Ilona, Bass László, Kuncz Eszter, Mészáros Andrea, Mlinkó Renáta és Rózsa Sándor voltak.

³ Az USA-ban 2015-ben az iskolás tesztből megjelent egy újabb változat (WISC–V), ebből azonban nem készült magyar kiadás, így ezt nem részletezzük.

követve 2:6–7:7 év) között kétszemélyes helyzetben alkalmazható átfogó klinikai intelligenciateszt, amely korszerű intelligenciaelméleti, valamint fejlődés- és neuropszichológiai háttérismereteken alapul. Tekintettel arra, hogy a vonatkozó életkori sáv a neurokognitív fejlődés intenzív szakasza, meghatározási fejlődési váltással, az eljárás két életkori tartományra osztott szubtesztkészlet és tesztstruktúra szempontjából. A legfiatalabbak, a 2:6–3:11 év közötti gyerekek felmérésére kevesebb szubteszt szolgál, és ezek szóbeli követelménye minimális, redukálva ezáltal a korlátozott figyelmi kapacitás és a nyelvi fejlődés lehetséges zavaró hatását a teljesítményre. Az idősebb, 4:0–7:6 év közötti gyermekek felmérésére több szubteszt alkalmazható, amelyek már kidolgozottabb nyelvhasználatot és magasabb szintű következtetési képességet igényelhetnek.

A WPPSI-IV összesen 15 szubtesztet tartalmaz, amelyből a kisebbekkel 7, a nagyobbakkal 15 vehető fel. Ezek eredményeinek felhasználásával az átfogóbb kognitív területeken nyújtott teljesítmény értékeléséhez 10 féle összesített csoportpont (index) áll rendelkezésre (a kicsiknél 7, a nagyoknál 10 index számolható). Az egyes szubtesztek rövid leírását az 1. táblázat tartalmazza.

A tesztet alkotó szubtesztek három kategóriába sorolhatók. Az alapszubtesztek a számítás és a normatív értékelés alapjai. A kiegészítő szubteszt szükség esetén meghatározott alapszubtesztet helyettesíthet (pl. adminisztrációs hiba esetén) a Teljes teszt IQ meghatározásához, illetve kiegészítő index része lehet. Csak a nagyobb korcsoportban vannak ezenfelül választható szubtesztek is, amelyek kizárólag kiegészítő index komponensei lehetnek, nem helyettesíthetők vele érvénytelen vagy hiányzó alapszubtesztek. Az egyes szubtesztek besorolása a korosztály vagy az index függvényében változhat.

A WPPSI-IV 10 összesített csoportpontja három kategóriára osztható. A Teljes teszt IQ (TtIQ) az átfogó mentális működési szint („g-faktor”) számszerűsítésére és leírására szolgáló főindex, amely meghatározása a kicsik esetében 5, a nagyok esetében 6 szubteszten alapul. Az Elsődleges indexek faktorelemzéssel kerültek kialakításra, és az agy fejlődésével összefüggésben a kognitív képesség átfogó leírásának legfőbb, specifikus tartományai (széles sávú képességek). A kisebbek esetében ezek a Verbális megértés, Téri-vizuális, Munkamemória, amely a nagyobbaknál kiegészül a Fluid gondolkodással, Feldolgozási sebességgel. A Kiegészítő indexek elméleti alapon kialakított pontszámok, amelyek

1. táblázat. A WPPSI-IV szubtesztek rövid leírása

Szubteszt neve	Feladat bemutatása
Mozaik-próba	A vizsgáló által megépített modellek, illetve a Tesztkönyvben szereplő ábrák megépítése egy- vagy kétszínű kockákból, adott időhatáron belül.
Általános ismeretek	Képek kiválasztása, illetve kérdésekre adatott válaszok alapján az általános tájékozottság, illetve az általános ismeret, tudás szélesebb körének felmérése (pl. „Mivel rágjuk meg az ételt?”).
Mátrix-következtetés	A felkínált válaszlehetőségek egyikével a megkezdett, hiányos mátrixok vagy sorozatok kiegészítése, a szabály felismerése alapján.
Állatkereső	120 másodpercen keresztül a sorok elején látható változó célingernek megfelelő állat lepecsételése a keresési csoportban.
Képemlékezet	Három vagy öt másodpercig megfigyelt egy vagy több tárgy képének felismerése más képek között.
Közös jelentés	A képes feladatokban két másik képpel azonos csoportba tartozó kép kiválasztása. A verbális feladatokban két hétköznapi tárgy vagy fogalom közös jellemzőjének meghatározása (pl. „Miben hasonlít egymásra az apa és a báty? Mi mind a kettő?”).
Képi fogalomalkotás	Két vagy három sorban elrendezett képek közül ki kell választani soronként azt az egyet, amelyik valamilyen közös jellemző alapján összetartozik.

1. táblázat folytatása

Szubteszt neve	Feladat bemutatása
Törlés	Véletlen és strukturált elrendezésben megjelenő ingerek között meghatározott célingerek (ruhák) gyors azonosítása és megjelölése.
Állatkerti séta	Egy állatkertet jelképező rácsmintában három, illetve öt másodpercig megfigyelt egy vagy több állat helyének megjegyzése, majd az állatok képének korábban bemutatott lakóhelyükre történő lerakása.
Tárgykirakó	Adott időhatáron belül több darabból álló kirakó összeillesztése.
Szókincs	Tárgyképek megnevezése, illetve szavak jelentésének magyarázata (pl. „Mit jelent az, hogy bosszant?”).
Állatkódolás	120 másodpercen belül egy pecsételő segítségével, jelkulcs alapján, adott állathoz tartozó szimbólum megjelölése.
Általános megértés	Képek kiválasztása, illetve kérdésekre adatott válaszok alapján általános elvek, szabályok és társas helyzetek megértése (pl. „Miért hordunk cipőt?”).
Szóértés	Négy lehetséges kép közül a célszónak, szó szerkezetnek megfelelő kép kiválasztása.
Képmegnevezés	Színes rajzokon bemutatott, főneveket ábrázoló képek megnevezése egy szóval.

2. táblázat. A WPPSI–IV felépítése (a) 2:6–3:1 és (b) 4:0–7:7 éves gyerekek esetében. A lehetséges helyettesítő szubtesztek zárójelben szerepelnek.

a) 2:6–3:11 évesek

Teljes teszt IQ

Verbális megértés Szóértés Általános ismeretek (Képmegnevezés)	Téri-vizuális Mozaik-próba (Tárgykirakó)	Munkamemória Képelemlékezet (Állatkerti séta)
Elsődleges indexek		
Verbális megértés Szóértés Általános ismeretek	Téri-vizuális Mozaik-próba Tárgykirakó	Munkamemória Képelemlékezet Állatkerti séta
Kiegészítő indexek		
Szókincs-elsajátítás Szóértés Képmegnevezés	Nonverbális Mozaik-próba (Tárgykirakó) Képelemlékezet (Állatkerti séta) Állatkereső	Általános képesség Szóértés Általános ismeretek (Képmegnevezés) (Általános megértés) Mozaik-próba (Tárgykirakó)

b) 4:0–7:7 évesek

Teljes teszt IQ

Verbális megértés Általános ismeretek Közös jelentés (Szókincs) (Általános megértés)	Téri-vizuális Mozaik-próba (Tárgykirakó)	Fluid gondolkodás Mátrix-következtetés (Képi fogalomalkotás)	Munkamemória Képelemlekezet (Állatkerti séta)	Feldolgozási sebesség Állatkereső (Törlés) (Állatkódolás)
Elsődleges indexek				
Verbális megértés Általános ismeretek Közös jelentés	Téri-vizuális Mozaik-próba Tárgykirakó	Fluid gondolkodás Mátrix-következtetés Képi fogalomalkotás	Munkamemória Képelemlekezet Állatkerti séta	Feldolgozási sebesség Állatkereső Törlés
Kiegészítő indexek				
Szókincs-elsajátítás Szóértés Képmegnevezés	Nonverbális Mozaik-próba (Tárgykirakó) Mátrix-következtetés Képi fogalomalkotás Képelemlekezet (Állatkerti séta) Állatkereső (Törlés) (Állatkódolás)	Általános képesség Általános ismeretek Közös jelentés (Szókincs) (Általános megértés) Mozaik-próba (Tárgykirakó) Mátrix-következtetés (Képi fogalomalkotás)	Kognitív hatékonyság Képelemlekezet Állatkerti séta Állatkereső Törlés (Állatkódolás)	

a klinikai helyzetekben járulékos információkkal járulnak hozzá a kapott eredmények mélyebb szintű értelmezéséhez. A fiatalabbak esetében a Szókincs-elsajátítás Index, a Nonverbális Index és Általános képesség Index meghatározására van lehetőség, 4 éves kortól ez kiegészül a Kognitív hatékonyság Index számításának lehetőségével. A WPPSI-IV felépítését a két életkori csoportban a 2. táblázat ismerteti.

3.1.2. WISC-IV

A Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV, 2003; magyarul WISC-IV Gyermek-intelligenciateszt, 2008) a 6:0 és 16:11 éves kor közötti gyermekek intelligenciaszintjének átfogó mérésére szolgáló klinikai mérőeszköz, amely 5 éves kutató- és fejlesztőmunkát, több ezer főre kiterjedő kísérleti kipróbálást követően 2003-ban került kiadásra az Amerikai Egyesült Államokban. A Wechsler Intelligenciatesztek negyedik generációjának ez volt az első eleme, így a korábban ismertetett WPPSI-IV, illetve a felnőtteknek szóló WAIS-IV kidolgozásakor már e változattal

kapcsolatos gyakorlati és elméleti megfontolásokra építettek.

Az eljárás összesen 15 szubtesztet tartalmaz, amelyből 10 alapszubteszt (a Teljes teszt IQ számításának alapja), további 5 szubteszt pedig az alapszubtesztek esetleges helyettesítésére (például ismert motoros probléma esetén a Mozaik-próba helyett a Képkiegészítés) vagy további, átfogóbb elemzés céljából kiegészítő feladattípusként szolgál. A szubtesztek a tesztfelvétel során előre meghatározott, kötött sorrendben kerülnek bemutatásra, ez biztosítja a feladatok által elvárt tevékenységek megfelelő változatosságát, illetve a rapport fenntartását. A teszt eredményeinek értelmezésekor folyamatpontszámok formájában nagy szerepet kap a minőségi elemzés is. Ennek keretében bizonyos szubteszteken belül további elemzés is végezhető, a teljesítményben szerepet játszó faktorok jobb megértése céljából. Példaként a Törlés szubtesztet említjük, amelyben összevethető a véletlen és a strukturált elhelyezésben szerzett pontszámok. A WISC-IV szubtesztjeit a 3. táblázat mutatja be.

A pszichometriai profilanálízis és az információfeldolgozás kurrens neurokognitív modelljei hatására a

3. táblázat. A WISC–IV szubteszték áttekintése azok felvételének sorrendjében (Flanagan és Kaufman, 2009: 29–30. és Wechsler, 2008: 6. nyomán)

Szubteszt neve	Feladat	Index	Egyéb
Mozaik-próba	A vizsgálati személynek modelleket vagy két-dimenziós geometriai mintázatokat kell piros és fehér oldalú kockákból, meghatározott időn belül megépítenie.	Perceptuális következtetés (Pkl)	alapszubteszt folyamatpontszám számítható
Közös jelentés	A vizsgálati személynek két hétköznapi tárgy vagy fogalom közötti hasonlóságot kell megfogalmaznia (pl. „Miben hasonlít egymáshoz az alma és a banán?”).	Verbális megértés (VmI)	alapszubteszt
Számterjedelem	A szubteszt két részből áll. A „Számterjedelem előre” feladatban növekvő elemszámú számsorozatokat kell egyszeri hallás után megismételni. A „Számterjedelem fordított sorrendben” feladatban a számokat az elhangzáshoz képest fordított sorrendben kell visszamondani.	Munka-memória (MmI)	alapszubteszt folyamatpontszám számítható
Képi fogalomalkotás	A vizsgálati személynek két vagy három sorban elrendezett képek közül kell egyet-egyet kiválasztania úgy, hogy azok közös jellemzőik alapján egy csoportot alkossanak.	Perceptuális következtetés (Pkl)	alapszubteszt
Kódolás	A vizsgálati személynek geometriai formákkal vagy számokkal párosított jeleket kell meghatározott idő alatt, jelkulcs segítségével lemásolnia.	Feldolgozási sebesség (Fsl)	alapszubteszt
Szókincs	A vizsgálati személynek képeket kell megneveznie vagy szavak jelentését meghatározni.	Verbális megértés (VmI)	alapszubteszt
Betű-szám szekvencia	A vizsgálati személynek számokból és betűkből álló, növekvő elemszámú sorozatokat kell megismételnie úgy, hogy az azokat alkotó számokat növekvő sorrendben, a betűket pedig ábécésorrendbe rendezve mondja vissza.	Munka-memória (MmI)	alapszubteszt
Mátrix-következtetés	A vizsgálati személynek öt kép közül kell mintázatkiegészítés, osztályozás, analógiás vagy szeriális következtetés alapján egy megfelelő képet vagy absztrakt alakzatot kiválasztania.	Perceptuális következtetés (Pkl)	alapszubteszt
Általános megértés (Ám)	Általános elvek és szociális helyzetek megértése alapján kell kérdésekre válaszolni (pl. „Miért mosunk fogat?”).	Verbális megértés (VmI)	alapszubteszt
Szimbólumkeresés (Szk)	A vizsgálati személy meghatározott időn belül, soronként haladva eldönti, hogy egy jelcsoport tartalmaz-e egy adott célingert, vagy sem.	Feldolgozási sebesség (Fsl)	alapszubteszt
Képkiegészítés (Kk)	A vizsgálati személynek meghatározott időn belül képek hiányzó részletét kell megneveznie vagy megmutatni.	Perceptuális következtetés (Pkl)	kiegészítő szubteszt

Törlés (Tör)	A szubteszt két részből áll. A vizsgálati személynek adott időkorláton belül először random módon, majd strukturáltan elrendezett képek között kell célingereket (állatokat) megjelölni.	Feldolgozási sebesség (FsI)	kiegészítő szubteszt folyamatpontszám számítható
Általános ismeretek	A vizsgálati személynek az általános ismeretek széles körét felölelő kérdésekre kell válaszolnia (pl. „Hány lába van a kutyának?”).	Verbális megértés (VmI)	kiegészítő szubteszt
Számolás	A vizsgálati személy szóban elhangzó számolási feladatokat old meg fejben, meghatározott időn belül.	Munkamemória (MmI)	kiegészítő szubteszt
Szótalálás	A vizsgálati személynek körülíró és rávezető információk alapján kell hétköznapi fogalmakat azonosítania (pl. „Az égen van ... és csak este látható. Mi az?”).	Verbális megértés (VmI)	kiegészítő szubteszt

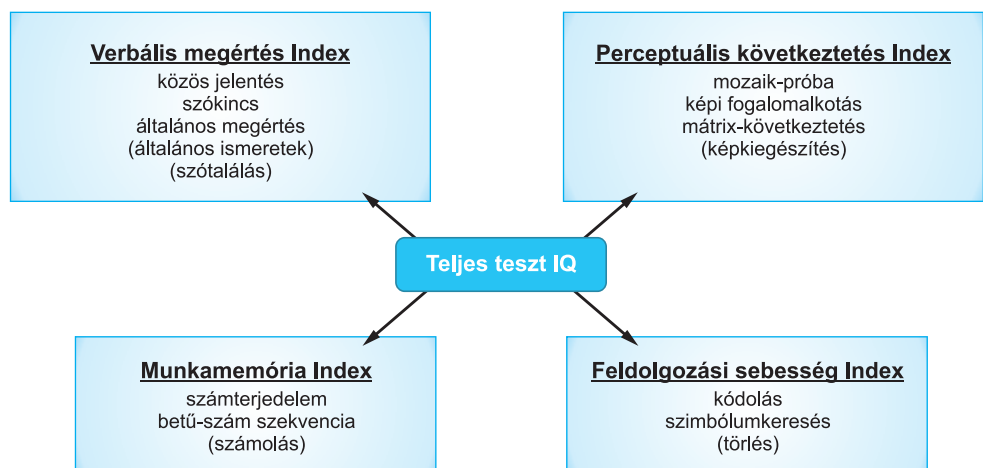
WISC-IV négypilléres szerkezete a kognitív funkciók szűkebb tartományát megragadó indexekből építkezik. A teszt struktúrája a 2. ábrán látható.

A Verbális megértés Index (VmI) a verbális fogalomalkotás és gondolkodás, illetve a környezetből való információszerzés mutatója. Az ide tartozó feladatok közös sajátossága, hogy szóban elhangzó verbális feladatokat kell figyelemmel kísérni, feldolgozni és értelmezni, továbbá a megoldás verbális megfogalmazást igényel. Az indexben a teszt korábbi változataiban számított Verbális IQ-hoz képest csökkent a megszerzett tudás szerepe (az Általános ismeretek kiegészítő szubteszt lett), ugyanakkor nagyobb hangsúlyt kap a következtetési és az értelmezési képesség (új szubteszt a Szótalálás). A verbális anyagokkal történő gondolkodás persze mindig tartalmaz bizonyos szintű ismeret típusú (kristályos) tudást.

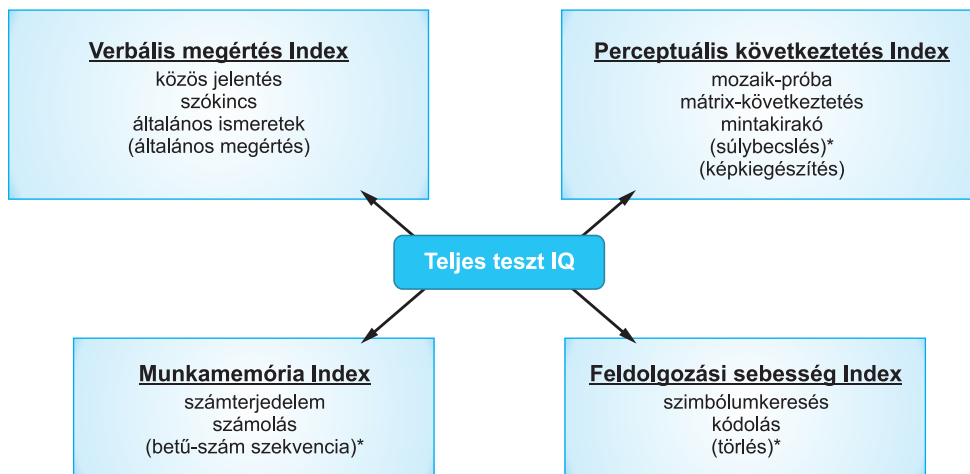
A Perceptuális következtetés Index (PkI) a nonverbális fluid gondolkodás, a perceptuális következtetés és szervezés mutatója vizuálisan bemutatott nonverbális ingeranyagon. A PkI elsődlegesen a fluid gondolkodás mutatója (Mátrix-következtetés, Képi fogalomalkotás). A perceptuális szervezés, a téri-vizuális képességek, illetve a motoros komponens és a gyorsaság szerepe a korábbi Performációs IQ-hoz viszonyítva csökkent (a Képrendezés és az Összeillesztés kimaradt, a Képkiegészítés kiegészítő szubteszt lett).

A Munkamemória Index (MmI) a verbális anyagokra irányuló figyelem, a koncentráció és a rövid távú, illetve munkaemlékezet, a mentális kontroll gyakorlásának mutatója.

A Feldolgozási sebesség Index (FsI) a mentális és grafomotoros folyamatok sebességének mutatója egyszerű információk feldolgozása esetében. Az FsI alá tartozó



2. ábra. A WISC-IV Gyermek-intelligencia-teszt szerkezete (a kiegészítő/helyettesítő szubtesztek zárójelben szerepelnek)



3. ábra. A WAIS-IV Felnőtt-intelligenciateszt szerkezete (a kiegészítő/helyettesítő szubteszt zárójelben szerepelnek). A *-gal jelölt szubteszt csak 16:0–69:11 év között alkalmazható.

feladatok vizuális pártázáson és szekvenciális követésen alapulnak. A szubtesztben elért teljesítményre hatást gyakorol a rövid távú vizuális emlékezet, a figyelem és a vizuomotoros koordináció.

3.2. Felnőtt tesztváltozat

A Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV, 2008; magyarul WAIS-IV Felnőtt-intelligenciateszt, 2010) 16:0 és 90:11 év közötti személyek átfogó intelligenciamérő eljárása. A WAIS-IV tartalmi és strukturális jellemzőkben, illetve elméleti megalapozottság és értelmezési modell tekintetében is csak távoli utódja a hazánkban sokáig szinte egyedülállónak elérhető, a klinikai gyakorlatban széles körben elterjedt, mára azonban már koncepciójában és normáiban is elévültnek számító Magyar Wechsler Intelligenciatesztnak, bevett rövidítéssel a MAWI-nak⁴ (Kun és Szegedi, 1971; 1996). A WAIS-IV szerkezetében (3. ábra) és feladattípusaiban ugyanakkor jelentős mértékű átfedést mutat a WISC-IV-gyel, az iskolásoknak szóló tesztváltozattal. Így az átfogó mentális képességet összesített szinten kifejező Teljes teszt IQ mellett az értékelés első szintjét itt is a Verbális megértés, a Perceptuális következtetés, a Munkamemória és a Feldolgozási sebesség Index meghatározása jelenti. A WISC-IV-től eltérően azonban a WAIS-IV esetében Általános képesség Index és Kognitív képesség (vagy hatékonyság) Index is számíthatók. Az Általános képesség Index (ÁKI) az általános értelmi képesség becslése a munkamemória és a feldolgozási sebesség követelmények minimalizálásával, vagyis a Verbális megértés és a Perceptuális következtetés értékpontok összegéből számított mutató. Az ÁKI meghatározása fizikai vagy szenzoros károsodás esetén különösen indokolt, mivel ezek érvényteleníthetik a munkamemória és a feldolgozási sebesség mutatókat. Emellett az ÁKI hasznosnak bizonyul traumás agysérülést elszenvedett személyek premorbid kognitív státuszának becslésére. A Kognitív képesség Index (KkI) a tanulás, a problémamegoldás és a magasabb szintű gondolkodáshoz szükséges információk feldolgozásának hatékonyságát méri a munkamemóriát és feldolgozási sebességet mérő szubteszt alapján. A bejáratott, hatékony feldolgozás (a gyors vizuális sebességen és jó mentális kontrollon keresztül) serkenti a fluid gondolkodást és az új anyagok elsajátítását, csökkentve az új vagy magas szintű feladatok kognitív követelményeit.

A felnőtt tesztváltozat szintén 15 szubtesztet tartalmaz, amelyből 10 alapszubteszt, 5 pedig helyettesítő vagy kiegészítő funkciót tölt be. Tekintettel a jelentős átfedésre, e ponton csak a WISC-IV-nél nem ismertek, egységesen a Perceptuális következtetés Index alá tartozó, újításként bevezetett szubtesztokra térünk ki. A Mintakirakó a MAWI-ból ismert „Szintézis” próba nem motoros kivitelezéshez kötött megfelelője. A személy a Tesztkönyv ábráján megvizsgál egy kész kirakót, majd megadott időhatáron (20, illetve 30 másodpercen) belül kiválasztja a lehetőségek közül azt a 3 elemet, amelyekből az összerakható. Ez a feladattípus a perceptuális következtetés, vizuospatialis képesség, analízis-szintézis, szimultán feldolgozás vizsgálatára szolgál. A Súlybecslés kiegészítő szubteszt csak 70 éves kor alatt alkalmazható a fluid gondolkodás, a mennyiségi

A felnőtt tesztváltozat szintén 15 szubtesztet tartalmaz, amelyből 10 alapszubteszt, 5 pedig helyettesítő vagy kiegészítő funkciót tölt be. Tekintettel a jelentős átfedésre, e ponton csak a WISC-IV-nél nem ismertek, egységesen a Perceptuális következtetés Index alá tartozó, újításként bevezetett szubtesztekre térünk ki. A Mintakirakó a MAWI-ból ismert „Szintézis” próba nem motoros kivitelezéshez kötött megfelelője. A személy a Tesztkönyv ábráján megvizsgál egy kész kirakót, majd megadott időhatáron (20, illetve 30 másodpercen) belül kiválasztja a lehetőségek közül azt a 3 elemet, amelyekből az összerakható. Ez a feladattípus a perceptuális következtetés, vizuospatialis képesség, analízis-szintézis, szimultán feldolgozás vizsgálatára szolgál. A Súlybecslés kiegészítő szubteszt csak 70 éves kor alatt alkalmazható a fluid gondolkodás, a mennyiségi

⁴ A MAWI eljárásról részletesen, így például az egyes szubteszt pontos tartalmáról és a felvétel módjáról, illetve azok pontozásáról a Kun Miklós és Szegedi Márton által szerkesztett *Az intelligencia mérése* című kötet 1996-os kiadásából tájékozódhat az olvasó.

és analógiás következtetés mérésére. A személy a Teszt-könyvben megnéz egy mérleget ábrázoló képet, amelyről bizonyos mennyiségű súly hiányzik, és megadott időn belül kiválasztja azt a válaszlehetőséget, amely egyensúlyba hozza annak serpenyőit.

4. Záró gondolatok

Tanulmányunkban rövid áttekintést adtunk a Wechsler-féle intelligenciatesztek kidolgozásának háttéréről, illetve a tesztcsalád meghatározó specifikumairól, majd bemutatottuk a negyedik generációs tesztváltozatokat.

A Wechsler-tesztek használata hazánkban nagy múltra tekint vissza. Az eljárások előnyeként említendő, hogy pszichometriai szempontból igazoltan megbízható és érvényes, kidolgozásuk során felhasználhatóságukat klinikai csoportok széles körén ellenőrizték. A Wechsler-tesztek széles életkori övezetben (2 és fél éves kortól egészen időskorig) és tág intelligenciatartományban (IQ 40 és 160 között) alkalmazhatók az egyéni különbségek mérésére. A tesztfelvételi szabályok (így például a kezdési és megszakítási szabályok) a tesztfelvétel idejének optimalizálását szolgálják, miközben átfogó képességvizsgálatra adnak lehetőséget. A teszt egységes felvételét és értékelését részletes tesztfelvételi kézikönyv segíti. A teszt kidolgozása, így az eszközök kialakítása, felhasználóbarát, és figyelembe veszi a vizsgált korcsoport általános jellemzőit. A Wechsler-tesztek szigorúan kötött, strukturált és adminisztrációjuk során időben hosszabb kooperációt igénylő, csoportos felmérésre nem alkalmas eljárások. Alkalmazásuk és objektív értékelésük, értelmezésük kérdéses nagyon alacsony szinten funkcionáló (a mérsékelnél súlyosabb intellektuális képességzavarban) vagy komplex zavarokban (pl. siket, vak) érintettek személyek körében.

Az intelligenciatesztek, életkortól és klinikai kérdésfelvetéstől függetlenül, komplex vizsgálati keretbe helyezve kell alkalmazni és értelmezni. Mint ahogy az a Wechsler-teszt kézikönyvében is olvasható, a tesztek „eredményei fontos információval szolgálnak a (személyek) kognitív funkcióiról, önmagukban soha nem értelmezhetőek. (Az intelligenciateszt) eredményei kvalitatív és kvantitatív információk, melyek legjobban a részletes anamnézis, illetve a gondos klinikai megfigyelés keretei között interpretálhatók. Fontos járulékos információforrás lehet az orvosi, nevelési és pszichoszociális előtörténete, viselkedése, korábbi teszteredményei, és a teszt kvalitatív aspektusai. Mindezek mellett a vizsgáló személy

figyelembe kell vegye a teszt felvételének okát, kontextusát.” (Wechsler, 2008: 113.) A diagnózisalkotás célja nem a stigmatizálás vagy a szelekció, hanem az egyéni szükségletek objektív kritériumokon alapuló megállapítása s ehhez kapcsolódóan a külön szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása. A sztenderdizált tesztek a mérés objektivitását, megbízhatóságát és érvényességét, továbbá az eredmények összehasonlíthatóságát biztosítják. A tesztek értelmezése – a vonatkozó ismeretrendszer intenzív növekedése és megújulása miatt – azonban egyre inkább feltételezi a korszerű elméleti tudással felvértezett és széles körű klinikai gyakorlattal rendelkező szakembert.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Carroll, J. B. (1996). A three stratum theory of intelligence: Spearman's contribution. In Dennis, I. & Tapsfield, P. (eds.): *Human abilities. Their nature and measurement*. Earlbaum, Mahwah, NY. 1–17.
- Flanagan, D. P., & Kaufman, A. S. (2009). *Essentials of WISC-IV Assessment. Second Edition*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey.
- Kamphaus, R., Winsor, A. P., Rowe, E. W. & Kim, S. (2018). A History of Intelligence Test Interpretation. In Flanagan, D. P., & McDonough, E. M. (eds.): *Contemporary Intellectual Assessment. Theories, Tests, and Issues – Fourth Edition*. The Guilford Press, New York, NY. 56–70.
- Kaufman, A. S., & Lichtenberger, E. O. (2008). *Essentials of WAIS-IV Assessment*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey.
- Kun M., & Szegedi M. (szerk. 1971; 1996). *Az intelligencia mérése*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á., Nagy É., Nagyné Réz I., Ringhofer J., & Szegedi M. (1996). Az intelligencia mérése gyermekeknél. A HAWIK-R magyarországi változata, a MAWGYI-R bemutatása, használati utasítása és alkalmazása. In Kun M., & Szegedi M. (szerk.): *Az intelligencia mérése*. (6., átdolgozott, 3. részben új kiadás.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 227–369.
- Nagy É. (1988). Vizsgálatok az óvodás Wechsler-intelligenciateszttel. *Gyógypedagógiai Szemle*, 16: 41–45.
- Wasserman, J. D. (2018). A history of Intelligence Assessment. The Unfinished Tapestry. In Flanagan, D. P., &

- McDonough, E. M. (eds.): *Contemporary Intellectual Assessment. Theories, Tests, and Issues – Fourth Edition*. NY, The Guilford Press, New York. 3–55.
- Wahlstrom, D., Raiford, S. E., Breaux, K. C., Zhu, J., & Weiss, L. G. (2018). The Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition, Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth, and Wechsler Individual Achievement Test – Third Edition. In Flanagan, D. P., & McDonough, E. M. (eds.): *Contemporary Intellectual Assessment. Theories, Tests, and Issues – Fourth Edition*. The Guilford Press, New York, NY. 245–282.
- Wechsler, D. (1939). *The Measurement of Adult Intelligence*. Williams and Wilkins, Baltimore, MD.
- Wechsler, D. (1958). *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. Williams and Wilkins, Baltimore, MD.
- Wechsler, D. (2008). *WISC-IV Technikai és értelmező kézikönyv. Magyar adaptáció*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- Wechsler, D. (2014). *WPPSI-IV Technikai és értelmező kézikönyv. Magyar adaptáció*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- Yoakum, C. S., & Yerkes, R. M. (1920). *Army Mental Tests*. NY, Henry Holt, New York.



Intelligenciamérés a Wechsler-teszteken túl

Báthori Karola – S. Nagy Zita

1. Bevezetés

Az intelligencia mérésének legismertebb és leggyakrabban használt eszköze a Wechsler intelligenciateszt-család, melyet az előző tanulmányban mutattunk be részletesen. Ez a tesztcsalád nagymértékben épít verbális feladatokra, ezért olyan helyzetekben nem javasolt az alkalmazása, amikor a nyelvi készség – organikus és/vagy funkcionális – károsodása feltételezhető, vagy a vizsgálati személy anyanyelve nem magyar. Az alábbi írásban bemutatunk több intelligenciát mérő teszteljárást, amelyek a verbalitás sérülése/hiánya esetén is használhatók.

Ismertetjük a Raven Progresszív Mátrixok tesztet, mely a legrégebbi és az egyik legelterjedtebb nonverbális intellektust mérő teszt, annak ellenére, hogy az értelmi képességek csak szűk területét méri.

Kidolgozásra kerültek olyan eszközök is, melyek a Wechsler-típusú teszteljárásokhoz hasonlóan az intelligencia összetett rendszeréről átfogóbban adnak információt, ezért az eredmények differenciált értelmezését és a profilanalízist is lehetővé teszik. Ezek közül bemutatjuk a UNIT2 – Általános nonverbális Intelligenciateszt második kiadását, a Leiter International Performance Scale-t, valamint a Snijders-Oomen-féle nonverbális intelligenciavizsgálatot. E tesztek a fluid/folyékony intelligenciáról adnak átfogó információt, amely a gondolkodás rugalmasságát, illetve a problémafelfogó és -megoldó képességet takarja.

E tesztek egyik erőssége, hogy nem csupán azért tekinthetők nonverbálisnak, mert a verbális szubtesztek hiányoznak, hanem mert exponálásuk során a verbális kommunikációt a vizsgálatvezető sem használja.

Végül ismertetjük a Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztje Nemzetközi Kiadás vizsgáló eljárást, mely széles körben használatos és validált Magyarországon az intelligencia mérésében, és bár verbális szubtesztek is tartalmaz, a nonverbális feladatok jól használhatók hallássérültek felmérésekor.

A fenti vizsgáló eljárások az utóbbi években egyre fontosabb szerepet látnak el a gyermekek pszichodiagnosztikájában, mind a klinikumban, mind a sajátos

nevelési igény megállapításában, valamint a fejlesztési tervek, irányok pontosabb, célravezetőbb megállapításában. Terjedésük egyik oka, hogy az oktatási, nevelési intézmények az utóbbi évtizedekben egyre inkább multikulturálissá váltak, megnövekedett azoknak a diákoknak a száma, akik az adott ország nyelvét nem anyanyelvi szinten beszélik. De ezen túl ezek az eszközök hallás- és beszéd-sérült személyek mérésére is alkalmasak, valamint segítséget adnak az autizmus spektrum zavar differenciáldiagnosztikájában, melynek része a nem-verbális értelmi képességvizsgálat, kifejezetten a nem-beszélő vagy beszédfejlődésében elmaradt gyermekek, személyek esetén.

Összegezve elmondhatjuk, hogy az alább bemutatásra kerülő mérőeszközök lehetőséget biztosítanak arra, hogy olyan személyek értelmi képességéről kapjunk információt, akik

- nem beszélnek, beszédértési problémájuk van, beszéd- és/vagy nyelvi zavarral küzdenek,
- anyanyelvük nem a magyar,
- hallássérültek,
- hátrányos helyzetű nevelkedésük okán szocializációjukban, szociális és verbális képességeikben életkoruktól jelentősen elmaradnak.

2. Raven Progresszív Mátrixok

John C. Raven 1936-ban fejlesztette ki a tesztet, amelynek első publikálására 1938-ban, legutóbbi kiadására 1995-ben került sor. A Progresszív Mátrixok teszt az összetett téri-vizuális információkon alapuló következtetés képességét méri, azaz hogy a személy mennyire képes átlátni vizuális ingereket és megtalálni közöttük az összefüggéseket. E feladatok megoldásához a téri-vizuális percepció, a perceptuális diszkrimináció, a mentális forgatás, a rész-egész mintázatfelismerés mellett szükséges az analógiás következtetés képessége is. Ezt a képességet az általános intelligencia (a Spearman-féle g faktor), azon belül is a fluid/folyékony intelligencia egyik fontos összetevőjének tekintjük.

A mérőeszköz elnevezésében szereplő mátrixok szó a feladatok jellegére utal, mivel a gondolkodási képesség és a következtetés a különböző mátrixok törvényszerűségeinek felismerésével történik. A mátrixok a problémátípusok széles körű variációival rendelkeznek, így a tesztben magas pontszámot elérő vizsgálati alanyokról feltételezhető, hogy többféle problémamegoldó stratégiával is rendelkeznek.

A progresszív szó a teszt elnevezésében arra utal, hogy a feladatok egyre nehezedő sorrendben következnek, elősegítve ezzel a problémák megoldásához szükséges rávezetést és tréninget.

A mérőeszköznek három változata van, melyek révén akár már 5 éves kortól egészen idősorig használható. A Standard Progresszív Mátrixok (SPM) serdülő és felnőtt korosztály felmérésére a legalkalmasabb, a Színes Progresszív Mátrixok (CPM) 5–11 éves gyermekek, idősek vagy értelmileg sérült személyek körében alkalmazható. A Nehezített Progresszív Mátrixok (APM) szintén serdülőknél és felnőtteknél használható, de az átlagnál jobb intellektuális képességű személyek tesztelésére is alkalmas.

A Standard Progresszív Mátrixok teszt öt sorozatot, mindegyikben 12 darab, geometriai szimbólumokat tartalmazó, 3x3-as elrendezésű mátrixot foglal magába. A vizsgálati személynek a mátrix két teljes sora/oszlopa alapján fel kell ismernie a mátrixban lévő szimbólumok közötti kapcsolatot és ez alapján kiválasztani a harmadik sorban/oszlopban lévő hiányzó helyre illő szimbólumot 6 vagy 8 válaszlehetőség közül. Minden feladatnak egy helyes megoldása van. A vizsgálati személyek saját pszichomotoros tempójukban dolgozhatnak, illetve saját maguk is kitölthetik a válaszlapot, így bizonyos kor fölött nem igényelnek asszisztenciát. (A teszt elvének ismertetését részletesen lásd Mérei és Szakács, 1995.)

A Színes Progresszív Mátrixok felépítése hasonló a Standard Progresszív Mátrixokéhoz, de csak három sorozatból áll, mindhárom sorozatban 12 feladat található. A színek alkalmazása a feladatok megoldását a fiatal gyermekek számára vonzóbbá teszi, figyelmüket hosszabb ideig képes lekötöni. (Részletes ismertetést lásd Hoffman, 1995.)

A Nehezített Progresszív Mátrixok két különálló tesztfüzetből áll. Az első tesztfüzet (APM-I) 12 feladatot tartalmaz, míg a második (APM-II) 36 feladatot. A 12 egyszerű tételből álló tesztfüzetet sokszor a feladatok begyakorlására használják, de olyan tesztnek is felfogható, amelynek segítségével a kitöltők egyszerűen

besorolhatóak a következő intellektuális képesség kategóriába: alacsony, átlagos és magas. Az APM-I teszten elért eredmény alapján megbízhatóan eldönthető, hogy a következő lépésben a mérőeszköz standard változata vagy a nehezített változat második tesztfüzete kerüljön felvételre (Nagybányai Nagy és Rózsa, 2006).

A teszt összpontszámát az egyes feladatokban nyújtott helyes válaszok összege adja, amely nyerspont az életkori övezeteket figyelembe vevő konverziós táblázatok segítségével alakítható át IQ-pontszámmá.

Indikációk

A Progresszív Mátrixok tesztcsalád speciális igényű (például beszédzavarok, siketség, halláskárosultság) gyermekek és felnőttek intellektusának vizsgálatában nyújthat segítséget, illetve megfelelő olyan esetekben, amikor a vizsgált személy nem alkalmas hosszabb értelmi képességvizsgáló eszköz általi explorációra.

A teszt előnyei:

- Az intelligencia mérésének egyik legkedveltebb non-verbális mérőeszköze szinte valamennyi tesztelési környezetben kiválóan alkalmazható: oktatási, klinikai és foglalkoztatási mérések kiegészítő vizsgálatként.
- Jelentős nemzetközi adattal rendelkezünk a hatékonyságát illetően.
- Rendelkezésre állnak hazai és nemzetközi eredmények alapján kidolgozott normák.
- A teszt egyaránt alkalmazható egyénileg vagy csoportosan is, kötött vagy kötetlen felvételi idővel, amely hossza nagyjából 20–45 perc.
- Független a nyelvi készségektől, kulturális diverzitástól.
- Magas korrelációt mutat más intelligenciát mérő eszközökkel.

A teszt hátrányai:

- A teszt a képességstruktúra szűk részéről, csak a perceptuális következtetésről és az ehhez szükséges képességekről nyújt információt, az intelligencia egyéb faktorairól (például emlékezet, információfeldolgozás gyorsasága, konstrukció, számolás, valamint a nyelvi készségek: nyelvi megértés, szókinccs) nem.
- Nem használható vizuális percepció zavar esetén.
- Nem ad valid becslést azoknak a személyeknek a kognitív képességéről, akik a figura-következtetéses feladatok megoldására nem képesek.

Az összpontszámmal az általános intelligenciáról ad becslést, de nem teszi lehetővé az eredmények mélyebb

szintű, differenciált, minőségi elemzését. Ezáltal az értelmi képesség diagnosztikai felméréséhez, állapotleírás készítéséhez, az intellektuális képességzavar megállapításához önmagában nem elegendő.

3. UNIT2 – Általános Nonverbális Intelligenciateszt – második kiadás

Az Általános Nonverbális Intelligenciatesztet (Universal Nonverbal Intelligence Test, UNIT) Bruce A. Bracken és R. Steve McCallum állította össze 1998-ban. Az átdolgozott és újrannormalizált UNIT2 (Általános Nonverbális Intelligenciateszt – második kiadás) 2016-ban jelent meg, ami az első kiadás eszköztárát még hatékonyabbá tette (McCallum és Bracken, 2018).

Hazánkban a UNIT2 az *első korszerű, jogtisztta és magyar mintán bemért komplex nonverbális IQ-teszt*, melynek speciális kognitív feladatait kétszemélyes tesztfelvételi helyzetben vesszük fel. A feladatok gyermekek és fiatalok általános intelligenciájának mérésére alkalmas 5 éves kortól 21 év 11 hónapos korig.

A UNIT2-t teljes egészében nonverbálisan vesszük fel (sem a tesztfelvevő, sem a vizsgálati személy nem beszél). A felvételhez a tesztfelvevő a feladatok követelményeit viszonylag univerzálisan elfogadott kéz- és testjellel kommunikálja a vizsgálati alany felé.

A UNIT2 az emlékezetet, a következtetési képességet, a számolási következtetést, valamint a számfogalmat a következő 6 szubteszttel méri:

1. Szimbolikus emlékezet,
2. Téri emlékezet,
3. Analógiás következtetés,
4. Mozaik-próba,
5. Számsorozatok,
6. Nem szimbolikus mennyiség.

Mindhárom specifikus intelligenciaterület méréséhez két próba tartozik. Az Emlékezet (EI) mérésére a Szimbolikus emlékezet próba, valamint a Téri emlékezet próba alkalmas. A Szimbolikus emlékezet próba során kétféle színű (fekete, zöld) emberi szimbólumokat (gyermek, lány, fiú, nő, férfi) kell 5 mp-es bemutatási idő után válaszkártyák kirakásával felidézni. A Téri emlékezet próba során négyzethálós térben random elhelyezett zöld és fekete korongok helyzetét kell 5 mp-es bemutatási idő után felidézni.

A Következtetés (KI) képességének mérése az Analógiás következtetés és a Mozaik-próba során történik. Az Analógiás következtetés során egy hiányos fogalmi

vagy geometriai analógiát tartalmazó mátrixban kell a vizsgált személynek a hiányzó elemet kiválasztani. A Mozaik-próbában absztrakt geometriai mintákat kell kirakni zöld és fehér kockákból.

A Mennyiségi ismereteket (MI) a Nem szimbolikus mennyiség, valamint a Számsorozatok próba méri. A Nem szimbolikus mennyiség próba egy sor fehér és/vagy fekete dominószerű tárgyat tartalmaz, amelyeken az ábrázolt mennyiségek számsort, egyenlőséget, analógiát vagy egy matematikai problémát jelenítenek meg. A vizsgált személy feladata a hiányzó elem megtalálása. A Számsorozatok próba során számok vagy matematikai szimbólumok sorát kell egy elemmel kiegészíteni.

A hat szubteszt összpontszáma a Teljes teszt IQ (TtIQ) pontszáma, amely a UNIT2 legátfogóbb összeített csoportpontja, és ezért az általános intelligencia (g faktor) átfogó mérőszáma. Ezen túl az intellektus három aspektusához (emlékezet, következtetés, mennyiségi ismeretek – számfogalom) külön teljesítménymutatók számíthatók. Ezen indexek egymáshoz viszonyított eredményei alapján leírható a személyre jellemző intellektuális képességstruktúra. A skálák közötti szignifikáns eltérések a vizsgálatvezetőt segítik abban, hogy ne szubjektív ítélet, hanem statisztikai elemzés segítségével állapíthassa meg a vizsgált személy erősségeit és korlátait, valamint hogy a gyermekek, tanulók részére személyre szabott tanulásmódszertani eszközöket, illetve fejlesztési utakat javasoljon (Rózsa, Mészáros és Kő, 2016).

A teszt használatában a többféle felvételi lehetőség (rövidített, kétféle sztenderd és hosszú tesztfelvétel) rugalmas, egyénileg illesztett mérést tesz lehetővé. Továbbá, ha nincs szükség verbális eredményekre, a UNIT2 kiválthatja a hosszabb Wechsler IQ-tesztekkel, és eredményei jól illeszthetők a több szinten, hierarchikusan építkező szakértői vizsgálati rendszer igényeihez (Friedlander, McCallum és Bracken, 2017).

Tesztfelvételi opciók:

- Rövidített Tesztbattéria (10–15 perc)
A Rövidített IQ-tesztbattéria (RIQT) a Nem szimbolikus mennyiség és az Analógiás következtetés szubtesztekre épül. A Rövidített tesztbattériát az intellektuális működés szűrőtesztjeként használhatjuk.
- Sztenderd Tesztbattéria Emlékezettel (30 perc)
A Sztenderd Tesztbattéria a Szimbolikus emlékezet, a Mozaik-próba, a Téri emlékezet és az Analógiás következtetés szubtesztekre épül.

- Sztenderd Tesztbattéria Emlékezet nélkül (30 perc)
A Sztenderd Tesztbattéria a Mozaik-próba, az Analógias következtetés, a Számsorozatok és a Nem szimbolikus mennyiség szubtesztet tartalmazza.
- Teljes Tesztbattéria (45–60 perc).

Indikációk

A UNIT2 teljes mértékben nonverbális teszt, amely alkalmas azoknak a személyeknek a felmérésére, akik nyelvi, beszédbeli, hallási nehézségekkel küzdenek, illetve akik eltérő kulturális és nyelvi háttérrel rendelkeznek, vagy verbális kommunikációban akadályozottak. A teszt versenyképes alternatívát nyújt azon emberek értelmi képességeinek felmérésére, akik a verbális-nyelvi készség orientálta tesztek alkalmazása során hátránnyal indulnának, mint például intellektuális képességzavarban, autizmus spektrum zavarban, expresszív és receptív nyelvi zavarban szenvedők, szóban nem kommunikálók (például elektív/szelektív mutizmus vagy nagyon félénk, visszahúzódó személyek esetén), siketek és nagyothallók, színlátási zavarokkal küzdők.

A teszt nagy segítség lehet a hátrányos helyzetű gyermekek kognitív képességeinek mérésében, akik a tapasztalatok szerint motiváltak és magabiztosak a UNIT2 felvétele során, így valószínűleg hatékonyabban használják kognitív képességeiket, és adják bizonyítékát azoknak, amelyekről így mi is pontosabb képet kapunk, mintha a gyermekkel egy, a verbalitást is tartalmazó intelligenciatesztet vettünk volna fel. A UNIT2 továbbá kiválóan használható kiemelten jó képességű gyerekek és fiatalok képességeinek mérésére (Rózsa, Mészáros és Kő, 2016).

A teszt előnyei:

- Magyar mintán standardizált, hazai normákkal rendelkezik.
- Teljesen nonverbális, sem a vizsgálati személynek, sem a vizsgálónak nem kell verbálisan megnyilvánulnia.
- Több tesztfelvételi opció rugalmas, egyéni igényekhez illesztett alkalmazását tesz lehetővé.
- Az IQ rövid ideig tartó mérésének lehetőségét nyújtja.
- A felvétel folyamata letisztult, jól szabályozott, meghatározott belépési és megszakítási pontokkal.
- A teszt felvételét és kiértékelését segítő anyagok hozzáférhetőek:
 - oktatóvideó az alkalmazásról,
 - használandó testjelek ábrázolása laminált táblán,
 - eredmények interpretálását/pontozását segítő digitális program,
 - metodikára vonatkozó vizuális megsegítés.

A teszt hátrányai:

- Verbális készségek nem mérhetőek.
- Csak gyermekek és fiatalok vizsgálatára alkalmas.

4. Leiter Nemzetközi Nonverbális Teljesítményskála

A Leiter Nemzetközi Nonverbális Teljesítményskála (Leiter International Performance Scale) (Roid és Miller, 1997) egy olyan, nonverbális értelmi képességet mérő eszköz, amely az intelligencia és a kognitív képességek játékos és gyors feltárását teszi lehetővé. A teszt egy teljesen nonverbális eszköztárat biztosít a szakemberek számára, mellyel adott nyelvet nem beszélő, halláskárosodott, beszédkárosodott, illetve az autizmus spektrumon lévő személyek, gyermekek esetében is képes egy szélesebb képességstruktúrát feltáró intelligenciaprofilit nyújtani. A feladatokat univerzálisan elfogadott testjelekkel, pantomimmal mutatják be, melynek használatára oktatófilmet készítettek.

Russell Graydon Leiter (1938) értelmi képességvizsgáló eszköztára 1938-ban jelent meg, amely 68 szubtesztből állt, és a 2–18 éves korosztály számára volt alkalmazható. 1948-ban még kiadásra került egy Leiter által újragondolt, könnyebben kezelhető tesztkészlet (Roid és Koch, 2017).

Az eredeti tesztet Gale H. Roid és Lucy J. Miller 1997-ben átdolgozták; újragondolták a feladatokat, valamint a modernebb intelligenciafelfogáshoz illesztették a teszt által mért értelmi képesség mutatókat, így a teszt a vizuális következtetést, a figyelmet és az emlékezet működését mérte. A Leiter International Performance Scale – Revised (Leiter-R, Leiter Nemzetközi Teljesítményskála – módosított változat) húsz szubtesztből állt, és a 2 év és 20 év 11 hónap közötti korosztály mérésére volt alkalmas (Roid és Miller, 1997).

2013-ban Gale H. Roid és Lucy J. Miller vezetésével a Leiter-R tesztet is átdolgozták, a tapasztalatok alapján lecsökkentették a szubtesztetek számát, másrészt kiterjesztették az alkalmazhatósági körét, így már nemcsak gyerekek és fiatalok intelligenciájának vizsgálatára lett alkalmas, hanem az ennél idősebb korosztály számára is (Roid, Miller, Pomplum és Koch, 2013). A Leiter In-

ternational Performance Scale – harmadik kiadás (Leiter-3) tehát a tesztcsalád legkorszerűbb változata.

Magyarországon a Leiter-R használatának komoly hagyományai vannak dominánsan az autizmus spektrum zavar vizsgálatának területén. Bár nem rendelkezik magyar sztenderdekkel, rengeteg tapasztalat összegyűlt a használatával kapcsolatban. A Leiter-3 teszt magyar fordítása és validálása most zajlik, és bár az angol verzió Magyarországon is hozzáférhető, használata még kevésbé elterjedt. Írásunkban mindkét változatot részletesen bemutatjuk, de felhívjuk a figyelmet arra, hogy a jövőben a szakmai felelősség és igényesség elve mentén a Leiter-3 használata felé szükséges elmozdulni.

4.1. Leiter-R, Leiter Nemzetközi Teljesítményskála – módosított változat

A Leiter-R nonverbális intelligenciateszt (Leiter International Performance Scale – Revised, Leiter-R) (Roid és Miller, 1997) húsz szubtesztből áll, és a 2 év és 20 év 11 hónap közötti korosztály mérésére alkalmas. Az első 10 szubteszt a vizualizáció és következtetés skála részét képezik (Visualization and reasoning, VR), melyek exponálásával felmérhetők a fluid (folyékony) intelligencia képessége. A figyelem és memória (Attention and Memory, A/M) mérésére használható további tíz szubteszt az értelmi képességgel szoros kapcsolatban álló kognitív képességeket vizsgálja neuropszichológiai eszközökkel. Ez utóbbiakat a Leiter-3 ismertetésénél részletezzük.

A vizualizáció és következtetés skála az alábbi részpróbák segítségével mérhető:

1. A Figura-háttér (Figure Ground, FG) próba alapja a keresett ábra, részlet felismerése zavaró, sok elemből álló környezetben, háttérben.
2. A Mintaanalógiák (Design Analogies, DA) próba során megadott szempont szerint kell kiválasztani a helyes ábrát. A próba a téri-vizuális analógiás gondolkodást méri.
3. A Formakiegészítés (Form Completion, FC) próba a rész-egész viszony közötti rugalmas váltás, valamint a mentális forgatás képességét méri.
4. Az Illesztés (Matching M) feladatok során egyre több szempont szerint kell megtalálni a megadott ábrával pontosan megegyezőt.
5. A Szekvenciális sorrend (Sequential Order, SO) próba során a kártyákat sorozatba kell rendezni, felis-

merve az egymásutániságot, a sorrendiséget, az oki és téri változásokat.

6. Az Ismétlődő mintázatok (Repetead Patterns, RP) próba feladatainak megoldásához szükséges a deduktív gondolkodás, a sorrendiség és a szabályalkotás képessége. Ez a próba igen érzékeny a neurológiai sérülésre.
7. A Képi kontextus (Picture Context, PC) próba méri a kontextuális következtetés és a letapogatás képességét, a rövid távú memóriát, valamint a gyermek kereső stratégiájáról is képet ad.
8. Az Osztályozás (Classification, C) feladatban a fogalmi hasonlóság, főfogalmak egyezése alapján kell a kártyákat a megfelelő ábrával párosítani. A megoldáshoz szükséges a verbális tartalmak mozgósítása, jelentést kell kapcsolni a vizuális ingerhez, valamint a fogalmi kategóriák között megfelelő rugalmassággal kell váltani.
9. A Papírhajtogatás (Paper Folding, PF) próba a mentális vizuális téri szerkesztés képességének mutatója. A feladatok megoldásához szükséges a rész-egész viszony felismerése és megértése, valamint a rugalmasság.
10. Az Ábraforgatás (Figure Rotation, FR) feladatai során az adott ábrát fejben el kell forgatni ahhoz, hogy meg lehessen találni a hozzá illő képet. A próba a mentális vizuális téri forgatás képességét méri.

A teljesítmények alapján az alábbi mutatók számíthatók: A részpróbákon nyújtott eredményekből kiszámolható a globális IQ pontszáma, mely az értelmi képesség fluid (folyékony) intelligencia összetevőjéről ad információt. Az összesített IQ mellett további mutatók számíthatók az intellektuális teljesítmény kvalitatív elemzéséhez:

- A Folyékony következtetés skála az új problémák megoldásának képességét méri, amelyek nem kötődnek kulturálisan meghatározott tudáshoz. Próbái: 5., 6. szubteszt.
 - Az Alapvető vizualizáció skála a vizuális képesség alapszintjét méri. Azonos alakzatok, képek azonosítását, vizuális részletekre való odafigyelést vesz igénybe, de a megoldáshoz nincs szükség emlékezetre vagy a fogalmi ingerek újraszervezésére.
 - A Téri vizualizáció skála méri a komplex vizuális-téri feldolgozó folyamatokat. Szükséges képesség a térbeli orientáció észlelése és megőrzése, valamint a tárgyak méretének és helyzetének tárolása.
- Utóbbi kettő együtt alkotja a vizualizáció skálát, melynek felmérésére a 1–4. és a 7–10. részpróba alkalmas.

A Leiter-R teszt lehetőséget ad arra, hogy négy szubteszt (Figura-háttér [FG], Formakiegészítés [FC], Szekvenciális sorrend [SO] és az Ismétlődő mintázatok [RP]) elvégzésével Brief IQ (Rövid IQ) legyen számítható, ami azt jelenti, hogy rövidebb idő alatt és kevésbé megterhelő vizsgálati metodikával kapunk számított IQ-eredményt.

4.2. Leiter-R, Leiter Nemzetközi Teljesítményskála – harmadik kiadás (Leiter-3)

A Leiter-3 nonverbális intelligenciateszt (Leiter International Performance Scale – third edition, Leiter-3) (Roid, Miller, Pomplun és Koch 2013) gyermekek, kamaszok és felnőttek számára egyaránt alkalmazható 3-tól 75 éves korig. Az amerikai, spanyol és afrikai fiatalokon végzett összehasonlító eredmények alapján elmondható, hogy a tesztbatteria a kulturális és nyelvi készség torzításától mentesen tudja megragadni az intelligenciát és a megcélzott kognitív képességeket.

Jelenleg az eredmények értékelését az amerikai reprezentatív gyermekmintán készült standardok segítik, de folyamatban van a teszt magyar validálása.

A tesztbatteria, hasonlóan a Leiter-R változathoz, két nagy részből áll: a fluid (folyékony) intelligencia felmérése, amely 4+1 szubtesztet foglal magában, valamint a figyelem és memória felmérése, mely 5 próbából áll.

A Leiter-3 felvétele során (hasonlóan a modern Wechsler-féle intelligenciatesztekhez) nagyobb rugalmasságot enged meg, mint a korábbi változatok. A fluid intelligencia mérésénél lehetőség van a négy alap részpróba egyikének kiváltására egy alternatív szubteszttel, amennyiben ez indokolt.

A Leiter-3 részpróbái (Roid és Koch, 2017):

1. A Figura-háttér (Figure Ground, FG) próba során egyre több stimulust tartalmazó képet mutatunk az alanynak, majd kártyákon megjelenített apró részletek megmutatására kérjük. A próba alapja a keresett ábra, részlet felismerése, sok zavaró elemből álló környezetben, háttérben. Koncentrációt, „zajok” kiszűrését, rugalmasságot, hatékony keresési stratégia meglétét igényli a vizsgálati alanytól. A feladatok pontos megoldásához a gátlási funkciók megfelelő működése szükséges.
2. A Formakiegészítés (Form Completion, FC) próba a rész-egész viszony közötti rugalmas váltás, vala-

mint a mentális forgatás képességét méri. Szétdarabolt ábrákat kell felismerni, mentálisan összeilleszteni. Kognitív flexibilitás, deduktív gondolkodás, munkamemória szükséges a helyes megoldásokhoz.

3. Az Osztályozás/Analógia (Classification/Analogies, CA) feladatban a fogalmi hasonlóság, főfogalmak egyezése alapján kell a kártyákat a megfelelő ábrával párosítani. A megoldáshoz szükséges a verbális tartalmak mozgósítása, jelentést kell kapcsolni a vizuális ingerhez, valamint a fogalmi kategóriák között megfelelő rugalmassággal kell váltani. A szubteszt a mintázatfelismerés mérését szolgálja, a helyes megoldásokhoz szükséges az induktív gondolkodás, a részleges információból való szabályalkotás képessége.
4. A Szekvenciális sorrend (Sequential Order, SO) próba során a kártyákat sorozatba kell rendezni, felismerve az egymásutániséget, a sorrendiséget, az oki és téri változásokat.
5. A Vizuális mintázatok (Visual Patterns, VP) feladatok során egyre több szempont szerint kell megtalálni a megadott ábrával pontosan megegyezőt. A feladat során a pártázáshoz és a vizuális összehasonlításhoz alapvető vizuális képességek szükségesek, de a téri információk feldolgozását, valamint a mentális forgatás képességét nem kell használni, továbbá a következtések a szabályalkotás és a deduktív gondolkodás képességét igénylik.
6. A Fenntartott figyelem (Attention Sustained, AS) című, huzamos figyelmet és kitartást igénylő feladatok során kifejezetten a gyors és folyamatos válaszgenerálást várják el az alanytól.
7. Az Egyenes sorrendű visszaidézés (Forward Memory, FM) szubtesztben a vizsgálatvezető bizonyos sorrendben rámutat képekre, melyeket a vizsgált személynek emlékezetből kell ugyanolyan sorrendben megmutatni. A feladat a téri emlékezeti terjedelmet méri.
8. Megosztott figyelem (Attention Divided, AD). A vizsgálati személynek jelölt és jelöletlen kártyákat kell megkülönböztetnie, majd emellett korongokat kell a megfelelő tárolóba helyeznie. Egy időben két tevékenységre kell összpontosítani, mely mind a mentális, mind a motoros végrehajtó folyamatokat igénybe veszi. Rugalmas gondolkodást, váltást, mentális szervezést és megfelelő gátló funkciókat igényel a feladat.
9. Fordított sorrendű visszaidézés (Reverse Memory, RM). A 7. próbához hasonlóan a vizsgálatvezető rámutat képekre, melyeket a vizsgálati személynek

fordított sorrendben kell visszaidéznie. A feladat jó színvonalú megoldásához megfelelő téri munkamemória-kapacitás szükséges.

10. A Nonverbális Stroop (Nonverbal Stroop, NS) próba a „Stroop Interference Effect” nonverbális mérése. Kongruens (szín, forma egyező) és inkongruens (zavaró, nem egyező szín, forma) stimulusok párosításán alapul, amiről megállapítható, hogy a vizsgálati személy milyen mértékben érintett az inkongruens stimulusok esetén az automatikus válaszok legátlásában.

A szubteszteken elért eredmények alapján lehetőség van az erősségek és gyengeségek megállapítására.

A teszt előnyei:

- A teszt teljesen nonverbális, sem a vizsgálati személynek, sem a vizsgálónak nem kell verbálisan megnyilvánulnia.
- Könnyen kezelhető.
- A felvétel folyamata letisztult, jól szabályozott, meghatározott belépési és megszakítási pontokkal.
- A teszt használatát oktatóvideó segíti.
- Kicsi kortól alkalmazható, 2-3 éves kortól felvehető.
- Eszköztára játékos, színes, motiváló.
- A Leiter-R teszt alkalmas arra, hogy a 10 kognitív szubteszt helyett 4 szubteszt alapján (Brief IQ) mérhető legyen az intelligencia. A Leiter-3 a kognitív képességeket szintén 4 szubteszt alapján képes felmérni.
- A verbális készségeken kívül az intellektuális teljesítményprofil széles spektrumáról ad információt.

A teszt hátrányai:

- A Leiter-3 nem rendelkezik külön fluid (folyékony) intelligencia és vizualizáció index eredménnyel.
- A Leiter-R teszt nem rendelkezik hazai sztenderdekkel, a Leiter-3 magyar validálása folyamatban van.

5. Snijders-Oomen-féle nonverbális intelligenciavizsgálat

A teszt első változatát Nan Snijders-Oomen pszichológus alkotta meg (1943), célja egy nem verbális teszt-sorozat kialakítása volt siket gyermekek számára. Később (1970-ben, majd 1998-ban) a férjével, a pszichológus-professzor Jan Snijdersszel átdolgozták a tesztet, és a hallók és a siketek számára is sztenderdeket alakítottak

ki. Leginkább hallássérült vagy verbális kommunikációjukban gátolt halló gyermekek diagnosztizálásában alkalmazzák. Jelenleg a tesztnek két változata ismert egy újabb átdolgozást követően: SON-R 2-8, illetve SON-R 6-40. Előbbi kisgyerekek (2–8 évesek), utóbbi gyerekek és felnőttek (6–40 évesek) felmérésére alkalmas.

A SON hazai alkalmazása Csányi Yvonne nevéhez köthető, majd Budayné Balkay Sarolta által végzett további vizsgálatok eredményei alapján a teszt mind a hallássérültek, mind a halló gyerekek magyar mintáján megfelelően funkcionál. A SON teszt felvétele egyéni vizsgálat formájában történik, felépítése a Wechsler-féle tesztek felépítéséhez hasonló, az egyes szubtesztet alkotó feladatok fokozatosan nehezednek; a kulturális eltérésekre kevésbé érzékeny eljárás.

A teszt felvétele egy vagy két ülésben történik, a halló gyermekek számára verbális, míg a siket gyermekek számára nem verbális, egyszerű gesztusokkal kifejezhető instrukciók adhatók (Csányi, Perlusz és Zsoldos, 2012). A tesztfelvétel specifikuma, hogy az egyes feladatok megoldását követően a vizsgálati személy visszajelzést kap a megoldásáról, és amennyiben helytelen megoldást adott, segítséget is kaphat a helyes megfejtés megtalálásához. Ezt a tudást a következő feladatban kamatoztathatja.

A gyermekek teljesítményének értékelése külön standarddal rendelkezik a siket és a halló vizsgálati személyek részére. Kvalitatív, intelligenciaprofil elemzésére is lehetőség van a teszt alapján, mert nemcsak a gyermek IQ-ja, hanem az egyes próbákhoz tartozó szubteszt-pontszámok is kiszámolhatók.

Az eredeti SON teszt nyolc szubtesztből állt, egy-egy pszichés funkció mérésére két szubteszt is szolgált, ezáltal két párhuzamos teszt-sorozat is rendelkezésre állt az intellektuális képességek mérésére (Nagyné Réz, 1995). Ez a teszt ugyanakkor már elavult (1958-ban készült), az új verziókban a szubtesztek részben egyszerűsödtek, részben korszerűsítésre kerültek.

A SON-R 2-8, kisgyerekek részére kialakított teszt hat szubtesztje két nagy csoportba sorolható:

1. Következtetés
 - a) Az Analógiák feladat a vizuális analógiás gondolkodást méri. Egy példa alapján fel kell ismerni a szabályt egy geometriai alakzat megváltoztatásában (három szempont szerint változhat: szín, forma, méret), és ezt a szabályt alkalmazni egy másik geometriai forma esetén.
 - b) A Kategorizáció feladatban kártyákat kell kategóriákba sorolni, illetve egy kategóriába tartozó

kártyák közé kell megtalálni további odatarozó kártyákat.

- c) A Szituáció próba a következtetés képességét, az emberek és tárgyak közötti kapcsolatok felismerését és komplex szituációk megértését méri. A feladat során kártyákon szereplő, vizuálisan megjelenített szituáció hiányzó részeit kell kiválasztani.

2. Téri performáció

- a) A Mozaik-próba a téri-vizuális információk szervezését és a rész-egész téri viszonyok elemzését méri. A személyeknek többszínű négyzetekből kell kirakni egy megadott mintát.
- b) A Mintázatfelismerés során pontokat kell összekötni előre megadott mintázatnak megfelelően. A teszt végrehajtásához megfelelő vizuomotoros koordináció, a téri viszonyok elemzésének képessége, valamint a tervezés képessége szükséges.
- c) A Puzzle-próba során több elemből képeket kell kirakni azok összeillesztésével. A megoldáshoz szükséges a téri viszonyok észlelése, valamint vizuomotoros és vizuokonstrukciós képességek.

A SON-R 6-40 teszt az előbbi hat szubteszt közül négyet tartott meg: Analógiák feladat, Kategorizáció, Mozaik-próba, Mintázatfelismerés, és ezeken belül bonyolultabb, felnőttek vizsgálatára is alkalmas feladatokat is tartalmaz.

A teszt előnye:

- Halló és siket gyermek vizsgálatára is használható.
- Verbális és nonverbális instrukciók is alkalmazhatók a vizsgálatokban.
- Kicsi kortól (2 év) felvehető.

A teszt hátrányai:

- Nem rendelkezik hazai sztenderdekkel.
- Eszköztára kevésbé motiváló a gyermekek számára.

6. Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje Nemzetközi Kiadás (WJNK)

A teszt a kognitív, intellektuális képességek struktúrájának neuropszichológiai szemléletű vizsgálatára alkalmas. A magyar WJNK az eredeti amerikai eljárás nemzetközi kiadásának magyar nyelvű standardizált változata, amely 5,6 éves kortól 70/75 éves korig alkalmazható (Ruef, Furman és Mnoz-Sandoval, 2003). A korábbi változat magyar adaptációját Katona Nóra vé-

gezte 2003-ban, a legújabb IV. változat adaptálása 2021-ben készült el, de csak a 6–18 éves korosztályra (lásd Elter és Sinka, 2021).

A teszt jó alternatívája a Wechsler-féle intelligenciatesteknek. Felépítése a faktoranalitikus intelligenciaelméletek közül Cattell és Horn, illetve Carroll elméletéhez illeszkedik, mely utóbbi az alábbi alfaktorokra bontja az intelligenciát: fluid intelligencia, kristályos intelligencia, emlékezet és tanulás, vizuális észlelés, auditoros észlelés, hosszú távú emlékezet, kognitív sebesség, információfeldolgozási sebesség (részletesen lásd könyvünk II/4.1. tanulmányát). A teszt e készségeket méri az alábbi csoportosításban:

1. Verbális Képességek klasztere: magába foglalja az egyes szavak megértését és a szavak közötti kapcsolatok felfogását is. A Verbális Képességek a kognitív teljesítmény és az iskolai eredményesség fontos előjelzője, különösen, amikor a teljesítmény a beszélt nyelvi elemek fejlettségét kívánja meg.

Feladatok:

- Képi szókinccs – a lexikai tudás egyes aspektusait méri.
- Szinonimák – a szókinccs egy aspektusát méri. A feladat azt követeli a vizsgált személytől, hogy a hallott és látott szó szinonimáját adja meg szóban.
- Ellentétek – az előző szókinccs-aspektus kiegészítője.
- Verbális analógiák – azt méri, hogy a vizsgált személy mennyire képes lexikai tudását gondolkodásra használni.

2. Gondolkodási Képesség klasztere: olyan gondolkodási folyamatokból történik mintavétel, amelyeknél a rövid távú emlékezetben tárolt információk automatikus feldolgozása nem elégséges a feladat helyes megoldásához. A skála a négy gondolkodási képesség mindegyikéből tartalmaz egy-egy elemet: a hosszú távú előhívás, a vizuális-téri gondolkodás, az auditív feldolgozás és a fluid gondolkodás, érvelés területéről egyet-egyet.

Feladatok:

- Emlékezés nevekre – auditív-vizuális tanulási feladat, melyhez a hosszú távú előhívás képessége szükséges.
- Téri relációk – a vizuális-téri gondolkodást méri.
- Hangmintázatok-hang – az auditív feldolgozás mérésére alkalmas feladat.
- Mennyiségi gondolkodás – a fluid gondolkodás és a mennyiségi gondolkodási képességek mérését célozza.

3. Kognitív Hatékonyság klasztere: a kognitív rendszer automatikus információfeldolgozási képességét méri. A skála egy rövid távú emlékezetet vizsgáló tesztet és egy feldolgozási sebességet mérő tesztet tartalmaz.

Feladatok:

- Vizuális párosítás – a feldolgozási sebességet méri.
- Számok fordított sorrendben – a munkamemória által vezérelt rövid távú emlékezeti feladat.

A WJNK nagy biztonsággal alkalmazható klinikai és kutatási célokra is, és lehetővé teszi az intellektuális képességek kvantitatív és kvalitatív elemzését is. Alkalmos egy személy aktuális kognitív képességszintjének meghatározására és jellemzésére, így például a lehetséges gyengeségek, erősségek azonosítására. A teszt elősegítheti a pályaválasztási, kiválasztási döntések meghozását – különösen, ha meghatározott készségek (pl. mennyiségi gondolkodás vagy verbális képességek) kifejezetten szükségesek az adott pályán a sikeres munkateljesítményhez. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében végzett szakterületi vizsgálati tapasztalatok szerint a nem verbális próbák megfelelően alkalmazhatóak hallássérült személyeknél.

A teszt előnyei:

- Az intelligencia széles spektrumát méri.
- Gyermekeknél és felnőtteknél is használható.
- Van magyar sztenderdje.

A teszt hátrányai:

- A legújabb változat esetén csak 6–18 éves korosztályra vannak magyar normák.
- Halláskárosodott, nyelvi zavarral, beszédzavarral élők esetén csak a nonverbális szubtesztek alkalmazhatók.
- Felvételi ideje viszonylag hosszú.

7. Összefoglalás

Az intelligencia mérésére, ha egy személynél a nyelvi készség – organikus és/vagy funkcionális – károsodása feltételezhető, vagy a vizsgálati személy anyanyelve nem magyar, a Wechsler Intelligencia Teszt alkalmazása nem javasolt. Helyette nem verbális intelligenciatesztek használata ajánlott, melyek közül Magyarországon az alábbiak elérhetők:

- Raven Progresszív Mátrixok
- UNIT2 – Általános Nonverbális Intelligenciateszt – második kiadás
- Leiter International Performance Scale
- Snijders-Oomen-féle nonverbális intelligenciavizsgálat (SON).

Az említett tesztek, a UNIT2-n kívül, gyermekek és felnőttek esetében is alkalmazhatók. A UNIT2, a Leiter és a SON az intelligencia széles spektrumát méri, szemben a Raven teszttel, mely csak a perceptuális következtetés vizsgálatára alkalmas. A Raven, a UNIT2 és a Leiter-3 magyar mintán adaptált, míg a Leiter-R és a SON tesztet nem validálták Magyarországon, ez utóbbiaknál az eredmények értelmezéséhez csak a külföldi sztenderdek hozzáférhetők.

A Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje Nemzetközi Kiadás (WJNK) a Wechsler-tesztekhez hasonlóan átfogó – széles spektrumú – intelligenciateszt, mely Cattell és Horn, illetve Carroll intelligenciaelméletére épül. A WJNK gyermekek és felnőttek intelligenciájának mérésére is alkalmas, de a legújabb változatnak csak a 6–18 éves korosztályra vannak magyar sztenderdjei.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Csányi Y., Perlusz A., & Zsoldos M. (2012). Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. In Á. Torda (szerk.): *Diagnosztikai kézikönyv*. (5. fejezet.) Educatio Non-profit Kft., Budapest. (Letölthető: file:///C:/Users/zitas/Downloads/diagnosztikai_kezikonyv_5fejezet.pdf)
- Elter, A., & Sinka, E. (szerk.) (2021). *A kibontakozó tehetség felismerését elősegítő képességmérések egyéni helyzetben*. (Tehetségműhely, 14.) Nemzeti Tehetség Központ, Budapest.
- Friedlander, M. A., McCallum, R. S., & Bracken, B. A. (2017). The Universal Nonverbal Intelligence Test: Second Edition. In R. S. McCallum (ed.): *Handbook of Nonverbal Assessment*. (2. ed.) Springer. 111–125.
- Hoffman, G. (1995). A Raven Színes Progresszív Mintateszt ismertetése. In Torda Á. (szerk.): *Pszichodiagnosztika I. Tanulmányok a gyógypedagógiai lélektan pszichodiagnosztikai eljárásainak köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 53–58.
- Leiter, R. G. (1938). *A comparative study of the general intelligence of Caucasian, Chinese and Japanese children as measured by the Leiter International Performance*

- Scale. Thesis/Dissertation. University of Southern California.
- McCallum, R. S., & Bracken, B. A. (2018). The Universal Nonverbal Intelligence Test – Second Edition: A multidimensional nonverbal alternative for cognitive assessment. In D. P. Flanagan, & E. M. McDonough (eds.): *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*. The Guilford Press. 567–583.
- Mérei F., & Szakács F. (1995). A Raven-féle vizsgálati elv és teszt. In Torda Á. (szerk.): *Pszichodiagnosztika I. Tanulmányok a gyógypedagógiai lélektan pszichodiagnosztikai eljárásainak köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Nagybányai Nagy O., & Rózsa S. (2006). A mentális képességek tesztelése. In Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh A. (szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Bölcsész Konzorcium, Budapest. 181–198.
- Nagyné Réz I. (1995). A Snijders Oomen-féle nonverbális intelligenciavizsgálat. In Torda Á. (szerk.): *Pszichodiagnosztika I. Tanulmányok a gyógypedagógiai lélektan pszichodiagnosztikai eljárásainak köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Roid, H. G., Koch, C. (2017). Leiter-3: Nonverbal Cognitive and Neuropsychological Assessment. In R. S. McCallum (ed.): *Handbook of Nonverbal Assessment: Second edition*. Springer. 127–150.
- Roid, H. G., & Miller, L. J. (1997). *Leiter International Performance Scale – Revised*. Stoelting Co.
- Roid, H. G., Miller, L. J., Pomplun, M., & Koch, C. (2013). *Leiter International Performance Scale – Third Edition*. Stoelting Co.
- Rózsa S., Mészáros A., & Kő N. (2016). A UNIT2 pszichometriai jellemzőinek magyar vizsgálata. In B. A. Bracken, R. S. McCallum (eds.): *UNIT2. Universal Nonverbal Intelligence Test – Second Edition*. OS Hungary Tesztfejlesztő, Budapest. 185–195.
- Ruef, M., Furman, A., & Munoz-Sandoval, A. (szerk.) (2003). *Woodcock–Johnson nemzetközi kiadás. Vizsgálatvezetői kézikönyv magyar kiadás*. Fordította: Katona Nóra. The Woodcock Munoz Foundation, Nashville.
- Snijders-Oomen, N. (1943). *Intelligentieonderzoek van doofstomme kinderen*. [The examination of intelligence with deaf-mute children]. Nijmegen, Berkhout.

5. fejezet

Kérdőívek és tünetbecslő skálák



Specifikus mentális állapotok felmérése kérdőíves módszerekkel: depresszió, szorongás, kényszeres zavar, PTSD (Beck-skálák, PHQ-9, GAD-7, PHQ-4, Y-BOCS, PCL-5)

Kiss-Leizer Márton

1. Bevezetés

A modern klinikai pszichológiai gondolkodás és a korszerű betegellátás sarokköve, hogy a diagnózisalkotást, valamint a különféle beavatkozások hatékonyságát objektív mérőeszközök bevonásával támasszák alá. A nemzetközi gyakorlatban az elmúlt három évtizedben egyre nagyobb igény jelent meg olyan könnyen használható, gyorsan felvehető kérdőívek alkalmazására, amelyek alkalmasak egy-egy tünet vagy tünetegyüttes felmérésére, továbbá az állapotváltozás követésére. Mindez lehetővé tette az eredményesség igazolásának költséghatékony módját és útjára indította a tudományos bizonyítékokon alapuló gyógyítás forradalmát (Groth-Marnat, 2010). A szolgáltatások minőségének mérése szoros kapcsolatban áll a megbízhatóság megalapozásával, segít a valóban hatékony gyakorlatok szelektálásában és a pszichiátriai és pszichoterápiás kezelésekkel kapcsolatos elfogadás erősítésében.

A bizonyítékokon alapuló felmérés (evidence-based assessment – EBA) két kulcsfontosságú klinikai funkciót lát el. Egyrészt elengedhetetlen szerepe van a kezelés korai szakaszában, a páciens megfelelő ellátási helyre történő irányításában, az eset konceptualizálásában, a terápiás célok meghatározásában és a megfelelő terápiás stratégia kiválasztásában. Másrészt tájékoztat a kezelés előrehaladásáról, és elősegíti, hogy a terapeuta az eredmények optimalizálásának érdekében a páciens egyéni igényeihez alakítsa a módszerét (Becker-Haimes és mtsai, 2020). Az EBA kurrens vizsgálatok alapján szoros kapcsolatban áll a kezelés iránti elkötelezettséggel és a terápiával kapcsolatos elégedettséggel, melyek mellett kiemelendő, hogy a finanszírozási lehetőségek is szélesebb körben elérhetővé válnak a megfelelően dokumentált, igazoltan hatékony eljárások számára (Staples és mtsai, 2019). Az objektív mérőeszközök szerepe emellett azal párhuzamosan értékelődött fel, hogy a pszichés tényezők fontosságát egyre több területen ismerték fel.

A tünett-specifikus kérdőívek így megjelennek az alapellátásban, a szomatikus osztályokon, a műtéti előkészítésben, a prevencióban, a kockázatbecslésben, a krónikus fájdalom értékelésében vagy akár az időskori ellátásban (Hunsley és Mash, 2010). A pszichodiagnosztika ugyanakkor komplex folyamat, és természetesen felkészültséget kíván a klinikustól, hiszen a legújabb kutatási eredmények ismerete és a szakmai tapasztalat integrálása teszi lehetővé, hogy a döntéseiket kritikus szemmel értékeljék, azonosítsák az eset lehetséges vakfoltjait, és minimálisra redukálják az értékelés torzításait.

Írásunk fő célja, hogy a klinikumban gyakran előforduló kórképek (depresszió, szorongásos zavarok, kényszeres zavar, poszttraumás stressz zavar) elsődleges felmérésére alkalmas idő- és költséghatékony eszközöket röviden áttekintsük és azok előnyeit és hátrányait számba vegyük. A mérőeszközök önkitöltő kérdőívek vagy becslőskálák, melyek a kognitív viselkedésterápiás diagnosztikai megközelítés részét képezik.

2. A depresszió kérdőíves felmérése

2.1. Definíció

A depresszió egy rendkívül gyakori, változatos formában megjelenő kórkép, amely elsődlegesen alacsony fekvésű hangulattal és az örömképesség elvesztésével jár (hétköznapi tevékenységek iránti érdeklődés hiánya), mindehhez számos kognitív, fizikai, érzelmi és viselkedéses tünet kapcsolódhat. A depresszió súlyosságát egy kontinuumon helyezük el, melyekben meghatározó a tünetek száma és súlyossága, a zavar fennállásának időtartama és a betegség funkcionális működésre gyakorolt hatása (NICE, 2022). A felmérés és kezelés klinikai jelentőségét a WHO (2020) eredményei is hangsúlyozzák, melyek szerint az unipoláris depresszió világszerte a második helyet foglalja el a mortalitásért és a képességcsökkenésért felelős leggyakoribb betegségek rangsorában

(1990-ben még a 4. helyen állt), mégis a háziorvoshoz fordulók közel 60–80%-ánál nem ismerik fel azonnal (Santoft és mtsai, 2019).

2.2. A Beck Depresszió Kérdőív

A Beck Depresszió Kérdőívet (Beck Depression Inventory, BDI) 1961-ben mutatták be (Beck és mtsai, 1961), és máig a leggyakrabban használt mérőeszközként tartják számon a depresszió súlyosságának megállapítására és követésére. Habár önmagában diagnózis felállítására nem alkalmas, jól követi a hangulat változását és átfogóan vizsgálja a különféle tüneteket, így mind a kutatásban, mind a klinikumban jól alkalmazható (Groth-Marnat, 2010). A teszt 21 tételből áll, melyek négyféle állítást tartalmaznak, 0-tól 3-ig terjedő súlyossági sorrendben. A kérdések az önvádlásra, a bűntudat érzésére, az ingerlékenységre, az alvászavarra és az étvágytalanságra vonatkoznak; a páciensek önállóan, körülbelül 5–10 perc alatt tölthetik ki (Beck és mtsai, 1996). A lehetséges pontszámok tartománya 0-tól 63-ig terjed, de a 25 pont feletti értékek már a súlyos depressziós állapotot tükrözik.

2.2.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A BDI 1961-es publikálása óta számos klinikai és normatív mintán végzett vizsgálat támasztotta alá a mérőeszköz validitását és megbízhatóságát. Beck és munkatársainak (1988) metaanalízise alapján a teszt belső megbízhatósága 0,73 és 0,92 között mozog, 0,86-os átlagértékkel, de újabb vizsgálatok (Farinde, 2013) is 0,91-es értéket igazolnak. Leigh és Tolbert (2001) nem-klinikai mintán 0,78-as teszt-reteszt korrelációt, Beck és munkatársai (1996) az első és az egy héttel későbbi terápiás ülés között 0,93-as teszt-reteszt reliabilitást talált. Az érvényesség tekintetében hasonlóan kedvező mutatók azonosíthatók, hiszen pszichiátriai betegek körében a klinikai értékeléssel összehasonlítva magas korrelációs értékek mutathatók ki ($r = 0,72$), és a különféle mérőeszközökkel való összevetésben is kedvező pszichometriai jellemzőkről számolhatunk be: így a Hamilton Depresszió Skálával ($r = 0,71$), a Derogatis-féle tünetlista depresszió alskálájával (SCL-90-R) ($r = 0,89$) (Groth-Marnat, 2010), a Zung Önjellemző skálával ($r = 0,76$), az MMPI depresszió skálájával ($r = 0,76$)

(Rózsa és mtsai, 2001), a Major Depression Inventory-val ($r = 0,71$) (Konstantinidis és mtsai, 2011). A mérőeszközt számos nyelvre lefordították (Bonilla és mtsai, 2004; Mukhtar és Oei, 2008), használhatóságát különböző vizsgálati mintákon sikerült alátámasztani, pl. normatív felnőtt mintán (Gonda és Rózsa, 2020), serdülőknél (Nair és mtsai, 2004), idősek körében (Segal és mtsai, 2008), posztpartum időszakban lévő nőknél (Wan Mohd és mtsai, 2004), kardiovaszkuláris betegségben szenvedőknél (Seligman és Nemeroff, 2015), illetve különféle pszichiátriai betegek körében (Martin és McPherson, 2010).

A mérőeszközt magyar nyelvre Kopp Mária fordította le (Kopp és mtsai, 1990), aki a magyar népesség lelkiállapotának felmérését célzó reprezentatív vizsgálata (Kopp és mtsai, 1995) során közel 39 000 emberrel vette fel a kérdőívet. Eszerint a teszt érzékenyen méri a hangulatot, és jó pszichometriai jellemzőkkel bír. Rózsa és munkatársainak (1998) vizsgálata alapján a kérdőív serdülők körében is használható, Perczel-Forintos Dóra és munkacsoportja (2010) pedig depressziósok és öngyilkossági kísérlet elkövetők körében alkalmazta sikerrel a kérdőívet. A teszt 9 tételes, rövidített változatának megbízhatóságát és validitását Rózsa, Szádóczky és Füredi 2001-es vizsgálata igazolta (Rózsa és mtsai, 2001). Friss hazai vizsgálatok a BDI-t többek között a Covid-19-járvány hatásainak tanulmányozásában (Hamvai és mtsai, 2021), az időskori depresszió és életminőség feltárásában (Szili és mtsai, 2021), a sebészeti beavatkozások pszichés utóhatásainak feltérképezésében (Wittmann és mtsai, 2018) vagy akár daganatos betegek kimerültségének/hangulatának mérésében (Bollmann és mtsai, 2018) is használták.

2.2.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A kérdőív a fentiekben bemutatott kiváló pszichometriai tényezőkkel bír, kitűnő első szűrő funkciót lát el, a tünetek széles körét felöleli, gyorsan kitölthető, 5–6. osztályos korosztály számára is könnyen érthető, valamint jól illeszkedik az aktuális diagnosztikai rendszerek (DSM-5, BNO-11) kritériumaihoz. Érzékeny a hangulat változásaira, így a terápiás folyamat későbbi szakaszaiban is használható, önkitöltő, egyszerre sok emberrel felvehető, akár online formában is. Hátránya, hogy a kérdések könnyen átláthatóak, így a páciensek színlelhetik vagy elfedhetik a tüneteiket, rögzített kérdései nem teszik lehetővé a depresszió egyéni sajátosságai-

nak felmérését, valamint nagyban támaszkodnak a páciens önismeretére és szubjektív megítélésére (Farinde, 2013).

2.3. Betegek Egészségi Állapota Kérdőív – 9

A Betegek Egészségi Állapota Kérdőív – 9-et (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) Kroenke és Spitzer (2002) a depresszív tünetek szűrésére fejlesztették ki, elsősorban az alapellátásban dolgozók számára. Rövidsége (9 tétel), egyszerű kitölthetősége (a páciens számára minden tételhez azonos válaszlehetőségek tartoznak, önkitöltő), könnyű pontozása, valamint nyilvános elérhetősége miatt népszerű, gyakran alkalmazott mérőeszköz. Az egyes tételek a depresszió érvényben lévő 9 diagnosztikai kritériumához (DSM-5, APA, 2013) illeszkednek, a pontszámok 0–27-ig terjednek, a szerzők 10 pontos határértéket javasoltak. A különféle súlyossági fokok szerint megállapított határértékek a következőképp alakulnak: 5 – enyhe, 10 – közepes, 15 – súlyos, 20 – rendkívül súlyos.

2.3.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A teszt megjelenését követő tíz évben kiadott közel 100 tanulmány összegzése alapján a mérőeszköz kitűnő pszichometriai mutatókkal bír (Kroenke és mtsai, 2010). A belső megbízhatósági értékek 0,86 és 0,89 között mozognak, a teszt-reteszt reliabilitás átlagosan a 0,84-es értéket éri el. A szenzitivitás-értékeket vizsgálva 0,77 és 0,88 közötti, a specificitást nézve 0,88 és 0,94 közötti átlagokat találunk. A kérdőív nemtől, életkortól és etnikumtól függetlenül is hatékonyan alkalmazható, kitűnően monitorozza az állapotváltozást, a megbízhatósága telefonos felvétel (Cronbach alfa = 0,91) (Farzanfar és mtsai, 2014) vagy internetes kitöltés esetén sem csökken (Cronbach alfa = 0,89) (Erbe és mtsai, 2016). A különféle populáción végzett mérések – pl. általános kórházi mintán (Gelaye és mtsai, 2014) vagy nem-klinikai résztvevőkön (Kiely és Butterworth, 2015) – mind hasonló pszichometriai értékeket mutattak, pszichiátriai betegek körében azonban a megbízhatóság némileg csökkent (átlagosan a Cronbach alfa 0,74 és 0,81 között található). Ennek hátterében az állhat, hogy a lakossághoz viszonyítva a mentális egészségügyi ellátásban résztvevők általában súlyosabb, szerteágazóbb tünetekkel és komorbid megbetegedésekkel küzdenek. Mind-

ezek értelmében Beard és munkatársai (2016) ebben az esetben emelt határértéket (13) javasolnak, így a megbízhatóság mellett (0,84) a szenzitivitás (0,83) és a specificitás-értékek (0,72) is javíthatók. Faktoranalitikus munkájuk 2 skálát, a kognitív/affektív tünetekét, valamint a szomatikus szimptomákét különíti el.

Magyarországon a kérdőív szabadon elérhető, letölthető a www.multiculturalmentalhealth.ca oldalról, és része az iFight Depression (www.ifightdepression.com/hu) projekt szűrőkérdőíveinek is, hivatalos validáláson azonban nem esett át. Egy közelmúltbeli hazai vizsgálat (Simoncsics és mtsai, 2022) alapján a teszt – a nemzetközi eredményekkel összehangban – kiemelkedő megbízhatósági mutatókkal rendelkezik (Cronbach alfa = 0,88), a családorvosi gyakorlatban pedig az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz a depresszió felismerésére (Torzsa és mtsai, 2009). Mivel a skála utolsó tétele a halálvágyra és az önártalomra vonatkozik, ennél a kérdésnél már az 1-nél magasabb pontszámot adók is magas szuicid rizikójúnak tekinthetők, így a kérdőív hatékonyan alkalmazható ennek becslésére akár az általános klinikai gyakorlatban (J. Szabó és mtsai, 2022), akár olyan specifikus esetben, mint a gyulladási bélbetegséghez társuló öngyilkossági veszélyeztetettség (Sánta, 2020). Az alkalmazás lehetőségei tehát változatosak, amit a hazai kutatások különféle irányultságai is igazolnak, pl. Covid-19-betegek számára létrehozott rehabilitációs program eredményességének vizsgálata (Fekete és mtsai, 2021), a hangulatzavar gyakoriságának mérése vesebetegek körében (Szeifert és mtsai, 2009) vagy az antidepresszív kezelés hatékonyságának megállapítása cukorbetegknél (Hargittay és mtsai, 2020).

2.3.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A rendelkezésre álló adatok alapján a PHQ-9 igen effektív mérőeszköz a depresszív tünetek súlyosságának és a különféle kezelések hatékonyságának mérésében, nyilvánosan elérhető, gyorsan, akár online is kitölthető, és jól illeszkedik a pszichiátriai nozológiai rendszerek diagnosztikai kritériumaihoz. Fontos hangsúlyozni azonban, hogy elsődlegesen szűrő funkciót lát el, amely során pszichiátriai betegpopuláció esetén magasabb határértéket érdemes használni, mint az alapellátásban. Emellett nem ad lehetőséget az egyes tünetek részletesebb kifejtésére, hiszen több esetben egy tételen belül egy adott tünetkör különféle megnyilvánulásait is felsorolja (pl. 3. tünet: nehéz elalvás vagy túl sok alvás;

4. tünet: rossz étvágy vagy túlzott evés), pusztán a kitöltés alapján azonban a vizsgáló számára nem derül ki, hogy a páciens ezek közül melyiket tapasztalja. Ennek értelmében, ha a PHQ-9 depresszív tüneteket jelez, a pontos diagnózis megállapításig további tesztek bevonására és célzott explorációra kerülhet sor.

3. A szorongás kérdőíves felmérése

3.1. Definíció, előfordulás

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) kiemeli, hogy a szorongás természetes válaszreakció egy esetleges stresszhelyzetre, amely számos előnyös élettani hatása révén javítja a figyelmet és a koncentrációs képességet, növeli a szervezet ellenálló képességét, fokozza a teljesítményt, valamint segíti a döntéshozást (APA, 2021). Azonban ha a szorongás és a félelem tünetei súlyosak és a személyes, családi, szociális vagy foglalkozási működésben jelentős kárt okoznak, már szorongásos zavarról beszélünk. Bár a félelem és a szorongás összefügg, a definíciók elválnak egymástól, hiszen amíg a félelem egyfajta reagálás egy észlelt, jelenbeli fenyegetettségre, addig a szorongás a jövőre és valamilyen várható veszélyhelyzetre irányul (BNO-11, WHO, 2022). Nemzetközi vizsgálatok alapján a felnőtt populáció (APA, 2021) közel 30%-a tapasztal az élete során valamilyen szorongásos megbetegedést, melyek megoszlása az epidemiológiai adatok alapján a következőképp alakul: specifikus fóbia (8–12%), szociális szorongás (7%), pánikzavar (2–3%), agorafóbia (1–3%), generalizált szorongás (2%), szeparációs szorongás (1–2%).

3.2. A Beck Szorongás Leltár

A Beck Szorongás Leltár (Beck Anxiety Inventory, BAI) az egyik legnépszerűbb, rendkívül széles körben elterjedt, 21 tételből álló önbecslő skála. Felvétele lehetővé teszi a szorongás különféle tünetei fennállásának és súlyosságának megállapítását (pl. fizikai, kognitív stb.) (Beck, Epstein és mtsai, 1988); az egyes szimptomákat a páciensek 3 fokozatú skálán értékelhetik. A mérőeszköz megalkotásának egyik legfontosabb célja a szorongás azon klinikai tüneteinek felmérése, amelyek depresszióban kevésbé jelennek meg, így a felvételével differenciáldiagnosztikai kérdésekre is választ kaphatunk, habár

a BAI – a BDI-hez hasonlóan – önálló diagnózisalkotásra nem alkalmas (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). A kitöltés mindössze 5–10 percet vesz igénybe, a kiértékelés és értelmezés pedig néhány percen belül megtörténhet.

3.2.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A kérdőív eredetileg 3 skálát és 86 tételt tartalmazott (Beck, Epstein és mtsai, 1988), a faktoranalízist követően azonban a végső változatba csak 21 tételt emeltek be. A mérőeszköz 393 fős klinikai és nem-klinikai populáción vizsgálva megbízhatónak bizonyult (Cronbach alfa: 0,93), és bár az eredményeket az évek során többször felülvizsgálták, a tudományos közleményeket összesítve magas belső konzisztenciát állapíthatunk meg (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). Egy kurrens vizsgálat (Bardhoshi és mtsai, 2016) – Beckhez hasonlóan – 0,91-es belső megbízhatósági mutatót (klinikai és nem-klinikai mintán egyaránt) és 0,65-ös teszt-reteszt reliabilitást igazolt, a faktoranalízis során pedig 2 skála volt azonosítható (szomatikus, szubjektív). A klinikai értékeléssel való összehasonlításban a korrelációs mutatók 0,8 körül alakulnak, amellyel párhuzamosan a teszt az egyéb szorongást mérő kérdőívvel is magasan korrelál: Zung Szorongás Skála (0,77) (Durham, 2010), Aggodalmaskodás Kérdőív (0,78) (Harari és mtsai, 2005), Észlelt Stressz Kérdőív (0,74) (De Beurs és mtsai, 1997). Kiemelendő, hogy a diszkriminációs validitás tekintetében a BAI hatékonyan elkülönül azoktól a skáláktól, amik a szorongás más zavarokban való megjelenését mérik, pl. Yale-Brown Kényszer Kérdőív (Y-BOCS) ($r = 0,16$) (Williams és mtsai, 2013), SCID-I interjú PTSD-re ($r = 0,36$), szociális fóbiára ($r = 0,24$), generalizált szorongásra ($r = 0,38$) (Watson és mtsai, 2008). A BAI által mért tünetek nagyobb valószínűséggel jelennek meg pánikzavarban, és kisebb gyakorisággal azonosíthatók generalizált szorongásos zavarban, aminek hátterében feltehetőleg az áll, hogy a BAI-ban nagy arányban jelennek meg a hiperarousal főbb jegyei. Ebből fakadóan kritikaként említhető, hogy idősebb betegek körében a BAI nem tudta hatékonyan elkülöníteni a depresszió és a szorongás tüneteit egymástól (Hunsley és Mash, 2010), ugyanakkor jól használható akár az alapellátásban (Benuto és mtsai, 2020), akár a szomatikus betegségekhez kapcsolódó szorongás felmérésében (Clark és mtsai, 2016).

A teszt magyar nyelven is gyakran használt eszköz a klinikai gyakorlatban, ugyanakkor a validálása még folyamatban van, hivatalos standardja nincs (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). Ennek ellenére számos hazai kutatás alkalmazza a szorongás tüneteinek mérésére, melyek között találunk többek között a megküzdési kapacitás felmérésére (Mészáros és mtsai, 2014), a long-COVID tünetekhez társuló szorongás feltárására (Ocsovszky és mtsai, 2022) vagy akár a transzkranialis mágneses stimuláció (rTMS) hatékonyságára irányuló vizsgálatokat (Eleméry és mtsai, 2019).

3.2.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A BAI mellett, hogy több területen alkalmazható, gyorsan felvehető, megbízható mérőeszköz, jól körülírja a szorongás legalapvetőbb tüneteit, széles körű klinikai és kutatási tapasztalat áll mögötte, a tételei pedig egyszerűen értelmezhetőek, és az eredmények is gyorsan kiértékelhetőek. A fentieknek megfelelően hatékonyan elkülöníti a szorongásos és depresszív tüneteket egymástól (kivéve időskorban), alkalmas az állapotváltozás követésére, így akár egy terápiás folyamat során több alkalommal is felvehető. Hátrányként fogalmazhatjuk meg, hogy faktoranalízis során a kérdőívben mindössze 2 faktort (szomatikus és kognitív) sikerült elkülöníteni, így a szorongás számos aspektusa (pl. viselkedéses faktorok – biztonságkeresés, elkerülés) feltáratlan marad. Emellett a teszt nem alkalmas arra, hogy a különféle szorongásos zavarok között érdemben differenciáljon, hiszen specifikus tünetek mérésére nem vállalkozik, csupán a szorongásos zavarban szenvedőket képes elválasztani a normál populációtól (Leyfer és mtsai, 2006).

3.3. Generalizált Szorongásos Zavar Kérdőív – 7

A generalizált szorongásos zavar (generalized anxiety disorder, GAD) felmérésére az egyik leggyakrabban használt eszköz a Generalizált Szorongásos Zavar Kérdőív – 7 (GAD-7). A GAD az érvényben lévő diagnosztikai rendszerek alapján (DSM-5, APA, 2013) egy krónikus, tartós aggodalommal járó kórkép, mely számos tevékenységgel vagy eseménnyel kapcsolatban fennállhat. A mérőeszköz létrehozásának eredeti célja az volt, hogy az alapellátásban minél pontosabban ismerjék fel a zavart, hiszen gyakori, hogy a páciensek a szorongásos

tünetekhez kapcsolódó szomatikus panaszok miatt keresnek segítséget (pl. palpitáció, nehézlégzés, gyomor-szorítás stb.), nagy terhet róva ezzel az egészségügyi ellátórendszerre (Spitzer és mtsai, 2006). Ha a betegséget nem sikerül idejében azonosítani, jelentős károsodás jelenhet meg a személyes és az interperszonális működésben, amellettt hogy a GAD az egyéb szorongásos zavarok és az alkoholfüggőség kialakulásának szempontjából is rizikófaktornak tekinthető (Ruiz és mtsai, 2011). A GAD-7 hét tételből álló, önkitöltős kérdőív, amely során a vizsgálati személyeknek négyfokú Likert-skálán kell megjelölniük az egyes szorongástünetek elmúlt két hétben tapasztalt gyakoriságát. Spitzer és munkatársai (2006) 10 pontos határértéket javasoltak az értékelés során.

3.3.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A mérőeszközt bemutató, eredeti tanulmányban (Spitzer, 2006) jó megbízhatósági (Cronbach alfa = 0,92) és validitás-mutatókat igazoltak egy alapellátásban jelentkező klinikai mintán, összehasonlítva a kapott pontszámokat a klinikusok értékelésével. A 10-es határérték kitűnő, 89%-os szenzitivitás- és 82%-os specificitás-értéket eredményezett. Későbbi kutatások ezzel összhangban jó reliabilitás-mutatókról számoltak be heterogén pszichiátriai populációban (Cronbach alfa = 0,82) (Johnson és mtsai, 2019), nem-klinikai mintán (Löwe és mtsai, 2008) és különféle nyelvterületeken egyaránt (Lee és Kim, 2019; Konkan és mtsai, 2013). A tanulmányok többsége egyfaktoros modellt erősít meg (Kertz, 2013), ugyanakkor a határérték definiálása szempontjából a szakirodalomban nincs egyetértés, általánosságban megállapítható azonban, hogy az alacsonyabb értékek magasabb szenzitivitással és alacsonyabb specificitással függnek össze (Johnson és mtsai, 2019). Beard és Björgvinsson (2014) szintén jó belső megbízhatóság- (0,88) és konstruktív validitás-mutatókat talált, ugyanakkor a kérdőív gyenge specificitás- (54%) és magas fals pozitív értékeket (0,46) mutatott a különféle szorongásos zavarokban szenvedők körében (GAD, PTSD, szociális fóbia, pánikzavar). Kertz és munkatársai (2013) ehhez hasonlóan alacsony specificitás- (46%) és magas szenzitivitás-értékeket tártak fel (83%) kórházi terápiás programra jelentkező betegek mintáján (GAD, pánik, fóbia, OCD), kiemelve, hogy e páciensek esetében a komorbid pszichiátriai zavarok széles skálája is megjelent. Mind-

ezek alapján a teszt az egyes szorongásos zavarok között nem képes hatékonyan differenciálni.

A kérdőív hivatalos magyar fordítása elérhető a www.phqscreeners.com oldalon, engedély nélkül másolható, megjelentethető és terjeszthető, hivatalos magyar standardja nincs, de hazai vizsgálatok alapján is jó reliabilitás-mutatókkal bír (Cronbach alfa = 0,87) (Kopcsó és mtsai, 2018). Habár jelenleg kevés kutatás érhető el a szakirodalomban, a kérdőívet a közelmúltban többek között daganatos megbetegedéshez társuló szorongás (Mailáth és mtsai, 2017) vagy várandóssággal kapcsolatos aggodalom (Kopcsó és mtsai, 2018) feltérképezéséhez is használták.

3.3.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

Az eredmények értékelése alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy GAD-7 a generalizált szorongás tüneteinek felmérésében hatékony eszközként funkcionál, hiszen jó megbízhatóság- és validitás-mutatókkal rendelkezik, effektíven elkülöníti a klinikai és nem-klinikai populációt egymástól, érzékeny az állapotváltozásra, és akár percek alatt kitölthető (Rutter és Brown, 2017). Mindezek értelmében az alapellátásban és a szakellátásban is fontos eszköz lehet, elsődlegesen azonban csak szűrőfunkciót ellátva, hiszen az egyes szorongásos zavarokat nem különíti el egymástól, így ha a GAD-7 alapján a tünetek kellően súlyosak, specifikus mérőeszközök bevonására van szükség.

4. A szorongás és a depresszió együttes mérése – Betegek Egészségi Állapota Kérdőív – 4

A fentieket összegezve megállapítható, hogy a depresszió és a szorongásos megbetegedések rendkívül gyakoriak, és világszerte jelentős terhet rónak az egészségügyre. Ezen zavarok felmérésére a legtöbb irányelv standardizált, gyorsan felvehető mérőeszközöket javasol (ld. NICE), melyek között az egyik leggyakoribb a Betegek Egészségi Állapota Kérdőív – 4 (Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4) (Maurer és mtsai, 2018), melynek egyediségét az adja, hogy egyszerre méri mind a szorongásos, mind a depresszív tünetek jelenlétét. A teszt megalkotásánál voltaképp két kérdőív legfontosabb tételeit egyesítették: 1. A PHQ-2 a korábban bemutatott PHQ-9 lerövidítéséből született, két tétele a depresszió alaptüneteit, azaz a depresszív

hangulatot és az örömképesség csökkenését vizsgálja (Kroenke és mtsai, 2003). 2. A GAD-2 ehhez hasonlóan a GAD-7 rövidítésének felel meg, kérdései a tartós aggodalmaskodás fennállását, illetve a szorongás és feszültség jelenlétét célozzák (Kroenke és mtsai, 2009). A vizsgálati személyek a válaszaikat 4 fokú Likert-skála segítségével adhatják meg, a szorongásos és a depresszív tünetek szempontjából egyaránt a 3-nál magasabb pontszám tekinthető jelzőértéknek. A súlyossági fokok a következőképp alakulnak: 0–2: normál, 3–5: enyhe, 9–12: súlyos (Materu és mtsai, 2020).

4.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

Általánosságban elmondható, hogy külön-külön mind a PHQ-2, mind a GAD-2 kiváló pszichometriai mutatókkal rendelkezik (pl. a Cronbach alfa a PHQ-2-nél egy tanulmány [Staples és mtsai, 2019] szerint 0,83, a GAD-2-nél 0,81), amely az összevonást követően kialakított PHQ-4-re is jellemző. A kérdőív validálása során a szerzők (Kroenke és mtsai, 2009) magas belső megbízhatóságot igazoltak (Cronbach alfa > 0,80) mindkét faktor (depresszió és szorongás) irányában. A depresszió tekintetében a szenzitivitás-értékek 83%, a specificitás-értékek 90% körül alakultak, a szorongást nézve a szenzitivitás a GAD-nál 88%-os, a pániknál 76%-os, a szociális fóbiánál 70%-os, a PTSD-nél 59%-os eredményt hozott (összesítve 82%). A felmérés mindemellett azt is tükrözte, hogy a magasabb PHQ-4 értékek súlyosabb funkcionális károsodással, az ellátórendszer fokozott igénybevételével és a munkából való kieséssel jártak együtt, ami a teszt konstruktív validitását is demonstrálta. Egy kurrens vizsgálat (Wicke és mtsai, 2022) közel 5000 fős mintán standardizálta újra a mérőeszközt, eredményei a korábbiakat megerősítve szintén magas megbízhatóságot igazoltak (Cronbach alfa = 0,85), a határérték szempontjából pedig a 6-os érték tűnt a leghatékonyabbnak. Kulturális összehasonlításban nem mutatkozott különbség az egyes csoportok között, emellett az életkor, illetve a nem sem volt befolyásoló tényező (Tibubos és Kröger, 2020). A szakirodalomban a PHQ-4 felhasználása meglehetősen sokrétű, így általános pszichiátriai ellátásban (Asmundson és mtsai, 2022), szomatikus tünetekhez kapcsolódó szorongás és depresszió szűrésében (Philipp és mtsai, 2021) és az alapellátásban is széles körben alkalmazzák, akár online formában is (Cano-Vindel és mtsai, 2018).

A PHQ-9-hez és a GAD-7-hez hasonlóan a PHQ-4 sem rendelkezik hivatalos magyar nyelvű standardokkal, azonban a mérőeszköz a nemzetközi eredményekkel egybevágó megbízhatósággal rendelkezik, hiszen a Cronbach alfa egy kurrens vizsgálatban a 0,85-ös értéket éri el (Horváth és mtsai, 2022). A tesztet hazai környezetben többek között a rendszeres kannabiszhasználat káros következményeinek felmérésében (Horváth és mtsai, 2022) vagy az evészavarokhoz kapcsolódó depresszió és szorongás szűrésében használták (K. Szabó és mtsai, 2015). Egy magyar kutatócsoport jelenleg is azon dolgozik, hogy normatív magyar mintán nyert adatok alapján publikálják a PHQ-4 pszichometriai jellemzőit (Bokk és mtsai, é. n.).

4.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A PHQ-4 hatékonyan egyesíti a korábban bemutatott mérőeszközök erőnyeit: gyors, megbízható és valid első szűrést kínál a populációban leggyakrabban előforduló pszichés zavarok felismerésére, alkalmazhatósága elsősorban az alapellátásban vagy a szomatikus betegellátásban érvényesülhet. Ez kiemelten fontossá válhat, hiszen nemzetközi mérések alapján a depresszió hiányos vagy téves diagnózisa a háziorvoshoz fordulók 78%-át érintheti (Cano-Vindel és mtsai, 2018). Mindezek ellenére – ahogyan a korábbiakban is láthattuk – a határértéknél magasabb pontszámokat elérőknél további pszichodiagnosztikai munkára van szükség, hiszen a mérőeszköz az egyes pszichés zavarok között nem differenciál, elsősorban a depressziót és a GAD-ot különíti el, de sem a depresszióra, sem a szorongásra vonatkozóan nem kínál részletes áttekintést a tünetek jellegéről (Khubchandani és mtsai, 2016).

5. A kényszerbetegség kérdőíves felmérése

5.1. Definíció, előfordulás

A kényszerbetegség (OCD) egy krónikus, változatos formában manifesztálódó kórkép, melynek két fő alkotóeleme a kényszer gondolatok (obszessziók) és a kényszer cselekvések (kompulziók) tartós jelenléte (APA, 2013). Az obszessziók kellemetlen, visszatérő, a páciens akaratára ellenére megjelenő gondolatokként definiálhatók, a kényszer cselekvések pedig az erre adott repetitív vi-

selkedéses vagy gondolati rituálék, melyek célja a szorongás enyhítése vagy a feltételezett fenyegetés elhárítása. A tünetek jelentős szorongást és funkciókárosodást okoznak, és bár általában a személy erőfeszítést tesz a gondolatai elnyomására vagy a rituálék visszaszorítására, mégis ezek ismételt megjelenését tapasztalja (Csigó és Harsányi, 2015). Az OCD előfordulását egészen a 80-as évekig rendkívül alábecsülték (0,05%), a korszerű diagnosztikai eljárások és az OCD-re irányuló nagyobb figyelem miatt azonban mindez jelentős fordulatot vett. Egy újabb, mintegy 2000 főt bevonó nemzetközi vizsgálat szerint (Mathes és mtsai, 2019) a populáció közel 2–3%-a lehet érintett, a szubklinikus tünetek előfordulása pedig akár a 13%-ot is elérheti (Fullana és mtsai, 2010). Mindezek alapján az OCD a negyedik leggyakoribb pszichiátriai zavar a fóbia, a pszichoaktív szerhasználat és a depresszió után (Harsányi, 2015a), Magyarországon ehhez hasonlóan 2,8%-os élettartam-prevalencia adatok születtek (Németh, 2016).

5.2. Yale-Brown Kényszer Kérdőív

Az OCD tüneti megjelenését rendkívüli változatosság jellemzi, melyek listázására számos különféle tünetbecslő skála készült. Ezek közül a legismertebb a Yale-Brown Kényszer Kérdőív (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS), amely a kényszerbetegség felmérésének leggyakrabban használt, általánosan elterjedt mérőeszköze (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). A Y-BOCS összesen 71 különböző kényszeres tünetet foglal magában, melyek 2 főcsoportra (kényszer gondolatok és kényszer cselekedetek) és további 15 alcsoportra oszthatók (pl. agresszív, kontaminációs, szexuális kényszer gondolatok, ill. takarítási, ellenőrző és ismétlési rituálék). A páciens az egyes tételeket a tünetek múltbeli és jelenbeli fennállása alapján értékelheti, az eredmények súlyossági fokok alapján osztályozhatók, így a teszt a kezelés során tapasztalt változások megítélésére és állapotkövetésre is alkalmas. A Y-BOCS-hoz tartozik egy pontozólap is, amelyet a vizsgáló a saját szakmai benyomásai alapján tölt ki a páciensről, az egyes tételek 5-5 pontban kérdeznek rá a tünetek időtartamára, akadályozó hatására, az általuk okozott distresszre, az ellenállásra és a felettük érzett kontrollra (Goodman és mtsai, 1989). A betegek tehát különféle fenotípussal rendelkeznek, így a kérdőíven is egyedi mintázatok jelennek meg.

5.2.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A Y-BOCS publikálása kapcsán készült tanulmány (Goodman és mtsai, 1989) jó pszichometriai mutatókat igazolt, beleértve a belső megbízhatóságot, valamint a konvergencia és a diszkriminatív validitást, kiemelve azonban, hogy komorbid depresszió esetén a reliabilitás szignifikánsan csökken. A tünetlista faktorstruktúráját az évek során több alkalommal ellenőrizték, egységes álláspont azonban a szakirodalomban nem született, egy áttekintő vizsgálat (Storch és mtsai, 2005) alapján több különböző két- és háromfaktoros modellt is bemutatottak, amelyek általában obszesszív–kompulzív, súlyosság–ellenállás és distressz–kontroll alskálákat különítették el. Egy közelmúltbeli, klinikai mintán készült vizsgálat alapján megerősíthetők (Kraus és mtsai, 2015) a mérőeszköz használhatóságára vonatkozó eredmények, hiszen az adatok jó belső megbízhatóságról tanúskodnak mind összesítve (Cronbach alfa = 0,83), mind a skálát obszesszív (Cronbach alfa = 0,84) és kompulzív (Cronbach alfa = 0,88) alfaktorokra lebontva. Egy másik tanulmány (Castro-Rodriguez és mtsai, 2018) a teszt-reteszt reliabilitás tekintetében 0,94-es korrelációs együtthatót, 13-as cut-off értékkel számolva pedig a szenzitivitást nézve 94%-os, a specificitást vizsgálva 85%-os mutatót igazolt. A kérdőívet világszerte számos nyelvre validálták (Jacobsen és mtsai, 2003; Melli és mtsai, 2015; Pertusa és mtsai, 2010), kultúrától, életkortól, nemtől függetlenül jó pszichometriai jellemzőkkel bír (Hunt, 2020), egy metaanalízis (López-Pina és mtsai, 2015) közel 150 tanulmány integrálása alapján 0,88-os Cronbach alfa és 0,85-ös teszt-reteszt korrelációs értéket azonosított. Mindezek ellenére a kérdőívvel szemben különféle aggályok merültek fel. A klinikus számára kialakított pontozólapon szereplő „ellenállás” tétel egyszerű megfogalmazása révén többféle értelmezésre ad lehetőséget, ami magyarázhatja a faktorstruktúra vizsgálata során kapott inkonzisztens eredményeket. Emellett a tünetlista súlyos kényszerbetegség esetén nem kellően érzékeny az esetleges állapotváltozásokra (Castro-Rodriguez és mtsai, 2018).

A mérőeszköz hivatalos magyar fordítása elérhető, klinikai célra szabadon felhasználható, de nem terjeszthető, és hivatalos standarddal sem rendelkezik (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). Felhasználása a klinikumban és a hazai kutatásokban is széles körű, segítségével a kognitív sérülés és a kényszeres tüneti mintázat összefüggéseit (Harsányi, 2015b), idegsebészeti eljárások ha-

tékonyágát (Csigó és mtsai, 2010), skizofréniához társuló kompulzív tünetek jelenlétét (Döme és mtsai, 2006) és a Covid-19-járvány kényszeres tünetekre gyakorolt hatását is vizsgálták (Csigó és Németh, 2022).

5.2.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A Y-BOCS kérdőívet a kényszeres tünetek felméréseinek „arany standardjaként” tartják számon, hiszen átfogóan felöleli a rendkívül változatos kórkép különféle megjelenési formáit, múltbeli és jelenlegi tünetekre is rákérdez, könnyen értelmezhető, gyorsan kitölthető, és a rendelkezésre álló vizsgálatok alapján megbízhatóan, az állapotváltozásra érzékenyen vizsgálja a tüneteket. Mindemellett két irányból közelíti meg a tünetek felmérését, hiszen a páciens mellett a klinikus is megítélheti a tünetek súlyosságát, és a különféle tünetek tartalma vagy típusa sem befolyásolja az eredményt (Gonda és Rózsa, 2020). Hátránya, hogy egységes kórképként kezeli az OCD-t, nem ad lehetőséget a páciensek különféle alcsoportokra bontására, súlyos eseteknél nem érzékeny az állapotváltozásra, komorbid depresszív zavar esetén pedig csökken a megbízhatósága. Az egyes tételek többféle értelmezhetősége révén a kérdőív nem rendelkezik világos faktorstruktúrával, emellett kiemlendő, hogy a kényszerbetegséghez társuló gyakori szegyenérzet miatt (Weingarden és Renshaw, 2015) a páciensek számára nehézséget jelenthet, hogy hiteles képet adjanak az állapotukról.

6. A poszttraumás stressz zavar (PTSD) kérdőíves felmérése

6.1. Definíció, előfordulás

A PTSD kialakulása egy fenyegető, traumatikus élmény átélése kapcsán alakul ki, amely során az egyén úgy érzi, veszélyben van az élete vagy a testi épsége, intenzív félelmet és rettegést él át, sok esetben tehetetlenség megtapasztalása mellett. A tünetek jellemzően 3 csoportra oszthatók, melyek közül a traumatikus élmények intenzív újraélése, az eseménnyel kapcsolatos gondolatok, érzések elkerülése és a váratlan helyzetekre adott felfokozott reakció emelhető ki (BNO-11, 2022). A traumatikus élményt elszenvedők közel 30%-a tapasztalja a PTSD tüneteit, amely a teljes populációban közel 6%-os előfordulást jelent, habár az eredmények a minta össze-

tételétől függően némileg változhatnak (Kessler és mtsai, 2005). A betegség súlyos szövődményekkel, a magatartás átformálódásával és krónikusan fellépő, intenzív tünetekkel jár; különösen nagy veszélyeztetettségnek vannak kitéve olyan rizikócsoporthoz, mint a katonák, a rendőrök vagy az egészségügyi dolgozók. A PTSD változatos formában jelenik meg, jelentős funkciókárosodást okoz, és még a megfelelően irányított terápiás eljárásokkal is nehezen kezelhető, így kiemelten fontossá válik a korai felismerés és a megbízható mérőeszközök alkalmazása (Hunsley és Mash, 2010).

6.2. A Poszttraumás Stressz Zavar Szűrőlista – 5 (PCL-5)

A PCL-5 alapjául szolgáló Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) kérdőívet 1990-ben az amerikai National Center for PTSD fejlesztette ki, amely hosszú ideig a legszélesebb körben alkalmazott kérdőív volt a PTSD vizsgálatára, 17 itemével átfogóan mérte fel az egyes tüneteket, és jól illeszkedett az érvényben lévő DSM-IV kritériumokhoz (Steenkamp és mtsai, 2010). A DSM-5 új fejezetet nyitva szignifikáns változásokat hozott a PTSD diagnózisában, hiszen elkülönítette a traumával összefüggő megbetegedéseket a szorongásos zavaroktól, pontosította az egyes diagnosztikai kritériumokat, és növelte a megjelenő tünetek számát (17-ről 20-ra) (APA, 2013). Mindez az eredeti kérdőív revízióját is elengedhetetlenné tette. Az új kérdőívet 2015-ben validálták (Blevins és mtsai, 2015), 20 tételből áll, a vizsgálati személyeknek egy 5 fokozatú skálán kell megítélniük, hogy az egyes tünetek mennyire zavarták őket az elmúlt hónap során. A pontszámok 0 és 80 közé esnek, a magasabb pontszám súlyosabb tüneteket jelez. Fontos, hogy a kérdőív felvételével párhuzamosan explorációval vagy kérdőíves vizsgálattal (pl. Életesemény Kérdőív) a DSM-5 „A” kritériumában szereplő traumatikus esemény jellegét is fel kell mérnünk, hiszen erre a PCL-5 tételei nem vonatkoznak (Pereira-Lima és mtsai, 2019).

6.2.1. Pszichometriai jellemzők, nemzetközi és hazai tapasztalatok

A mérőeszközt bemutató tanulmány szerzői (Blevins és mtsai, 2015) kimagasló pszichometriai mutatókat igazoltak a PCL-5 vonatkozásában, beleértve a jó belső megbízhatóságot (Cronbach alfa = 0,94) és a teszt-reteszt

reliabilitást ($r = 0,82$). A konvergencia validitása tekintetében a PCL-5 magasán korrelált más PTSD-t mérő eszközökkel (PCL, PDS, DAPS¹ – $r = 0,74$ -tól $0,85$ -ig), a diszkriminatív validitást nézve pedig ugyan kisebb hatásfokkal, de elkülönítette a PTSD-t más pszichés zavaroktól ($r = 0,31$ -től $0,6$ -ig – magasabban korrelál depresszióval és szorongásos zavarokkal, alacsonyabban szerhasználat, antiszociális személyiségzavarral, mániával) vagy akár a haragtól (Cheng és mtsai, 2020). Nemzetközi vizsgálatokban különféle kultúrákra vetítve hasonló pszichometriai mutatókat igazoltak (Cheng és mtsai, 2020; Ito és mtsai, 2019; Orovou és mtsai, 2021), a mérőeszköz határértékét tekintve azonban nincs egyetértés: egy összefoglaló tanulmány (Ashbaugh és mtsai, 2016) alapján a határérték-pontszámok 31 és 38 között mozognak. Példaként említhető, hogy egy kurrens kutatás (Bovin és mtsai, 2016) szerint 33-as határértékeket alkalmazva 0,88-as szenzitivitás- és 0,69-es specificitás-mutatók azonosíthatók. A teszt használhatóságát különböző vizsgálati mintákon sikerült alátámasztani, így klinikai populációban (Roberts és mtsai, 2021), autóbalesetet szenvedőknél (Cernovsky és mtsai, 2021), gyászolóknál (Kirchhoff, 2022) és egészségügyi dolgozóknál is eredményesen alkalmazták (Cheng és mtsai, 2020). A PCL-5 faktorstruktúráját tekintve a szakirodalomban ellentmondásos eredményekkel találkozunk: egy áttekintő tanulmány (Krüger-Gottschalk és mtsai, 2017) szerint több különböző vizsgálat során próbálták megerősítő faktoranalízis segítségével a PCL-5-öt a DSM-5 négyfaktoros modelljéhez illeszteni, az eredmények többsége azonban ezt nem támasztotta alá, és általában 6-7 faktoros mintázatok rajzolódtak ki.

A kérdőív nem rendelkezik magyar adaptációval, hivatalos fordítása azonban a www.center-tbi.eu oldalon elérhető. Egy közelmúltbeli hazai vizsgálatban (Polner és mtsai, 2021) klinikai mintán is igazolták a kérdőív megbízhatóságát (Cronbach alfa = 0,94), és bár egyelőre meglehetősen kevés magyar kutatás érhető el, példaként említhetők a kortikális hiperarousal és a PTSD összefüggéseire (Blaskovich és mtsai, 2020), a Covid-járvány PTSD-re gyakorolt hatására (Bellavics és mtsai, 2021) vagy a szkizotíp személyiségfejlődés etiológiájára (Polner és mtsai, 2021) irányuló tanulmányok.

6.2.2. Az eszköz előnyeinek és hátrányainak bemutatása

A PCL-5 előnye, hogy jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik, egyszerűen és gyorsan kitölthető, a tételei

pedig pontosan végigkövetik az érvényben lévő DSM-5 kritériumait. A diszkriminatív validitás tekintetében az eredmények kevésbé meggyőzőek, ami feltételezhetően a depresszió, az általános stressz és a PTSD tüneteinek nagyfokú átfedéséből ered. A szakirodalomban mindemellett nem egyértelműek a PCL-5-re vonatkozó háttértértékek, és a faktorstruktúrát vizsgálva sincs egység a különböző modellek között (Sveen és mtsai, 2016). A PCL-5 a tünetek háttérében álló trauma természetéről nem ad információt, így az alkalmazása klinikai exploráció és specifikus kérdőívek segítségével válhat teljessé.

7. Következtetések

A bizonyítottan hatékony mérőeszközök jelentősége fokozatosan nő a mindennapi klinikai gyakorlatban, hiszen egyre nagyobb elvárás jelenik meg a gyógyító szakmák felé, hogy a páciens problémáját gyorsan és megbízhatóan ismerjék fel, és igazolják a különféle beavatkozások hatékonyságát. A kérdőíveket természetesen nem önmagukban, hanem diagnosztikai, terápiás folyamatba illesztve alkalmazzuk, ezért az értékelés során a válaszbeállítódás, a szociális megfelelési igény és az egyetértési hajlandóság torzító hatásaira is figyelniünk kell (Perczel-Forintos és mtsai, 2018). Természetesen nem mindenki képes arra, hogy az érzéseiről, gondolatairól, cselekedeteiről őszintén beszámoljon, azonban a hozzánk érkező páciensek az esetek nagy részében valóban segítséget várnak, így bízhatunk az együttműködésükben. A gyorsan kitölthető, könnyen értelmezhető első szűrő kérdőívek jelentősége az alap- és a szomatikus betegellátásra is kiterjed, ahol kiemelten fontos a mentális zavarok azonnali felismerése és kezelése vagy akár a szakellátás felé történő irányítása. Mindez megteremtheti az egészségügy progresszív ellátási modelljét, melynek célja az eltérő kompetenciájú szervezetek optimalizált feladatmegosztása. Így minden beteg megfelelő ellátáshoz jut, ám a speciális felszereltségű szolgáltatók nem kezelnek a képességüknél alacsonyabb szinten is ellátható eseteket (Jacob és mtsai, 2007). Az objektív tesztek korlátainak figyelembevételével és a klinikai tapasztalat felhasználásával tehát a kérdőíves módszerek költséghatékony, megbízható eszközként szolgálnak, alkalmazásuk elengedhetetlen mind a pszichodiagnosztikai, mind a teljes terápiás folyamat során.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*, 11(10): 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Asmundson, G. J. G., Rachor, G., Drakes, D. H., Boehme, B. A. E., Paluszek, M. M., & Taylor, S. (2022). How does COVID stress vary across the anxiety-related disorders? Assessing factorial invariance and changes in COVID Stress Scale scores during the pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*, 87: 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102554>
- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B. T. (2016). Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling and Development*, 94(3): 356–373. <https://doi.org/10.1002/jcad.12090>
- Beard, C., & Björgvinsson, T. (2014). Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6): 547–552. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.002>
- Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björgvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, 193: 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6): 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in Psychiatric Outpatients Aaron. *Journal of Personality Assessment*, 67(3): 588–597. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(77): 77–100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561–571.
- Becker-Haimes, E. M., Tabachnick, A. R., Last, B. S., Stewart, R. E., Hasan-Granier, A., & Beidas, R. S. (2020). Evidence Base Update for Brief, Free, and Accessible Youth Mental Health Measures. *Journal of*

- Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(1): 1–17. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1689824>
- Bellavics, M. Z., Hermann, Z., & Haller, J. (2021). COVID-19 járvány hatása a pszichiátriai megbetegedések gyakoriságára – PTSD. *Scientia et Securitas*, 2(2): 238–246. <https://doi.org/10.1556/112.2021.00041>
- Benuto, L. T., Zimmermann, M., Gonzalez, F. R., & Corral Rodríguez, A. (2020). A confirmatory factor analysis of the Beck anxiety inventory in Latinx primary care patients. *International Journal of Mental Health*, 49(4): 361–381. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1812833>
- Blaskovich, B., Reichardt, R., Gombos, F., Spoormaker, V. I., & Simor, P. (2020). Cortical hyperarousal in NREM sleep normalizes from pre- to post-REM periods in individuals with frequent nightmares. *Sleep Journal*, 43(1): 1–11. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz201>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28: 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts>
- BNO-11 (2022). *Mentális zavarok*. Animula Kiadó, Budapest.
- Bollmann, A. K., Fábrián, B., & Molnár, J. (2018). Investigation of sleep and fatigue in patients with cancer. *Orvosi Hetilap*, 159(42): 1720–1726. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31154>
- Bonilla, J., Bernal, G., Santos, A., & Santos, D. (2004). A Revised Spanish Version of the Beck Depression Inventory: Psychometric Properties with a Puerto Rican Sample of College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1): 119–130. <https://doi.org/10.1002/jclp.10195>
- Bovin, M. J., Marx, B., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28(1): 1379–1391. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342769>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Gómez-Castillo, M. D., Capafons, A., Chacón, F., & Santolaya, F. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 234: 247–255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.030>
- Castro-Rodrigues, P., Camacho, M., Almeida, S., Maranhão, M., Soares, C., Barahona-Corrêa, J. B., & Oliveira-Maia, A. J. (2018). Criterion Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition for Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00431>
- Cernovsky, Z. Z., Fattahi, M., Litman, L. C., & Diamond, D. M. (2021). Validation of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) on Patients Injured in Car Accidents. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 3(2): 154–159. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2021.3.2.790>
- Cheng, P., Xu, L. Z., Zheng, W.-H., Ng, R. M. K., Zhang, L., Li, L., & Li, W.-H. (2020). Psychometric property study of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) in Chinese healthcare workers during the outbreak of corona virus disease 2019. *Journal of Affective Disorders*, 277: 368–374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.038>
- Clark, J. M. R., Marszalek, J. M., Bennett, K. K., Harry, K. M., Howarter, A. D., Eways, K. R., & Reed, K. S. (2016). Comparison of factor structure models for the Beck Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 89: 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.08.007>
- Csigó K., & Harsányi A. (2015). A kényszerbetegség klinikai jellemzői: tünetek, diagnosizálkötás, differenciál-diagnózis. In Harsányi A., Csigó K., & Demeter G. (szerk.): *Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia*. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest. 19–36.
- Csigó, K., Harsányi, A., Demeter, G., Rajkai, C., Németh, A., & Racsmány, M. (2010). Long-term follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder treated by anterior capsulotomy: A neuropsychological study. *Journal of Affective Disorders*, 126(1–2): 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.127>
- Csigó K., & Németh A. (2022). Hogyan befolyásolta a kényszerbetegek tüneteit a COVID-19 járvány? *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 24(2): 95–102.
- De Beurs, E., Wilson, K. A., Chambless, D. L., Goldstein, A. J., & Feske, U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression and Anxiety*, 6(4): 140–146. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)6:4<140::AID-DA2>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:4<140::AID-DA2>3.0.CO;2-G)
- Döme, P., Teleki, Z., Gonda, X., Gaszner, G., Mandl, P., & Rihmer, Z. (2006). Relationship between obsessive-compulsive symptoms and smoking habits amongst

- schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 144(2–3): 227–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.001>
- DSM-5 (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Durham, T. L. (2010). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory for Deaf college students. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 70(8): 5175–5180.
- Eleméry M., Kiss S., Döme P., Tombor L., Faludi G., & Lazáry J. (2019). Bilaterális repetitív transzkraniális mágneses stimuláció (rTMS) akut hatásának vizsgálata terápia rezisztens major depresszióban szenvedők körében. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 21(4): 179–186. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32015195>
- Erbe, D., Eichert, H. C., Rietz, C., & Ebert, D. (2016). Interformat reliability of the patient health questionnaire: Validation of the computerized version of the PHQ-9. *Internet Interventions*, 5: 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.06.006>
- Farinde, A. (2013). The Beck Depression Inventory. *The Pharma Innovation* 2(1): 56–62.
- Farzanfar, R., Hereen, T., Fava, J., Davis, J., Vachon, L., & Friedman, R. (2014). Psychometric properties of an automated telephone-based PHQ-9. *Telemedicine and E-Health*, 20(2): 115–121. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0158>
- Fekete M., Szarvas Z., Fazekas-Pongor V., Kováts Z., Müller V., & Varga J. T. (2021). Ambuláns rehabilitációs programok COVID-19-betegek számára. *Orvosi Hetilap*, 162(42): 1671–1677. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32332>
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., & Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3): 291–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.020>
- Gelaye, B., Tadesse, M. G., Williams, M. A., Fann, J. R., Vander Stoep, A., & Andrew Zhou, X. H. (2014). Assessing validity of a depression screening instrument in the absence of a gold standard. *Annals of Epidemiology*, 24(7): 527–531. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.04.009>
- Gonda X., & Rózsa S. (2020). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In Füredi J., Németh A., & Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 43–56.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Past, development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46: 1006–1016.
- Groth-Marnat, G. (2010). Brief instruments for treatment planning, monitoring and outcome assessment. In *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons. 579–593.
- Hamvai, C., Fáber, Á., & Konkoly Thege, B. (2021). Az Észlelt Stressz Kérdőív járványspecifikus verziójának validálása. *Orvosi Hetilap*, 162(35): 1391–1396. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32207>
- Harari, M. J., Waehler, C. A., & Rogers, J. R. (2005). An Empirical Investigation of a Theoretically Based Measure of Perceived Wellness. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1): 93–103. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.1.93>
- Hargittay C., Gonda X., Márkus B., Vörös K., Tabák Á., Kalabay L., Rihmer Z., & Torzsa P. (2020). Az antidepresszívumok és a cukorbetegség közti kapcsolat. *LAM-Tudomány*, 30(4): 1–9.
- Harsányi A. (2015a). A kényszerbetegség dimenzionális megközelítése. In Csigó K., Harsányi A., & Demeter G. (szerk.): *Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 115–130.
- Harsányi A. (2015b). Az OCD-ben érintett agyi területek funkcionális szerepe. In Csigó K., Harsányi A., & Demeter G. (szerk.): *Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 63–72.
- Horváth, Z., Sárosi, P., Boda, L., Farkas, E., Koós, M., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2022). The relationship between anxious-depressive symptoms and harmful cannabis use: Multiple mediation models via rumination, negative urgency, protective behavioral strategies and refusal self-efficacy. *Comprehensive Psychiatry*, 116: 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152320>
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2010). The Role of Assessment in Evidence-Based Practice. In M. M. Antony, & D. H. Barlow (eds.): *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. The Guilford Press. 3–22.
- Hunt, C. (2020). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y-BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26(January): 100533. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100533>

- Ito, M., Takebayashi, Y., Suzuki, Y., & Horikoshi, M. (2019). Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5: Psychometric properties in a Japanese population. *Journal of Affective Disorders*, 247: 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.086>
- Jacob, K., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J., Sreenivas, V., & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*, 370(9592): 1061–1077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)
- Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Hand, I., & Moritz, S. (2003). Reliabilität der Deutschen version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Verhaltenstherapie*, 13(2): 111–113. <https://doi.org/10.1159/000072184>
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Økstedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in Psychology*, 10: 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
- Kertz, S., Bigda-Peyton, J., & Bjorgvinsson, T. (2013). Validity of the generalized anxiety disorder-7 scale in an acute psychiatric sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(5): 456–464. <https://doi.org/10.1002/cpp.1802>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 593–602. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Khubchandani, J., Brey, R., Kotecki, J., Kleinfelder, J. A., & Anderson, J. (2016). The Psychometric Properties of PHQ-4 Depression and Anxiety Screening Scale Among College Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(4): 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.014>
- Kiely, K. M., & Butterworth, P. (2015). Validation of four measures of mental health against depression and generalized anxiety in a community based sample. *Psychiatry Research*, 225(3): 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.023>
- Kirchhoff, A. (2022). *Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (PCL-5) in bereaved individuals*.
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydin, E., & Sungur, M. Z. (2013). Validity and reliability study for the Turkish adaptation of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale. *Noropsikiyatri Arsivi*, 50(1): 53–58. <https://doi.org/10.4274/npa.y6308>
- Konstantinidis, A., Martiny, K., & Kasper, S. (2011). A comparison of the Major Depression Inventory (MDI) and the Beck Depression Inventory (BDI) in severely depressed patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15: 56–61. <https://doi.org/10.3109/13651501.2010.507870>
- Kopcsó, K., Bornemisza, Á., & Makó, H. S. (2018). The Hungarian adaptation of the Pregnancy Related Thoughts scale measuring pregnancy related anxiety. *Orvosi Hetilap*, 159(43): 1754–1760. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31166>
- Kopp M., Skrabski Á., & Czakó L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2): 4–24.
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Szedmák, S. (1995). Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8): 1019–1029.
- Kraus, S. W., Potenza, M. N., Martino, S., & Grant, J. E. (2015). Examining the psychometric properties of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in a sample of compulsive pornography users. *Comprehensive Psychiatry*, 59: 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.02.007>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9): 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2009). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 151(10): 678–685.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11): 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4): 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>
- Lee, B., & Kim, Y. E. (2019). The psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7)

- among Korean university students. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4): 864–871. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1691320>
- Leigh, I. W., & Anthony-Tolbert, S. (2001). Brief Report Reliability of the BDI-II With Deaf Persons. *Rehabilitation Psychology*, 46(2): 195–202.
- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(4): 444–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.004>
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I., Gómez-Conesa, A., & Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Assessment*, 22(5): 619–628. <https://doi.org/10.1177/1073191114551954>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3): 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Mailáth M., Lackóné Majer R., Horváth Z., & Szabó, G. S. (2017). A pszichés morbiditások korai felismerése a pszicho-onkológiai ellátás során. *Magyar Onkológia*, 61: 276–283.
- Martin, C. R., & McPherson, A. (2010). A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1): 19–30. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01469.x>
- Materu, J., Kuringe, E., Nyato, D., Galishi, A., Mwanamsangu, A., Katebalila, M., Shao, A., Changalucha, J., Nnko, S., & Wambura, M. (2020). The psychometric properties of PHQ-4 anxiety and depression screening scale among out of school adolescent girls and young women in Tanzania: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1): 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02735-5>
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5): 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: Screening and diagnosis. *American Family Physician*, 98(8): 508–515.
- Melli, G., Avallone, E., Moulding, R., Pinto, A., Micheli, E., & Carraresi, C. (2015). Validation of the Italian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Second Edition (Y-BOCS-II) in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 60: 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.005>
- Mészáros V., Ajtay G., Fodor K., Komlósi S., Boross V., & Barna C. (2014). Az életeseeményektől a depressziós és szorongásos panaszokig: a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdés szerepe a patogenezis folyamatában. *Ideggyógyászati Szemle*, 67(11–12): 397–408. www.elitmed.hu
- Mukhtar, F., & Oei, T. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malay) in Malaysia. *Malaysian Journal Of Psychiatry*, 17(1): 58–72.
- Nair, M. K. C., Paul, M. K., & John, R. (2004). Prevalence of depression among adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 71(6): 523–524. <https://doi.org/10.1007/BF02724294>
- Németh A. (2016). Kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar). In *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina, Budapest. 299–307.
- NICE (2022). *Depression in adults: treatment and management (NICE NG222)*.
- Ocsovszky, Z., Otohal, J., Berényi, B., Juhász, V., Skoda, R., Bokor, L., Dohy, Z., Szabó, L., Nagy, G., Becker, D., Merkely, B., & Vágó, H. (2022). The associations of long-COVID symptoms, clinical characteristics and affective psychological constructs in a non-hospitalized cohort. *Physiology International*, 109(2): 230–245. <https://doi.org/10.1556/2060.2022.00030>
- Orovou, E., Theodoropoulou, I. M., & Antoniou, E. (2021). Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. *PLoS ONE*, 16(8): 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255689>
- Perczel-Forintos D., Ajtay G., Kiss Z., & Komlósi S. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck hopelessness scale in Hungary. *Psychological Topics*, 19(2): 307–321.
- Pereira-Lima, K., Loureiro, S. R., Bolsoni, L. M., Apolinario da Silva, T. D., & Osório, F. L. (2019). Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1): 1–8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581020>
- Pertusa, A., Jaurrieta, N., Real, E., Alonso, P., Bueno, B., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Mataix-Cols, D., &

- Menchón, J. M. (2010). Spanish adaptation of the dimensional Yale-brown obsessive-compulsive scale. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6): 641–648. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.02.011>
- Philipp, R., Lebherz, L., Thomalla, G., Härter, M., Appelbohm, H., Frese, M., & Kriston, L. (2021). Psychometric properties of a patient-reported outcome set in acute stroke patients. *Brain and Behavior*, 11(8): 1–11. <https://doi.org/10.1002/brb3.2249>
- Polner, B., Farkas, K., & Kéri, S. (2021). *A network model of the aetiology of schizotypal personality: evidence for the central role of mentalization, disorganization, and PTSD-symptoms.*
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Lewis, C. E., Downes, A. J., & Bisson, J. I. (2021). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1): 1–14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863578>
- Rózsa S., Komlósi A. V., & Kó N. (1998). A serdülőkori hangulatzavarok mérése a Beck Depresszió Kérdőívvel. (ELTE Belső Kiadvány.)
- Rózsa S., Szádóczky E., & Füredi J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4): 384–402.
- Ruiz, M. A., Zamorano, E., García-Campayo, J., Pardo, A., Freire, O., & Rejas, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 128(3): 277–286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.010>
- Rutter, L. A., & Brown, T. A. (2017). Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1): 140–146. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9571-9>
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L.-G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49: 1266–1274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O’Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory – II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1): 3–20. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105906445&site=ehost-live>
- Seligman, F., & Nemeroff, C. B. (2015). The interface of depression and cardiovascular disease: Therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1): 25–35. <https://doi.org/10.1111/nyas.12738>
- Simoncsics, E., Thege, B. K., & Stauder, A. (2022). Pain acceptance and illness intrusiveness in low-back pain: A longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 1–12.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10): 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Staples, L. G., Dear, B. F., Gandy, M., Fogliati, V., Fogliati, R., Karin, E., Nielssen, O., & Titov, N. (2019). Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *General Hospital Psychiatry*, 56: 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.11.003>
- Steenkamp, M., McLean, C. P., Arditte, K. A., & Litz, B. T. (2010). Exposure to Trauma in Adults. In M. M. Antony & D. H. Barlow (eds.): *Handbook of psychological assessment*. The Guilford Press. 302–343.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: The dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22(1): 28–35. <https://doi.org/10.1002/da.20088>
- Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for DSM-5: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 1–7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30165>
- Szabó J., Vörös V., Molnár C., Fekete S., Tényi T., & Osváth P. (2022). Az öngyilkossági rizikó becslése a klinikai gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 163(22): 863–870. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32464>
- Szabó, K., Czeglédi, E., Babusa, B., Szumska, I., Túry, F., Sándor, I., & Bauer, S. (2015). The European initiative ProYouth for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders – screening results in Hungary. *European Eating Disorders Review*, 23(2): 89–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2345>
- Szeifert L., Hamvas S., Adorjáni G., & Novák M. (2009). Hangulatzavarok krónikus vesebetegek körében. A depresszió diagnosztikája, szűrése és terápiája. *Orvosi Hetilap*, 150(37): 1723–1730. <https://doi.org/10.1556/OH.2009.28698>
- Szili I., Smohai M., Tanyi Z., Mészáros V., Kovács D., Jakubovits E., & Kövi Z. (2021). Időskori depresszió és életminőség. *Psychiatria Hungarica*, 1(6): 90–111.

- Tibubos, A. N., & Kröger, H. (2020). A cross-cultural comparison of the ultrabrief mental health screeners PHQ-4 and SF-12 in Germany. *Psychological Assessment, 32*(7): 690–697. <https://doi.org/10.1037/pas0000814>
- Torzsa P., Szeifert L., Dunai K., Kalabay L., & Novák M. (2009). A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap, 150*(36): 1684–1693. <https://doi.org/10.1556/OH.2009.28675>
- Wan Mohd, R. W. M., Awang, A., Herman, I., & Mohamed, M. N. (2004). Analysis of the psychometric properties of the Malay version of Beck Depression Inventory II (BDI-II) among postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences, 11*(2): 19–25.
- Watson, D., O'Hara, M., Chmielewski, M., Koffel, E. A., McDade-Montez, E., Stuart, S., & Naragon, K. (2008). Further validation of the IDAS: evidence of convergent, discriminant, criterion, and incremental validity. *Psychological Assessment, 1*–48.
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders, 171*: 74–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>
- WHO (2020). *Mental Health Gap Action Programme*.
- Wicke, F. S., Krakau, L., Löwe, B., Beutel, M. E., & Brähler, E. (2022). Update of the standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders, 312*: 310–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.054>
- Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology, 46*(6): 365–376. <https://doi.org/10.1159/000348582>
- Wittmann, V., Csabai, M., Drótos, G., & Lázár, G. (2018). The reliability and validity of the Hungarian version of the Surgical Fear Questionnaire. *Orvosi Hetilap, 159*(47): 1988–1993. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31205>



Nyomta és kötötte: Gelbert Eco Print Kft.
Felelős vezető: Gellér Róbert ügyvezető