

Orvosi pszichológia

minimumkérdések

A minimumkérdések anyagának többsége elhangzik vagy az előadásokon, vagy a gyakorlatokon. Van néhány kérdés, amit nem tárgyalunk tanórákon, ezeknek a forrását megadjuk a hallgatóknak (honlapra feltett anyagokról van szó). A kérdések után az „Orvosi pszichológia” tankönyv (második, átdolgozott kiadás, szerk.: Kopp M., Berghammer R., Medicina, Budapest, 2009) oldalszámái vannak megadva.

Tartalomjegyzék

1. Kik az orvosi pszichológia történetében alapvető szerepet játszó legfontosabb magyar orvosok és kutatók? (Legalább három személyt ismerni kell!) (25. o.).....	3
2. Mik a legfontosabb különbségek a biomedikális és a biopszichoszociális betegségmodell között? Ismertesse az általános rendszerelmélet alapvető szabályszerűségeit (cirkuláris okság, nonszummativitás, ekvifinalitás, kommunikáció, homeosztázis, morfogenezis – ezekből legalább négyet ismerni kell!) (30-33. o.).....	3
3. Mi a különbség a REM és NREM alvás között? (40-41. o.).....	4
4. Mi a tudat?.....	4
5. Mi a rövid és hosszú távú memória, az explicit és implicit memória? (60-61. o.).....	4
6. Mi az amnézia, milyen fő formái vannak? (67-69. o.).....	4
7. Mi a gondolkodás? (71. o.).....	5
8. Mi az intelligencia definíciója, mi az IQ fogalma? (Wechsler definíciója kell; IQ: Binet és Wechsler szerint) (78-80. o.).....	5
9. A demencia fogalma (66. o.).....	6
10. Melyek a két agyfélteke közötti lényeges különbségek az információfeldolgozásban? (75-76. o.).....	6
11. Milyen teszttel mérjük a felnőttkori intelligenciát Magyarországon? Mik a főbb intelligencia-övezetek? (84. o.).....	7
12. Hogy épül fel a Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI)? (84. o.).....	7
13. Mi a motiváció és a drive? (97. o.).....	9
14. Az emberi szükségletek hierarchiájában Maslow szerint mi van a piramis alján és a csúcán? (98. o.).....	9
15. Milyen funkciói vannak az érzelmeknek? (102. o.).....	9
16. Mi az érzelmi intelligencia? (103. o.).....	9
17. Mi az érzelmek kognitív komponense? (104. o.).....	9
18. Milyen összetevői vannak az egészséggel kapcsolatos életminőségnek? (105. o.).....	9
19. Mi a szorongás? Mi a facilitáló és debilizáló szorongás? (106. o.).....	10
20. Mi az agresszió, mi a frusztráció? (109. és 118.o.).....	10
21. A fontosabb agresszióelméletek lényege (123. o.).....	10
22. Milyen mentális zavarokban lehet vezető tünet az agresszivitás? (124. o.).....	11
23. A személyiség fogalma (131. o.).....	11
24. Pszichoanalitikus személyiségelmélet: topografikus és strukturális modell (139-141. o.).....	11
25. Melyek a fontosabb elhárító mechanizmusok? (Legalább ötöt ismerni kell!) (141-143. o.).....	12
26. Mi a klasszikus és az operáns kondicionálás, és mi a szerepük az emberi viselkedésben? (143-146. o.).....	13
27. Mi a megfigyeléses tanulás? (146. o.).....	13
28. Mi az extroverzió és introverzió? (152-153. o.).....	13
29. Rogers humanisztikus személyiségelméletének alapjai (154-155. o.).....	14
30. Cloninger pszichobiológiai személyiségmodellje (156-157. o.).....	15
31. A személyiségzavarok három nagy csoportja (158-161. o.).....	16
32. Melyek az A-típusú személyiség/viselkedés jellemzői? (161. o., 370. o.).....	19
33. Freud pszichoszexuális fejlődéselmélete (170-171. o.).....	19
34. Erikson pszichoszociális fejlődéselméletének szakaszai (Legalább hatot ismerjen!) (172-176. o.)....	20
35. Mi az áttétel és a viszont-áttétel az orvos-beteg kapcsolatban? (228. o.).....	22
36. Melyek a compliance-t elősegítő és gátló tényezők? (Legalább ötöt soroljon fel!) (235-240. o.).....	22
37. A Selye-féle stresszelmélet (257-258. o.).....	23
38. Mi a tanult tehetetlenség és milyen pszichiátriai zavar lehetséges modellje? (259-260. o.).....	24
39. Melyek a fő adaptív megbirkózási stratégiák? (264-265. o.).....	24
40. Soroljon fel legalább négy diszfunkcionális attitűdöt! (265-266. o.).....	25

41. Melyek a főbb nem adaptív kontrollszerzési stratégiák? (269-270. o.).....	26
42. Mi a társadalmi tőke fogalma? (267-268. o.).....	27
43. Melyek a nagy népegészségügyi jelentőségű pszichés zavarok? (271-272. o.).....	27
44. Hogyan változott a hazai öngyilkossági halálozás az utóbbi évtizedekben? (276. o.).....	28
45. Melyek a kezeletlen szorongás és depresszió következményei? (276-278. o.).....	28
46. Mi a közép-kelet-európai egészségparadoxon? (279-280. o.).....	29
47. Sorolja fel a szorongásos zavarok fajtáit! (328-329. o.).....	30
48. Melyek a depresszió pszichés és szomatikus tünetei? (332. o.).....	31
49. Mi a depresszióra jellemző kognitív triád (Beck szerint)? (333. o.).....	31
50. Milyen mechanizmusok révén fokozza a depressziós állapot a szív-érrendszeri betegségek kockázatát? (334. o.).....	32
51. Melyek a depresszióra jellemző téves kognitív sémák? (336. o.).....	32
52. Melyek a krónikus fájdalomszindrómák? (338. o.).....	32
53. Melyek a krónikus fejfájások alapvető típusai? (339. o.).....	33
54. Az asthma bronchiale biopszichoszociális szemlélete (344. o.).....	34
55. Melyek a C-típusú személyiség/viselkedés jellemzői? (364. o.).....	36
56. Pszichés tényezők szerepe az esszenciális magasvérnyomás-betegségben (371-372. o.).....	36
57. Melyek a leggyakoribb gyermekkori pszichoszomatikus és magatartászavarok? (424-425. o.).....	37
58. Melyek a haldoklás lélektani szakaszai? (439-440. o.).....	39
59. Melyek a gyász szakaszai? (443-445. o.).....	40
60. Mi a pszichoterápia definíciója? (454. o.).....	40
61. Mik a pszichoterápia nonspecifikus tényezői (a Rogers-i triász)? (455-456. o.).....	41
62. Melyek a pszichodinamikus terápia alapvető módszerei? (461. o.).....	42
63. Mi a deszenzitizálás? (462. o.).....	42
64. Mondjon példákat a klasszikus és az operáns kondicionálás pszichoterápiás felhasználására! (462-464. o.).....	42
65. Mondjon három kognitív torzítást! (465-466. o.).....	44
66. Melyek a főbb relaxációs módszerek? (471-472. o.).....	44
67. Mi a biofeedback? (472. o.).....	45
68. Melyek a jellegzetes családi diszfunkciók pszichoszomatikus zavarokban? (Legalább hármat soroljon fel!) (473-474. o.).....	45
69. Mi a projektív tesztek működési elve? (Legalább egy példa szükséges!) (508-509. o.).....	46
70. Említsen meg legalább egy pszichológiai tünetlistát/tünetbecslő kérdőívet! (509-510. o.).....	47

1. Kik az orvosi pszichológia történetében alapvető szerepet játszó legfontosabb magyar orvosok és kutatók? (Legalább három személyt ismerni kell!) (25. o.)

Selye János: általános adaptációs szindróma, stressz

Bálint Mihály: A "Budapesti iskola" nemzetközi hírű képviselője volt Bálint. Az orvos személyiségének, magatartásának, az orvos-beteg kapcsolatnak tudományos igényű elemzésével vált világhírűvé. Ő tette ismertté "az orvos, mint gyógyszer" megfogalmazást, ami azt jelenti, hogy az orvos személyiségének ugyanúgy van gyógyító hatása, ha megfelelő módon alkalmazza, mint a gyógyszereknek.

Ferenczi Sándor: A pszichoanalízis nagy hatású továbbfejlesztője volt. Ő alapította meg a világon az első pszichoanalitikus tanszéket a budapesti egyetemen 1919-ben.

Franz Alexander: A pszichoszomatika atyja, pszichoszomatikus megbetegedéseket elemzett.

2. Mik a legfontosabb különbségek a biomedikális és a biopszichoszociális betegségmodell között? Ismertesse az általános rendszerelmélet alapvető szabályszerűségeit (cirkuláris okság, nonszummativitás, ekvifinalitás, kommunikáció, homeosztázis, morfogenezis – ezekből legalább négyet ismerni kell!) (30-33. o.)

ALAPVETŐ KÜLÖNBSÉG:

Lényege az, hogy a betegségek kialakulásában nem csupán biológiai tényezőket kell keresnünk, hanem a pszichológiai és társadalmi összetevők is kulcsfontosságúak. A lelki szféra még általában belekerül a mindennapos orvoslás látókörébe, a társas környezet jelentősége azonban kevésbé. Az orvostudománynak a társadalomtudományokkal (különösen a filozófiával) való kapcsolata pedig nagyon közeli kellene, hogy legyen .

ÁLTALÁNOS RENDSZERELMÉLET:

cirkuláris okság: Szemben a hagyományos lineáris oksági gondolkodással, amely szerint a megértés az okok és következmények kapcsolatának feltárásán alapul, más gondolkodási típusok is vannak. A cirkuláris okság bonyolultabb, körkörös szabályozási viszonyokon alapul. Ebben az előre- és visszacsatolások fontos szerepet játszanak: a következmény visszahat az okra, ugyanaz a jelenség egyszer ok, másszor következmény. (pl. tyúk-tojás)

nonszummativitás: Az egész több, mint a részek összessége. Nem lehet pusztán a részek összeadásával megérteni az egészet. A sejt több, mint alkotó elemeinek összessége, a család több, mint az együtt élő 3-4 emberi lény.

ekvifinalitás: Ugyanazt a végeredményt különböző folyamatok is létrehozhatják, illetve azonos folyamatok különböző kimenetelűek lehetnek. Egy szorongásos állapotot meg lehet szüntetni gyógyszeres kezeléssel, de pszichoterápiával is. Ugyanakkor a szorongást keltő élmény az egyik személyben az ellenállás fokozódásához vezethet, a másokban pedig fóbiát okozhat.

kommunikáció: A kommunikáció szükségszerű volta a rendszerek alapjellemezője. Érvényes a kommunikációs alapszabály: nem lehet nem kommunikálni.

homeosztázis: A homeosztázis az állandóságra törekvést jelenti, a normáktól való eltérés negatív visszacsatolást, az eltérések csökkentését indítja be. Ennek a klasszikus, Claude Bernard által leírt élettani jelenségnek az élet különböző területein vannak megnyilvánulási formái. Stabilitásra törekszik a vércukorszint, a házaspár kapcsolata, a társadalmi rétegződés, stb.

morfogenezis: A rendszernek szerkezetében is változnia kell az adaptáció jegyében. A változás mentén krízisek léphetnek fel (ez nem feltétlenül destruktív helyzet, a krízis oldódása után fejlődés, továbblépés következik). Gondoljunk a családi életciklusokra: a gyermekek házasságkötése például a családszerkezet megváltozásához vezet.

3. Mi a különbség a REM és NREM alvás között? (40-41. o.)

NREM alvásban csökkent éberség, csökkent tartalmi telítettség, a külső ingerek fokozott kirekesztése és a kérgi organizációs folyamatok globális háttérbe szorulása jellemzőek.

REM alvásban a kérgi serkentettség és az éberség nő, ez azonban az ébrenléttől eltérően nem jelenti a motoros kimenet és az izomtónus arányos részvételét az aktivitásfokozódásban.

4. Mi a tudat?

A tudat az egyén azon működése, amely a külvilágtól való elkülönülést, egyben a külvilággal való kapcsolattartást biztosítja.

5. Mi a rövid és hosszú távú memória, az explicit és implicit memória? (60-61. o.)

rövid/hosszú távú memória: A rövid távú memória terminussal a nem ismételt ingeranyag rövid távú megőrzését kívánták leírni, és elkülönítették az ismételt vagy jelentőséggel bíró ingeranyag megőrzésétől, amely a *hosszú távú memória* részévé válik, és a felejtéssel szemben sokkal ellenállóbb. A rövid távú memória fő koordinátora a prefrontális kéreg.

explicit/implicit memória: *Implicit memóriának* tulajdoníthatjuk azokat az ismereteket, amelyek lényegesen befolyásolják ugyan a viselkedést, anélkül azonban, hogy felidézésük megtörténne. Az implicit memória által hordozott tapasztalat benne rejlik a cselekvésben vagy a feladat végrehajtásának módjában, míg az explicit memória esetében a személy tudatában van ismereteinek, és azokról szóban, írásban, rajzolva, stb. be tud számolni. *Az explicit memória* eszerint események és tények rögzítésére szakosodott memóriarendszer, amely a hippokampusz közreműködésével tárolja az információt, míg az implicit memória a hippokampusztól függetlenül a kognitív és motoros automatizmusok, valamint a tapasztalatoknak a viselkedésre gyakorolt tudattalan hatásával kapcsolatos folyamatok letéteményese.

6. Mi az amnézia, milyen fő formái vannak? (67-69. o.)

Fogalma: Az amnézia az emlékezeti funkciók kisebb vagy nagyobb mértékű, átmeneti vagy tartós sérülése.

Az osztályozás különbségein túl is több különböző amnézia típus ismert. Ezek lehetséges kiváltó oka lehet:

I. Zárt koponyasérülés: Ha az agy rázkódik a koponyában, a csontos kidudorodások sebeket ejthetnek rajta, leggyakrabban a temporális lebenyen, ami pedig különösen fontos terület a hosszútávú emlékezet működésének szempontjából. Ebből 3 féle amnéziás állapot következhet:

1. *Poszttraumatikus amnézia (PTA):* Esméletvesztés után fokozatosan tér magához a beteg, és ilyenkor kerülhetnek a PTA fázisába. Nehezebbé esik követni az eseményeket, tudni, hogy hol van. A zavartság mértéke hullámzó, szigetszerű tiszta állapotokkal.

2. *Retrográd amnézia:* Az amnéziának az a válfaja, amikor a páciens a betegség/trauma/sérülés következtében a esemény előtti dolgokra nem emlékszik. A legfrissebb emlékeket érinti a legsúlyosabban, jellemzően a feltisztulás után sem emlékeznek a baleset előtti percekre.
3. *Anterográd amnézia:* Súlyos tanulási zavar, a betegség/trauma/sérülés után történő dolgokat nem tudja észben tartani.

II. Pszichogén amnézia: Stressz vagy trauma hatására fellépő, idegrendszeri károsodás nélküli emlékezetzavar.

1. *Disszociatív amnézia:* a személy képtelen visszaemlékezni egy vagy több olyan eseményre, amelyet trauma vagy stressz kísért.
2. *Fuga állapot:* ha az egyén kiszakad a megszokott környezetéből, hirtelen képtelen lesz emlékezni a korábbi eseményekre, valamint bizonytalan a személyiségét illetően.
3. *Poszthipnotikus amnézia:* a személy nem emlékszik arra, hogy mi történt vele a hipnózis alatt, de amennyiben kap egy kulcsingert, nagyon sok minden előhívható.
4. *Gyermekkori amnézia:* ezt az amnéziát többféleképpen is próbálták magyarázni. Egyfelől Freud úgy gondolta, hogy ezen jelenség mögött is az elfojtás mechanizmusa áll, vagyis hogy a latencia periódus előtti emlékeket kiszorítjuk a tudatunkból. A másik elmélet inkább neurológiai megközelítésű, mivel itt inkább arra gyanakszanak, hogy három éves kor előtt, a hippokampusz még nem eléggé fejlett, ahhoz az emlékeket hosszú távon tárolja.

III. Globális amnézia: Az emlékezet teljes elvesztését jelenti. Ez a fajta amnézia egyfajta védekezési mechanizmus, ami traumatikus események után léphet fel. A posztraumatikus stressz szindróma (PTSD) az ilyen teljesen elvesztett emlékek nem kívánt, hirtelen, újbóli megjelenését jelenti.

7. Mi a gondolkodás? (71. o.)

A közvetlenül, a tapasztalatból megszerezhető információn túllépő, és a tárgyak, fogalmak, szimbólumok sokféle manipulációjával kapcsolatos folyamatokat nevezzük gondolkodásnak.

8. Mi az intelligencia definíciója, mi az IQ fogalma? (Wechsler definíciója kell; IQ: Binet és Wechsler szerint) (78-80. o.)

definíció: „Az egyén összegződött vagy globális képessége arra, hogy célszerűen gondolkodjék és hatékonyan viszonyuljon környezetéhez” (D. Wechsler)

A felnőtt IQ-mérés problémájára *Donald Wechsler* (1958) találta meg a megoldást, az úgynevezett deviációs IQ módszerében. Abból a galtoni feltételezésből indult ki, hogy a mentális képességek normális eloszlást mutatnak. Ebben az átlaghoz került a 100-as érték, az egységnyi szórás pedig 15 pontban határozta meg. (Ezt azóta nem minden IQ-teszt követi, van, amelynek például 24 pont a szórása.) A normál eloszlás jellegzetessége, hogy az átlagtól adott egységnyi szórások alatt, illetve felett megadható, hogy a teljes populáció hány százaléka található. Ez adja meg az úgynevezett **centilis értéket**, amely az IQ-pontnál sokkal jobban kifejezi a személy teljesítményét, mivel nem függ az adott teszt szórásától. Így például az emberek 2,15 %-a ér el az átlagnál legalább két szórásnyival magasabb értéket. Ugyanígy az eloszlás alacsony IQ-jú övezetében az átlagnál legalább két szórásnyival alacsonyabb értéket elérők aránya is 2,15 %. Ez az általánosan elfogadott 15-ös szórású tesztekben 70-es alatti intelligenciahányadost jelent. Így ezekben a tesztekben a 70 IQ-pont alatt teljesítőket tekintjük értelmi fogyatékosoknak. Így az IQ, a nevével ellentétben, felnőttek esetében nem jelent hányadost, hanem azt fejezi ki, hogy a személy hol helyezkedik el korcsoportjának 100-as átlagához képest. A Wechsler-féle teszt legnagyobb erőnye, hogy a személy IQ értéke mellett a különböző feladattípusokon való relatív előnyökről és hátrányokról is képet ad. Wechsler máig is irányadóan azt mutatta meg, hogy egy személy mentális teljesítményéről sokkal jobb képet kapunk egy ilyen, **profil** jellegű bemutatás alapján, mintha az összteljesítményét egyetlen számmal fejezzük ki.

Binet alapgondolata az volt, hogy a gyermekek mentális szintjét az életkoruknak megfelelő átlagos teljesítményhez kell viszonyítani. Vagyis a 10 éves gyermekekre átlagosan jellemző teljesítményszint felel meg a 10 éves mentális kornak (*Binet* eredeti megfogalmazásában intelligencia-szintnek). Így tehát megállapítható egy gyermek mentális kora és az életkora közti viszony. Ha egy gyermek 10 éves, de csak a 8 évesek átlagos teljesítményszintjét éri el, vagyis a mentális kora 8 év, akkor 2 évnyi lemaradást mutat. *Binet* úgy vélte, hogy az ilyen lemaradás csak átmeneti, és nem egy rögzült, állandó képességet jelent. *Binet* óta azonban nem csak a számítási mód változott meg. A *Binet*-teszt és változatai azonban mind egyéni felvételt igényeltek, vagyis egy pszichológusnak egyesével kellett felvennie a teszteket minden gyermekkel.

9. A demencia fogalma (66. o.)

Elbutulás, a megjegyző és megőrző memória, absztrakt gondolkodás és esetleg az ítélőképesség károsodása.

10. Melyek a két agyfélteke közötti lényeges különbségek az információfeldolgozásban? (75-76. o.)

<i>Bal félteke</i>	<i>Jobb félteke</i>
logikus, racionális, analitikus	szimbolikus, metaforikus, ("irracionális")
atomisztikus	egészleges (holisztikus, analóg)
nyelvi	téri
következtető (deduktív)	intuitív, kreatív
szekvenciális feldolgozás	egyidejű feldolgozás
algebrikus	geometrikus
konvergens	divergens
intellektuális	ösztönös
realisztikus	impulzív
absztrakt	konkrét
gazdag kapcsolatok közeli területekkel (vertikális szerveződés)	sok kapcsolat távoli területekkel (horizontális szerveződés)
nagyobb szerep a fókuszált figyelmi folyamatokban	nagyobb szerep a kitartó figyelmi folyamatokban, éberségben
-	érzelmelek felismerése, arcfelismerés
-	formai összehasonlítás
nincs humorérzéke	van humorérzéke

11. Milyen teszttel mérjük a felnőttkori intelligenciát Magyarországon? Mik a főbb intelligencia-övezetek? (84. o.)

Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI)

Az átlagtól +/- 30-ig átlag övezetről beszélünk.
130-70-ig: normál intelligencia

130 felett	különös, vagy extrém intelligencia
130-120	nagyon magas intelligencia
120-110	magas intelligencia
110-90	átlagos intelligencia
90-80	alacsony intelligencia
80-70	igen alacsony intelligencia
70-50	enyhe fokú mentális retardáció
50-35	mérsékelt fokú mentális retardáció
35-20	súlyos értelmi fogyatékoság
20 alatt	nagyon súlyos értelmi fogyatékoság

12. Hogy épül fel a Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI)? (84. o.)

A magyar klinikai gyakorlatban leginkább használatos teszt két részből, verbális és cselekvéses próbákból áll.

I. Verbális próbák

1. Ismeretek

25 kérdés, amely elsősorban iskolában tanult ismeretek reprodukcióját igényli, pl.: „Melyik országban van Róma?”, „Egy évben hány hét van?”, „Ki írta az Isteni színjátékot?”, „Ki építette az első telefonközpontot?”, „Mi az etnológia?”

2. Helyzetek megértése

10 olyan kérdés, amely a „józan értelem” működési módját és színvonalát vizsgálja, pl.: „Mit tenne Ön abban az esetben, ha az utcán egy lezárt borítékot talál, melyen teljes címzés és érvényes bélyeg van?”, „Miért kell adót fizetni?”, „Miért nem tanulnak meg beszélni a süketen születettek?”

3. Számisméltés

Ebben a feladatban egyjegyű számokból álló, egyre hosszabb számsorozatokot kell a vizsgált személynek megisméltelnie a vizsgálatvezető által mondott sorrendben, illetve fordított sorrendben. A számsorozatok hossza 3-tól 9 jegyűig, illetve 2-től 8 jegyűig nő. A leghosszabb hibátlanul megisméltelt sorozat hossza a verbális munkamemória (rövid távú memória) terjedelmét jelzi.

4. Számolás

Ez a próba 10 szöveges számtanpéldát tartalmaz, amelyek mind megoldhatók a négy alapművelet (+ ; - ; * ; /) felhasználásával. A feladatok egyre nehezedő sorrendben követik egymást, ennek megfelelően egyre több a megoldásukra rendelkezésre álló idő. A két legnehezebb feladat esetén külön pont jár a különösen gyors megoldásért. Pl.: „Mennyi idő alatt tesz meg egy gyalogos 24 km-t, ha óránként 3 km-t halad?”, „Egy tisztítóüzemben 50 tucat gombot varrnak fel 10 óra alatt. Hány gombot varrnak fel 15 perc alatt?”

5. Összehasonlítás (főfogalom megnevezés)

12 fogalompár esetében kell megnevezni a legszűkebb fölérendelt gyűjtőfogalmat, amelyből az absztrakciós gondolkodás szintjére lehet következtetni. Pl.: „kutya – oroszlán”, „tojás – mag”, „szobor – költemény”.

II. Cselekvéses próbák

6. Rejtjelezés

A próba minden egyjegyű számhoz egy szimbólumot rendel egy minta-sorban. A feladat egy számsorozat kódolása a megadott szimbólumokkal úgy, hogy minden számjegy alatti kis négyzetbe oda kell rajzolni a megfelelő szimbólumot. A 90 másodperc alatt helyesen rejtjelezett kódok száma a mentális sebességre utal.

7. Képrendezés

Ez a próba 7 képsorozatból (és egy gyakorló sorozatból) áll. A képek helyes sorrendbe állítva egy történetet mondanak el. Megadott idő alatt sorrendbe kell rakni a képeket. A nehezebb feladatoknál több sorrend is elfogadható, de pontértékük különböző. A megoldáshoz szükséges időt mérik, a különösen gyors megoldásokat plusz pontokkal jutalmazzák.

8. Képkiegészítés

A próba 15 egyszerű képből áll, amelyekről különböző részek hiányoznak. A hiányzó részt meg kell nevezni.

9. Mozaik-próba

A próbában 16 db 2 x 2 cm-es piros, fehér, sárga, kék, piros-fehér és kék-sárga (átlósan felezett) oldalú kockából 7 megadott mintát kell kirakni. Az első 4 mintához 4 db, az 5. és a 6. mintához 9 db, a 7. mintához mind a 16 kocka szükséges.

10. Szintézis-próba

3 alakzatot kell összerakni (például egy széttárt ujjú kézfejet), amelyeket részekre bontva adunk át a vizsgált személynek, meghatározott sorrendben elé téve a darabokat. A megoldáshoz szükséges idő szerint történik a pontozás.

A két rész eredményeiből egy verbális és egy performációs IQ-érték adódik, az összes próba nyerspontjaiból pedig egy mindkét képességcsoportot magába foglaló IQ-érték számítható. A verbális és a performációs IQ-érték közötti jelentős eltérés fontos jelzés a klinikus számára: organikus sérülést, esetleg skizofréniát is jelezhet (pl. VQ/PQ>1,5 esetén). Lényeges tehát, hogy a verbális és a performációs teljesítmény megfeleljen a személy életkorának, nemének, korának, iskolai végzettségének. (Kun és Szegedi, 1971; Szakács, 1987)

13. Mi a motiváció és a drive? (97. o.)

Motiváció alatt a szükségletek kielégítésére és a célirányos viselkedés szabályozására irányuló késztetést értjük. Drive-nak nevezzük az élettani hiány által kiváltott késztetéseket, mint az éhség, a szomjúság. A drive redukció elmélet szerint a kellemetlen késztetés megszüntetése a motivált viselkedés alapvető célja.

14. Az emberi szükségletek hierarchiájában Maslow szerint mi van a piramis alján és a csúcsán? (98. o.)

Tetején az önmegvalósítás szükséglete, az önnevelés, önmegvalósítás, az alján pedig az élettani szükségletek (pl. éhség, szomjúság).

15. Milyen funkciói vannak az érzelmeknek? (102. o.)

Az állandóan változó környezet és az egyén viselkedése közötti mediátor szerepet játszanak, motivációs és kommunikatív funkciót töltenek be.

16. Mi az érzelmi intelligencia? (103. o.)

Az érzelmi intelligencia saját és mások érzelmeinek megfigyelési képességét jelenti, illetve azt, hogy ezt a képességünket fel tudjuk használni az adott helyzetben legmegfelelőbb magatartásválaszra.

17. Mi az érzelmek kognitív komponense? (104. o.)

Az alapvető információfeldolgozási típusokon belül egy-egy adott helyzet minősítése jelentősen különbözik aszerint, hogy hogyan éljük meg, milyen környezetben éljük át, hogy milyen minősítést adunk neki. Ezt nevezzük az érzelmek kognitív komponensének. Így például bizonyították, hogy ha kísérleti személyeknek adrenalin injekciót adtak, az ezáltal kiváltott arousal emelkedést más érzelmenek tulajdonították azok a kísérleti személyek, akik vidám társsal voltak egy szobában, mint akiknél a kísérletvezető társa bosszankodó, haragos állapotot mutatott.

Az érzelmek ugyanakkor igen jelentősen befolyásolják valamennyi kognitív funkcionkat, a helyzetek minősítését, értékelését, mivel gyakorlatilag valamennyi pszichés tevékenységre hatnak. Ezek közül a legfontosabbak:

- - figyelem és észlelés (percepció),
- - memória,
- - pszichológiai védekező mechanizmusok,
- - attitűdök és a meggyőzés, meggyőződés hatékonysága,
- - megértés és döntéshozatal,
- - személyközi kapcsolatok,
- - szubjektív jól-lét érzése, életminőség, de még
- - a politikai döntéshozatal is.

18. Milyen összetevői vannak az egészséggel kapcsolatos életminőségnek? (105. o.)

Az egészséggel kapcsolatos életminőség három fő összetevője a munka és alkotóképesség, a fájdalom hiánya és a pozitív érzelmi állapot. Saját vizsgálataink szerint fiatal nők körében az életminőség legfontosabb összetevője a pszichés állapot, a depressziós tünetegyüttes a rosszabb életminőség alapvető mutatója.

19. Mi a szorongás? Mi a facilitáló és debilizáló szorongás? (106. o.)

A szorongás lényege a kontrollvesztés, tehetetlenség átélése egy veszélyeztetőnek minősített helyzetben, mivel a helyzet aktív megoldására nem érezzük képesnek magunkat, vagy nem tudjuk, hogy milyen cselekvéssel, aktivitással oldhatnánk meg. Orvosi szempontból az érzelmek közül kiemelt jelentősége van a szorongásnak. Mint korábban elemeztük, szükségünk van az aktivitás egy optimális szintjére ahhoz, hogy a legjobban teljesítsünk egy adott helyzetben, ezt nevezik **facilitáló szorongásnak**. A gyakorlott vizsgázó, a színész, az operáló orvos be tudja állítani ezt a lelkiállapotot a kritikus helyzetekben. Ezzel szemben ha az aktivitás túllép ezen az optimális állapoton, a **debilizáló szorongás** állapota alakul ki, a teljesítmény csökken, a memória tartalmak előhívása zavart szenved, néha teljesen blokkolódik.

20. Mi az agresszió, mi a frusztráció? (109. és 118.o.)

A düh viselkedésben való megnyilvánulása, szándékos destruktív, sértő cselekmény vagy közlés. Frusztrációról akkor beszélünk, ha a személyt megakadályozzák célja elérésében, vagy szükséglete kielégítésében.

21. A fontosabb agresszióelméletek lényege (123. o.)

Elméleti kiindulás	Az agresszió lényegével kapcsolatos alapfeltevések	Következtetések az agresszióval való bánásmóddal kapcsolatban
Biológiai kiindulású elméletek	Biológiai, biokémiai folyamatok eredménye	Műtéti, gyógyszeres beavatkozás
Szociológiai kiindulású modellek	Társadalmi problémák eredménye	Társadalmi szintű beavatkozás
Ösztönelméletek	Velünk született, spontán, az agresszív viselkedés szinte elkerülhetetlen	Elvezetni, kanalizálni, szublimálni kell (például mozgással, szakmai tevékenységgel, művészeti tevékenységgel, küzdősportokkal)
Frusztrációs modellek	Velünk született vagy tanult, de minden esetben reaktív: reakció a csalódásra, akadályra	Alternatív magatartásmódok begyakorlása, a csalódások elkerülése
Tanuláselméleti-viselkedéslélektani kiindulás	Tanult viselkedésminta, nevelés eredménye	A kiváltó helyzet módosítása, kontrollja, a viselkedés következményeinek (megerősítéseknek) a módosítása
Kognitív kiindulás	Az információfeldolgozás, kognitív folyamatok eredménye	A hibás minősítések, kognitív torzítások felismerése, módosítása és alternatív cselekvési stratégiák kidolgozása

A **biológiai kiindulású elméletek** többsége genetikai (neurokémiai, endokrinológiai) tényezőkkel magyarázza az agresszív cselekvést, ezért módosításukat általában biológiai kezeléssel (gyógyszer, műtét) képzelel el. A legelfogadottabb - nagyszámú biológiai vizsgálat meglehetősen egybecsengő eredményeire épülő - elmélet szerint az agresszió a központi idegrendszeri szerotonerg tónussal mutat fordított korrelációt. Ugyanakkor egyes szociális, környezeti tényezőkről, melyekről tudjuk, hogy az agresszió megnyilvánulására is hatnak, azt is sikerült kimutatni, hogy nagymértékben befolyásolják a szerotonerg rendszert, így biopszichoszociális megközelítésre is lehetőség nyílik. A **szociológiai kiindulású** megközelítések túlnyomóan társadalmi és kulturális hatásokban keresik a jelenség magyarázatát, ezért a változtatási lehetőséget a szűkebb és tágabb társadalmi környezet formálásától várják. A **pszichológiai elméletek** közül a **pszichoanalitikus** megközelítések a velünk született ösztönök feltételezésére támaszkodnak, és ezért nézetük szerint szinte elkerülhetetlen az agresszió, de levezethető, szublimálható különféle társadalmilag elfogadható magatartásformákkal. A **frusztrációs hipotézis** értelmében az agresszív viselkedés lehet velünk született vagy tanult, de a törekvések, célok útjában álló külső vagy belső akadályok, a célok megghiúsulása facilitálják az agresszív-impulzív viselkedést. A **viselkedéslélektani** felfogás szerint az agresszív viselkedést a nevelési hatások, megerősítések, megfigyelések útján tanuljuk, ezért meg is változtatható a kiváltó helyzetek, megerősítések megfelelő módosításával, kontrolljával. A **kognitív elmélet** talaján álló szakemberek szerint az agresszív viselkedés a helyzetekre vonatkozó információfeldolgozás és minősítés komplex folyamatának eredménye, ezért a gondolatok átstrukturálásában, alternatív cselekvési stratégiák keresésében látják a megoldást.

22. Milyen mentális zavarokban lehet vezető tünet az agresszivitás? (124. o.)

Vezető tünet az agresszivitás-impulzivitás a "személyiségzavarok" nagy csoportján belül az *antiszociális és paranoid személyiségzavarokban*, valamint gyakori a *borderline személyiségzavarban*, de rendszerint többé-kevésbé törvényes kereteken belül maradnak e viselkedésformák, azonban az előbbi csoporthoz képest lényeges megkülönböztető kritérium az identitás (énérzés, énazonosság) zavara. A *borderline személyiségzavarban* az auto- és heteroagresszív cselekedetek, szexuális abúzus, időszakos alkohol- vagy drogfogyasztás tűnhet fel, jellemző a csökkent kockázatmegítélés, a csökkent impulzuskontroll.

23. A személyiség fogalma (131. o.)

A személyiség az egyén jellemző viselkedését és gondolkodását meghatározó pszichofizikai rendszerek dinamikus szerveződésének tekinthető.

24. Pszichoanalitikus személyiségelmélet: topografikus és strukturális modell (139-141. o.)

A személyiség topográfikus modellje

Freud a **tudatos** fogalmát hétköznapi módon alkalmazta, és azokat a lelki történéseket értette alatta, amelyekről adott pillanatban tudomásunk van, éppen tudatunkban van. Az aktuális tudatosságon kívül eső, de bármikor a tudatba hívható emlékképeknek a **tudatelőttés** megnevezést adta. Például ha vacsora közben megkérdezi tőlünk valaki, hogy hol nyaraltunk tavaly, akkor az emlékképet a tudatelőttésből emeljük a tudatba. A **tudattalan** alatt azt a lelki területet értette, amely akaratlagosan nem hozzáférhető a tudatosság számára, ugyanakkor a személyiség igazán fontos működéseit meghatározza. Gyakran hasonlította jéghegyhez az emberi pszichikumot. A jéghegy csúcsa felel meg a tudatosnak, a jéghegy víz alatti, de még látható része felel meg a tudatelőttésnek, és a jéghegy legnagyobb, de láthatatlan része a tudattalan.

A személyiség strukturális modellje

E szerint a személyiség működésének három fontos vetülete van: az **ösztönén, én, felettes én**. Az **ösztönén** (Id vagy Es) a személyiség minden öröklött, ösztönös és primitív aspektusát magában foglalja, így szorosan kapcsolódik a biológiai szükségletekhez, biológiai késztetésekhez. Az ösztönén minden energia forrása. Az ösztönén az örömelemek megfelelően működik, azaz szükségletei, vágyai azonnali

kielégülését keresi, mert a kielégítetlen szükségletekből kellemetlen feszültségek származnak, és a megbomlott egyensúly azonnali helyreállítására törekszik. Az ösztönén által tartalmazott alapösztönöket Freud két csoportba sorolja. Az **életösztönök** (Eros) azokat a biológiai késztetéseket jelentik, amelyek a túléléssel, szaporodással és gyönyörrel kapcsolatosak (például éhség, ürítés, fájdalom elkerülése, szexualitás). Az életösztönök által képviselt energiák összessége a **libido**. Elméletében a szexualitás döntő szerepet játszik. Jóllehet nem minden életösztön nyíltan szexuális ösztön a freudi felfogás szerint, a száj, végbélnyílás, nemi szervek egyaránt erogén zónák, amelyek ingerlése feszültséget vezet le és örömet szerez. A szopás vagy dohányzás orális, a székelés anális, a nemi szervek ingerlése genitális élvezetet okoz. A személyiség fejlődését pszichoszexuális fejlődési szakaszokként képzeleli el. A másik ösztön a **halálösztön** (Tanatosz), hiszen az élet végső soron a halálhoz vezető út, de megnyilvánulásait általában kontroll alatt tartják az életösztönök, ezért hatásai általában nem érvényesülnek, de a feszültségei fennmaradnak, és agresszív, destruktív cselekvésekben juthatnak kifejezésre, heteroagresszió vagy autoagresszió formájában.

25. Melyek a fontosabb elhárító mechanizmusok? (Legalább ötöt ismerni kell!) (141-143. o.)

Elfojtás: Szerepe, hogy segítségével a személy nem tudatos módon, de távol tart magától egy szorongáskeltő gondolatot, vágyat, eseményt, azt kiszorítja tudatából, emlékezetéből, „elfelejti”.)

Tagadás: Egy helyzet, állapot fennállásának elutasítását, a kellemetlen vagy elviselhetetlen valóságészlelés elkerülését jelenti a tagadás.

Kivetítés: Projekció esetében a személy saját elfogadhatatlan impulzusait, szorongásait vagy vágyait más személynek vagy személyeknek tulajdonítja, így önképét megszabadíthatja azoktól a tulajdonságoktól, késztetésektől, amelyek elfogadhatatlanok számára, miközben az elutasított tartalom mégis kifejeződik, csak éppen a személy azokat másoknak tulajdonítja.

Racionalizáció: Racionalizáció során úgy csökkenti a személy a szorongását, hogy ésszerűnek látszómagyarázatot keres elfogadhatatlan viselkedésére.

Intellektualizáció: A lényege az, hogy a személy a feszültséget jelentő helyzetet absztrakt, intellektuális fogalmakban kezeli.

Reakcióképzés: Az elfogadhatatlan impulzusokkal történő szembesülés elkerülhető úgy is, hogy a személy saját késztetéseinek éppen az ellenkezőjét hangsúlyozva túlzásba visz egy cselekvést, véleményt, és intenzíven éppen ellenkezően cselekszik, mint ahogyan késztetése diktálná.

Regresszió: A jelenség lényege, hogy a személy viselkedése az érett emberre jellemző megküzdési stratégiák alkalmazása helyett emocionális vagy fizikai stressz hatására visszaesik egy alacsony életkornak megfelelő infantilisabb, primitívebb szintre, visszatér egy fenyegető helyzet megoldásának korábbi mintájához.

Áttolás: Az áttolás során az indulat vagy más intenzív emóció a tényleges forrásától áttevődik egy másik személyre vagy tárgyra.

Identifikáció: A folyamat mintegy ellentéte a projekciónak: a személy beépíti önmagába (introjektálja) egy számára érzelmileg fontos személy állapotát, érzéseit, helyzetét, sikereit vagy kudarcait.

Szublímáció: Az ilyen elhárító mechanizmus esetében maga az ösztönimpulzus fenyegető a személyre nézve, és az elhárítás azt elfogadhatóvá és kielégíthetővé alakítja.

26. Mi a klasszikus és az operáns kondicionálás, és mi a szerepük az emberi viselkedésben? (143-146. o.)

A **klasszikus kondicionálás** felfedezése Petrovics Pavlov (1849-1936) nevéhez fűződik (1927), és lényege az, hogy az új viselkedéses választ ingerek társítása révén el lehet sajátítani. A pavlovi vagy klasszikus kondicionálás bonyolult összefüggéseit mellőzve csak utalunk arra, hogy ennek lényege, hogy az eredetileg semleges feltételes inger a feltétlen ingerrel történő ismételt társítása révén összekapcsolódik azzal a válasszal, amely eredetileg csak a feltétlen ingerhez kapcsolódott. Például az állatnak adott étel (feltétlen inger) reflexesen nyáleválasztást indít el. Ha az étel megjelenéséhez egy eredetileg semleges ingert, például csengőhangot társítanak kellő számban, akkor egy idő múltán maga a csengőhang is előidézi a nyáleválasztást az étel megjelenése nélkül. Így az eredetileg semleges inger feltételes ingerré válik, és létrejön egy új, tanult, kondicionált kapcsolat, feltételes válasz a csengőhang és a nyáleválasztás között. Az emberi viselkedés alakításában a klasszikus kondicionálás lényege, hogy mechanizmusa révén az eredetileg semleges ingerekhez új válaszok kapcsolódhatnak.

Az operáns kondicionálás

Szemben a klasszikus kondicionálással, az operáns kondicionálás aktív, cselekvéses folyamat. Lényege, hogy ha valamilyen cselekvést egy **pozitív következmény követ**, ez **növeli** hasonló helyzetekben az adott cselekvés megjelenésének valószínűségét. Ha viszont a cselekvés **következménye hátrányos vagy kifejezetten negatív (averzív)** a személy vagy állat számára, akkor ez **csökkenti** annak esélyét, hogy a viselkedés később ismét megjelenjen. Ez az ún. **effektus-törvény**, amelynek felfedezése Thorndike (1905) nevéhez fűződik. E szabályszerűség magyarázhatja azt, hogy az embereknél egy helyzetben lehetséges sokféle reakció közül bizonyos reakciók rendszeresebben megjelennek, míg más viselkedésformák csak alkalmasszerűen tűnnek fel. Más szavakkal kifejezve: az operáns kondicionálás szorosan kapcsolódik a **megerősítések két változatához: a jutalom és büntetés** fogalmához. Jutalomként értékelhető valamely primer biológiai szükséglet kielégítése (például éhes ember esetében az ételmiszer), az életünk során szociálisan tanult megerősítők sokasága, az ún. másodlagos megerősítők (elismerés, mosoly, pénzjutalom, ajándék stb.). Büntetést jelent minden olyan inger, amely kellemetlen vagy averzív következményekre vonatkozik (fájdalom, harag, veszekedés, a figyelem elvesztése stb.). Azonban kellemes dolgok elvonásával is lehet büntetni, és a büntetés elmaradásával is lehet jutalmazni.

27. Mi a megfigyeléses tanulás? (146. o.)

Megfigyeléses tanulás akkor történik, ha a **megfigyelő egy másik személy (modell) által végrehajtott cselekvést megfigyel, és a megfigyelés alapján, emlékezeti tárolás útján képessé válik arra, hogy felidézze és megismételje a megfigyelt cselekvést** (Bandura, 1986). A megfigyeléses tanulás döntő szerepet játszik már az első éveinkben is. A viselkedérepertoár óriási információbővülését teszi lehetővé az utánzásos tanulás rövid idő alatt. Az utánzásához szükség van tehát erős figyelemre, amelynek során a másik személy cselekvése mellett megfigyeljük cselekvése következményeit is. Sokat vizsgált kérdés, hogy kikre figyel a megfigyelő és kikre nem; azaz **kik és mitől válhatnak modellekké?** Ha a megfigyelt személy viselkedése pozitív következménnyel jár, ez fokozza az utánzási készséget, ha viszont a megfigyelt viselkedés büntetéssel jár, ez csökkenti az utánzás esélyét.

28. Mi az extroverzió és introverzió? (152-153. o.)

Személyiségfaktorok. A tipikus **extrovertált** személy társaságkedvelő, sok barátja van, nem kedveli a magányt és a magányos elfoglaltságokat. Kockázatkedvelő, sokszor meggondolatlan, gyakran impulzív, hajlamos az agresszióra. Ingeréhség jellemzi, ezért szereti a változatosságot, a vidámságot, beállítottságában optimista. Érzelmait nem tartja racionális kontroll alatt, ezért kiszámíthatatlan, néha megbízhatatlan. Az **introvertált** típus ezzel szemben visszahúzódó, kedveli a magányos elfoglaltságokat: például az olvasást, elmélyülést. A nagyon közeli barátokat leszámítva tartózkodó. Előre tervez, nem bízza sorsát a véletlenre, nem kedveli a váratlanságot, izgalmakat. Érzelmeinek szigorú és racionális ellenőrzése révén kiszámítható, megbízható, az erkölcsi normákra nagy súlyt fektet, nem agresszív, és beállítódásában inkább pesszimista.

	Érzelmileg kiegyensúlyozatlan	Érzelmileg kiegyensúlyozott
Introvertált	csendes	passzív
	pesszimista	gondos
	emberkerülő	komoly
	megfontolt	békés
	merev	megfontolt
	szeszélyes	megbízható
	szorongó	kiegyensúlyozott
	tartózkodó	nyugodt
Extrovertált	aktív	szociális
	optimista	társaságkedvelő
	impulzív	bőbeszédű
	változékony	készséges
	izgulékony	könnyed
	agresszív	élénk
	nyugtalan	gondtalan
	sértődékeny	vezető

29. Rogers humanisztikus személyiségelméletének alapjai (154-155. o.)

Személyiségfelfogása, emberképe a pszichológiai tanácsadásban és pszichoterápiás munkában gyökerezik. Elmélete szerint **minden személy viselkedésében természetes módon fejeződik ki a fejlődés, növekedés iránti igény**, ha ezt nem gátolják erős ellentétes hatások. Az ember személyiségének fenntartására, kiteljesítésére vonatkozó igényét nevezte **önmegvalósulásnak** vagy **önaktualizációnak** (Rogers, 1959) ami a fokozódó önállóság, kreativitás irányába mozdítja el a személyt. Az egyén arra törekszik, hogy szükségleteit kielégítse, önmagát fenntartsa és személyiségét állandóan növelje. Az önmegvalósítás törekvése adja az emberi cselekvés irányát és értelmét. Fejlődése során az emberi személyiség szükségletei, készségei egyre inkább differenciálódnak és egységbe szerveződnek (integrálódnak), és így az egyén egyre nagyobb szabadságra tesz szert. Állandóan értékeli is tapasztalatait, cselekedeteit abból a szempontból, hogy előmozdítják-e fejlődését. **Az önmagát megvalósító emberek nyitottak saját pozitív, negatív, akár fájdalmas érzéseik megtapasztalására, nyitottak a világ iránt, és képesek arra, hogy kreatív, kihívásokkal teli életet éljenek.** Felfogásában azonban nem pusztán az önmegvalósítás az egyetlen döntő motivációs tényező az emberi cselekvésben. Bevezeti a „**pozitív elfogadás szükséglete**” fogalmát (Rogers, 1959), amely minden emberben jelen van, és a többi embertől kapott szeretet, elfogadás, elismerés, pozitív értékelés iránti igényt jelenti. Az önértékelés, önkép, önelismerés alakulásában döntő szerepet kap, hogy a fejlődést meghatározó fontos személyek kisgyermekkorától fogva szeretetüket, elfogadásukat milyen feltételekhez, elvárásokhoz kötik. Mások elfogadása iránti szükséglet és az önmegvalósítás szükséglete összeütközésbe, konfliktusba kerülhet. *Útközhet például az orvosnő önmegvalósítást jelentő szakmai ambíciója és a családja iránti elkötelezettsége, vagy az ellentétes igények konfliktusát eredményezheti az idős, beteg szülőt éveken át ápoló személy életében is a megfelelés iránti igény és önkiteljesedést szolgáló életvitel összeférhetetlensége.* A humanisztikus irányzat hívei és Rogers felfogásában az ember szabadon dönthet arról, hogy önmegvalósító módon cselekszik-e, vagy alárendeli-e döntéseit mások értékfeltételeinek.

30. Cloninger pszichobiológiai személyiségmodellje (156-157. o.)

A Robert Cloninger amerikai pszichiáter által kidolgozott általános **pszichobiológiai modell szerint a személyiséget alapvetően az információ befogadásában, tárolásában és feldolgozásában található különbségek határozzák meg.**

A **temperamentum** – Cloninger szerint – az emocionális ingerekre adott automatikus válaszok összessége, míg a **karakter** az önmagunkra, másokra és a világra vonatkozó fogalmak halmazát jelenti. A temperamentum az alapvető emocionális válaszmintázatokat, szokásokat és a hangulatot határozza meg, míg a karakter a szándékot, az attitűdöket és a célokat befolyásolja. A temperamentum tehát a születéskor meghatározott emocionális predispozíciókat jelzi, míg a karakter az, amit a személy szándékosan megvalósít önmagából (Cloninger, 1987).

Cloninger szerint a temperamentum és a karakter két elkülönült agyi struktúra működésének az eredménye. A temperamentumot főleg a **limbikus rendszernek és az észlelés alapú automatizmusok és készségek kialakításában fontos striatumnak a procedurális tanulásban és memóriában játszott szerepe határozza meg. A karakterért ezzel szemben a hippocampális formáció, illetve a halántéklebény működésén alapuló propozicionális memória és tanulás felelős, melyek révén kialakulnak az önmagunkról és a tapasztalati mezőről alkotott reprezentációink és fogalmaink.**

A két rendszer elkülönülését igazolják a különböző agysérülésekben szenvedő betegekkel végzett vizsgálatok is. Például azok az amnéziás betegek, akiknek a mediális halántéklebénye sérült, rosszul teljesítenek a propozicionális tanulási feladatokban, de a procedurális tanulás, azaz készségek és szokások elsajátítása nem okoz számukra problémát. Ezzel szemben a Parkinson betegségben szenvedők, akiknek a neostriatuma károsodott, a procedurális tanulás terén mutatnak deficitet és a propozicionális tanulási feladatokat oldják meg jól.

A pszichometriai és a személyiség neurobiológiai hátterére vonatkozó kutatási eredményeket integrálva Cloninger egy **hét dimenziós személyiségmodellt fejlesztett ki**, amely négy temperamentum (Ártalomkerülés, Újdonságkeresés, Jutalomfüggőség és Kitartás) és három karakterjellemtől (Önirányultság, Együttműködés és Transzcendencia-élmény) különböztet meg.

Az **ártalomkerülés** a viselkedés gátlásának, megszüntetésének öröklött mintáját jelenti, amely megnyilvánulhat a passzív elkerülő magatartásban, a bizonytalanságtól való félelemben, az idegekkel szemben mutatott féltékenységben és a gyors kifáradásban. Az öröklött hajlam megjelenhet az averzív ingerekre adott intenzív válaszokban is.

Az **újdonságkeresés** a viselkedés aktivációjának, kezdeményezésének öröklött mintája, amely gyakori explorációs aktivitással jár együtt. Az új ingerekre vagy potenciális jutalomforrásokra adott válaszokban vagy a büntetés alóli felszabaduláskor izgalmi állapot, jókedv, derűtség figyelhető meg. További jellemzője az impulzív döntéshozás, a jutalom megközelítése és a frusztráció, a monotónia, a potenciális büntetés aktív elkerülése.

A **jutalomfüggőség** a viselkedés fenntartásának, folytatásának öröklött mintáját jelenti, amely megjelenhet az érzékenységben, a szociális kötődésben, a mások elismerésétől való függőségben. Öröklött tendenciák figyelhetők meg a jutalom jelzéseire mutatott intenzív válaszokban, elsősorban a szociális elismerés verbális jeleinél.

Az alábbi táblázatban röviden összefoglaljuk a temperamentum-dimenziók hátterében feltételezett fő neurotranszmittereket; bemutatjuk, hogy az egyes rendszerek milyen kiváltó ingerek hatására lépnek működésbe, s aktivációjuk milyen viselkedéses válaszok formájában nyilvánul meg (Cloninger, 1987) (V/2. táblázat).

Temperamentum-dimenzió	Fő neuromodulátor	Releváns inger	Viselkedéses válasz
Viselkedés aktivációja (újdonságkeresés)	dopamin	újdonság	explorációs törekvés
		potenciális jutalom	appetitív megközelítés
		megszabadulás a monotóniától vagy a büntetéstől	aktív elkerülés, menekülés
Viselkedés gátlása (ártalomkerülés)	szerotonin	a büntetés és a frusztráció feltételes ingerei	passzív elkerülés, kioltás
Viselkedés fenntartása (jutalomfüggőség)	noradrenalin	a jutalom feltételes ingerei, megkönnyebbülés a büntetéstől	kioltással szembeni ellenállás

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 egyénileg választott célokkal és értékekkel. Mennyire tud a személy azonosulni az elképzelt self-fel.

Az **együtműködési készség** dimenzió a más emberek elfogadásában mutatkozó egyéni különbségeket térképezi fel. A karakter azon aspektusaira vonatkozik, amelyek az egyetértési készséget jelentik, szemben az én-központú agresszióval és az ellenségességgel.

A **transzcendencia-élmény** általánosságban azonosulást jelent mindennel, ami az emberi lét számára nélkülözhetetlennek, lényeginek tűnik, és része az univerzumnak, az egyesült egésznek. Az "egyesülő tudatosság" állapotában minden egy totalitás része. Itt nincs egyéni self, mert nincs jelentésteli különbség a self és a másik között. A személy tudatában van annak, hogy a kozmosz evolúciójának integráns része. Ez az állapot leírható úgy is, mint azonosulás, elfogadás, vagy spirituális egyesülés a természettel és annak forrásával. A transzperszonális azonosulás történhet valami olyan dologgal, ami a self-en kívül áll, vagy mindennel. A személy azt az érzést tapasztalja meg, hogy része egy csodálatos intelligenciának vagy az vezeti őt, amely talán minden jelenség isteni forrása. A spiritualitás leírható úgy is, mint valami belső vágyakozás arra, hogy halhatatlanok legyünk, és ez vezethet ahhoz a vágyhoz, hogy azonosuljunk a természettel, mint egészszel, vagy annak forrásával.

31. A személyiségzavarok három nagy csoportja (158-161. o.)

A személyiségzavarral jellemezhető személyeknél éppen a személyiségnek ez a rugalmassága szenved károsodást, amennyiben nem képes az egyén arra, hogy változó helyzetekhez változó magatartásformákkal alkalmazkodjon, vagy egy meghatározott helyzetben szélesebb viselkedésrepertoárból válassza ki a legmegfelelőbbnek tűnő reakciót. A személyiségzavar miatt a személy életútja során ismétlődően visszatérő családi, munkahelyi, interperszonális konfliktusokra adott pszichés reakciók sokfélék lehetnek: depresszió, szorongás, öngyilkossági készletetés, pszichotikus reakció, impulzivitás stb., így a személyiségzavar által következményesen és ismétlődően jelentkező különféle pszichés zavarok is gyakoriak e személyek élettörténetében.

I. A „különc” személyiségzavarok

Különös vagy excentrikus személyiségzavarok közös jellemzője, hogy a szkizofréniákhoz hasonlóan elmagányosodással, gyanakvással, szociális visszahúzóddással, különös gondolkodási stílussal járnak együtt.

A **paranoid személyiségzavarban** szenvedő emberek fő jellemzője az általános bizalmatlanság, gyanakvás, az emberi környezet részéről az ártó szándék feltételezése. Ennek folytán éberek, óvatosak, környezetük részéről állandóan ellenségességet és személyük elleni támadást feltételeznek. Emiatt emberi kapcsolataikban távolságtartóak, ismerőseik megbízhatóságát, jóindulatát, hűségét könnyen kétségbe vonják. Mások hibáival, gyengéivel, tévedéseivel szemben élesen kritikusak, miközben a saját személyükre vonatkozó bírálatokkal kapcsolatban kiemelkedően érzékenyek, haragtartóak, és kudarcaikért másokat hibáztatnak.

A **szkizoid személyiségzavarban** szenvedő embereket a többi ember iránti érzelmi közöny, érdektelenség jellemzi. A magányt, egyedüllétet kedvelik, kerülnek a társas kapcsolatokat, ezért szociális készségeik is gyengék. Az érzelmek kifejezésében és az érzelmek elfogadásában egyaránt megjelenik emocionális beszűkülésük: nem hat rájuk a dicséret, elmarasztalás, érdektelenek mások véleménye iránt, nem igényelnek elfogadást, szeretetet, és csak szórványosan fejeznek ki érzelmeket, örömet, bánatot vagy haragot.

A **szkizotip személyiségzavarban** még súlyosabb mértékben jelentkezik az emberközi kapcsolatok, az észlelés és gondolkodás zavarai. Idegesíti őket más emberek jelenléte, egyáltalán nincsenek barátai, magányosak. Furcsa és szokatlan cselekvések jelenhetnek meg, bizarr gondolatokkal, téves észlelésekkel, azonban a szkizofréniával ellentétben a gondolkodási zavarok - például a mágikus gondolkodás, vonatkoztatások - nem jelentik a valóságtól történő teljes elszakadást.

II. A „teátrális” személyiségzavarok

Az **antiszociális személyiségzavarokat** korábban inkább „pszichopátiának” vagy „szociopátiának” nevezték. Fő jellemzőjük, hogy rendszeresen megsértik mások jogait, sokszor követnek el erőszakos bűncselekményeket. Másokat becsapnak, kihasználják, impulzívok és agresszívek, sokszor provokálnak verekedéseket, mások szenvedése iránt érzéketlenek, és morális felelősségérzettel nem rendelkeznek. A következmények mérlegelése nélkül cselekszenek, és saját viselkedésük negatív következményeiért másokat okolnak. Tartós érzelmekre, kötődésre képtelenek, ezért gyakori körükben a válás, munkahely-változtatás, munkakerülés. A negatív tapasztalatokból nem tanulnak, és hiányzik az a fajta szorongás, amely szokványosan bizonyos helyzetek elkerüléséhez vezet. Körükben több az alkoholisták, mint az össznépszerűségben, és gyakoribb az egyéb szerek fogyasztása is.

A **borderline személyiségre** jellemző a gyors hangulati változás, labilis önkép, szélsőséges impulzivitás, érzelmi konfliktusok gyakori megjelenése. Hol érzelmi ürességet, unalmat, hol mély depressziót, szorongást, hol erős idegességet élnek át e személyek, életük egyes szakaszaiban néha pszichotikus tüneteket is mutatnak. Érzelmi-indulati labilitásuk folytán durva és agresszív viselkedésformákra hajlamosak, akár másokkal, akár önmagukkal szemben, súlyos testi sérüléseket okozva saját maguknak. Az öncsonkításokat elkövető személyek jelentős hányada borderline személyiség, és az öngyilkosságtól az alkohol- és szerabúzuson át a bűncselekmények elkövetéséig, szexuális kilengésekig, felelőtlen költségekig terjedő viselkedésformákban ölthet testet e személyiségek extrém labilitása. Érzelmi zavarai és torz énképük következtében gyakran vágyanak szoros társas kapcsolatokra, a másokkal való azonosulásra, de kisajátítási törekvéseik, konfliktusokkal terhelt érzelmeik, impulzív reakcióik folytán nehezen találhatnak tartós elfogadásra. Tüneti változatosság, sokarcúság jellemzi az évek során az ilyen személyt: hol neurotikus, hol időszakos pszichotikus tüneteket is mutathat. Interperszonális kapcsolatainak labilitása a túlidealizálás, dependens lelkesedés, és agresszív elutasítás emocionális szélsőségei között mozog, ami a pszichoterápiás kapcsolatban is számos nehézséget okoz.

A **hisztrionikus személyiség**et korábban hisztériás személyiségként nevezték meg. A zavar jellemzője a szélsőségesen változó érzelmi hullámzásokkal járó érzelmi túlfűtöttség, fokozott emocionalitás, a figyelem felkeltésére irányuló törekvés. Az életet színpadként értelmezve drámaian és teátrálisan viselkednek hétköznapi helyzetekben; törekednek arra, hogy a környezetükben akár véletlenszerűen jelen levő személyek tetszését és szimpátiáját elnyerjék, állandóan változtatva véleményüket a népszerűség érdekében. Környezetüktől egyetértést, elismerést, fokozott figyelmet követelnek, és ennek elmaradása esetében önző és zsarnoki, követelőző viselkedés lép fel, esetleg akár teátrális öngyilkossági kísérlettel. Gyakori a szexuálisan provokatív viselkedés, és fizikai megjelenésük, küllemük is a figyelemfelkeltés fontos eszköze.

A narcisztikus személyiségzavarral jellemezhető embereknél a saját személyiség extrém túlértékelése, az elismerés iránti vágy állandó jelenléte az empátiás képesség feltűnő hiányával párosul. Eszményük a hatalom és siker, és eltúlozva saját fontosságukat és teljesítményeiket, kikövetelik önmaguk számára a környezetük állandó csodálatát és figyelmét, különlegesnek érzett jelentőségüknek megfelelően megkülönböztetett bánásmódot igényelnek. Mások érzelmeit nem veszik figyelembe, elzárkóznak mások problémáitól, gondjaitól, és embertársaikat eszközként tekintve sokszor kihasználják őket. Ezért tartós és stabil interperszonális kapcsolatokra ritkán képesek. A szakmai teljesítményt is sokszor pusztán az elismerés iránti váagnak rendelik alá, anélkül, hogy az tényleges érdeklődésből fakadna. A kritikát és az elismerés hiányát gyakran dühhellyel, a megalázottság érzésével fogadják, vagy végletesen elkeseredve a feleslegesség érzésével, depresszióval küzdenek.

III. A „szorongásos” típusú személyiségzavarok

Az **elkerülő személyiség**: Az ebbe a személyiségzavarba sorolt személyek társas helyzetben szélsőségesen gátlásosak, és mások elutasításától, az esetleges kritikától való félelmük annyira intenzív, hogy ez a társas helyzetek, megnyilvánulások elkerüléséhez vezet. Rettegnek a megszégyenüléstől, kigúnyolástól, ezért még legintimebb kapcsolataikban is visszahúzódóak. Önmaguk leértékelése, önbizalomhiányuk miatt örökös kisebbségi érzésekkel küzdenek, tartanak attól, hogy butaságokat mondanak, vagy társas helyzetekben oda nem illően viselkednek. Óvakodnak minden kockázatvállalástól, és az intim kapcsolat iránti erős vágyuk ellenére többnyire nincsenek barátaik, és emiatt sokszor érznek magányt, letörtséget, depressziót.

A **dependens személyiség** Az elkerülő személyiség képtelen társas kapcsolatok kialakítására, a dependens személyiség pedig képtelen az elszakadásra: örökös törődést, gondoskodást igényel. Az önállóságtól, szeparációtól való félelmük miatt ezek az emberek görcsösen kapaszkodnak családtagjaikba, közeli ismerőseikbe. Önállórendelődésük olyan mértékű lehet, hogy a legkisebb dolgokban sem döntenek önállóan, apróságokban is támaszra, segítségre szorulnak, tehetetlennek és életképtelennek érzik magukat. Sokszor még a súlyos konfliktusokkal terhelt kapcsolatokhoz is ragaszkodnak önállótlanáguk miatt, még akkor is, ha bántalmazzák őket. Saját ítéleteikben, képességeikben nem bíznak, ezért felnőttként is szüleiktől, házastársuktól várják a döntéseket saját életükben. A megfelelés iránti igény irányítja életüket, és sokszor erejükön túlmenő feladatokat is vállalnak azért, hogy ne kerüljenek szembe környezetükkel. Alacsony önértékelésük miatt gyakran élnek át magányt, elesettséget, tehetetlenséget, és főleg fontos kapcsolatok megszakadására vagy elutasításra könnyen reagálnak depresszióval, szorongásos zavarokkal.

A **kényszeres személyiség** görcsösen ragaszkodik a tökéletességhez, a rendhez, a kontrollhoz, ezzel elveszítve rugalmasságát, ami a teljesítmények, emberi kapcsolatok jelentős károsodásához vezet. Ennek oka, hogy a tökéletes teljesítmény iránti igényükben megtapadnak a lényegtelen részleteknél, és éppen a dolgok lényege vész el. Emiatt túllépik a határidőket, sokszor a tervezett munka elvégezetlenül marad, miközben a szabad idő és barátságok is elvesznek. Az önmaguk számára felállított túlzottan magas követelmények miatt sosem lehetnek elégedettek önmagukkal, de másokkal sem, mert meggyőződésük szerint a többi ember hanyag és

megbízhatatlan. A hibázástól való extrém félelmük miatt sokszor a végletekig elodázzák a döntéseket. Morálisan és etikailag is rugalmatlanok, és mások megítélése és kategorizálása is saját mércéik szerint történik, így kapcsolataik is felszínesek, érzelemtelenek. Sokszor fukarok, gyűjtögetők, és hasznavehetetlen tárgyakhoz is görcsösen ragaszkodnak.

A személyiségzavarok orvosi szempontú jelentősége részben abban áll, hogy akut pszichés zavarokra hajlamosítják az egyént, már kisebb frusztrációk, megterhelések esetében is. Másrészt a személyiségzavarok oki tényezőként serkentik a különféle megbetegedésekre hajlamosító maladaptív magatartásmódok (például alkohol-és szerfüggőség, szexuális devianciák stb.) megjelenését. Emellett a személyiségzavarral küzdő betegnél a problematikus interperszonális kapcsolatkézség révén sokszor az orvos-beteg kapcsolat nehézségeivel, a gyógyító tevékenység bonyodalmaival is számolnia kell az orvosnak.

32. Melyek az A-típusú személyiség/viselkedés jellemzői? (161. o., 370. o.)

Az **A típusú személyiséget** Friedman és Rosenmann kardiológusok azonosították (1959). Az ilyen személyiségű embereket mint örökösen ellenségeskedő, cinikus, türelmetlen, versengő, törtető egyéneket ábrázolják, akiknél e vonásaik révén a környezetükkel való kapcsolatuk során folyamatosan megélt stressz vezet kardiovaszkuláris betegségekhez. Az A személyiségtípus és szívkoszorúér-betegségek kapcsolatát mindkét nem esetében számos vizsgálat alátámasztotta, több ezer személy követő vizsgálata alapján. Napjaink kutatásai nem találtak ugyan ennyire szoros kapcsolatot e személyiségtípus és a szívbetegségek között, mint korábban, azonban sok adat mutat arra az újabb felmérések alapján is, hogy e személyiségtípussal összefüggő jellemzők egy része, és főleg az ellenségesség, valóban összefügg a szívbetegségekkel.

33. Freud pszichoszexuális fejlődésmélete (170-171. o.)

A freudi pszichoszexuális fejlődésmodell a személyiség akarattól, tanulástól független **ösztönvilágát jelentő Tudattalan (Id, Es, Ósvalami)** tartományának erotikus és agresszív **kéztetési** és **társadalmi értékeket és kényszereket képviselő Felettes Én (Superego) közötti konfliktustérben egyensúlyozó és egyeztető Én fejlődésének története**. Bannister szeretetteljes iróniával így érzékelteti ezt a lelki konfliktust: "a pszichoanalitikus elméletek szerint az ember lényegében egy csatatér, vagy sötét pince, ahol egy szűzies nagynéni és egy szex-őrült majom vannak halálos küzdelemben összezárva, s a mérkőzést egy elég ideges banktisztviselő vezeti." (Bannister, 1972)

A felettes ében (nyilván) a tanult, a kultúra által közvetített és elsajátított morális értékek játszanak nagy szerepet. A lelki működésnek azon része ez, mely az ideálokkal, vágyakkal, parancsokkal, tilalmakkal van kapcsolatban (Loch 1983), és ebbe a körbe sorolható a kritikus önvizsgálat, a jóvátétel iránti vágy, a bűntudat, méltányosság is (Brenner 1972). De Groot szerint a felettes-én keretet ad a tiltó, korlátozó lelkiismeretnek és az örömszerző szerepű én-ideálnak. Az én-ideál kialakulásában nagy szerepet játszik a szülőkép, mely gyakran - Freud szerint - a szülő felettes énjét tükrözi.

Ha tehát Allport definíciójával **a személyiséget az egyén jellemző viselkedését és gondolkodását meghatározó pszichofizikai rendszerek dinamikus szerveződésének tekintjük**, akkor a freudi megközelítés szerint a gyermekkor lelki eseményei a felnőttkorban is megnyilvánuló nyomot hagynak ezen a rendszeren. A pszichoszexuális fejlődésmélet bizonyos értelemben „leleplező” szerepet játszik a személyiség és a viselkedészavarok értelmezésében, amikor a rejtett ösztönmozgatók befolyására és elhárítására vezetnek vissza azokat. A pszichoanalitikus elméletek főként a korai traumatikus élmények kórképző szerepének feltárásával terjesztették ki a klinikai érdeklődés idői tartományát.

A különböző egymásra következő pszichoszexuális szakaszokban az Id örömirányult impulzusai a test különböző területeire irányulnak, melyek egyben a fejlődésszakaszoknak is nevet adnak. Az első két év az **orális szakaszt** jelöli, amikor a csecsemő mindent a szájába vesz, ennek a második szakaszát (tekintettel a növekvő fogak miatt a harapás örömszerző funkciójára) **orál-szadisztikus** szakasznak is nevezik.

Ezt követi az **anális szakasz**, melynek elnevezése Freud azt a törekvést jelöli, mely szerint a csecsemő a székürítés visszatartásában, illetve a székürítésben talál örömet. Mindez a toalett tréning kényszerével kerül konfliktusba, ami a felettes Én és az Id összeütközésének újabb terepe lesz. Tekintettel az e szakasz második felében megfigyelhető függetlenedési tendenciákra, dackorszakra, agresszív megnyilvánulásokra az **anál-szadisztikus** szakasz megnevezés is ismert és a 2-4 életévre tehető időszak második szakaszát jelölik vele.

A három és hat éves kor közötti, ún. **fallikus szakaszban** a figyelem a genitálék felé fordul, és az ellenkező nemű szülő is jelzésszerűen az ébredő szexuális figyelem tárgya lesz. Ez az az időszak, amikor a gyermeknek az „**ödipális konfliktust**”, azaz a szexuális ösztön és az **incesztabu** közötti összeütközést időzíti Freud. A feloldás az azonos nemű szülővel való azonosulásban, **identifikációban** rejlik, mely megnyitja a következő, 7-12 év közötti szexuálisan semleges látencia periódust, mely során a gyermeknek fizikai és szociális környezetével való megküzdésének készsége fejlődik. Végül a pubertás és adolezcens szakaszban a szexualitás jelentősége újra felértékelődik.

Az elmélet patogenetikus modellje szerint a különböző szakaszokban traumatizálódhat a személy. Ha a korai elválás miatt a csecsemő orális szükséglete sérül, akkor a személy libidója orálisan rögzül, ami fokozott dependenciával jár, túlevés, alkoholizmus, vagy dohányzás függőségével társul. Mindezt az **orális személyiség** metaforájával fejezi ki az elmélet. Az **anális személyiség** sérülését a második életévében szerzi, és az tisztaságmánia, pedantéria, vagy a gyűjtőszennvedély, zsugoriság képében fejeződik ki. **Az ödipális konfliktus elégtelen feloldása komplexusképződéshez, neurotikus tendenciákhoz vezet, és a tekintélyszeméllyel való konfliktusban fejeződik ki.**

Az elmélet szerint az amorális, azaz a szexuális vagy agresszív ösztönkésztetések elhárításában normális lélektani mechanizmusok játszanak meghatározó szerepet, amelyeket Anna Freud az alábbiakban foglalt össze: szublimáció, racionalizáció, elfojtás, felejtés, áttétel, azonosulás, konverzió, izoláció-intellektualizáció, reakcióképzés, a meg nem történtté tétel, introjekció, kivetítés, elutasítás, regresszió.

Mindez láthatóan nemcsak a neurotikus tünetképződés megértésében játszhat szerepet, de az orvos önismeretének, a mindennapos gyógyító gyakorlatot zavaró magatartásproblémák és az orvos-beteg kapcsolati történések mélyebb megértésében is szerepet kaphat. Különösen fontos mindezek ismerete a beteg regresszív lélektani helyzete, a gyógyító „apafigura” szerű tekintélyszerepe, és az indulatáttételből fakadó történések miatt.

34. Erikson pszichoszociális fejlődélméletének szakaszai (Legalább hatot ismerjen!) (172-176. o.)

A mélylélektani irányultság szociálpszichológiai fordulatóban Erik H. Erikson munkássága jelent mérföldkövet. Ehhez a szemléleti megújuláshoz életútja mellett a sziú és a yurok indiántörzsek körében végzett kulturális antropológiai tanulmányai is hozzájárultak. Erikson személyiségmodelljének kulcsfogalma az **énazonosság**, azaz a személyiség egysége és időbeli folytonossága, melyet a különböző társadalmi környezetekben és élethelyzetekben él meg a saját hovatartozásának tudatában. Az identitás, mint a társadalmi tapasztalat összegzése az Énben, maga is fejlődési folyamat eredménye.

Az eriksoni pszichoszociális elmélet a személyt érő belső és külső hatásokat testi, lélektani és szociális tényezőkre tagolja, melyben az Én mint e faktorok integrátora működik.

Ezért az eriksoni elmélet a fejlődésben a pszichoszociális organizmus fejlődési folyamataiban három alapminőségként a testi folyamatot, a lelki és a szociális folyamatot különbözteti meg. A testi érzékelések (kolikás fájdalmak, éhségérzet stb), a lelki tapasztalás (az anya szorongásának introjekciója) és a szociális tapasztalatok (pl. a családi válság helyzetében

megélt pánik) története együtt összegződik a személy fejlődéstörténetében, amelynek „történeti” feltárása a felnőttkori neurózis megértéséhez elengedhetetlen. Ilyen értelemben a szorongás a szomatikus, énfelődési folyamatok és a szociális tapasztalatok kölcsönhatásából adódó következmény.

A személy fejlődése nyolc egymásra következő szakaszban megy végbe, mely szakaszokat **adott kritikus célok**, illetve **feladatok** jellemeznek, melyek során bizonyos én minőségek jönnek létre. E kritériumok „teljesülése” - hasonlóan a szervképződés indukciós folyamatához - az adott szakaszban nagy jelentőségű és az adott érzékeny időszakon túl már a maga teljességében nem teljesül.

Ezek a „feladatokkal” fémjelzett szakaszok:

CSECSEMŐ	bizalom	bizalmatlanság
KISGYERMEK	autonómia	kétség, szégyen
ÓVODÁS	kezdeményezés	bűntudat
KISISKOLÁS	iparkodás	kisebbrendűség érzet
KAMASZ	identitás	identitászavar
FIATAL FELNŐTT	intimitás	izoláció
KÖZÉPKORÚ FELNŐTT	generativitás	megrekedés
IDŐSEBB FELNŐTT	integritás	kétségbeesés

Minden szakasz fejlődési feladatainak eredményes teljesítése segíti az egyént hogy a következő szakasz teljesítéséhez magát képesnek és elegendő erősnek érezve kezdjen neki. Ha azonban a megelőző szakaszban a fejlődés zavart, akkor a fejlődés következő szakaszaiban is nehézségek támadnak. Minden szakasz fontos a maga nemében, és a feladatok teljesülése elégedettséget és teljességérzetet okoz. A szakaszok fejlődéslélektani és patológiai vonatkozásait Erikson az alábbi táblázatban összegezte. Az adott énminőségben gyökereznek a hozzárendelt társadalmi intézmény lélektani alapzata. Erikson szerint a kultúra nemcsak az ösztönkésztetések elhárítását kényszeríti ki, de lehetőséget is teremt az ösztönkielégítés társadalmilag elfogadott módjaira. **Ha a kulturális szabályozás zavart, elégtelen és előírásai nincsenek összhangban a személyiségfejlődést meghatározó társadalmi valósággal, akkor a kultúra neuróziskeltővé válik, és identitás-válságban fejeződik ki.** Az énazonosításban a fejlődő személyiség számára a szülők, és más, a környezetében megismert példaképek, referenciaszemélyek teremtik meg az azonosulás tájékozódási pontjait. Mindennek a jelentősége az orvossá válásban, és folyamatos fejlődésben éppúgy meghatározó, mint ahogy a betegek neurotikus tüneteinek felfejtésében. **Míg a freudi elméletben az Én főként az ösztönkésztetések elhárításával teljesíti egyensúlyteremtő szerepét, addig az eriksoni elméletben a Szelfre gyakorolt szociális, pszichológiai és alkati befolyások közötti egyensúly megteremtése az Én integrátoros feladata.** A pszichoszociális modell (az Én alkati-lélektani és szociális egyensúlyozó szerepével) párhuzamot kínál a magatartásorvoslás bio-pszicho-szociális értelmezési keretéhez. Az eriksoni modell egyszerre kínál párhuzamot és kontrasztot a bio-pszichoszociális fejlődélmélet azon tézisével, mely szerint az agy két meghatározó jellemzője a flexibilitás és a plaszticitás a fejlődés tekintetében fontos tényezőként lehetővé teszi az adaptív válaszmódok kialakulását későbbi szakaszokban is. Ez az ún. bio-pszichoszociális modell a kritikus szakaszok, főként a korai gyermekkori történések fontosságát ugyan elismeri, de abszolút determináló szerepét - azaz a személyiségre gyakorolt irreverzibilis hatását - vitatja. (Schaie, 1989)

A különböző életszakaszokhoz rendelhető meghatározó fejlődési mozzanatok kritikus elemeinek megismerése egyben gyakorlati feladatokat adhat az elsődleges, másodlagos és a harmadlagos megelőzés terén.

A primer prevenció az elsődleges, a betegségek incidenciáját oki szinten csökkentő egészségvédő gyakorlatot jelenti, a másodlagos megelőzés a betegség okozta funkciózavarok prevalenciájának csökkentését célozza, míg a terciér prevenció a testi, lelki és szociális rehabilitációt jelenti, mely a maradványtünetek hátrányteremtő szerepét csökkenti.

35. Mi az áttétel és a viszont-áttétel az orvos-beteg kapcsolatban? (228. o.)

A beteg regresszív, azaz a személyiségfejlődés korábbi szakaszába „visszatérő” állapota miatt tévesen értelmezheti a gyógyítóval való kapcsolatát, és így a korábbi életszakaszában kitüntetett fontosságú személyekkel (szülőkkel vagy nagyszülőkkel) kapcsolatban rögzült érzések, beállítódások tudattalanul áttevődnek az orvosra.

Ez az ún. „**áttétel**” (korábbi nevén indulatáttétel), amely tudattalan konfliktusokat jelezhet, de biztonságos szülő-gyermek viszony esetén alapja lehet a gyógyító bizalomnak is. Ha nem tudatosítjuk magunkban az érzelmek ilyenén átvitelének folyamatát, a kapcsolatot zavaró következményekkel számolhatunk. A **viszont-áttétel** pedig azt jelenti, hogy a gyógyító a saját tudattalan konfliktusai miatt zavart módon válaszol a beteg magatartására.

36. Melyek a compliance-t elősegítő és gátló tényezők? (Legalább ötöt soroljon fel!) (235-240. o.)

A non-compliance magyarázatai

A compliance-t zavarhatja az orvosi szakmai mulasztások sora, így a Ley (1979) által szakmai non-compliance-nek nevezett okok közé sorolható, ha az **orvos elmulasztja a beteg figyelmeztetését a mellékhatásokra**; ez a vétség igen gyakori, az esetek kétharmadában előfordul. Ide sorolható a **hibás gyógyszerválasztás** is (antibiotikumok, vagy az elégtelen hipertóniakezelés, a nem megfelelő nyugtatók előírása, stb.). A jól kiválasztott gyógyszert az orvos gyakran **nem a megfelelő dózisban** írja fel.

A betegek nem együttműködő magatartására bőséges magyarázatok ismertek. Ezek három csoportba oszthatók, vannak:

- betegszempontú,
- környezetszempontú, és
- beteg-terapeuta interakció függő elképzelések.

A leggyakoribb betegközpontú elméletek szerint **a tekintély elutasítása** miatt áll ellen a beteg az orvosának, de lehet, hogy **félreértik az információt**, vagy így **kontrollálják a kezelőt** (Appelbaum, 1977; Stone, 1979). Gyakran a **gyógyszer mellékhatásai akadályozzák az orvosi előírás követését**, néha már a gyógyszer írásos melléklete is elriaszthatja a bevételétől a beteget. Akadály lehet a **gyógyszerszedés rendjének bonyolult volta**. Fordított kapcsolat lehet továbbá a fogyatékoság, a beteg állapotának súlyossága és a compliance mértéke között (Hertroijs, 1974). Ezen elméletek szerint a compliance javításához a betegnek kell a magatartásán változtatni. Eddig azonban nincs még lényegi tapasztalati bizonyítékunk arra, hogy az orvos elleni lázadás miatti rossz compliance képzetét fenntartsuk.

A második elmélet arra a szempontra hívja fel a figyelmet, hogy **számos környezeti tényező befolyásolja az együttműködő magatartást. Ide sorolhatjuk a kulturális változókat, családi és szituációs változókat, valamint más környezeti kulcstényezőket**. Az izületi betegek például akkor felejtik el bevenni a tablettáikat, amikor a napi rutinjuk felborul (Corish és mtsai, 1989). Ezen megközelítés szerint a leghatékonyabb megoldás a környezet megváltoztatásában rejlik. Bizonyítékok jelzik, hogy a környezeti változások, például az emlékeztetők javíthatják a compliance-t (Haynes és mtsai, 1979). Ezek az értelmezések nem veszik figyelembe a beteg gyógyszereket illető tapasztalatait.

A harmadik elmélet szerint **a probléma az orvos-beteg kapcsolatban keresendő**. Lényegi bizonyítékok jelzik a beteg és orvosa közötti információcsere hiányait. E megközelítés szerint a non-compliance megoldását az orvos-beteg kapcsolat javításában kell keresnünk. A legfontosabb tényező az orvos-beteg kapcsolat minősége. A beteg elégedettsége az orvossal, az orvos kommunikációs stílusával és a kezeléssel egyben a compliance minőségével is szoros összefüggést

mutat. Az elégedett betegek jobb compliance-t mutatnak, és ezt erősíti a pontosabb emlékezet is, ahogy azt az orvos-beteg találkozást illető memóriavizsgálat igazolja (Ley, 1979). **A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a zsargonmentes, érthető felvilágosítással társuló meleg, barátságos, elfogadó légkörű, empátiás orvosi odafordulás fokozza a beteg elégedettségét és együttműködő magatartását.**

A legjobban ismert modell az egészségképzet modell, melyet Rosenstock dolgozott ki a szűrésekből kimaradó és az orvosi tanácsokat nem követők magatartásának felderítésére. Ezt a modellt Eraker és Christensen-Szalanski és Northcraft (1985) módosította. Több tucat tanulmány foglalkozott az egészségképzet modell és a compliance kapcsolatával. A legtöbb ilyen tanulmányban az egészségképzet modell a compliance-szel szignifikáns összefüggést mutatott.

1. A nem együttműködő viselkedés leggyakoribb okát a vélt akadályok képezték. Így például az orvos-beteg találkozások kellemetlen, fájdalmas, vagy túl költséges dologként jelentek meg.
2. A második legfontosabb magyarázat a vélt fogékonyságban rejlik. Az emberek azért nem fogadosítják a megelőző lépéseket, mert nem tekintik magukat kockázattal rendelkezőnek.
3. A harmadik gyakori ok a vélt nyereségekben rejlik. A betegek gyakran nem hiszik, hogy a gyógyszerelés segíteni fog nekik.
4. Végül számos vizsgálat a betegség súlyosságát is elemezte.

Célszerű a megújított egészségképzet modellt mint az egészséggel kapcsolatos döntéshozás modelljét újrafogalmazni, amelyet a VII/3. ábra szemléltet (Eraker és mtsai, 1984).

A compliance-t javító erőfeszítések része lehet a kezelés egyszerűsítése, megfelelő írásos emlékeztetők megfogalmazása. A betegfelvilágosítást kiegészítheti a betegoktatáshoz járuló magatartásmódosítás, „magatartásszerződés” (Dunbar és mtsai, 1979). Eredményes lehet a compliance javításában az önmonitorozás technikája, melynek során a beteg saját előírás-követő magatartását ellenőrzi, és az észlelteket naplóban rögzíti (Maletsky, 1974). Fontos szerepe van a jó orvos-beteg kapcsolatnak a beteg motivációjának fenntartásában.

A betegek a nem együttműködő magatartást nem tekintik magukra nézve ártalmasnak. Az „adherence” (utasításkövetés) fogalmát illető vizsgálatok felhasználják a meggondolt cselekvés ideáját, és más magatartástani elméleteket is, mint például a szociális tanulás elméletét.

A fenti akadályok miatt a valódi változást a tekintélyelvű orvos-beteg kapcsolat aszimmetriájának oldása jelenthetné, ez pedig a szerepek változását is igényli. **Így az információk megosztásán, a klienselvű, szerződéses kapcsolat alapzatán álló, a kölcsönös felelősség által hitelesített együttműködés kialakítása segíthet a beteg compliance-ének fokozásában.** Mindez az orvosi döntéshozás kiterjesztésének és a beteg bevonásának a fordulatát igényli az orvos-beteg kapcsolat továbbfejlesztésében.

37. A Selye-féle stresszelmélet (257-258. o.)

Selye János nevéhez fűződik a stresszkoncepció leírása (Selye, 1936, 1976). Selye János szerint nemszpecifikus károsító hatásokra a szervezet azonos módon, az általános adaptációs szindrómával reagál.

Ennek három szakasza:

1. az alarm, vagy vészreakció
2. az ellenállás fázisa
3. majd a kimerülés állapota.

Az első fázis nem csupán nem káros önmagában, hanem mind a fizikai, mind a pszichológiai fejlődés alapvető feltétele. Mint Selye János mondta, a stressz az élet sója, hajtóereje. A mai világ egyik súlyos következményekkel járó jelensége, hogy a fiatalok többségében nem alakul ki eléggé a nehézségekkel való megbirkózás képessége, mert nincsenek kitéve elég kihívásnak, főleg fizikai értelemben.

A stressz, kihívás tehát alapvető a fejlődéshez, ha folyamatosan képesek vagyunk megbirkózni a nehézségekkel. Ezért a megbirkózás, „coping” a stressz ikerfogalma, a stresszelmélet egyik legfontosabb összetevője. A fentiekből nyilvánvaló, hogy **a stressz akkor válik kórossá, ha nem vagyunk képesek megbirkózni az újszerű, veszélyeztető helyzettel, illetve a krónikus stressz, a kimerülés fázisa egyértelműen károsító hatású.**

A modern stresszelmélet kulcsfogalma a kontrollvesztés, hiszen a nehéz helyzetek, a kihívások akkor válnak kórossá, ha megoldhatatlannak, kontrollálhatatlannak minősítjük azokat. Ezt a kérdést részletesen tárgyaltuk a szorongással kapcsolatban.

A kimerülés állapotának, a krónikus stressznek egyik legnyilvánvalóbb példája a segítő foglalkozásúak kiégettsége, ami annak következtében alakul ki, ha az orvos az orvos-beteg találkozásokat frusztrációként éli át. Erről a jelenségről az orvos-beteg kapcsolat tárgyalásánál részletesen is beszélünk, azonban nyilvánvaló, hogy az ilyen krónikus stressz állapot nem csak súlyos pszichológiai, hanem élettani következményekkel is jár.

38. Mi a tanult tehetetlenség és milyen pszichiátriai zavar lehetséges modellje? (259-260. o.)

A „tanult tehetetlenség” állapota akkor alakul ki, ha egy állatot negatív ingerek érnek úgy, hogy nincs lehetősége a menekülésre, például folyamatosan áramütések érik, vagy jeges vízben kell úsznia. Egy ideig mindent megtesz, hogy elmenekülhessen, azonban egy idő múlva feladja, a „holttátetési reflexnek” megfelelően passzívvá válik. Amennyiben az állat többször éli át ezt az élményt, már a veszélyhelyzet előjeleire is tehetetlenséggel, passzivitással reagál, tehát mintegy „megtanulja”, hogy reménytelen a menekülés, az aktív magatartás. Az ember esetében hasonló szerepe lehet egy tartósan rossz, megoldhatatlannak érzett kapcsolatnak, fenyegető munkanélküliségnek, munkahelyi rossz légkörnek. A tartós, hosszan tartó kontrollvesztés élménye elkerülhetetlen, érzelmileg negatív helyzetekben, a reménytelenség, magárahagyottság érzése a későbbi helyzetekre is átveddik, és kimutatható élettani változásokkal is jár. Elsősorban tanulási deficit mutatható ki, és ezzel összefüggésben a hippocampus CA 3,4 piramisjelek károsodása.

Érdekes, hogy egyes állatoknál igen könnyen alakul ki a tanult tehetetlenség állapota, míg másoknál alig váltható ki. A veszélyeztetettséget fokozza a kora gyermekkori szeparáció az anyától. A korai szülővesztés, negatív családi légkör, gyermekkori bántalmazás fokozza a „tanult tehetetlenség”, a depresszióknak megfelelő lelkiállapot kialakulását. A depresszió ún. szociális stressz modellje szerint a korai anya-gyermek kapcsolat zavara három fázison keresztül vezet a depresszió iránti fokozott sérülékenységhöz, ezek a fázisok a tiltakozás, reménytelenség, majd a kötődési zavar. Ez a sérülékenység valamennyi gerincesnél mintegy „huzalozva” kimutatható az agyban. A kötődélmélet ezen a modellen keresztül bizonyítja a biológiai és pszichológiai tényezők igen szoros összefüggéseit. A depresszió a szorongás mellett a másik legfontosabb orvosi pszichológiai fogalom, bizonyítottan független egészségkárosító tényező.

39. Melyek a fő adaptív megbirkózási stratégiák? (264-265. o.)

A megbirkózási módokat egyrészt az adaptív - nem adaptív dimenzió mentén osztályozhatjuk, másrészt a megbirkózási készségeknek három fő formája van:

- **a problémamegoldó,**
- **az érzelmi**
- **és a támogatást kereső formák.**

A Folkman és Lazarus által kidolgozott (1989) Megbirkózási (Ways of coping) kérdőív arra kérdez rá, hogy nehéz élethelyzetekben milyen magatartásmódok jellemeznék leginkább. Pl.:

Problémamegoldó: Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértssem.
A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött.

Érzelmi: Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültséget.
Másokon vezettem le a feszültséget.

Támogatás keresés: Egy általam nagyra tartott rokontól vagy baráttól kértem tanácsot.

Az ember-környezet rendszer alapsémájában, egyensúlyvesztés esetén az egyensúly helyreállítására egyrészt magatartási válaszok segítségével törekedhetünk. Az adaptív konfliktusmegoldás, problémamegoldás egyik formája, ha a nehéz helyzetben magát a szituációt próbáljuk megváltoztatni, tehát magatartási választ adunk. Ilyen válasz például, ha állást cserélünk, mert rájövünk, hogy nem ez a képességeinknek, érdeklődésünknek megfelelő munkakör.

A gondolkozási-érzelmi egyensúly helyreállításának másik lehetősége a kognitív sémák, tehát a helyzet értékelésének, minősítésének befolyásolása - ezért váltak a kognitív viselkedésterápiák a pszichés eredetű testi zavarok kezelésének alapvető módszereivé.

Ha a helyzetet megoldhatatlannak minősítjük, az adaptív módszer a helyzet újraértékelése, a kognitív átstrukturálás. Ilyen például, ha a fokozott vizsgaszorongás miatt rosszabbul szereplő hallgató vizsga előtt végig tudja gondolni, hogy eddig is általában jól sikerültek a vizsgái, most is biztos sikerülni fog. Az ilyen pozitív önszuggesztió kioltja a negatív önszuggesztiókat, a kudarc előrevetítését. Ha valaki nagyon fontosnak érzi azt, hogy mindenáron jó jegyet kapjon, és emiatt szorong, végiggondolhatja azt, hogy amikor a diplomát kiosztják, mindenki egyformán doktor címet fog kapni - a legrosszabb és a legjobb tanuló is - , így a fokozott teljesítmény vagy külső elismerés igényét lehet a realitásokhoz közelíteni.

A kognitív átstrukturálás, mint konfliktusmegoldási stratégia azt jelenti, hogy nehéz élethelyzetből más emberként kerülünk ki, pozitív értelemben véve, azaz hogy a krízishelyzetekből a személyiségfejlődés magasabb fázisába képes jutni az ember. A kognitív átstrukturálás képessége fontos szerepet játszik az érzelmi funkciózavarok megelőzésében és kezelésében. A konfliktuskezelés döntési folyamatát elemezve megállapíthatjuk, hogy a döntés meghozatalához az érzelmi feszültség csökkentésére kell törekednünk, megteremtve ezzel a döntéshozatal belső, pszichológiai feltételeit. Alkalmassá kell válnunk a probléma elemzésére és a probléma okának befolyásolására, a kontroll megszerzésére.

Az érzelmi konfliktusmegoldási módok akkor adaptívak, ha nem ismerjük eléggé a problémát, nem érezzük magunkat alkalmasnak a helyzet feletti kontrollra. Tehát például egy nagyon súlyos, érzelmileg elviselhetetlennek érzett helyzetben, mint egy hozzátartozó halála, igen nagy szükségünk van az érzelmek elengedésére, a sírásra, akár jajgatásra. Falvakban még ma is él a „sirató” szokása, és ezzel a gyász feldolgozását jelentősen megkönnyítik.

A legveszélyesebb nem adaptív konfliktusmegoldási kísérlet az, ha valaki nehéz élethelyzetben eszik, iszik, gyógyszert szed, és így próbálja elviselni a helyzetet. A konfliktushelyzetek válhatnak ilyen nem adaptív stratégiák következtében az önfeladó, önkárosító magatartás kiindulópontjaivá, ugyanakkor a krízisek, konfliktusok a személyiségfejlődés legfontosabb hajtóerői, ha képesek vagyunk azok adaptív megoldására.

A támogatás-kérés szintén fontos konfliktuskezelési mód, a nők hajlamosabbak általában ezt a megoldást választani. Részben ezzel magyarázzák a férfiak és nők egészségi állapotának, halálozási arányainak jelentős különbségét. Betegség, panaszok esetén a nők általában hamarabb fordulnak orvoshoz is. Különösen a tradicionális kultúrákban nem tekintik „férfias” magatartásnak a segítségkérést, még súlyos problémák esetében sem.

40. Soroljon fel legalább négy diszfunkcionális attitűdöt! (265-266. o.)

A hét ún. diszfunkcionális attitűd a következő:

1. **Külső elismerés igénye:** az az elvárás, hogy teljes mértékben megfeleljünk a környezetünk igényeinek. Ha valaki helyteleníti magatartásunkat, kicsinylő megjegyzést tesz, ezt igen negatívan értékeljük. Az attitűddel nagy mértékben jellemezhető ember hosszan rágódik, ha úgy véli, hogy valaki rosszallóan nézett rá, ha megkritizálták.

2. **Szeretettség igénye:** mindenki által elfogadottnak szeretné tudni magát, ha ez nem történik meg, negatívan minősíti saját magát.
3. **Teljesítményigény:** önmagától és másoktól is igen nagy teljesítményt követel, szenved, ha nem tud ennek megfelelni.
4. **Perfekcionizmusigény:** mindent minden részletében tökéletesen szeretne megoldani. Ha ez nem sikerül, elégedetlen önmagával vagy környezetével.
5. **Jogos elvárások a környezettel szemben:** környezetétől ideális, elvárható, de nem reális magatartást vár el, ha ezt nem kapja meg, szenved.
6. **Omnipotenciaigény:** mindenért felelősnek érzi magát, akkor is, ha nem képes a helyzetek megoldására. Orvosokra, pszichoterapeutákra gyakran jellemző.
7. **Külső kontroll, külső meghatározottság attitűd:** úgy érzi, a helyzetek történnek vele, nem saját maga irányítja sorsát. Ellentéte az autonómia, önállóságra való beállítottság.

41. Melyek a főbb nem adaptív kontrollszerzési stratégiák? (269-270. o.)

Magatartást szabályozó döntéseinkben észlelt képességeink és az észlelt környezeti elvárások egyensúlyát minden egyes helyzetben az önmagunktól elvárt éndeálunkhoz viszonyítjuk. Ebből a helyzetből kétféle, alapvetően nem adaptív magatartási séma következhet:

1. *Amennyiben irreálisan magas mércét állítunk saját magunk vagy környezetünk elé, igen nagy a valószínűsége annak, hogy úgy ítéljük meg, hogy az adott helyzet nem felel meg elvárásainknak.* Ha saját helyzetünket, környezetünket, jövőnket tartósan negatívnak minősítjük, ez az állapot ismétlődve szorongáshoz, gyomor- bélrendszeri fekély-hajlamhoz, végül a tanult tehetetlenség - a depresszió- állapotához vezethet.

2. Ugyancsak az éndeál, az attitűdök által kitűzött igen magas mérce a személy értelmében másfajta nem-adaptív magatartásmintát is kialakíthat. Ennek lényege, hogy *a szervezet élettani egyensúlyának hosszú távú feláldozásával, saját élettani alkalmazkodási tartalékaink felélésével teremtjük meg a pszichológiai egyensúlyt. Ilyen nem-adaptív lehetőség a drogok, alkohol alkalmazása a kognitív egyensúly helyreállítására, az agresszivitás, az öngyilkossági magatartás és az, ha pszichológiai céljaink megvalósítása érdekében feláldozzuk saját élettani egyensúlyunkat.*

Az emberiség története során drogok széles körét alkalmazza a központi idegrendszeri minősítés befolyásolására, ezek közül legelterjedtebb az alkohol. Az alkohol igazolt szorongásoldó hatása azt jelenti, hogy az alkoholfogyasztás előtt aktivitással megoldhatatlannak minősített helyzetet ivás után aktivitással megoldhatónak érezhetjük. Erre példa, hogy az az ember, aki szociális fóbiája miatt társaságban alig mer megszólalni, alkohol hatására felszabadul, nem fél attól, hogy nevetségessé válhat, beszédes lesz. Így az alkoholfogyasztás tanult válaszkészségként rögzülhet az igen kínzó, szorongáskeltő helyzetek elkerülésére. Az egészségügy által kínált drogok -szorongásoldók- széles köre is hasonló módon hat, főleg ha kontrollálatlanul, nem orvosi előírásnak megfelelően használják. A megfelelő gyógyszeres kezelés, a modellben vázolt módon, a központi idegrendszeri minősítő rendszer befolyásolása révén valóban csökkenti a szorongást. Abban az esetben azonban, amikor a visszafordítható kóros szorongásos reakciók pszichoterápiás, magatartásorvoslási módszerekkel, kognitív viselkedésterápiával, konfliktusmegoldó módszerek megtanulásával is korrigálhatóak, helyes ezeknek a módszereknek az alkalmazása. A gyógyszeres terápia a mellékhatások, a hozzászokás veszélye miatt mindig kockázattal jár. Elsősorban a függőséget okozó szerekhez, mint lehetséges konfliktusmegoldási módokhoz hozzászokhat a páciens. - A gyógyszerfüggő betegek kezelése azután jelenleg még megoldhatatlan helyzet elé állítja az egészségügyet. - A gyógyszergyárak érdekeltsége óriási anyagi motiváló tényező, amely hatékony reklámja révén az orvosokat és betegeket is befolyásolja, anélkül, hogy ennek tudatában lennének. A negatív érzelmi állapot, a szorongás elkerülése, illetve a helyzetünk feletti kontroll megszerzése erős motiváló tényező. Minden olyan tanulható válasz, amely ezt az állapotot, a helyzet feletti kontroll érzetét fokozza, tanult válaszként fennmaradhat, tartósan rögzülhet. A helyzet

átmeneti megoldása alkohollal, vagy drogokkal visszacsatolás formájában visszahat a személy képességeire - hosszú távon a szervezet állapotát és a környezettel kialakított kapcsolatát súlyosan károsíthatja. Endrőczy Elemér tanulmányában (1989) elemezte, hogy elkerülhetetlen elektrosokknak kitett állatok, ha a ketrecben többen vannak összezárva, egymás ellen fordulnak, ugyanakkor nem alakulnak ki náluk a kontrollálhatatlan helyzetnek megfelelő központi idegrendszeri elváltozások (a hippocampus noradrenalin tartalmának csökkenése). Tehát az agresszív, ellenséges magatartás is lehet a nem adaptív szorongáselkerülés egy formája. A nem adaptív aktív megoldási kísérletek körébe sorolható az öngyilkossági magatartás is. A világviszonylatban igen magas magyar öngyilkossági arányok mutatják, hogy Magyarországon a kontroll-vesztett helyzet gyakori megoldási módja az öngyilkossági kísérlet. Akár segítségkérésnek, akár végső megoldási kísérletként. Az öngyilkossági magatartás kialakulásának hátterével később részletesen foglalkozunk.

A nem adaptív aktív magatartásválaszok másik nagyon gyakori, civilizációs ártalomnak nevezhető sorába tartoznak azok is, amelyek az aktivitás kóros fokozásával biztosítják a személy lelki értékelési egyensúlyát. Ebben az esetben a saját magunkkal szemben támasztott pszichológiai elvárások, mintegy belső kényszerként, nagyobb hatékonysággal érvényesülnek életvezetésünk alakításában, mint az élettani egyensúly fenntartása. Erről beszélhetünk, amikor egy menedzser éjt-nappallá téve hajszolja saját magát, soha nem jut ideje a pihenésre, és csak akkor megy orvoshoz, ha vizsik- infarktussal, stroke-kal. Ilyen megbetegedéseknek tekinti Franz Alexander a magas vérnyomás betegséget, az ízületi gyulladás, pajzsmirigy-túltengés, cukorbetegség bizonyos formáit, a migrént és a szív-neurózisokat. A kóros aktivitásfokozódást nagy gyakorlati jelentősége miatt elsősorban a magas vérnyomás betegség kialakulása szempontjából vizsgáljuk. Részletesen a pszichoszomatika, magatartásorvoslás keretében beszéljük meg. Többféle nem-adaptív válaszminta ugyanannál a személynél válthatja egymást, igen jól ismert jelenség a pszichoszomatikus tünetváltás.

42. Mi a társadalmi tőke fogalma? (267-268. o.)

Az emberi magatartás torzulásai a modern társadalomban szociológiai értelemben a Durkheim által leírt anómiás, gyökértelen lelkiállapot általánossá válásából erednek. Mindez a közös erkölcsi elvek felrúgását, az "ember embernek farkasa" állapotot és a személyes kapcsolatok fogyasztási cikké válását jelenti.

A társadalmi tőke négy legfontosabb összetevője:

- szoros társadalmi háló,
- társadalmi részvétel, a civil szervezetek erőssége,
- helyi, közösségi azonosságtudat, szolidaritás és egyenlőségtudat a többiekkel a távlati célok érdekében, a lemaradók segítése,
- bizalom, kölcsönösség és társas támogatás.

43. Melyek a nagy népegészségügyi jelentőségű pszichés zavarok? (271-272. o.)

major depresszió: 70 millió alkoholista, 24 millió skizofrén, 10-20 millió öngyilkos; házi orvoshoz forduló betegek 24%-ban pszichiátriai megbetegedés (depresszió, szorongás, alkohol- és drogfüggőség) Magyarországon Szádóczy Erika és munkacsoportja végzett felmérést a családorvoshoz forduló betegek között nemzetközileg elfogadott kérdőív (DIS- Diagnostic Interview Schedule) segítségével. (Szádóczy és mtsai, 1996,1997, Szádóczy, Füredi 1996). A vizsgálat a két leggyakoribb mentális megbetegedés, a *hangulatzavarok* és *szorongásos zavarok* gyakoriságát vizsgálta. A családorvosi rendelőben megforduló betegek

- 43%-nál fordult elő életük során valamilyen kedélybetegség (depresszió) vagy szorongásos zavar a DSM-III-R kritériumrendszere alapján. A leggyakoribb a major depresszió volt. A vizsgálat időpontjában a megkérdezettek
- 15%-nál állt fenn kezelést igénylő, klinikai szintű hangulatzavar vagy szorongásos állapot.

A betegek 60%-a nem számolt be orvosának pszichés zavarairól, a szociális fóbia esetében ez az arány 87% volt. Ezekre az arányokra gondos után-vizsgálatok hívták fel a figyelmet. Ezek az eredmények arra a nemzetközi irodalomban is egyre többször tárgyalt jelenségre hívják fel a figyelmet, hogy a mentális betegségek jelentős hányadát nem ismerik fel, így a betegek igen gyakran nem részesülnek adekvát kezelésben.

Az utóbbi évtizedekben végzett valamennyi epidemiológiai felmérés azt mutatta, hogy a családorvoshoz forduló betegek jelentős hányadának vannak kifejezett szorongásos panaszai. Fejéregyházi István saját körzetében a 16 és 60 év közötti betegek között végzett vizsgálatai szerint (Fejéregyházi és mtsai, 1996)

- 42 %-nál állapítható meg szorongásos tünetegyüttes,
- 25 % közepesen vagy súlyos mértékben szorong,
- 7%-ban diagnosztizálható pánikbetegség (DSM-IV kritériumok szerint),
- 15%-ban enyhe vagy súlyosabb agorafóbia.

A szorongásos tünetek és megbetegedések felismerése tehát alapvető a családorvosi gyakorlatban, hiszen itt fordul meg a legtöbb beteg és minél korábban felismeri és kezeli az orvos a szorongásos állapotot, annál jobb a prognózis.

Egy Barcelonában végzett családorvosi felmérés 1992 és 1996 között azt találta, hogy az orvoshoz forduló betegek között a táppénzes állomány leggyakoribb oka pszichiátriai betegség volt, 58%. Második helyen a mozgásszervi betegségek álltak, 17%-kal. A pszichiátriai okok közül 48% volt szorongás, 38% depresszió, 10% kevert szorongás-depresszió, 3% szkizoid és 1% személyiségzavarok. A betegek 4%-át kellett leszálalékolni pszichiátriai betegség miatt ezalatt az idő alatt. A pszichiátriai betegek 42%-a először nem pszichiátriai diagnózist kapott. (Sans és mtsai, 2000)

Szádóczky és munkatársai (Szádóczky, 2000, Szádóczky és mtsai, 1998, 2000) a DIS kérdőív segítségével a 18-64 éve teljes magyar népesség körében vizsgálták a hangulat és szorongásos zavarok előfordulását. A hangulatzavarok élettartam prevalenciája - előfordulása az élet során- a teljes népességben 24 % volt, 18 % a férfiak és 29 % a nők között. A szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 26 % volt (férfi: 16 %, nő:33 %) **Tehát élete során minden negyedik ember szenvedett szorongásos vagy depressziós megbetegedésben.**

44. Hogyan változott a hazai öngyilkossági halálozás az utóbbi évtizedekben? (276. o.)

1988 óta Magyarországon igen jelentősen csökkent az öngyilkosságok aránya. 1988-ban a magyar öngyilkossági arány 40,3 százezrelék volt, ez 1996-ra 33,7 százezrelékre csökkent, **2001-ben 29,1 volt, először csökkent 30 százezrelék alá. 2001-ben a férfiak öngyilkossági aránya 47,1 százezrelék, a nőké 13,0 százezrelék volt.** (Demográfiai Évkönyv 2001) Nemzetközi összehasonlításban azonban ez még mindig igen magas arány.

Az ún. magyar típusú öngyilkosság egyik fontos jellemzője volt az időskori öngyilkosságok rendkívül magas aránya. 1988-ban az öngyilkossági arány a 60 évnél idősebbek között 76,8 százezrelék volt, 1996- ban még mindig 63,4 százezrelék volt. Ez a tendencia is mintha megváltozott volna, 2001-ben a a 40-59 éves korcsoportban szinte ugyanolyan magas volt az öngyilkosságok aránya (48,45 százezrelék), mint a 70-79 évesek között (49 százezrelék), csupán 80 év felett volt lényegesen magasabb (90 százezrelék).

45. Melyek a kezeletlen szorongás és depresszió következményei? (276-278. o.)

A kezeletlen szorongás legfontosabb következményei az *önkárosító magatartásformák* gyakoribbá válása, a fokozott alkoholfogyasztás, dohányzás, a munképesség korai, nagyfokú csökkenése, korai

egészségromlás, valamint az egészségügy fokozott igénybevétele. Litavszky Zsuzsa (1991) hiánypótló vizsgálatai szerint a mentő hívások 5-20%-ban szorongásos roham, pánikszindróma miatt történnek, a hívások 50%-a ismételt hívás, a betegek 43%-a rendszeresen hívta ki korábban az ügyeletet vagy a mentőket hasonló rosszulletek miatt, 26%-nál történt korábban teljes belgyógyászati kivizsgálás, ahol szervi elváltozást nem állapítottak meg. Mindezen következmények megelőzése céljából alapvető, hogy a családorvos képes legyen időben felismerni és kezelni a szorongásos kórképeket.

Egy súlyos alkoholproblémák miatt kezelés alatt álló nőkből álló mintában vizsgálták a depresszió és alkohol abúzus összefüggéseit. Azoknak a nőknek, akik átestek depressziós epizódon életük során, 2,60-szor magasabb volt az alkohol abúzus valószínűsége. Miután az adatokat korrigálták életkor, antiszociális személyiségzavar és az apa alkoholizmusa szerint, az arány nem sokat csökkent, 2,2 maradt. (Dixit, 2000)

Az alkoholt igen gyakran megbirkózási, coping stratégiaként, konfliktus megoldási módként használják, már fiatalok is a depresszió, szorongás leküzdésére, ezért a családorvosnak az alkohol, drogproblémák háttereként mindig kell erre is gondolnia. (Kolodziej, Weiss 2000, Pickard és mtsai, 2000, Flynn, 2000, Krystal, 1992) (Pikó, 2002 a,b,c,d) Az alkohol a leggyakrabban használt függőséget okozó szer a világon. Az alkohol abúzus aránya átlagosan 1,7%, a férfiak esetében 2,8%, a nők esetében 0,5%. A betegségek okozta terhekről készült WHO áttekintés szerint az összes halálozás 1,5%-a tulajdonítható alkoholnak, és a munkaképesség csökkenés 3,5%-a. (Murray, Lopez, 1996)

Magyarországon az alkoholos májzsugor okozta halálozás rendkívüli fokozódása megdöbbentő és nehezen értelmezhető jelenség. A nyolcvanas évtized kezdetén a magyar májzsugor halálozás hasonló volt más nagyívó országokhoz, azóta azonban rendkívüli emelkedés következett be. *A férfiak körében 1980-ban 1194, 1997-ben 4218, 2001-ben 4565 volt az alkoholos májcirrózisban meghaltak száma, a nők között 1980-ban 362, 1997-ben 1394, 2001-ben 1892-re emelkedett. Ez az arány a férfiak között 94 százezreléket jelent a férfiak, és 35 százezreléket a nők esetében. (Demográfiai Évkönyv, 2001)*

46. Mi a közép-kelet-európai egészségparadoxon? (279-280. o.)

Ez azt jelenti, hogy a modern orvostudomány valamennyi rendkívüli eredménye ellenére ma évente abszolút számban többen halnak meg ebből a korosztályból, mint akkor, amikor a TBC pusztított, nem fedezték még fel az antibiotikumokat és más rendkívül hatékony gyógyszereket és technikai eszközöket. A magyar középkorú népesség halálozási arányaihoz hasonló folyamatok játszódtak le a régió többi átalakuló országában is, azonban a 80-as évek végéig a rosszabbodás Magyarországon volt a legkifejezettebb.

Ez a rendkívüli idő előtti halálozás nem magyarázható genetikai okokkal, mivel a 60-as évekig a magyar halálozási statisztikák jobbak voltak számos fejlett nyugati országénál. Nem magyarázhatóak a lakosság elszegényedésével sem, mivel a legerőteljesebb rosszabbodás az 1980-as évek közepéig volt tapasztalható, 1989-ig a nemzeti össztermék jelentősen emelkedett, és a 80-as évek végéig a legszegényebb rétegek anyagi helyzete sem romlott a 60-as évekhez képest. Az egészségügyi ellátás számos mutatója szerint, például a születés körüli, illetve az idős kori halálozásban ebben az időszakban jelentős javulás mutatható ki. Az egészségromlás, legalábbis a felületi jellemzők szintjén nem magyarázható az egészségügyi ellátás rosszabbodásával sem.

Egyedülálló társadalmi-gazdasági kísérlet játszódik le régióinkban, amelynek elemzésével modellezhetjük, hogy a társadalmi-gazdasági környezet, pszichológiai, központi idegrendszeri folyamatok közvetítésével milyen mechanizmusok révén befolyásolja egészségi állapotunkat. Az agy évtizede után ezek a kutatások lehetőséget teremtenek arra, hogy az agykutatás eredményei a klinikai orvostudományban is polgárjogot nyerjenek.

Az utóbbi évtized egyik legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás. Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők, mint a dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód szerint korrigáljuk, ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A gyakorlatban

ez azt jelenti, hogy Angliában közel 10 évvel korábban hal meg egy segédmunkás, mint a diplomás, még akkor is, ha nem iszik, dohányzik többet. Michel Marmot és munkatársainak (1987, 1991, 1994) vizsgálatai a legismertebbek. Angol közalkalmazottak között mutatták ki, hogy az alkalmazási szint igen szoros fordított kapcsolatban áll a halálozási arányokkal, valamint elsősorban a koszorúér megbetegedések és az angina, EKG-val kimutatható ischemia, és a krónikus nem fertőző légúti megbetegedések gyakoriságával. Összehasonlították a szociális egyenlőtlenség és egészségi állapot nemzetközi vizsgálatainak eredményeit és azt találták, hogy mind a halálozás, mind a megbetegedési arányok, mind az észlelt egészségi állapot legszorosabb kapcsolatban a társadalmon belüli különbségekkel áll. (Lahelma és Valkonen,1990) Ezek a különbségek azonos országokon belül és nem országok között mutathatók ki. Mivel a modern nyugat- európai társadalmak megfelelő táplálkozási feltételekről, lakásviszonyokról és orvosi ellátásról gondoskodnak az egész társadalom számára, felvetődik a kérdés, mi lehet az oka, hogy a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet mégis a legfontosabb kockázati tényező?

Míg a fejlődő országok esetében az egészségi állapot a nemzeti jövedelemmel arányosan növekszik, a fejlett (OECD) országokban minél nagyobbak az országon belüli jövedelem illetve szociális különbségek, annál magasabbak a halálozási arányok.

47. Sorolja fel a szorongásos zavarok fajtáit! (328-329. o.)

Szorongásos megbetegedések a *generalizált szorongás, az agorafóbia, a szociális szorongás, a specifikus fóbiák, a poszttraumás stressz zavar, a kényszerbetegség és a pánik-betegség, pánik szindróma*. A pánikszindrómát igen sok esetben még ma sem diagnosztizálják, pedig ez az az állapot, ahol a kognitív és pszichofiziológiai tényezők együttes szerepe legnyilvánvalóbb. Alapvető jellemzője enyhe testi tünetek katasztrófa minősítése, és az ennek következtében kialakuló intenzív halálfélelemmel járó vegetatív roham. A terápia célja mind a kognitív zavar kezelése, mind az élettani egyensúly helyreállítása. A szorongó betegek általában jellegzetes kóros kognitív sémák és automatikus gondolatok jellemzőek. A szorongásos zavarok igen gyakori formája a kardiális pánikszindróma, amelyben a funkcionális szív- érrendszeri tünetek dominálnak.

A **generalizált szorongás** (DSM-IV, 2000) akkor minősül diagnosztizálható megbetegedésnek, ha legalább hat hónapon keresztül a személy több napon keresztül szorong, aggodalmaskodik, mint amikor nem.

Ezzel szemben a fóbiák esetében jól körülírható tárgya van az irreális, fokozott félelemnek:

- az **agorafóbiás félelem** olyan helyeken illetve helyzetekben jelentkezik, ahonnan az elmenekülés nehéz. Tipikusan ilyen helyzetek tömeg vagy sorban állás, autóbuszon, metróon, vonaton utazás. Ez az irreális félelem olyan fokot érhet el, hogy a személy nem mer egyedül elmenni otthonról.
- a **szociális szorongás** irreális félelem olyan helyzetektől, ahol a személy idegen emberek, vagy társak lehetséges figyelmének van kitéve. Ilyen helyzet lehet: előadás, nyilvános szereplés, vizsgahelyzet, megszólalás társaságban, evés nyilvános helyen.
- **Specifikus fóbiák:** irreális félelem valamely jól körülírható tárgytól, állattól, helyzettől, mint a pók, galamb, kutyafóbia, vér és orvosi beavatkozás fóbia, repülés fóbia.
- A **poszttraumás stressz zavar** esetében valamely korábbi súlyos életesemény átélése következtében a traumát a személy ismételten újraéli igen intenzív szorongás kíséretében.
- **Kényszercselekvések, kényszergondolatok:** jelentősen eltérnek a szorongás többi formájától, visszatérő, leküzdhetetlen cselekvési kényszer, vagy kínzó, énidegen gondolatok betörése.
- A szorongás igen gyakori formája az úgynevezett **pánikroham, szorongásos roham**, jól körülírható időszak intenzív félelemmel vagy diszkomfort érzéssel, amelynek legfontosabb tünetei:
 - Palpitáció (heves szívdobogás), szapora szívverés (tachycardia),

- Izzadás
- Remegés vagy reszketés
- Fulladás vagy légszomj érzés
- Fuldoklás (torokgombóc érzés)
- Mellkasi fájdalom vagy diszkomfort
- Hányinger vagy hasi diszkomfort
- Szédülés, bizonytalanság, vagy ájulásérzés
- Derealizáció (a realitás elvesztésének érzése) vagy deperszonalizáció (olyan érzés, mintha elszakadt volna saját testétől)
- A megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem
- Halálfélelem
- Parestheziák (zsibbadás, érzéktelenség, bizsergés)
- Hidegrázás vagy kipirulás, hevülés.

Vizsgálatok szerint az emberek 36 %-a él át élete során egy-egy pánikrohamot. A pánikrohamot akkor is kezelni kell, ha nem éri el a pánikbetegség diagnózisához szükséges gyakoriságot. A DSM-IV szerint pánikzavar diagnosztizálható, ha visszatérő, váratlan pánikroham fordul elő, és legalább egy rohamot legalább egy hónapos periódus követett, amelyekre az alábbiak közül egy vagy több jellemző:

- tartós aggodás újabb rohamtól,
- aggodalom a roham, vagy következményei miatt,
- a rohamokkal kapcsolatos jelentős magatartás változás.

A fenti kóros szorongásos megnyilvánulásokban az alapvető jellemző az irreális, inadekvát félelem olyan helyzetekben, amelyek a legtöbb ember számára nem minősülnek veszélyeztetőnek. Tehát a szorongás lényegéhez tartozik az, hogy saját helyzetünket hogyan minősítjük, ezt nevezzük kognitív komponensnek.

48. Melyek a depresszió pszichés és szomatikus tünetei? (332. o.)

A depresszió legfontosabb tünetei, testi manifesztációi:

- *fáradtság, kimerültség, munkaképesség csökkenése organikus ok nélkül,*
- *alvászavar - korai felébredés, vagy éppen fokozott aluszékonyság*
- *étvágy csökkenés, súlyvesztés, de előfordul fokozott étvágy és hízás is,*
- *pszichomotoros retardáció*
- *koncentráció zavar, döntésképtelenség.*

A depresszió vezető tünete a pesszimizmus, tehát érthető, hogy az életcélok hiányával igen szoros kapcsolatban áll. Eltekintve az endogén, biológiai eredetű depressziós megbetegedések súlyos eseteitől, a depressziós lelkiállapot kialakulásában alapvető szerepe van az életcélok hiányának. A pszichológiai tényezők közül a depresszió hátterében az életcélok után következő legfontosabb jellemző az ellenséges beállítottság, a bizalom hiánya.

49. Mi a depresszióra jellemző kognitív triád (Beck szerint)? (333. o.)

A depressziós betegek negatív gondolatainak három kategóriáját Beck **kognitív triádnak nevezte el: önmagára (negatív énséma), a pillanatnyi élményekre és a jövőre vonatkozó negatív gondolatok mintázatát** különítette el. A negatív önkijelentések lényege, hogy a személy önmagát értéktelennek, mindenre alkalmatlannak véli, még tőle független helyzetek kedvezőtlen kimenetelét is saját hiányosságaival magyarázza, ezért jövőképét is a reménytelenség hatja át. A depressziós betegek az őket jellemző szisztematikus gondolkodási hibák, kognitív torzítások miatt úgy észlelik a világot, hogy az negatív énsémájukat erősítse. A torzítások több fajtáját különítik el, amelyekből néhányat ismertetünk. Ezek igen jellemzőek az említett betegcsoportban, de bizonyos elemeit bárki fölismerheti önmagánál, környezetében, szomatikus betegének gondolkodásában is. A *túláltalánosítás* során a személy egyetlen

esemény alapján messzemenő következtetést von le: „M megbuktam a vizsgán, alkalmatlan vagyok arra, hogy orvos legyek.” A *felnagyítás és lekicsinylés* során a személy a személy még a kis kudarcait is felnagyítja, miközben jó teljesítményeit lekicsinyli: „Csak a szerencsének köszönhetem a jeles vizsgámat.” A *szelektív absztrakció* során a személy egy aktuális helyzet lényegtelen mozzanatát ragadja ki, a helyzet lényegesebb mozzanatainak figyelmen kívül hagyása mellett: „Rossz anya vagyok, mert nem vettem észre, hogy lyukas a gyerek zoknija.” ; „Az előadásomat megtartottam, de egyszer bakiztam” *Perszonalizációnak* nevezi Beck azt a jelenséget, amikor a személy felelősséget vállal tőle függetlenül bekövetkező kedvezőtlen eseményekért: „Csak magamat hibáztathatom azért, hogy egy ilyen gyenge film megnézését javasoltam barátaimnak.”- figyelmen kívül hagyva, hogy a többiek ezzel egyetértettek. „Már megint rosszul döntöttem, amiért egy esős napon rendeztem meg a kerti ünnepséget.” Az *önkényes következtetés* során önmagára nézve hátrányos következtetéseket von le a személy, anélkül, hogy következtetése realitásértékét ellenőrizte volna: „Főnököm azért néz mérgesen, mert haragszik rám.” A *dichotómiás gondolkodás* jellemzője a fekete-fehér, a jó-rossz kategóriák szélsőségeiben történő gondolkodás, az árnyalatok nélküli minősítésre való hajlam: az embertársak vagy kiválóak, vagy gonoszak, az étel csak nagyszerű vagy ehetetlen lehet.

Beck szerint a negatív énséma a depressziós betegeknél gyermek- és serdülőkorban alakul ki, a szülők, tanárok önbecsülést csökkentő, erősen bíráló bánásmódja, szülők elvesztése, a társak kiközösítése, veszteségek sorozata útján. A múltban kialakult negatív vélekedések mindannyiszor aktiválódnak, amikor egy új helyzet vonásai emlékeztetik a személyt a múltban kialakult vélekedéseire, és ennek következménye a depresszió. E múltban kialakult, Beck által „*diszfunkcionális attitűdöknek*” nevezett, és döntően veszélyeztetettségre, elhagyatottságra, szeretethiányra vonatkozó, mélyen beágyazódott hibás beállítódások, meggyőződések eredményezik a kognitív torzításokat.

50. Milyen mechanizmusok révén fokozza a depressziós állapot a szív-érrendszeri betegségek kockázatát? (334. o.)

- Hipotalamus- hypofizis- mellékvese tengely szabályozási zavara- hyper és hypocortizolizmus, következmények: szívritmus autonóm szabályozás zavara, csökkent szívritmus variabilitás
- Portális és perifériás szabad zsírsav növekedés
- emelkedett triglicerid szint és csökkent HDL szint
- Inzulin rezisztencia, következményes hipertónia,
- Serotonerg funkciók zavara, emelkedett fibrinogén szint, véralvadás, hemostázis zavara- következmények: thrombocita aggregáció, thrombózis, plaque ruptura

51. Melyek a depresszióra jellemző téves kognitív sémák? (336. o.)

túláltalánosítás, felnagyítás és lekicsinylés, szelektív absztrakció, perszonalizáció (tőle független eseményekért felelősségvállalás), önkényes következtetés, dichotómiás (fekete-fehér) gondolkodás

52. Melyek a krónikus fájdalom szindrómák? (338. o.)

A krónikus fájdalomról panaszkodó betegek (akiknél a fájdalom legalább hat hónapig fennáll) fő csoportjai:

1. Posttraumás (sérülés utáni) fájdalom
2. Muskoskeletális problémák (csont-izomrendszeri fájdalmak) (discopathia, fejfájás)
3. Amputációt követő fantomfájdalom
4. Neuralgiák (idegi eredetű fájdalmak) (Trigeminus, post-herpetikus)

A krónikus fájdalom szindrómát dystimiás fájdalom szindrómának is nevezik, (Winokur,

1982) amelyre enyhe vagy súlyos depressziós tünetek jellemzőek, a fájdalom csökkenésével a depressziós tünetek is javulnak. Egyes betegeknél unipoláris depresszió alakul ki, ezek a betegek antidepresszív kezelésre jól reagálnak. A depressziós tünetek közül a fájdalom mellett a nagyfokú aktivitáscsökkenés, az érzelmi problémák és interperszonális problémák tagadása jellemző a krónikus fájdalom szindrómára, tehát az alexythymia állapota lényegesen gyakoribb. Az inaktivitás miatt általában nincs súlycsökkenés.

A tanulás szerepét jelentősnek tartják, a fájdalom-viselkedés igen gyakran kommunikációs eszköz, az interperszonális konfliktusok megoldási kísérlete. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy a fájdalom nem valóságos, a beteg akaratlagosan nem képes befolyásolni a centrális, központi idegrendszeri, a fájdalmat fenntartó elváltozást mindaddig, amíg a háttérben álló érzelmi kognitív zavar fennáll.

A betegekre jellemző a megbetegedés előtti fokozott aktivitás, egészen a "Workoholizmusig", a munka-megszállottságig, az aktivitást a kikapcsolódás elé helyezik.

A legkifejezettebb jelenség a fájdalom, mint központi panasz téves értelmezése, interpretációja, a fájdalom okával kapcsolatos irreális elképzelések.

A kezelésben alapvető a beteg együttműködésének megnyerése, annak megértetése, hogy fájdalma nagyon is valóságos, azonban nem elsősorban valamilyen mechanikus szervi károsodás, hanem az élettani-pszichológiai szabályozás zavarának, egyéni sérülékenységének a következménye. A segítségnyújtás mellett hosszútávú, rehabilitációs célokat kell kitűzni.

Ennek összetevői:

1. Kognitív-viselkedésterápia, amely a fájdalom helyes értelmezését és a fájdalom feletti kontrollképesség kialakulását szolgálja. A fájdalom kezelésében a hipnoterápiás módszerek alkalmazása különösen eredményes.
2. Az igen gyakori gyógyszerfüggés, alvászavar, inaktivitás kezelése.
3. Pár, családterápia és csoportterápia.

A kezelésben a fájdalomcsillapítók előre kitűzött időbeosztás szerinti csökkentése, helyi fájdalomcsillapítás, fokozatos, nem túlerőltető aktivizálás mellett az antidepresszívumok jelentős szerepet játszanak. Elsődleges azonban a kognitív-viselkedésterápiás elvek szem előtt tartása, enélkül igen nagy a lemorzsolódás, ritkán lehet eredményt elérni.

53. Melyek a krónikus fejfájások alapvető típusai? (339. o.)

A fejfájás a leggyakoribb a fájdalom szindrómák között, az általános orvoshoz forduló népesség 38%-a panaszodik fejfájásról. A magyar 20 év feletti lakosságban végzett reprezentatív felmérés szerint a nők 74%-a, a férfiak 51%-a panaszodik alkalmankénti fejfájásról, hetenkénti vagy gyakoribb fejfájásról a nők 33%-a, a férfiak 14%-a. Bár a fejfájás lehet súlyos idegrendszeri megbetegedés tünete, ez azonban a fejfájásoknak csak igen kis hányada. 872 fejfájás miatt orvoshoz forduló beteg közül 11-nél (1,3%) állapítottak meg súlyos betegséget, náluk azonban a diagnózis felállításában a pszichés status változása a fejfájásnál lényegesen fontosabb volt.

A fejfájások túlnyomó többségének kialakulásában a pszichés tényezők jelentős szerepet játszanak. Ezek négy csoportja:

1. Migrén típusú vaszkuláris fejfájások,
2. Izomkontrakciós (tenziós) fejfájások,
3. Vascularis és izomkontrakciós kombinált formák,
4. Konverziós, hipochondriás fejfájások.

Az összes fejfájások 76%-a (nőknél) és 87%-a (férfiaknál) izomkontrakciós típusú, a migrén vagy vascularis fejfájás lényegesen ritkább, a nők fejfájásainak 20%-a, a férfiak között 12%. A migrén egyes családokban halmozódik, a rohamok ritkán gyakoribbak, mint heti egy roham, általában havi egy vagy két alkalommal jelentkezik. Az esetek 80%-ában a fájdalom az egyik oldalra lokalizálódik, hányingerrel,

ritkábban hányással jár. A klasszikus migrént a szokványostól jellegzetes, fájdalommentes szenzoros állapot, prodromális szakasz különbözteti meg. A szokványos migrénben a prodromális szakasz nem annyira kifejezett, esetenként nem is jelentkezik. Egyes esetekben azonban hangulati változások (eufória vagy szorongás), gyomor-bélműködési zavarok, az elektrolit egyensúly zavarai órákkal vagy napokkal is megelőzhetik a rohamot. Az izomkontrakciós vagy tenziós fejfájásban EMG vizsgálattal jól kimutatható a fej vagy nyak izmainak fokozott feszültsége, tenziója. Gyakori fejfájásról panaszkodó és nem fejfájós csoportot összehasonlítva a homloki elektromyogram aktivitás nyugalomban szignifikánsan magasabb volt a fejfájós csoportban. Érdekes módon, stresszhatásra a kontrollcsoportban az EMG aktivitás magasabbra emelkedett, mint a fejfájós csoport EMG aktivitása, a fejfájós csoportban nem volt változás. Hatalmas és sok tekintetben ellentmondó vizsgálati anyag foglalkozik elsősorban a migrénes betegek személyiségjegyeivel. Fokozottan perfekcionista írnak le őket, érzelmeik merev kontrolljával, az ellenségesség érzésének feldolgozási zavarai. A tenziós fejfájásról panaszkodó betegek jelentős hányadánál, ha nem minden esetben kimutatható érzelmi faktorok szerepe, a betegek kb. 75%-a valóban összefüggést is lát ezek és fejfájása között. Leggyakoribbnak találták az ellenséges indulatok kontrolljára való törekvést, gyakran közvetlen családtagokkal kapcsolatban. Nehéz a két típusú fejfájást elkülöníteni, a tenziós fejfájás esetek egynegyedére legalább egy "vascularis" tünet is jellemző. A fejfájás magatartás orvoslása igen hasonló a más krónikus fájdalom szindrómák kezeléséhez. A fájdalom feletti kontroll képességének kialakítása a kognitív, relaxációs, hipnoterápiás, biofeedback módszerek elsődleges célja. Amennyiben a páciens a fájdalmat kontrollálhatatlan, váratlanul rátörő állapotként éli át, mint már korábban tárgyaltuk, fokozottan szorong, és így önrontó kör alakul ki, amely a szorongással együtt járó szisztémás alkalózis következtében izomkontrakciókat eredményezhet. A szorongás önmagában is eredményezhet fokozott, kóros izomtónust.

54. Az asthma bronchiale biopszichoszociális szemlélete (344. o.)

Az asthma bronchiale az a megbetegedés, melyben a szociális, pszichológiai és fiziológiai tényezők kölcsönhatása mintegy modellszerűen vizsgálható. Hasonlóképpen az asthmában a PNI tényezők komplexitása is kiterjesztett figyelmet érdemel, hiszen a vegetatív idegrendszeri tényezők és az elsődleges, másodlagos és harmadlagos lymphoid kompartment egyaránt fontos szerepet játszanak. A tachykininek a perifériás idegi-immun kapcsolatok bronchiális mikrokörnyezetében.

Franz Alexander eredeti leírásában az okok sokféleségét hangsúlyozta, a fontos tényezők szerinte:

1. öröklődés,
2. szülési traumák,
3. gyerekkori organikus megbetegedések, amelyek egyes szervek vagy szervrendszerek sérülékenységét fokozzák,
4. a gyermek gondozása, ellátása (korai szocializáció),
5. csecsemőkori vagy gyermekkori fizikai traumák,
6. csecsemőkori vagy gyermekkori traumatikus érzelmi élmények,
7. a család érzelmi klímája, a szülők és testvérek specifikus személyiségvonásai,
8. későbbi fizikális traumák,
9. késői, személyes vagy munkahelyi kapcsolatokkal összefüggő érzelmi élmények.

A szociál pszichofiziológiai megközelítés értelmében a betegség lefolyása nem csupán biomolekuláris jellemzőktől függ, hanem az egyén pszichológiai felépítésétől, konfliktusmegoldó stratégiáitól (coping- mechanizmusok), valamint a családi és egyéb szociális támogatás minőségétől. Az asztmás rohamok kiváltásában a biológiai hatótényezők mellett tanulási mechanizmusok igen jelentős szerepet játszanak. Legismertebb példa erre Dr. McKenzie páciense, akinél a rózsa által kiváltott asztmás rohamot papírrózsával is elő lehetett idézni. Vizsgálatok sorozatával bizonyították, hogy az allergént nem tartalmazó inhalátum, ha a betegnek azt mondták, hogy az allergén jelen van,

rohamot válthat ki.

Metiéndékekkel kondicionált túlérzékenységgel ekcéma váltható ki (Ikeme, Nakagawa 1962) Hisztamin válasz (tojásfehérje - kénsszag) kondicionálhatósága., tanult asszociációk nyomán a speciális allergiás válasz generalizálódhat. (Russel) Házipor allergiás reakció kondicionálható. (Exton et al 1999) Perennial rhinitis kondicionálható (Gauci et al. 1994)

Mivel feltételezték, hogy ebben az esetben az inhalálás önmagában provokáló tényező lehet, hipnózisban asztmás rohamot váltottak ki az allergén belégzésének szuggerralásával is. Az asztmás roham tehát kondicionált, tanult válaszként jelenik meg igen sok esetben - ezt a jelenséget az asthma bronchiale kezelésében is fel lehet használni, a tanult kapcsolat kioltásával, kognitív viselkedésterápiás módszerek alkalmazásával.

Kiegészítő feltételezésként merül fel, hogy a rohamok által kikényszerített fokozott szülői, környezeti törődés, fokozott odafigyelés másodlagos megerősítőként hathat - ezért van jelentős szerepe az asthma bronchiale rohamok megelőzésében a család, sőt a kórházi személyzet megfelelő képzsének. Az immunrendszeri, fertőzéses, kémiai, környezeti, igen gyakran pszichológiai ingerekre egyaránt bronchiális hiperreaktivitás a válasz.

Az asthma bronchiale a kishörgők simaizomzatának összehúzóásával, fokozott nyáktermeléssel, a mucus viszkozitásának megváltozásával járó fulladásos rohamokban, megnőtt légúti ellenállásban megnyilvánuló kórkép, melyet gyakran IgE mediált allergén hatással magyarázunk az extrinsic formában. A kórmechanizmusban más folyamatok is szerepet játszhatnak, mint a salicyl asthma, exercising, azaz fizikai terhelés kiváltotta asthma, és az intrinsic asthma esetében. Az extrinsic asthmában fölvetik még a cholinerg-adrenerg rendszer egyensúlyzavarát és a megváltozott receptorérzékenység szerepét is. A periféria szenzoros mechanizmusainak fontosságát, és a perifériás neuroimmun mechanizmusok jelentőségét jelzi, hogy a hörgő nyálkahártyájának ingerlése (dohányfüst, infekció) nyomán a myelinhiüvelmentes szenzoros C rostok axonjaiból felszabaduló tachykininek, substance P jellegű anyagok vasodilatáció, a nyák termelés fokozása mellett bronchusgörcsöt váltanak ki. A felszabaduló tachykininek a neutrophil fehérvérsejtekre, falósejtekre serkentő hatásúak.

Az asthma bronchiale olyan kórképnek is felfogható, melyre a Th1/Th2 egyensúly fölborulása, azaz az IL-4 függő és IGE/CD23 emelkedettséggel járó fokozott Th2 lymphocytá válaszkészség jellemző. Mrazek immunológiai vagy extrinsic és psychoneurológiai vagy intrinsic kórformát különböztet meg. De az asthma bronchiale színtere valódi neuroendokrinimmunmoduláns színtéren zajlik, a BALT (bronchushoz asszociált nyirokszövet) a psychoneuroimmun tengely integráns része. (Nohr, Weihe 1991)

Geschwind és Behan vizsgálatában a bal kezesek körében 11,5 -szeres allergiás, asthmás gyakoriságot észlelt, ezt mások nem erősítették meg. Asthma bronchiáléban a légúti hámban nagyobb számban található az SP tartalmú szenzoros rostok, az egészséges személyek légúti hámjával összevetve. Az asthmás roham kialakulásában az SP és más tachykininek felszabadulása nagy jelentőséggel bír. Asthmában az immunsejtek SP érzékenysége fokozott, és az SP iniciatív, rohamprovokáló szerepe is valószínűsíthető. Az asthma bronchiále kezelésében a glükokortikoid hormonok elsődleges szerepet játszanak. A többi immunmoduláns tényező szerepét megvizsgálva a kép jóval összetettebb. Az endogén opioidok 44%-al csökkentik a szteroid abszorpciót. Asthmásoknál az opioidok elnyújtják a bronchokonstriktiót, mely hatást a naloxon felfüggeszti, és ezzel a légúti áramlási értéket 40%-al javítva. Az extrinsic asthmában is változik az emocionális küszöb szerint az érzékenység a fertőző és irritatív antigénekkal szemben.

Bár az asthma bronchiale, különösen gyerekkorban igen gyakori, 2,3-9,2%, az iskolai hiányzások 25%-a asthmával kapcsolatos, az asthma bronchiale kórereditét ma sem ismerjük eléggé, nem kezelhetjük egységes betegségkategóriaként. Helyesebb, ha a légutak visszafordítható szűkületével járó tünetegyüttesekről beszélünk, amelyek a klinikai megjelenés és terápiás befolyásolhatóság tekintetében jelentősen különböznek, a tünetek különböző folyamatok "végső közös megnyilvánulásai". Az egyik jelentős összetevő ebben a folyamatban a *szülő-gyerek kapcsolat jellege*. 3-13 éves asthmás gyerekek, magnetofonról, anyjuk hangjának hallgatása közben, - hangszíntől függetlenül - sokkal több légzési rendellenességet mutattak, mint egy idegen nő beszédét hallgatva. Projektív tesztekkel az asztmás gyerekeknél az anyától való nagyfokú függőséget, szorosabb kapcsolatot, a szeparációra való fokozott

érzékenységet mutattak ki - mindez azonban lehet a betegség következménye is. Korábban a gyerekek a szülőktől való átmeneti elválasztását javasolták, mivel ez igen gyakran a rohamok csökkenését eredményezi - hiszen mint említettük, a roham által kiváltott nagyobb szülői odafordulás, törődés pszichológiai jutalomként megerősítő hatású lehet. Az utóbbi években a szülőktől való elválasztás helyett a megfelelő családterápiát tartják eredményesebbnek. Az asztmás gyerek családja általában merev, gátolt, túlvédő, konfliktuskezelési problémáik vannak, ezért családterápia során az egymás iránti reális elvárásokat és az elfojtott érzelmek kinyilvánításának képességét fokozzák.

55. Melyek a C-típusú személyiség/viselkedés jellemzői? (364. o.)

A C típusú agressziógátolt, represszív magatartásjegyeket mutató, szorongásosan kötődő csecsemő viselkedésmintázata mögött a jobb frontális aktivitás túlsúlya sejlik fel. A passzív copingért felelős, az elkerülő magatartás szervezésében ugyanis a jobb frontális kéregnek szerepe van, és az ACTH elválasztás is számottevő részben a jobb féltekei folyamatok ellenőrzése alatt áll. A cél-, és elismerés irányult magatartást segítő élményi tényezők szervezésében pedig épp ellenkezőleg, a bal félteke szerepe tűnik elénk. Az uralkodó feltevések szerint ebben a bal oldali dorsolaterális prefrontális kéreg fokozott jelentőségű szerepet játszik, mely funkcióhoz a törzsdúcok az akciótervben az absztrakt cél kifejezését társítják, míg az amygdala élményi állapot szervezésében a hypothalamikus kapcsolatok révén mozgósítja a vegetatív idegrendszert. A célirányult közelítő magatartásban oly fontos szelektív figyelem szervezésében szerepe van még a parietális, és prefrontális kérgi mezőknek, és a gyrus cingulatusnak is. Ez a közelítő magatartást szervező idegi kapcsolatrendszer, és aktivitásmintázat az *elért eredmény előtti pozitív élményiséget* szervezi a motiváció részét képezve. Ennek a mechanizmusnak az alul-működése vagy "elnémulása" a feladottság, a kontrollvesztés állapotával mutat párhuzamot, és feltehetően az ilyen helyzetek kialakulásához is vezethet.

56. Pszichés tényezők szerepe az esszenciális magasvérnyomás-betegségben (371-372. o.)

A hipertónia kockázati tényezői között ugyanazok szerepelnek, amelyeket a coronaria megbetegedésekkel kapcsolatban ismertettünk, tehát **a krónikus stressz állapot, a kontrollvesztés, a depresszió jelentős rizikófaktorok**. Igen érdekes megállapítás, hogy a törzsi körülmények között élő afrikai bennszülöttek között az életkor előrehaladásával nem emelkednek a vérnyomásértékek, míg ez a jelenség valamennyi civilizált ország lakóira jellemző. Tehát az élet során átélt életeseményeknek, a kevesebb fizikai aktivitásnak, a másféle táplálkozásnak a vérnyomás normál, életkor függő emelkedésében fontos szerepe van.

Ugyanakkor megfigyelték, hogy a városokba költöző természeti népek között a hipertónia rendkívül gyakori, mint például a törzsi környezetből városba költöző zulusok között a hipertónia megbetegedések arányát rendkívül magasnak találták, szinte mindannyiuknál kialakult magas vérnyomás betegség. Ezért is **nevezhetjük az esszenciális hipertóniát talán a legfontosabb civilizációs megbetegedésnek**. A hipertóniával kapcsolatban egy további, érdekes összefüggést is kimutattak, amely a tanulási mechanizmusok alapvető szerepét mutatja. A szorongás elkerülése igen erős motivációs tényező. Feltételezések szerint a tanulási mechanizmusoknak, a vérnyomásemelkedés, mintegy "önjutalmazó" hatásainak a vérnyomásemelkedés előidézésében és fenntartásában jelentős szerepe lehet, ehhez azonban biológiai, valószínűleg genetikai sérülékenység szerepe is alapvető.

A vérnyomásemelkedés tanult válaszként való rögzülésének két alapfeltevése:

1. a vérnyomás emelése tanulható válasz,
2. a vérnyomás emelkedése a környezeti hatások negatív érzelmi minősítését csökkenti, azaz csökkenti a fájdalomérzékenységet és a szorongást. (Dworkin, 1987, Elbert, 1988, 1990).

A vérnyomás-emelkedés tehát megfelelő adottságok esetén önjutalmazó, viselkedést megerősítő hatású lehet. Mivel a vérnyomás emelése tanulható reakció, a környezeti károsító hatások vagy szorongás csökkentése céljából, megfelelő alkati adottságok esetén, ez a mechanizmus szerepet játszhat a tanult vérnyomásemelkedés kialakításában és fenntartásában. Egy tanult reakció, ha a helyzet averzivitását, negatív érzelmi minősítését csökkenti, csökkenti a személy motivációját más elkerülő módszerek tanulására - így a vérnyomásemeléssel való válaszadás valószínűsége fokozódik.

57. Melyek a leggyakoribb gyermekkori pszichoszomatikus és magatartászavarok? (424-425. o.)

Pszichomotoros fejlődés lassul, verbális fejlődés zavara - dadogás, étvágytalanság, szobatisztaság hiánya, közösségi beilleszkedés hiánya, pszichogén hasfájás, szeparációs szorongás, pszichogén fejfájás, pszichogén hányás, obesitas, tanulási nehézségek, teljesítményszorongás, iskolafóbia

KIVÁLTÓ OKOK:

1. Kedvezőtlen familiáris hatások, konfliktuózus családi milió;
2. Kedvezőtlen nevelői attitűd, a szülők túl-követelő nevelői attitűdje
3. Túlzott iskolai megterhelés, túl sok külön óra, maximalizált elvárások
4. Autoriter pedagógiai irányítás.
5. Személyiségen belüli, intrinsic tényezők: kisebbségi érzés, félelem a meg nem feleléstől, intenzív szorongás
6. Pszichotrauma /szülő, nagyszülő elvesztése, halála, új lakóhelyre költözés stb./
7. Helytelen életvezetés, rendszertelen napirend
8. Hipochondria, betegségbemenekülés
9. Figyelemfelhívás

A következőkben részletesen elemezzük a fenti károsító pszichogén tényezőket.

1. A kedvezőtlen familiáris hatások szerepe

A szülők alkoholizálása, a szülők konfliktuózus érzelmi kapcsolata, a szülők válása mind-mind olyan tényezők, melyek a gyermek elemi érzelmi biztonságát veszélyeztetik. A gyermekben intenzív szorongást keltenek az általa nem kezelhető, nem racionalizálható környezeti események, szituációk, melyek tartósan jelen vannak a családi életben. A gyermek kezdetben bizonytalanságot, később tehetetlenséget él át a szülők kapcsolatában, mely nem tudatos tünetképződést indít el : pszichoszomatikus megbetegedést vagy neurózist eredményezhet. A nem tudatos viselkedésválaszokon túlmenően nyílt, extrapunitív viselkedéssel vagy bezárkózással, depresszív tünetekkel is találkozhatunk a rendszeresen ismétlődő, tartósan feszült családi légkör hatásaként.

2. Kedvezőtlen nevelői attitűd, a szülők túl követelő nevelői attitűdje

A szülők túlzott elvárásai, melyek egyrészt a gyermek képességeinek túlbecsüléséből , másrészt saját, meg nem valósított vágyaik túlkompenzációjából eredeztethetők, a gyermekben állandósuló szorongást eredményezhetnek. A gyermek állandóan a meg nem felelés érzésével küszködik, folyamatosan frusztrálódik és szorong, mely pszichoszomatikus tünetképződést eredményezhet.

3. Túlzott iskolai megterhelés, túl sok különóra, maximalizált elvárások

Perfekcionista szülők körében gyakori, hogy mivel a gyermek számára a legmagasabb szintű és legsokrétűbb oktatást kívánják biztosítani, lehetőleg a legkorábbi életkortól kezdődően, az iskolai tanórák mellett rengeteg külön órát iktatnak be, függetlenül a *gyermek fizikai és idegi terhelhetőségtől, életkori sajátosságaitól*. Mivel a gyermek állandósuló stresszhatásoknak van kitéve és semmiféle szabad, relaxációs tevékenységben nincs része, ugyanakkor a felé irányuló kimondott vagy kimondatlan elvárásoknak is meg akar felelni - nem tudatos viselkedésválasszal, pszichoszomatikus tünettől reagál.

4. Az iskolai oktatás/nevelés hibáiból eredeztethető károsító tényezők, az autoriter pedagógiai irányításból eredő veszélyek

E vezetői attitűd magában hordozza a vakfegyelem légkörét és magas teljesítményorientáltság jellemzi. A szorongásra hajlamos egyéneknél tovább növeli a szorongást. A introvertált, magas önkontrollal jellemezhető gyermek a megfelelés igényétől indítatva nap, mint nap súlyos szorongást él át az iskolai tanítási órák alatt, melyek akár a számonkérésektől függetlenül is transzferálódnak, s mint fixálódott személyiségvonások a későbbiekben pszichoszomatikus tüneteket eredményezhetnek.

5. A személyiségen belüli, intrinsic tényezők

Kisebrendűségi érzés, félelem a meg nem feleléstől, intenzív szorongás táptalaja a pszichoszomatikus tünetképződésnek. A gyermek az „anyatejjel szívja magába” a szorongásra való hajlamot a túlgondozó nevelői attitűdű családokban . Minden olyan szituációban, melyben a gyermeknek önállóan kell jelen lennie, ahol nem érzi a szülő fizikai közelségét- szorong. Csak az otthoni családi környezetben érzi magát biztonságban, a gyermek csak az anya oltalmában érez védeltséget, ez gátolja a kortársakkal való kapcsolatteremtésben, a kortárs közösségben peremhelyzetű, védtelennek érzi magát. A szorongás állandósulásával pszichoszomatikus tünetképződés jöhet létre.

6. Pszichotrauma (szülő, nagyszülő elvesztése, halála, új lakóhelyre költözés stb.)

A legsúlyosabb gyermeket érő trauma - a szülő elvesztése, halála, melynek következtében a gyermek elemi biztonsági szükséglete, ösbizalma rendül meg, gyermek hosszan tartó, intenzív szorongást él át.

A szülők válása a gyermekben bűntudatot kelthet, önmagát vádolja a konfliktusok kialakulásért /"rossz gyerek vagyok"/ Kétségek és szorongások indukálódnak a gyermekben, a jövő bizonytalansága feszíti.

Az új lakásba költözés, még akkor is, ha kedvezőbb egzisztenciális feltételeket is teremt a gyermek számára, a gyermek elemi biztonságát veszélyeztetheti. Minél fiatalabb a gyermek annál inkább ragaszkodik a megszokott környezetéhez, a lakókörnyezet állandósága nagymértékben megalapozza biztonságérzetét, az ismeretlentől, nem megszokottól való idegenkedés miatt szorongáskeltő lehet a bekövetkezett változások miatt Minél kevésbé racionalizálható a világban bekövetkezett változás a gyermek számára, és minél éretlenebb a gyermek érzelmileg, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a gyermek pszichogén károsodást szenved

7. Helytelen életvezetés, rendszertelen napirend

A rapszodikus életvezetés- a rendszertelen étkezési idők, rendszertelen alvási idők, a kapkodás, a türelmetlenség hosszú távon a vegetatív idegrendszert megterheli és pszichoszomatikus tünetképződést eredményezhet.

A felvilágosítás, napirend-tervezés és a napirend kontrollálása, következetesség kialakítása a szülővel való együttműködés folyamatában, jól orvosolható akkor, ha az egész család felvállalja az életmódbeli változtatásokat. Nagyon fontos a szülő emocionális támogatása a terápiás kapcsolatban, illetőleg a gyermek jól időzített, pozitív megerősítése.

8. Hipochondria, betegségbe-menekülés

Már gyermekeknél is előfordul, hogy túlzott aggodást éreznek saját testi állapotért, a visceralis ingerekre való fokozott érzékenységgel reagálnak vélt és valóságos testi tüneteket, fájdalmakat éreznek, túlzottan félnek a megbetegedéstől. Ennek hátterében állhatnak olyan titkolt vágyak, melyek a problémák előli elmenekülésben gyökereznek: „nem ér a nevem!”, az **aktív problémamegoldás helyett konfliktuskerülés, passzivitás válik jellemzőjükké és előbb** – utóbb pszichoszomatikus megbetegedés lesz az eredmény. Sok esetben a szülők és nagyszülők viselkedésmintái kódolódnak nem tudatos pszichés mechanizmusokon keresztül a gyermekben, non-verbális kommunikáció útján.

Figyelemfelkeltés: ez olyan nem tudatos manőverezési forma, mellyel a gyermek a család középpontjába akar kerülni a tünetek produkálásával. Vélt vagy valós szeretethiány miatt csak azt akarja, hogy "törődjeteek többet velem". A gyermeki egocentrikusság extrém formát is ölthet, amely többnyire nem realizálódhat a család sajátos szerkezetének következtében.

58. Melyek a haldoklás lélektani szakaszai? (439-440. o.)

A gyógyíthatatlan betegség pszichés szakaszai:

1. **Tudatlanság, információk hiánya:** Kommunikációs zárlat alakulhat ki az orvos és a beteg, valamint a beteg és a hozzátartozók között.
2. **Bizonytalanság, ambivalencia:** a betegséggel kapcsolatos információk kutatása – és ezzel egyidejűleg félelem a gyanú beigazolásától.
3. **Tagadás:** a gyógyíthatatlanság tényével szembeesülve a valóság elhárítása. Nyílt formája: annak hangoztatása, hogy tévedésről van szó. Burkolt formája: fokozott aktivitásba való menekülés.
4. **Düh:** agresszív, elutasító, kritizáló magatartás. Hátterében nem csupán a sors „igazságtalansága” miatti lázadás, hanem a figyelem felkeltésének, a fokozott kapcsolati igénynek a vágya is áll.

5. *Alkudozás:* Felajánlások a gyógyulás érdekében. Az életút áttekintése. Hátterében büntudat, halálfélelem áll.
6. *Depresszió:* A betegség gyötrelmei, az elveszített vagy korlátozott lehetőségek miatti szomorúság, a közelgő haláltól való félelem.
7. *Belenyugvás:* Visszahúzóds a mindennapi eseményektől; elköszönés a hozzátartozóktól, alterálótudatállapot; halálos ágyi víziók jelentkezhetnek.

59. Melyek a gyász szakaszai? (443-445. o.)

Anticipációs gyász, sokk, kontrollált szakasz, tudatosulás, átdolgozás, adaptáció

1. *Anticipációs gyász:* a hozzátartozó közelgő halála által kiváltott érzések, gondolatok.
2. *Sokk:* a halál hírének tagadása, érzelmi bénultság, kiüresedtség, a gondolkodásra és a cselekvésre való képtelenség érzése, esetenként kontrollálatlan viselkedés.
3. *Kontrollált szakasz:* a temetéssel kapcsolatos ügyintézés idősza, deperszonalizáció, derealizáció, passzivitás vagy túlzott aktivitás, ingerlékenység, vádaskodás.
4. *Tudatosulás:* az érzelmek kontrollálhatatlannak tűnő kavalkádja (különösen: depresszió, szorongás, büntudat, önvád, magányérzet); gyermeki szintű (mágikus, omnipotens, szimplifikációs) gondolkodás; a halott jelenlétének átmeneti érzékelése illúziók vagy hallucinációk formájában; a megbolondulástól való félelem; a társas kapcsolatoktól való visszahúzóds, döntésképtelenség vagy gyors döntések; az elhunyt jelenlétének sóvárgása és a vele kapcsolatos emlékektől való félelem egyidejű jelenléte; pszichoszomatikus tünetek.
5. *Átdolgozás:* a gyász tüneteinek erőssége csökken, az elhunyttal kapcsolatos emlékek már kevésbé fájdalmasak, több a szép emlék, s ezek felidézése már tudatos, nem akaratlanul feltörő.

60. Mi a pszichoterápia definíciója? (454. o.)

A pszichoterápiák meghatározott keretek között folytatott, pszichológiai elveken nyugvó eljárások, amelyek alkalmazásakor az adott módszer specifikus tényezői mellett általános pszichoterápiás tényező is hozzájárulnak az eredményességhez. *Általánosságban megfogalmazva a pszichoterápia pszichológiai elveken nyugvó gyógyító tevékenységet jelent.* A definíció természete más azonban, mint a jólkörülhatárolt biológiai terápiáké, mert a pszichoterápia közelebb van a társadalomtudományokhoz, a társas befolyás fogalmihoz, mint a természettudományos gondolkodásmóddhoz (Szőnyi, 2000). A pszichoterápiák gyakorlásakor tehát paradigmaváltásra, alapszemléletünk megváltoztatására van szükség. Ismeretelméleti különbség ragadható meg a biológiai és pszichológiai gyógymódok között, s a pszichoterápiák hatékonyságának megítélésakor ezt figyelembe kell venni.

A különböző definíciók a következő ismérveket tartalmazzák:

- a pszichoterápia pszichológiai elveken, tudományos alapokon nyugvó gyógyító gyakorlat;
- célja a (testi és lelki) tünetek kezelése, a magatartás korrekciója és a személyiség fejlődésnek elősegítése;
- a beteggel közösen meghatározott célokat tartalmazó, tervezett, ún. pszichoterápiás szerződésen alapuló tevékenység;
- alkalmazásában kulcsfontosságú az orvos-beteg kapcsolat felhasználása; a terápia „vivőanyaga” tehát az interakció és a kommunikáció.

Mindehhez még hozzátehetjük, hogy a pszichoterápiát megfelelő képzettséggel rendelkező

szakember alkalmazhatja. E fejezet célja azonban nem a szakismeretek átfogó taglalása, hanem a pszichoterápiás szemlélet serkentése, a komplex gyógyító folyamat felé törekvés. Az egyes módszerek ismertetése pedig reményeink szerint segítheti pszichoterápiás jellegű elemek alkalmazását az általános gyakorlatban is, orvosi szakágaktól függetlenül.

A pozitív meghatározás után érthetjük meg azt is, miben különbözik a pszichoterápia a hétköznapi beszélgetéstől vagy más segítő kapcsolattól (ilyen lehet például a lelkeszi vagy tanári tanácsadás, segítségnyújtás). Ezek nem tudatosan alkalmazott pszichológiai elveken nyugszanak. A pszichoterápia vulgarizálása, ha a szokványos orvos-beteg beszélgetéseket pszichoterápiának nevezzük.

Három szintet kell elkülönítenünk a pszichoterápia alkalmazásakor:

- pszichoterápiás szemlélet;
- pszichoterápiás intervenció;
- pszichoterápia szakszerű, tervezett alkalmazása.

A *pszichoterápiás szemlélet* az a gondolkodási keret, amelyet a pszichoterápia meghatároz, amelynek szellemében értékeljük a beteget, gondolkodunk a segítségnyújtásról. Ezzel szembeállítható az a mechanikus, biológiai terápiás szemlélet, amely nem vesz tudomást a lelki tényezők gyakran életfontos befolyásáról. A *pszichoterápiás intervenció* olyan célzott, rövid beavatkozás, tkp. technikai elem, amelyet segítségül használunk, de nem rendszeresített, a tervezett pszichoterápiát kimerítő módon, hanem inkább alkalmi megoldásként. Ha például fogászati hipnózist alkalmazunk a megfelelő hipnoterápiás technikák alkalmazásával, erről van szó. A pszichoterápia maga pedig a definícióban részletezett elveket tartalmazó tervezett folyamat.

A terápiás kapcsolat kiemelt volta azt jelenti a pszichoterápiában, hogy a terapeuta (orvos vagy pszichológus) a saját személyiségét használja eszközül – ez a Bálint Mihály által megfogalmazott „orvos-gyógyszer” fogalma. Mindezek alapján az is lényeges, hogy a terapeutának ismernie kell munkaeszközét, saját személyiségét – ezt szolgálja a pszichoterápiás képzéseken kötelező saját élmény megszerzése (a terapeutának a tanult pszichoterápiás módszert először saját magán kell „testközelből” megismernie). Továbbá: a munkaeszközre, a személyiségére vigyázni kell a terapeutának, nagy a veszélye ugyanis a kiegészi szindrómának (burn-out).

61. Mik a pszichoterápia nonspecifikus tényezői (a Rogers-i triász)? (455-456. o.)

A pszichoterápiában sok olyan tényező van, amely általános, nonspecifikus jellemzője ennek a speciális gyógyító kapcsolatnak. Élénk vita folyik arról, hogy a számos pszichoterápiás módszer hatékonyságában vajon nem ezek a faktorok játszanak-e döntő szerepet? Leginkább úgy foglалhatunk állást, hogy a nonspecifikus tényezők a kapcsolat szövetének, vivőanyagának felelhetnek meg, s ebbe a mátrixba ágyazódnak a specifikus, az adott módszerre jellemző technikai elemek. Tehát: a bizalomteli, nyitott légkörű, egymás elfogadásán alapuló kapcsolatban nyílik meg a beteg annyira, hogy fel tudja idézni régi traumatikus élményét, amelyet aztán a terapeuta értelmezésének segítségével fel tud dolgozni.

A pszichoanalízis és a viselkedéslélektan után harmadik erőnek (más néven humanisztikus pszichológiának) nevezett személyiséglélektani irányzat egyik fő képviselője a Carl Rogers által leírt *személyközpontú (vagy klienscentrikus) pszichoterápia*. Bár ez ma már önálló pszichoterápiás eljárásnak számít, a pszichoterápiák általános tényezőinek megfogalmazásával sokan a nonspecifikus tényezők keretén belül értékelik (Tringer, 1991).

Rogers a segítő kapcsolatok alapvető mozgatójának a rogersi triásznak nevezett három tényezőt tartotta:

- empátia
- feltétel nélküli elfogadás
- kongruencia, hitelesség.

E faktorok a pszichoterápiákban rendszeresen fellelhető szükséges és igen fontos jellemzők, ennél fogva egyfajta módszeren túli, azaz metaszerepbe helyezhetjük ezt az irányzatot – mely alkalmas islehet arra, hogy hidat képezzen a különböző pszichoterápiás iskolák között.

A terapeuta tükröző szerepe és nondirektivitása is a személyközpontú pszichoterápia sajátja, ezek azonban már az irányzat specifikusabb tartozékai, mint a fenti triász. A terapeutai viselkedésmeghatározóinak kutatása nyomán fejlődött ki a terapeuta-változók és a beteg- (kliens-) változók kutatása.

A terapeuta részéről az énbemvonás (a saját érzések, élmények említése a terápia során), a konkrétság, az aktív fáradozás, az értelmező tendencia és a konfrontáció, a fókuszálás, a beteg oldaláról pedig az önfeltárás, az *itt és most*-ra fókuszálás képessége, a szenvedésnyomás, a kellő motiváltság és az intelligencia számít fontos változónak (Tringer, 1991; Pintér, 2000). Arra vonatkozóan, hogy kikreagálnak jól pszichoterápiára, egy népszerű angol betűszót idézünk, mely szerint a pszichoterápiátigénylő „ideális” beteg a YAVIS-betegtípusba tartozik: young (fiatal), attractive (vonzó), verbally jóképességű, intelligens és successful (sikeres).

A megfogalmazás humorán túllépve: a pszichoterápia sok olyan esetben is segít, amikor az ideális feltételek korántsem teljesülnek. Egy analfabéta fiú féltve tartó pszichogén féloldali teljes bémulása banális hipnózisokra két nap alatt elmúlt – ő például egyáltalán nem a YAVIS-kategóriába tartozott.

62. Melyek a pszichodinamikus terápia alapvető módszerei? (461. o.)

kezdetben hipnózis, szabad-asszociáció-álom elemzés, átdolgozás, értelmezés, fókusz kijelölés (rövidterápia)

63. Mi a deszenzitizálás? (462. o.)

Fokozatos ingernek kitevés, fokozatos megbírkózás (busz). Ellentéte az elárasztás. A szisztematikus *deszenzitizálás* (ellenkondicionálás) módszerét 1958-ban Wolpe dolgozta ki. Ennek első lépcsője a relaxációs tréning, amelynek révén a páciens ellazult, feszültségmentes állapotba hozható, illetve önállóan is képessé válik a relaxált, szorongást gátló állapot létrehozására. A terápia kezdetén a páciens és a terapeuta együttesen összeállítja a szorongáshierarchiát: a szorongást kiváltó helyzeteket a szorongás mértéke szerint rangsorolják egy 0-tól 100-ig terjedő skálán. Relaxált állapotban kerül sor a szorongást kiváltó helyzetek fokozatos expozíciójára: először fantáziában a hierarchiának megfelelő sorrendben, az enyhébbtől a súlyosabb szorongást kiváltó helyzetek felé haladva. Ebben a helyzetben a szorongást kiváltó ingerek ereje fokozatosan csökken, majd megszűnik a kondicionált gátlás révén. Amikor egy ingerre a szorongás már csökkent, akkor léphet tovább a terápia egy magasabb szorongásértéket képviselő helyzet irányába, és apró fokozatokban jut el a szorongáshierarchia csúcsán levő helyzet szorongásmentesítéséig. Ezzel párhuzamosan azonban a páciensnek nem csak fantáziában, képzeleti síkon (in sensu), hanem a valóságban (in vivo) is fokozatosan találkoznia kell a szorongást kiváltó helyzetekkel, például a szociális fóbiás személynek a valóságban is kapcsolatba kell lépnie a gondosan megtervezett gyakorlatok során idegen emberekkel, a közlekedési fóbiában szenvedő betegnek idővel utaznia kell közlekedési eszközökön, a fertőzésektől rettegő páciensnek érintkeznie kell piszkos tárgyakkal. A javulást nem pusztán az ellenkondicionálás és reciprok gátlás eredményezi, hanem ennél jelentősebb mértékben az a tény is, hogy a beteg korábbi viselkedésével szemben, amelyre éppen a szorongást kiváltó helyzetek elkerülése jellemző, kiteszi magát a szorongáskeltő ingereknek. Az 1970-es évektől sűrűsödő tapasztalatok azt igazolják, hogy a valóságos élethelyzetekben történő deszenzitizálás nagymértékben fokozza a terápia hatékonyságát.

64. Mondjon példákat a klasszikus és az operáns kondicionálás pszichoterápiás felhasználására! (462-464. o.)

Klasszikus kondicionálás terápiai felhasználása: deszenzitizálás, ingerelárasztás

Operáns kondicionálás terápia felhasználása: Pozitív és negatív megerősítés. Jutalom, büntetés. Negatív gyakorlás, rejtett kondicionálás, önkontroll tréning, önverbalizációs tréning, magatartástréning, asszertív tréning (magabiztosság).

A szisztematikus *deszenzitizálás* (ellenkondicionálás) módszerét 1958-ban Wolpe dolgozta ki. Ennek első lépcsője a relaxációs tréning, amelynek révén a páciens ellazult, feszültségmentes állapotba hozható, illetve önállóan is képessé válik a relaxált, szorongást gátló állapot létrehozására. A terápia kezdetén a páciens és a terapeuta együttesen összeállítja a szorongáshierarchiát: a szorongást kiváltó helyzeteket a szorongás mértéke szerint rangsorolják egy 0-tól 100-ig terjedő skálán. Relaxált állapotban kerül sor a szorongást kiváltó helyzetek fokozatos expozíciójára: először fantáziában a hierarchiának megfelelő sorrendben, az enyhébbtől a súlyosabb szorongást kiváltó helyzetek felé haladva. Ebben a helyzetben a szorongást kiváltó ingerek ereje fokozatosan csökken, majd megszűnik a kondicionált gátlás révén. Amikor egy ingerre a szorongás már csökkent, akkor léphet tovább a terápia egy magasabb szorongásértéket képviselő helyzet irányába, és apró fokozatokban jut el a szorongáshierarchia csúcsán levő helyzet szorongásmentesítéséig. Ezzel párhuzamosan azonban a páciensnek nem csak fantáziában, képzeleti síkon (*in sensu*), hanem a valóságban (*in vivo*) is fokozatosan találkoznia kell a szorongást kiváltó helyzetekkel, például a szociális fóbiás személynek a valóságban is kapcsolatba kell lépnie a gondosan megtervezett gyakorlatok során idegen emberekkel, a közlekedési fóbiában szenvedő betegnek idővel utaznia kell közlekedési eszközökön, a fertőzésektől rettegő páciensnek érintkeznie kell piszkos tárgyakkal. A javulást nem pusztán az ellenkondicionálás és reciprok gátlás eredményezi, hanem ennél jelentősebb mértékben az a tény is, hogy a beteg korábbi viselkedésével szemben, amelyre éppen a szorongást kiváltó helyzetek elkerülése jellemző, kiteszi magát a szorongáskeltő ingereknek. Az 1970-es évektől sűrűsödő tapasztalatok azt igazolják, hogy a valóságos élethelyzetekben történő deszenzitizálás nagymértékben fokozza a terápia hatékonyságát.

Az *ingerelárasztás* esetében a terápia fordítva halad: a páciens a számára legintenzívebb szorongást jelentő helyzetnek teszik ki hosszan tartóan, amelyben a menekülést feltétlenül el kell kerülni. Ezért döntő a beteggel történő előzetes részletes megbeszélés, motivációjának kellő ereje ahhoz, hogy menekülő reakció ne léphessen fel. A terápiás eredmény a szorongás kioltódásától és a tartósan magas aktivációt követő reaktív gátlástól várható. Leggyakrabban akkor alkalmazzák ezt a módszert, ha a beteg gyors változásra erősen motivált, például a repülési fóbiában szenvedő személynek feltétlenül repülnie kell, vagy a vértől, orvosi beavatkozástól rettegő betegnél elkerülhetetlen valamely beavatkozás.

Operáns kondicionáláson alapuló módszerek

E módszerek a pozitív és negatív megerősítés szerepének viselkedéslélektani felfogásából erednek: a jutalom, illetve egy cselekvés pozitív következménye növeli, a büntetés vagy a jutalom elmaradása csökkenti egy viselkedés jövőbeli gyakoriságát. A cél lehet egy viselkedés kifejlesztése (például a kommunikációs készség fejlesztése), egy viselkedés gyakoriságának a növelése (például az evés gyakoriságának növelése az anorexia nervosában szenvedő betegnél), vagy éppen a fennálló, problémát jelentő viselkedés megszüntetése vagy gyakoriságának, intenzitásának csökkentése (például alkoholfogyasztás, agresszió, szexuális deviancia, bulimia, stb. esetében).

Az operáns kondicionálás egyik jutalmazási formája az ún. zsetonmódszer, amelyet kórházi körülmények között kezelt betegek terápiás közösségében alkalmaznak. Ilyenkor a páciens a kívánatos viselkedés megjelenésekor, később annak előrehaladásakor zsetont kap, amelyet szükségletei, igényei fedezésére válthat be: például moziba vagy sétálni mehet, csokoládét kaphat, stb. Az egyénre szabott jutalmazás, vagy a korlátozások csökkentése szokásos terápiás módszer anorexiás betegeknél, ahol a súlynövekedést biztosító táplálkozási szokások megerősítése történik ilyen módon. A büntetési módszer testsúlycsökkenés esetében a korlátozások visszaállítása, jutalmak megvonása. Hasonló módszerrel csökkenthető sokszor a téveszmék nyílt hangoztatása a pszichotikus betegnél, vagy az agresszív típusú magatartásformák megjelenése. Fontos pozitív megerősítés a verbális megerősítés: a páciensnek adott elismerés, dicséret a terapeuta, családtagok vagy más fontos személyek részéről.

A viselkedésterápiákban az *avertív* (büntetésen alapuló) *kondicionálás* is alkalmazható az operáns és klasszikus kondicionálás keretében. Lényege a reciprok gátlás, amely motoros vagy kognitív

folyamatok dekoncionálására irányul. A terapeuták szívesebben alkalmazzák a jutalommegvonást. Az averzív kondicionálást (például a nemkívánatos viselkedés csökkentését kellemetlen ingerekkel) korábban alkoholistáknál alkalmazták, akiknél rosszulletet, hányást váltottak ki az alkoholdehidrogenáz-gátló disulfiram melletti alkoholfogyasztással. Az etikai problémák mellett számos szakmai problémát is felvet az averzív kondicionálás: ha a nemkívánatos viselkedés a büntetés folytán el is elmarad, kérdéses, hogy milyen fajta viselkedés jelenik meg helyette. Ezért a viselkedésterápiás alapelvek alapján nem kívánt viselkedés büntetését össze kell kapcsolni a terápia második fázisában a megkívánt alternatív viselkedés jutalmazásával.

65. Mondjon három kognitív torzítást! (465-466. o.)

A konkrét élethelyzetekhez, személyekhez, eseményekhez kötődő gondolkodási automatizmusok létrejöttét tehát a gondolkodási hibák, *kognitív torzítások* teszik lehetővé. Ezek több fajtáját különítik el, néhányat ismertetünk. Bizonyos elemeiket bárki fölismerheti önmagánál, környezetében, betegeinek gondolkodásában is.

A túláltalánosítás azt jelenti, hogy a személy egyetlen esemény alapján messzemenő következtetést von le: „megbuktam a vizsgán, alkalmatlan vagyok arra, hogy orvos legyek.”

A felnagyítás és lekicsinylés során a személy a személy még a kis kudarcait is felnagyítja, miközben jó teljesítményeit lekicsinyli: „csak a szerencsének köszönhetem a jeles vizsgámat”.

Szelektív absztrakció: a személy egy aktuális helyzet lényegtelen mozzanatát ragadja ki, a helyzet lényegesebb mozzanatainak figyelmen kívül hagyása mellett: „rossz anya vagyok, mert nem vettem észre, hogy lyukas a gyerek zokniját”, vagy: „az előadásomat megtartottam, de egyszer bakiztam”.

Perszonalizációnak nevezi Beck azt a jelenséget, hogy a személy felelősséget vállal tőle függetlenül bekövetkező kedvezőtlen eseményekért: „csak magamat hibáztathatom azért, hogy ilyen gyenge film megnézését javasoltam barátaimnak” – figyelmen kívül hagyva, hogy a többiek ezzel egyetértettek. „Már megint rosszul döntöttem, amiért egy esős napon rendeztem meg a kerti ünnepséget”.

Az önkényes következtetés során önmagára nézve hátrányos következtetéseket von le a személy, anélkül, hogy következtetése realitásértékét ellenőrizte volna: „főnököm azért néz mérgesen, mert haragszik rám.”

A dichotómias gondolkodás jellemzője a fekete-fehér, a jó-rossz kategóriák szélsőségeiben történő gondolkodás, az árnyalatok nélküli minősítésre való hajlam: az embertársak vagy kiválóak, vagy gonoszak; az étel csak nagyszerű, vagy ehetetlen lehet.

66. Melyek a főbb relaxációs módszerek? (471-472. o.)

autogén tréning, progresszív relaxáció, szimbólumterápiák (katatím képélmény módszere)

A relaxációs módszerek ellazuláson alapulnak, tehát test-központúak (*áttekintés: Bagdy, 1988; Szőnyi, 2000; Straub, 2002*). Ennek alapvető formája az autogén tréning, amelyet a hipnózis és a jógyakorlatából Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) dolgozott ki a 20. század első évtizedeiben. Arra figyelte fel, hogy a hipnózis ellazulással és nyugodt állapottal jár, míg a feszültség izomfeszülés is kíséri. Ha tehát az izmokat ellazítjuk, ez következményes nyugodt állapotot idéz elő: a relaxált állapot és apszichés feszültség nem fér össze.

Az autogén tréning során a beteg szisztematikus ellazítja magát (először a jobb kezét és karját, majd a bal karját, a jobb lábát és bal lábát, ezután a törzsét, majd nyakát és fejét is). Közben

bizonyos relaxációs formulákat ismételt magában (például: „bal karomat nehéznek érzem”). A gyakorlat megtanulható, naponként gyakorlás szükséges, alkalmanként 15-20 percnyi időtartamban. A tréningnek meghatározott felépítése van, az ellazulás megtanulását az izmok melegségérzésének, majd a légzés szabályozásának elsajátítása követi. Ezután különböző testi érzések tudatosítása és változtatása folyik.

A relaxációs módszerek egyik kedvelt formája az Edmond Jacobson-féle progresszív relaxáció. Ennek során a beteg egyes izmait először összehúzza, megfeszíti, majd a feszülést mintegy tíz másodpercre fenntartja, ezt követően pedig lassan oldja a feszülést és ellazul. Néhány hét gyakorlás után a beteg megtanulja, hogy testének mely tájékán jelentkezik általában stresszbeli helyzetekben a feszülésszűrés. A relaxációs terápiák indikációs köre tágas: a stressz-szel kapcsolatos testi problémák (például: hipertónia, tenziós fejfájás, stb.) kezelésétől kezdve a szorongás és depresszió tüneteinek terápiájában alkalmazzák leginkább.

67. Mi a biofeedback? (472. o.)

A pszichoszomatikus gyógyítás élettani alapokon nyugvó, tudományos bizonyítékokkal alátámasztott terápiás formájaként említhető a biofeedback. Ennek lényege az, hogy akaratlan élettani (vegetatív) válaszokat – mint például a bőrhőmérséklet, izomaktivitás, szívritmus, vérnyomás – elektromos jelekké alakíthatunk megfelelő egyszerű készülékek segítségével és e jeleket látható vagy hallható formában visszajelezzük a kliensnek. A módszer azon az elven alapul, hogy specifikus válaszokat tanulunk meg kialakítani akkor, ha információt (feedback-et) kapunk a következményekről. Több ilyen elektromos monitorozó készülék ismert, ezek különböző vegetatív funkciókat tesznek akusztikusan vagy vizuálisan észlelhetővé. A kliens gyakorlással el tudja sajátítani a kívánt vegetatív választ a maladaptív válasz helyett. Így az élettani állapot kontrollját tanulja meg a kliens, s ezt a kontrollt a laboratóriumi körülmények után a mindennapos életben is használni tudja.

A kívánt hatáshoz más tényezők is hozzájárulnak: placebohatás, szuggesztív hatások. Az eszközhasználat nehézkesebbé teszi a módszer alkalmazását, ennek tudható be, hogy annak igazi értékeit kevésbé aknázzák ki (Straub, 2002).

68. Melyek a jellegzetes családi diszfunkciók pszichoszomatikus zavarokban? (Legalább hármat soroljon fel!) (473-474. o.)

- a) **Összemosottság:** a generációs és az egyének közötti határok diffúzak, az egyén autonómiájajelentősen csökken. Együtt végeznek szinte minden tevékenységet, a kettős, diádikus interakciók ritkák, az elkülönülést gátolják. Gyakran többes szám első személyben beszélnek (humoros példa: egy anorexiás beteg apja a már javuló lány állapotáról szólva azt mondta, hogy „a menzeszünk még nem jött meg”...).
- b) **Hiperprotektivitás, túlvédő magatartás:** intenzív interakciók jellemzik; az egyik családtag fokozottan törekszik egy másik családtag viselkedésének és érzéseinek befolyásolására, irányítására (például a szülő folyton kontrollálni akarja a gyermeket, öltözködését, viselkedését, evését, stb.). Ezzel a család egyúttal megakadályozza a kívülről érkező hatások szerepét, s az egyén önállósodási kísérleteit is.
- c) **Rigiditás:** a család életét szabályozó törvények merevek, a külvilággal való kapcsolat is szegényes. Ezért az adaptáció, azaz új megoldás bevétele lehetetlen.
- d) **A konfliktusmegoldás hiánya:** alacsony konfliktustűrési küszöbvel rendelkeznek, nem tudnak egymással tárgyalni és megoldani valamit. A két családtag közötti, azaz diádokban jelentkezőkonfliktusok kifejeződését megakadályozzák (a veszekedést veszélyesnek tartják a család stabilitását tekintve).
- e) **A gyermek bevonása a szülői konfliktusba:** Ez a triangulációnak (háromszögezés) nevezett folyamat, amelyet más elméletek említenek először. Lényege, hogy két családtag konfliktusába egy harmadik beleavatkozik vagy bevonnak valakit (például a szülők a vita kapcsán a gyermeket hívják oda álláspontjuk igazolására). Hosszú távon mindhárman rosszul járnak, mert nem tanulják meg a konfliktuskezelést.

69. Mi a projektív tesztek működési elve? (Legalább egy példa szükséges!) (508-509. o.)

Rorschach-próba, Thematic Apperception Test (spontán történetészövés), Frusztrációs teszt, Szondi-teszt (szimpatikus – antipatikus arcképek). A meghatározatlan ingerek strukturálásába, értelmezésébe beleszöjjük saját vágyainkat, gondolatainkat.

Az elnevezés L.K. Franktól (1939) származik. A projekció ebben az értelemben, ahogyan ezt a projektív teszteknel használjuk, azt jelenti, hogy a többértelmű, vagy meghatározatlan ingerek strukturálásába, értelmezésébe beleszöjjük saját vágyainkat, gondolatainkat, indulatainkat. a saját belső világunkat. A legismertebb projektív tesztek: Rorschach-próba, TAT (Thematic Apperception Test), Rosenzweig-féle Frusztrációs Teszt.

Rorschach próba

Tíz, Hermann Rorschach, svájci pszichiáter által kialakított, szürkés és színes foltból áll. A vizsgált személyt arra kéri, hogy mondja meg, mit lát a képeken, mire emlékeztetik őt, mire hasonlítanak.

A válaszokat számos mutató mentén értelmezik (a válaszok leírásához közel 300 jelet használnak), melyeket a következő csoportokba sorolhatjuk:

- a folt milyen területére vonatkozik a jelentésadás?
- mi határozza meg a jelentésadást: a folt formája, színe, árnyékolása,?
- mi a tartalma (például ember, állat stb.) és milyen gazdag vagy szűk a tartalmi kör?
- milyen gyakran fordul elő egy adott válasz magyar átlaghoz viszonyítva?
- milyen különleges reakciók, sajátosságok fordulnak elő a jelentésadás folyamatában?

A Rorschach-próbát főleg a klinikai pszichológia területén alkalmazzák. A teszt mellett, hogy átfogó személyiségképet ad, támpontokat nyújt a tünetek jellegéről, mélységéről, a beteg pszichoterápiás megközelíthetőségéről. Gyakran alkalmazzák a szomatikus betegségek pszichés komponenseinek feltárásában, a megbetegedés gondolkodásbeli, érzelmi következményeinek vizsgálatában (Mérei 2002)

TAT

Tematikus képek értelmezése. Azon a felismerésen alapul, hogy a spontán történetészövés mindig tartalmaz tudattalan vágyakat, feszültségeket. A vizsgált személyt arra kéri, hogy a látott képekre találjon ki történeteket, mondja meg, mi történik a képen, mik lehettek az előzmények, és mi fog történnie után. A teszt a személyiségképen túl pszichodiagnosztikai támpontokat is ad, bevált a pszichoterápiás alkalmasság megítélésnél.

Rosenzweig-féle Képes Frusztrációs Teszt

A teszt 24 sematikus ábrázolt képből áll. Mindegyik kép egy hétköznapi frusztrációs helyzetet ábrázol. A vizsgált személyt arra kéri, hogy mondja meg, mit válaszolna a képen hozzá beszélő embernek. A válaszok összesítése arra enged következtetni, hogy milyen viselkedés várható a vizsgált személytől frusztrációs helyzetben, milyen a frusztráció-toleranciája és a frusztráció következtében várható-e a pszichés egyensúly felbomlása. A tesztet nemcsak a klinikai pszichológia területén alkalmazzák, hanem például széles körben használják olyan szakmákra való pályaalkalmassági vizsgálatoknál, ahol gyakoriak a frusztrációs helyzetek.

Szondi-teszt

Szondi Lipót a II világháború előtt a legismertebb endokrinológus belgyógyászok egyike volt Budapesten. Az endokrin betegek vizsgálata során fordult érdeklődése egyre inkább a testi-hormonális folyamatok és a pszichés jelenségek összefüggései felé. Számos felismerésével messze

megelőzte korát, a genetika különösen érdekelte, családfakutatással foglalkozott, ennek során alkalmazta közismert ösztöndiagnosztikai tesztjét. A teszt során különböző pszichiátriai megbetegedésben szenvedők képei közül kell szimpatikus és antipatikus arcképeket választani. A többszöri választásokból készített összegzés alapján következtetni lehet az érvényre juttatott, kiélt - úgynevezett manifeszt - és a lappangó, elfojtott - úgynevezett latens - ösztönkomponensekre. Szondi elméletében az emberre nem a manifeszt, hanem a latens ösztönkomponensek jellemzőek inkább. Ezek a nagy és hosszútávú lelki energiák forrásai. Munkásságát Svájcban, a Szondi Intézetben folytatta.

70. Említsen meg legalább egy pszichológiai tünetlistát/tünetbecslő kérdőívet! (509-510. o.)

A tünetbecslő skálák, kérdőívek lehetőséget nyújtanak a beteg állapotának gyors felmérésére, ezért szűrésnél, epidemiológiai vizsgálatokban és egyéni terápiás munkában egyaránt széles elterjedtek. Az azonos skálák használata a betegség különböző szakaszaiban alkalmas a terápiás hatékonyság felmérésére. A nemzetközileg elfogadott skálák, kérdőívek használata összehasonlíthatóvá teszi a nemzetközi kutatások eredményeit.

Beck Depresszió Skála

Több vizsgálat szerint a Beck Depresszió Skála legalkalmasabb a depressziós tünetegyüttes lakossági szűrésére, és ez a mérőeszköz a legalkalmasabb a depresszió, mint szomatikus kockázati tényező (e szempont kifejtését ld. a VIII. fejezetben) mérésére is. (Lasa et al, 2000, Musselman et al, 1998, Glassman, Shapiro, 1998) A Depressziós tünetegyüttes összetevői: szociális visszahúzóds, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya, önvádolás. A skálának két változatát alkalmazzák: teljes (21 tétel) és rövidített (magyar rövidített változata 9 tételből áll). A rövidített kérdőív pontszámait megbízhatóan átszámíthatjuk az eredeti pontszám értékekre (Kopp és mtsai, 1995):

- 0-9 pontszám nem depressziós
- 10-18 enyhe depressziós tünetegyüttes
- 19-24 közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes
- 25 fölött súlyos depressziós állapot.

Rózsa és mtsai (2001) elvégezték a rövidített Beck Depresszió skála klinikai validálását, eszerint a 18 pontnál magasabb depresszió pontszám felel meg a major depressziónak, amelyet a diagnosztikai kritériumok szerint határoztak meg.

Spielberger-féle szorongásskála

A többi, használatban levő szorongás-kérdőívnel azért teljesebb, mert külön felméri a személyiségre jellemző általános, és a pillanatnyi állapotára jellemző aktuális szorongás-szintet.