

III./3. A pszichoterápiák közös hatótényezői

Bevezetés



A pszichoterápiák empirikus vizsgálatai szerint hatékonyságuk eléri a 0.85 hatáserősséget, azaz a pszichoterápiával kezelt betegek jelentős javulást mutatnak a kezelésben nem részesülő betegekhez képest. Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonysága között az összesített elemzésekben viszonylag kis különbségek mutathatóak ki. Több kutatóban, felmerült a kérdés, hogy vannak-e és mik a pszichoterápiák közös hatótényezői.

A közös hatótényezők az alábbi szempontok szerint csoportosíthatóak:

Beteg változók: bizonyos betegek alkalmasabbak a pszichoterápiákra.

Terapeuta változók: bizonyos terapeuták eredményesebbek.

Kapcsolati változók: bizonyos kapcsolatok hatékonyabbak.

Stratégiai változók: minden pszichoterápiának van etiológiai modellje, amelyre épül a terápiás változás modellje.

Taktikai változók: van a terápiás ülésnek egy helye, kerete, levezetési módja.

Technikai változók: a terapeutának határozott elképzelése van arról, hogy mit kell és mit nem lehet tenni a terápiás ülés során.

III./3.1. Beteg változók



Foglalja össze a terápia eredményességét javító betegváltozókat!

A közös faktorok megértésének új irányzata, a beteg által irányított, az eredmény által informált módszer, amely a beteget tartja a beavatkozások aktív szereplőjének és a beteg ágenciájának fokozására helyezi a hangsúlyt. Szakít a terapeuta centrikus nézettel, amely szerint a terapeuta végrehajt egy intervenciót, amire a beteg, mint passzív befogadó reagál.

A betegváltozók felelősek a kezelés eredményességének 40%-áért. A betegben rejlő és az életét meghatározó külső tényezők lényegesen befolyásolják a terápia menetét:

beteg belső tényezői:

szívósság,

nyitottság,

remény,

optimizmus,

kitartás,

belátóképesség

beteg életének külső környezeti tényezői:

társas támogatás,

változás a környezetben,

új partner,

új munkahely, stb.

A beteg változásról alkotott elmélete: Minden betegnek van egy sajátos elképzelése a problémájáról és az általa előnyben részesített megoldási módról.

A terápia hatékonysága annak arányában fokozódik, amilyen mértékben a terapeuta képes illeszkedni a beteg változásról alkotott nézeteihez.

Hatékonyabb a terápia, ha olyan beavatkozásokat nyújt, amelyek illeszkednek

a beteg által vágyott terapeuta-beteg kapcsolathoz,

a beteg céljaihoz

a beteg szerint is hasznosnak tartott pszichoterápiás tevékenységekhez.



Foglalja össze a terápia eredményességét javító terapeutaváltozókat!

III./3.2. Terapeuta változók

Pszichoterápiák empirikus hatékonyságvizsgálataiban kimutatható, hogy vannak hatékonyabb és kevésbé hatékony terapeuták. Sparks, Duncan és Miller összefoglalója szerint a hatékonyabb terapeutáknál az alábbi közös jellemzőket találták:

képes kapcsolatba lépni a beteg egészséges részével, képes a beteg tehetségére rámutatni és maximálisan aktivizálni a beteg saját erőforrásait

hisz abban, hogy a beteg tudja a legjobban mi a legjobb számára

képes a terápiás szövetség megkötésére

képes a terápiát a beteg céljai és elvárásai köré szervezni

természetes módon tud kapcsolódni, elismerést adni, figyelni, és a megértését kifejezni.

optimizmus

hajlandó felelősen eljárni a betegek érdekében a szolgáltatást nyújtó szervezeteknél. (Sparks, Duncan és Miller, 2008).

III./3.3. A terápiás kapcsolat

A terápiás kapcsolat minősége felel a terápiás hatékonyság 30%-ért. Jelen fejezetben a bizonyítottan hatékony terápiás kapcsolati tényezőket mutatjuk be. Megfelelő terápiás kapcsolat kialakítása és fenntartása, a terápiás kapcsolat során kialakult krízisek megoldása a legfontosabb pszichoterápiás technika.



Foglalja össze az igazoltan hatékony és káros kapcsolati tényezőket!

	Hatékony	Káros
Bizonyítottan hatékony	Terápiás szövetség	Szövetség alacsony foka
	Empátia	Empátia hiánya
	Visszajelzés Kérése	Nem kér, és nem törődik a visszajelzéssel
Valószínűleg hatékony	Egyetértés a célokban	Nem egyetérti a célokat
	Együttműködés	Együttműködési zavar
	Pozitív hozzáállás	Pozitív hozzáállás hiánya
Igéretes, de nincs elég kutatás a megítéléséhez	Kongruencia hiánya	Híteltelen magatartás
	Szövetség megromlásának helyrehozatala	Nem veszi figyelembe a szövetség megromlását
	Vizsonttételt kezelése	Nem figyel saját viszsonttételtére
		Konfrontáció
		Negatív viszonyulás
		Előfeltevések
		Terapeutaközpontúság
		Merevség
		Prokusztészi agy

1. ábra. A terápiás kapcsolat igazoltan hatékony elemei.

III./3.3.1. A terápiás szövetség



Nevezze meg a terápiás szövetség három komponensét!

Nézze meg a videón, hogy a terapeuta a terápiás szövetség elemeit, hogyan tisztázza!

A terápiás szövetség többféle definíciója közül mi a különféle terápiás iskolák elméleteitől független, általánosabb definícióját fogjuk használni (Bordin 1994).

A terápiás szövetség kialakulását, és fennmaradását három tényező segíti leginkább elő:

- egyetértés a terápiás *célokban* (stratégia),
- egyetértés a terápiás *feladatokban* (taktika és technika),
- a terapeuta és a páciens közötti *köteték minősége*.

1. videó: Terápiás szövetség

III./3.3.1.1. Egyetértés a terápiás célokban



A terápiás folyamat kezdetétől fogva a terapeutának folyamatosan egyeztetnie kell a pácienssel arról, hogy mi a terápia *célja*. A terápia leggyakoribb céljai közé a tünetek megszüntetése illetve az önismeret fejlődése tartozik. Sok esetben vezet a terápia megszakításához, ha a páciens más céllal érkezett a terápiába, mint amihez a terapeuta ragaszkodik.

Bizonyos páciensek szeretnének megszabadulni jól körülírt tüneteiktől (pl. agorafóbia, pánik, szociális fóbia), míg a terapeuta úgy gondolja, hogy ez csak a személyiség egészének átszerveződése után tud tartósan bekövetkezni, és a tünetek kialakulásának múltbeli eredetét kellene feltárni. A páciens zavarja, hogy újra és újra gyerekkoráról kérdezi a terapeuta, és a tüneteivel nem foglalkozik eléggé, ezért megszakítja a terápiát.

Más páciensek, inkább szeretnék jobban megismerni magukat, szabadon elmélkedni életükről, azonban a terapeuta a tünetváltoztatást tűzi ki célul. Miután a páciens diszfunkcionális viselkedéseit azonosította, viselkedésmódosítást elősegítő feladatokat ad a páciensnek házi feladatul. A páciens abbahagyja a kezelést, mert úgy érzi, a terapeuta nem érti meg, neki mire van szüksége.

Az első interjútól kezdve a terápiás szerződésig tartó szakasz legfontosabb feladata, hogy a páciens és a terapeuta kidolgozzák a terápia céljait. A pszichoterápiák hatékonyságának az egyik legjobb

prediktora az, ha a terapeuta és a páciens *egyetért a terápia céljaiban*. Az egyetértés kialakulását elősegíti, ha a terapeuta a páciens számára érthető módon elmagyarázza a terápia természetét, megvitatják a célokat, és egyet értenek abban, hogy honnan erednek a páciens problémái, és a terápia milyen szerepet játszik a problémák megoldásában.



III./ 3.3.1.2. Egyetértés a terápiás feladatokban

A terápia során kezdettől fogva nagyon fontos a *feladatok* tisztázása. A terapeutának tisztáznia kell, hogy neki és a páciensnek mi lesz a feladata a kezelés során. A feladatoknak a páciens számára érthető módon kell kapcsolódnia a terápia céljához.

Például, a szociális fóbiában szenvedő beteg célja az, hogy megszabaduljon tüneteitől, és képes legyen nyilvános helyekre elmenni, és ott beszélgetni, enni, szerepelni. Terapeutája kognitív viselkedés terápiát ajánl neki. Terapeutája elmondja, hogy ő miket fog csinálni, miért, az milyen hatással van a tünetekre, majd megbeszélik, hogy a páciensnek milyen feladatai lesznek, és azok elvégzése, hogyan vezet a terápia céljának a megközelítéséhez.

A terapeuta elmondja, hogy el fogja magyarázni a szociális fóbia kialakulásának és fennmaradásának általa ismert modelljét, azzal a céllal, hogy a páciens megismerje, hogy mit gondol a terapeuta az ő a problémája természetéről, és alkalma legyen módosítani ezt a modellt az ő egyedi esetéhez. A páciens feladata ezen pszichoedukációs szakasz alatt a kérdezés, visszajelzés lesz.

Majd a terapeuta elmagyarázza neki a kognitív modellt és megtanítja a negatív automatikus gondolatok azonosítására, és házi feladatot ad, a páciens feladata pedig a szociális helyzetekben aktiválódó negatív automatikus gondolatok gyűjtése lesz. Ez hozzásegíti a páciens, hogy jobban megismerje, milyen folyamatok zajlanak le benne fóbiás tünetei kialakulása során. Ez a lépés a terápiás célja eléréséhez úgy járul hozzá, hogy a negatív automatikus gondolatok azonosítási készsége az előfeltétele a negatív gondolatok megkérdőjelezésének, ami a tünetek súlyosságának a csökkenéséhez fog vezetni. Tehát a terapeuta folyamatosan tájékoztatja a páciens, és egyezkedik vele a feladatokról, és a feladatok terápiás célt elősegítő hatását is ismerteti.

III./3.3.1.3. A terápiás kötelék minősége

A terápiás szövetséget befolyásoló harmadik tényező a *terápiás kötelék*. A közös cél és a világos feladatok mellett, fontos, hogy a páciens úgy érezze, a terapeuta elfogadja, kedveli őt, és a páciens számára is szimpatikus legyen a terapeuta.

A megfelelő terápiás kötelék jelentőségét a *kötődés elméletből* kiindulva lehet megérteni. Az emberek, mint társas élőlények, ha fenyegetést élnek meg, akkor közelíteni próbálnak társaikhoz, a társak jelenlétében valamelyest megnyugszanak, majd a társaikkal együtt megpróbálják elhárítani a veszélyt. A terapeuta is egy ilyen

kötődési személy funkciót tölt be. Amikor a beteg a bajával megjelenik nála, már pusztán a terapeuta elfogadó, figyelmes és határozott jelenléte jelentős megnyugvást okoz, mivel aktiválja a beteg kötődési rendszerét. Ebben a biztonságos helyzetben a beteg képessé válik a problémái megoldásán gondolkodni, és új megoldási módokat kipróbálni.

III./3.3.1.4. Terápiás szövetséget vizsgáló kutatások eredményei

Horvath és munkatársai metaanalízise szerint a terápiás szövetség minősége befolyásolja a terápiák hatékonyságát a különféle terápiás irányzatokban (2011). Hatáserőssége, $r = 0.275$, ami a terápiás szövetséget a pszichoterápiák hatékonyságának az egyik legjobb prediktorává teszi. Rögtön a terápia elején kialakuló „elég jó szövetség” a terápiás siker egyik feltétele. A megfelelő szövetség kialakulása megelőzi a korai kilépést a terápiából.

III./3.3.1.5. A terápiás szövetséget befolyásoló beavatkozások

A terápiás szövetség kialakulása és megerősödése nem egy terápiás technika, hanem annak megragadása, hogy a beteg és terapeuta mennyire jól tud együtt dolgozni.

A terápia korai szakaszában a terápia módszereinek (feladatok) a páciens specifikus igényeihez, elvárásaihoz és képességeihez hangolása fontos szerepet játszik a szövetség megerősítésében. Összehangolni a páciens elvárásait, személyes forrásait és a terapeuta elképzeléseit arra vonatkozóan, hogy melyek a legmegfelelőbb beavatkozások a terapeuta egyik legfontosabb feladata. Az *együtműködés érzése* lehetővé teszi a beteg számára, hogy problémáit új módon tudja megközelíteni a terapeuta jelenlétében.

A terapeuta és a páciens véleménye a kialakult szövetségről, különösen a terápia korai szakaszában, nem feltétlenül egyezik meg. Ha a terapeuta tévesen jónak ítéli meg a *páciens által megélt szövetséget*, akkor a beavatkozások kevésbé lesznek hatékonyak. Nagyon fontos, hogy a kezelés során a terapeuta folyamatosan monitorozza a terápiás szövetség alakulását, és elsősorban a páciens által megélt szövetséget vegye mérvadónak.

A terápiás szövetség mértéke ülésen belül és ülésenként is változhat olyan tényezők hatására, mint a félreértések, áttételi érzések, vagy az, ha a terapeuta a páciens nehéz helyzet elé állítja. Amennyiben ezeket a gyakran előforduló *nehézségeket megfelelően megoldják* a terápia során, akkor az javítja a terápia kimenetelét.

A jó terápiás szövetség fennmaradásának kritikus feltétele, hogy a terapeuta ne defenzív módon válaszoljon a páciens negatív, vagy ellenséges magatartására. A beteg kritikájának belsővé tétele vagy figyelmen kívül hagyása egyaránt előnytelen.

Több tanulmány kimutatta, hogy a szövetség minőségét lényegesen befolyásolja a terapeuta viselkedése. Azok a terapeuták, akik jók az erős szövetség kialakításában, azoknak a legtöbb páciensükkel sikerül jó szövetséget kialakítani. Ennek a fordítottja is igaz, hogy bizonyos terapeuták a legtöbb páciensükkel nem képesek megfelelő



Foglalja össze, hogyan lehet javítani a terápiás szövetséget!

szövetséget kialakítani. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a szövetség kialakítás az egy készség, vagy egy képesség. A terapeuta képzés során nagy hangsúlyt kell helyezni a szövetség kialakítás készségeinek megtanítására.

A mellékelt ábrán összefoglaltuk a terápiás szövetséget javító technikákat.

A terápiás szövetség minőségét javító beavatkozások (Sáfrán és munkatársai, 2002)
- Gondoljon mérje fel, hogy mennyire értendő egyet a kezelés céljában, a cél eléréséhez szükséges feladatokban!
- Ha szükséges, fogalmazza át, helyezze új keretbe a kezelési céljat és a feladatokat!
- Legyen támogató, és értes meg a páciens elvárásait!
- Magyarázza meg, hogy az ön által alkalmazott technikák, módszerek, viselkedések milyen jelentőséggel bírnak a terapeuta szempontjából!
- Az itt és most terápiás kapcsolatát beszélje meg a pácienssel!
- Kérjen, és adjon visszajelzést a terapeuta viselkedéséről!
- Töltse több időt a páciens élményének a feltárására!
- Figyeljen azokra az apró jelekre, amelyek a szövetség zavaraira utalhatnak!
- Tegye lehetővé a páciens számára, hogy a kapcsolatára vonatkozó negatív érzéseit kifejezhesse!
- Vallja fel a terapeuta szövetség megromlásában játszott saját felelősségét!
- Segítsen a páciensnek felfedezni, milyen feltételek okozhatják meg számára a terápiás kapcsolat kiváltotta negatív érzések kifejezését!
- Adjon több pozitív visszajelzést!
- Dolgozzon az átértékelés és saját viselkedésének reakcióival!
- Beszéljenek arról, mennyire illik a pácienshez terápiás módszer és a terapeuta stílusa!
- Beszéljék meg a terapeuta során közösen átélt élményeket!

2. ábra A terápiás szövetség minőségét javító terápiás beavatkozások.

III.13.3.2. Terápiás szövetség megszakadása és helyrehozatala

A terápiás szövetség megszakadása gyakori jelenség a terápiák során. A terápiás szövetség megszakadásának időben való észlelését elősegíti, ha szisztematikusan visszajelzést kérünk a páciensektől. A terápiás szövetség helyrehozatala megakadályozhatja, hogy idő előtt kilépjen a terápiából a páciens.

A terápiás szövetség megszakadását, a szövetség egyes komponenseinek zavaraként írjuk le.

A szövetség megszakadásának formái a következők:

Egyet nem értés a **terápia céljait** illetően.

Például, a páciens azzal a céllal kezdi a kezelést, hogy minél előbb megszabaduljon a pánikrohamaitól, míg a terapeuta a szerint a tünetek háttérében álló problémákra kellene belátást szereznie és nem a tünetredukcióra törekednie.

Egyet nem értés a **terápiás feladatok** tekintetében.

Például, a páciens szeretne minél mélyebben elmerülni a múltjában, és megérteni élettörténete mélyebb összefüggéseit, a terapeuta a jelenre fókuszál, és a páciens jelen problémáinak a megoldására irányuló viselkedéses feladatokat ad.

A páciens-terapeuta közötti **kötélék** megszakadása.

A páciens úgy érzi, hogy a terapeuta gyerekként bánik vele, vagy hideg és távolságtartó, vagy nem érti meg.



Foglalja össze, a terápiás szövetség megszakadásának leggyakoribb okait!



Nézze meg a videót, és azonosítsa a terápiás szövetség megszakadásának okait!



Foglalja össze, hogyan lehet helyrehozni a terápiás szövetséget!

A szövetség megszakadásának e három formája többnyire hatással van egymásra. Azok a páciensek, akiknek a terapeuta nem hajlandó egyeztetni a terápia céljait és a feladatokat illetően, úgy élik meg ezt, hogy a terapeuta félreérti őket vagy nincs tekintettel rájuk, tehát megszakadt a kötelék. Vagy fordítva, a terapeutaiban nem bízók páciensek gyakran nem értenek egyet terapeutaikkal a terápia céljait, vagy feladataikat illetően (**2. videó: Terápiás szövetség megszakadása**).

A terápiás szövetség megszakadását okozó tényezők feltárása után célzott beavatkozással helyrehozható a szövetség.

A szövetség megszakadását helyrehozó legtipikusabb beavatkozások a következők:

A terápia elveinek elismérése.

Például, ha a terápiás kapcsolatra vonatkozó visszajelzés okozta a szövetség megszakadását, akkor segítheti a szövetség helyrehozatalát, ha a terapeuta újra megbeszéli a beteggel, hogy a terápia egyik fontos feladata az ismétlődő kapcsolati minták azonosítása és módosítása.

A célok vagy a feladatok megváltoztatása, ha nincs egyetértés a célokban és feladatokban.

Például, a beteget zavarja, hogy a terapeuta érzései feltárásával foglalkozik, ahelyett, hogy közvetlenebb útmutatást adna problémái megoldásában. A terapeuta válaszként, kollaboratív problémamegoldó technikára vált.

Félreértések tisztázása.

Például, a terapeuta észleli, hogy a beteg visszahúzódná vált, és rákérdez, hogy mit él át a páciens. A beteg beszámol arról, hogy úgy érezte a terapeuta kritizálta őt. A terapeuta anélkül, hogy védekezésbe kezdene, érvényesnek tekinti a beteg élményét, kifejezi együttérzését, és megpróbálja megérteni, hogy a beteg miért érezhette kritizálásnak a terapeuta mondatait.

A szövetség megszakadása háttérben álló kapcsolati okok feltárása.

Például, a beteg a terapeuta érdeklődését érzései iránt tovakodónak éli meg, és zavarja, mert emlékezteti apjára, aki miután kicsalta érzéseit, a beteg számára megszégyenítően elmesélte másoknak.

Például, kognitív terápiában a beteg nem végzi el a házi feladatot, mert nehezen viseli, hogy ha kontrollálják, uralják őt.

A szövetség megszakadásának kapcsolatba hozása a beteg életében ismétlődő kapcsolati mintákkal.

Például, a terapeuta kapcsolatba hozza a terápián zajló küzdelmet a kontrollért, a beteg terápián kívüli kapcsolataiban gyakran előforduló hasonló jelenségekkel. Így a szövetség megszakadását okozó probléma azonosítása egy jelentős előrelépést okozhat a terápiában, és elkezdnek dolgozni a kontrollért való küzdelem problémáján.

Új kapcsolati tapasztalat kialakítása.

Például, bizonyos terápiás helyzetekben, alapos megfontolás után, a terapeuta cselekedhet azzal a céllal, hogy új kapcsolati élményben részesítse a páciensét, anélkül, hogy abban a



Nézze meg a videót, és azonosítsa a terápiás szövetség helyrehozatalának alkalmazott módszereit!



Sorolja fel az empátia komponenseit.

pillanatban feltárná az interakció mögöttes jelentését. Az ilyen beavatkozások főleg olyan betegeknél fontosak, akik még nincsenek azon a szinten, hogy a terápiás kapcsolatot meg lehessen velük beszélni. Például, a terapeuta úgy dönt, hogy enged a beteg közvetlen tanács iránti kérésének, mert úgy értékeli a helyzetet, hogy ez egy korrektív tapasztalatot nyújt a beteg számára, aki az őt elhanyagoló, majd elhagyó anyja mellett azt tapasztalta meg, hogy kéréseinek soha nincs eredménye, anyja mindig visszautasítja őt. Az ehhez hasonló új kapcsolati tapasztalatok hatására kialakul a betegben a kapcsolati bizalom.

(3. videó: [A terápiás szövetség helyrehozatala.](#))

III./3.3.3. Empátia

A pszichoterápiában és az orvosi gyakorlatban általában a másik megértése az alapja a közös tevékenységnek. A másik megértésének a folyamata több komponensből áll. Az empátia jelenségét is jobban megérthetjük, ha az egyes komponenseit különválasztva tárgyaljuk.

Az empátiás készség öt fő komponensét különítjük el:

Perspektíva felvétel képessége: az empátia kognitív aspektusa, az a képesség, hogy a dolgokat a másik nézőpontjából lássuk.

Beleérzés képessége: imaginatív készség a beteggel való azonosulásra, érzelmeik átélésére.

Empátiás törődés képessége: együttérzésre, a másik iránti aggodalomra, részvétre való hajlam akkor, amikor a másik negatív élményen megy keresztül.

Empátiás szenvedés képessége: a személyes distressz és diszkomfort megélésére való hajlam a másik negatív élményének észlelésekor.

Érzelmi ragály: az a jelenség, amikor a másik érzelme átragad ránk, és ugyanazt érezzük, mint ő. Például, fájdalma hatására, mi is összerándulunk, undora hatására, mi is undort érzünk.

Az **empátiás szenvedés** a másik szenvedése által kiváltott szenvedés érzése. Ezt elkülönítjük az érzelmi ragálytól, amikor a másik szenvedése átragad ránk.

Az empátiás szenvedés gyakran akadályává válhat az empátiás törődésnek az orvosi és a pszichoterápiás munka során. A másik kínjai által okozott empátiás szenvedés averzív ingerként hathat az orvosra. Az empátiás szenvedés ellen úgy védekeznek, hogy megpróbálják elkerülni a szenvedő személyt, vagy témát vált, amikor a beteg vagy a kínos téma kerülése akadályává válik az empátiás törődésnek. Az empátiás törődés átélése az egyik legfontosabb hatótényezője a pszichoterápiás munkának. Az orvos szakmai fejlődésének fontos része, hogy képessé váljon a másik szenvedése okozta saját empátiás szenvedését szabályozni.

Gyakorlott terapeuták és más segítő foglalkozású emberek

beszámolnak arról, hogy szakmai fejlődésük során az empátiás szenvedés csökkent és az **empátiás törődésnek** adta át a helyét. Az empátiás törődés az empátiás szenvedéstől abban különbözik, hogy a másik szenvedése nem szenvedést vált ki az orvostól, hanem segíteni akarást, és azt, hogy segíthetnek pozitív érzelekként élik meg az orvosok. Különösen akkor, ha kompetensnek érzik magukat, és tisztában vannak azzal, hogy ha egy szenvedő ember elmondhatja egy figyelmesen hallgató szakembernek a panaszait, már önmagában nagy segítség.

III./3.3.3.1. Az orvos empátiás magatartásának szerepe a pszichoterápiák hatékonyságában

A páciens által átélt empátia, közepes mértékű prediktora a terápia hatékonyságának.

A terapeuta empátiás magatartása terápiás irányattól, kezelési formától és a páciens betegségének a súlyosságától függetlenül elvárható.

A terapeutának erőfeszítést kell tennie a páciense megértésére, és annak közlésére, amit megértett. Az empátiás terapeuta elsődleges célja, hogy elsősorban a páciens élményeit, és ne csak a szavait értse meg. Ne csak visszamondja a páciens szavait, ne csak a szavak tartalmára reflektáljon, hanem, a páciens céljait és pillanatról-pillanatra változó tapasztalatait is megértse.

Az empátiás beavatkozás egyrészt, pontosan visszaadja a páciens megnyilvánulásait, másrészt valamelyest továbbviszi a páciens közlésének jelentését (**6. videó: [Az együttérző összefoglalás](#)**).

Verbalizációnak nevezzük, amikor az empátiás terapeuták segítik a páciens élményei szavak általi szimbolizálásában, követik érzelmi válaszaikat, így a páciensek élményei mélyülnek, azáltal, hogy visszatükrözött, szavakba öntött érzéseiket képesek megvizsgálni. Az empátiás beavatkozások során a terapeuta arra is figyel, ami nem hangzott el, ami a tudat perifériáján van, és nem csak arra, ami elhangzott és a figyelem középpontjában van. (**4. videó: [Empátia érzelmek verbalizációja](#)**).

Az empátia az adott páciens problémáira adott specifikus bánásmódot is magában foglalja. Például, bizonyos törékeny páciensek az empátia szokásos kifejezését túl tolatkodónak élehetik meg, míg az ellenséges páciensek számára az empátia túl direktív, míg másoknak az érzésekre való empátiás figyelem túlzottan idegenül hat. A terapeutáknak tudni kell, hogy mikor kell, és mikor nem kell explicit empátiásan reagálni. Amikor a páciens zavarja a terapeuta explicit empátiája, az igazán empátiás terapeuta használni tudja nézőpontváltási készségét, és megtalálja az optimális terápiás távolságot, amely még nem sérti a páciens határait.

A terapeutáknak el kell fogadniuk, hogy nem tudnak olvasni mások elméjében. Nem biztos, hogy azon érzésük, hogy megértették a páciens, egybeesik a páciens megértettség érzésével. Az általuk empátiásnak vélt beavatkozásokat módosításra, helyesbítésre készen kell felajánlaniuk.



Foglalja össze az empátiás magatartás előnyeit!



Nézze meg a videót!



Nézze meg a videót! Figyelje meg, hogy a terapeuta milyen ki nem mondott érzelmeket verbalizál, és a beteg hogyan reagál a verbalizálásokra!



Nézze meg a videót!
Figyelje meg, hogy a visszajelzés kérésekor, megjelenik-e egy új információ? A visszajelzés kérése mintát ad egy új kapcsolódási módra, melyben a beteg véleménye számít.



Mivel a kutatások szerint az empátia elválaszthatatlan a többi kapcsolati jelenségtől, a terapeutáknak empátiájukat a pozitív elfogadás és a hitelesség kontextusában kell kifejezni. Az empátia nem lesz hatékony, ha nem a páciens autentikus gondozásán alapul.

III./3.3.4. Visszajelzés kérés a páciensről

A hatékonynak bizonyult pszichoterápiák hatékonyságvizsgálataiban felfigyeltek arra a jelenségre, hogy a betegek 5-14% romlik a kezelés során, és hogy az őket kezelő terapeuták nagy része nem veszi észre, hogy rossz úton járnak (5. videó: [Visszajelzés; házi feladat](#)).

A terapeuták részére kidolgoztak olyan visszajelző rendszereket, amelyek egyrészt rendszeresen mérik a páciensek állapotváltozását, másrészt ezt visszajelzik a terapeutának, harmadrészt, ha a páciensek állapota romlik, akkor felmérik ennek lehetséges okait, és problémamegoldó stratégiákat javasolnak az állapotromlás háttérben levő tényezők megoldására. Az egyik legtöbbet kutatott, Michael J. Lambert és munkatársai (2008) által kidolgozott, visszajelző rendszert mutatjuk be, amely jó példája annak, hogy egy klinikusnak milyen szempontokra kell figyelnie saját munkája során.

Az egyik legfontosabb segédeszköz, a páciens tüneteinek, társas funkcionálásának és szociális szerepei terén nyújtott teljesítményének a folyamatos ellenőrzése. Ezek felmérése sok időt igényel, így sok esetben a terapeuták nem pazarolják a terápiára fordítandó időt a páciens ismételt állapotfelmérésére. Idő nyereség céljából rövid önkitöltő kérdőíveket használnak, amelyeket a páciensek a terápiás óra előtt töltenek ki, és gyorsan kiértékelhetőek. A kérdőívek eredményeiből látszik, hogy a terápia kezdete óta a páciens állapota hogyan változik. Amennyiben tartós stagnálás, vagy folyamatos hanyatlás figyelhető meg, akkor ki kell deríteni, hogy mi állhat a negatív terápiás válasz háttérben. Az alábbiakban a negatív terápiás válasz háttérben előforduló öt leggyakoribb okot mutatjuk be.

Az előző fejezetben bemutatott **terápiás szövetség** zavara áll leggyakrabban a negatív terápiás reakció háttérben. Ha arról van szó, hogy a páciens nem ért egyet a terápia céljaival, saját és terapeutája feladataival vagy a terápiás kapcsolat nem megfelelő, akkor a terapeutának fő feladata, hogy helyrehozza a terápiás szövetséget.

Második gyakori probléma, hogy nem megfelelő a beteg **motivációja**. Bizonyos „motiválatlan” páciensek a fontolgatás előtti szakaszban vannak, és nem érzik szükségét a változtatásnak, vagy a fontolgatás szakaszban és ambivalensek a változtatással kapcsolatban. Motivációs interjú segítségével fel tudjuk tárni, hogy a páciens mi motiválja igazán, illetve milyen belső akadályai vannak a változásnak.

A harmadik gyakori probléma, a **társas támogatás hiánya**. Szeretetteljes szoros kapcsolatok, megfelelő szociális háló csökkenti a mentális problémák lefolyásának súlyosságát. A pszichoterápiás beavatkozások hatékonyabbak megfelelő szociális hálóval rendelkező páciensek esetén. A társas támogatás és a lelki betegségek súlyossága kölcsönösen befolyásolják egymást. Minél súlyosabb a lelki betegség

annál nehezebb a páciensek számára a segítségkérés, és a részvétel a társas kapcsolatokban. Amennyiben a terápiás elakadás hátterében a nem megfelelő társas támogatás áll, akkor a terápia fókuszát át kell helyezni a társas kapcsolatok javítását célzó beavatkozásokra.

A terápiás elakadás hátterében álló negyedik gyakori probléma, a **súlyos stresszt okozó életeseemény**. Előfordul, hogy az életeseemények fokozzák a stresszt, és részben ezért romlik a páciens állapota a terápia során. Az életeseemények jelentőségének megítélésében mindig számításba kell venni azt a specifikus módot, ahogy az életeseeményt értékeli a páciens. Az életeseemény okozta stressz enyhítésében, önmagában az esemény újra értékelése is hozhat változást, más esetekben adaptív megküzdési stratégiák kialakításában kell segítenünk.



Foglalja össze a negatív terápiás válasz öt leggyakoribb okát!

Az elakadás ötödik gyakori oka, hogy **nem megfelelő a diagnózis**, a pszichoterápiás esetkonceptualizáció, és nem a megfelelő kezelést kapja a páciens. Ez esetben újra kell gondolni, hogy mi a problémája, és megfelelő új terápiás módszert kell keresni. Ez lehet más pszichoterápiás technika, vagy bizonyos esetekben gyógyszeres kezelés is szóba jöhet.

Visszajelzés kérése a páciensről és az állapot stagnálásának, vagy romlásának rendszeres monitorozása, időben való észlelése, valamint az elakadás okainak feltárása, és a problémák kezelése a pszichoterápiás kapcsolat egyik igazoltan hatékony eleme. A visszajelzések rendszeres kérésének és a terápia elakadását okozó problémák azonosításának, és megoldásának a pszichoterápiás munka részévé kell válnia.

1. Terápiás szövetséggel vannak gondjai a páciensnek?	Igen→	Alkalmazza a terápiás szövetséget javító technikákat!
Nem ↓		
2. Motivációs problémákról van szó?	Igen→	Készítsen motivációs interjút, és dolgozzon a motivációs szintnek megfelelő technikákkal!
Nem ↓		
3. Alacsony szociális támogatottságról van szó?	Igen→	Fókuszáljon a szociális támogatottságot javító beavatkozásokra!
Nem ↓		
5. Egy fontos stressz teli életeseemény történt?	Igen→	Az életeseeménnyel való megküzdés készségeit fejlessze!
Nem ↓		
6. Mérje fel újra a beteg diagnózisát, az esetkonceptualizációt. Van-e egy olyan hatékony terápiás beavatkozás, amit még nem próbált?	Igen→	Keresse meg a megfelelő kezelési módszert, és változtassa meg a kezelési tervet.
Nem ↓		
A gyógyszerelés egy megfelelő kezelési terv?	Igen→	Pszichiátriai konzultáció és gyógyszerbeállítás.

3. ábra. Az elakadás okainak feltárása és kezelése.

III./3.3.5. Együttműködés



Pszichoterápiában járatlan páciensek a hagyományos orvos-beteg kapcsolatból ismert szerepbe helyezkedve egy viszonylag passzív, ön-alárendelődő módon elmondják a tüneteiket és várják a kezelést. Úgy vannak szocializálódva, hogy az együttműködés számukra kimerül abban, hogy követik az orvos utasításait.



Foglalja össze az együttműködést fokozó beavatkozásokat!



A pszichoterápia aktív részvételt kíván meg a páciensről a terápia kezdetétől a végéig. A terapeuta önmagában nem tudja végrehajtani a terápiát. A páciens hozza a panaszait, és ketten a terapeutával alakítják ki a célokat, és a célok eléréséhez szükséges feladatokat. Habár a terapeuta gyakran átfogalmazza a páciens problémáit, és technikai javaslatokat tesz a terápiás feladatokra, de ezeket végig a páciens visszajelzéseire alapozva teszi. A páciens aktívan részt vesz a terápia folyamatában, úgy, hogy információkat ad a terapeutának, belátásokra tesz szert, reflektál önmagára, fontos témákat kidolgoz és feltár magában, és a terapeuta beavatkozásait aktívan felhasználja, házi feladatok végez el.

A páciensek nem mindig ismerik fel saját hozzájárulásuk jelentőségét, és szerepük fontosságát az együttműködésben. Valójában a páciensek hajlanak arra, hogy a terapeuta tevékenységének a jelentőségét hangsúlyozzák, és személyes hozzájárulásukat leértékeljék. Sok betegnek az egyik központi problémája pontosan az, hogy elvesztették hitüket saját hatékonyságukban, és így azt sem ismerik el maguknak, hogy milyen fontos szerepük van a terápia sikerében.

Az alábbi módokon lehet fokozni az együttműködést.

A páciens problémáin csak az után kezdjük el dolgozni, ha már egyetértettünk a terápiás célokban, és abban, hogy milyen eszközökkel tudjuk együtt elérni célunkat.

Ne erőltessük a saját elképzeléseinket. Hallgassunk a páciensre, és a beavatkozásokat velük egyetértésben tervezzük meg.

A terápia során folyamatosan bátorítsuk a pácienseket arra, hogy adjanak visszajelzéseket, és mi is rendszeresen jelezzük vissza nekik fejlődésüket.

Hangsúlyozzuk együttműködő hozzájárulásuk jelentőségét.

Gyakran ellenőrizzük, hogy valóban megértjük egymást, és közös célokért küzdünk.

A páciens visszajelzései hatására módosítsuk a kezelési módszert és a kapcsolati hozzáállást, amennyiben az etikai és szakmai szempontból elfogadható.

III./3.3.6. Pozitív tisztelet, elfogadás

A terapeuta képessége, arra, hogy pozitív tisztelettel forduljon a pácienséhez befolyásolja a terápia sikerét. Terápiás hatékonyságvizsgálatok meta analízise alapján a pozitív tisztelet hatáserőssége mérsékelt, azaz hatása szignifikáns, de önmagában nem elégséges a sikeres terápiához.

A terapeuta pozitív tisztelete fontos eleme a terápia beindulásának és más változást hozó intervencióknak kapcsolati alapját adja. Bizonyos esetekben önmagában is elég a pozitív változások létrehozására.

Egy kutatásban sem sikerült igazolni, hogy a pozitív tisztelet gátolta volna a terápia eredményességét.

A pozitív tisztelet fokozza a páciens ágencia érzését, önbecsülését, és megszilárdítja a hitét abban, hogy képes hatékonyan részt venni egy kapcsolatban. Tanulás lélektani szempontból a pozitív tisztelet

megnyilvánulásai a terápiás intervenciók pozitív megerősítőiként működnek, megjutalmazták a páciens erőfeszítéseit, mint például a kínos témákkal kapcsolatos önfeltárás. Humanisztikus szempontból a terapeuta pozitív tisztelete elősegíti, hogy a páciens a maga természetes növekedési képessége révén kibontakoztassa képességeit. Minden terápiás irányzatban fontosnak tartják a páciens felé irányuló pozitív tiszteletet.

Pozitív tisztelet különösen fontos, amikor többségi csoportba tartozó terapeuta kisebbségbe tartozó pácienssel dolgozik együtt.

A pozitív tisztelet optimális esetben kifejeződik a terapeuta gondoskodó, tisztelettel, pozitív viselkedésében, amely megerősíti a páciens értékesség érzetét. Sok páciens esetében az a meggyőződés, hogy az orvosa tényleg törődik vele, kritikus a terápia haladása szempontjából.

Habár a terapeuta feladata, hogy pozitív tisztelettel forduljon a páciense felé, a páciensek bizonyos vonásai megkönnyíthetik, vagy megnehezíthetik e feladat megvalósítását. A meleg, empatikus, önfeltáró páciensek felé könnyebb pozitív tisztelettel fordulni, mint a követelőző, ellenálló, dühös páciensek felé. Narcisztikus, antiszociális, és bizonyos borderline vonásokat mutató páciensekkel dolgozó terapeuták beszámolóí szerint, sokkal nehezebb fenntartaniuk a pozitív tiszteletet, mikor ezek a vonások válnak meghatározóvá egy-egy órán. Az orvos személyiségfejlődése során egyre inkább képessé válik a legkülönbözőbb személyiségű emberek felé pozitív tisztelettel fordulni.

III./3.3.7. Kongruencia, hitelesség

A legtöbb pszichoterápiás irányzatban a kongruencia valamilyen formája elvárás a terapeutákkal szemben. Először Carl Rogers fogalmazta meg, mint az egyik terapeuta változót.

A kongruencia két aspektusát különítette el Rogers:

Az első, a terapeuta a pszichoterápiás kapcsolatban szabadon és mélyen önmaga tud lenni, és képes pontosan tudatosítani azt, ahogy átéli a kapcsolatot, más szóval eredeti és autentikus.

A második, a pszichoterapeuta képessége arra, hogy közölje élményeit a beteggel. Azonban körültekintően kell eljárnia, és kerülni a kritikátlan önfeltárást, és az érzései válogatás nélküli megosztását. Sem az empátia, sem a tisztelet nem valósítható meg megfelelő hitelesség nélkül.

A pszichoanalitikus szakirodalomban egy hasonló jelenséget írnak le a **valóságos kapcsolat** néven. A valódi kapcsolatot a hitelesség és a másik torzításmentes érzékelése jellemzi (Gelso, Carter, 1994, p. 297).

A pszichoterápiás munka elsősorban a betegről kell, hogy szóljon. Tehát a kongruencia és hitelesség nem tévesztendő össze azzal a helytelen magatartással, hogy az orvos benyomul a terápiás kapcsolatba, és az érzései, véleményével, tanácsaival, élettörténetével terheli a beteget.

A betegek folyamatosan monitorozzák az orvosaik érzéseit,



Foglalja össze a kongruencia jellemzőit!

gondolatait, stílusát. Sok esetben nagyon pontos kép rajzolódik ki bennük kezelőjükéről. Pontosan érzékelik, hogy az orvos megnyilvánulása mennyire kongruens. Az orvos inkongruens intervenciói nem hatékonyak, mivel a betegek hiteltelennek tartják azokat.

III./3.3.8. Viszontáttétel kezelése

Elsőként Freud figyelte meg, és írta le a viszontáttétel jelenségét. A viszontáttétel a pszichoterapeuta azon reakciója, amelyet a páciens viselkedése vált ki benne, azáltal, hogy a páciens verbális vagy nem-verbális viselkedése a pszichoterapeuta személyiségét mélyen érintő problémát aktivál, és ez a probléma befolyásolja a terápiás viselkedését. A viszontáttétel jelenségére a későbbiekben majdnem minden pszichoterápiás iskolában nagy hangsúlyt helyeztek, és a saját viszontáttételi viselkedés felismerésének, és kezelésének a készsége a pszichoterapeuták, illetve bármilyen segítő munkát végző szakember képzésében fontos szerepet kapott. Részben a viszontáttételi jelenségek terápiát befolyásoló hatásának a felismerése vezetett el ahhoz a döntéshez, hogy a pszichoterápiás képzéseknek kötelező részévé vált a terapeuták önismeretének fejlesztése.

A viszontáttétel a terapeutának a páciensre adott tudatos és tudattalan, érzelmi és kognitív, intrapszichikus és magatartásbeli-reakcióinak összességét jelenti.

Ahhoz hasonlóan, ahogy a páciens viselkedése bepillantást nyújt ismétlődő interperszonális mintázataiba, asszociatív gondolataiba, érzelmeibe és indítékaiba (ld. áttétel), a terapeuta reakcióiból azok a sémák tudhatók meg, amiket a páciens - akarva vagy akaratlanul - kivált másokból. Ezek lehetnek olyan érzelmek, amelyeket ő maga nehezen ismer be, illetve pl. olyan játszmákba vonhatja be terapeutáját, amelyek az emberi kapcsolatokról alkotott tartós elvárásait tükrözik.

A ciklikus pszichodinamika koncepciója alapján a páciens félelmei, vágyai, elvárásai és magatartása gyakran önbeteljesítő jóslatként működnek, pl. a depressziósok hajlamosak kritikát kiváltani számukra fontos személyek részéről, ami egybecseng saját önkritikájukkal.

Egyes tanulmányok a viszontáttételt a terapeuta megoldatlan konfliktusain alapuló reakcióként definiálják, és elkerülő magatartásformák (pl. helytelenítés, hallgatás, ignorálás, címkezés, témaváltás) alapján operacionalizálják (Bethan és mtsai. 2005).

A viszontáttétel jelenségének négy megfogalmazását mutatjuk be (Gelso és Hayes, 2007):

Klasszikus nézet (Freud, 1910): A viszontáttétel a terapeuta tudattalan konfliktusának az aktiválódása által vezérelt reakció, amelyet a beteg viselkedése aktivált. A beteg hatására aktiválódnak a terapeuta gyermekkorából származó megoldatlan konfliktusok, és befolyásolják a terapeuta óra alatti viselkedését. A klasszikus nézet szerint a viszontáttétel a pszichoterápia szempontjából ártalmas jelenség.

Totális nézet (Little, 1951): A terapeuta összes betegre adott reakciója viszontáttételnek minősül, és a terapeuta minden reakciója fontos, megértendő, és árulkodik a terapeuta belső világáról. E nézet szerint a viszontáttétel fontos eszköze lehet

a terapeuta önmegértésének és ezen keresztül javíthatja a beteg megértését is.

Konkordáns-Komplementer nézet (Racker, 1957): A terapeuta viszonttáttételi reakciója kiegészítője a beteg kapcsolódási módjának.

Konkordáns viszonttáttétel esetén a terapeuta azonosul a beteggel, és például együtt haragszik vele a beteg hozzátartozójára, aki rosszul bánt a beteggel.

Komplementer viszonttáttétel esetén a terapeuta a beteg életének szereplőivel azonosul. Például, együtt érez a beteg hozzátartozójával és haragszik a betegre viselkedéséért.

Például, a nárcisztikus betegben levő megszégyenítő-megszégyenített kapcsolati minta aktiválódása a terapeutában is aktiválhat egy hasonló kapcsolati mintát és vagy a megszégyenítő szerepbe lép be (komplementer), vagy a megszégyenítettbe (konkordáns), vagy belemegy a beteggel egy olyan csatározásba, ahol váltogatják ezeket a szerepeket a vita során, anélkül, hogy rálátnának erre a mintázatra és alternatív kapcsolódási formákon kezdenének el gondolkodni. A jól-funkcionáló terapeuta nem vesz részt egy ilyen „szemet-szemért” küzdelemben, annak ellenére, hogy ez a tipikus, és a beteg által is elvárt reakció, amit rendszeresen kivált másokban. Ideális esetben a terapeuta ellenáll a beteg által aktivált „megszégyenítő” készletnek, és arra törekszik, hogy megértse, hogy mi váltotta ki benne ezt a készletet. Majd ha lenyugodott képes segíteni a betegnek abban, hogy felismerje magában ezt a kapcsolati mintát.

Kapcsolati nézet (Mitchel, 1993): A viszonttáttételt már nem pusztán a beteg által a terapeutában létrehozott jelenségnek tekinti, hanem a terápiás kapcsolatot az orvos és a beteg szükségleteinek, megoldatlan konfliktusainak, és viselkedésének a kölcsönhatásaként létrejött közös konstrukciónak tekinti.



Nézze meg a videót!
Figyelje meg, hogy az orvos milyen viszonttáttételi reakciókat mutat!

A viszonttáttételi jelenség megismerése azért fontos, mert az orvosi munka, és a pszichoterápiás tevékenység során egy-egy beavatkozás az orvos sérülékenysége, hiányos önismerete, és hiányos önszabályozó készsége miatt csúszik félre (**7. videó: [Az orvos viszonttáttételi reakciója az agresszív betegre](#)**).

Viszonttáttételi reakciók leggyakoribb típusai:

Elárasztott viszonttáttétel; a páciens, és erős negatív érzelmek (rettegés, taszítás, szenvedés) elkerülésére, a megfutamodásra való hajlamot jelöli. Leggyakrabban a dramatikus személyiség-jellemzőket mutató (pl. nárcisztikus és borderline) páciensekkel kapcsolatosan felmerülő viszonttáttételt jelez.

A terapeuta jellemző érzései, viselkedése:

Elárasztanak az erős érzelmei.

Megijeszt engem.

Eláraszt a szükségleteivel.

Úgy érzem, hogy olyan dolgokba keveredtem vele - gyakrabban, mint más pácienseimmel - amikre csak az ülés

után figyeltem fel.

Többször beszélek róla a kollégáimmal vagy a szupervízorommal, mint más pácienseimről.

Tehetetlen/Inadekvát viszontáttétel; a beteg viselkedése inkompetencia, reményvesztettség, szorongás érzését aktiválja a terapeutában.

Az üléseink során gyakran összezavarodom.

Frustráltnak érzem magam az üléseink során.

Szorongok, amikor veled dolgozom.

Úgy érzem, hogy nem tudok neked segíteni. Vagy attól félek, hogy nem fogok tudni segíteni neked.

Úgy érzem, hogy nem vagyok kompetens, vagy megfelelő terapeutája.

Kilátástalannak érzem a veled való munkát.

Azt gondolom, hogy másik terapeutával, másfajta terápiában jobban haladna.

Úgy érzem, hogy meg van kötve a kezem. Lehetetlen helyzetbe kerültem.

Úgy érzem, hogy kevésbé tudok neked segíteni, mint más pácienseimnek.

Pozitív viszontáttétel; a pácienssel kialakított pozitív munkaszövetség és szoros kapcsolat jellemzi.

Bizakodó vagyok a terápia során elért eredményeit látva.

Izgalmas dolog veled dolgozni.

Ha nem lenne a páciensem, akkor el tudnám képzelni, hogy barátok legyünk.

Várom a terápiás üléseinket.

Az ő hatására jó véleménnyel vagyok magamról, mint terapeutáról/orvosról.

Megelégedettséget érzek az üléseink után.

Ő az egyik kedvenc páciensem.

Nagyon szeretem őt.

Túlzott bevonódással járó viszontáttétel; a terapeuta olyan érzését írja le, hogy az adott páciens a többihez képest különlegesebb. A határok tartása (ld. önfeltárás, az ülés befejezése), bűnösség, felelősség érzése, túlzott bevonódás problémájának „finom jeleire” utal. Borderline páciensek terápiajában fordul elő gyakran.

Az üléseinket gyakrabban tovább tartom, mint más pácienseimmel.

Olyan dolgokat is megteszek érte, amiket más pácienseimért nem tennék meg.

Jobban kimutatom neked az érzelmeimet, mint más

pácienseimnek.

Jobban feltárom neki a személyes életemet, mint más páciensemnek.

Többször beszélek róla a férjemmel/feleségemmel vagy más fontos személyekkel, mint más pácienseimről.

Szexualizált viszontáttétel; a terapeuta pácienssel kapcsolatos szexuális érzéseire, szexuális feszültség jelenlétére utal. A terapeuta párkapcsolati problémái, krízisei esetén, illetve dramatikus csoportba tartozó személyiség-zavarok esetén gyakrabban jellemző. A pszichoterapeutáknak tilos csábítóan viselkedni, párkapcsolatot, szexuális kapcsolatot létesíteni betegeikkel. Ez a terápia befejezésének időszakára is vonatkozik.

Szexuálisan vonzónak találok.

Kényelmetlenül érzem magam és szorongok a felém irányuló szexuális érzései miatt.

Megmondom neki, hogy szeretem.

Szexuális feszültséget érzek a szobában.

Időnként flörtölök vele.



Azonosítsa az előző videón az orvos viszontáttételi reakcióit!

Nem elkötelezett viszontáttétel; a terapeuta az üléseken koncentrálatlan, nem vonódik be, bosszús, vagy unatkozik. Leggyakrabban a narcisztikus személyiség-zavarok esetén jellemző.

Úgy érzem, hogy nem tudok teljesen bevonódni az üléseink során.

Unatkozom az üléseink során.

Miközben beszél, gyakran elterelődik a figyelmem arról, amit mond.

Az üléseink során többször nézek az órára, mint más páciensemmel.

Szülői/Védelmező viszontáttétel; a terapeuta a normális pozitív érzelmeken túlmutató mértékben érez késztetést arra, hogy páciensét szülői módon védje, „táplálja”. A szorongó csoportba sorolt személyiségzavarokban szenvedő páciensek gyakrabban váltják ki ezt a viszontáttételi formát.

Számos ember van az életében, akikre mérges vagyok.

Bárcsak meg tudnám adni neki, amit másoktól soha nem kapott meg.

Úgy érzem, hogy meg akarom védeni.

Meleg, szinte szülői érzelmeket táplálok iránta.

Az üléseink során szomorú vagyok.

Úgy érzem, hogy gondoskodnom kell róla.

Ellenséges viszontáttétel; a terapeuta olyan érzése van, hogy páciens nem becsüli meg, elutasítja, leértékeli őt, ez tehetetlenség/inkompetencia érzést vált ki belőle, amit dühös-elutasító

reakciókat vált ki belőle. Paranoid és nárcisztikus személyiségvonásokat mutató és a különö, ekcentrikus személyiségű páciensekkel kapcsolatban jellemző.

Időnként nem szeretem.

Bárcsak elutasítottam volna, hogy a terapeutája legyek.

Elutasítottnak vagy leértékeltnek érzem magam.

Az üléseink során gyakran vagyok ideges.

Úgy érzem, hogy kritizál engem.

Félek a terápiás üléseinktől.

Mérges vagyok rá.

Erős érzelmeket kavarr fel bennem.

Úgy érzem, hogy használ vagy manipulál.

Úgy érzem, hogy 'borotvaélen táncolok': félek, hogy ha valami rosszat mondok, akkor szétrobbanhat, széteshet, vagy kisértálhat az ajtón.

Megmondom neki, hogy mérges vagyok rá.

Úgy érzem, hogy gonosz vagy kegyetlen vagyok vele.

Úgy érzem, hogy rosszul bánik velem, bántalmaz.

Készítetést érzek, hogy kemény határokat szabjak vele szemben.

Úgy érzem, hogy nem becsül meg.

Úgy érzem, hogy elutasít.

(Bethan és mksai. 2005).

A **viszonáttételi reakciók kezeléséhez** az alábbi készségeket érdemes fejleszteni:



Foglalja össze, milyen készségek szükségesek a viszont áttétel megfelelő kezeléséhez!

Az orvos saját belső folyamataira vonatkozó

belátóképessége: Ez arra vonatkozik, hogy az orvos milyen mértékben van tudatában, érti meg a saját érzéseit, attitűdjeit, szándékait, motivációját, személyiségét.

Integráltság foka: Az orvos személyiségstruktúrájának integráltságára vonatkozik. Azaz mennyire képes saját maga jó és rossz tulajdonságait, különböző egymással ellentétes szándékait, indulatait, érzelmeit egyszerre tudatosítani.

Szorongás/feszültség túrés szintje, szorongás/feszültség kezelési készségek: A terapeuta azon képessége, hogy képes túrni, kontrollálni a benne felbredt feszültséget és a szorongást, anélkül, hogy az vezérelné terápiás döntéseit.

Empátia: Képes a beteg helyébe képzelnie magát, és képes a beteg szükségleteire figyelni, még akkor is, ha megviseli a beteg által aktivált viszónáttételi reakciója.

Konceptualizációs képesség: a terapeuta azon képessége, hogy képes az általa alkalmazott pszichoterápiás elmélet keretében megfogalmazni azt, ami történik, és megérteni a

saját és a beteg szerepét a terápiás kapcsolat alakulásában, és a koncepciója alapján beavatkozni (Hayes, Gelso és Hummel, 2011)

A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok metaanalízisei szerint a viszontátvételi reakció cselekvésbe fordítása ártalmas, a viszontátvételi reakciók kordjában tartása viszont javítja a terápiák hatékonyságát. A viszontátvételi reakciók felismerésében és kezelésében sokat lehet fejlődni. Az önismereti terápiák és a szupervíziós tevékenység mind ezt a célt szolgálják. A pszichoterápiás szupervízió egyik célja, hogy egy másik pszichoterapeuta (szupervízor) segítségével a terapeuta gondolja át mi történt a pszichoterápiás órán, milyen érzéseket élt át, milyen intervenciókat hajtott végre. A szupervízor felhívhatja a figyelmet olyan jelenségekre, amelyeket a terapeuta maga észre sem vett.

III./3.3.9. Terápia hatékonyságát gátló kapcsolati tényezők

A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatokban sikerült azonosítani olyan kapcsolati tényezőket, amelyek változó mértékben, de rontották a pszichoterápiák hatékonyságát. Az alábbiakban röviden leírjuk az igazoltan káros beavatkozások jellemzőit.



Sorolja fel a terápia hatékonyságát gátló kapcsolati tényezőket!

Konfrontáció: Kontrollált kutatások, különösen az addikciók kezelése terén a konfrontatív stílust hatástalannak találták. Ezzel szemben a motivációs interjúkészítés technikai hatásosnak bizonyultak.

Negatív folyamatok: Páciensek beszámolóí és a kutatási vizsgálatok egyaránt arra figyelmeztetnek, hogy a terapeutáknak el kell kerülni az ellenséges, leértékelő, kritikus, elutasító, vagy vádló megjegyzéseket. Ha a terapeuták a páciens diszfunkcionális gondolataival vagy kapcsolati mintáikkal szemben fellépnek, ügyelniük kell arra, hogy világos különbséget tegyenek a személy és a megkérdőjelezett viselkedés között. Csak a megkérdőjelezett viselkedésre reagáljanak negatívan. Minden esetben kerülni kell a személy egészének negatív értékelését.

Előfeltételezések: A terapeuták, ha elsősorban a saját előfeltételezéseikre hagyatkoznak azzal kapcsolatban, hogy a páciensnek mennyire elégedettek a terápiás kapcsolattal, és a terápia sikerével, akkor gyakrabban tévednek. Ezzel szemben azok a terapeuták, akik erőfeszítést tesznek a páciens véleményének kiderítésére, fokozzák a szövetséget, és saját előfeltevéseikhez módosítandó munkahipotézisként viszonyulnak, nagyobb eséllyel előzik meg a terápia idő előtti megszakítását.

Terapeutaközpontúság: A folyamat-kimenet kutatásokban gyakran talált eredmény, hogy az eredményesség legjobb prediktora a páciensektől nyert információ a terápiás kapcsolatról. Az olyan pszichoterápiás tevékenység, amely elsősorban terapeuta megfigyeléseire alapul, nem jelzi előre az eredményességet. Ezért a páciens tapasztalatainak előtérbe helyezése a legfontosabb.

Merevség: A terapeuta rugalmatlansága és a kezelés túlzott

strukturálása csökkentheti az empátiát és a páciens egyedi élménymódjának a pontos észlelését. A merev terapeutákra jellemző, hogy nem veszik észre a kapcsolat zavarait, és tévesen a páciensnek tulajdonítják a terápiás kapcsolatban fellépő zavarokat. Dogmatikus ragaszkodás egy bizonyos terápiás módszerre jellemző kapcsolati stílushoz, annak ellenére, hogy az nem illik a pácienshez, rontja a kezelés eredményességét.

Prokrusztészi ágy: A pszichoterápiás módszerek jelen fejlettségi szintjén azonos terápiás módszer és kapcsolati stílus használata minden páciens esetén nem megfelelő hozzáállás és bizonyos esetekben nem etikus magatartás. A pszichoterápiás kezelés alkalmazhatósága és hatékonysága fokozható azzal, hogy ha a páciens egyedi igényeihez igazítjuk a beavatkozásokat. El kell kerülni Prokrusztészt, a görög óriás hibáját, aki minden vendégét az ágya méretéhez igazította, a magasabbak lábát levágva, az alacsonyabbakat kinyújtva. A terápiás kapcsolatot optimalizálhatjuk azzal, hogy ami működik azt alkalmazzuk, és ami nem működik azt elkerüljük.

Irodalom



Sparks JA, Duncan BL, Miller SD. (2008) Common Factors In Psychotherapy. In Lebow JL (Szerk.) *Twenty-First Century Psychotherapies. Contemporary approaches to theory and practice.* John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 453-497.

Bordin, ES. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In Horvath AO, Greenberg LS (Szerk.), *The working alliance: Theory, research, and practice.* New York: Wiley. 13–37.

Horvath, AO, Del Re, AC, Flückiger, C, Symonds, D. (2011) Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy.* 48:1, 9–16.

Safran, JD, Muran, JC, Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy,* 48:1, 80–87.

Davis, M.H., 1996. *Empathy: A Social Psychological Approach.* Westview Press, Madison, WI

Elliott, R, Bohart, AC, Watson, JC, Greenberg, LS. (2011) Empathy. *Psychotherapy.* 48:1, 43–49.

Tringer, L. *A gyógyító beszélgetés. VIKOTE, Vác, 1984.*

Lambert MJ, Bailey RJ, Kimball K, Shimokava K. (2008) *Clinical Support Tools Manual Brief-Version-40.* Brigham Young University. OQMeasures LCD, Salt Lake City.

Lambert MJ, Shimokava K. (2011) Collecting Client Feedback. *Psychotherapy.* 48:1, 72–79.

Tryon GS, Winograd G. (2011) Goal Consensus and Collaboration. *Psychotherapy.* 48:1, 50–57.

Farber BA, Doolin EM. (2011) Positive regard. *Psychotherapy.* 48:1, 58–64.

Kolden GG, Klein MH, Wang C-C, Austin SB (2011)
Congruence/Genuineness. *Psychotherapy*. 48:1, 65-71.

Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. (2005)
Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-8.

Freud, S. (1910). Future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Strachey

(Szerk.), *The standard ed. of the complete works of Sigmund Freud*
London, England: Hogarth Press. 139–151.

Hayes JH, Gelso CJ, Hummel AM. (2011) Managing
Countertransference. *Psychotherapy*. 48:1, 88–97.

Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it.

International Journal of Psychoanalysis, 32, 32–40.

Mitchell, SA. (1993). Hope and dread in psychoanalysis. New York, NY:

Basic Books.

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic*

Quarterly, 26, 303–357.

Norcross JC, Wampold BE. (2011) Evidence-Based Therapy
Relationships:

Research Conclusions and Clinical Practices. Psychotherapy, 48:1,
98–102.