

Emberi Erőforrások Minisztériuma
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv –
A szakpszichológiai ellátásról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002182
Megjelenés dátuma:	év. hónap. nap (Közlönykiadó adja meg)
Érvényesség időtartama:	2024.12.23
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	5
1. Fogalmak	5
2. Rövidítések	12
3. Bizonyítékok szintje	14
4. Ajánlások rangsorolása	16
V. BEVEZETÉS	16
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	16
2. Felhasználói célcsoport	22
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel	22
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	26
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	79
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	79
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	83
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	84
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	84
IX. IRODALOM	84
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	95
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	95
2. Irodalomkeresés, szelekció	95
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	95
4. Ajánlások kialakításának módszere	96
5. Véleményezés módszere	96
6. Független szakértői véleményezés módszere	96
XI. MELLÉKLET	96
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	96

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Felnőtt klinikai szakpszichológia szakterület

Dr. Csigó Katalin, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Kiss Dániel Balázs, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, országos szakfelügyelő, társszerző

Dr. Gonda Xénia, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Neuropszichológiai szakpszichológia szakterület

Dr. S. Nagy Zita, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Takács Mária, klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Dr. Mészáros Andrea, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Dr. Demeter Gyula, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Kárpáti Judit, klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Dr. Verseghi Anna, klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, társszerző

Alkalmazott egészségpszichológia szakpszichológia szakterület

Prof. Dr. Csabai Márta, klinikai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, társszerző

Prof. Dr. Martos Tamás, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, társszerző

Addiktológiai szakpszichológia szakterület

Dr. Kapitány Fővény Máté Gergely, klinikai szakpszichológus, társszerző

Dr. Farkas Judit, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta jelölt, társszerző

Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta jelölt, társszerző

Tremkó Mariann, klinikai addiktológiai szakpszichológus, társszerző

Köves Cecília Judit, klinikai szakpszichológus, társszerző

Guti Annamária, klinikai szakpszichológus, társszerző

Holczer Benjámin, klinikai szakpszichológus jelölt, társszerző

Batal Brigitta Aishah, klinikai szakpszichológus jelölt, társszerző

Általános fejlesztők

Palásti Flóra, klinikai szakpszichológus, társszerző

Maráz András, pszichológus, társszerző

2. Pszichiátria Tagozat

Prof. Dr. Kéri Szabolcs, pszichiáter szakorvos, elnök, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Pszichoterápia Tagozat

Prof. Dr. Németh Attila, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, orvosi rehabilitáció szakorvosa, elnök, véleményező

2. Addiktológia Tagozat

Dr. Kis Gabriella, pszichiáter szakorvos, elnök, véleményező

3. Neurológia Tagozat

Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsoroltak dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Független szakértő(k):

Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, kiképző kognitív viselkedésterapeuta, szakértő

Dr. Nagy László, klinikai szakpszichológus, szakértő

Prof. Dr. Kállai János, klinikai szakpszichológus, szakértő

Dr. Molnár Judit, klinikai szakpszichológus, szakértő

Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, szakértő

Pataky Ilona, klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, szakértő

Prof. Dr. Urbán Róbert, klinikai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, szakértő

Pigniczkiné Dr. Rigó Adrienne, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, szakértő

Dr. Hoyer Mária, klinikai szakpszichológus, klinikai addiktológiai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, szakértő

Hajduska-Dér Noémi, klinikai szakpszichológus, szakértő

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:

szakpszichológia
pszichoterápia

Ellátási folyamat szakasza(i):

prevenció,
pszichodiagnosztika,
terápia, gondozás, edukáció,
lelki felkészítés, rehabilitáció

Érintett ellátottak köre:

felnttörú pszichiátriai betegek, pszichés, mentális, pszichológiai és viselkedéses problémákkal küzdő betegek, szomatikus betegek, betegek hozzátartozói, egészségügyi ellátásban részt vevő szakszemélyzet

Érintett ellátók köre

Szakterület:

0900 neurológia
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)

7106 neuropszichológia
7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia
7108 alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia

Ellátási forma:

J1 járóbeteg szakellátás, szakrendelés
J3 járóbeteg szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozás végző szakellátás
J4 járóbeteg szakellátás, jellemzően nem orvosi szakfeladatot ellátó szakellátás
J7 járóbeteg szakellátás, gondozás
F1 fekvőbeteg szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
F2 fekvőbeteg szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
F4 fekvőbeteg szakellátás, rehabilitációs ellátás
F5 fekvőbeteg szakellátás, nappali kórházi ellátás
E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”

Progresszivitási szint:

I-II-III. szint

Egyéb specifikáció:

Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni továbbá az egészségügyi ellátás során tapasztalható pszichoszociális és pszichopatológiai jelenségekkel szembesülő szakemberek és a pszichiátriai, pszichológiai, pszichoterápiás ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (pszichiáterek, orvos pszichoterapeuták, szomatikus orvosok, mentálhigiénés szakemberek, szakápolók stb.) számára.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

adherencia: Terápiás együttműködés. Az egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlások betartása a gyógyszeresedés, a diéta és az életmódváltozás területén. Azt fejezi ki, hogy a beteg mennyire marad az adott terápiában, illetve köteleződik el a kezelés iránt. Az adherencia hangsúlyozza a páciens és az egészségügyi szakember közötti közös megegyezést a terápiára vonatkozóan. Az adherenciában fennálló problémák olyan komplex, soktényezős folyamatok amelynek során a páciens ismeretei (vagy annak hiánya), motivációi, képességei, készségei vagy erőforrásai okán a szakemberrel nem egyeztetve módosítja terápiáját, gyógyszeresedés esetén azt elhagyja, csökkenti, vagy akár növeli az adagolást vagy megváltoztatja annak módját.

addiktológiai konzultáció: Komplex ellátási forma, mely során felmérjük a kliens pszichés, egészségi (beleértve pl. a szerhasználati szokásokat) és szociális állapotát, ezt követően pedig kidolgozásra kerül a kezelési terv. A konzultáció a tanácsadás formájának tekinthető, nem azonos a pszichoterápiával. A konzultáció azt a kapcsolati formát jelenti, mely egy képzett segítő és egy segítséget kérő személy között jön létre. A kapcsolatban mind a segítő készségei, mind pedig az általa kialakított atmoszféra segíti a betegeket/pácisenseket/klienseket, hogy megtanuljanak magukkal és másokkal olyan viszonyt kialakítani, mely a fejlődésüket elősegíti. A konzultáció tanulási folyamat, mely során a segített személy adaptív viselkedéseket tanul meg, miközben a maladaptív viselkedései háttérbe szorulnak. A konzultációnak hat szakasza van: 1. információgyűjtés; 2. értékelés; 3. visszajelzés; 4. konzultációs szerződés; 5. viselkedésváltoztatás; 6. befejezés.

addiktológiai szakpszichológus/klinikai addiktológiai szakpszichológus: A klinikai szakpszichológia szakvizsga megszerzését követően az addiktológiai szakterületi továbbképzés elsődleges lehetősége, ráépülő szakképzésként, a 4 szemeszteres 'Klinikai addiktológiai szakpszichológus szakképzés'. A szakképzést végzett szakember megnevezése: klinikai addiktológiai szakpszichológus.

ágencia: Aktív hatóképesség, hatékonyság.

alacsony intenzitású pszichológiai intervenció: Személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenció, technika (pl. pszichoedukáció, relaxáció, önsegítő technikák). Az alacsony intenzitású beavatkozások leggyakrabban a kognitív viselkedésterápiás módszertanon alapulnak és jól alkalmazhatók a hagyományos pszichoterápiától eltérő körülmények között (pl. szomatikus kórképekhez társuló pszichés problémák, sürgősség, beteg-együttműködési problémák). Időtakarékosak, mivel a modern kor technikai lehetőségeit kihasználva az

alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók alkalmazhatók online, applikáció, telefonos, formában is ezzel is növelve hatékonyságukat.

alap-pszichoterápia: Pszichoterápiás képzettség fokozatai szerint úgynevezett alap-pszichoterápiás tevékenységet pszichiáterek, gyermekpszichiáterek és klinikai szakpszichológusok végezhetnek más ráépített képzés nélkül. Egyéb szakorvosok, illetve szakpszichológusok részéről, képzési szempontból az alap-pszichoterápia végzése a pszichoterápiás képzés úgynevezett propedeutikai fázisához kötött. Az alap-pszichoterápia tárgykörébe esik: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció. Az alap-pszichoterápia pszichiáter szakorvos, illetve klinikai szakpszichológus által végzett tünet-, állapot- és élménykorrekciós eljárások alkalmazása - meghatározott céllal, és indikációval, előre rögzített keretek között végzett intervenció, amely verbális és nonverbális kommunikációs formában történik.

alkalmazott egészségpszichológia: Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus kompetenciája: a szomatikus betegségek kialakulásának és gyógyításának komplex, biopszichoszociális szemléletére épülő hatékony problémamegoldás és kezelési eljárások; egyes betegségekhez, speciális kezelési helyzetekhez kapcsolódó pszichológiai problémák kezelése az alap- és szakellátásban (házi orvosokkal, szakorvosokkal, klinikai teamekkel együttműködve); betegséggel kapcsolatos nézetek és adaptív viszonyulás támogatása, az egészségvesztéssel kapcsolatos pszichés krízis, pszichológiai problémák és traumák kezelése; betegségekhez kapcsolódó testkép és énkép problémák kezelése; vizsgálatokra és beavatkozásokra, például műtetre való felkészítés: edukáció és szorongáscsökkentés; a betegségekkel való megküzdés technikáinak fejlesztése, a betegek öngondoskodásának és aktív gyógyulási készségének erősítése; krónikus betegséggel való megküzdés támogatása; részvétel palliatív és hospice ellátásban; a gyógyító szakemberek és kliensek együttműködésének támogatása, segítségnyújtás a társas támogatás lehetőségeinek feltárásában, egészség tudatos orientáció kialakításában; rizikóviselkedések csökkentése; veszteségfeldolgozás, gyászfeldolgozás; betegek családtagjainak támogatása; stresszkezelési, konfliktuskezelési, veszteségfeldolgozási és egészségfejlesztő technikák alkalmazása gyógyító szakemberek számára; kapcsolati, döntési és kommunikációs problémák megoldásának támogatása a betegellátás és a prevenció különböző szintjein; tanácsadás az egészséggel és betegséggel kapcsolatos ismeretek személyes és nyilvános kommunikációja terén: egészségfejlesztés, terápiás betegoktatás, szóróanyagok, ismeretterjesztő kiadványok, médiaanyagok, tréningek, képzések, kampányok tervezése; felmérések végzése egészség- és betegségmagatartással, biopszichoszociális folyamatokkal kapcsolatban egészségügyi intézmények és szakemberek számára. (7108-as szakmakód)

alkalmazott neuropszichológia: A neuropszichológia azon ága, mely a gyermek és felnőtt korban szerzett agykárosodás következtében kialakult kognitív, emocionális, motivációs, viselkedéses és szociális zavarok vizsgálatával (diagnosztikájával), és/vagy terápiájával foglalkozik.

ártalmas alkoholfogyasztás: A betegséget megelőző ivási viselkedésminták egy kontinuum mentén helyezhetők el. Absztinens, mértéktartó ivás, rendszeres mértéktartó vagy emelkedő mennyiségű fogyasztás, és a már betegség kategóriájába sorolandó visszaélés (abusus) illetve nem függőségi abúzus és végül az alkoholfüggőség. Mértékletesség esetén a nők napi 20 gramm, a férfiak napi 40 gramm tiszta szeszt tartalmazó italnál nem fogyasztanak többet. A kiszámításnál figyelembe kell venni a testsúlyarányt is. Tényleges alkohol tartalom 10-12 gramm egy egységben, amely lehet 4 ml töményesz, 1 pohár bor, vagy egy korsó sör. Egy 50 kg testsúlyú nő esetében a 20 gramm elfogadott mennyiség a gyakorlatban másfél egységnyi italt jelent (pl.: egy-két pohár bor.).

burnout: Kiegészítő szindróma. Hivatással, foglalkozással összefüggésben a nagyfokú érzelmi igénybevitelből adódóan kialakuló fizikai, érzelmi, attitűdbeli krónikus stresszreakció. Fő tünetei: testi-lelki fáradtság, alvási problémák, csökkenő munkateljesítmény, irónia, cinizmus, társas beszűkülés.

compliance: Terápiás engedelmesség vagy terápiahűség. A beteg a számára előírt/javasolt terápia követésének mértékét jelenti, azaz mennyire van összhangban a kliens viselkedése az egészségügyi szakember előírásaival. A gyógyszeresedés esetén annak pontosságát fejezi ki, azaz azt implikálja, hogy a páciens azt csinálja, amit az egészségügyi szakember mond neki. Az adherencia fogalmi körébe tartozik, de nem feltétlenül meríti ki a tájékozott beleegyezés fogalmát (gyakorlatban betartja az utasítást, de nem biztos, hogy egyetért a kezelés lényegével).

dependencia: A diagnosztikai rendszerekben a függőség testi (megvonás, tolerancia) és pszichoszociális aspektusainak leírására használt fogalom. A DSM-5-ben az abúzus (ártalmas alkoholfogyasztás) és a dependencia helyett a szerhasználati zavar terminus került bevezetésre, és a dimenzionális szemlélet mentén súlyossági fok megállapítására is lehetőség nyílik (tünetszám alapján).

dialektikus viselkedésterápia (DBT): A kognitív terápia második hullámához tartozó DBT széles alapokon nyugvó kognitív viselkedésterápia, amely bizonyítottan hatékony a borderline személyiségzavarban. Az egyéni pszichoterápiát, csoportos készségfejlesztést és mindfulness elemeket is magában foglaló DBT a borderline személyiségzavar dialektikus és bioszociális megközelítésén alapul.

distressz: A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiáig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör és tapasztalat, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkel való együttműködés valószínűségét. 2010 óta a distressz a hatodik életfontosságú vitális jel a fájdalom, a szívritmus, a hőmérséklet, a vérnyomás és a légzés mellett.

család- és párterápia: A családot és a párt egységként, rendszerként kezelő segítő, gyógyító beavatkozás, mely az emberi interakció, kommunikáció révén próbál változást elérni az élmények feldolgozásában és a magatartásban.

egységnyi alkohol: Az alkoholfogyasztás ártalmainak és kockázatának legelterjedtebb indikátora a bevitt alkohol mennyisége, ami jellemzően egységnyi alkohol mennyiségben kerül számításra. Egy egységnyi alkohol a kultúránként eltérő, kb. 1,5 dl bornak, vagy 3 vagy 5 cl égetett szesznek megfelelő mennyiség. WHO: Egy ital meghatározása az ethanol grammban kifejezett mértéke által történik. Nagy Britanniában 8-9 gramm alkohol, Észak Amerikában 12 gramm alkohol az egységes mérce az egyes italoknál. Például egy korsó sör, egy pohár bor, fél dl tömény szesz és egy-másfél dl koktél tartalmaz nagyjából ugyanannyi ethanol.

fejlődés-neuropszichológia: A fejlődés neuropszichológia a genetikailag meghatározott, vagy különböző típusú intrauterin hatások (hormonális, drog, alkohol stb.) következtében károsodott gyermekek sajátosan atipikus egyéni fejlődési mintázatát (kognitív fejlődési zavarok) elemzi elsősorban a fejleszthetőség szempontjából.

felépülési modell: A függőségből való felépülés fogalma egy új korszerű megközelítésmódot takar. Nem gyógyulásról beszélünk az alkohol- és más függőségtől való megszabadulás esetén, hanem felépülésről. A felépülésben a viselkedésváltoztatásnak hat szakasza van, amely a mérlegelés előtti szakasszal indul, ekkor még tagadja a függőbeteg, hogy neki problémát jelent a függőség. Majd a mérlegelés szakasza következik, amikor már olyan súlyosak a tünetek és a következmények, hogy a változtatás szándéka megjelenik. Ezt követi a döntési szakasz, amikor eldönti, hogy leszokik a szerről és változtat az eddigi viselkedésén. Az aktív változtatás szakasza követi a döntést, amikor a tényleges terápiák következnek. A következő szakasz az egyik legfontosabb része a felépülésnek (lásd józanság), mert az absztinencia fenntartása egy élethosszig tartó feladat (abstinence maintenance). A következő és egyben utolsó szakasz világít rá arra, hogy miért is olyan fontos a fenntartás szakasza, mert itt következik be a visszaesés, vagy megcsúszás (relapszus).

folyamatorientált neuropszichológiai vizsgálat: A folyamatorientált neuropszichológiai vizsgálat célja kettős: a neuropszichológiai diagnosztika mellett feladata, hogy tudatosításhoz, önismereti munkához segítsük az agysérülést szenvedett személyt. A vizsgálat és a terápia tehát időben nem különül el egymástól, hanem szétválaszthatatlan, egységes folyamat. A folyamatorientált vizsgálatban a hangsúly a fogyatékossgá jellegére és a funkcionálás minőségére helyeződik, arra, hogy az agykárosodással küzdő személy hogyan működik, ezért a sérült funkciókon kívül az ép képességek, a kompetenciák lehetőségei felderítését is célba veszi. Ennek megfelelően ebben a munkában a kvantitatív, sztenderdizált módszereknek csak másodlagos szerep jut, inkább olyan vizsgáló eljárások kerülnek előtérbe, amelyek individuálisan illesztettek, rugalmasan alkalmazottak és a tünetek minőségi hibaelemzését teszik lehetővé. Ebben a folyamatvezérelt szemléleti megközelítésben mód van a változások folyamatos monitorozására betegnek és terapeutának egyaránt, és azt is lehetővé teszi, hogy a vizsgálat során a betegeket olyan módon állítsuk feladatok elé, hogy megoldási kísérleteik során lehetőségük legyen a valóságnak megfelelően felfedezni hiányait és képességeiket, ezáltal új ismereteket tanuljanak önmagukról.

funkcionális zavar: Biológiai tényezők, környezeti tényezők, lelki működések hatására kialakult megváltozott állapot, melyben az egyén a szándékának megfelelő, vagy elvárt teljesítményt nem képes elérni, bár a szomatikus egészségi állapota ezt lehetővé tenné.

keresztmetszeti neuropszichológiai vizsgálat: Egy adott időpillanatban történő képesség, funkcionális állapot illetve működés meghatározása neuropszichológiai eszközökkel.

kísérleti és kognitív neuropszichológia: A neuropszichológia azon ága, mely az agykárosodásból fakadó sérült pszichés funkciók kutatásával foglalkozik a funkcionális rendszerek minél pontosabb leírásának, modellezésének céljából.

klínikai pszichológia: A klínikai pszichológia a pszichológia azon ága, mely az érzelmi és viselkedési zavarok kutatására, felmérésére, diagnosztizálására, értékelésére, megelőzésére és kezelésére szakosodott (APA). A klínikai pszichológia a pszichológia emberi működéssel foglalkozó gyakorlati ága, mely a pszichológiai/pszichiátriai/kapcsolati/érzelmi/viselkedéses problémák vizsgálatát és azok megoldását fizikai, mentális és szociális jóllét előmozdítását segítő eszközökkel keresi (CPA). A klínikai szakpszichológus a klínikai gyakorlat során a diszfunkcionális magatartásmódokkal és pszichikus zavarokkal kapcsolatos állapotfelmérési, prevenciós, gyógyító és rehabilitációs beavatkozásokat a pszichológia tudományos ismeretanyagán és módszertanán alapuló alapelveknek megfelelően végzi. A

klinikai pszichológia a mentális és pszichés zavarok diagnosztikáját és terápiás ellátását a bizonyítékokon alapuló paradigma alapján igazolt diagnosztikai eszközök és terápiás eljárások alapján „tudós szakember”-ként végzi. A klinikai pszichológia kompetenciája a pszichés problémák széles körének (1) felmérése és diagnosztizálása gyermek-, felnőtt-, és időskorban; (2) klinikai pszichológiai szakvélemény kialakítása és ennek alapján (3) adekvát (bizonyítékokon alapuló) kezelési terv megfogalmazása; (4) a pszichés problémák kezelése és gyógyítása, valamint az egyén problémamegoldó és megküzdő képességének fejlesztése a fizikai és pszichoszomatikus betegségekkel, egészségi állapotával (pl. öregedés, meddőség, rokkantság, kiégés) vagy az őt ért traumákkal; (5) az intervenciók értékelése és kutatása.

klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus: Az a felsőfokú szakirányú egészségügyi szakvizsgával (orvosegyetemen szakképzés keretében megszereshető szakvizsga) rendelkező szakpszichológus, aki a mentális betegségek felmérésének, diagnosztikájának, pszichodiagnosztikai vizsgálatának, pszichológiai intervenciókkal és pszichoterápiás eszközökkel történő kezelésének és a mentális betegségek kutatásának komplex kérdéseiben is járatos, önálló szakmai kompetenciával bír. A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység a) a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására; b) a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára, okainak feltárására, és viselkedésdiagnosztikai, dinamikus, illetve rendszerszemléletű modellben való elhelyezése; c) az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok kiválasztására és végzésére, valamint d) a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul.

Tevékenységi körébe tartoznak továbbá és többek között az alábbi tevékenységek: pszichodiagnosztika és állapotfelmérés, a legkülönbözőbb pszichés problémák, krízisállapotok esetében, krízisintervenció, szuicid veszélyeztetettség felmérése, prevenciója és stressz-management, kiégés (burn-out) prevenció, konfliktuskezelés, problémamegoldó tréningek, kommunikációs, szociális készségfejlesztő és egyéb személyiségfejlesztő illetve viselkedéstréningek tartása.

A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus az alábbi tevékenységeket végezheti: életvezetési tanácsadás, krízisintervenció, relaxációs módszerek (autogén tréning, progresszív relaxáció, mindfulness), alap-pszichoterápia, támogató, azaz szupportív terápia, pszichoterápiás szemléletű konzultáció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók. Az általános alap-pszichoterápiás gyakorlat során a pszichés zavarok konceptualizálására jellemzően meghatározott pszichodiagnosztikus szempontrendszer, illetve egy-egy módszertani iskolához kapcsolódó gondolkodásmód mentén történő kezelésére is van lehetősége a szakembernek. Szakpszichoterápia végzése ráépített pszichoterapeuta szakvégtettséget igényel, módszerspecifikus szakpszichoterápia pedig módszerspecifikus végzettség megszerzését is szükségessé teszi. (7101-es szakmakód)

kognitív fejlődési zavarok: Az érésben lévő agyi hálózat és a fejlődésben lévő megismerő funkciók atipikus fejlődéséből fakadó zavarok.

kognitív képességek: A kognitív, vagy más néven megismerő képességek az olyan megismerési, információfeldolgozási és gondolkodási funkciókat jelentik, melyek a személyt érő ingerek, információk felfogását, feldolgozását, megőrzését valamint előhívását ezáltal az értelmi működést teszik lehetővé. A kognitív képességek közé tartozik, az érzékelés, észlelés, figyelem, emlékezés, gondolkodás, képzelet, nyelvi funkciók, írás, olvasás, számolás, valamint az önszabályozó funkciók (például gátlás, váltás, stratégia alkotás, tervezés).

kognitív viselkedésterápia: Olyan pszichoterápiás módszerek gyűjtőneve, amelyek a pszichés és pszichoszomatikus zavarok kialakulásában és kezelésében a tanulás és az információfeldolgozás törvényszerűségeit használják fel. Mivel a gondolatok, az érzelmek, a testi állapot és a viselkedés szoros kölcsönhatásban állnak egymással, a kognitív viselkedésterápia szerint a pszichés zavarok háttere a diszfunkcionális gondolkodás, ami a hangulat és a viselkedés negatív irányú megváltozásához vezet. A CBT célja a korai maladaptív sémák, diszfunkcionális hiedelmek és maladaptív magatartásformák feltárása valamint realisabb gondolkozásmód és adaptív viselkedésformák kialakítása. Tartós eredményt a beteg alapvető – önmagára, a jövőjére és a külvilágra vonatkozó – maladaptív sémáinak módosulása eredményez.

krízis: Intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti, sürgős beavatkozást szükségessé tevő lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális, vegetatív és pszichés tünetekkel is járhat. A sokáig tartó intenzív krízis - intervenció nélkül - pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet.

megküzdés (coping): Azok a lelki műveletek, amelyekkel a személy a külvilágból jövő fenyegetéseket kezelni törekszik. A megküzdés tudatos folyamat, célja a külső fenyegetettséggel való szembeszállás és az egyén pszichológiai egyensúlyának védelme. A személy többféle megküzdési stratégiát is használhat: konfrontáció, érzelmek regulációja, problémaközpontú gondolkodás, pozitív gondolkodás stb.

mindfulness: tudatos jelenlétben alapuló meditáció, melyre épülő stressz-csökkentő módszer a klinikai gyakorlatban számos területen alkalmazható.

Minnesota Modell: A beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el, melyből gyógyulás helyett felépülés képzelhető el. A kezelés absztinencia-orientált, valamint szerepet kap benne a

multiprofessionális szemlélet, az önégitő csoportok programja, a csoportterápia, valamint a felépülő szenvedélybetegek/tapasztalati szakértők szakmai bevonása.

multidiszciplináris/pluridiszciplináris team: Az időben gyakran elhúzódó, szakmailag sokrétű és teljeskörű egészségügyi ellátás során a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek értő együttműködésére van szükség a betegközpontú gyógyítás megteremtéséhez. Ennek optimális közegét a prevenció, diagnosztikai, kezelési és/vagy rehabilitációs intervenciók végzése során aktuálisan is kialakuló kezelési teamek jelenthetik. A motivált dinamikus együttműködés a jobb eredmény záloga, hiszen a közös célt a feladatok megoszthatósága és az erőforrások optimális beosztása is segíti.

nagyivás (drinking heavy): Olyan ivási mintázatot mutat be, amelyben nincs patológiás következmény, nem alakul ki függőség, de hosszútávon a központi idegrendszerre gyakorolt hatás kifejezett a nagymennyiségű alkohol bevitel miatt. Vannak, akik nagyon jól tolerálják az alkoholt és különösebb következmények nélkül isznak. Erre a mintázatra jellemző, hogy egy napon belül legalább háromszor iszik alkoholt, vagy egy alkalommal 5, vagy annál több italt képes meginni. Az állapotfelmérésnél kiderülhet, hogy milyen az ivási mintázat és a kezelésbevitelnél differenciál a nagyívóval folytatott intervenció.

neuropszichológia: A neuropszichológia olyan határterületi tudományágak közé tartozik, amelyek az agyi struktúrák és a pszichés folyamatok közötti összefüggésekkel foglalkoznak. Feladatai elsősorban agykárosodást szenvedett személyekkel, és a kognitív, emocionális, motivációs, viselkedéses és szociális zavarainak vizsgálatával valamint rehabilitációjával kapcsolatosak. Másodlagosan a neuropszichológia feladatai közé tartozik azon személyek vizsgálata és ezzel összefüggésben segítése is, akik képesség és állapotváltozásait olyan funkcionális (működésbeli) agyi változások okozzák, amelyek nem szervi, strukturális agykárosodásból fakadnak, hanem a tudatállapot tartós vagy átmeneti megváltozásából (pl. szorongás, gyászfolyamat, depresszió, egzisztenciális krízishelyzetek, extrém stressz, rendkívüli vagy szélsőséges állapotok). Fő ágai a kísérleti és kognitív neuropszichológia, a fejlődés neuropszichológia és az alkalmazott neuropszichológia. (7106-os szakmakód)

neuropszichológiai szakpszichológus: az a pszichológus alapvégzettséggel rendelkező személy, aki a korábbi szakképzési rendszerben klinikai szakpszichológus szakképesítésen felül második szakképesítésként neuropszichológus szakvizsgát tett, vagy aki a 22/2012 EMMI rendelet szerinti szakképzésben neuropszichológiai szakpszichológus alap szakképesítést szerzett.

A neuropszichológiai szakpszichológus feladatai elsősorban agykárosodást szenvedett személyekkel, s így kognitív, emocionális, motivációs, viselkedéses és szociális zavarainak a vizsgálatával, valamint rehabilitációjával kapcsolatosak. Másodlagosan a neuropszichológia feladatai közé tartozik azon személyek vizsgálata és ezzel összefüggésben segítése is, akiknek a képesség- és állapotváltozásait olyan funkcionális, működésbeli agyi (fiziológiai, anyagcsere folyamatokat érintő) változások okozzák, amelyek nem szervi, strukturális agykárosodásból fakadnak, hanem például az életkor előrehaladtával kapcsolatosak. Legfontosabb tevékenységek: a károsodott és az épen maradt kognitív funkciók minél pontosabb/részletesebb feltérképezése alapján az érintett személy megsegítése, hogy életét a számára lehetséges legnagyobb önállósággal és legjobb minőségben folytatni tudja. Ennek érdekében cél lehet a károsodott kognitív funkciók reorganizációjának támogatása; az érintett funkciók fejlesztése; az épen maradt képességekre épülő kompenzációs stratégiák kimunkálása; az önismeret fejlesztése: a megváltozott képességek tudatosítása; a betegség és a veszteségek feldolgozása; megküzdési képesség erősítése; másodlagos pszichés problémák prevenciója és kezelése; a beteg és hozzátartozójának edukációja. Neuropszichológus részvétele szükséges az agykárosodást szenvedett betegek korszerű ellátásában mind a járóbeteg, mind a fekvőbeteg ellátásban.

neuropszichológiai szűrővizsgálat: A kognitív folyamatokra irányuló olyan kiinduló, általános, áttekinthető vizsgálat, amelynek segítségével hipotézis fogalmazható meg a további, mélyebb problémacentrikus, és/vagy részletes neuropszichológiai vizsgálat számára, vagy további klinikai kérdések megfogalmazásához. A célja tehát előzetes felszíni tájékozódás és így a neuropszichológiai szűrővizsgálat önmagában nem elegendő a terápiás teendők kimunkálására, továbbá szakértői kérdések megválaszolására.

neuropszichológiai terápia: A neuropszichológiai terápia az a komplex folyamat, mely során az agysérült személy helyreállása, (újra)szerveződése zajlik, a (re)organizációs folyamatok, kompenzációs mechanizmusok, önismereti-, tanulási- és fejlődési folyamatok katalizálása mentén. A terápia célja nem pusztán a funkciózavar kezelése, hanem a zavarral küzdő személy megsegítése, hogy életét a számára lehetséges legnagyobb önállósággal és legjobb minőségben tudja folytatni.

prevenció pszichoszociális szempontból: A megelőzésben a szakpszichológus fontos feladata a megelőzhető pszichoszociális kockázati tényezők azonosítása és minél hatékonyabb uralásának elősegítése. Ide tartoznak: betegségekkel kapcsolatosan fokozott rizikót jelentő emberi magatartások és életmód, kedvezőtlen társadalmi hatások, bizonyos személyiség tényezők, krónikusan megterhelő érzelmi állapotok és ezek kölcsönhatásai. A pszichoszociális megelőzés hatékonyságát az összes szakágazat (pszichológia, pszichiátria, szociológia stb.) irányított együttműködése biztosíthatja.

problémacentrikus neuropszichológiai vizsgálat: Egyes kognitív folyamatok, illetve készségek problémaorientált, neuropszichológiai eljárásokkal történő vizsgálata.

pszichiátriai tünet: Olyan gondolati, érzelmi vagy viselkedésbeli megnyilvánulás, mely az átlagoshoz képest túl gyakran, túl ritkán vagy az adott szituációban inadekvátan jelenik meg.

pszichoaktív szer: Természetes vagy mesterséges/szintetikus kémiai anyagok, amelyek a központi idegrendszer működési folyamatainak módosításával fejtik ki hatásukat.

pszichodiagnosztika: Komplex klinikai szakpszichológiai kivizsgálás; explorációt, anamnézis felvételét, pszichodiagnosztikai eszközökkel történő tesztvizsgálatok elvégzését és kiértékelését, valamint összefoglaló szakvélemény elkészítését jelenti.

pszichoedukáció: Olyan betegség- vagy terápiaspecifikus tájékoztatás, amely során a páciens a betegségével kapcsolatos információkat szerezhethet. Pszichoszociális szempontú tájékoztatást kaphat az adott kezeléstről, a kezelés technikai kivitelezéséről, a gyógyulást támogató teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.

pszichológiai intervenciók/beavatkozások: Lélektani beavatkozások. Intervenciónak tekinthetjük a pszichodiagnosztikától (tesztfelvétel, anamnézis, heteroanamnézis) a különböző pszichoterápiás formákon (szupportív pszichoterápia, krízisintervenció stb.) keresztül a pszichoszociális prevencióban (pszichoedukáció stb.) alkalmazható és felhasználható eszközöket.

pszichodinamikus pszichoterápia: Pszichoanalitikus elméletekre épülő lélektani gyógyító eljárás, melynek célja a személyiség átdolgozásán keresztül elérni a tüneti változást.

pszichopatológia: A mentális működések kóros megváltozását, az egyes lelki jelenségek kóros változatait leíró ismeretek összefoglaló neve.

pszichoterápia: A pszichoterápia olyan gyógyító terápiás beavatkozás, amely pszichés, pszichoszomatikus és pszichiátriai zavarok kezelésében, illetve az érzelmi és hangulati élet patológiás elakadásai és betegségei esetén egyéni vagy csoportos formában, meghatározott interakciós repertoár és kommunikációs eszközök révén (interakció, kommunikáció stb.), tudományosan és tapasztalati alapon kialakult és pontosan definiált keretek között, meghatározott időtartamú és számú ülésben az élménymegélésben, az élményfeldolgozásban, az érzelmi inter- és intrapszichés életben és működésben, illetve a viselkedésben és magatartásban változást előidéző célzattal interveniál, és amelyet ráépített pszichoterapeuta szakvézettséggel rendelkező szakorvos és/vagy szakpszichológus végezhet önállóan. Módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakorvos, vagy szakpszichológus által végzett pszichoterápia az adott módszer szakpszichoterápiája. A terápiás folyamat ellenőrzött, dokumentált, diagnosztikára épülő intervenciókon alapul és elvártnak minőségbiztosítással valósul meg.

pszichoterapeuta: Pszichoterapeuta szakvizsgálóval rendelkező szakorvos/szakpszichológus.

pszichoszociális: A szomatikus és mentális betegségeknek mentális, érzelmi, társadalmi és spirituális hatásai is vannak. A betegségek pszichoszociális hatásait felfedezhetjük a betegek gondolkodásmódjában, érzelmeiben, hangulatában, vélekedéseiben, megküzdési módjaiban, valamint a hozzátartozókkal, barátokkal, munkatársakkal való kapcsolatainak megváltozásában. Pszichoszociális tényezők befolyásolják a mentális és szomatikus betegségek kialakulását, lefolyását és prognózisát.

regresszió (lelki/pszichológiai): Visszaesés, visszacsúszás egy, a fejlődésben már meghaladott szintű személyiség-működésre, pszichés túlterhelődés hatására. Az egyén számára elviselhetetlen helyzetben a regresszió az egyik lehetséges út, melynek során a személy igyekszik kezelhetővé tenni a stresszt, a veszélyt, a szorongást. E lelki védekezés akaratlanul aktiválódik, fő feladata a személyiség védelme.

rehabilitáció: A rehabilitáció azon egészségügyi eljárások, ellátások összessége, amelyek célja a betegség miatt kialakult funkcióvesztés (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szívteljesítmény, meddőség stb.) helyreállítása vagy pótlása, illetve kompenzáló új képességek kifejlesztése (ez utóbbi a habilitáció).

relaxáció/ ellazulás: A testi működések befolyásolására, az aktiváció csökkentésére, a nyugalmi állapot elérésére irányuló pszichológiai intervenció. A relaxációs technika alkalmazása önmagában nem pszichoterápia.

részleges neuropszichológiai vizsgálat: A kognitív folyamatok részleges, töredékes vizsgálata azon helyzetekben, amikor korlátozott a vizsgálhatóság a beteg állapota miatt (pl. alacsony a terhelhetőség a beteg fizikai állapotának következtében s így ágymelletti a vizsgálat), illetve a vizsgálati helyzetek, körülmények behatároltsága miatt (pl. nincs zavartalanságot biztosító helyiség, nincsenek megfelelő eszközök).

részletes/átfogó neuropszichológiai vizsgálat: Vizsgálat, melynek célja az egyes pszichikus folyamatok struktúrájának feltérképezése, az ép és károsodott funkciók kimutatása, a deficit hattermechanizmusának feltárása.

reziliencia: Rugalmas, alkalmazkodást segítő ellenállási képesség. A nehéz élethelyzeteket, traumákat, kríziseket követően a reziliens személy gyorsabban és kiterjedtebb körben tudja visszanyerni testi-lelki egyensúlyát.

rohamivás (binge drinking): A rohamivás egyfajta kemény ivászat, amire jellemző, hogy rövid idő alatt nagymennyiségű alkoholt iszik valaki, kifejezetten az ivás szándékával. A cél a gyors részegség kialakulása. Azonosságot mutat a Jellinek-féle epszilon alkoholizmussal.

rövid dinamikus terápia: A pszichoanalízis elméletén alapuló lélektani gyógyító eljárás; célja, eszköztára és technikai módszertana eltér a klasszikus pszichoanalízistől; specifikus pszichodinamikai fókusz meghatározásán keresztül segíti a páciens javulását és gyógyulását.

stigmatizáció: Megbélyegzés. Például a mentális betegséggel összefüggésben kialakuló, a beteget érő diszkrimináció, megkülönböztetés. A stigmatizáltságot a környezet felől érkező megkülönböztetett viszonyulás váltja ki, amely szubjektív élményként leggyakrabban fokozott szorongás, titkolózás, hallgatás, önhibáztatás, szemrehányás, szégyen és igazságtalanság érzések formájában jelenhet meg. A stigmatizációt az egyén betegséggel kapcsolatos tudása mellett szociológiai folyamatok is befolyásolják (pl. kirekesztés). A társadalmi környezet edukáltsága növelheti a betegséggel, a beteggel kapcsolatos elfogadást.

szakpszichoterápia: A pszichoterápiás szakvizsga mellett valamely pszichoterápiás eljárásból szerzett teljes módszerspecifikus végzettség.

szerhasználati zavar: A DSM 5 diagnosztikai rendszerében a problémás jellegű szerfogyasztást leíró fogalom. A diagnózis a pszichoaktív szerfogyasztás következtében kialakuló tartós mentális, pszichés károsodást, valamint az életvitelt érintő egyéb problémákat (beleértve az interperszonális konfliktusokat) fedi le. A DSM-5 a tüneteinek alapján tesz különbséget enyhe, közepes vagy súlyos fokúnak tekinthető szerhasználati zavar között.

szorongás: Valamilyen veszély előérzetére vonatkozóan kialakuló tárgy nélküli félelem. Fizikai, vegetatív és érzelmi indulati állapot, amelyet nem pontosan meghatározható vagy körülírható fenyegetettség vált ki. A szorongást keltő veszély származhat a külvilágból, de intrapszichés (személyen belüli) eredete is előfordul. A szorongás patológiás mértékű, ha eltúlzott, indokolatlan, vagy ha meghaladja az egyén toleranciaszintjét és akadályozza a hétköznapi életvitelt. Sokszor kísérőtünete egyéb (pszicho)patológiáknak.

szupervízió/intervízió: Tanulási folyamat, a betegellátásból is fakadó gyakorlati tapasztalatokból indul ki és oda visszacsatoló procedúra, eset/jelenség megbeszélés segítségével. Célja a segítő szakmákban dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése a problémára való rálatás fejlesztésével, külső szemszögből. Csoportos és egyéni formában történhet. Az intervízió a súlyosan traumatizált kliensekkel foglalkozó segítők szupervízorainak is további külső segítségnyújtási formát jelent.

szupportív terápia: Olyan terápiás módszer, mely nem rendelkezik önálló fejlődés-, pszichopatológiai- vagy terápiaelmélettel, gyakorlati értéke azonban jelentős. A szupportív terápia során a terapeuta specifikus támogató intervenciókat végez, melyek célja a páciens alkalmazkodási készségének fejlesztése és a páciens zavaró tüneteinek enyhítése.

terápiás intervenció: Olyan beavatkozás, amely a betegség/állapot megszüntetése, az életminőség javítása, vagy az állapot romlásának megakadályozása érdekében történik. A neuropszichológiai terápia folyamatában a páciens és a terapeuta kapcsolati szövetsége a megváltozott idegrendszeri működések okozta változások megértésére, feldolgozására, reorganizációjára irányul. Módszerek és időtartam tekintetében változó lehet.

trauma (pszichotrauma): Súlyos életeseményre adott fiziológiás reakciókkal is kísért komplex érzelmi élmény, amelyet az adott személy képtelen érzelmileg feldolgozni. A pszichológiai traumára adott azonnali reakció lehet az érzelmi krízis. A lelki trauma – megfelelő kezelés nélkül akár hosszantartóan – megzavarja az adott személy érzelmi egyensúlyát és a lelki védekezési mechanizmusainak működését idézi elő.

traumatizáció: A szervezetet érő, erős negatív érzelmet és feszültséget kiváltó testi és/vagy lelki hatás, ami kisebb vagy nagyobb mértékben megzavarja a szervezet megszokott működését, befolyásolja későbbi fejlődését és tüneteket képez.

új pszichoaktív szerek: Az elmúlt 10-20 évben megjelent pszichoaktív szerek gyűjtőfogalma. Hazánkban az új pszichoaktív szerek közül elsősorban a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinon-származékok terjedtek el, míg pl. az USA és Kanada területén a jelenleg is zajló opioid-krízis esetén új opioid származékok használati gyakorisága is megnőtt. Egy részüket legális tudatmódosítónak is nevezték, jelezve átmeneti legalitásukat, de az elnevezés megtévesztő, ugyanis e szerek közül sok már felkerült a kontrollált szerek (=kábitószer) listáira. Magyarország bevezetett egy átmeneti listát (az ún. C-listát 2012. 04.02.-től, majd az azt felváltó 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendeletet), ahol nem egy-egy különálló szer, hanem teljes molekulacsaládok kerültek a listára, ily módon lehetővé vált az ún. generikus szabályozás.

viselkedéses addikció: Egyes viselkedéseknek vagy viselkedési folyamatoknak kényszeres, repetitív, ártalmas ismétlődése. A viselkedéses addikciók tünettanukban, etiológiájukban és dinamikájukban sok esetben átfedést mutatnak a szerhasználati zavarokkal. Gyakori a kémiai és viselkedéses addikciók együttes, komorbid megjelenése.

2. Rövidítések

ABCHP: American Board of Clinical Health Psychology
ACE-R: Addenbrooke's cognitive examination Revision
ACE-III: Addenbrooke's cognitive examination III
ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale
AKV: Addenbrooke's Cognitive Examination (Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat)
ANIS: Anorexia Nervosa Inventar für Selbstbeurteilung - Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív
APA: American Psychological Association, American Psychiatric Association
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test - Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje
BADS: Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome
BAI: Beck Anxiety Inventory - Beck Szorongás Leltár
BCDS: Bulimia Cognitive Distortions Scale - Bulimia Kognitív Disztorziós Skála
BDEPQ: Benzodiazepine Dependence Questionnaire - Benzodiazepin Dependencia Kérdőív
BDI: Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív)
BIS: Barratt Impulzivitás Skála
BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 10. verzió
BNO-11: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. Verzió
BPRS: Brief Psychometric Rating Scale - Rövid Pszichiátriai Becslő Skála
BSQ-14: Body Shape Questionnaire Short Form 14- Testforma kérdőív – rövid változat
CAST: Cannabis Abuse Screening Test – Kannabisz Abúzus Szűrőteszt
CBT: Kognitív Viselkedésterápia
CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Kognitív ÉrzelemReguláció Kérdőív
CPA: Canadian Psychological Association
CQ: Codependent Questionnaire – Kodependencia Kérdőív
C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale
DAS: Dysfunctional Attitude Scale - Diszfunkcionális Attitűd Skála
DBT: Dialektikus Behavior Terápia
DEERS: Difficulties in Emotional Regulation Scale - Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív
DES: Dissociative Experiences Scale-Disszociatív ÉlményekSkála
DIS-Q: Dissociation Questionnaire - Disszociáció Kérdőív
DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, 5. kiadás)
DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test - Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje
DY-BOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Dimenzionális Yale Brown kérdőív
DWNB: Dean-Woodcock Neuropszichológiai Tesztkészlet
EAI: Exercise Addiction Inventory – Tessedzés Addikció Kérdőív
EDI: Eating Disorder Inventory - Evési Zavar Kérdőív
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPA: European Psychiatric Association
EPQ: Eysenck Personality Questionnaire - Eysenck-féle Személyiség Kérdőív
ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól)
FAS: Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - OCD Családi Akkomodációs Skála
FKK: Fájdalomkatasztrófizáló kérdőív
FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence - Fagerström-féle Nikotin Dependencia Teszt
GAD: generalizált szorongásos zavar
GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7 (kérdőív)
GAF: Global Assessment of Functioning Scale
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála)
HAM-A: Hamilton Anxiety Scale - Hamilton Szorongás Skála
HAM-D: Hamilton Depression Scale - Hamilton Depresszió Skála
HBI: Hypersexual Behavior Inventory – Hiperszexuális Magatartás Kérdőív
HCL-32: Hypomania-Checklist 32
IES-R: Impact of Event Scale - Események Hatása Kérdőív
IIRS: Betegségteher Index
IPQ-R: Betegség-percepció Kérdőív
IPT: interperszonális terápia
KSH: Központi Statisztikai Hivatal

MBCT: mindfulness alapú kognitív terápia
MBT: mentalizáció alapú terápia
MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MAWI: Magyar Wechsler Intelligenciateszt
MDI: Multiscale Dissociation Inventory - Többskálás Disszociáció Kérdőív
M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview
MoCA: Montréal Kognitív Felmérés
MOCI: Maudsley Obsessional Compulsive Inventory - Maudsley Kényszer Kérdőív
MOK: Magyar Orvosi Kamara
MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív
MMPI I.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-1 (Minnesota Többfázisú Személyiségletár-1)
MMPI II.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Minnesota Többfázisú Személyiségletár-2)
MMSE: Mini-Mental State Exam
MPT: Magyar Pszichológiai Társaság
NICE: National Institute of Clinical Excellence (A kiváló klinikai minőség nemzeti intézete)
OCD: obsessive-compulsive disorder (obszesszív-kompulzív zavar)
OECD: Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OENO: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OLAAP: Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról
NZGG: New Zealand Guidelines Group
PDS: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale - Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála
PGSI: Problem Gambling Severity Index - Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív
PHQ: Patient Health Questionnaire Screeners
PIUQ: Problematic Internet Use Questionnaire
PMK: Pszichiátria Magyar Kézikönyve
POGQ: Problematic Online Gaming Questionnaire - Problémás Online Játék Kérdőív
PRISM-D: Pictorial Representation of Illness Self-Measure
PSS: Perceived Stress Scale - Észlelt Stressz Kérdőív
PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív
PTG: post-traumatic growth (ld. PTN)
PTN: poszttraumás növekedés (ld. PTG)
PTSD: post-traumatic stress disorder (poszttraumás stressz zavar)
QoL: Quality of Life (Életminőség)
RCBS: Richmond Compulsive Buying Scale – Richmond Kényszeres Vásárlás Kérdőív
R-PAS: Rorschach Performance Assessment System (Rorschach Teljesítményértékelő Rendszer)
RS: Reménytelenség Skála
RSES: Rosenberg Self-esteem Scale - Rosenberg Önértékelés Skála
RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála
RO-CS: Rorschach Comprehensive System
SDS: Support Dimension Scale (Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív)
SANS: Scale for Assessment of Negative Symptoms - Negatív Tünetek Becslési Skála
SAPS: Scale for Assessment of Positive Symptoms - Pozitív Tünetek Becslési Skála
SCID-I: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére
SCID-II: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére
SCID-5-AMPD: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségmodelljéhez
SCID-CV: Strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére
SCID-5-PD: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 személyiségzavarok vizsgálatára
SCID-PANSS: Strukturált Klinikai Interjú a Szkizofrénia Pozitív és Negatív Tüneteinek Felmérésére
SCQ: Social Cognition Questionnaire - Szociális Kogníció Kérdőív
SHAI: Health Anxiety Inventory-short version- Egészségsszorongás Kérdőív
SOFAS: Social and Functional Assessment Scale
SON-R 2-8: Non-Verbal Intelligence Test
SS: Társas Támogatás Kérdőív
SSD: State Scale of Dissociation - Disszociatív Állapotok Skála
SSI: Szuicid gondolatok skála
STAI: State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger Állapot- Vonás Szorongás Kérdőív)
STIPO-R: Strukturált interjú a személyiségsszerveződés felmérésére-átdolgozott változat
S-TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults
TAK: Téri asszociáció képzés

TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-Torontói Alexitímia skála
TFP: Áttétel Fókuszú Pszichoterápia
TROG: Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt
ÚPSZ: új pszichoaktív szerek
VOCI: Vancouver Obsessional Compulsive Scale - Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála
WAB: Western Afázia Teszt
WAIS IV: Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt)
WART: Work Addiction Risk Test - Munkafüggőség Rizikója Teszt
WCST: Wisconsin Kártyszortírozás Teszt
WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)
WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0
WISC-IV: Wechsler Gyermek Intelligenciateszt - Negyedik kiadás
WPPSI-IV: Wechsler Ovodás és Kisiskolás Intelligenciateszt – Negyedik kiadás
Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Yale-Brown Kényszer Kérdőív
YMRS: Young Mania Rating Scale
ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok mérlegelése a szakpszichológiai döntéshozatalnak fontos, ugyanakkor csupán egyik komponensét jelenti. A beteg/páciens/kliens egyedi sajátosságai (pszichoszociális státusz, pszichopatológia, érzelmi és értelmi intelligencia, premorbid pszichopatológia, egyéb társuló betegségek, életkor és nem, iskolázottsági szint, szocioökonómiai státusz, mozgáskorlátozottság, táplálkozási és tápláltsági jellemzők, egyéni szükségletek, preferenciák, addikciók, lelki működések egyedi jellemzői és mechanizmusai, társas támogatottság stb.) olyan körülmények, amelyek az ajánlásokban megfogalmazott kezelési evidenciák és terápiás stratégiák alkalmazása során minden esetben figyelembe veendő és szakértő módon integrálandók.

A bizonyítékok elsődleges forrásai a közvetlen klinikai kutatásokon alapuló randomizált kontrollált vizsgálatok és metaanalízisek, valamint a széleskörű szakmai tapasztalaton alapuló szakértői konszenzusok. A nemzetközileg elfogadott irányelvek (pl. NICE-guidelines) szakértői konszenzuson alapulnak, mérvadóak a megbízhatóság szempontjából és hazánkban is iránymutatónak szolgálhatnak a pszichés zavarok, és pszichésen megterhelő és kihívást jelentő (egészségügyi) állapotok ellátásában.

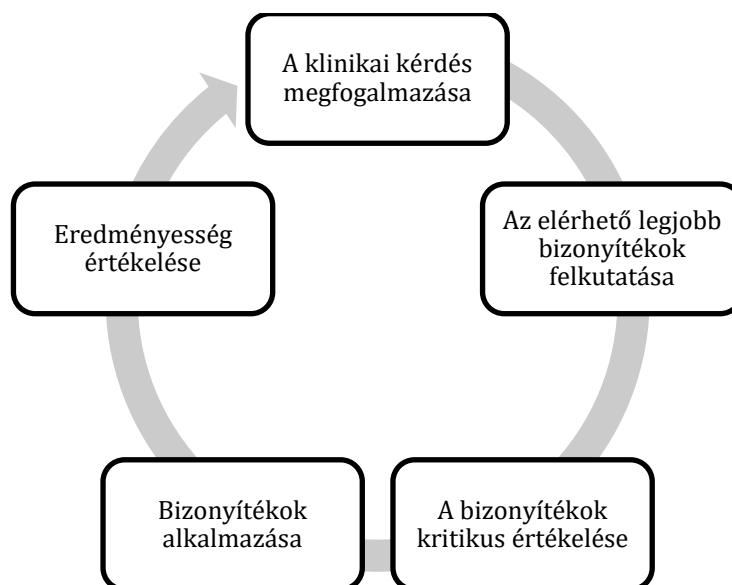
Általánosságban elmondható, hogy bár születtek a pszichoszociális intervenciók klinikai hatékonyságát alátámasztó vizsgálatok (pl. kognitív viselkedésterápiás beavatkozások), mégis azt mondhatjuk, hogy a beteg/páciens/kliens jelentős és viselkedési szempontból meghatározó egyedi jellemzői okán a gyógyszerkutatásoknál alapvetően alkalmazott kettős placebo kontrollált vizsgálatok alkalmazása a pszichoszociális tényezők egyetlen önkényesen kiemelt elemének tanulmányozása kapcsán fenntartásokkal informatív, hiszen a vonatkozó szakterületen nem pusztán az egyes tulajdonságok határozzák meg a mentális/pszichopatológiai és viselkedési következményeket, hanem az érzelmi élet, a premorbid személyiség, a tudattalan motivációk/szorogások és sok egyéb a pszichés egységet dinamizáló tényező bonyolult és szövevényes egésze. Emiatt a tényeken alapuló gyakorlat elvének érvényesítése, a terápiás segítségnyújtás, a krízisintervenció és bármilyen egyéb pszichoszociális intervenció alkalmazása, illetve a területhez kapcsolódó tudományos kutatás a szakpszichológiai munkában speciálisan hozzáértő szaktudást és körültekintő, integratív szemléletű megközelítést igénylő folyamat és kihívás.

A szakpszichológiai kutatások kivitelezése, a pszichiátriai betegségek, mentális zavarok, pszichopatológiai, neurológiai tünetek, kihívást jelentő egészségügyi állapotok, szomatikus betegségek mentális egészségre gyakorolt hatásának/befolyásának vizsgálata, a tünetek és a mentális egészség összefüggéseinek megértésére irányuló vizsgálatok rendkívül összetett és körültekintő megközelítést igényelnek.

A szakpszichológiai pszichodiagnosztikai vizsgálatokkal és mérőeszközökkel kapcsolatban számos validitást, reliabilitást igazoló kutatás született. A szakpszichológiai kezelés során alkalmazott pszichológiai intervenciókkal és pszichoterápiás eljárásokkal kapcsolatban pedig a klinikai hatékonyságot alátámasztó randomizált, kontrollált vizsgálatok és meta-analízisek vizsgálatok sokasága áll rendelkezésre.

A bizonyítékokon alapuló paradigma alkalmazása a szakpszichológus kompetencia körének kiemelt eleme.

1. Ábra: A bizonyítékokon alapuló szakpszichológiai munka folyamata



Ugyanakkor a szakpszichológia tudományában, különösen a pszichoterápiás eljárások hatékonyságvizsgálata esetében a módszertani kutatások számos szempontból kihívást jelentenek. I.e. a pszichoterápiás eljárások a specifikus hatótényezők mellett számos nem-specifikus hatótényezővel bírnak, melyek vizsgálati módszerekkel történő megragadhatósága kihívást jelent. Noha a pszichoterápiás eljárások módszertana teljesen eltérő (I.e. kezelés időtartama, kezelés heti frekvenciája, a kezelés célja, indikációja, a kezelés technikai eszköztára), így összehasonlításuk is összetett és bonyolult feladat. A szakpszichológia és pszichoterápia területén a randomizált, kontrollált kutatás, kettősvak, placebo kontrollált kutatás kivitelezése számos specifikus kérdést vet fel (pl. etikai kérdések, a várólistára helyezés, placebo kezelés állapot rosszabbodást jelentő kérdései), az egyes intervenciókra, beavatkozásokra, vagy specifikus módszertanra vonatkozóan megjelenő hatékonyságvizsgálatok és metaanalízisek eredményeit iránymutatóknak szükséges tekinteni.

A szakpszichológiában és pszichoterápiában a mentális problémával, pszichés zavarral küzdő személynek nem pusztán egyes meghatározó jegyeit vizsgálja a szakpszichológus, hanem a beteg/páciens/kliens teljes személyiségét, a tünettan, a személyiségjegyek, a pszichoszociális tényezők, életvezetési kérdések összességét és komplex összefüggéseit is. A szakpszichológus a pszichológia tudományának fő elméleti iskolái (pszichoanalitikus, kognitív, tanuláselméleti) alapján a beteg/páciens tünettábjában megfigyelhető egyes jegyek és az érzelmi élet, a premorbid személyiség, a nem-tudatos motivációk/szorongások, a gondolkodás meghatározó jellegzetességeinek összefüggéseit, és ezek mentális, pszichopatológiai, viselkedési és érzelmi életben megnyilvánuló következményeket vizsgálja, diagnosztizálja és kezeli.

A hatékonyságvizsgálatok szerepe a különböző terápiás eljárások fejlesztésében kiemelkedően fontos, ugyanakkor fontos azt is szem előtt tartani, hogy nem lehet minden szakpszichológiai, pszichoterápiás vagy pszichoszociális beavatkozás létjogosultságát randomizált, (placebo) kontrollált klinikai vizsgálattal alátámasztani.

Az egészségügyi szakmai irányelv sohasem egy adott betegre/páciensre/kliensre vonatkozó, mérlegelés nélkül alkalmazandó útmutatás, hanem a fentiek értelmében egy alapvetően gyakorlati tapasztalatból fakadóan szakmai konszenzuson alapuló, nemzetközi irányelveket és vonatkozó kurrens hazai és külföldi szakirodalmakat is figyelembe vevő, illetve azokat adaptálva alkalmazni kívánó szakmai javaslat és iránymutatás.

A beteg/páciens/kliens individuális tulajdonságaira minden esetben tekintettel kell lenni, és az egészségügyi szakmai irányelvtől adott esetben - megfelelő indok alapján és dokumentált módon - el is lehet térni. A szakpszichológiai ellátás, a pszichoterápiás kezelés, sohasem iktathatja ki és hagyhatja figyelmen kívül a gondos mérlegelés szükségességét, az etikai elvek teljeskörű érvényesítését és a páciens szolgálatában álló szakmai segítségnyújtás mindenkor megadásának elvét.

4. Ajánlások rangsorolása

A New Zealand Guidelines Group NZGG [1] által javasolt besorolási rendszer alapján.

Szint	Ajánlások
A	Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hitelesített szakmai folyóiratokban publikált, megbízható statisztikán alapuló hazai környezetre adaptálható, klinikailag releváns vizsgálatok eredményei, mely evidenciákat és megállapításokat várhatóan újabb kutatás nem fogja módosítani.)
B	Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hiteles vizsgálatokon alapuló megállapítások, azonban a vizsgálatok nagyságával, relevanciájával, adott populáción kívüli egyéb populációra történő adaptációjával kapcsolatban bizonytalanságok merülhetnek fel.)
C	Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely saját populációra, hazai környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.)
D	Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték, vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatóak, a hazai „legjobb gyakorlat” meghatározása az irányelvfejlesztő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja.)

Megjegyzés: Kötelező érvénnyel erősen megbízható ajánlás („A” szint) és/vagy szakértői konszenzuson alapuló ajánlás („C” és „D” szint) bírhat – minden más esetben az ajánlás javaslatként értelmezendő, tehát az ellátó az ellátási körülményeket figyelembe véve, azok függvényében dönthet.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A szakpszichológiai ellátás és tevékenység az egészségügyi ellátás szinte minden területéhez kapcsolódhat, illetve több szakterület vonatkozásában önálló specifikus szakképzettséget is megkíván. Az egészségügyben a szakpszichológusi szakvizsgák a következők: felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia, gyermek és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia, neuropszichológiai szakpszichológia, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia. Ráépített szakpszichológusi szakképzési programok: klinikai addiktológiai szakpszichológia és pszichoterápia.

A magyar egészségügyi ellátórendszerben önálló szaktevékenységet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező szakpszichológusok végezhetnek. Egészségügyi ellátásban az egészségügyi szakképzésben résztvevők (jelöltek) szakterületi szakképzettséggel rendelkező kolléga felügyeletével dolgozhatnak, a szakképzés megkezdése pedig kötelező. A képzettség feltételeivel és a képzettség által biztosított jogosultságokkal, kompetenciákkal és kötelezettségekkel kapcsolatban a vonatkozó jogszabályok és rendelkezések az irányadók.

Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező (szak)pszichológusok működési engedéllyel, ezzel együtt orvoskamarai (MOK) tagként önálló egészségügyi tevékenységet végezhetnek.

A szakpszichológusi szakképesítés előfeltétele a pszichoterapeuta szakképzettség megszerzésének. Pszichoterápiát csak pszichoterápiás szakvizsgával rendelkező szakorvos vagy felsőfokú egészségügyi szakpszichológusi szakirányú szakképesítéssel rendelkező szakpszichológus végezhet (illetve pszichoterapeuta képzést folytató jelölt pszichoterapeuta szupervíziója mellett). Módszerspecifikus pszichoterápiát a módszerspecifikus képzettséggel rendelkező pszichoterapeuták végezhetnek. Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett, pszichoterápiás szakvizsgával rendelkező pszichoterapeuta végezhet: Pszichoanalízis, Kognitív-viselkedésterápia, Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, Pszichodinamikus terápia, Személyközpontú pszichoterápia, Jungi analitikus terápia, Szimbólumterápia, Hipnoterápia, Dinamikusan orientált mozgás és táncterápia, Gyermekpszichoterápiák, Dinamikus csoportpszichoterápia, EMDR (trauma-terápia), Pszichodráma, Család- és párpszichoterápia.

Az alábbi egészségügyi szakmai irányelv a felnőtt egészségügyi ellátásra vonatkozóan négy szakpszichológusi szakterület általános szakmai és módszertani ajánlásait és gyakorlatát mutatja be: (1) felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia, (2) neuropszichológiai szakpszichológia, (3) alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia és (4) klinikai addiktológiai szakpszichológia.

A klinikai szakpszichológiai ellátás

A téma indoklása

A lakosság mentális egészségének fejlesztése nem csak Magyarországon, hanem Európai Unió és globális szinten is középpontba került az elmúlt évtizedekben. Az Európai Unió Zöld Könyve [2] több megállapítást is tesz az Unió mentális egészségi- helyzetével és politikájával kapcsolatban.

Érvekkel alátámasztott becslések szerint egy adott év folyamán az európai felnőttek 27 %-a ment keresztül a mentális betegségek valamilyen formáján, 6,3 %-uknál jelentkeztek testi zavarok, 6,1 %-nál depresszió, 6,1 %-nál pedig különböző főbiák. Az Európai Unió tagországaiban az öngyilkosságok száma meghaladja a közúti balesetek, illetve a HIV/AIDS vírus következtében bekövetkező halálesetek számát. Mindez számos következménnyel jár a közösségre nézve. A jelentés javasolja a pénzügyi következmények felmérését a termelékenység kiesése, illetve a szociális, oktatási, büntetés-végrehajtási és igazságszolgáltatási rendszer költségeinek vonatkozásában. Jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak az egyes tagállamok között, illetve az utóbbiakon belül is. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján soha nem látott mértékben emelkedik a pszichiátriai zavarok gyakorisága, ami már óriási gazdasági és egészségügyi terhet jelent: a WHO szerint 1996 és 2013 között világszerte 54,3 százalékkal emelkedett a depresszióval küzdők száma. Ugyanakkor ez nem csak a fejlett országok problémája, hanem globális jelenség – a növekedés arányait tekintve Magyarország is követi a globális átlagot [3].

A depresszió a második helyen áll azon a listán, amely az emberek tartós munkaképesség-csökkenésének háttérét rangsorolja. Sőt, a XXI. század kezdetén három betegség meredek felívelésének szemtanúi és elszenvedői vagyunk: depresszió, kóros elhízás és kettes típusú cukorbetegség – a kapcsolat nem véletlen, ezek a betegségek gyakran kéz a kézben járnak. Ilyen méretű egészségügyi tehernek pedig már a gazdasági hatása is jelentős. Csak a depresszió költségei egy százalékkal vetik vissza az uniós GDP-t, és ennek a költségnek a 88%-a a termelékenység csökkenéséből adódik. Magyarországon 2020-ban lakosságárányosan a befejezett öngyilkosságok száma a korábbi csökkenő trendek ellenére 10%-kal – elsősorban a férfiak körében – nőtt (1706 fő). Ebben a számban nincs benne az a családtagokra gyakorolt hatás, amit egy befejezett öngyilkosság jelent. A befejezett öngyilkosságok jelentős hányada kezeletlen depressziós állapothoz köthető, így megelőzhető lenne jó részük, sőt a statisztikák szerint ezen személyek jó része az események előtt megjelenik az alapellátásban [4].

Mint látható, egyetlen betegségcsoport (hangulatzavarok) megfelelő kezelése nem csak a lakosság jóllétének drasztikus emelkedésével járna, de gazdasági versenyelőnyt is hozhatna. Megítélésünk szerint rendkívül fontos, hogy a mentális egészségügyi ellátás is ugyanolyan szigorú sztenderdek szerint történjen, mint a szomatikus ellátás. Az egészségügyi szakmai irányelv célja, hogy ennek alapjait lefektesse, és megteremtse az egyes zavarok sztenderdizált, modern, evidence-based diagnosztikáját és kezelését a klinikai szakpszichológia tárgykerében.

A fejlett hazai klinikai szakpszichológiai ellátás

A nemzetközileg is komoly hazai hagyományokon és eredményeken felépülő, immáron 30 éve megszakítás nélkül fejlődő hazai szakpszichológiai gyakorlat szempontjából a jelen egészségügyi szakmai irányelv igazi mérföldkövet jelent. A hazai szakpszichológiai ellátás szempontjából meghatározó továbbá, hogy a minimumfeltételek a különféle pszichiátriai ellátóhelyeken és szomatikus osztályokhoz kapcsolódóan

kötelezővé teszik a klinikai szakpszichológus alkalmazását, vagy előírják az intézményen belüli elérhetőségét. Továbbá: jelenleg is formálódik a szakpszichológusok alapellátásba történő bevonásának központi kidolgoása.

A lakosság részéről egyre nagyobb nyitottság – és ezzel párhuzamosan elvárás – jelenik meg a mentálhigiénés, a professzionális klinikai szakpszichológiai és szakpszichoterápiás ellátás iránt. A nagyfokú érdeklődés kettős, mivel a mentális problémák stigmatizációja továbbra is erős Magyarországon. A mentálhigiénés ellátás alapellátásba integrálása, továbbá az egészségügyben a klinikai szakpszichológus álláshelyek bővítése a széleskörű ellátást és a témával való foglalkozást normalizálja, könnyebben elérhetővé teszi, ezzel pedig a lakosság életminőségének javítását szolgálja, és a fent említett gazdasági terheket jelentősen csökkenti. Az egészségügyi pszichológiai álláshelyek növekvő népszerűsége mellett az egyetemi diplomával rendelkező pszichológusok száma Magyarországon az utóbbi években jelentősen megnőtt. Ez az arányeltolódás megnehezíti a klinikai szakpszichológusi szakképzettség megszerzését, és így az (elsősorban ambuláns) mentális ellátás iránti megnövekedett társadalmi igényekre való megfelelő reagálást.

A klinikai szakpszichológiai ellátás jelentősége és feladatai

Az adott betegcsoportokban észlelhető növekvő esetszám (depresszió, szuicidium) miatt a klinikai szakpszichológusok kompetenciájába tartozó feladatok – a pszichés státusz vizsgálata, a pszichopatológiai állapotok diagnosztikája, a pszichés zavarok, pszichológiai problémák és pszichiátriai tünetek felismerése, kezelése és terápiája, a mentálhigiénés gondozás és alap-pszichoterápiás ellátás – jelentősége megnő.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen átforgalmódott a klinikai szakpszichológus és a klinikai szakpszichológia szakterület feladatköre, valamint a feléje irányuló elvárásrendszer is jelentősen kiterjedtebbé vált: a diagnosztikáról áttevődött a hangsúly a kezelésre, a terápiás lehetőségekre és gyakorlatra.

A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység a) a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására; b) a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára, okainak feltárására, és viselkedésvizsgálatainak, dinamikus, illetve rendszerszemléletű modellben való elhelyezése; c) az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok kiválasztására és végzésére, valamint d) a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul.

A vonatkozó egészségügyi rendeletek a klinikai szakpszichológus által végzett kezelési és terápiás tevékenységet “alap-pszichoterápiaként” nevezik meg. A klinikai szakpszichológus tevékenységének jelentős része az alap-pszichoterápia körébe tartozó intervenciós és ellátási, valamint kezelési lehetőségek, a szupportív terápia végzése jelenti. Az általános alap-pszichoterápiás gyakorlat során a pszichés zavarok konceptualizálására jellemzően meghatározott pszichodiagnosztikus szempontrendszer, illetve egy-egy módszertani iskolához kapcsolódó gondolkodásmód mentén történő kezelésére is van lehetősége a szakembernek.

A klinikai szakpszichológiai feladatok a pszichés problémák témakörében már a kezelés megkezdése előtt megkezdődhetnek: a prevenció a pszichés zavarok kialakulása szempontjából kiemelt jelentőséggel bír.

A pszichés problémákra, pszichiátriai megbetegedésekre vonatkozó pszichoedukáció, a pszichés problémákra vonatkozó szűrővizsgálatok szervezése; a társadalom széles rétegében megvalósuló prevenció eszközökkel történő pszichoedukáció és társadalmi érzékenyítés klinikai szakpszichológus és alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus kompetencia körébe egyaránt tartozó, társadalmi és gazdasági szempontból is kiemelt feladat. Prevenció és szűrés mellett az ellátás hatékonysága nő. A klinikai szakpszichológiai kezelési módszerek széles tárházának - krízisintervenció, pszichoedukáció, alap-pszichoterápia, szupportív pszichoterápia - alkalmazása pedig a pszichopatológiai súlyosságú tünetek kialakulása esetén válik szükségessé. A modern biopszichoszociális szemléletű pszichiátriai-pszichoterápiás kezelés során a klinikai szakpszichológus szerepe a pszichiáter, szomatikus orvos mellett kiemelt jelentőségű az egészségügyi szakvizsgálóval rendelkező interdiszciplináris teamben. Sőt, fejlettebb országokban a klinikai szakpszichológusok a szomatikus ellátásban is egyre nagyobb szerepet kapnak (APA, NICE).

A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia kompetenciájába tartozik a pszichés, mentális és viselkedészavarok felismerése, speciális klinikai és egészségpszichológiai, mentálhigiénés, szupportív és alapszichoterápiás módszerekkel történő prevenciója, diagnosztikája és kezelése szakképzett szakemberek által. A szakpszichológiai alap-pszichoterápiás kezelés meghatározott céllal, módszerrel, indikációval, előre rögzített keretek között végzett intervenció, amely verbális és nonverbális kommunikációs formában történik. Legfontosabb tevékenységei továbbá: pszichodiagnosztika és állapotfelmérés, alap-pszichoterápia, stressz-management, kiégés (burn-out) prevenció, konfliktuskezelés, problémamegoldó tréningek, kommunikációs és szociális készségfejlesztő tréningek tartása. A klinikai és mentálhigiéniai

szakpszichológus alap-pszichoterápiát végezhet (életvezetési tanácsadást, krízisintervenciót, autogén tréninget, támogató, azaz szupportív terápiát, pszichoterápiás szemléletű konzultációt).

Neuropszichológiai szakpszichológiai ellátás

A téma indoklása

A neuropszichológiai ellátás társadalmi jelentősége, az egyén és környezete, a szociális kapcsolatok és a gazdaság szintjén is jelentős szerepet tölt be. A kognitív képességekkel kapcsolatos nehézségek a csecsemőkortól az aggkorig minden életkorban megjelenhetnek. A kognitív nehézségek feltárásának és terápiájának elmaradása jelentős funkcionális zavarokhoz vezethet, melynek súlyos következményei lehetnek: például tanulási zavarok, beilleszkedési nehézségek, munkaképtelenség, életvezetési problémák. A diagnosztikus tevékenység segít megérteni az egyén kognitív struktúráját és a kognitív stílusból adódó viselkedését, míg a terápiás beavatkozás a kompenzációs stratégiák, a biztonságos életvitelhez szükséges képességek kialakításában elengedhetetlen. A beavatkozások társadalmi és gazdasági jelentősége a szociális és gazdasági kiszolgáltatottság, járadékfüggőség csökkenésében, valamint az egyéni önállóság és funkcionalitás növelésében mérhető.

A neuropszichológiai vizsgálatok az idegrendszert érintő negatív hatások okozta kognitív változások megértésére, feltérképezésére irányulnak, a terápiás beavatkozás a kompenzációs mechanizmusok, reorganizációs folyamatok támogatását célozza meg. A felmérés ok-okozati kapcsolatot világít meg az idegrendszeri változások és a viselkedés között, gyakorlati haszna jelentős a páciensek kezelésének megtervezésében, valamint a mindennapi tevékenységekhez szükséges képességek megítélésében. Elmaradása súlyosabb veszteségekhez, munkaképesség, életminőség csökkenéshez, szociális zavarokhoz vezethet. A neuropszichológiai rendellenességek másodlagos hatásként hangulati, motivációs, érzelmi zavarokkal járhatnak, melyek további funkcionális zavarokat generálhatnak mind a páciens, mind a környezete számára. Rövid távon a beavatkozás elsősorban az idegrendszert ért behatás okozta változás leírására, az ezzel kapcsolatos veszteségek felmérésére és a kezelés irányának meghatározására, valamint az esetleges veszélyhelyzetek megelőzésére (pl. közlekedés) irányul. Hosszú távon a funkcionalitás organizációját/ reorganizációját segítik, melynek jelentősége a páciens életének minden szegmensében megnyilvánul.

A fejlett hazai neuropszichológiai ellátás

Hazánkban a neuropszichológiai szakpszichológus képzés 2000-ben indult a klinikai szakpszichológus szakvizsgára ráépítve, majd 2016-tól 8 féléves önálló alap szakképzéssé vált.

A neuropszichológia olyan határterületi tudományágak közé tartozik, amelyek az agyi struktúrák és a pszichés folyamatok közötti összefüggésekkel foglalkoznak. Feladatai elsősorban agykárosodást szenvedett személyekkel, és a kognitív, emocionális, motivációs, viselkedéses és szociális zavarainak vizsgálatával valamint rehabilitációjával kapcsolatosak. Másodlagosan a neuropszichológia feladatai közé tartozik azon személyek vizsgálata és ezzel összefüggésben segítése is, akik képesség és állapotváltozásait olyan funkcionális (működésbeli) agyi változások okozzák, amelyek nem szervi, strukturális agykárosodásból fakadnak, hanem a tudatállapot tartós vagy átmeneti megváltozásából erednek (pl. szorongás, gyászfolyamat, depresszió, egzisztenciális krízishelyzetek, extrém stressz, rendkívüli vagy szélsőséges állapotok). Fő ágai a kísérleti és kognitív neuropszichológia, a fejlődés neuropszichológia és az alkalmazott neuropszichológia. Az egészségügyi rendszerben az agy károsodása illetve diszfunkciói következtében fellépő pszichés zavarok ellátásában az alkalmazott neuropszichológia (szerzett kognitív zavarok ellátása: a már meglévő, korábban kialakult kognitív képességek elvesztéséből fakadó pszichés problémák kezelése) és a fejlődés neuropszichológia (kognitív fejlődési zavarok: az érésben lévő agyi hálózat és a fejlődésben lévő megismerő funkciók atipikus fejlődéséből fakadó zavarok kezelése) érintett.

Az egészségügyi területek melyekben a neuropszichológiai ellátás is érintett magas mortalitással jellemezhetők, és súlyos terhet jelentenek a társadalom számára. Például agyi keringési zavarok évente 16-18000 ember halálát okozzák. Egy 2002-es felmérés szerint évente 1400 fő körülre becsülik a súlyos traumás koponyasérült betegek számát Magyarországon [5]. Az OECD felmérése szerint, Magyarországon 2017-ben 11 demens beteg jutott 1000 főre.

A neuropszichológiai ellátás az alábbi helyeken javasolt: megelőző ellátás különösen gyermekek és idősek esetében, közellátásban járóbeteg ellátásban és fekvőbeteg ellátásban, ill. a magánellátás területén.

Alkalmazott egészségpszichológiai ellátás

A téma indoklása

Az alkalmazott egészségpszichológusok elsősorban a betegellátás területén (elsődlegesen a szomatikus betegellátásban) jelentkező pszichológiai problémák megoldása terén látnak el szakfeladatokat a hatékonyabb gyógyító munka megvalósításában, az alap- és szakellátásban és rehabilitációban egyaránt. Támogatást és speciális kezelési programokat kínálnak az akut, krónikus és terminális betegségekben szenvedő páciensek számára (adaptív megküzdés támogatása, betegségmenedzselés, életmódváltoztatás, felépülés és gyógyulás elősegítése, a hosszabb távon megváltozott egészségi állapottal való adaptív együttélés kialakításának segítése seb.), segítik a szakemberek és betegek kommunikációját, a kezelésekkal kapcsolatos hatékonyabb döntéshozatalt és együttműködést. Feladatuk továbbá, hogy az egészségügyben képviseljék és lehetőség szerint valósítsák meg a szomatikus betegek biopszichoszociális kezelésének az elvét. Segítenek a gyógyító szakemberek munkahelyi stressz-kezelésében és a kiégettség megelőzésében. Szakmai ismereteiket alkalmazhatják az elsődleges betegségmegelőzés területén is, a rizikóviselkedés prevenciója és az egészségfejlesztés céljából és munkájukkal hozzájárulnak az egészségügy prevenció szemléletének erősítéséhez. Részt vesznek a gyógyító szakemberek orvosi pszichológiai és egészségpszichológiai tárgyainak oktatásában, az orvos- és egészségtudományi, illetve a pszichológus képzésekben.

Addiktológiai szakpszichológiai ellátás

A téma indoklása

A klinikai addiktológia elsődleges célkitűzése a kémiai és viselkedéses függőségekkel küzdő személyek terápiás ellátása, valamint ezen szenvedélybetegségek elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenciója. A kémiai addikciók esetén a pszichoaktív (vagyis a központi idegrendszer működését befolyásoló/módosító) szereket jellemzően az alábbi három csoportba soroljuk: 1) Stimulánsok (pl. MDMA, amfetaminszármazékok, kokain, nikotin, koffein), 2) Depresszánsok (pl. alkohol, opioidok/opiótátok, benzodiazepinek), 3) Hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba, meszkalin, kannabisz). A pszichoaktív szerek osztályozásának további lehetőségei is ismertek, ugyanakkor a fent említett kategorizációt tekintjük a legelfogadottabbnak. A viselkedéses addikciók között kiemelhető a patológiás szerencsejáték, az internetaddikció, a szex-és pornófüggőség, a videójátékfüggőség, a testedzésfüggőség, a kényszeres vásárlás, a kodependencia, az ételaddikció, az impulzus-kontroll zavarai (pl. trichotillomania, kleptománia, pirománia), valamint a munkafüggőség.

Figyelembe véve az addikciós zavarok összesített prevalenciáját, és így a probléma elterjedtségének mértékét, kijelenthető, hogy a szenvedélybetegség összességében népegészségügyi probléma, mely - kiváltképpen a szerhasználati zavarok esetén - számos pszichés és szomatikus szövődménnyel járhat. Ezek közé sorolhatjuk pl. a dohányzás következtében kialakuló szív-és érrendszeri panaszokat, a dohányzás és az alkoholfogyasztás hosszabbtávú következményeként fellépő daganatos megbetegedéseket, a pszichoaktív szerek - köztük is kiemelten a metamfetamin (és származékai), valamint a kannabisz - által kiváltott pszichotikus állapotokat, a tartós és rendszeres szerhasználat következtében fellépő szorongásos és depresszív tüneteket, melyek a viselkedéses addikciók esetén is markánsan jelen vannak. Az addiktológia így olyan széleskörű társadalmi probléma megelőzését, és kezelését tűzi ki célul, mely egyebek mellett hozzájárul a tartós munkaképtelenséghez, ily módon pedig a gazdaságra is negatív hatást gyakorolhat. Ezt jól példázza azon adat, miszerint hazánkban a dohányzás társuló ártalmainak gazdasági terhe a nemzeti GDP 1-2%-os kieséséhez vezet, illetve egyes becslések szerint egy átlagos évben megközelítőleg 864,4 milliárd forint veszteséget jelent [11]. Hasonló GDP terhet jelent az alkoholfogyasztás ártalmi miatt bekövetkező tartós munkaképtelenség, illetve a kezelési költségek halmozódása. Fontos hozzátenni, hogy a probléma eredményes kezeléséhez az addikciós zavarok destigmatizációjára lenne szükség, ugyanis a szenvedélybetegek jelentős társadalmi megbélyegzettsége az egyik legfőbb kiváltó oka annak a jelenségnek, miszerint az addikcióval küzdők 90%-a nem fordul szakmai segítséghez [12].

Az addiktológiai esetekkel végzett terápiás munka esetén jelentős viselkedésváltozásra jellemzően 3 hónapnyi, tartósabb absztinenciára pedig átlagosan 6 hónapnyi intervenciót követően kerül sor. Tekintve, hogy a pszichiátriai betegségek közül a szkizofrénia után a szenvedélybetegségeknél a legmagasabb a relapszus kockázata – szkizofrénianál 52-92%-os, addikcióknál 50-90%-os, míg a bipoláris zavarnál 65-73%-os visszaesési rátával lehet számolni [13] –, ezért az e területen végzett terápiában még fokozottabb az utánkötés jelentősége. A legtöbb esetben gyógyulás helyett felépülésről beszélünk, felismerve az addikció krónikus, genetikailag és neurobiológiailag egyaránt meghatározott jellegét. Az eredményes kezelés rövidtávú hatásai: életminőség javulása, társas kapcsolatok javulása, tisztább tudat, célvezérelt viselkedés kialakítása, strukturált időbeosztás megjelenése; míg a hosszabb távú hatások között olyanokat

említhetünk, mint az eredményes társadalmi reszocializáció, a mortalitási és morbiditási ráták csökkenése, az örömszerzésre való képesség újbóli megjelenése. Az addiktológiában alkalmazható és javasolt pszichoterápiás módszerekkel a jelen egészségügyi szakmai irányelv az ajánlások bekezdésében foglalkozik.

A témakör nemzetközi és hazai helyzete

A legutóbbi, 2019-es OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról) reprezentatív lakossági felmérés eredményei alapján az általános populációban (18-64 év közöttiek) a tiltott drogok élettartam prevalenciája 7,9%, míg a fiatal felnőttek korosztályában (18-34 éves válaszadók) 14% [14]. A tiltott drogok közül, mint minden mérési alkalommal, 2019-ben is a kannabiszhasználat élettartam prevalenciája (18-64 évesek: 6,1%; 18-34 évesek: 10,8%) volt a legmagasabb, míg a második leggyakrabban fogyasztott drog az ecstasy (MDMA) volt (élettartam prevalencia, 18-64 évesek: 2,5%; 18-34 évesek: 4,7%). Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) - ezek között hazánkban elsősorban a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinon-származékok terjedtek el - prevalenciamutatói nem mutattak növekedést 2015-höz (az előző OLAAP vizsgálatához) képest, ugyanakkor használatuk stabilitása arra utal, hogy ezen ÚPSZ-ek hosszabb távon is képesek voltak megmaradni az illegális drogok piacán. Az iskoláskorúak körében, a 2019-es ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, vagyis: Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól) reprezentatív kutatás adatai alapján a megkérdezett 16 évesek körében a tiltott szerek életprevalenciája 12,9%, míg a legális és illegális szerek összesített életprevalencia értéke 23,2%. Az ÚPSZ prevalenciája 2015-höz képest csökkenést mutatott, a klasszikus drogok esetén nem volt szignifikáns változás mérhető. Akárcsak a felnőtt populációban, a tizenévesek körében is a kannabisz a leggyakrabban használt illegális szer (életprevalencia: 12,6%), ezt követik a szintetikus kannabinoidok (életprevalencia: 4,9%). A legálisan elérhető pszichoaktív szerek közül a visszaélészerű gyógyszerhasználat (életprevalencia a nyugtató, altató, szorongásoldó szerek esetén: 7,6%), illetve a gyógyszerek alkohollal való kombinált fogyasztása (életprevalencia: 6,7%) emelhető ki [15].

A viselkedéses függőségek közül Magyarországon a felnőtt lakosság körében a problémás és patológiás szerencsejáték életprevalenciája 1,9% és 1,4% [16]. A bevásárlóközpontok látogatói körében a kényszeres vásárlás becsült előfordulása 8,7%-os, míg az általános populációban 1,85%-os [17]. Fontos kiemelni, hogy az általános felnőtt populációval és a tizenévesek általános populációjával összevetve bizonyos specifikus alpopulációk kiemelten veszélyeztetettek nevezhetőek a szerhasználati prevalencia tekintetében. Jóval magasabb droghasználati prevalenciamutatókat azonosítottak például a hajléktalan populációban, a szegregátumban élők körében, illetve az intravénás droghasználói közegekben. A vidéki szegregátumokban élők körében az alkoholos italok fogyasztásának életprevalenciája 97%, a dohányzásé 86%, a szintetikus kannabinoidoké 29%, a szintetikus katinonoké 22%, a kannabiszé 19%, az amfetaminszármazékok és az ecstasy összesített életprevalenciája pedig 10% [18]. Ezen vizsgálatból is egyértelműen látszik a szerhasználati mintázat szociokulturális és demográfiai meghatározottsága. Az ártalmas alkoholfogyasztás/nagyívás tekintetében a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján 2019-ben országos szinten Budapesten volt a legmagasabb nagyívási prevalencia azonosítható (a lakosság 6,4%) [7]. 2019-ben az alkoholfüggők becsült száma 389 ezer fő volt, ez hasonló arány, mint az azt megelőző években azonosított ráták [8].

Amennyiben a kémiai és viselkedéses addikciók összesített prevalenciáját vizsgáljuk, egyes társadalmakban - az alkalmazott mérőeszközök függvényében és a mérést megelőző 12 hónap vetületében - akár a felnőtt lakosság 61%-a is mutathat addikciós problémát [19]. A szerhasználati zavarok és a különféle viselkedési addikciók magyar mintán is jelentős komorbiditást mutattak, elsősorban a 1) dohányzás és a problémás internethasználat, testedzésfüggőség, evészavarok és problémás szerencsejáték között, 2) az alkoholfogyasztás és a problémás internethasználat, problémás online videójáték, szerencsejáték, evészavarok között, 3) valamint a kannabiszhasználat és a problémás online videójáték és szerencsejáték között volt nagymértékű átfedés azonosítható [20].

A jelen egészségügyi szakmai irányelv céljai

Az alábbi egészségügyi szakmai irányelv a felnőtt egészségügyi ellátásra vonatkozóan, négy említett szakpszichológusi szakterület általános szakmai és módszertani ajánlásait és gyakorlatát kívánja bemutatni.

Az ajánlások felnőtt betegek ellátásához kapcsolódóan négy szakterület gyakorlatára vonatkozóan kerülnek részletezésre:

- **klinikai és mentálhigiénés felnőtt szakpszichológia,**
- **neuropszichológiai szakpszichológia,**

- alkalmazott egészségpszichológia,
- (klinikai) addiktológiai szakpszichológia.

Jelen egészségügyi szakmai irányelv általános célkitűzései:

- Meghatározni a szakpszichológiai szakterületen dolgozó (szak)pszichológusok tevékenységének alapvető szempontjait és struktúráit, illetve az azokhoz kapcsolódó kompetenciákat és attitűdöket az orvosi/egészségügyi ellátási folyamat során és mellett.
- A pszichoszociális állapotok miatt eleve veszélyeztetett vagy éppen az orvosi kezelésekre kapcsolódóan átélt distressz vagy krízisállapot miatt kezelésbe kerülő betegek/páciensek/kliensek ellátása elismert, hatékony és biztonságos szakmai elvek mentén történjen.
- A mindennapi felelős hivatásgyakorlás a folyamatosan bővülő, hiteles és konszenzuálisan elfogadott közös szakmai tudás bázisán épülhessen ki.
- A szakmagyakorlás ellenőrizhetősége által segítse elő a legmagasabb szintű minőségbiztosítás lehetőségét is.
- A szakpszichológiai ellátás minél szélesebb körben történő elérhetőségének elő- és megteremtése.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv a megadott ellátók számára az ellátottak körére vonatkozó szakmai tevékenységük során javasolt felhasználásra, abból a célból, hogy az adott szakpszichológia szakterületén dolgozó klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus és addiktológiai szakpszichológus, illetve pszichiáter és más pszichoszociális szakemberek tájékozódhassanak és iránymutatást találhassanak a hivatás-gyakorlás kihívásait jelentő főbb kérdésekkel összefüggésben.

Az egészségügyi szakmai irányelv célja továbbá, hogy a vonatkozó szakpszichológiai területen szaktevékenységet végző szakember számára ajánlásokat fogalmazzon meg a mindennapos gyakorlat szakmailag helyes, a gyógyítást a leghatékonyabb mértékben és legemberibb módon etikusan elősegítő kialakításában. Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni továbbá a pszichiátriai, pszichológia és alap-pszichoterápiás ellátás során tapasztalható pszichés, pszichológiai zavarok, és lelki jelenségekkel szembesülő szakemberek és a pszichiátriai, pszichológiai és pszichoterápiás ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (pszichiáterek, szomatikus orvosok, orvos pszichoterapeuták, szakpszichológus pszichoterapeuták stb.) számára.

Az egészségügyi szakmai irányelv célja a szakpszichológusi szakmai kompetenciák megfogalmazása, a szűrés és felismerés javítása, a korszerű pszichodiagnosztikai és pszichológiai, alap-pszichoterápiás kezelési lehetőségek megvalósításával pedig a terápiás hatékonyság növelése.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[21] Anxiety disorders Quality standard 2014 www.nice.org.uk/guidance/qs53
Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[22] Bipolar disorder in adults Quality standard 2015 www.nice.org.uk/guidance/qs95
Azonosító: Szerző(k): Cím:	[23] McQuaid, J.R., Lin, E.H., Barber, J.P. et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts American

<p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders APA</p> <p>2019</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[24]</p> <p>Courtois, CA., Sonis, J., Brown, LS. et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. APA 2019.</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[25]</p> <p>Depression in adults: recognition and management Clinical guideline NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg90</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[26]</p> <p>Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline</p> <p>NICE 2011. www.nice.org.uk/guidance/cg113</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[27]</p> <p>Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. NICE 2005. www.nice.org.uk/guidance/cg31</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[28]</p> <p>Personality disorders: borderline and antisocial. NICE 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs88</p>
<p>Azonosító:</p> <p>Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>[29]</p> <p>Koran, LM., Hanna, G.L., Hollander, E. et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder American Psychiatric Association (APA) 2007.</p>

<p>Azonosító: Szerző(k): Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[30] Hirschfeld, R., Bowden, C., Gitlin, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition</p> <p>American Psychiatric Association (APA) 2010.</p>
<p>Azonosító: Szerző(k): Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[31] Oldham, J., Gabbard, G., Gain, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder American Psychiatric Association (APA). 2010.</p>
<p>Azonosító: Szerző(k): Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[32] Stein, M., Goin, M., Pollack, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder (2010). American Psychiatric Association (APA). 2010.</p>
<p>Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[33] Post-traumatic stress disorder NICE 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng116</p>
<p>Azonosító: Szerző(k): Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[34] Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment Clinical guideline NICE 2013. www.nice.org.uk/guidance/cg159</p>
<p>Azonosító: Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[35] Baker, G.A., Kemp, S., Bunnage, M., Dorris, L., Moore, P. Wright, I. Guidance on the recording of neuropsychological testing in medicolegal settings. Division of Neuropsychology The British Psychological Society. 2021. https://www.bps.org.uk</p>
<p>Azonosító: Szerző(k):</p> <p>Cím:</p> <p>Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>[36] Bunnage M, Evans J., Wright i., Thomas S., Vargha-Khadem F., Poz R., Wilson C., Moore P. Guidelines to colleagues on the use of Tele-neuropsychology. Professional Standards Unit Division of Neuropsychology, British Psychological Society. 2020. https://www.bps.org.uk</p>
<p>Azonosító:</p>	<p>[37]</p>

Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Schroeder, R.W., Martin, Ph.K., Walling, A. A Dementia Strategy for Canada: Together We Aspire. Health Agency of Canada Neuropsychological Evaluations in Adults. 2019. https://www.aafp.org/
Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[38] Risk reduction of cognitive decline and dementia WHO 2019. https://www.who.int/
Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[39] American Board of Clinical Psychology Candidate Manual 2018. https://www.abpp.org/
Azonosító: Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[40] Drug misuse prevention: targeted interventions NICE (National Institute for Health and Care Excellence) 2017. https://www.nice.org.uk/

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító szám: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	002085 [41] Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 12. szám, pp. 970 - 1032; 2021.07.01. http://kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/12.pdf
Azonosító szám: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[42] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és fiatalkorúak kóros szerhasználatához és viselkedési addikcióihoz Egészségügyi Közlöny, LXIX. évfolyam, 10. szám., pp. 1051- 1114 https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító szám: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	[43] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről (1. módosított változat) Egészségügyi Közlöny, LX. évfolyam, 7. szám, pp. 1424-1457. https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

A szakpszichológiai hivatásgyakorlás szükséges, hogy az alábbi általános szempontok szerint valósuljon meg. (D)

A szakpszichológus szakmai attitűdje (D)

A szakpszichológus hivatását a szakpszichológusi esküjéhez híven, etikusan, magas színvonalú szakmaisággal, igényesen és körültekintően, segítő szándékkal jellemezhető nyitottsággal, elfogadással és megértéssel, valamint elfogulatlanságot is magában foglaló szakmai attitűddel, a betegek érdekeit és az ellátók és ellátottak, valamint saját biztonságát, illetve a 'nil nocere' imperatívuszát minden esetben szem előtt tartóan, a titoktartás szakterületen előírt szabályait alkalmazva, az általános emberi értékeket magáénak tudva, illetve a társadalmi és közösségi szabályoknak mindenkor eleget téve gyakorolja.

Szakpszichológiai kivizsgálás tartalma (D)

A járó- és fekvőbeteg, páciens, kliens vizsgálata, terápiája, ellátása és gondozása során végzett szakpszichológiai kivizsgálás tervezése és végzése során a szakpszichológus figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet és az adott szakterület specifikumait, a vizsgált beteg aktuális fizikális és lelki állapotát, valamint a személy vizsgálatba vonhatóságát egyaránt. A szakpszichológiai vizsgálat egy vagy több ülésben történik.

Szakpszichológiai kivizsgálás eszközei (D)

A szakterületi szakpszichológiai kivizsgálás során a szakpszichológus explorációt, anamnézis (és szükség esetén heteroanamnézis) felvételt, majd teszteszközök segítségével tesztvizsgálatokat végez. A tesztek kiválasztása és értékelése a szakpszichológus kompetenciája, a teszt alkalmazása minden esetben a beteg/páciens/kliens állapotát figyelembe véve az aktuális vizsgálati helyzethez illeszkedően történik.

A betegdokumentáció szükségessége (D)

Szükséges, hogy a betegről/páciensről/kliensről a szakpszichológiai ellátása során születő adatok, vizsgálati eredmények, leletek és dokumentáció egységes szerkezetben és módon, a betegek, illetve a társszakmák számára is elérhetőek és hozzáférhetőek lehessenek. A szakpszichológiai dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, illetve annak javasolt tartalmi elemeit jelen irányelv vonatkozó ajánlása részletesen taglalja. A dokumentáció elkészítése során a szakpszichológus figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba vonhatóságát, valamint a szakpszichológiai kivizsgálás minden az ajánlásban megfogalmazott tartalmi elemét.

Szuicid veszélyeztetettség (D)

A mentális problémákhoz és betegségekhez társulóan azonosított hangulatot érintő zavarok és problémák, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek (negatív állapotváltozások, krízisek) kapcsán a szuicid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szuicid készletés vagy ideáció esetén pedig pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai medikalizációja, illetve hospitalizációja szükséges.

A szakpszichológiai és alap-pszichoterápiás, illetve szakpszichoterápiás ellátás módszerei (D)

A szakpszichológiai ellátás gyakorlata minden esetben szakterület-specifikusan valósul meg, melynek alkalmazandó módszereit a vonatkozó ajánlások részletezik, illetve a vonatkozó jogszabályok és rendeletek szabályozzák.

Alap-pszichoterápiás tevékenységet pszichiáterek, gyermekpszichiáterek neuropszichológiai szakpszichológusok és klinikai szakpszichológusok végezhetnek más ráépített képzés nélkül. Egyéb szakorvosok, illetve szakpszichológusok részéről, képzési szempontból az alap-pszichoterápia végzése a pszichoterápiás képzés úgynevezett propedeutikai fázisához kötött. Az alap-pszichoterápia tárgykörébe esik: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció. Az alap-pszichoterápia pszichiáter szakorvos, illetve neuropszichológiai szakpszichológus és klinikai szakpszichológus által végzett tünet-, állapot- és élménykorrekciós eljárások alkalmazása - meghatározott céllal, és indikációval, előre rögzített keretek között végzett intervenció, amely verbális és nonverbális kommunikációs formában történik.

A szakpszichoterápiás ellátás gyakorlatában azon pszichoterápiás módszerek alkalmazhatók, melyek megfelelő elméleti és módszertani kidolgozottsággal bírnak, bizonyítottan hatékonyak vagy széles szakmai

konszenzuson alapulnak, és melyek használata az egészségügyi ellátásban elfogadott/akkreditált. Azon pszichoterápiás módszer használható, melynek alkalmazására a szakpszichológus jogosult/megfelelő módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik. Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett, pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező pszichoterapeuta végezheti: Pszichoanalízis, Kognitív-viselkedésterápia, Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, Pszichodinamikus terápia, Személyközpontú pszichoterápia, Jungi analitikus terápia, Szimbólumterápia, Hipnoterápia, Dinamikusan orientált mozgás és táncterápia, Gyermekpszichoterápiák, Dinamikus csoportpszichoterápia, EMDR (trauma-terápia), Pszichodráma, Család- és párospszichoterápia.

Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága (D)

A szakpszichológiai ellátás/kivizsgálás/terápia/gondozás során a beteg/páciens/kliens érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telemedicinális eszközök alkalmazása. A telemedicinális eszközök használata és intervenciók alkalmazása során beteg/páciens/kliens eltérő jogszabályi szabályozás alá eső lokalizációja esetén az adott területek/országok vonatkozó szabályait és előírásait minden esetben szükséges figyelembe venni.

Team munka és szupervízió jelentősége (D)

A szakpszichológiai ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens egészségügyi kezelésében érintett szakszeméllyel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is folyamatosan és szorosan együttműködve, közös teamet/teameket alkotva, folyamatos és rendszeres szupervízióval kísérve végezni.

A KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGIA ellátásról

A klinikai szakpszichológiai kivizsgálás tartalmi elemei.

Ajánlás²

A járó- és fekvőbeteg ellátás során végzett klinikai szakpszichológiai kivizsgálás tervezése során a szakpszichológus figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba vonhatóságát. A klinikai szakpszichológiai vizsgálat egy vagy több ülésben történik, az alábbi tartalmi elemek teljeskörű figyelembevétele javasolt. (A)

A klinikai szakpszichológiai kivizsgálás tartalmi elemei:

1. bekerülés körülményei, a kért vizsgálat oka/indoka,
2. klinikai pszichológiai exploráció,
3. klinikai pszichológiai/pszichiátriai anamnézis,
4. szomatikus anamnézis,
5. pszichés státusz,
6. élettörténeti anamnézis,
7. tesztvizsgálatok elvégzése,
8. összefoglaló klinikai szakpszichológiai vélemény,
9. terápiás javaslatétel.

A klinikai szakpszichológiai kivizsgálás tartalmi elemei:

Bekerülés körülményei:

- a bekerülés körülményei, a vizsgálat oka/indoka,
- rendelkezésre álló beküldő diagnózis,
- a vizsgálatot kérő orvos/pszichológus megnevezése,
- a vizsgálat szempontjából fontos bármely körülmény rögzítése (pl. krízis állapot, akut felvétel, szuicid kísérlet utáni kivizsgálás, zárt osztályra szállítás utáni kivizsgálás).

A klinikai szakpszichológus elsőként a bekerülés körülményeit azonosítja: *ki* (pszichiáter szakorvos, egyéb szakorvos, pszichológus stb.), *miért* (pl. diagnosztikai vizsgálat, kezelés megtervezése, differenciáldiagnosztikai kérdés eldöntése, terápiás hatékonyság felmérése stb.) és *hova* (pszichiátriai osztály, járóbeteg szakrendelés, pszichoterápiás osztály, egyéb ambulancia stb.) küldi a beteget vizsgálatra. A klinikai szakpszichológus ezt követően rögzíti a betegről rendelkezésre álló alapvető adatokat (beteg neve, életkora, iskolai végzettsége, a vizsgálatot kérő neve, a vizsgálat helyszíne, a vizsgálati kérdés, a vizsgálatot végző neve, végzettsége, a vizsgálat dátuma), majd azt, hogy milyen előzetes információkkal rendelkezik az esetről (ld. mentő hozza, sürgősségi felvétel, szerhasználat, szuicid kísérlet után kerül ellátásba, önként kér segítséget, észlelő kolléga által azonosított tünetek – pl. zavart, együttműködő, disszimulál, szorong, sír). Az előzetesen rendelkezésünkre álló információkat információként és nem tényekként kezeljük, melyek megvizsgálása és szakmai értékelése is feladatunk.

Klinikai pszichológiai exploráció:

Az exploráció készülhet strukturált diagnosztikai interjú alapján (pl. DSM-5 interjú, M.I.N.I interjú, SCID), de történhet zárt és nyitott kérdések alkalmazásával is [44].

A vélemény első mondataiban a betegről alkotott *megfigyeléseinket* rögzítjük a beteg *magatartásáról* (pl. együttműködő, spontán megfogalmazza tüneteit; a kérdésekre szűkszavúan válaszol; az explorációs helyzetben a szorongás jeleit mutatja; disszimuláció jeleit mutatja stb.). Minden megfigyelhető pszichopatológiai jelenséget rögzítünk.

Az exploráció a *tünetek keresztmetszeti kikérdezését* jelenti, vagyis az exploráció során arra kérdezzük rá, hogy az adott tünet *mióta* és *milyen gyakorisággal* áll fenn. A véleményben rögzítjük, hogy milyen tünetekre kérdeztünk rá, megnevezzük az általunk azonosított pszichopatológiai jelenségeket, idézve a beteg szavait, mellyel pszichopatológiai állításunkat alátámasztjuk (pl. kontaminációs obszesszió explorálható, mely a nap jelentős részében fennáll, jelenlétüket 3 hónapja tapasztalja: „nem tudok a lakásomba bevinni kintől semmit, mert úgy érzem az egész lakás ettől beszennyeződik, és elviselhetetlen annak a gondolata, hogy a beszennyeződés megtörténik, és ez végérvényes lesz”)

Az exploráció során a realitással való kapcsolat, a hangulat milyensége, a szorongás jelenléte, az érzelmi és indulati szabályozás kérdései, az evés-alvás alaptüneteinek kikérdezésre a vezető szál, amin haladunk.

Az explorációban először az *aktuális tüneteiről* kérdezzük a beteget [4]. Megfigyeljük, hogy spontán milyen panaszokat és tüneteket fogalmaz meg, majd a tünetek mentén folytatjuk a kikérdezést.

Depresszív tünetek említése esetén végig kérdezzük a depresszió tüneteit a betegtől, rögzítjük, hogy ezek közül melyek fordulnak elő nála, és melyek nem. *Depresszív tünetek* említése esetén ki kell kérdeznünk a *bipolaritás* tünetkörét is. Minden esetben kötelező a *szuicid rizikó* kérdéskörét körüljárni: elkülönítve a szuicid ideáció és a szuicid szándék fennállásának lehetőségét.

Ha a beteg szorongásos panaszt említ, akkor az *összes szorongásos tünetre* rá kell kérdeznünk, külön kitérve arra, hogy a páciens a szorongás milyen jeleit figyel meg magán – ld. a szorongás testi tünetei vagy inkább a szorongás kognitív tünetei jellemzők-e rá.

Az *érzelem- és indulatszabályozás* kérdéskörénél az alapvető frusztrációs tolerancia, impulzuskontroll pszichopatológiai jegyeit kérdezzük végig.

Az *evés-alvás* alaptüneteinek esetén elsősorban a szokottól eltérő megváltozott funkciókra kérdezzük rá: testsúlyvesztés, testsúlygyarapodás kérdései, evés kapcsán felmerülő tünetek esetén az evészavarok irányába is folytatva a kikérdezést. Az alvás esetén az inszomnia különböző megjelenési formáit kérdezzük végig, megjelölve a vezető alvási nehézséget (pl. elalvási vagy átalvási nehézség).

Ha *pszichotikus tünetek* jelenlétére utalnak akár a beteg vizsgálati helyzetben tanúsított magatartásáról szóló megfigyeléseink, akár az előzetes információink, akár erre vonatkozik a diagnosztikai vagy differenciáldiagnosztikai kérdés, módszeresen végig kell kérdeznünk a téveszmék és a percepciózavar tüneteit, valamint a társuló komorbid tüneteket is. A paranoid tünetek kikérdezése igényli a legnagyobb figyelmet, óvatosságot és szakmai gyakorlatot.

Az exploráció felvétele során tehát a DSM-5 és (2022. január 1-től) a BNO-11 klasszifikációs rendszereket követjük, kérdéseinket azon a nyomvonalon tesszük fel, amelyre a beteg által említett tünetek vezetnek bennünket [46, 47]. A leghasznosabb az, ha eldöntendő kérdéseket teszünk fel magunknak, ezzel csökkentjük a hibázás és a kihagyott kérdések lehetőségét [45]. Pl. Ha a beteg „labilitásról” panaszkodik, ez vajon érzelmi labilitás (borderline tünetkör kikérdezése) vagy hangulati labilitás (bipolaritás tünetkörének kikérdezése) vagy indulati labilitásról (impulzuskontroll tünetek kikérdezése) van szó?

Klinikai pszichológiai/pszichiátriai anamnézis:

Az anamnézis felvétele az explorációban feltérképezett *tünetek idői megjelenésének* kikérdezését jelenti: mikor jelent meg az adott tünet, mióta állnak fenn a tünetek, milyen tünetváltások történtek, milyen komorbid tünetek milyen időszakban jelentek meg [4].

Az anamnézis felvétel lényegi elemei a következők:

- pszichológiai/pszichiátriai anamnézis: korábbi hospitalizáció, pszichológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás kezelések (kezelést végző pszichoterapeuta),
- jelenlegi és korábbi gyógyszeresedés (gyógyszerelést végző orvos),
- szükség esetén heteroanamnézis felvétele.

Szomatikus anamnézis:

A szomatikus anamnézis a fizikális állapot áttekintő felmérését jelenti orvosi dokumentáció vagy a beteg által elmondottak alapján. Lényegi elemei a következők:

- aktuálisan fennálló szomatikus betegségek felsorolása,
- szomatikus betegségstörténet (kezelést végző intézet, osztály, orvos megnevezése),
- esetleges aktuális fizikai panaszok megnevezése.

Pszichés státusz:

A pszichés státusz az aktuálisan jelen lévő, megfigyelhető vagy explorálható tünetek leírását jelenti, készítése pszichopatológiai alapfogalmakkal történik, melyből a beteg tünetei egyértelműen megérthetőek és követhetőek. A pszichés státusz elemei a következők:

- tudat (vigilitás és integráció) és a tudat zavarai,
- orientáció (térbeli, időbeli, auto- és allopszichés),
- figyelem (felkelthetőség, terelhetőség, célképzet tartása),
- percepciózavar (észrevevési és érzékelési zavarok),
- realitásműködés,
- gondolkodás (színvonala, intellektusa, képzetek és fogalmak használata, iskolázottsági szint); a gondolkodás alaki és tartalmi zavarai,
- mnesztikus funkciók (megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés),
- hangulati élet (fekvése és jellege),
- érzelmi élet (adekváttsága, tartalomhoz illeszkedése és intenzitása),
- szorongás (szubjektív, magatartásbeli, vegetatív jelek),
- aktivitás és cselekvőképesség,
- étvágy és tápláltság,
- alvás (el- és átalvás jellegzetességei, inszomnia, hiperszomnia jegyei),
- szexuális élet (megfigyelhető és esetleges változások),
- pszichomotorium (tempó és formai változások),
- beszéd (tempó, és formai szabályozottság),
- tekintet-kontaktus (megtartott, nem megtartott),
- mimika, gesztusok (illeszkedése a helyzethez, beszédhez, tartalomhoz),
- kritikai készség (megtartottsága, változása),
- személyiség (megtartott, változott, önértékelés kérdései),
- szociális kapcsolatok (mennyisége, minősége),
- betegség tudat (adekvát, inadekvát),
- szuicid ideációk (gondolatok, késztetések), szándék (kísérlet),
- szerhasználat (drog, alkohol mennyisége, gyakorisága).

Élettörténeti anamnézis:

Az élettörténeti anamnézis a beteg *alapvető életkörülményeinek feltérképezését* jelenti: iskolai végzettség, teljesítmény, munkavégzés, párkapcsolat, családi kapcsolatok kérdéseinek lényeges, *aktuális és a tünetek*

szempontjából fontos életeseményi változásainak rögzítését jelenti. A fontos életesemények áttekintő felmérése során a jelenlegi élethelyzet releváns biográfiai tényezőit emeljük ki (munkahely, családi viszonyok), illetve a pszichés megbetegedés szempontjából fontos biográfiai tényezőket mérjük fel:

- traumák, pszichotraumák: veszteségek, abúzus-események,
- releváns kapcsolati történések: válás, elakadt gyászfolyamat,
- megterhelő életesemények: krónikus betegség, munkahely elvesztése, válás.

Családi anamnézis:

A családi anamnézis a beteg családjában megjelenő pszichés megbetegedések kikérdezését jelenti.

Heteroanamnézis:

A beteg vizsgálaton megjelent, vagy vizsgálatra behívott hozzátartozójától nyert betegségre, tünetekre, panaszokra vonatkozó információk rögzítését jelenti [4].

Tesztvizsgálatok elvégzése:

A klinikai szakpszichológus az adott kórképnek megfelelően, a diagnosztikai klinikai kérdés és differenciáldiagnosztikai kérdésfeltétel után tesztek felvételét indikálja. Ld. *Ajánlás3*.

A tesztek eredményét egyenként, külön írja le a véleményben.

Összefoglaló klinikai szakpszichológiai vélemény:

Az összefoglalásban a klinikai szakpszichológus pár mondatban összefoglalja az exploráció és a tesz vizsgálatok eredményét, ellentmondásmentes diagnosztikai állítást megfogalmazva. Szükség esetén a diagnosztikai javaslatot követően terápiás kezelési javaslatot is tesz.

Szakpszichológus jelölt csak szakpszichológus ellenjegyzésével ellátott szakvéleményt adhat ki.

A vizsgálatok során alkalmazandó pszichodiagnosztikai nomenklatúrák.

Ajánlás3

A diagnosztikus kivizsgálás során 2022. január 1-től a BNO-11 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. Kiadás) vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013) Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) kritériumait kell figyelembe venni [46, 47]. (A)

A diagnosztikus nomenklatúrák használata növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a 2022. január 1-től pszichopatológiai problémák diagnosztikai besorolása a BNO-11 klasszifikációs rendszer alapján történik. Mindkét betegségsztyályozó rendszer világszerte használatos a fekvő- és a járóbeteg ellátásban is, míg kutatási célokra elsősorban a DSM szolgál.

Ajánlás4

Az alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai vizsgáló eszközök a különböző betegségsoportokban [4, 45, 48, 49]. (A)

A pszichodigamosztikai kivizsgálás során a klinikai szakpszichológus explorációt, anamnézis (és szükség esetén heteroanamnézis) felvételt majd pszichodiagnosztikai eszközökkel tesztvizsgálatokat végez. A tesztek kiválasztása a klinikai szakpszichológus kompetenciája, a teszt választás a klinikai kérdés, diagnosztikai és differenciáldigamosztikai kérdéshez illeszkedően történik.

Az ajánlásban betegségsoportonként kerülnek felsorolásra az alkalmazható pszichodiagnosztikai eszközök, ezek egy része diagnosztikára, más részük állapotkövetésre, a terápia megtervezésére vagy az alkalmazott terápiás eljárás hatékonyságának igazolására alkalmas módszertani mérőeszköz.

1. Táblázat: Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([4, 45, 48, 49] alapján saját összeállítás).

<p>Organikus és szimptomás mentális zavarok: F00-F09</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-R • ACE-III. • ADAS-cog • AKV • Benton teszt • DWNB • Geriátriai depresszió skála • Korai mentális teszt • MMSE • MoCA • Óra rajzoló teszt
<p>Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: F20-F29</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BPRS: Rövid Pszichiátriai Becslő Skála • DES: Disszociatív Élmények Skála • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • RO-CS: Ego Impairment Index, WSum6 mutató, Szkizofrénia Index, Perceptual Thinking Index • SANS: Negatív Tünetek Becslési Skála • SAPS: Pozitív Tünetek Becslési Skála • SCID-5-CV • SCID-PANSS
<p>Bipoláris és kapcsolódó zavarok: F30-F31.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BDI: Beck Depresszió Kérdőív • HCL-32: Hypomania-Checklist 32 • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • SCID-5-CV • YMRS: Young Mania Rating Scale
<p>Depresszív zavarok: F32-F39</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BDI: Beck Depresszió Kérdőív • C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale • HAM-D: Hamilton Depresszió Skála • MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale • MMPI, MMPI-2 • RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála • RO-CS: Depresszió Index, S-CON szuicidium index • Rorschach-teszt • RS: Reménytelenség Skála • SCID-5-CV • ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

<p>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BAI: Beck Szorongás Leltár • HAM-A: Hamilton Szorongás Skála • MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • SCID-5-CV • SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív • SHAI: Egészségszorongás Kérdőív • STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív
<p>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BIS: Barratt Impulzivitás Skála • DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív • FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála • MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív • PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív • RO-CS: Obszesszív Stílus Index • SCID-5CV • VOCI: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála • Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív
<p>Traumával és stresszrel összefüggő zavarok: F43-F43.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IES-R: Események Hatása Kérdőív • MMPI-2 • PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála • PSS: Észlelt Stressz Kérdőív • RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index
<p>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DES: Disszociatív Élmények Skála • DIS-Q: Disszociáció Kérdőív • MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív • RO-CS: Realitás-Fantázia Skála • SSD: Disszociatív Állapotok Skála
<p>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • FKK: Fájdalomkatasztrofizáló Kérdőív • TAS-20: Torontói Alexitímia skála
<p>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív • BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála • BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat • EDI: Evési Zavar Kérdőív • Rorschach-teszt • SCID-5-CV

<p>Személyiségzavarok: F60-F69</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BIS: Barratt Impulzivitás Skála • Buss-Perry Agresszió Kérdőív • CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív • DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála • DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív • EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív • MMPI, MMPI-2 • RO-CS: Kölcsönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függőség Skála, Egocentricitás Index • Rorschach-teszt • RSES: Rosenberg Önértékelés Skála • SCID-5-PD • SCID-5-AMPD • Szenzoros Élménykeresés Skála • Young-féle Séma Kérdőív
<p>Mentális retardáció: F70-F79</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MAWI • RAVEN • WAIS-IV
<p>Zavarok súlyosságát, funkcionalitást mérő skálák:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GAF: Global Assessment of Functioning Scale • SOFAS: Social and Functional Assessment Scale • WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0

Ajánlás5

A klinikai szakpszichológiai ellátás során javasolt intervenciók típusai és fajtái [4, 89-93]. (A)

A klinikai szakpszichológiai ellátás és kezelés a pszichoszociális intervenciók, pszichológiai intervenciók, alap-pszichoterápiás beavatkozások széles eszköztárát foglalja magába. A klinikai szakpszichológus vagy szakpszichológus jelölt szakvizsgájának megfelelően önállóan alkalmazhatja a módszerek egy részét (pl.: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció), míg bizonyos módszerek (szakpszichoterápiák) alkalmazása speciális módszertani képzettséget – pszichoterapeuta szakvizsga és módszerspecifikus képzettség megszerzését – igényli.

A klinikai szakpszichológus szakmai felelőssége a módszerválasztás gondos mérlegelése a páciens problematikájához illeszkedően, illetve saját szakmai kompetenciájának, és annak határának felismerése. A klinikai szakpszichológus szakmai felelőssége a folyamatos továbbképzésben, illetve szupervízióban/intervízióban történő részvétel.

A klinikai szakpszichológiai ellátásban alkalmazott leggyakoribb pszichoszociális, pszichológiai és pszichoterápiás beavatkozások típusai:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,

- szupportív tanácsadás,
- krízisintervenció,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- alap-pszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alap-pszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal,
- szakpszichoterápia meghatározott módszerspecifikus végzettséggel.

Az alap-pszichoterápia körébe tartoznak az alábbi tevékenységek: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció.

A klinikai szakpszichológiai ellátásban alkalmazott beavatkozások intenzitásuk spektruma szerint:

1. Alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások:

- pszichoedukáció,
- szupportív esetvezetés, tanácsadás,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- életvezetési tanácsadás,
- stresszkezelési tréning,
- relaxáció.

2. Közepes intenzitású pszichológiai beavatkozások:

- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben.

3. Magas intenzitású pszichológiai beavatkozások (pszichoterápia ráépített szakképzettség és módszerspecifikus végzettség birtokában végezhető):

- szakpszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- szakpszichoterápia csoportvezetésben.

A klinikai pszichológiai ellátásban alkalmazott módszerspecifikus végzettséget és pszichoterapeuta képzettséget is igénylő szakpszichoterápiás módszerek:

A szakpszichoterápiás ellátás gyakorlatában azon pszichoterápiás módszerek alkalmazhatók, melyek megfelelő elméleti és módszertani kidolgozottsággal bírnak, bizonyítottan hatékonyak vagy széles szakmai konszenzuson alapulnak, és melyek használata az egészségügyi ellátásban elfogadott/akkreditált. Azon pszichoterápiás módszer használható, melynek alkalmazására a szakpszichológus jogosult/megfelelő módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik. Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett, pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező pszichoterapeuta végezheti: Pszichoanalízis, Kognitív-viselkedésterápia, Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, Pszichodinamikus terápia, Személyközpontú pszichoterápia, Jungi analitikus terápia, Szimbólumterápia, Hipnoterápia, Dinamikusan orientált mozgás és táncterápia, Gyermekpszichoterápiák, Dinamikus csoportpszichoterápia, EMDR (trauma-terápia), Pszichodráma, Család- és párpszichoterápia.

A klinikai szakpszichológiai és alap-pszichoterápiás intervenciók várható pozitív hatásai:

1. pszichopatológiai tünetek javulása,
2. pszichológiai problémák, panaszok javulása,
3. általános pszichológiai funkcióképesség, életvezetés javulása,
4. megküzdőképesség javulása,
5. pszichológiai/pszichiátriai prevenció megvalósulása.

A klinikai szakpszichológiai beavatkozások kötelező kívánalmai.

Ajánlás6

A klinikai szakpszichológiai beavatkozás megválasztása során és alkalmazása esetén az alábbi szempontokat szükséges kötelezően érvényesíteni:

- A beavatkozás minden esetben a beteg érdekeit szolgálja.
- A beavatkozás minden esetben a pszichológia tudományos elvein alapszik, attól nem tér el.
- A beavatkozás minden esetben figyelembe veszi a beteg aktuális pszichés, mentális, és szomatikus állapotát is.
- A beavatkozás minden esetben a szakember végzettségének megfelelő, a beavatkozás szakmaiságát a szakpszichológus képzettsége és folyamatos továbbképződése garantálja.
- A beavatkozás hitelességét minden esetben a szakember képzettsége, szakmai gyakorlata; a szakember hitelességét megfelelő önismerete és önreflexiós kapacitása biztosítja.
- A beavatkozás minden esetben összhangban van az etikai irányelvekkel. (A)

A klinikai szakpszichológiai dokumentáció jelentősége és szükségessége

Ajánlás7

Szükséges, hogy a betegről a klinikai szakpszichológiai ellátása során születő adatok, vizsgálati eredmények, leletek és dokumentáció egységes szerkezetben és módon, a társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, azok járóbeteg ellátásban ambuláns lapon, fekvőbeteg ellátásban zárójelentésben is megjelenjenek. (A)

A szakpszichológiai dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, illetve annak javasolt tartalmi elemeit jelen irányelv vonatkozó ajánlása részletesen taglalja.

A klinikai szakpszichológiai dokumentáció elkészítése során a szakpszichológus figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba vonhatóságát, valamint a szakpszichológiai kivizsgálás minden, az ajánlásban megfogalmazott tartalmi elemét.

A betegvizsgálatról készülő egészségügyi dokumentáció (ambuláns lap, klinikai szakpszichológiai szakvélemény stb.) felépítésében magában foglalja, és javasoltan a következő tartalmi struktúrát követi:

1. bekerülés körülményei, a kért vizsgálat oka/indoka,
2. klinikai pszichológiai exploráció,
3. klinikai pszichológiai/pszichiátriai anamnézis,
4. szomatikus anamnézis,
5. pszichés státusz,
6. élettörténeti anamnézis,
7. tesztvizsgálatok elvégzése,
8. összefoglaló klinikai szakpszichológiai vélemény,
9. terápiás javaslatlétel.

Az összefoglaló klinikai szakpszichológiai vélemény az exploráció, anamnézis és a tesztvizsgálatokból nyert adatok és információk értő és ellentmondásmentes integráló összesítését tartalmazza.

A fentiekről a klinikai szakpszichológus önállóan nyilatkozhat, diagnosztikai következtetéseket vonhat le, további kezelésre adhat javaslatot. A javaslatok felhasználásával a kezelőorvos beutalót állíthat ki a beteg számára.

Ajánlás8

A hangulatzavarok klinikai szakpszichológiai ellátása során az alábbi szempontrendszert szükséges figyelembe venni. (A)

Disclaimer: A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) 2022 január 1-jén lép életbe a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás. Ezért az angol verzió alapján a BNO-11 betegségcsoport-felosztást követjük. (WHO)

Bevezetés: A hangulat az egyén tudatát, viselkedését, alapvetően az egész működésmódját kiterjedten és viszonylag tartósan befolyásoló érzelmi állapot. Mivel a hangoltság érdemben befolyásolja az egyén világhoz való viszonyát, boldogságra való képességét, vitális hogylétét, valamint a hangulatzavarok az egyik leggyakoribb mentális betegségcsoport, ezért már enyhe tüneteknél is kiemelten fontos a szűrés és a kezelés. Ebben a klinikai szakpszichológusoknak markáns szerepük van, exploráción túli pszichodiagnosztikai módszerekkel és terápiás kezelésekkkel (az esetlegesen szükséges farmakoterápián túl) lényeges szerepet játszanak a hangulatzavarok korai szűrésében, a prevenciós feladatok ellátásában, illetve a hangulatzavarok kezelésében.

Depresszió: Fő jellemzője a tartós negatív irányú hangulat, az örömképesség elvesztése, korábban akár örömteli tevékenységek iránt valamint a motiváció hiánya. A tünetek számossága és súlyossága nagyban befolyásolja a beteg mindennapi funkcionalitását bármilyen területen (legyen az családi élet, munka, szabadidő). A depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét a pszichológiai, kognitív, vegetatív ill. szomatikus tünetek esetenként igen változatos kombinációja alkotja.

Prevalencia: A magyar adatok szerint az unipoláris depresszió élettartam prevalenciája 15,1%, egy éves prevalencia: 7,1%, egy hónapos prevalencia: 2,6%, nőknél 2-szer gyakoribb [4, 50].

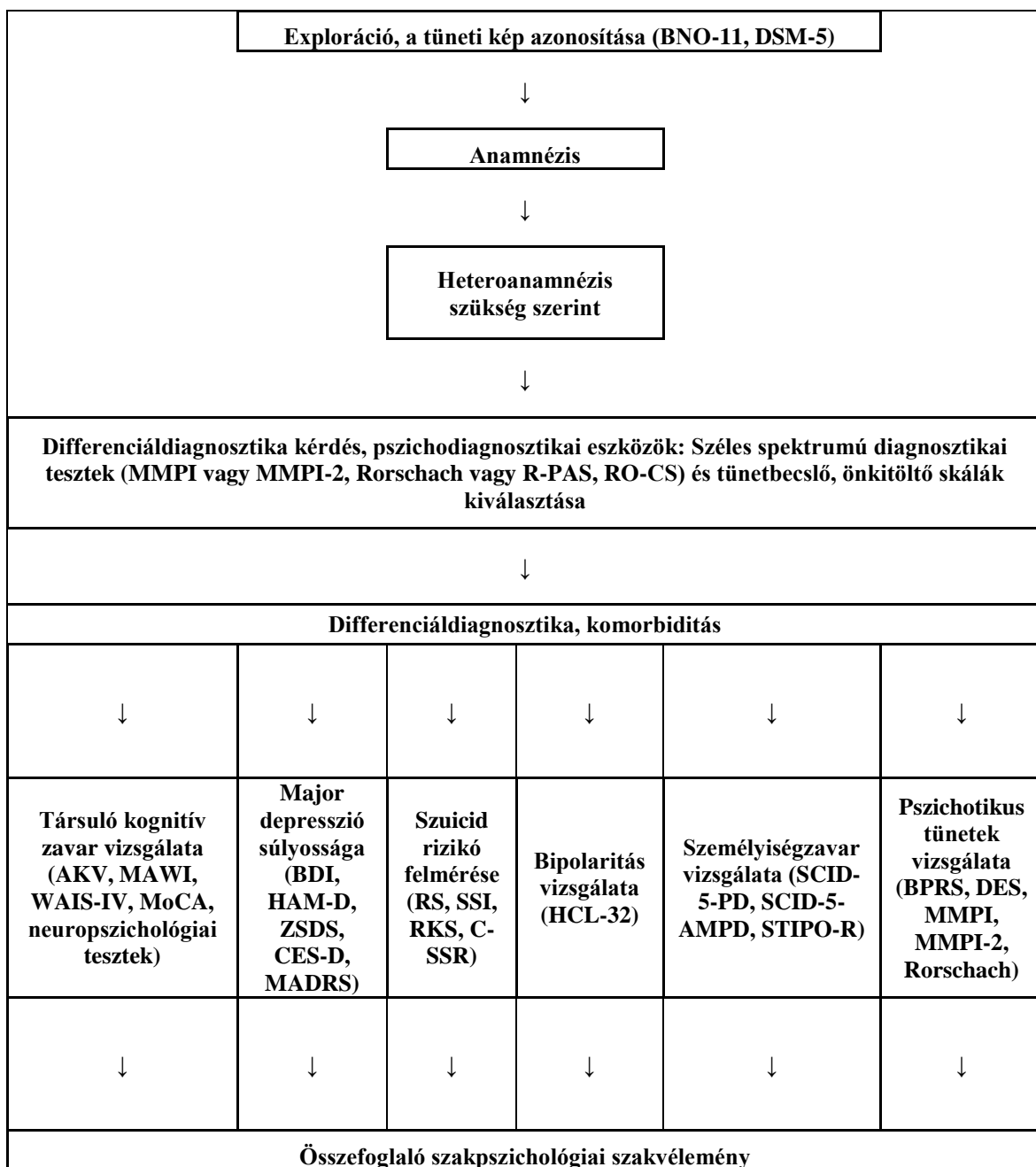
Diagnosztika: A diagnosztikus kivizsgálás során a klinikai szakpszichológus (2022. január 1-től) a BNO-11 és a DSM-5 kritériumait veszi figyelembe. (A)

Depresszió esetén a beteg akkor felel meg a BNO szerinti kritériumoknak, ha legalább két héten át tapasztal a három kulcsfontosságú tünet közül legalább kettőt (tartós szomorú hangulat; az érdeklődés és az örömrzés csökkenése; valamint az energia csökkenése és fáradtság minimális erőfeszítés nyomán is), és legalább kettőt tapasztal a hét másodlagos tünet közül (csökkent koncentrációképesség és figyelem; bűnösség és értéktelenség érzése; az önértékelés és önbizalom csökkenése; az étvágy és a testsúly változása; alvászavar; pesszimizmus és rágódás; öngyilkossági gondolat és cselekvés).

A differenciáldiagnosztikai vizsgálat első legfontosabb kérdése az unipoláris depresszió elkülönítése a pszichotikus depressziótól (szkizofrénia és paranoid pszichózis differenciáldiagnosztikája) és az időskorban induló depressziótól (demencia, egyéb organikus kórképek differenciáldiagnosztikája). Fontos differenciáldiagnosztikai szempont a bipoláris zavaroktól történő elkülönítés: melynek legfontosabb támpontjai az exploráció adatai illetve az anamnesztikus, heteroanamnesztikus információk. További diagnosztikai kérdés a disztímia, az alkalmazkodási zavarok és a személyiségzavarok elkülönítése.

A diagnosztikai vizsgálat során kötelező a szuicid veszély felmérése.

2. Ábra: A depresszió klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)



Kezelés: Szükséges, hogy a klinikai szakpszichológus a diagnosztikai kivizsgálást követően kezelési tervet készítsen, mely magába foglalja a beteggel kötött terápiás szerződést is. (A)

Depressziós páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti a pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,

- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoeducáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal.

Enyhe depressziós epizód esetében a betegség kezelése megfelelő módszerpecifikus pszichoterápiával is történhet, melynek végzése csak abban az esetben tartozik a klinikai szakpszichológus kompetenciái közé, ha pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik. Közepes és súlyos depressziós epizód esetében a pszichoterápia csak gyógyszeres kezeléssel kombinálva végezhető.

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a személyiségzavarok kezelésében, melyet pszichoterapeuta szakképzettséggel és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus végezhet.

2. Táblázat: A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)

APA guideline	NICE guideline
viselkedésterápia	viselkedésaktiváció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók
CBT, MBCT	CBT, MBCT
IPT	IPT
pszichodinamikus terápiák	rövid dinamikus terápia
szupportív terápia	

Az **APA ajánlása** szerint a felsorolt pszichoterápiás eljárások mindegyike hasonló hatékonyságú, így monoterápiaként nem tesz különbséget választandóságuk között. Kombinált kezelés indikálása esetén – farmakoterápiával történő kombináció – a CBT és az IPT kombinálását javasolja másodgenerációs antidepresszánsokkal.

A **NICE guideline** rövid dinamikus terápiát javasol enyhe és közepes depresszió esetén az egyéb módszerek (farmakoterápia, CBT, IPT) ineffektivitása és a módszerrel való nem megfelelő együttműködés esetén.

A NICE guideline a közepsúlyos és súlyos depresszió esetén kombinált kezelést javasol: antidepresszáns adása mellett magas intenzitású pszichoterápiás kezelés végzése indikált.

Bipolaritás és kapcsolódó zavarok:

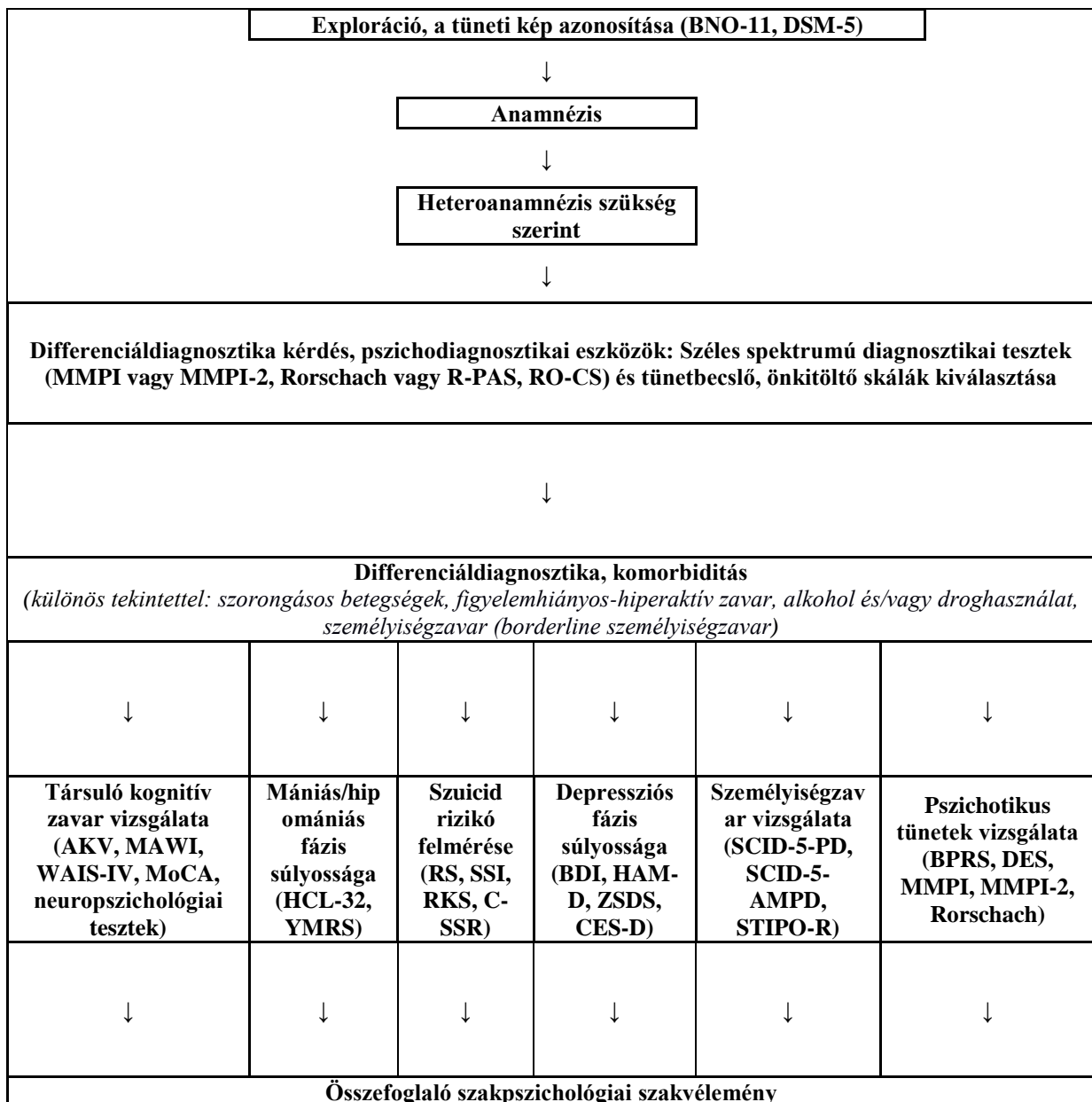
A bipoláris betegségekre különböző hosszúságú és súlyosságú depressziós, kevert, hipomániás és mániás állapotok szabálytalan időközönkénti váltakozása jellemző, melyek közt tünetmentes időszakok is lehetnek. A mániás fázist az irritabilitás, szokatlanul felfokozott aktivitás és nyugtalanság, csökkent alvásigény, szórt figyelem, veszélyeztető magatartás (kritikátlan, meggondolatlan cselekedetek), kveruláns viselkedés, fokozott önértékelés jellemzi. A WHO adatai szerint a bipoláris zavar a világon a leggyakrabban keresőképtelenséget okozó első 10 betegség közé tartozik [4].

Prevalencia: A bipoláris I. és II. zavar együttes élettartamprevalenciája 5%, az egy éves prevalencia 2,7%, az egy hónapos pedig 1,4%. A nemi megoszlás egyenletes, a bipoláris I. betegség leggyakrabban 18-25 életév, a II. pedig 5-6 évvel később jelenik meg [51].

Diagnosztika: A diagnosztikus kivizsgálás során a klinikai szakpszichológusnak (2022. január 1-től) a BNO-11 és a DSM-5 kritériumait kell figyelembe vennie. (A)

Bipoláris zavar esetén a beteg akkor felel meg a BNO szerinti mániás epizód kritériumoknak, ha legalább egy héten át tapasztalható az abnormálisan és állandóan emelkedett, expanzív vagy irritált hangulat; valamint a következő tünetekből legalább három észlelhető (felfokozott önértékelés, csökkent alvásigény, beszédkényszer, gondolatrohanás, disztraktibilitás, az aktivitás markáns fokozódása/pszichomotoros agitáció, törekvés/részvétel fokozott örömszerző, de káros/veszélyes tevékenységekben).

3. Ábra: A bipoláris zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE guideline alapján):



A diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai vizsgálat a következő komorbid állapotok vizsgálata és elkülönítése lényeges: szorongásos betegségek, figyelemhiányos-hiperaktív zavar, alkohol és/vagy droghasználat, személyiségzavar (borderline személyiségzavar). Az exploráció során a gondolat tartalmak kikérdezése segíti a szkizoaffektív zavar kizárását. Mivel a legnagyobb genetikai halmozódású mentális zavarról van szó, ezért a családi anamnézis felmérése különösen javasolt [4].

Diagnosztikailag kötelező a szuicid veszély és a veszélyeztető magatartás felmérése, nem csak depressziós hanem a mániás fázisban is!

Kezelés:

A bipoláris zavar kezelése valamennyi típusú akut epizód esetében illetve a hosszmetzeti képnek megfelelően farmakoterápia. A pszichiáter által végzett kezeléssel kombinálva bipoláris zavarban szenvedő páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti a pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal.

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a személyiségzavarok kezelésében, melyet pszichoterapeuta szakképzettséggel és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus végezhet.

3. Táblázat: A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoszociális intervenciók	visszaesés megelőzésre irányuló pszichológiai intervenciók
pszichoedukáció	pszichoedukáció
CBT	CBT
családterápia	családtagok bevonásával zajló pszichológiai intervenciók
IPT	
pszichodinamikus terápia	

A **NICE guideline** ajánlása alapján bipoláris zavar esetén a pszichológiai eljárások közül elsősorban az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a választandó kezelési eljárások.

Az **APA ajánlása** alapján a bipoláris zavar vezető kezelési módja a pszichiátriai ellátás és farmakoterápia indikálása. Alap-pszichoterápiás, illetve szakpszichoterápiás intervenciók stabil fázis esetén indikálhatók, akut mániás fázisban pszichoterápia nem végezhető. Akut fázisban krízis orientált intervenciók alkalmazhatók, melyek célja a farmakoterápiával való együttműködés elősegítése. A stabil fázisban

végezhető pszichoterápiás intervenciók elsődleges célja pedig a szorongás csökkentése, a beteg funkcióképességének javítása a manifom epizódok között, illetve az epizódok jövőbeni valószínűségének és súlyosságának csökkentése. Pszichodinamikus terápia az APA ajánlásában egyes eseteknél lehet indikált.

Ajánlás9

Szorongáshoz vagy félelemhez társuló zavarok ellátása során az alábbi szempontrendszer szükséges figyelembe venni. (A)

Disclaimer: A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) 2022 január 1-jén lép életbe a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás. Ezért az angol verzió alapján a BNO-11 betegségcsoport-felosztást követjük. (WHO)

Bevezetés: A szorongás valamilyen veszély előérzetére vonatkozóan kialakuló tárgy nélküli félelem. Olyan fizikai, vegetatív és érzelmi- indulati állapot, amelyet nem pontosan meghatározható vagy körülírható fenyegetettség vált ki. A szorongást keltő veszély származhat a külvilágból, de intrapszichés (személyen belüli) eredete is előfordul. A szorongás patológiás mértékű, ha meghaladja az egyén toleranciaszintjét és akadályozza a hétköznapi életvitelt. A szorongás sokszor kíséretünete egyéb(pszicho)patológiáknak; ugyanakkor a szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek közé tartoznak.

Prevalencia: A szorongásos zavarok együttes prevalenciája meghaladja a 10%-ot, magas komorbiditásban más pszichiátriai betegségekkel [4, 52].

A pánikbetegség élettartam prevalenciája különböző vizsgálatok szerint 2–4%, a pánikrohamok gyakorisága ennél jóval gyakoribb, prevalenciájuk 10% körüli [53].

A generalizált szorongásos zavar élettartam prevalenciája 13 %, éves előfordulási prevalenciája 7% [54].

A szociális szorongás zavar élettartam prevalenciája 5%, a nők esetén valamivel magasabb [55].

A szorongásos zavarok preventív szűrése, diagnosztikája, és kezelése kiemelten fontos a fokozott szuicid rizikó, szerhasználati rizikó miatt.

Diagnosztika: A diagnosztikus kivizsgálás során a klinikai szakpszichológusnak (2022. január 1-től) a BNO-11 és a DSM-5 kritériumait kell figyelembe venni. (A)

A szorongásos zavarokat a DSM-5 és BNO-11 alapján a következő kórképekre osztjuk:

- pánikzavar (agorafóbiával vagy anélkül),
- agorafóbia,
- szociális szorongás zavar,
- szeparációs szorongás,
- generalizált szorongás (GAD),
- specifikus fóbiák.

A szorongásos zavarok klinikai formái, tünettana között számos átfedés és hasonlóság van, gyakran kombinálódnak egymással.

A különböző szorongásos zavarok legfontosabb tüneti jellemzői:

4. Táblázat: Szorongásos zavarok jellemző tünetei *(saját szerkesztés)*

Pánikzavar:	spontán jelentkező szorongásos rohamok
Agorafóbia:	rosszullét, félelem – zsúfolt terektől, tömegtől
Szociális szorongás zavar:	rosszullét – figyelemnek kitett szituációkban
Generalizált szorongás	hullámzó intenzitással, tartósan fennálló szorongás
Speciális fóbia:	konkrét tárgytól, szituációtól, állatoktól való félelem

A szorongásos zavarok közötti differenciáldiagnosztikát segíti a következő tényezők azonosítása: a szorongás epizodikusan jelentkezik-e; azonosítható-e a kiváltó tényező vagy sem; a szorongás spontán jelentkezik vagy szituációhoz/tárgyhoz köthetően.

A szorongásos zavarokkal társuló egyéb pszichiátriai zavarok magas komorbiditása miatt rendkívül fontos a differenciáldiagnosztika. Felmérendő a depresszió, a bipolaritás (a szorongás a leginkább a II-es típusú bipolaritással komorbid), az addiktológiai kórképek, PTSD, esetleges személyiségzavar vagy kényszeres zavarok jelenléte.

Kezelés: Szükséges, hogy a klinikai szakpszichológus a diagnosztikai kivizsgálást követően kezelési tervet készítsen, mely magába foglalja a beteggel kötött terápiás szerződést is. (A)

Szorongásos zavarokban szenvedő páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti enyhe súlyosság esetében önmagában, közepesen súlyos és súlyos esetekben a pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- krízisintervenció,
- alappszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alappszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal.

Szorongásos zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszer-specifikus pszichoterápiával is történhet, melynek végzése csak abban az esetben tartozik a klinikai szakpszichológus kompetenciái közé, ha pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszer-specifikus végzettséggel rendelkezik. Közepes és súlyos depressziós epizód esetében a pszichoterápia csak gyógyszeres kezeléssel kombinálva végezhető.

Súlyosabb, a klinikai szakpszichológus által végezhető illetve szakpszichoterápiás beavatkozásokra nem reagáló szorongásos zavarok esetén gyógyszeres kezelés indítása szükséges a páciensnél a kezelő pszichiáter által.

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a személyiségzavarok kezelésében, melyet pszichoterapeuta szakképzettséggel és az adott módszerben módszer-specifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus végezhet:

5. Táblázat: A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A)

APA guideline	NICE guideline
	alacsony intenzitású intervenciók
	magas intenzitású pszichoterápiák
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
	relaxáció

A NICE guideline a szorongásos zavarok kezelésében alacsony intenzitású (pl. önségítő programok használata, pszichoedukációs csoport) intervenciókat és magas intenzitású pszichoterápiákat (pl. CBT) ajánl. Nem megfelelő hatékonyságú CBT esetén kombinált farmakoterápiás kezelést javasol. Szociális szorongásos zavar esetén a NICE ajánlásban azon pácienseknél, akik CBT-ben nem tudnak részt venni, vagy akik elutasítják a farmakoterápiás kezelést, a rövid dinamikus terápia (megfelelő manuál alkalmazásával) választása az indikált. A NICE ajánlásban a relaxáció a szorongásos zavarok közül a GAD kezelésében ajánlott módszer.

Az APA (Amerikai Pszichiátriai Társaság) a szorongásos zavarok közül a pánik zavar kezelésére adott ki guideline-t. Az APA a pánik zavar kezelésében a pszichoterápiás módszerek közül elsőként a CBT-t (vezetően ingerexpozíció-válaszmegelőzés módszerén alapulva) ajánlja, majd ezt követően egyes esetekben indikálhatónak ajánlja a pánik fókuszú pszichodinamikus módszerek alkalmazását is. Az EMDR, illetve a szupportív terápia alkalmazását a hatástalan, és a standard (CBT, pánik fókuszú pszichodinamikus terápia) módszerekhez képest rosszabb hatékonyságú eljárások között nevezi meg.

Ajánlás10

A személyiségzavarok klinikai szakpszichológiai ellátása során az alábbi szempontrendszert szükséges figyelembe venni. (A)

Disclaimer: A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) 2022 január 1-jén lép életbe a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás. Ezért az angol verzió alapján a BNO-11 betegségcsoport-felosztást követjük. (WHO)

Bevezetés: A személyiségzavarokra általánosan jellemző, hogy kialakulásuk kora kamaszkorra vagy fiatal felnőttkorra tehető, a kialakult zavar mélyen gyökerező, tartósan fennáll, szinte az élet minden területén

megnyilvánul, jelentős szenvedéssel, valamint a társas illetve munkahelyi funkcionalitás súlyos sérülésével jár. Az egyes zavarokban szenvedők személyiségvonásai merevek, rugalmatlanok [47].

Prevalencia: Az egyes zavarok összprevalenciáját 10-20% közé teszik [4], ugyanakkor a személyiségzavarok előfordulására vonatkozó átfogó vizsgálatok meglehetősen hiányosak a többi pszichiátriai betegséghez képest [56].

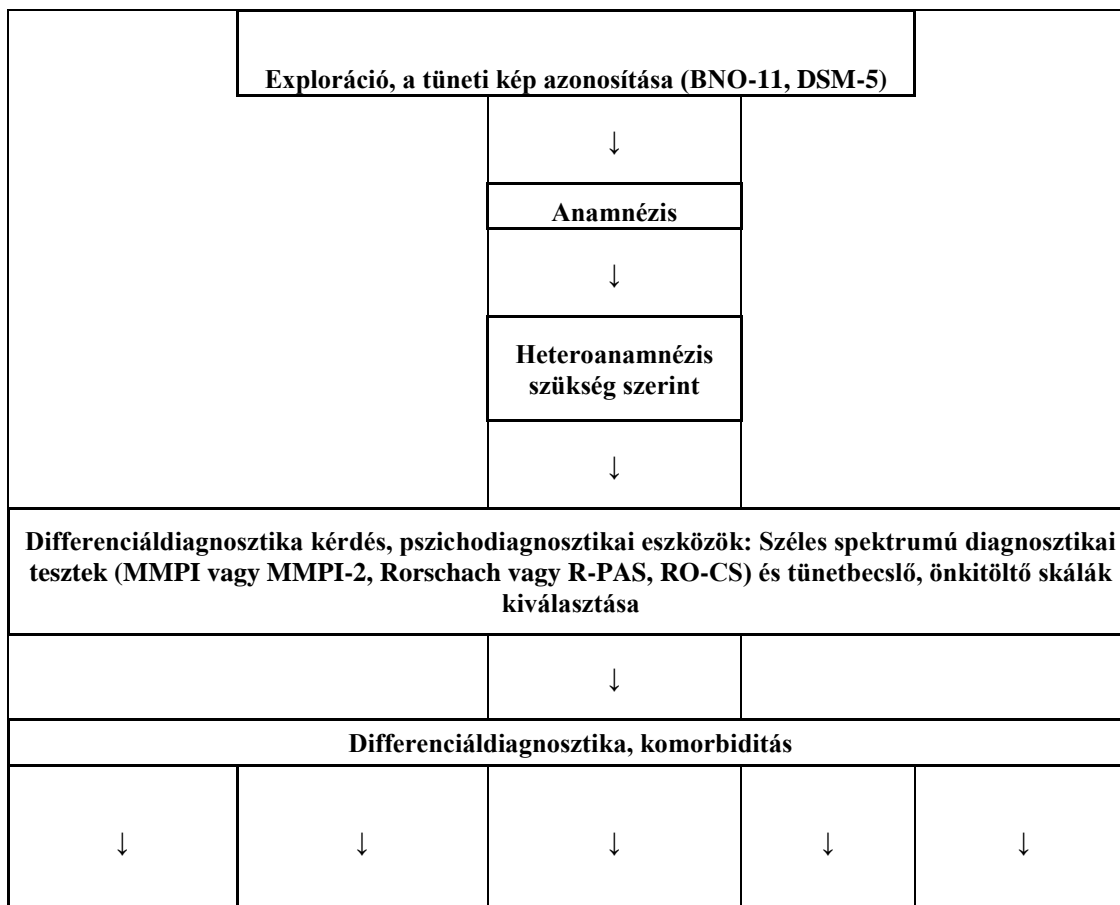
Diagnosztika: A 2022. január 1-vel életbe lépő BNO-11 a következőképp fogja határozni meg a személyiségzavar kritériumát:

1. A személy önmagára, másokra, a világra vonatkozó tapasztalatainak mindent átható zavara; a kognitív funkció, érzelmi tapasztalatok, érzelmek kifejezésének, a viselkedésnek maladaptív mintázata.
2. Rugalmatlan maladaptív mintázatok, melyek a pszichoszociális funkciók és interperszonális kapcsolatok jelentős romlásával járnak.
3. A diszfunkció a személyes és szociális helyzetek számos területén megjelenik.
4. A zavar fennállása tartós és időben állandó [56]. (A)

A DSM-5 három csoportba sorolja a személyiségzavarokat:

- A-csoport: paranoid, szkizoid, szkizotíp,
- B-csoport: antiszociális, borderline, hisztrionikus, narcisztikus,
- C-csoport: elkerülő, dependens, kényszeres.

4. **Ábra:** A személyiségzavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)



Személyiségzavar vizsgálata (SCID-5-PD, SCID-5-AMPD, STIPO-R)	Társuló depresszió vizsgálata (BDI, HAM-D, ZSDS, CES-D, MADRS)	Általános funkcionális, a zavar súlyosságának mértéke (GAF, WHODAS-2.0, SOFAS)	Szorongás súlyossága (BAI, HAM-A, STAI)	Pszichotikus tünetek vizsgálata (BPRS, DES, MMPI, MMPI-2, Rorschach)
↓	↓	↓	↓	↓
Összefoglaló szakpszichológiai szakvélemény				

Differenciáldiagnosztikailag elkülönítendő a személyiségzavaroktól a szervi betegségek vagy szerhasználat miatt kialakult személyiségváltozás [47]. A szorongásos és a hangulatzavarok differenciáldiagnosztikája mellett a pszichotikus állapotoktól történő elkülönítés is lényeges diagnosztikai feladat. Rendkívül fontos a veszélyeztető magatartás (impulzivitás, szuicid rizikó, önsértési készletések, stb.) felmérése! Amennyiben a páciensre jellemzőek a személyiségzavarok általános kritériumai, de a tünetek nem merítik ki egyik személyiségzavar feltételeit sem, úgy *egyéb meghatározott személyiségzavar*, illetve *egyéb nem meghatározott személyiségzavar* diagnózist kell adni [47].

Kezelés: Szükséges, hogy a klinikai szakpszichológus a diagnosztikai kivizsgálást követően kezelési tervet készítsen, mely magába foglalja a beteggel kötött terápiás szerződést is. (A)

A személyiségzavarok kezelése a személyiségzavarok kezelésére kidolgozott szakpszichoterápiás eljárásokkal, illetve szükség esetén ezek egyes tüneteket célzó gyógyszeres kezeléssel kombinálva történhet. A klinikai szakpszichológus (pszichoterapeuta szakképzettségen nélkül) által végezhető eljárások önmagukban nem alkalmasak a személyiségzavarban szenvedő páciensek kezelésére. Személyiségzavarban szenvedő páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti a pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal,

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a személyiségzavarok kezelésében, melyet pszichoterapeuta szakképzettséggel és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus végezhet.

6. Táblázat: A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A)

APA guideline	NICE guideline
pszichoanalitikus/pszichodinamikus terápia	krízisintervenció
	MBT
DBT	DBT
	TFP
	Sématerápia

Nemzetközi ajánlások közül az APA és a NICE adott ki a személyiségzavarok közül (borderline) személyiségzavar kezelésére vonatkozó ajánlást.

Az APA ajánlásában két pszichoterápiás módszer bír megfelelő hatékonysággal a borderline zavar kezelésében: a pszichoanalitikus/pszichodinamikus terápia és a DBT.

A NICE guideline szerint borderline személyiségzavar kezelésében vezetően a pszichoterápia a választandó kezelési eljárás, melynek időtartamát, intenzitását és típusát a terapeuta határozza meg. Az ajánlás megfogalmazza a rövid terápia (3 hónapnál rövidebb) kerülését borderline személyiségzavar esetén.

Súlyosabb tünetek, akut krízis, impulzuskontroll problémák, hetero- és autoagresszió, súlyos depressziós epizód illetve szuicid kockázat esetén szükséges az adott tüneteket célzó, pszichiáter által vezetett gyógyszeres kezelés is.

Ajánlás11

Kényszeres vagy kényszerhez társuló zavarok klinikai szakpszichológiai ellátása során az alábbi szempontrendszer szükséges figyelembe venni. (A)

Disclaimer: A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) 2022 január 1-jén lép életbe a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás. Ezért az angol verzió alapján a BNO-11 betegcsoport-felosztást követjük. (WHO)

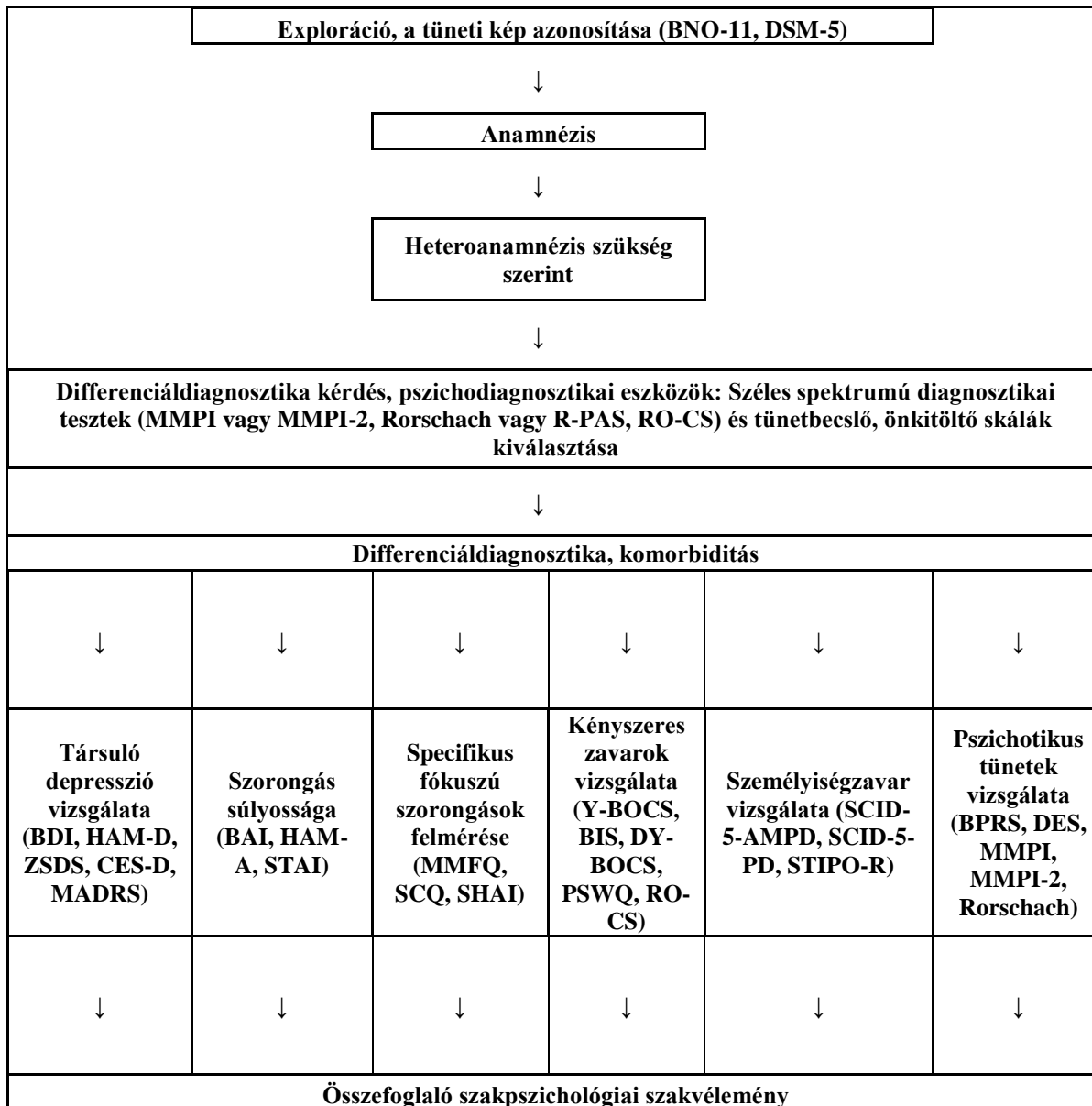
Bevezetés: Kényszerbetegség alatt kényszer gondolatokból és kényszer cselekvésekből álló tünetegyüttest értünk. A kényszerbetegség jellemzői a visszatérő, intruzív, a páciens akarata ellenére a gondolkodásba betörő gondolatok, impulzusok, valamint az ismétlődő, ritualisztikus cselekedetek. A kényszer cselekvések célja a kényszer gondolat által kiváltott szorongás, feszültség csökkentése. A leggyakoribb kényszeres tünetek: kontaminációs (tisztasággal összefüggő) obszessziók és kompulziók; ellenőrzési kényszer cselekedetek; szomatikus, agresszív, szexuális kényszer gondolatok; rend és szimmetriával kapcsolatos gondolatok; kényszeres lassúság; gyűjtögetés.

Prevalencia: A kényszerbetegség élettartam prevalenciája 1-3%, ugyanakkor a szubklinikus tünetek előfordulási aránya ennél jóval magasabb, 13% [57]. A szubklinikai formák jelentősége egyre nagyobb, hiszen ezen alcsoportban a kényszeres jegyek könnyen kényszerbetegséggé változhatnak, esetükben a prevenció, a szűrés kiemelt jelentőségű.

Diagnosztika: A diagnosztikus kivizsgálás során a klinikai szakpszichológusnak (2022. január 1-től) a BNO-11 és a DSM-5 kritériumait kell figyelembe venni. (A)

A betegség diagnózisának kimondásához a betegnek erős szorongást kell megélnie, és szenvedést okozó tünetek (gondolatok vagy cselekvések) jelenléte szükséges; szükséges kritérium, hogy a tünetek időablók legyenek. A legtöbb betegnél komplex tünetek fordulnak elő, de megfigyelhető valamely tünetcsoport dominanciája.

5. Ábra: A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálata (NICE alapján)



A differenciáldiagnosztika során a legfontosabb feladat a kényszerbetegség és a szkizofrénia elkülönítése egymástól. A kényszerbeteg kényszer gondolatai rendkívül bizarrak lehetnek, esetenként a beteg belátóképessége a gondolatok irracionálisára vonatkozóan korlátozott. A differenciáldiagnosztika során a következő fontos lépés a kényszeres zavarok elkülönítése a hangulatzavaroktól: a depresszióra jellemző ruminatív gondolatáramlás hasonló a kényszeres gondolati működéshez. Az evészavarok, különösen az anorexia és a kényszerbetegség szintén számos átfedést mutatnak. Az autizmusban megjelenő sztereotíp viselkedésformák is imitálják a kényszerbetegség egyes tüneteit. A poszt-traumás stressz szindróma esetén a gondolatáramlásba betörő, irányíthatatlan képzetek, képek mechanizmusa a kényszer gondolatokhoz hasonló. Végül a kényszerbetegség és a kényszeres személyiségzavar elkülönítése is fontos, mindkettőben jellemző lehet a perfekcionizmus, a rigiditás, az aggályoskodás [88].

Kezelés: Szükséges, hogy a klinikai szakpszichológus a diagnosztikai kivizsgálást követően kezelési tervet készítsen, mely magába foglalja a beteggel kötött terápiás szerződést is. (A)

A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok esetében enyhe súlyosság esetén a páciens szakpszichoterápiás módszerekkel is kezelhető, melyre csak a pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus jogosult. Kényszeres és kényszerhez társuló zavarban szenvedő páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti a pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családtaggal.

A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszer-specifikus pszichoterápiával is történhet, melynek végzése csak abban az esetben tartozik a klinikai szakpszichológus kompetenciái közé, ha pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik.

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a kényszeres zavarok kezelésében, melyet pszichoterapeuta szakképzettséggel és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus végezhet.

7. Táblázat: A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	
családterápia	

Nemzetközi ajánlások közül az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA: American Psychiatric Association) rendelkezik OCD-re vonatkozó ajánlással. Ezen ajánlás szerint az elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszer OCD esetén a CBT, ezen belül is az ingerexpozíció-válaszmegeelőzés technikák bírnak a legnagyobb evidenciával. Az APA ajánlása alapján a pszichodinamikus terápia az ellenállások (elhárítások) kezelésében, az OCD tünetek interperszonális következményeinek kezelésében lehet szükséges. A családtagok tünetekbe történő bevonódása esetén pedig családterápia indikálása is javasolt.

A NICE guideline súlyos tünetek esetén, mely a páciens számára jelentős funkció romlást okoz, kombinált (farmakoterápia és pszichoterápia) terápia indikálását ajánlja. Amennyiben 10 CBT ülést (és 12 hét farmakoterápiás kezelés) követően a tünetek nem javulnak, multidiszciplináris team összehívását javasolja a NICE guideline, mely a tünetek áttekintését, a komorbid tünetek azonosítását célozza, melyet követően a terápia (mind a farmakoterápia mind a pszichoterápia) módosítása ajánlott.

Ajánlás12

Traumával vagy stresszorzarral összefüggő zavarok ellátása során az alábbi szempontrendszer szükséges figyelembe venni. (A)

Disclaimer: A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) 2022 január 1-jén lép életbe a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás. Ezért az angol verzió alapján a BNO-11 betegségcsoport-felosztást követjük. (WHO).

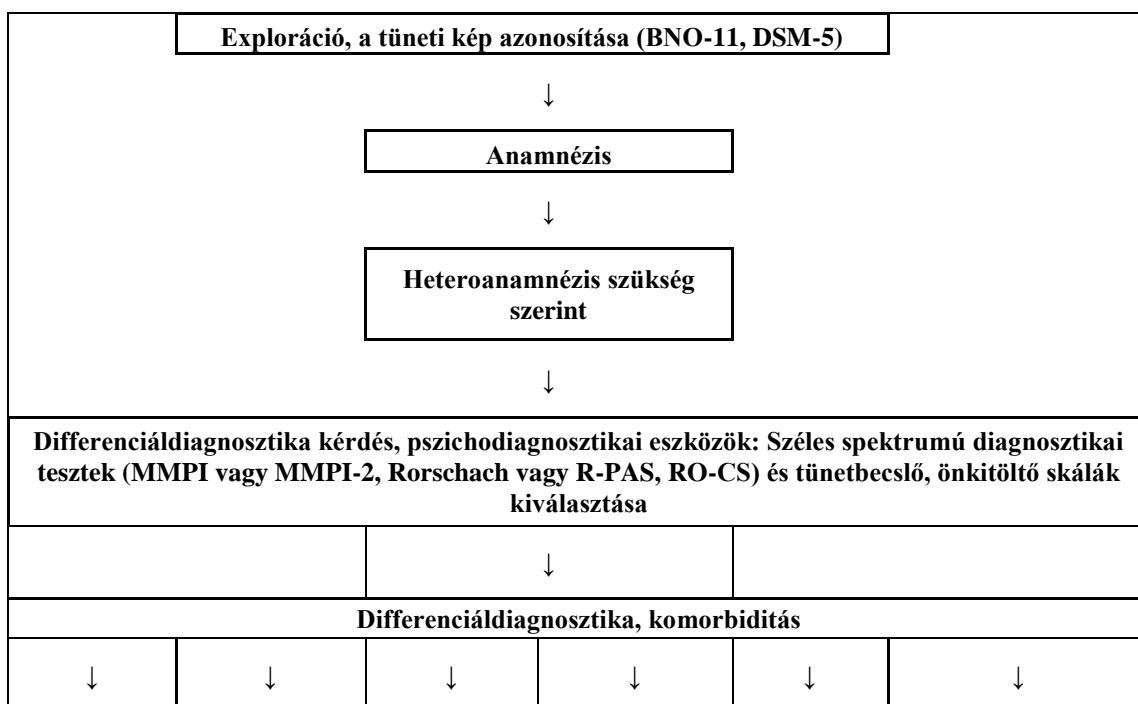
Bevezetés: A trauma olyan érzelmi válaszreakció, mely a rendkívüli eseményt átélő személynél a súlyos traumatikus eseményt (baleset, szexuális erőszak, természeti katasztrófa) követően alakul ki. A poszt-traumatikus tünetegyüttesben szenvedők újraélik a traumatikus eseményt, betolakodó emlékek alakulnak ki, rémálmok és intenzív szorongás jellemzők, illetve kialakul minden olyan helyzet elkerülése, mely a traumára emlékezteti őket (APA).

Prevalencia: Az átlagpopuláció 60-70 %-a szenved el valamilyen traumát az élete során (PMK), azonban a poszt-traumás tünetek kialakulása ennél ritkább. A PTSD tünetek élettartam prevalenciája 8,3 % [58]. A nőknél kétszer magasabb a PTSD prevalenciája mint a férfiaknál; illetve nemi különbségek a traumatikus eseményekre adott reakciókban is fennállnak. A nők vulnerabilisabbak természeti katasztrófák és baleset esetén PTSD tünetekre, mint a férfiak, erőszakos események és cselekmények esetén azonban a nemi különbségek minimálisra csökkennek [59].

Diagnosztika: A poszttraumás stressz zavar kritériumait és diagnosztikáját a DSM-5 szerint szükséges végezni. A személy valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak eseményét tapasztalja meg közvetlenül, vagy más által átélt módon közvetlen tanúként. A traumatikus esemény átélése után közvetlenül a következő tünetek jellemzők: a traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó emlékek, nyomasztó álmok, disszociatív reakciók (flashback-ek), intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető ingerekkel szembeni expozíció esetén, kifejezett élettani reakció a traumára emlékeztető ingerek expozíciója esetén, a traumával összefüggő ingerek tartós kerülése, a traumatikus eseménnyel kapcsolatos kogníciók és hangulat negatív irányú változása.

Elkülönítendő az akut stressz zavartól, ami extrém stressztényező hatására létrejövő érzelmi kognitív és viselkedési tünetekben nyilvánul meg, pár órával vagy nappal az esemény után. Ugyanakkor a tünetek egy hét után csökkennek [87]. (A)

6. Ábra: A traumával vagy stresszorzarral összefüggő zavarok pszichodiagnosztikai folyamata (NICE alapján)



Trauma és stressz vizsgálata (PDS, PSS, IES-R)	Disszociáció vizsgálata (DES, DIS-Q, MDI, SSD)	Major depresszió súlyossága (BDI, HAM-D, ZSDS, CES-D)	Pszichotikus tünetek vizsgálata (BPRS, DES, MMPI, MMPI-2)	Szucid rizikó felmérése (RS, SSL, RKS)	Személyiségzavar vizsgálata (SCID-5-PD, STIPO-R, SCID-5-AMPD) DAS, Séma kérdőív)
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Összefoglaló szakpszichológiai szakvélemény					

A differenciáldiagnosztikai folyamat során a PTSD és a depresszió elkülönítése az első lépés, átfedő tünettannal mellett (inszomnia, tartós örömtelenség, funkcióképesség csökkenése, motiváció csökkenése, koncentráció zavar) a tünetek pontos kialakulásának ideje segíti a két kórkép elkülönítését, poszttraumás zavar esetén a tünetek a traumatikus esemény után közvetlenül jelentkeznek. A differenciáldiagnózist nehezíti, hogy a PTSD és a depresszió komorbiditása magas (PMK). A poszttraumás zavar és a pszichotikus állapotok elkülönítése is nehezített, hiszen a PTSD-re jellemző flashback-ek sok esetben hallucinációkra emlékeztethetnek. A PTSD társulhat személyiségzavarral, a leggyakoribb komorbid személyiségzavar a borderline személyiségzavar, melynek kialakulása a korai és interperszonális traumatizáció, és a személyiségfejlődést károsító traumatizáció esetén fordul elő. Ugyanakkor a trauma következtében megjelenő reakciók – impulzivitás, változó affektusok, bizalmatlanság, elkerülő magatartás, szociális visszahúzódnás - ugyan személyiségzavarra emlékeztető vonások, de tüneti megjelenésük esetén mérlegelni kell a trauma előtti személyiség szerkezet épségét és strukturális jellemzőit is.

Kezelés: Szükséges, hogy a klinikai szakpszichológus a diagnosztikai kivizsgálást követően kezelési tervet készítsen, mely magába foglalja a beteggel kötött terápiás szerződést is. (A)

A traumával és stresszrel összefüggő zavarok esetében enyhe súlyosság esetén a páciens szakpszichoterápiás módszerekkel is kezelhető, melyre csak a pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező klinikai szakpszichológus jogosult. Traumával és stresszrel összefüggő zavarban szenvedő páciens páciens kezelése esetében a klinikai szakpszichológus ráépített pszichoterápiás végzettség nélkül az alábbi eljárásokat végezheti, javasoltan pszichiáter által végzett gyógyszeres kezeléssel kombinálva:

- pszichoedukáció,
- pszichológiai esetvezetés,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai tanácsadás,
- szupportív tanácsadás,
- relaxáció,
- stresszkezelő tréning,
- életvezetési tanácsadás,
- krízisintervenció,
- alapszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alapszichoterápia csoportvezetésben,
- csoportos pszichoedukáció,
- konzultáció hozzátartozóval, családdal.

A traumával vagy stresszrel összefüggő zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszerspecifikus pszichoterápiával is történhet, melynek végzése csak abban az esetben tartozik a klinikai szakpszichológus kompetenciái közé, ha pszichoterapeuta szakvizsgával és az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik.

8. Táblázat: A traumával vagy stresszrel összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
hosszú expozíciós terápia	hosszú expozíciós terápia
rövid eklektikus pszichoterápia	
EMDR	EMDR
narratív expozíciós terápia	narratív expozíciós terápia.

Az APA a relaxációs módszerek alkalmazását nem tartja hatékonynak PTSD kezelésében.

A NICE és az APA által ajánlott pszichoterápiás eljárások közül Magyarországon a CBT és az EMDR érhető el. A NICE PTSD esetén kombinált farmakoterápiás és pszichoterápiás kezelés esetén ellenjavallja benzodiazepinek alkalmazását; ugyanakkor komplex trauma esetén (disszociatív tünetek, érzelemszabályozási zavar, interperszonális kapcsolati zavar tünetei, negatív énkép) módosítani szükséges a terápiás technikán a komplex tüneti képnek megfelelően.

Ajánlás13

Az intellektuális képességek zavarai: neurokognitív zavarok, demencia, mentális hanyatlás vizsgálata és ellátása során az alábbi szempontrendszert szükséges figyelembe venni. (A)

Intellektuális képességek [84-86]:

Az intellektuális képességek vizsgálata csak indokolt esetben, releváns klinikai kérdés esetén javasolt, illetve ha speciális élethelyzet indokolja (pl. bírósági per, iskolakezdés vagy továbbtanulás kérdése).

Az intellektus vizsgálatának elvégzése előtt fontos figyelembe venni, hogy az intelligencia-vizsgálat hosszadalmas, megterhelő és érzelmileg is megérintő folyamat a páciens számára, ezért elvégzését mérlegelni kell. Az alacsony intellektus megállapítása a személy számára megbélyegző, stigmatizáló lehet, így az indokolatlan vizsgálat akár hosszútávú iatrogen ártalmat okozhat.

Az intellektuális képességek vizsgálata komplex pszichodiagnosztikus tevékenység, mely szükségszerűen magában foglalja a mentális képességek átfogó, részletes felmérését, az eredmények kvalitatív, kvantitív és esetlegesen szindrómaanalitikus elemzését, valamint a gyengeségek és erősségek hátterének feltárását is. Mindezen információkat a személy élettörténetének és szociális kapcsolatainak kontextusába helyezve szükséges értelmezni.

Az intellektuális képességek vizsgálatakor differenciáldiagnosztika keretében szükséges elkülöníteni a globális mentális alulteljesítést (alacsony IQ) a kognitív részképességek zavaraitól valamint különösen gyermekek esetén a nem megfelelő nevelési-oktatási, szociokulturális körülményekből származó tanulási problémáktól. Az intelligencia teszteken elért rosszabb teljesítmény mögött az alacsony intelligencia szint mellett számos tényező állhat. Az alacsony intelligencia diagnózisa a páciens életét hosszútávon meghatározza, mely stigmaként nehezen módosítható a későbbiekben. A téves diagnózis komoly károkat okozhat a személynek. Ezzel együtt az alacsony mentális képességszint bár viszonyítási alapot jelent egyéb kognitív képességekben mérhető eltérések értékeléséhez, de nem jelenthet automatikusan kirekesztő vagy kizáró kritériumot a további diagnosztikus gondolkodásban, valamint a rehabilitációs és terápiás szükségeltekre vonatkozó döntéshozatalban.

Az intellektuális képességek vizsgálata során ajánlott sztenderdizált, Magyarországon adaptált, kulturális- és az anyanyelv szempontjából is illesztett vizsgáló eljárások használata.

Demencia és mentális hanyatlás:

Megelőzés

A demencia komplex és modern szemlélet szerint történő szakpszichológiai ellátása során jelentős szerepet szükséges kapnia a prevenciót és a kockázatsökkentést elősegítő pszichológiai intervencióknak, melyek szempontjai egyben a szakellátás legfőbb alapvetéseit is jelentik [60-63]. (A)

A megelőzést és a kockázatsökkentést segítő pszichológiai szempontok:

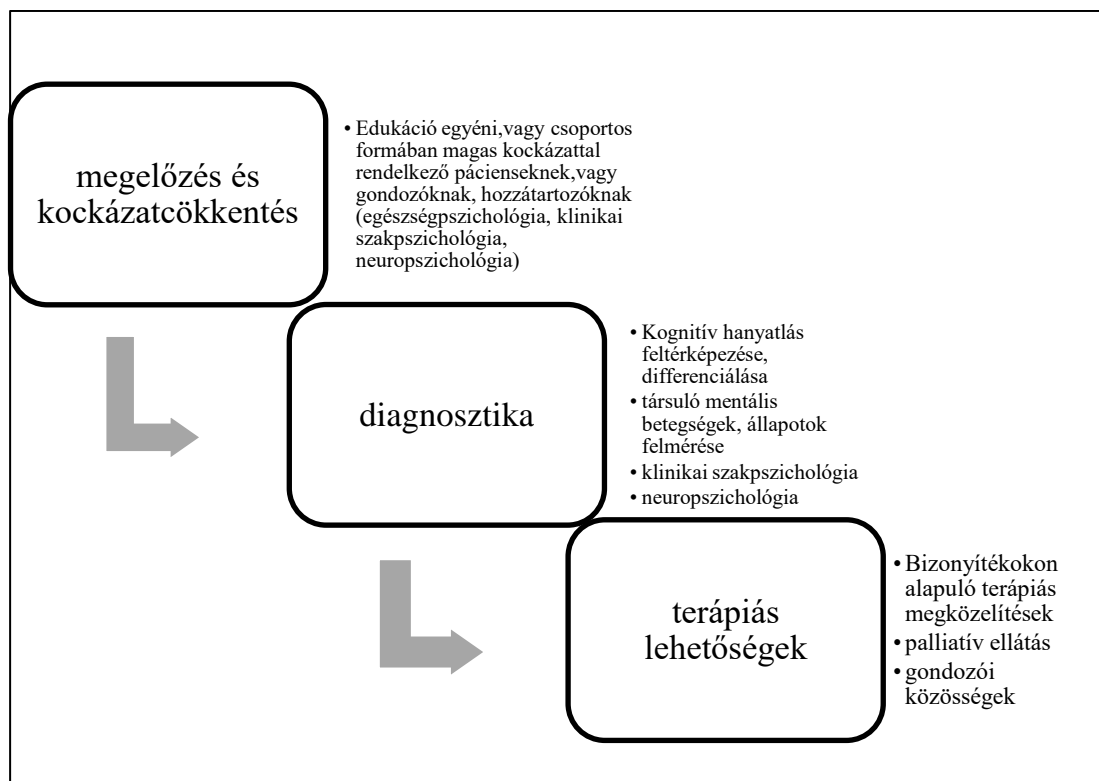
- Elméleti és gyakorlati megközelítés egyidejű érvényesülése a demenciák vizsgálata és kezelése során.
- Az életvezetéssel összefüggő kockázatok, társadalmi, szociális, edukációs, egészségügyi helyzethez kapcsolódóan megjelenő tényezők pszichológiai módszerekkel történő szisztematikus feltárása.
- Folyamatos együttműködés intézményekkel, (társ)szakmákkal, ami kiterjed az egészséges életmóddal és a mentális egészséggel kapcsolatos ismeretek szélesebb körű megismertetésére.
- Intézményi ellátás során az egészségfejlesztés korai (alapintézményi) támogatásának mihamarabbi megkezdése.
- Szakpszichológusok módszeres bevonása diagnosztika, kivizsgálás, obszerváció, edukáció, terápia, egészségtudatosság kialakítása, és fejlesztés területein egyaránt.

Kivizsgálás

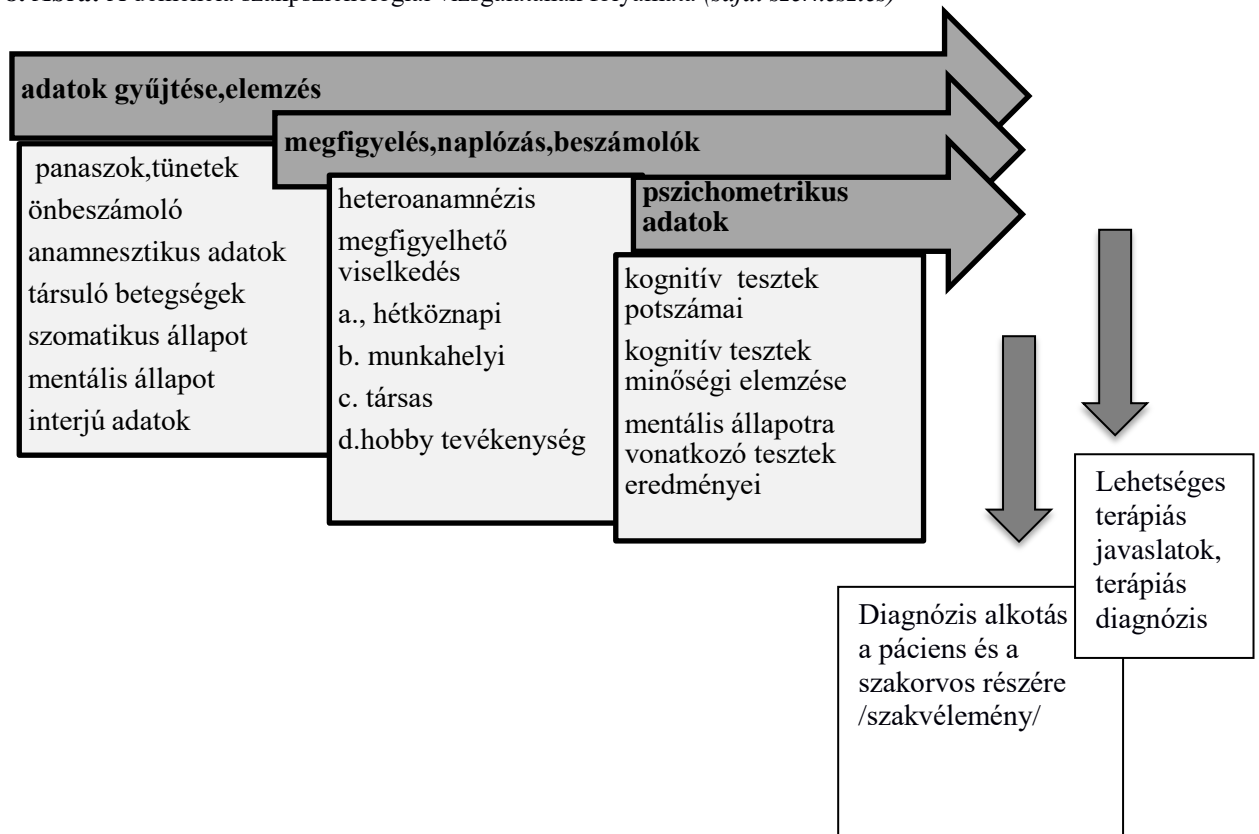
A demencia szakpszichológiai kivizsgálása során végzett diagnosztikus folyamatban (a) a társszakmákkal összefüggésben megvalósuló integráció, (b) a validált és standardizált vizsgálóeszközök alkalmazása egyaránt szükséges [64-71]. (A)

A demencia szakpszichológiai és neuropszichológiai kivizsgálást minden esetben a beteg aktuális testi és mentális állapotát egyaránt integráló és az ő érdekeit a leginkább szolgáló módon szükséges lefolytatni. [61-63]

7. Ábra: A demencia szakpszichológiai ellátásának (prevenció, diagnosztika, terápia) folyamata *(saját szerkesztés)*



8. Ábra: A demencia szakpszichológiai vizsgálatának folyamata (saját szerkesztés)



A gyógyszeres kezelés mellett a szakpszichológiai intervenciók a demencia ellátásának és gondozásának multidiszciplináris lehetőségét jelentik, alkalmazásuk a beteg aktuális és anamnesztikusan/heteroanamnesztikusan is integrált testi-lelki állapotához illeszkedik. [60-63]

Feladatok:

Szakpszichológusi feladat az orvosi szakmákkal együttműködve a pszichodiagnosztika módszereivel különböző szinteken

- a kognitív hanyatlás mértékének és minőségének meghatározása, nyomon követése
- a társuló mentális betegségek, állapotok meghatározása, állapotkövetése
- képességek, készségek felmérése diagnosztikus értékelése
- a kognitív hanyatlás és az egyén szempontjainak megfelelően
- a szakorvosi diagnózis alátámasztásának segítése, az eredmények közlése.

Szűrőteszt használata a szakpszichológiai gyakorlatban a kockázatok felmérésére nem specifikus, de az egyénre szabott részletes kognitív térképezés neuropszichológiai kompetencia: speciálisan képzett, az idegrendszer és a viselkedés kapcsolatát mélyen ismerő szakemberek feladata. A diagnosztikai folyamat több alkalmat vehet igénybe. Az ülések egy részén a hozzátartozó bevonása szükséges lehet, ennek eldöntése a szakpszichológus hatáskörébe tartozik. A standardizált tesztek felvétele során más személy jelenléte nem javasolt.

A kognitív képességekre vonatkozó diagnosztikus tevékenység mellett a betegséghez kapcsolódó hangulati, érzelmi változások, az egyéb élethelyzetekkel kapcsolatos esetleges veszteségek, hiányos, megváltozott szociális skillek feltárása is szükséges, melyekhez a megfelelő vizsgálóeljárások kiválasztása az adott kognitív állapot figyelembe vételével lehetséges. A percepció, a megértés és a közlés szintjeinek előzetes elemzése lényeges a vizsgálatok tervezése és az eredmények kiértékelése szempontjából.

Eszközök és kompetenciakörök:

A demencia dagnosztikai vizsgálata során magyar mintán validált, hazai standardokkal rendelkező, a páciens anyanyelvének megfelelő eljárásokat szükséges alkalmazni. A teszteket a használati leírásukban és a vonatkozó szakmai protokollokban (ld. neuropszichológiai, klinikai szakpszichológiai, pszichiátriai irányelvek) meghatározott szakképzettséggel rendelkező szakember veheti fel és alkalmazhatja. Az egészségügyi szolgáltatók körében a teszteredmények kiértékelése, a diagnózisalkotás a megfelelő szakvizsgálóval rendelkező szakember feladata. Klinikai szakvéleményt pszichiáter, klinikai

szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus adhat ki, a szakvizsgának megfelelő kompetenciakörben. Szakpszichológus jelölt csak szakpszichológus ellenjegyzésével ellátott szakvéleményt adhat ki.

Tesztek és vizsgáloélmjárások: [64-71]

Alkalmazásra javasolt, hazai standardokkal rendelkező vizsgáloélmjárások a demencia vizsgálatához:

MMSE

AKV

ACE-R

ACE-III.

MoCA

ADAS-cog

Óra rajzolósi teszt

Geriátriai depresszió skála

Korai mentális teszt

DWNB teszt

Benton teszt

Minden egyéb teszt és vizsgáloélmjárás kiválasztása és használata, az eredmények értékelése a szakpszichológus kompetenciája és felelőssége, mely az eredmények közzlésében, értelmezésében is megjelenik a páciens érdekeinek megfelelően. (A)

Terápia

Alkalmazásra javasolt (neuro)szakpszichológiai terápiák fókusza

A kognitív képzés/tréning bizonyítottan javítja a demenciával élő páciensek életminőségét. Az erősségekre való támaszkodás a hanyatló képességek kompenzációjában jelentős segítséget jelenthet. A neuropszichológiai diagnosztikai folyamat önmagában már terápiás helyzetet teremt: a neuropszichológus a beteg vizsgálata során folyamatosan alkalmazkodik a meglévő, az adott helyzetben mozgósítható képességekhez, készségekhez. Ezalatt a páciens önmaga is megtapasztalhatja a kompenzációs stratégiákat, felhasználhatja a neuropszichológus által megteremtett helyzetek ösztönző erejét, kipróbálhat új stratégiákat, melyeket transzportálhat a mindennapi tevékenységek eredményesebb végzéséhez. A mentális hanyatlás önmagában is változékony képet mutat a különböző etiológiájú betegségek kapcsán, de az egyén kognitív stílusa, fejlődési mintái is eltérhetnek egymástól és a terápiás folyamat is egyénreszabottan zajlik. A neuropszichológiai terápiák lényege a folyamatos analízis, hibaelemzés, stratégiaalkotás, mely a páciensek hatékonyságát, ezzel párhuzamosan az önértékelést, az önbizalmat, és az önállóságot is javítja.

Ajánlás14

A demenciában szenvedő páciensek és az érintett személyek kezelésére javasolt terápiás lehetőségek:

Személyközpontú terápiák

Relaxáció

Zene és táncterápiák

Állatasszisztált terápiák

PC alapú kognitív terápiák on-line

Csoportterápiák:

Egymást segítő csoportok

Tematikus csoportok (Pl. Alzheimer, SM, Parkinson, Afázia stb.) (A)

A módszerek alkalmazása a hazai gyakorlatnak megfelelő kompetenciával rendelkező alap-, vagy szakpszichoterápiás szakemberek vezetésével a terápiás szakmai protokolloknak megfelelően történik.

Ajánlás15

A demencia komplex ellátása és gondozása során a hozzátartozók és a kezelőszemélyzet pszichés támogatására is javasolt figyelmet fordítani. [72-74] (D)

Már a demencia diagnosztikus időszakában szükséges lehet a hozzátartozók bevonása nem csupán információszerzés céljából, hanem az alapvető biztonságérzet növelése érdekében is. A demenciával élő személyek önállóságának saját környezetükben történő támogatása a lehető leghosszabb ideig javasolt és ennek a gondozók és családtagok bevonása jelentős pszichés támogatást is jelent. Felmerülhet a hozzátartozói segítő szindróma kialakulása is, melynek azonosítása és megfelelő szakemberhez való irányítás szükséges lehet.

A gondozók számára nyújtott pszichológiai támogatás lehetősége a kiégés tüneteinek azonosítását segíti, valamint az esetleges palliatív átmenet időszakában a felmerülő érzések, és a gyással összefüggő gondolatok ventilációjának is teret adhat.

Javasolt egyéni pszichológiai konzultáció lehetőségét biztosítani a demenciával élő betegek hozzátartozóinak és gondozóinak egyaránt.

Ajánlás16

A demencia ellátásának szempontjából a beteg gondozása és állapotának utánkövetése szakmai szempontok szerint indokolt gyakorisággal és rendszerességgel javasolt. [61-63] (D)

A demencia jelenleg gyógyíthatatlan betegség, melynek lefolyása különböző lehet. A folyamatban eltérő módon változhatnak a képességek és a mentális állapot, ingadozhat a pszichés stabilitás. Ennek megfelelően az állapot folyamatos követése célszerű, és fontos a kellő és szakszerű segítői folyamat során. A neuropszichológiai és egyéb szakpszichológiai követés során a rendszeres státuszrögzítés és a korábbi eredményekkel történő rendszeres összehasonlítás képet ad a folyamat alakulásáról, a kompenzációs stratégiákról, vagy a hanyatlás súlyosbodásáról. Az ezzel összefüggő élethelyzeti és egyéb pszichés változásokban az állapotkövetés mellett a mentális segítségnyújtás biztosítása feltétlenül javasolt a páciens és családtagjai, illetve gondozói számára egyaránt. A beteg állapotának követése és dokumentálása a gyógyszeres kezelés szempontjából is lényeges adat a kezelőorvos számára.

Szucid veszélyeztetettség

Ajánlás17

A mentális betegségekhez társulóan azonosított hangulatzavarok, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek kapcsán a szucid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szucid készletés vagy ideáció esetén pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai hospitalizációja szükséges. (A)

A szucid fenyegetettség és veszély felismerésével, kezelésével, megelőzésével kapcsolatban általánosan irányadó az EPA 2012-ben közreadott, 2017-ben magyarra adaptált irányelve a felnőttkori szucid viselkedés kezeléséről és prevenciójáról. [75]

Az öngyilkosság háttérében összetett biológiai, pszichológiai és szociális tényezők is állhatnak. A rizikótényezők három szintjét különböztetik meg [76, 77]:

- Az elsődleges rizikótényezők a pszichiátriai faktorok, úgymint kezeletlen pszichiátriai betegségek, korábbi szucid kísérlet(ek), az öngyilkossági szándék kommunikációja, illetve a családban előforduló szucidium. A befejezett öngyilkosságot vagy öngyilkossági kísérletet elkövetők több mint 90%-a legalább egy (gyakran nem, vagy eredménytelenül kezelt) pszichiátriai betegségben szenved a cselekmény elkövetésének idejekor.
- Másodlagos rizikótényezőként említik [76] a pszichoszociális tényezőket, a koragyermekkori traumát, az izolációt (pl. válás), a súlyos egzisztenciális problémákat, az akut pszichoszociális stresszorokat, krónikus fájdalmat, súlyos szomatikus betegséget és a munkanélküliséget.
- A harmadlagos rizikó faktorokat a demográfiai tényezők jelentik, úgymint nem, életkor, évszak, nap.

Az öngyilkosság tehát nem csak egy krízishelyzet következménye lehet, az esetek nagy részében pszichiátriai zavar, elsősorban depresszió előzi meg, illetve magyarázza a szucidumot [76, 77].

A súlyos, különösen a központi idegrendszeret érintő, valamint a fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus, valamint anticipált/valós életveszéllyel járó betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát.

Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák. Ugyanakkor fontos, hogy megfigyelések szerint a rákbetegség esetén az öngyilkossági készletés főképpen a fennálló major depresszióval és nem elsősorban a betegség súlyosságával, várható kimenetelével vagy a fájdalom intenzitásával függ össze.

Bizonyos tartósan fennálló személyiségvonások, mint például az impulzív, agresszív, hosztilis tulajdonságok csak az akut stresszor (jellemzően például súlyos élethelyzeti krízis) jelenlétében váltanak ki öngyilkos magatartást. A fentiekén kívül a depresszív, ciklotím, irritábilis, szenzitív és szorongó affektív temperamentum, a pesszimista alaptermészet, akárcsak az alacsony problémamegoldó készség, valamint a szorongó egyénekre jellemző negatív kognitív triád (negatív énkép, világkép és jövőkép) szintén hajlamosítanak szucid magatartásra különösen pszichiátriai betegségek vagy igen súlyos, akut, élethelyzeti krízis fennállása esetén.

Az öngyilkossági veszély jeleinek felismeréséhez jól használható a „**cry for help**” kommunikáció fogalma, amelynek négy fajtáját különböztetik meg [78]. A direkt, verbális jelzés során az illető beszámol a környezetének öngyilkossági gondolatairól. A direkt, non-verbális öngyilkossági veszély abban nyilvánul

meg, hogy az illető beszerzi az elkövetéshez szükséges eszközt, előkészül cselekvésére. Az indirekt, verbális kategóriába azok tartoznak, akik általánosságban például az élet értelmetlenségéről beszélnek öngyilkossági kísérletüket megelőzően. Az indirekt, non-verbális jelzés pedig szociális izolációban, ügyeinek lezárásában (felmond, bankszámlájáról hirtelen átutalgtatja a családtagjainak a pénzét, stb.) nyilvánul meg.

A „**Ringel-triász**”-ként is nevezett preszuicidális szindróma alapján az öngyilkosságot megelőzően mindig dinamikus beszűkülés jelentkezik, amelyet gátolt és saját személyre irányított agresszió, illetve az öngyilkossági fantáziák megjelenése követ [77].

Az öngyilkossági fantáziák szerepe különösen jelentős az öngyilkosságot megelőzően, Ringel a szuicid fantáziák három fokozatát különíti el. Az első fokozatában a személy még csupán a halálról és nem magáról az öngyilkosságról fantáziál. A másodikban fázisban már megjelenik az öngyilkosság, de konkrét elképzelések nélkül. A harmadik fokozatban az öngyilkosság már konkrét tervvel, módszerrel a végrehajtás körülményeivel jelenik meg a személy képzetében, gyakran a legapróbb részletekig kiterjedően. Jól érzékelhető ez alapján az öngyilkossági krízis kialakulásának folyamata is, az utolsó veszélyeztető jelekig.

A klinikai szakpszichológusnak fontos szerepe van az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. A klinikai szakpszichológus feladataihoz tartozik a szűrés és állapotfelmérés (részletes klinikai interjú, viselkedésdiagnosztika és pszichometriai skálák segítségével), pszichoedukációs tréningek tartása, illetve célzott pszichoterápiák (problémamegoldó tréning), és a gyakorlatban az egyik leginkább hatékonyan bizonyuló krízisterápiák alkalmazása [77, 79, 80].

A krízisterápiához, illetve az öngyilkossági veszélyeztetettség felméréshez elengedhetetlen a megfelelő szakmai kompetencia a pszichiátriában, a klinikai pszichológiában való gyakorlati jártasság. Különösen hangsúlyos a viselkedés diagnosztikai és differenciál diagnosztikai ismeretek fontossága, illetve a pszichometriai becslöskálákban, kérdőívekben, egyéb pszichológiai tesztvizsgálatokban való jártasság. Öngyilkossági gondolatok, szándék, illetve beszűkült tudatállapot, pszichotikus reakció, nagyfokú agresszivitás, vagy szorongás észlelése esetén pszichiáter szakorvos bevonása szükséges, hiszen ezekben az esetekben gyógyszeres terápiás javaslatra, illetve pszichiátriai osztályos kezelésre van elsősorban szükség. Amennyiben a klinikai szakpszichológus a vizsgálat során közvetlen veszélyeztetető magatartást észlel a páciensen és nem áll rendelkezésre pszichiáter szakorvosi segítség, mentőt kell hívnia a pácienshez.

Öngyilkossági krízis esetén azonnal be kell avatkozni annak érdekében, hogy a páciens életét megóvjuk. A kutatások alapján a gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelés ezen belül is a kognitív viselkedésterápia módosított technikái (ld.: problémamegoldó tréning) bizonyultak a leghatékonyabbnak, illetve a gyakorlat alapján a szakszerűen alkalmazott krízisterápiák is nagyon hatékonyan bizonyultak.

A passzív öngyilkosság előfordulásának formái:

- Műtét/kezelés visszautasítása, együttműködés megszakítása.
- Váratlanul felbukkanó alkoholizmus/drogabúzus (prolongált öngyilkosság).
- Súlyos étkezési zavarok (pl. drasztikus diéta, „tisztítókúrák”).

Az öngyilkosság rizikófaktorai:

1. *Demográfiai változók*: 60-as 70-es éveikben járók és a férfiak rizikócsoport.
2. *Depresszió*: erős prediktor, az öngyilkosságot elkövetők 50%-a depresszióban szenved.
3. *Reménytelenség*: kifejezetten erős prediktor, a depresszió ezen tünete erősebben korrelál az öngyilkossággal a depressziónál is.
4. *Krízis*: akutan kialakuló, vagy elhúzódóan permanenssé váló intenzív szorongással és beszűkült kognitív működéssel jellemezhető állapot.
5. *Kontrollvesztettség és tehetetlenség*: erősebb kontrolligény például szomatikus/kronicizálódó betegség következtében kialakuló kontrollvesztett állapot esetén a szuicid viselkedés, mint a kontroll visszaszerzésének egyik lehetősége jelenhet meg. Mind az önrendelkezés elvesztésének érzése, mind a tehetetlenség erős rizikófaktorok. A fizikai állapotromlás fokozza a tehetetlenséget.
6. Kontrollálatlan és/vagy permanens (adott esetben pszichogén) *fájdalom*.
7. *Egyéb fizikai problémák/tünetek*.
8. *Kognitív diszfunkció, delírium*: hozzávetőlegesen az öngyilkossági kísérletet elkövetők harmada delirált állapotban kísérelte meg tettét, továbbá a kognitív diszfunkciók a helyzet következményeinek valós kiértékelését, reális megítélését is ellehetlenítették. A fokozottá váló kognitív diszfunkciók pszichotikus tüneteket, organikus mentális zavarokat, depressziót okozhatnak.
9. *Társas támogatottság*: protektív tényező, az alacsony szubjektív társas támogatottság nagyobb rizikót jelent.

10. *Pszichiátriai előzmény*: kifejezetten erős prediktor, az öngyilkosságot megkísérlők fele karakterpatológiás működésű. Növelik a rizikót az egyéb mentális kórállapotok: depresszió, szorongásos zavarok, szenvedélybetegség, szkizofrénia, evészavarok.
11. *Spirituális és egzisztenciális válság*: az élet értelmességébe vetett hit elvesztése felerősítheti a halálvágyat („Mi értelme bárminek?“, „Miért éppen én?“ stb.).
12. *Korábbi vagy családi öngyilkossági előtörténet*: kifejezetten erős prediktor .
13. *Biográfiai tényezők*: például negatív életesemények, korábbi/aktuális veszteségek (munkanélküliség, válás stb.).

A szuicid viselkedésre hajlamosító egyéb lényeges tényezők:

- Nagyfokú szorongás, agitáció, krízis.
- Nagyfokú beszűkültség.
- Realitás-kontroll elvesztése.
- Kognitív diszfunkció, delírium.
- Alkohol-drog-gyógyszerabúzus/dependencia.
- Kritikus évforduló (pl. közeli családtag halála), ünnepek.
- Spirituális és egzisztenciális nyugtalanság.
- Fokozódó testi tünetek, mellékhatások.
- Rosszul kontrollált fájdalom.
- Orvosi kezelésekkal járó mellékhatások.
- Krónikus betegség, előrehaladott betegség.
- Delírium (kezelés következtében).
- Deficit tünetek/deficittel járó változások a betegség során (pl. amputáció, fatigue, sztóma, evési nehézség, nyelési nehézség, mobilitás elvesztése).
- Mások megterhelésétől való szorongás.
- Bűnösségi érzések, gondolatok.

Fontos, hogy a szuicid veszély megállapítását a felsorolt rizikótényezők klinikai konstellációjára kell alapozni. Minden jelzést komolyan kell venni.

A szuicid hajlam/készletés operacionalizált vizsgálatára a beteg alapos pszichológiai explorációját kiegészítendő a pszichodiagnosztikai céllal is széles körben alkalmazott önkítöltős személyiségtesztek (MMPI és MMPI2), a projektív tesztek (Rorschach Projektív Próba bizonyos táblái, a képzetáramlás jellege, vagy az acting out levezetésének módja alapján, illetve: Tízjegyes szuicid konstelláció, Hertz-féle konfigurációs technika, Pietrowski féle predikciós skála, Szondi teszt: 2 és 10 profillal) egyaránt alkalmasak lehetnek. Hasonlóképpen kiegészítésül és nem a pontos kórisme kialakítását célzandó, de alkalmazható a szuicid készletés/hajlam/rizikó felmérésére és szűrésére a 4 kérdést tartalmazó Beck Reménytelenség Kérdőív, illetve a 9 kérdéses Beck Depressziószűrő Skála is [79-82].

Az öngyilkossági krízisben lévő beteg vizsgálatának mindig ki kell térnie a háttérben meghúzódó pszichiátriai, személyiség- és szomatikus zavarok detektálására, a beteg, illetve a családtagok esetében előforduló öngyilkos magatartás feltárására, az esetlegesen fennálló életuntság, halálvágy vagy szuicid szándék, valamint az implicit és explicit szuicid kommunikáció vizsgálatára. Az öngyilkossági kockázatot a beteg pszichológiai és társas funkcióját vizsgáló klinikai interjúk során is célszerű keresni kell. A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági rizikó meghatározásában, de nem helyettesítik a páciens szakszerű kikérdezését.

Az öngyilkossági viselkedés felismerése, illetve vizsgálata során a szakszerű klinikai interjú mellett, különösen a disszimulációs esetekben, kulcsfontosságú a viselkedéses diagnosztika is (pl. szemkontaktus, tekintet, beszéd sebessége, beszédhang erőssége/gyengesége/halksága stb.). Az interjú során szükséges rákérdezni a meglévő öngyilkossági gondolatokra, szándékokra, adott esetben kidolgozott tervekre is. Súlyos esetekben azonnali pszichiátriai medikáció és pszichiátriai osztályos ellátás szükséges.

9. Ábra: A krízishelyzetben, vagy akut szuicid veszélyben lévő betegek/páciensek/kliensek felismerésének modellje ([83] alapján)

A beteg/kliens/páciens viselkedése, vagy kommunikációja krízishelyzetre, szuicid veszélyeztettségre utal		
↓ <i>igen</i>		
<i>/Krizishelyzetet és a szuicid veszélyeztettséget jelző és befolyásoló tényezők felmérése/</i>		
Gondolt arra, hogy jobb lenne nem is élni?	→ <i>nem</i> →	Nincs krízis, nincs szuicid rizikó
↓ <i>igen</i>		
Gondolt arra, hogy kárt tegyen magában?	→ <i>nem</i> →	Enyhe szuicid rizikó <i>Halállal kapcsolatos gondolatok, de nincs direkt szuicid intenció, nincs konkrét szuicid terv.</i>
↓ <i>igen</i>		
Gondolt arra, hogy öngyilkosságot kövessen el?	→ <i>nem</i> →	
↓ <i>igen</i>		
Eltervezte, hogy hogyan követne el öngyilkosságot?	→ <i>nem</i> →	Közepes szuicid rizikó <i>...vagy enyhe rizikó + krízistünetek, pszichés tünetek, rizikófaktorok, protektív faktorok hiánya</i>
↓ <i>igen</i>		
Meg is kísérelte már az öngyilkosságot?	→	Súlyos szuicid rizikó <i>...vagy közepes rizikó + krízistünetek, pszichés tünetek, rizikófaktorok, protektív faktorok hiánya</i>

9. Táblázat: A krízishelyzetet és a szuicid veszélyeztetettséget jelző és befolyásoló tényezők összefoglaló táblázata ([83] alapján)

Krízishelyzetet és a szuicid veszélyeztetettséget jelző és befolyásoló tényezők				
A figyelmeztető jelek és az aktuális pszichés állapot felmérése			A rizikó és protektív tényezők felmérése	
Lélektani krízis jelei	Krízisállapot	akcidentális	Korábbi szuicid kísérlet	Rizikófaktorok
		pszichoszociális, fejlődési	Mentális zavarok (depressziós és bipoláris zavar)	
	Preszuicidális szindróma	dinamikus beszűkülés	Pszichiátriai kezelések	
		gátolt és befelé forduló agresszió	Személyiségzavar	
		öngyilkossági fantáziák	Szerfüggőség	
	Cry for help	‘psychache’ jelenség	Testi betegségek (krónikus)	
	“Negatív kód”		Szuicidium a családban (közeli modellszemély)	
Psichopatológiai tünetek	Depresszív tünettan	Beck-féle kognitív triász (negatív koncepció a világról, önmagáról, a jövőről)	Támogatottság hiánya (emocionális, szociális)	Protektív faktorok
		reménytelenségérzés	Negatív életesemények	
		bűntudat, önvádolás	Pszichoszociális stresszortényezők	
	Szorongásos tünetek	Impulzivitás	Férfi nem	
		Agresszivitás	Idősebb kor	
		Agitált viselkedés	Jó szociális és családi háttér	
		Pszichotikus tünetek	Stabil kapcsolatrendszer	
			Terhesség	Protektív faktorok
			Nagyobb gyermekszám	
			Gyakorló vallásosság	
			Jó egészségi állapot	
			Női nem	
			Fiatalabb életkor (45 év alatt)	

Központi segélyhívószám (közvetlen veszélyeztető magatartás esetén) - 112
Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ): 116-123 (24 órás, díjtalan hívószám)
 Alapítvány az Öngyilkosság ellen: www.ongyilkossagmegelozes.hu
 Pszichiátriai Osztályok és Szakrendelő/gondozó ellátóhelyek (lakcím alapján, területi illetékesség szerint): <http://mentaliselsosegelynyujtas.antsz.hu/#/firstaid>

A NEUROPSZICHOLÓGIAI SZAKPSZICHOLÓGUSI ellátásról

A neuropszichológiai szakpszichológus kompetenciái

Ajánlás18

A neuropszichológiai szakpszichológus az előírt képzettség megszerzését követően, szaktevékenysége során az alábbi kompetenciákat és attitűdöket szükséges alkalmaznia.

A neuropszichológiai szakpszichológus kompetenciái:

- A központi idegrendszer működési zavarainak, illetve e zavarok nyomán fellépő pszichés problémáknak az átfogó ismerete.
- Agysérülések és a központi idegrendszer különféle fejlődési zavarainak klinikai pszichológiai és neuropszichológiai elemzése.
- A központi idegrendszer működési zavarainak és az e zavarok nyomán fellépő pszichés problémák differenciáldiagnosztikája és kezelése.
- A neuropszichológiai vizsgálati módszerek átfogó ismerete és jártasság az eredmények többszintű (kvantitatív, kvalitatív és szindróma-analitikus) elemzésében.
- Jártasság az egyénre szabott neuropszichológiai vizsgálat megtervezésében.
- Módszertani jártasság és kiterjedt gyakorlati tapasztalat a központi idegrendszer működési zavarai nyomán fellépő pszichés problémákkal küzdő személyek terápiájában.
- Egyénre szabott komplex, klinikai pszichológiai és neuropszichológiai szempontokat integráló terápiás tervek kialakítása.
- Központi idegrendszeri megbetegedések területén folyó kutatásokhoz, a hatékony fejlesztőprogramok kialakításához, a valódi rehabilitációs tevékenységhez szükséges ismeretek.

Neuropszichológiai szakpszichológus attitűdje:

- A szakma etikai szabályait szem előtt tartva végzi munkáját.
- Klienseivel szemben elfogulatlan, hozzáállását neutralitás jellemzi
- Elismerést és toleranciát mutat az egyéni különbségek felé.
- Igyekvést mutat a kooperatív együttműködésre, team munkára. (D)

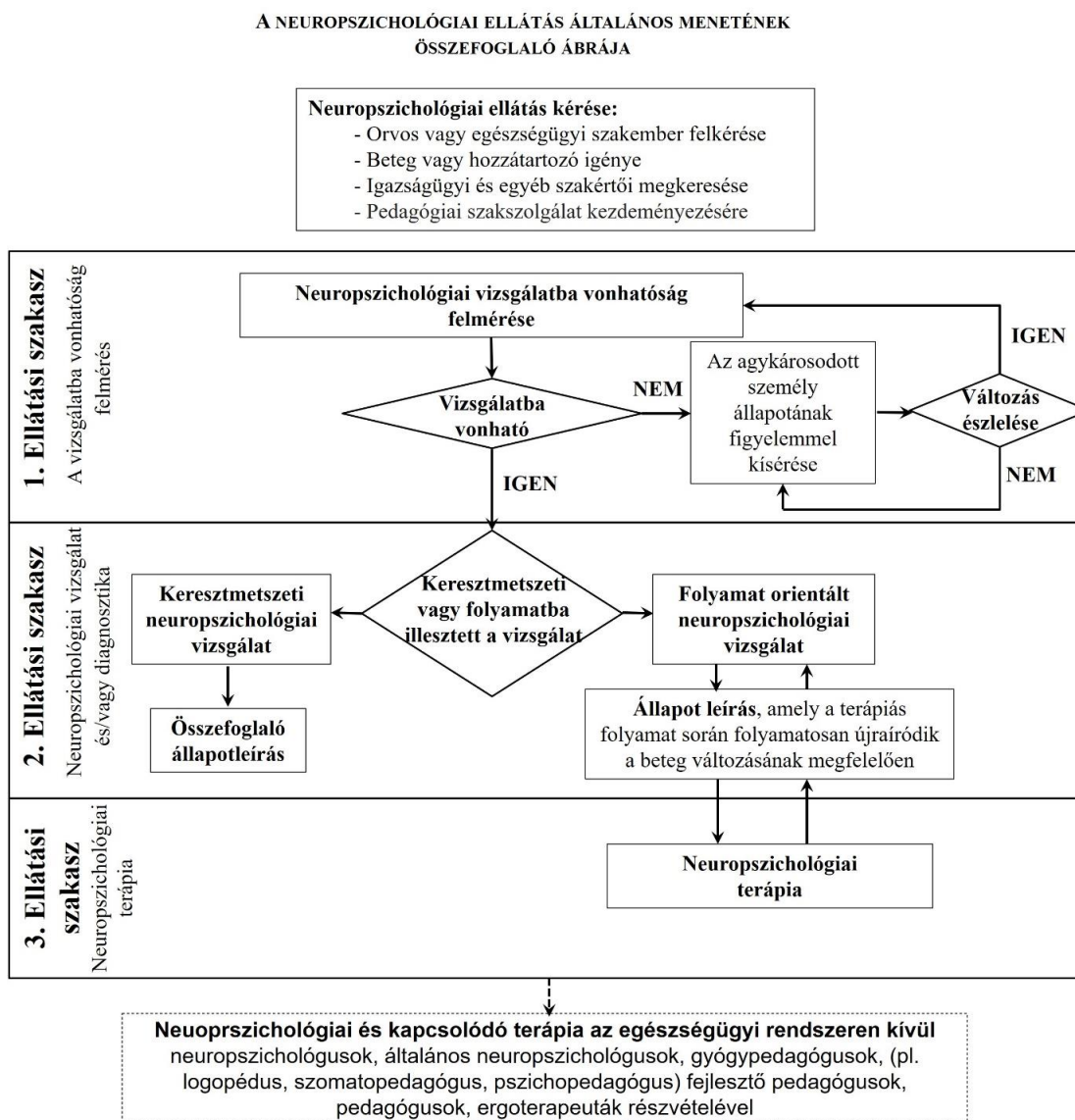
Neuropszichológiai szakpszichológusnak kötelező a folyamatos szakmai továbbképzés.

A neuropszichológiai szakellátás folyamata

Ajánlás19

A neuropszichológiai intervenciók minden esetben a szakellátás aktuális szakaszaihoz illetően, a beteg állapotát és ez irányú motivációját minden esetben integrálón figyelembe vevő módon szükséges alkalmazni. Ennek érdekében szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos, a szakszemélyzet és a neuropszichológiai ellátást végző szakember között, aki tehát szintén a gyógyító team tagja. (D)

10. Ábra: A neuropszichológiai ellátás általános menetének összefoglaló ábrája



A neuropszichológiai diagnosztikai folyamat javasolt hossza 2-5 ülés. A neuropszichológiai terápiás folyamat rendszeressége és hossza nagyon egyedi a beteg állapotától, sérülésétől, a sérüléstől eltelt időtől függően. A terápia a napi rendszerességtől a havi egy fenntartó terápia közötti intervallumon belül bármilyen rendszerességgel megvalósulhat, és időtartama akár több év is lehet. A neuropszichológiai ellátás komplexitása és időigényessége miatt a neuropszichológiai szakpszichológus által végzett neuropszichológiai vizsgálat és/vagy terápiás ülés javasolt maximális száma napi négy vagy maximum heti húsz ülés.

Ajnlás17

Neuropszichológiai szakellátás javasolt az agy strukturális károsodásához és funkcionális zavaraihoz kapcsolható pszichés, érzelmi és viselkedési zavarok fellépése esetén [94-97], különös tekintettel az alábbi esetekre:

- traumás agykárosodás,
- stroke,
- demencia,
- epilepszia,
- daganat,
- központi idegrendszeret érintő degeneratív betegségek,

- fertőzés következtében fellépő kognitív zavarok,
 - gyulladás következtében fellépő kognitív zavarok,
 - idegsebészeti invazív beavatkozás, éber műtétek,
 - az érésben lévő agyi hálózat és a fejlődésben lévő megismerő funkciók atipikus fejlődése kognitív-, érzelmi- és tudatállapot, valamint viselkedés tartós megváltozása traumatizáció következtében.
- (D)

Ajánlás18

Egy beteg neuropszichológiai szakvizsgálata kapcsán a vizsgálhatóság tekintetében és a vizsgálata során is szükséges, hogy a neuropszichológus az alábbi specifikus tényezőket minden esetben figyelembe vegye [98]:

- a beteg kontaktusba vonható és tartható-e,
- a beteg tudatállapota és orientációja lehetővé teszi-e, hogy releváns és valós információkat kapjunk,
- a beteg figyelmét lefoglalják-e jelentős mértékben testi folyamatok, például erős fájdalom vagy betegség,
- a beteg tud-e annyi időt ülni, ami a vizsgálathoz szükséges,
- a beteg akarja-e, elfogadja-e a vizsgálatot,
- gyerek vizsgálata esetén, a gyermek szükséglete szerint a szülő jelenlétének biztosíthatósága. (D)

Keresztmetszeti neuropszichológiai szakvizsgálat

Ajánlás20

Keresztmetszeti neuropszichológiai szakvizsgálat esetén minden esetben javasolt, hogy a vizsgálatot követően összefoglaló állapotleírás készüljön az alábbi tartalmi elemekkel, mely státuszleírás a vizsgálati kérdéstől és annak jellemzőitől függően egyedileg változhat [98, 99].

A neuropszichológiai keresztmetszeti szakvizsgálat dokumentációjának szükséges és javasolt területspecifikus tartalmi elemei:

- éberség szintje,
- tudatállapot minősége,
- orientáltság,
- betegségbelátás jellemzői,
- motiváltság, motiválhatóság jellemzői,
- érzelmi állapot jellemzői,
- kognitív funkciók részletezése a vizsgálati kérdéshez illesztve (pl. figyelem, percepció, emlékezet és tanulás képessége, frontális önszabályozó funkciók, gondolkodás, képzelet, mozgásszabályozás, beszéd és nyelvi funkciók, írás, olvasás, számolás),
- észlelhető neuropszichológiai zavarok leírása (pl. neglect szindróma, Gerstmann szindróma, apraxia egyes formái, afázia stb). (D)

Folyamat orientált neuropszichológiai szakvizsgálat

Ajánlás21

Folyamatorientált neuropszichológiai vizsgálat javasolt, ha a vizsgálat terápiás illetve rehabilitációs folyamatba illeszkedik [98-101]. (D)

A terápiás és/vagy rehabilitációs folyamatba illeszkedő vizsgálat célja kettős: a neuropszichológiai diagnosztika mellett célja, hogy tudatosításhoz, önismereti munkához segítsük az agysérülést szenvedett személyt. A vizsgálat jellegéből adódik, hogy csak a kiindulása és a főbb vonalai tervezhetőek meg előre. A folyamatorientált munkában a hangsúly a fogyatékoság jellegére és a funkcionálás minőségére helyeződik, arra, hogy az agykárosodással küzdő személy hogyan működik. Ennek megfelelően a kvantitatív, sztenderdizált módszereknek csak másodlagos szerep jut, inkább olyan vizsgáló eljárások kerülnek előtérbe, amelyek individuálisan illesztettek, rugalmasan alkalmazottak és a tünetek minőségi hibaelemzését teszik lehetővé Ezek a vizsgáló eljárások azt is lehetővé teszik, hogy vizsgálat során a betegeket olyan módon állítsuk feladatok elé, hogy megoldási kísérleteik során lehetőségük legyen a valóságnak megfelelően felfedezni hiányait és képességeiket, ezáltal új ismereteket tanulhatnak önmagukról. A vizsgálat és a terápia tehát időben nem különül el egymástól, hanem szétválaszthatatlan,

egységes folyamat. Ebben a folyamatvezérelt szemléleti megközelítésben mód van a változások folyamatos monitorozására betegnek és terapeutának egyaránt.

Agysérült személy komplex neuropszichológiai szakellátásáról és terápiájáról, illetve az utánkövetés szükségességéről

Ajánlás22

Javasolt az agysérült személy komplex neuropszichológiai terápiája mely a kognitív funkciózavar kezelésén túl magában foglalja a személy minél nagyobb önállóságának és minél magasabb szintű életminőségének elősegítését, valamint önismeretének bővítését is [102-104]. (D)

Ajánlás23

A kognitív funkciók egyénre szabott terápiája során javasolt a kompenzáció elősegítése mellett az agyi plaszticitást célzó intervenciók alkalmazása, melyek során az érintett funkciók stimulálódhatnak, a gátlás alól felszabadulhatnak és/vagy reorganizálódhatnak [104]. (D)

Ajánlás24

Akut- illetve poszttraumás tünetek esetén javasolt az agysérült személy komplex terápiája során a károsodáshoz kapcsolódó veszteségek és traumatizáció feldolgozásának segítése [104, 105]. (D)

Ajánlás25

Neuropszichológiai terápiában javasolt az agysérült személy családtagjaival illetve gondozóival való kapcsolattartás, szükség esetén a számukra nyújtott pszichés támogatás is, akár hozzátartozói csoport keretein belül [104, 106]. (D)

Ajánlás26

Neuropszichológiai terápiában is lehetséges a csoportterápia egy funkciózavar köré szervezve (például memória csoport), ez különösen ajánlott afázia esetén [106]. (D)

Ajánlás27

Agysérült személy állapotának utánkötése neuropszichológiai kontrollvizsgálatok formájában javasolt [98]. (D)

Neuropszichológiai szakellátás során alkalmazásra kerülő eszközök

Ajánlás28

A neuropszichológiai vizsgálathoz használt tesztek és vizsgálóeljárások kiválasztását, használatát, az eredmények értékelését, valamint az eredmények értelmezését és közlését, kompetenciájából és szakmai felelősségéből adódóan a neuropszichológiai szakpszichológusnak szükséges végeznie. (D)

Magyar mintán validált, hazai sztenderdekkel rendelkező, a páciens anyanyelvének megfelelő eljárások alkalmazása javasolt, de – különösen folyamatorientált vizsgálat esetén – lehetséges olyan vizsgáló eljárások alkalmazása is, melyek nem sztenderdizáltak, hanem individuálisan illesztettek, rugalmasan alkalmazottak, és a tünetek minőségi hibaelemzését teszik lehetővé. A folyamatorientált vizsgálatban és a hozzá kapcsolódó terápiában a sztenderd adatok mellett/helyett a páciens korábbi működésének jellemzői képezhetik az összemérés alapjait. A leggyakrabban használt neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárásokat az 10. táblázat tartalmazza. A tesztek a teszt leírásában meghatározott képzettséggel rendelkező szakember veheti fel és alkalmazhatja. Az egészségügyi szolgáltatók körében a teszteredmények kiértékelése, diagnózis alkotás a szakmának megfelelő szakvizsgálóval rendelkező szakember feladata. Neuropszichológiai szakvéleményt neuropszichológiai szakpszichológus adhat ki, a szakvizsgának megfelelő kompetenciakörben. Szakpszichológus jelölt csak szakpszichológus ellenjegyzésével ellátott szakvéleményt adhat ki.

10. Táblázat: A leggyakrabban alkalmazott neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások – [48, 49, 82, 107-122] alapján saját szerkesztés

Leggyakrabban használt <u>felnőtt</u> neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások	
<i>A tesztek összetettek, több funkció együttes vizsgálatára is használhatók. A hibaanalízis segítségével derülhet fény arra, hogy aktuálisan milyen funkció érintettségét mutatja a vizsgáló eljárás.</i>	
Demencia szűrő vizsgálata	Észlelés, figyelem és frontális funkciók vizsgálata:
Addenbrook Kognitív Vizsgálat (Mathuranath és mtsai, 2000)	Bells teszt (Gauthier, Dehaut, Joanne, 1989)
Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat – átdolgozott (ACE-R; Mioshi, 2006)	Pieron (Toulouse, Pieron, Durchstrichtest, 1977)
Mini Mentál Teszt (Folstein és mtsai, 1975)	D2 teszt (Brickenkamp, Schmidt-Atzert, Liepmann, 2010)
MoCA - Montreal cognitive assessment (Nasreddine, 2005)	Trail-making Test (Reitan, 1958).
ADAS-cog (Rosen, Mohs, Davis, 1980)	Stroop (Stroop, 1935)
Intellektus és gondolkodás vizsgálata	BADS - Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (Wilson et al., 2003)
WAIS-IV, Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt (Wechsler, 2008)	Szófluencia (Estes, 1974)
Raven Progresszív Mátrixok (Raven, 1954)	Öt pont teszt (Regard, Strauss, Knapp 1982)
Rey nem verbális hasonlóságok absztrakciója (Rey, 1958.)	WCST Wisconsin Kártyszortírozás Teszt (Grant, Berg, 2000)
Emlékezet vizsgálata	Rey Pontszervező (Rey, 1958).
Corsi kockák (Corsi, 1972)	Térfogatpercepció (Rey, 1958).
Számterjedelem (Wechsler, 1955)	Vonalfelezés
Benton teszt - vizuális észlelés és memória (Benton, 1981, 2000)	Vonalszámozás (Verseghi, é.n.)
Rey auditív verbális tanulás (Rey, 1964)	Párhuzamos vonalak keresése (Vilkki, 1984)
10 szó teszt (Verseghi é.n.)	Lurija vizsgáló eljárások (album) (Lurija, é.n)
Rey emlékezeti profil (Rey, 1958).	Idiómák (Verseghi, 1990)
Azonosítási szintek (Verseghi, 2012)	Komplex Ábrák
Rivermead Viselkedéses emlékezeti teszt (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1985)	Rey Komplex Ábra (Rey, 1942)
Hétfogás emlékezet teszt (Verseghi, 1992)	Verseghi féle Téri Komplex Ábra (Verseghi, 1991)
Téri Elrendezés Tanulása (Verseghi,)	Gömb Komplex Ábra (Verseghi, S.Nagy, 2009)
Vizuális mintázat teszt (Della Salla, Gray, Baddeley and Wilson, 1997)	Nyelvi funkciók vizsgálata
Téri asszociáció képzés (TAK) feladat (Verseghi, 1995)	WAB - Western Afázia Teszt (Osmanné Sági, 1991)
Praxis vizsgálata	Boston megnevezés feladat (Goodglass és mtsai, 1976)
Lurija praxis próbák (Lurija, 1975)	De Renzi-féle Token beszédmegértési teszt (Osmanné Sági, 1983)
Kertész féle apraxia próba (Kertész, 1979)	
Leggyakrabban használt <u>gyermek</u> neuropszichológiai	

tesztek és vizsgáló eljárások	
Átfogó fejlődés szűrése és vizsgálata csecsemő és kisgyermekkorban:	Intellektuális képességszint vizsgálata
Bayley-III Csecsemő és Kisgyermek Skálák - Harmadik Kiadás (Bayley, 2017)	Komplex eljárások:
Nyelvi értés vizsgálata	WPPSI-IV Wechsler Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt (Wechsler, 2015)
TROG Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt (Bishop, 1983)	WISC-IV Wechsler Gyermek Intelligenciateszt - Negyedik kiadás (Wechsler, 2008)
Vizuomotoros koordináció és integráció	Nonverbális eljárások:
Bender Visual Motor Gestalt Test II (Bender, 2003)	Színes Raven Mátrixok (J. C. Raven, 1984),
Szenzoros és motoros működés felmérése	UNIT2 Általános Nonverbális Intelligenciateszt (Bracken, McCallum, 2016),
Dean-Woodcock Neuropszichológiai Tesztkészlet (Dean, Woodcock, 2016)	Leiter International Performance Scale (Roid, Miller, et al, 2013)
	SON-R 2-8 Non-Verbal Intelligence Test (Tellegen, Laros, 2018)

A team-munka és a szuper/intervízió jelentősége

Ajánlás29

A neuropszichológiai ellátás során szükséges, hogy a neuropszichológus a beteg/páciens/kliens egészségügyi kezelésében érintett szakszeméllyel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is szorosan együttműködve, közös csapat/teameket alkotva végezze munkáját. (D)

A multiprofessionális és inter-, esetenként multidiszciplináris teammunkában megvalósuló gyógyítási és egyénre szabott gondozási folyamat a komplex neuropszichológiai szakellátás alapvetését jelenti. Az együttműködés az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága és a betegek pszichés működésének jobb megértése által, az egészségügyi ellátórendszerben fenntartott szakmai elhivatottság és lélektani stabilitás előteremtésén keresztül a kiégés (burnout) prevenciójának egyik sarokköve is. Kiemelten fontos, hogy a szakpszichológiai munka során a (szak)pszichológus kollégák saját teamként is kooperálni tudjanak. A mindennaposan jelentős érzelmi megterhelődést jelentő munkát támogató pszichológusi teammunka (intervízió, team-szupervízió, külső szakember által vezetett rendszeres esetszupervízió stb.) a burnout és a gyakori személyi fluktuáció hatékony megelőzésének záloga.

- A neuropszichológia szakpszichológus aktív tagja az egészségügyi szakmai teamnek [99, 123].
- Neuropszichológus jelölt számára szükséges a minimum heti 1 óra szupervízió. Neuropszichológiai szakpszichológus számára javasolt a minimum heti 1 óra intervízió. Szupervízió és intervízió is megvalósulhat mind egyéni mind csoportos formában.

Ajánlás30

Az egészségügyi ellátás során végzett integrált neuropszichológiai szakellátás gyakorlata az alábbi szempontrendszer alapján szükséges, hogy megvalósuljon.

A neuropszichológiai ellátás az alábbi területek esetén releváns: neurológia, traumatológia, idegsebészet, belgyógyászat, onkológia, endokrinológia, immunológia, gerontológia, gyermekgyógyászat, (mozgásszervi) rehabilitáció. Különösen jelentős szerepe van a neuropszichológiai vizsgálatnak az egészségügyi szakértői bizottságok munkájában, például a fogyatékoság, munkaképesség, részképesség zavarok megállapítása esetén.

Az elmúlt évtizedek neuropszichiátriai, neuropszichológiai és idegtudományi kutatásai különböző pszichiátriai zavarokban (pl. szkizofrénia, autizmus, kényszerbetegség, depresszió stb.) mutatták ki a kognitív rendszer érintettségét. A neuropszichológiai vizsgálatnak fontos szerepe van a pszichiátriai betegek kognitív funkcióinak feltérképezésében, a differenciáldiagnosztikában és az érintett funkciókat célzó terápiák megalapozásában. A hangulatzavarok és a demenciák differenciáldiagnosztikájában a neuropszichológiai vizsgálat kiemelkedő jelentőséggel bír [4, 124-126]. (D)

Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

Ajánlás31

A neuropszichológiai ellátás során a beteg érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telemedicinális eszközök alkalmazása.

Lehetséges telemedicinális neuropszichológiai ellátás a szakmai és etikai szabályok megtartásával, egyedileg illetve az alábbi tényezők figyelembevételével:

- Az online neuropszichológiai vizsgálat/terápia/foglalkozás biztonságának biztosíthatósága.
- A beteg életkora, informatikai ismeretei, digitális eszközök használatában való jártassága a telemedicinális ellátás milyen formáját teszi lehetővé.
- A neuropszichológus informatikai ismeretei és digitális eszközök használatában való jártassága a telemedicinális ellátás milyen formáját teszi lehetővé [5]. (D)

AZ ALKALMAZOTT EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZAKPSZICHOLÓGUSI ellátásról

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus szakmai attitűdjei és általános kompetenciái

Ajánlás32

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus minden esetben az előírt képzettség megszerzését követően saját kompetenciakörében, a megfelelő szakmai attitűd kialakítása során, a beteg egyedi szempontjainak és tüneteinek folyamatos figyelembevételével szükséges végeznie a szaktevékenységét [9, 10, 127-130, 133, 136-139, 143, 144]. (D)

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus ismeri a bizonyítékokon alapuló gyakorlat alapelveit és alkalmazza ezeket az egészségügyi ellátás és az egészségmagatartás alakítása területein az alábbiak szerint:

- Ismeri az egészségpszichológiai szolgáltatások elméleti és empirikus alapjait, és képes ezeket az ismereteit értékelni és összevetni a szakmai tapasztalataival, valamint a betegek jellemzőivel és preferenciáival.
- Tudományos és módszertani ismereteit felhasználja a pszichoszociális és biológiai folyamatok közötti kapcsolatok újabb bizonyítékainak keresésére és azok értékelésére.
- Képes annak megértésére, hogy a pszichoszociális és biológiai folyamatok közötti kapcsolatok bizonyítékai hogyan kapcsolódnak az egészségfejlesztéshez, az egészségmagatartáshoz, a betegségmegelőzéshez és a betegség lefolyásához.
- Az aktuális tudományos bizonyítékok alapján konceptualizálja a gyakorlata során felmerülő szakmai problémákat és kérdéseket.
- Az értékelés, beavatkozás, tanácsadás és egyéb, az egészséggel kapcsolatos tevékenységek során bizonyítékokon alapuló gyakorlatot folytat, integrálva az egyéni és a kontextuális tényezőket.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez szükséges szakmai attitűdök:

- Egészségorientáltság, az egészség visszanyerésének és megőrzésének hangsúlya.
- Páciens-központúság, kapcsolati elv hangsúlya.
- Kooperációkészség más gyógyító szakemberekkel, team-munka prioritása.
- Biopszichoszociális szemlélet, szomatikus és pszichés problémák együttes kezelése.
- Gyakorlati orientáció, problémacentrikus látásmód.
- szakmai fejlődés, új módszerek elsajátításának és alkalmazásának képessége.
- Tanácsadás az egészséggel és betegséggel kapcsolatos ismeretek publikus kommunikációja terén (szórányanyagok, ismeretterjesztő kiadványok, média-anyagok, tréningek, képzések tervezése, egészségműveltség fejlesztése).
- Felmérések, kutatások végzése egészség- és betegségmagatartással, biopszichoszociális folyamatokkal kapcsolatban egészségügyi intézmények vagy szakemberek számára.
- Szakemberképzésben való részvétel, kollégák támogatása.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez szükséges általános kompetenciák:

- Abetegségek kialakulásának és gyógyításának komplex, biopszichoszociális szemlélete, és erre épülő hatékony problémamegoldás, kezelési eljárások az egészséges erőforrások mobilizálása a gyógyulás és az egészségpromóció érdekében.
- páciensközpontú és kapcsolatorientált, rendszerszemléletű látásmód az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció területén jelentkező individuális viselkedési jelenségekkel és társas helyzetekkel kapcsolatban.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez szükséges ismeretbeli kompetenciák

- Az egészségpszichológia szakterületének, modelljeinek és azok alkalmazhatóságának ismerete a betegellátás, a rehabilitáció és a prevenció területén.
- Interdiszciplináris ismeretek a releváns társtudományok vonatkozásában.
- Alapismeretek a különböző betegségek és kezelésük pszichológiai vonatkozásairól.
- Alapvető etikai elvek ismerete.
- Az ismeretek alkalmazásának társadalmi és kulturális kontextusával kapcsolatos nyitott látásmód és kompetenciák.

Az egészségpszichológiai szakpszichológus tisztában van az alkalmazott egészségpszichológiára vonatkozó etikai és jogi elvekkel és normákkal, és a következők szerint alkalmazza azokat:

- Ismeri és alkalmazza a pszichológusok etikai elveinek és magatartási kódexét (MOK Szakmai Etikai Kódex, MPT Szakmai Etikai Kódex).
- Felismeri az etikailag problémás helyzeteket, és tisztában van a megfelelő intézkedésekkel.
- Ismeri az egészségügyi intézmények szabályrendszerét, működési eljárásrendeket, a jogosultságokat és a személyzeti felelősséget.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus funkcionális kompetenciái

Ajánlás³³

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus minden esetben az előírt képzettség megszerzését követően saját kompetenciakörében a beteg egyedi szempontjainak és tüneteinek folyamatos figyelembevétele mellett szükséges végeznie szaktevékenységét [130, 133, 144]. (D)

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez szükséges alapvető funkcionális kompetenciák:

Felmérési készségek

- Pszichológiai állapotfelmérés (nem diagnosztikus célú) .
- Pszichés erőforrások felmérése.
- Erőforrásokkal kapcsolatos tudatosság felmérése.
- Az egészség szempontjából releváns magatartások (táplálkozási szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, stb.) felmérése, valamint az ezekkel kapcsolatos változásra való készenlét felmérése és erősítése.
- Stresszel való megküzdési készség felmérése.
- Egészség-kontroll észlelés felmérése, kontroll érzet felmérése.
- Egészségtudatosság, egészséggel kapcsolatos attitűdök felmérése.
- Öngondoskodási készség képességének felmérése.
- Reziliencia szintjének felmérése.
- Betegségpercepció stílus és szomatizációs hajlam felmérése.
- Egészségügyi személyzettel való kommunikáció és együttműködési készség felmérése.
- Gyógyulási készség felmérése.
- Betegséggel való megküzdési készség felmérése.
- Társas támasz felmérése, tudatosítása.
- Adherencia (gyógyszeresedés, terápia, életmód) felmérése és javítása.
- Műtéttel és orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos szorongás felmérése, csökkentése.
- Kórházi szorongás felmérése.
- Depresszió felmérése, csökkentése szupportív technikákkal.

- Általános szorongás felmérése, csökkentése szupportív technikákkal, illetve alacsony intenzitású technikákkal.
- Tehetetlenség-érzés felmérése, csökkentése.
- Reménytelenség-érzés felmérése, csökkentése.
- Hospitalizációs hatások felmérése, kezelése.
- Feldolgozatlan gyász feltárása és kezelése.
- Előrevetített gyász feltárása és feldolgozása.
- Veszteségélmények feltárása és feldolgozása kliensek számára.
- Testkép- és énkép változásokkal kapcsolatos pszichológiai problémák feltárása és támogatása.

Intervenciók készségek

- Edukáció az egészségmagatartással kapcsolatban (rizikóviselkedések, stressz, életmód).
- Betegedukáció a kezelése és a gyógyulás pszichológiai vonatkozásaival kapcsolatban.
- Kliens aktív egészségmagatartásának a támogatása, ezzel kapcsolatos edukáció.
- Rizikóviselkedés csökkentése, ezzel kapcsolatos viselkedéssel program kidolgozása, támogatása.
- Fájdalomcsillapítás pszichológiai eszközökkel.
- Krízis- és traumafeldolgozás.
- A motivációs interjú és a bizonyítékon alapuló viselkedésváltozási technikák alkalmazása a kliens egészségmagatartásának elősegítése érdekében .
- A betegek önszorgató csoportjainak támogatása.
- Terminális állapotú betegek és hozzátartozóik támogatása.
- Rehabilitációs szakaszban levő beteg állapotfelmérése, gyógyulási készség segítése.
- Rehabilitációs folyamat facilitálása, támogatása.
- Kommunikációs és kapcsolati tanácsadás gyógyító szakemberek számára.
- Kommunikációs és kapcsolati tanácsadás kliensek és hozzátartozóik számára.
- Egészségértési szint (health literacy) felmérése, egészségértési készségek fejlesztése.
- Rizikókkal kapcsolatos egészségértési készségek növelése.
- Digitális egészségértési készségek és kompetenciák fejlesztése.
- Döntési tanácsadás egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatban (invazív vizsgálatok, műtét) kliensek számára.
- Beteg gyermekek szüleinek szupportív támogatása, tanácsadás.
- Hozzátartozók pszichológiai támogatása.

Interprofesszionális konzultációs készségek

- Veszteségélmények feltárása és feldolgozása szakemberek számára.
- Gyógyító szakemberek egyéni és csoportos kiegészítője.
- Stresszkezelési készségek fejlesztése szakemberek számára.
- Konfliktuskezelési készségek fejlesztése szakemberek számára.
- Döntési tanácsadás egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatban (invazív vizsgálatok, műtét) szakemberek számára (pl. onkoteamekben és más integratív klinikai teamekben).

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez szükséges *kiegészítő funkcionális kompetenciák*

Kutatás és felmérés (önállóan és interdiszciplináris teamekben egyaránt)

Oktatás

- Egészségmagatartással kapcsolatos írásos és vizuális tájékoztató anyagok szerkesztése.
- Biopszichoszociális és egészségtudatos szemlélet erősítése a kliensek és a szakemberek körében egyaránt.

Szupervízió (szupervízió adása képzésben résztvevő alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus jelöltek és más szakemberek számára).

Menedzsment (intézményi, szervezeti szinteken).

Képviselés (szakmai, szakmapolitikai, társadalmi szinteken).

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus önálló tevékenységéhez kapcsolódó szakmai kompetenciák és gyakorlati alkalmazásuk:

- A kompetenciakörbe tartozó problémák felismerése és szakszerű problémamegoldás (megfelelő módszer kiválasztása, alkalmazása).
- Egyes betegségekhez, speciális kezelési helyzetekhez kapcsolódó pszichológiai problémák kezelése az alap- és szakellátásban (házi orvosokkal, szakorvosokkal, klinikai teamekkel együttműködve).
- A betegségekkel való megküzdés technikáinak fejlesztése, segítségnyújtás a társas támogatás lehetőségeinek feltárásában, egészségtudatos orientáció kialakításában.
- Stresszkezelési és egészségfejlesztő technikák alkalmazása a gyógyító szakemberek, illetve a lakosság számára kapcsolati, döntési és kommunikációs problémák megoldásának támogatása a betegellátás és a prevenció különböző szintjein.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás területei és folyamata

Ajánlás34

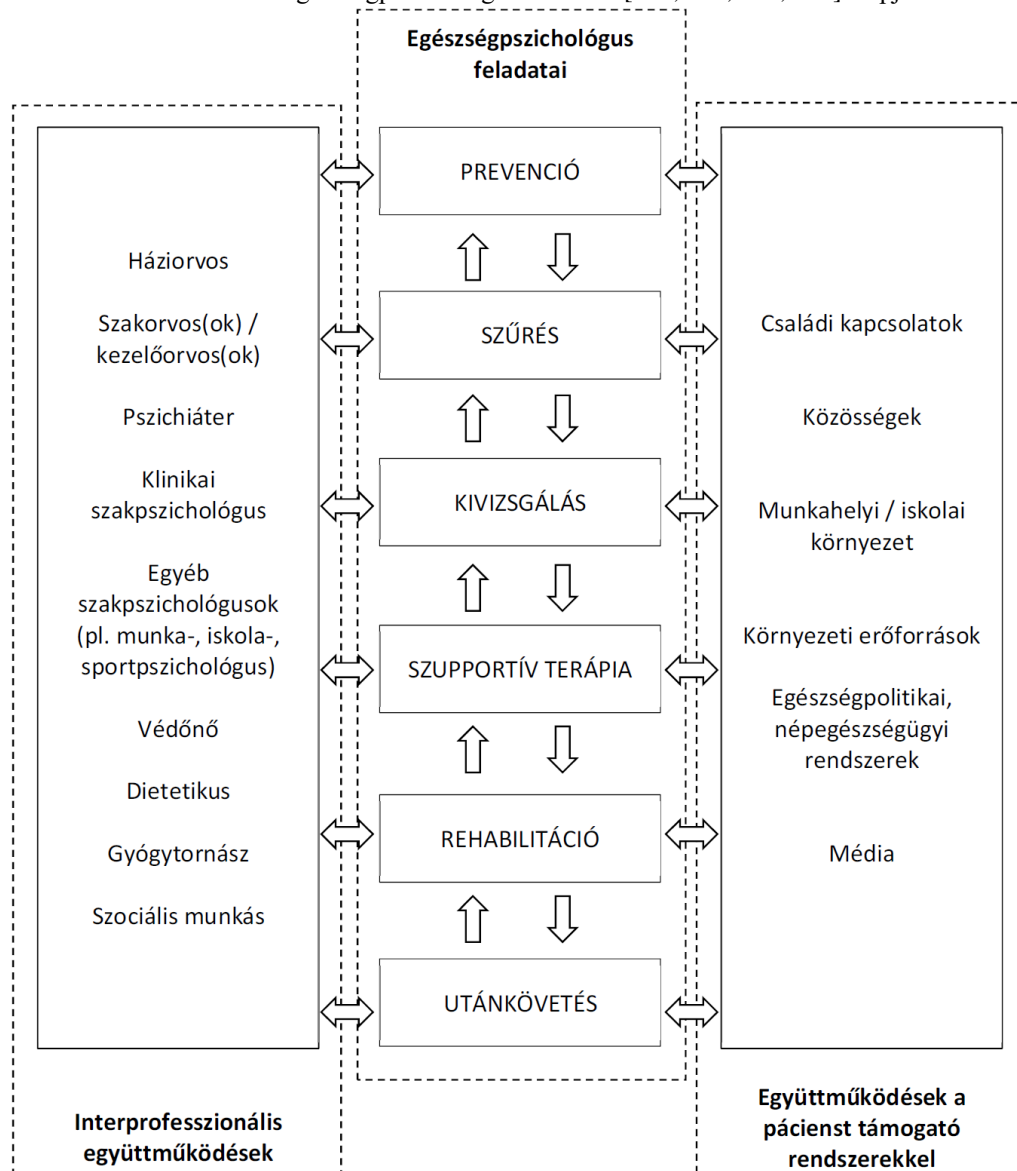
Az alkalmazott egészségpszichológiai intervenciók minden esetben a szakellátás aktuális szakaszaihoz és vonatkozó területeihez illesztetten, a beteg/páciens/kliens állapotát és ezirányú motivációját minden esetben integrálónan figyelembe vevő módon szükséges alkalmazni. Ennek érdekében szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos, a szakszemélyzet és az egészségpszichológiai ellátást végző szakember között, aki tehát szintén a gyógyító team tagja [130, 133, 135-140, 143, 144]. (D)

11. Táblázat: Az alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás területei és folyamata ([130, 133, 144] alapján saját szerkesztés).

Ellátási területek:		
alapellátás és lakossági prevenció, konzervatív ellátás (járó- és fekvőbeteg), sebészeti és intenzív ellátás (járó- és fekvőbeteg), rehabilitáció Állami és magán ellátásban egyaránt		
	Indikáció	Módszer
PREVENCIÓ	Egészmagatartás fejlesztése Rizikóviselkedés azonosítása Rizikócsoporthoz meghatározása	<ul style="list-style-type: none"> - Edukáció (egyéni, csoportos, populáció szintű) - Kérdőíves felmérés - Ismeretterjesztés (verbális, írott, audio, video, internet) - Viselkedésváltozást elősegítő és pszichoedukációs módszerek egyéni, csoportos populációs szintű alkalmazása
SZÜRÉS	Egészség- és betegség reprezentációk, egészséghez való viszony Egészségértés Életminőség Társas támogatás Stresszorok azonosítása, stresszel való megküzdés Életesemények, veszteségek Rizikóészlelés	<ul style="list-style-type: none"> - Interjú - Kérdőív - Nonverbális tesztek
KIVIZSGÁLÁS	Szorongás, depresszió Testkép, énkép, önértékelés Kontroll-észlelés feltárása Megküzdési stratégiák vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> - Interjú - Kérdőív - Nonverbális tesztek

	<p>Együtműködési készség, adherencia Betegség okozta funkcióromlás feltárása Érzelemszabályozási, konfliktuskezelési készségek Egészségi állapot okozta szerepváltozások Családi szerepek változásai Gyógyulási készség feltárása Munkaképesség, munkához való viszony feltárása Szexuális viselkedés Életminőség</p>	
KONZULTÁCIÓ, ESETVEZETÉS, TÁMOGATÁS	<p>Betegségprezentációk korrigálása Betegség elfogadásának elősegítése Diagnózissal kapcsolatos megértés és tájékozódás segítése Adherencia előmozdítása Erőforrások feltárása, a megküzdés támogatása Pozitív, egészséges énkép erősítése Kommunikáció támogatása Társas támogatás igénybevételének támogatása</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Segítő beszélgetés - Motivációs interjú - Szupportálás - Életmód-váltás támogatása - Tanácsadás - „Empowerment” – énhatékonytágot fejlesztő edukáció - Csoportos módszerek: pl. stresszkezelés, konfliktuskezelés, rizikóviselkedések azonosítása) - Családdal, hozzátartozókkal való konzultáció - Szükség esetén továbbirányítás más szakember felé
REHABILITÁCIÓ	<p>Reintegráció Egészséges énkép, testkép visszanyerése, fejlesztése Új életmód kialakítása Munka-magánélet-egészség egyensúlyának kialakítása Új életcélok meghatározása Új életstratégiák, megküzdési stratégiák kialakítása Változás fenntartása Egészségmegőrzés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Konzultáció - Tanácsadás - Viselkedésmódosítási programok - Egyéni és csoportos tréningek
UTÁNKÖVETÉS	<p>Állapot-monitorozás Változások nyomon követése Életminőség nyomon követése Öngondoskodás fokának nyomon követése Pozittraumás növekedés követése</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Konzultációk - Sorstárs-csoportok, betegklubok - Tréningek
TÁMOGATÁS TANÁCSADÁS SZAKEMBEREK SZÁMÁRA	<p>Stressz-csökkentés Kiegészítő-prevenció Konfliktuskezelés Kommunikáció támogatás</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Egyéni és csoportos konzultáció, tanácsadás - Tréning - Bálint-csoport

11. Ábra: Az alkalmazott egészségpszichológus feladatai [128, 130, 135, 141] alapján



Az alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás során alkalmazásra kerülő eszközök (D)

Ajánlás35

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgálathoz használt tesztek és vizsgálóeljárások kiválasztása, használata, az eredmények értékelését, valamint az eredmények értelmezését és közlését kompetenciájából és szakmai felelősségéből adódóan az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológusnak szükséges végeznie [130, 133, 136, 138, 142-144]. (D)

Első sorában a magyar mintán validált és sztenderdekkel rendelkező, a páciens anyanyelvének megfelelő eljárások alkalmazása javasolt, de lehetséges olyan vizsgáló eljárások alkalmazása is, melyek bár nem sztenderdizáltak, ugyanakkor individuálisan illesztettek, rugalmasan alkalmazottak, és a problémák, illetve tünetek minőségi elemzését és vizsgálatát teszik lehetővé.

A leggyakrabban használt és szakterületen alkalmazásra javasolt tesztek és vizsgáló eljárásokat az alábbiak ([48, 49, 133, 144] alapján).

- Exploráció, interjú (kiemelt figyelmet fordítva a tünetek, panaszok élettörténetbe és kontextusba ágyazottságára, a betegséghez/problémához való viszonyra, betegség-megélésre, gyógyulási készségre, általános egészségmagatartásra, rizikótényezőkre).
- Rövid életút-interjú (érzelem-skálákkal, grafikus eszközökkel kiegészítve).
- Életesemény kérdőív (pl. Rahe-, vagy Paykel-féle).

- PRISM-D rajzteszt (Büchi és Sensky, 1999; Havancsák, Pócza-Véger, Csabai, 2013) Betegséghez való viszony, társas támogatás, erőforrások, kapcsolatok, értékek feltárására.
- Betegségteher Index (IIRS) (Devins, G.M. et al., 1993., Novák, M. et al., 2005).
- Vizuális-analóg fájdalommérő skálák.
- Betegség-percepció Kérdőív (IPQ-R, Moss-Morris et al, 2002) .
- Tünetattribúciós Kérdőív (Robbins és Kirmayer, 1991; Rózsa et al, 2007).
- Testkép, énkép mérése (Body Image Questionnaire (FKB-20); emberrajz-teszt, testképszobor-teszt, ember- és szervrajz teszt).
- Beck Depresszió Kérdőív (nem diagnosztikus céllal – szükség esetén klinikai szakpszichológus, vagy pszichiáter bevonásával).
- Beck-féle Reménytelenség Skála (nem diagnosztikus céllal – szükség esetén klinikai szakpszichológus, vagy pszichiáter bevonásával).
- Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Zigmond, Snaith, 1983., Tiringer, 2008) (nem diagnosztikus céllal – szükség esetén klinikai szakpszichológus, vagy pszichiáter bevonásával).
- Spielberger-féle állapot- és vonásszorongás kérdőív.
- Észlelt Stressz Kérdőív (PSS –, Cohen et al 1983, Stauder és Konkoly, 2006).
- Egészségértés: S-TOFHLA és Chew kérdések (Papp-Zipernovszky et al, Orvosi Hetilap, 2018).
- Önértékelés – Rosenberg-féle Önértékelés Kérdőív (Sallay et al., 2014).
- Élet Értelme Kérdőív (Martos és Konkoly Thege, 2012).
- Megküzdési MódoK Kérdőív (Lazarus. Magyar adaptáció: Kopp és Skrabski), Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (Oláh).
- Egészség-kontrollhely Többdimenziós Skálája (Wallston és Wallston. Magyar adaptáció: Konkoly-Thege et al).
- Társas Támogatás Kérdőív (SS) (Caldwell, 1987, Kopp, Skrabski, 1992, Papp-Zipernovszky et al, 2018).
- Életminőség kérdőívek

További standardizált kérdőívek és eljárások (pl. betegségspecifikus tünetészlelés- és életminőség-kérdőívek) is alkalmazhatók a bizonyítékokon alapú szakmai gyakorlat elvei szerint [48, 49].

A tesztek a teszt leírásában meghatározott képzettséggel rendelkező szakember veheti fel és alkalmazhatja. Az egészségügyi szolgáltatók körében a teszteredmények kiértékelése, diagnózis alkotás a szakmának megfelelő szakvizsgálattal rendelkező szakember feladata. Szakpszichológus jelölt csak szakpszichológus ellenjegyzésével ellátott szakvéleményt adhat ki.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgálat

Ajánlás36

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgálat esetén minden esetben javasolt, hogy a vizsgálatot követően összefoglaló, szakterület-specifikus állapotleírás készüljön az alábbi tartalmi elemekkel, mely státuszleírás a vizsgálati kérdéstől és annak jellemzőitől függően egyedileg változhat. (D)

A körültekintő szakpszichológiai szakvizsgálat elvégzésének, a szakpszichológusi szakvélemény, illetve lelet készítésének, a mentális és pszichológiai státusz vizsgálatának általános szempontjait a klinikai szakpszichológiai szakterület esetében részletezésre kerülő szakvizsgálatnál található szempontok az alapvetően irányadóak. A beteg szakvizsgálata során minden esetben mérlegelni szükséges a szakvizsgálatot végző szakember vizsgálathoz szükséges és meglévő kompetenciáját és a vonatkozó szakterületet egyaránt.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgálat dokumentációjának további szükséges és javasolt területspecifikus tartalmi elemei:

- A kérés forrása (orvos, főnővér, maga a kliens), kérdést, problémát, amivel a pszichológust megkeresik.
- Pszichológus első kérdései/érzései.
- A klienssel való találkozások leírása (benne a helyszín és a páciens viselkedésének megfigyelését, saját érzéseket, a riport kialakulásának folyamatát, szintjét, páciens stressz-szintjét, szorongását).
- A probléma, ahogy a kliens megjeleníti: előzmények, élettörténetbe ágyazottság, problémához való viszony, érzelmek, narratív eszközök, stb.
- Ha családtagokkal, látogatókkal találkozik a pszichológus: benyomások leírása, velük való kommunikáció bemutatása, családi kapcsolatok, háttér.
- Betegséghez, gyógyuláshoz, egészségmegőrzéshez való viszony. Mennyire motivált és képes a kliens a közös munkára, a változásra?

- Megküzdési készség, erőforrások, társas támogatás, kontroll-észlelés, célok, értékek, jövőkép, testkép/énkép változások leírása, értékelése.
- Tesztek, egyéb vizsgálatok eredményeinek bemutatása, összegzése.
- A pszichológus véleménye a problémáról, a választott intervenció, a feladatok bemutatása (keretek rögzítése: hány alkalommal találkoznak stb.).
- A kliens viselkedésének, egészségmagatartásának és fizikai állapotának változása a találkozások során.
- Miként alakul a pszichológus és a kliens kapcsolata a folyamatban?
- Kollégákkal (orvosok, nővérek, klinikai pszichológus, gyógytornász stb.) való megbeszélések, kapcsolattartás bemutatása az esettel kapcsolatban és az adott problémakör esetén a biopszichoszociális interakciókra vonatkozó elképzelés fölvezetése a megfelelő szakirodalmi háttérismeretek tükrében.
- Releváns szupervíziós történések.
- Az eset lezárása, összefoglalás, konklúzió.

A team-munka és a szuper-/intervízió jelentősége

Ajánlás37

Az alkalmazott egészségpszichológiai ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens egészségügyi kezelésében érintett szakszeméllyel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is szorosan együttműködve, közös csapat/teameket alkotva végezni [129, 130, 132, 136]. (D)

A pluridiszciplináris team-munkában megvalósuló gyógyítási és egyénre szabott gondozási folyamat a beteg számára a trauma és a krízisidőszak optimális integrációjának megteremtése által a komplex neuopszichológiai szakellátást alapvetését jelentheti. Az együttműködés az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága és a betegek pszichés működésének jobb megértése által, az egészségügyi ellátórendszerben fenntartott szakmai elhivatottság és lélektani stabilitás előteremtésén keresztül a kiegészítő (burnout) prevenciójának egyik sarokköve is.

Kiemelten fontos, hogy az egészségpszichológiai munka során a (szak)pszichológus kollégák saját csapatként is kooperálni tudjanak. A mindennaposan jelentős érzelmi megterhelődést jelentő munkát támogató pszichológusi teammunka (intervízió, team-szupervízió, külső szakember által vezetett rendszeres esetszupervízió stb.) a burnout és a gyakori személyi fluktuáció hatékony megelőzésének záloga.

Az egészségügyi ellátás során végzett integrált alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás gyakorlata.

Ajánlás38

Az egészségpszichológusnak olyan módon szükséges együttműködnie az egészségügyi szakemberekkel, amely elősegíti az alkalmazott egészségpszichológia egyedülálló hozzájárulásán alapuló jobb szolgáltatásokat, és ezért:

- Az ellátási környezetben megvalósuló szolgáltatások nyújtása során alkalmazza más egészségügyi szakemberek szerepének, felelősségének és erőforrásainak ismeretét.
- Ismeri a szakmai tevékenysége szempontjából releváns formális és informális szervezeti struktúrákat, és azok szerint végzi tevékenységét.
- Értékeli, felhasználja a más egészségügyi szolgáltatóktól származó információkat, beleértve az új eljárásokat, módszereket.
- Ismeri az interdiszciplináris együttműködés (pl. kutatás, oktatás, klinikai ellátás, adminisztráció) erősségeit és a lehetséges kihívásokat. (D)

Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

Ajánlás39

Az alkalmazott egészségpszichológiai ellátás során a beteg érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő és a vonatkozó jogszabályi környezet mérlegelését követően, a szakember döntése alapján, gondolni javasolt telemedicinális eszközök alkalmazásának lehetőségére. (D)

Lehetséges telemedicinális egészségpszichológiai ellátás a szakmai, etikai és jogi szabályok megtartásával, egyedileg illetve az alábbi tényezők figyelembevételével:

- Az online egészségpszichológiai vizsgálat/terápia/foglalkozás biztonságának biztosíthatósága.
- A beteg életkora, informatikai ismeretei, digitális eszközök használatában való jártassága a telemedicinális ellátás milyen formáját teszi lehetővé.

- az egészségpszichológus informatikai ismeretei és digitális eszközök használatában való jártassága a telemedicinális ellátás milyen formáját teszi lehetővé.

AZ ADDIKTOLÓGIAI SZAKPSZICHOLÓGIAI ellátásról

A klinikai addiktológiai szakpszichológus szakmai attitűdjei

Ajánlás40

A klinikai addiktológiai szakpszichológus minden esetben az előírt képzettség megszerzését követően saját kompetenciakörében, a megfelelő szakmai attitűd kialakítása során, a beteg egyedi szempontjainak és tüneteinek folyamatos figyelembevételével szükséges végeznie szaktevékenységét.

Az addiktológiai területen dolgozó klinikai szakpszichológus, illetve klinikai addiktológiai szakpszichológus szükséges attitűdje és főbb kompetenciái:

- empatikus odafigyelés (ez különösen lényeges a társadalom által stigmatizált szenvedélybetegpopuláció esetén),
- a szókrateszi dialektikán alapuló kommunikációs kompetenciák megléte, bizonyos konzultációs technikák esetén akár a direktívebb és konfrontatívabb kommunikáció vállalása (ez sok esetben az addikt páciens belső ellenállásának feloldását, illetve a nem megfelelő betegségbevitel megváltoztatását célozza),
- nagyfokú frusztrációtűrés,
- ítélkezésmentes attitűd (lásd pl. az addikt populáció egy részének kriminális bevonódását),
- nyitottság a technikai felülettel létesített addikciók elfogadása során,
- online világgal kapcsolatos nyitottság, hozzáértés, tájékozottság,
- semlegesség elve (kriminalitás, tabu stb.),
- megfelelő önreflexiók képessége és önismeret (pl. saját addikciók mérlegelése, felismerése)
- a hozzátartozókkal való kommunikáció vállalása és értő irányítása (lásd: a szenvedélybetegség családdinamikai sajátosságaihoz fűződően megőrző a családterápia és a heteroanamnézis jelentősége). (D)

Az addiktológiai szakpszichológiai ellátás általános jellemzői

Ajánlás41

Az addiktológiai szakpszichológiai ellátás során minden esetben figyelembe kell venni az ellátást meghatározó kereteket és mérlegelni szükséges az ellátás küszöbét. (D)

Az addiktológiai esetekkel végzett munka bizonyos esetekben központilag szabályozott, rögzített ülés szám mellett történik. Erre jó példa az ún. elterelés intézménye, mely rendőrségi/büntetőjogi ügy kapcsán választható, de javasolt opcióként áll rendelkezésre szerhasználók számára, akiket illegális (jellemzően csekély mennyiségű) droghasználat miatt állítanak elő. Ezekben az esetekben a pénzbírsággal járó büntetés kiváltható a megelőző-felvilágosító szolgáltatás (alkalmi szerhasználók esetén), vagy a függőséget kezelő/gyógyító elterelő kezelés (dependens szerhasználók esetén) formájában. Ezek 12x2 óra, vagy 24x1 óra terjedelemben kivitelezett intervenciót jelentenek, és 6 hónap terjedelemben kerülnek kivitelezésre (heti vagy kétheti rendszerességgel).

Azokban az esetekben, ahol a terápiás beavatkozást nem külsődleges tényezők (lásd pl. büntetőügy), hanem a páciens (és sokszor közvetve a hozzátartozó) igényei szabályozzák, az ülés szám nagymértékben függ a választott terápiás módszertől.

A beavatkozás jellegét, céljait, időbeliségét továbbá jelentősen befolyásolja, hogy az adott eset alacsonyküszöbű vagy magasabb küszöbű ellátást indokol-e. Azokban az esetekben, ahol nem várható el azonnali vagy tartós absztinencia, általában azok a beavatkozások javasoltak, melyek kevésbé intenzív pszichoterápiás munkával, de hosszabb távon követik nyomon a páciens állapotát (pl. opioid szubsztitúciós terápiában végzett eszmetment rendszer, vagy a tücsere programban résztvevő kliensek motivációs tréningje), és elsődleges célként az ártalmak csökkentését, valamint a viselkedésváltozáshoz szükséges belső motiváció kialakítását tűzik ki.

A magasabb küszöbű ellátás (ez lehet ambuláns és osztályos, valamint rehabilitációs keretek között végzett terápiás munka) jellemzően absztinencia-orientált, és hosszabb távon az utánkövetés segítségével biztosítja a relapszus megelőzését. Az alacsonyküszöbű ellátás esetén a beavatkozás hatékonyságának mérési lehetőségei között a szerhasználat társuló ártalmainak csökkenését jelző (pl. HIV, HCV fertőzés incidenciacsökkenése, túladagolásból fakadó mortalitás csökkenése, stb.), illetve a reszocializációhoz szükséges változások (pl. munkába állás) monitorozása, míg a magasabb küszöbű terápiás formák esetén az

absztinencia időbelisége, valamint az addikció szempontjából fokozott kockázati tényezőnek minősülő pszichés állapotok (pl. komorbid pszichiátriai zavarok tünetjavulása, érzelemszabályozási problémák csökkenése, a jövőbeli célok kitűzésének képessége, indulatkezelési nehézségek csökkenése, impulzivitás csökkenése, jutalomkésleltetés képességének fejlődése, mentalizációs képességek fejlődése, stb.) javulása jelentheti a hatékonyság elsődleges és mérhető indikátorait.

A terápiás ülésszám tekintetében általánosságban elmondható, hogy a betegpopuláció specifikumaiból (pl. fokozott impulzivitás, kötődési problémák) fakadóan javasolt az alacsony ülésszámú terápiás formák előnyben részesítése, és a nagyjából 3-6 hónapos munkafolyamat tervezése. Az osztályos terápiás munka - az ambuláns munkával összevetve - jellemzően még egzaktabb időbeli kereteket ír elő. A legtöbb addiktológiai osztályon 4-8 hétig tartó komplex terápiás beavatkozás zajlik.

Ajánlás42

Az addiktológiai szakpszichológiai szakvizsgálat esetén minden esetben javasolt, hogy a vizsgálatot követően összefoglaló, szakterület-specifikus állapotleírás készüljön az alábbi tartalmi elemekkel, mely státuszleírás a vizsgálati kérdéstől és annak jellemzőitől függően egyedileg változhat. (D)

A körültekintő szakpszichológiai szakvizsgálat elvégzésének, a szakpszichológusi szakvélemény, illetve lelet készítésének, a mentális és pszichológiai státusz vizsgálatának általános szempontjait a klinikai szakpszichológiai szakterület esetében részletezésre kerülő szakvizsgálatnál található szempontok az alapvetően irányadóak. A beteg szakvizsgálata során minden esetben mérlegelni szükséges a szakvizsgálatot végző szakember vizsgálathoz szükséges és meglévő kompetenciáját és a vonatkozó szakterületet egyaránt.

Általánosságban az addiktológiai szakpszichológiai szakvizsgálat során az állapotfelmérés –melynek eszközeit lásd lejjebb – során eldöntendő kérdés, hogy a kliens állapota mely kezelési sávba sorolható be. Ha az állapota olyan súlyosságú, hogy azonnali osztályos kezelésre szorul, akkor a szakmai irányelveknek megfelelően folytatódik a vizsgálat. Ha az állapot súlyossága az ambuláns ellátás szintjén kezelhető, akkor az ennek megfelelő szakmai irányelvek mentén haladunk tovább a kivizsgálásban. Ha az állapotfelmérés eredményeként a megelőző tanácsadás szintjén kezelhető, akkor az ennek megfelelő szakmai irányelvek mentén haladunk tovább (különös tekintettel az elterelés intézményére, ahol gyakoribb a szabályok áthágását követő büntető eljárás miatti kezelésbe vételi igény, mint a patológia jelenléte).

Az addiktológiai szakpszichológiai szakvizsgálat során a betegvizsgálat a pszichés állapot feltérképezése mellett kiterjed az addiktológiai probléma felmérésére is, így a szerhasználat esetében a mennyiség, gyakoriság, súlyosság tekintetében is. Valamint érdemes integrálni a szerhasználat esetleges következményeinek feltérképezését is (pl. kognitív funkciók terén). A szerhasználat akkor számít problémásnak, amikor már több életterülettel is (pl. tanulmányok, munka, kapcsolatok) interferrál. Addiktológiai problémák esetén érdemes azokat a szűrőteszteket elvégezni, melyek az adott szerhasználathoz kapcsolódóan mérik a szer használati gyakoriságát, mennyiségét, súlyosságát. A szűrőtesztek általában önkitöltősek, ezért részletes explorációval szükséges kiegészíteni őket. Szakvélemények tartalmaznia kell a familiáris addiktológiai anamnézist, a szerhasználat kezdetét, a kémiai és viselkedéses addikciók részletes feltérképezését az esetleges keresztfüggőségek miatt.

A szerhasználati problémák kérdőíves szűrése széles körben elterjedt módszer, mely nem csak az állapotfelmérést, de a kutatások összehasonlíthatóságát is megkönnyítheti. Magyar nyelven validált kérdőívek elérhetők számos szerhasználati érintettség kapcsán (lásd: szakterületi beavatkozás mérőeszközei). További szűrőtesztek és becslőskálák elérhetőek szerkesztett teszgyűjteményekben (pl. [48, 49, 82, 145])

Az addiktológiai szakpszichológiai szakellátás során alkalmazásra kerülő eszközök

Ajánlás43

Az addiktológiai szakpszichológiai szakvizsgálathoz használt tesztek és vizsgálóeljárások kiválasztása, használata, az eredmények értékelését, valamint az eredmények értelmezését és közzétételét kompetenciájából és szakmai felelősségéből adódóan az addiktológiai szakpszichológusnak szükséges végeznie. (D)

Mind a kémiai, mind a viselkedéses addikciók esetén rendelkezésre állnak megfelelő szenzitivitás és specificitás mutatókkal jellemezhető, sztenderdizált szűrőtesztek és becslőskálák. Ezek alkalmazásával a fennálló probléma súlyosságbecslésén túl a terápiás folyamat sikerességének különböző indikátorait egzakt mérési adatokkal tudjuk vizsgálni, alátámasztani (bemeneti mérés: kezelés kezdetekor, kimeneti mérés: kezelés végén, majd adott esetben utánkövetéses alkalmak során).

Az addiktológiában leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztek és becslőskálákat az alábbi táblázat foglalja össze.

12. Táblázat: Az addikológiai szakpszichológiai ellátás során leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztek és becslőskálák ([48, 49, 82, 145] alapján saját szerkesztés)

	Addikció típusa	Mérőeszköz neve	Itemek száma	Hivatkozás (eredeti és magyar adaptáció)
Szerhasználati zavarok	Alkoholhasználati zavar	AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test - Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje)	10	[157], [158]
	Droghasználati zavar	DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test - Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje)	11	[159], [160]
	Kannabiszhasználati zavar	CAST (Cannabis Abuse Screening Test – Kannabisz Abúzus Szűrőteszt)	6	[161], [162]
	Visszaélésszerű nyugtató-, altató-, szorongásoldó gyógyszerfogyasztás	BDEPQ (Benzodiazepine Dependence Questionnaire - Benzodiazepin Dependencia Kérdőív)	25	[163], [164]
	Dohányzás	FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence - Fagerström-féle Nikotin Dependencia Teszt)	7	[165], [166]
Viselkedésszerű addikciók	Problémás szerencsejáték	PGSI (Problem Gambling Severity Index - Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív)	9	[167], [168], [48]
	Problémás online videójáték	POGQ (Problematic Online Gaming Questionnaire - Problémás Online Játék Kérdőív)	18	[169]
	Problémás internethasználat	PIUQ (Problematic Internet Use Questionnaire)	6	[170]
	Kényszeres vásárlás	RCBS (Richmond Compulsive Buying Scale – Richmond Kényszeres Vásárlás Kérdőív)	6	[171], [172]
	Hiperszexuális magatartás	HBI (Hypersexual Behavior Inventory – Hiperszexuális Magatartás Kérdőív)	19	[173], [174]
	Testedzésfüggőség	EAI (Exercise Addiction)	6	[175], [176]

		Inventory – Testedzés Addikció Kérdőív)		
	Munkafüggőség	WART (Work Addiction Risk Test - Munkafüggőség Rizikója Teszt)	16	[177], [178]
	Kodependencia	CQ (Codependent Questionnaire – Kodependencia Kérdőív)	25	[179], [180]

Az addiktológiai szakpszichológiai szakellátás intervenciós lehetőségei, módszerei

Ajánlás44

Az addiktológiai szakpszichológiai intervenciók és módszerek minden esetben a szakellátás aktuális szakaszaihoz és vonatkozó területeihez illesztetten, a beteg/páciens/kliens állapotát és ezirányú motivációját minden esetben integrálón figyelembe vevő módon szükséges alkalmazni. Ennek érdekében szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos, a szakszemélyzet és a szakpszichológiai ellátást végző szakember között, aki tehát szintén a gyógyító team tagja. (D)

A rendelkezésre álló empirikus bizonyítékok alapján az elsődlegesen javasolt pszichoterápiás módszer szenvedélybetegek populációjában a kognitív-viselkedésterápia (CBT) (pl. [146]), illetve ennek akár telemedicina-jelleggel kivitelezett online verziója, az iCBT/eCBT. Kettős, vagy többes diagnózisú páciensek esetén ajánlott módszer a sématerápia, mely célzottan foglalkozik mind a szenvedélymagatartással (pl. szerhasználat), mind a komorbid pszichopatológiával [147], illetve a dialektikus viselkedésterápia alkalmazása javasolt [148].

Traumatikus életúttal jellemezhető, adott esetben poszttraumás stressz zavarral (PTSD) diagnosztizált addikt betegek esetén elsősorban és megfelelő végzettséggel az EMDR alkalmazása javasolt [149].

Tekintve, hogy az addikció az esetek jelentős részében nem csak egyéni probléma, hanem családi rendszerszintű elakadás is, ezekben az esetekben javasolt, megfelelő végzettséggel, az egyéni terápia mellett pár-és családterápiás beavatkozásokat választani (pl. [150]). Végül, figyelembe véve a szenvedélybetegségek társadalmilag stigmatizált jellegét, és ebből fakadóan az érintettek nagyfokú izolálódását, és társas kapcsolatrendszerének fellazulását, a terápiás beavatkozások esetén (akár ambuláns, akár osztályos keretek között) javasolt, megfelelő végzettséggel, az egyéni terápia mellett csoportos intervenciókat alkalmazni [151]. A csoportos intervenciók hozzájárulhatnak a páciensek eredményesebb reszocializációjához, empátiás készségeik javulásához, illetve korrekciós hatást gyakorolhatnak az egyén azon alapvető élményeit illetően, miszerint izoláltan, egyedül kell megküzdenie problémáival.

Módszerspecifikus pszichoterápia végzése szakképzettséghez és módszerspecifikus képzettséghez kötötten végezhető.

Az addiktológia területén alkalmazni javasolt alap- és szakpszichoterápiás módszerekről (a fentiekben ismertetett módszereken túl pl. áttétel-fókuszú pszichoterápia, relaxációs és szimbólumterápiák, személyközpontú pszichoterápia, analitikus pszichoterápia) a vonatkozó szakirodalomban érhetőek el részletesebb információk [152].

Az addiktológiai szakpszichológiai diagnosztika elvei

Ajánlás45

A diagnosztikai kivizsgálás során a BNO-11 valamint a DSM-5 kémiai és viselkedéses addikciókkal kapcsolatos kritériumai alapján dönthető el, hogy az adott eset milyen súlyosságú szerhasználati zavarral, vagy viselkedéses addikcióval (pl. szerencsejáték-használati zavar) jellemezhető. Ezen állapotfelmérés során tudjuk eldönteni, hogy az adott eset kezelésében milyen arányban szükséges klinikai szakpszichológus szakmai segítségét igénybe venni [46, 47]. (D)

A kevésbé súlyos esetekben (pl. a dimenzionális szemléletű DSM-5 "enyhe" súlyosság kategóriája) nem feltétlenül szükséges klinikai szakpszichológust bevonni a terápiás folyamatba, amennyiben az érintett személlyel pl. addiktológiai konzultáns foglalkozik. Ez esetben nem terápiáról, hanem konzultációról beszélünk. Akkor azonban, ha az addikció súlyosabb (lásd: DSM-5 súlyossági kritériumok), illetve amennyiben komorbid pszichopatológia is explorálható, szükségessé válik az addiktológus pszichiáter és

klinikai szakpszichológus bevonása. Állapotfelmérést jellemzően pszichiáter és klinikai szakpszichológus végez, illetve diagnózist is csak e két szakember alkothat.

Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

Ajánlás46

Az addiktológiai szakpszichológiai ellátás során a beteg érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények és jogszabályi környezet körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telemedicinális eszközök alkalmazása. (D)

Az addiktológia területén egyre fontosabb szerepet töltenek be az ún. eHealth fogalomkörébe sorolható online vagy mobilalapú intervenciók és prevenciók programok. Az online térben kivitelezett, addiktológiai esetekkel folytatott terápiás munka sajátosságairól és részletes ajánlásaival a vonatkozó szakirodalom behatóan foglalkozik [153].

Az addiktológiai eHealth, illetve telemedicinás ellátási formák (melyek akár teljes egészében automatizált formában is működhetnek) az addiktológiai problémák kezelésében abban az esetben bizonyulnak hatékonynak, ha az alábbi feltételek teljesülnek [154]:

- 1) Egyénre szabott visszajelzéseket biztosítanak;
- 2) Folytonosságot biztosító, gyakori beavatkozást tesznek lehetővé (pl. napi szintű emailes emlékeztetők, terápiás modulok),
- 3) egymásra épülő modulok biztosítják a telemedicinás terápiás folyamat építkező jellegét,
- 4) kevert módon tudják alkalmazni, integrálni az automatizált elemeket és a valós szakember által kivitelezett terápiás beavatkozásokat, visszajelzéseket,
- 5) a célpopuláció az önirányítottág megélésével az énhatékonyság növekedését is képes megtapasztalni (lásd: empowerment elve).

eHealth beavatkozások a nemzetközi szinten mind viselkedéses, mind kémiai addikciók esetén elérhetőek. Hazánkban ilyen automatizált, online program például az Új Tét névre keresztelt online, szerencsejátékfüggőséget kezelő intervenció. A klinikai szakpszichológus ezen programok kidolgozásában, disszeminációjában, és implementációjában egyaránt fontos szerepet tölthet be, különösen azokban az esetekben, ahol az automatizált beavatkozást a szakemberrel folytatott konzultációs alkalmak egészítik ki. Ezen kombinált beavatkozások mutatják a legnagyobb terápiás hatékonyságot.

Ajánlás47

Az egészségügyi ellátás során végzett integrált addiktológiai szakpszichológiai szakellátás gyakorlatának az alábbi elvek és szempontrendszer alapján szükséges megvalósulnia.

A szakpszichológus segítheti az érintett diagnosztikai kivizsgálását, a függőségének háttérben meghúzódó pszichés problémák feltérképezésében. Emellett kognitív viselkedésterápiás eszközökkel a leszokási motiváció előmozdításán is dolgozhat (pl: motivációs interjú [155]). A későbbiekben, az absztinencia elérését követően egyéb pszichoterápiás eszközökkel feltárható a szerhasználat gyökere, története, pszichodinamikai funkciója is csoportos vagy egyéni terápiás folyamatban [156].

Az addiktológia lényegét tekintve a pszichiátria alterületének nevezhető, ily módon a két terület szervesen kapcsolódik egymáshoz. Egyes intézményekben a pszichiátriai/addiktológiai osztályok összevontan működnek, illetve azokban a kórházakban, ahol elérhető külön/szeparált addiktológiai osztály is, a pszichiátriai osztályok nem ritkán ennek ellenére is felvesznek olyan pszichiátriai eseteket, ahol a kórtörténetben, vagy az aktuális anamnesztikus adatok között is megjelenik az addikciós magatartás.

Figyelembe véve a szerhasználati zavarok szomatikus szövődményeit, kardiológiai osztályokon, onkológiai intézetekben, neurológiai osztályokon és ambulanciákon egyaránt relevánssá válik az addiktológia területén specializálódott klinikai szakpszichológus alkalmazása. Hasonlóképpen ajánlott lenne (ez jelen irányelv írásakor még nem valósult meg) az alapellátásban (pl. háziorvosi rendelőkben) alkalmazni olyan addiktológiában jártas klinikai szakpszichológust, aki azonosítaná azokat az eseteket, ahol indokolt a további, intenzívebb addiktológiai kezelés. Ezáltal növelhető lenne a kezelésben részesülő szenvedélybetegek jelenleg rendkívül alacsony száma. (D)

A team-munka és a szuper/intervízió jelentősége

Ajánlás48

Az addiktológiai szakpszichológiai ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens egészségügyi kezelésében érintett szakszeméllyel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is szorosan együttműködve, közös teamet/teameket alkotva, szupervízióval kísérvé végezni. (D)

Az addiktív zavarral küzdő betegpopulációval végzett munka érzelmileg és mentálisan megterhelő (a páciensek körében az általános populációhoz képest magasabb arányban fordul elő traumatikus életút, komorbid pszichiátriai megbetegedés, magas a visszaesési arány, gyakran alacsony a belső viselkedésváltozási motiváció, sok esetben alakulnak ki terápiás játszók, manipulációk, stb.), a szupervízió elengedhetetlen szükséglet a tartós és eredményes klinikai munkavégzés fenntartásához. Addiktológiai esetekkel klinikai szakpszichológus végezhet diagnosztikai, illetve szupportív terápiás munkát, a területspecifikus továbbképződési lehetőséget pedig elsősorban a Semmelweis Egyetem - Klinikai Pszichológia Tanszék szervezésében időszakosan meghirdetésre kerülő, 4 szemeszteres 'Klinikai addiktológiai szakpszichológus szakképzés' elvégzése jelenti. A módszerspecifikus képzések tekintetében azon terápiás módszerek elvégzése javasolt, melyek hatékonyságát az addiktológiai populáció esetén is meggyőző tudományos bizonyítékok támasztják alá (lásd: a jelen irányelv szakterületi intervenció típusaira vonatkozó ajánlásait).

A szakterületen dolgozó klinikai szakpszichológusok számára erősen javasolt a szupervízió igénybevétele, akár csoportos, akár egyéni formában. Mivel a pszichiátrián belül az addiktológia területén az egyik legmagasabb a kiégés kockázata (érzelmileg megterhelő munka sokszor ellenállást mutató, terápiára kevésbé szocializált betegpopulációval), a szupervízió szükséges feltétele a hosszútávú, eredményes munkavégzésnek.

Az addiktológiai területen elhelyezkedő klinikai szakpszichológusok számára sok esetben jelent kihívást a relapszusok folytán megtapasztalt látszólagos sikertelenségélmény, melyet könnyen saját felkészületlenségüknek vagy alkalmatlanságuknak, és nem feltétlenül az addiktív zavar természetének tulajdonítanak. A szupervíziós munka során a szupervízor lehetőséget teremt az addiktív esetekkel kapcsolatos kétségek, elakadások megvitatására, valamint arra is, hogy a szakpszichológusban megjelenő negatív érzelmi állapotok is oldódjanak.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Szakpszichológusok: Az pszichológiai problémák, illetve a pszichopatológiai kórképek felismerésében, ellátásában és gondozásában, valamint a rehabilitáció során a fekvő-, és járóbeteg ellátásban dolgozó szakpszichológusok kompetensek. Ezen kívül számos más társszakma is érintett: pszichiátria, addiktológia, neurológia, belgyógyászat/intenzív betegellátás, de például a prevenció, a felismerés és az utógondozás szempontjából is kiemelt szerephez jut a háziorvosi praxis is. Az egészségügyi ellátásban egészségügyi tevékenységet végző szakpszichológus minden esetben csak és kizárólag működési engedély birtokában, kamarai (MOK) tagként végezheti munkáját. Egészségügyi tevékenységhez szükséges működési engedéllyel nem rendelkező pszichológus egészségügyi szolgáltatónál történő munkakezdését követően köteles megkezdeni szakképzését és tevékenységét a szakvizsga megszerzéséig egészségügyi végzettségű szakpszichológus szupervíziója mellett végezheti, véleményt tutora/mentora/szupervízora ellenjegyzésével adhat ki. A szakpszichológusok tevékenységi köreit a minimumfeltételekről szóló rendelet részletezi.

Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus: A pszichológus az alapdiploma (MA, MSc) megszerzését követően a klinikumban történő elhelyezkedés esetén megkezdi klinikai szakpszichológiai szakképzését, melynek időszaka alatt klinikai szakpszichológus jelöltként dolgozik a klinikumban, és a szakvizsgát követően (felnőtt, vagy gyermek) klinikai és mentálhigiénés szakpszichológussá válik. Klinikai szakpszichológus az a felsőfokú szakirányú egészségügyi szakvizsgával (orvosegyetemen végezhető szakvizsga) rendelkező szakpszichológus, aki a mentális betegségek diagnosztikájának, pszichodiagnosztikai vizsgálatának, pszichológiai intervenciókkal és pszichoterápiás eszközökkel történő kezelésének és a mentális betegségek kutatásának komplex kérdéseiben is járatos, önálló szakmai kompetenciával bír. A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység a) a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására; b) a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára; c) az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok kiválasztására és végzésére, valamint d) a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul. Tevékenységi körébe tartozik továbbá és többek között az alábbi tevékenységek: pszichodiagnosztika és állapotfelmérés, alap-pszichoterápia, stressz-management, egészségügyi dolgozók kiégés (burn-out) prevenciója, konfliktuskezelés, problémamegoldó tréningek, kommunikációs és szociális készségfejlesztő tréningek tartása.

Neuropszichológiai szakpszichológus: A neuropszichológia a pszichológiának világszerte önálló területe. Hazánkban akkreditált neuropszichológiai szakpszichológus szakképzés 2000-től folyik a klinikai szakpszichológus képzésre ráépítve.

2012-től neuropszichológiai szakpszichológusi szakképesítés alapszakvizsgaként is megszerzhető 48 hónapos egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés formájában.

E képzés bemeneti feltételei: szakképesítés tekintetében: egységes osztatlan képzésben szerzett pszichológusi oklevél, vagy pszichológia MA, vagy egészségpszichológia MSc, valamint a neuropszichológia valamely gyakorlati területéről munka igazolása. A képzés kimenete: neuropszichológiai szakpszichológus képesítés. A szakképesítéssel rendelkező személy megnevezése: neuropszichológiai szakpszichológus. A képződő személy megnevezése: neuropszichológiai szakpszichológus jelölt.

A neuropszichológia az agyi struktúrák és a pszichés folyamatok közötti összefüggésekkel foglalkozó határterületi tudományág. A neuropszichológiai szakpszichológus feladatai elsősorban agykárosodást szenvedett személyekkel, s így kognitív, emocionális, motivációs, viselkedéses és szociális zavarainak a vizsgálatával, valamint rehabilitációjával kapcsolatosak. Másodlagosan a neuropszichológia feladatai közé tartozik azon személyek vizsgálata és ezzel összefüggésben segítése is, akiknek a képesség- és állapotváltozásait olyan funkcionális, működésbeli agyi (fiziológiai, anyagcsere folyamatokat érintő) változások okozzák, amelyek nem szervi, strukturális agykárosodásból fakadnak, hanem például az életkor előrehaladtával kapcsolatosak. Legfontosabb tevékenységek: a károsodott és az épen maradt kognitív funkciók minél pontosabb/részletesebb feltérképezése alapján az érintett személy megsegítése, hogy életét a számára lehetséges legnagyobb önállósággal és legjobb minőségben folytatni tudja. Ennek érdekében cél lehet a károsodott kognitív funkciók reorganizációjának támogatása; az érintett funkciók fejlesztése; az épen maradt képességekre épülő kompenzációs stratégiák kimunkálása; az önismeret fejlesztése: a megváltozott képességek tudatosítása; a betegség és a veszteségek feldolgozása; megküzdési képesség erősítése; másodlagos pszichés problémák prevenciója és kezelése; a beteg és hozzátartozójának edukációja. Neuropszichológus részvétele szükséges az agykárosodást szenvedett betegek korszerű ellátásában mind a járóbeteg, mind a fekvőbeteg ellátásban. Továbbá mivel agykárosodást szenvedett betegek gyakran mozgáskorlátozottság miatt nem vagy csak nagy nehézségek árán tudnak eljutni rendelőbe, valamint egyéb rehabilitációs és terápiás szempontból szükséges lehet a neuropszichológiai mobil ellátás. Erre a beteg saját lakásában/lakókörnyezetében kerülhet sor.

Alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus: alkalmazott egészségpszichológiai szakképzést elvégző pszichológia MA/MSc oklevéllel rendelkező szakpszichológus.

Az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus kompetenciája: a szomatikus betegségek kialakulásának és gyógyításának komplex, biopszichoszociális szemléletére épülő hatékony problémamegoldás és kezelési eljárások; egyes betegségekhez, speciális kezelési helyzetekhez kapcsolódó pszichológiai problémák kezelése az alap- és szakellátásban (háziorvosokkal, szakorvosokkal, klinikai teamekkel együttműködve); betegséggel kapcsolatos nézetek és adaptív viszonyulás támogatása, az egészségvesztéssel kapcsolatos pszichés krízis, pszichológiai problémák és traumák kezelése; betegségekhez kapcsolódó testkép és énkép problémák kezelése; vizsgálatokra és beavatkozásokra, például műtétre való felkészítés: edukáció és szorongáscsökkentés; a betegségekkel való megküzdés technikáinak fejlesztése, a betegek öngondoskodásának és aktív gyógyulási készségének erősítése; krónikus betegséggel való megküzdés támogatása; részvétel palliatív és hospice ellátásban; a gyógyító szakemberek és kliensek együttműködésének támogatása, segítségnyújtás a társas támogatás lehetőségeinek feltárásában, egészségtudatos orientáció kialakításában; rizikóviselkedések csökkentése; veszteségfeldolgozás, gyászfeldolgozás; betegek családtagjainak támogatása; stresszkezelési, konfliktuskezelési, veszteségfeldolgozási és egészségfejlesztő technikák alkalmazása gyógyító szakemberek számára; kapcsolati, döntési és kommunikációs problémák megoldásának támogatása a betegellátás és a prevenció különböző szintjein; tanácsadás az egészséggel és betegséggel kapcsolatos ismeretek személyes és nyilvános kommunikációja terén: egészségfejlesztés, terápiás betegoktatás, szóróanyagok, ismeretterjesztő kiadványok, médiaanyagok, tréningek, képzések, kampányok tervezése; felmérések végzése egészség- és betegségmagatartással, biopszichoszociális folyamatokkal kapcsolatban egészségügyi intézmények és szakemberek számára.

Addiktológiai szakpszichológus, klinikai addiktológiai szakpszichológus: A pszichológus az alapidiploma megszerzését követően a klinikumban történő elhelyezkedés esetén (akárcsak a klinikai szakpszichológia egyéb alkalmazott területein) megkezdi klinikai szakpszichológiai képzését, melynek időszaka alatt klinikai szakpszichológus jelöltként dolgozik a klinikumban. A szakvizsga megszerzését követően az addiktológiai szakterületi továbbképzés elsődleges lehetősége a 4 szemeszteres 'Klinikai addiktológiai szakpszichológus szakképzés' elvégzése. Ezt követően a szakember megnevezése: klinikai addiktológiai szakpszichológus. A klinikai szakpszichológusok számára kötelező szintentartó, pontszerző továbbképzések között gyakran elérhetőek specifikusan addiktológiai jellegű továbbképzések. Ezek elvégzése további szakmai fejlődést biztosíthat. A klinikai szakpszichológus a ráépülő klinikai

addiktológiai szakpszichológus képzés befejezésével mélyebb ismereteket szerez az addikciós zavarok komplex etiológiájával, prevalenciájával, az addikt kliensekkel végzett terápiás munka és pszichodiagnosztika sajátosságaival kapcsolatban. A klinikai addiktológiai szakpszichológus képzettség így elsősorban ismeretmélyítés és attitűdformálás tekintetében nyújt további fejlődési lehetőségeket, semmint a klinikumban végzett kompetenciakör bővülését tekintve.

A klinikai addiktológiai szakpszichológus vizsgálja és kezeli azon magatartászavarban (szenvedélybetegségek valamelyikében) szenvedő betegeket, akik bizonyos kémiai anyagokat (alkohol, drog, nyugtatók, altatók, kávé, stb.) rendszeresen fogyasztanak, vagy egyes magatartásformákról nem tudnak lemondani, és azoktól való függőség alakult ki. Szenvedélybetegségek csoportjába tartozik: alkoholizmus, kábítószer függőség, gyógyszerfüggőség, dohányzás, valamint viselkedési addikciók, pl. kóros játékszenvedély, túlzott internet-, videó-, számítógép-használat, vásárlási kényszer stb.

A klinikai addiktológiai szakpszichológus a különböző mértékű addikciók diagnosztizálására, megvonására és kezelésére (megvonást és sóvárgást csökkentő) klinikai pszichológiai és pszichoterápiás módszereket alkalmaz, ezzel segíti a kient a szenvedélyállapottal és a betegséggel összefüggő életvezetési döntések meghozatalában; krízisintervencióban, információhoz jutásban.

A klinikai addiktológus jártas a klinikai pszichodiagnosztika eszköztárában, az addiktológia területén alkalmazható pszichoterápiás módszerekben, konzultációs technikákban, egyéni és csoportos betegvezetésben. Részt vesz az addikciók primér prevenciójában és az addiktológiai betegek rehabilitációjában is.

Szakpszichológus pszichoterapeuták, orvos pszichoterapeuták: a pszichoterápia szakvizsgával rendelkező szakember módszerspecifikus szakpszichoterápia önálló végzésére jogosult. A módszerspecifikus pszichoterápiák körébe tartozó tevékenységeket a minimumfeltételekről szóló rendelet sorolja fel.

12. Ábra: A szakpszichológiai szakképződés útjai (22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján)

Alapképzés - 3 év - Viselkedéselemző		
Mesterképzés - 2 év - Okleveles pszichológus (MA, MSc)		
Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt, vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus (4 év)	Neuropszichológiai szakpszichológia (4 év)	Alkalmazott egészségpszichológia (3 év)
↓	Propedeutika (1 év)	
Pszichoterapeuta szakképzés (2 év) Klinikai addiktológiai szakpszichológia (2 év) <i>(Igazságügyi klinikai pszichológia (2 év))</i>		

Pszichiáter szakorvos: pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoedukáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, posztgraduális képzés után családgondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretében tartozó intervenciók, alappszichoterápiás megközelítés alkalmazása a kezelés során.

Társzakmák képviselői: A pszichológiai jelenségek előfordulási köre széles spektrumú: az egészségügyi ellátórendszerben komorbiditások okán sokszor nem csak és kizárólag pszichiátriai/pszichoterápiás osztályon találkozunk a kezelő pszichológiai, pszichopatológiai jelenségekkel. Konzultatív szinten szinte minden orvosi szakmával együttműködést szükséges kialakítani a betegek és megbetegedések korszerű, bio-pszicho-szociális szemléletének megfelelően.

Egyéb szakemberek, ellátók: A fentiekén kívül szoros együttműködés szükséges még a mentálhigiénés szakemberekkel, a szociális ellátó szférában dolgozókkal (szociális munkások) és az egészségügyi ellátást segítő egyéb egyházi és civil szervezetekkel, valamint a médiával.

Szakmai felügyelet:

- Magyar Orvosi Kamara Diplomások Területi Szervezete
- Magyar Pszichológiai Társaság Etikai bizottsága

Szakmai szervezetek:

- Magyar Pszichológiai Társaság
- Egészségügyi Szakmai Kollégium
- Magyar Addiktológiai Társaság
- Magyar Pszichiátriai Társaság

Oktatás

Az ellátók kompetenciájának bővítése érdekében javasolt az egészségügyi szakmai irányelv tartalmának oktatása:

- Pszichológus alap- és szakképzésben,
- pszichoterapeuta képzésben,
- orvos és/vagy szakorvos képzésekben,
- pszichiáter/háziorvos/egyéb orvosi szakképzésben és továbbképzésben ,
- *továbbképzésben*: kötelező szinttartó tanfolyamokon szakpszichológusoknak, pszichoterapeutáknak, pszichiátereknek, háziorvosoknak stb.,
- mentálhigiénés szakemberek képzésében,
- szakápolók, gyógytornászok, szociális munkások képzésében és továbbképzésében,
- helyi képzéseken (pl. osztályos, illetve klinikai tudományos referálók, érzékenyítő oktatások),
- pszichológiai, rehabilitációs és orvostudományi kongresszusokon.

Publikáció

Az egészségügyi szakmai irányelv rövidített változatát a szerzők szükségesnek tartják pszichológiai/pszichoterápiás/onkológiai szaklapokban (Psychiatria Hungarica, Neuropsychopharmacologia Hungarica, Magyar Pszichológiai Szemle, Pszichoterápia, Orvosi Hetilap) is megjelentetni a későbbiekben.

1.1. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szakmagyakorlás tárgyi feltételeit a vonatkozó rendeletek, szabályozások és a minimumfeltételek nevesítik és rögzítik.

Kiemelt jelentőséggel bíró tárgyi feltételek:

- önálló, egyéni (két-, vagy háromszemélyes) pszichoterápiás vizsgálatra és intervencióra alkalmas iroda/helység,
- csoportos (családterápia, 10-15 fős csoport) pszichoterápiás vizsgálatra és intervencióra alkalmas helység,
- terápiás ülés, vagy vizsgálat végzésére alkalmas bútorzat (pl. relaxáció tanítására alkalmas berendezés)
- számítógép, szükséges szoftverek (tesztekhez stb.),
- pszichológiai tesztek,
- hozzáférés nemzetközi szakirodalmakhoz.

Egyéb javasolt személyi feltételek:

- szupervizor,
- adminisztrációs munkatárs/asszisztens.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés további javítása szükséges a hátrányos helyzetű régiótól a nagyvárosokig egyaránt: a primer prevenciótól a rehabilitációs lehetőségekig. A teljeskörű testi-lelki egészség szempontjából jelentős szerepe van az életmód mellett az életminőségnek, a pszichológiai és mentális egyensúly fenn- és megtartásának kritikus helyzetekben különösen. Az szakpszichológusnak szerepe van a megfelelő, bizonyítékon alapuló ismeretek átadásában, ami hozzájárul a lakosság egészségmagatartásának javításához, illetve a betegségekhez kapcsolódó téves hiedelmek eloszlásában, valamint a betegségekkel járó stigmatizáltság csökkentésében, megszüntetésében. Az érzékenyítés során a társadalom szélesebb rétegei élhetnének egészség tudatosabb életet, illetve probléma, panasz észlelése

esetén nagyobb valószínűséggel és időben fordulhatnak megfelelő segítséghez, orvoshoz. Az időben igénybe vett egészségügyi ellátás költségsökkentő hatással bír a betegségfolyás során igénybevett egészségügyi szolgáltatások (pl. (szak)pszichoterápia) szükséges mennyiségének (óraszám) csökkenése által.

1.4. Egyéb feltételek

Az egészségügyi szakmai irányelv hatását növelheti a társadalmi felvilágosítás, rövid tájékoztató anyagok készítése, mely eloszlatja az alaptalan hiedelmeket pszichológiai problémákkal, pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban, helyette azonban korrekt és hiteles információt közvetít, megszüntetve a sztereotíp gondolatokat és csökkentve mentális betegséghez és problémákhoz kapcsolódó stigmatizációt.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincs.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. **adatlap:** Alkalmazni javasolt vizsgálati eszközök.

2.3. Táblázatok

1. **Táblázat:** Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([4, 45, 48, 49] alapján saját összeállítás)

2. **Táblázat:** A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)

3. **Táblázat:** A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

4. **Táblázat:** Szorongásos zavarok jellemző tünetei (*saját szerkesztés*)

5. **Táblázat:** A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

6. **Táblázat:** A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

7. **Táblázat:** A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

8. **Táblázat:** A traumával vagy stresszorral összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

9. **Táblázat:** A krízishelyzetet és a szuicid veszélyeztetettséget jelző és befolyásoló tényezők összefoglaló táblázata ([83] alapján)

10. **Táblázat:** A leggyakrabban alkalmazott neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások – [48, 49, 82, 107-122] alapján saját szerkesztés

11. **Táblázat:** Az alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás területei és folyamata ([130, 133, 144] alapján saját szerkesztés)

12. **Táblázat:** Az addikológiai szakpszichológiai ellátás során leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztek és becslőskálák ([48, 49, 82, 145] alapján saját szerkesztés)

2.4 Algoritmusok

1. **Ábra:** A bizonyítékokon alapuló szakpszichológiai munka folyamata

2. **Ábra:** A depresszió klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)

3. **Ábra:** A bipoláris zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE guideline alapján)

4. **Ábra:** A személyiségzavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)

5. **Ábra:** A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálata (NICE alapján)

6. **Ábra:** A traumával vagy stresszorral összefüggő zavarok pszichodiagnosztikai folyamata (NICE alapján)

7. **Ábra:** A demencia szakpszichológiai ellátásának (prevenció, diagnosztika, terápia) folyamata (*saját szerkesztés*)

8. **Ábra:** A demencia szakpszichológiai vizsgálatának folyamata (*saját szerkesztés*)

- 9. Ábra:** A krízishelyzetben, vagy akut szuicid veszélyben lévő betegek/páciensek/kliensek felismerésének modellje ([83] alapján)
- 10. Ábra:** A neuropszichológiai ellátás általános menetének összefoglaló ábrája
- 11. Ábra:** Az alkalmazott egészségpszichológus feladatai [128, 130, 135, 141] alapján
- 12. Ábra:** A szakpszichológiai szakképződés útjai (22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján)

1.5. Egyéb dokumentum

Nincs.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg.

Az ellátás egyedi indikátorai

Egyedi szinten a beteg állapotának javulását különböző pszichológiai (objektív, a vizsgáló által kitöltött) becsülésskálákon, vagy a beteg által megválaszolt, szubjektív, önkitöltő kérdőíveken lehet rögzíteni.

A mindennapi klinikai gyakorlatban ezen módszerek (részben az időhiány miatt) nem alkalmasak az ellátás színvonalának objektiválására, azért sem, mert a beteg saját állapotának szubjektív értékelése (pl. állapota romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legautentikusabb vélemény.

- Betegelégedettség
- Szubjektív értékelő-skálák

Az ellátás statisztikai indikátorai

- A (szak)ellátásba kerülő betegek pszichoszociális állapotának felmérése és nyomonkövetése validált eszköz segítségével: rizikószűrés (kíváncsi: 100%).
- A nagy rizikóval rendelkező kiszűrt betegek szakpszichológiai ellátásba kerülésének aránya (kíváncsi: 100%).
- Dokumentált szakpszichológiai eljárások (tesztvizsgálat, terápia, vizsgálat, konzultáció stb.).
- Pszichopatológiai diagnózisok (dgn, db).
- Pszichoszociális és pszichoterápiás intervenciók száma:
 - terápiás ülések száma,
 - gondozott/ellátott betegek száma.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Tervezett felülvizsgálat az egészségügyi szakmai irányelv érvényességének lejártakor esedékes.

Soron kívüli felülvizsgálat az egészségügyi szakmai irányelv érvényességén belül bármikor, ha a szakmai irodalomban, vagy az ellátói környezetben olyan mértékű változás következne be, amely indokolná azt, hogy a felülvizsgálatra a tervezett felülvizsgálat időpontjánál korábban kerüljön sor.

A felülvizsgálat megkezdésének szükségességére az egészségügyi szakmai irányelvet benyújtó tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját, illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

A fejlesztő csoport vezetői folyamatosan követik az egészségügyi szakmai irányelv alapjául szolgáló külföldi és hazai szakmai irányelveket és releváns szakirodalmi forrásokat.

IX. IRODALOM

[1] New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of Early Colorectal Cancer. Appendix 1: Guideline development Evidence and recommendation grading system. 2011;102.

[2] Európai Gazdasági és Szociális Bizottság vélemény – Tárgy: „Zöld könyv – A népesség mentális egészségének javításáról, az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából”. 2006/C 195/11. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006AE0739&from=NL>

[3] Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatric services*, 65(8), 977-987. DOI: 10.1176/appi.ps.201300059

- [4] Németh A, Füredi J, Lazáry J, Somlai Zs. A pszichiátriai magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Kiadó; 2020.
- [5] Czeiter E. Súlyos koponya-agysérülés kóreredetének és kimenetelének klinikai és kísérletes vizsgálata PhD értekezés. PTE-ÁOK Idegsebészeti Klinika 2010.
- [6] Guze, S. B., Matarazzo, J. D., & Saslow, G. (1953). A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 127–136. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(195304\)9:2<127::AID-JCLP2270090208>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(195304)9:2<127::AID-JCLP2270090208>3.0.CO;2-F)
- [7] KSH 2019 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek007.html
- [8] KSH 2019 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek005.html
- [9] Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E., & Faye, F. (1979). Health psychology: a handbook: theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system. Jossey-Bass Incorporated Pub.
- [10] Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1–14.
- [11] Gresz M, Nagy J, Freyler P. (2012). A dohányzás egészségügyi hatásainak költségei az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szemével. *Orv Hetil* 2012;153(9):344-350.
- [12] Schmidt LA. Recent Developments in Alcohol Services Research on Access to Care. *Alcohol Res* 2016;38(1):27-33.
- [13] Agenagnew L, Kassaw C. The Lifetime Prevalence and Factors Associated with Relapse Among Mentally Ill Patients at Jimma University Medical Center, Ethiopia: Cross Sectional Study. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 2020;7:211–220.
- [14] Paksi B, Rózsa S, Kun B, Arnold P, Demetrovics, Z. A magyar népesség addiktológiai problémái : az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2009;10(4):273-300.
- [15] Elekes Zs, Arnold P, Bencsik D. Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában - A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei. Budapesti Corvinus Egyetem MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport; 2020. <http://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>. Accessed September 22, 2021.
- [16] Kun B, Balázs H, Arnold P, Paksi B, Demetrovics Z. Gambling in Western and Eastern Europe: the example of Hungary. *J Gambl Stud* 2012;28(1):27-46.
- [17] Maráz A, Eisinger A, Hende B, Urbán R, Paksi B, Kun B, Kökönyei G, Griffiths MD, Demetrovics Z. Measuring compulsive buying behaviour: psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Res* 2015;225(3):326-334.
- [18] Csák R, Magyar É, Márványkövi F, Szécsi J, Rácz J. (2020). Vidéki szegregátumokban élőkpszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége. *Esély* 2020;31(1):50-72.
- [19] Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?. *Eval Health Prof* 2011;34(1):3-56.
- [20] Kótyuk E, Magi A, Eisinger A, Király O, Vereczkei A, Barta C, Griffiths MD, Székely A, Kökönyei G, Farkas J, Kun B, Badgaiyan RD, Urbán R, Blum K, Demetrovics Z. Co-occurrences of substance use and other potentially addictive behaviors: Epidemiological results from the Psychological and Genetic Factors of the Addictive Behaviors (PGA) Study. *J Behav Addict* 2020;(2):272-288.

- [21] National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety disorders Quality standard; 2014 www.nice.org.uk/guidance/qs53 Accessed October 28, 2021.
- [22] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bipolar disorder in adults - Quality standard; 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs95. Accessed September 20, 2021.
- [23] McQuaid JR, Lin EH, Barber JP, et al; American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Washington DC: American Psychological Association; 2019.
- [24] Courtois, CA., Sonis, J., Brown, LS. et al; American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Washington DC: American Psychological Association; 2017.
- [25] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management - Clinical guideline; 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg90. Accessed September 18, 2021.
- [26] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management - Clinical guideline; 2011. www.nice.org.uk/guidance/cg113. Accessed September 18, 2021.
- [27] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment - Clinical guideline; 2005. www.nice.org.uk/guidance/cg31. Accessed September 22, 2021.
- [28] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Personality disorders: borderline and antisocial - Quality standard; 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs88. Accessed September 21, 2021.
- [29] Koran LM, Hanna GL, Hollander E, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. Washington DC: American Psychological Association; 2007.
- [30] Hirschfeld R, Bowden C, Gitlin M, et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition. Washington DC: American Psychological Association; 2010.
- [31] Oldham J, Gabbard G, Gain M; et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association; 2010.
- [32] Stein M, Goin M, Pollack M, et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association; 2010.
- [33] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder - NICE guideline; 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng116. Accessed September 21, 2021.
- [34] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment - Clinical guideline; 2013. www.nice.org.uk/guidance/cg159. Accessed September 19, 2021.
- [35] Baker, G.A., Kemp, S., Bunnage, M., Dorris, L., Moore, P. Wright, I. Guidance on the recording of neuropsychological testing in medicolegal settings. Division of Neuropsychology, The British Psychological Society; 2021. <https://www.bps.org.uk> Accessed October 28, 2021.
- [36] Bunnage M, Evans J., Wright i., Thomas S., Vargha-Khadem F., Poz R., Wilson C., Moore P. Guidelines to colleagues on the use of Tele-neuropsychology. Professional Standards Unit Division of Neuropsychology, British Psychological Society; 2020. <https://www.bps.org.uk> Accessed October 28, 2021.
- [37] Schroeder, R.W., Martin, Ph.K., Walling, A. A Dementia Strategy for Canada: Together We Aspire. Health Agency of Canada Neuropsychological Evaluations in Adults; 2019. <https://www.aafp.org/> Accessed October 28, 2021.

- [38] World Health Organization (WHO). Risk reduction of cognitive decline and dementia; 2019. <https://www.who.int/> Accessed October 28, 2021.
- [39] American Board of Clinical Psychology Candidate Manual; 2018. <https://www.abpp.org/> Accessed October 28, 2021.
- [40] National Institute for Clinical Excellence (NICE). Drug misuse prevention: targeted interventions; 2017. <https://www.nice.org.uk/> Accessed October 28, 2021.
- [41] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. Egészségügyi Közlöny 2021;71(12):970-1301
- [42] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és fiatalkorúak kóros szerhasználatához és viselkedési addikcióihoz. Egészségügyi Közlöny, LXIX. évfolyam, 10. szám., pp. 1051-1114
- [43] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről (1. módosított változat). Egészségügyi Közlöny, LX. évfolyam, 7. szám, pp. 1424-1457.
- [44] Andreasen N, Black D. Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina Kiadó; 1997.
- [45] Csigó K. (2018): A Rorschach-teszt klinikai alkalmazása. Budapest: Medicina Kiadó; 2018.
- [46] World Health Organization (WHO). BNO-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.); 2019. <https://icd.who.int/>. Accessed September 16, 2021.
- [47] American Psychiatric Association (APA). DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. Budapest: Oriold és Társai; 2016.
- [48] Horváth Zs, Urbán R, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs. Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2021
- [49] Perczel-Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, Kiss Zs, Komlósi S. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2018.
- [50] Rihmer Z, Angst J. Mood disorders - Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition. Baltimore: Lipincott Williams and Wilkins; 2009.
- [51] Merikangas K.R., Rihmer Z. 2017. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. (eds.) Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. Wolters Kluwer. 1614-1619.
- [52] Belső, N., Purebl, G., & Bánki, M. C. (2021). Szorongásos zavarok. In A pszichiátria magyar kézikönyve (pp. 281–292).
- [53] Olaya, B., Moneta, M., Miret, M. (2018): et al.: Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: results from a population based study. Journal of Anxiety Disorder 241, 1.
- [54] Ruscio, A., Chiu, W., Roy-Birne, P. (2007): Broadening the definition of generalized anxiety disorder: Effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Journal of Anxiety Disorder 5, 21.
- [55] Asher, M., Asnaani, A., Aderka, I (2017): Gender differences in social anxiety disorder: a review. Clinical Psychology Review. 56.
- [56] Tyrer, P, Reed, G., Crawford, M. (2010): Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet, 385.

- [57] Fullana, M., Vilagut, G., Rojas-Farrerea, S. (2010) et. al.: Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six european countries. *Journal of Affective Disorder* 124.
- [58] Kilpatrick, D., Resnick, H., Milanak, M. et. al. (2013): National Estimate of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct; 26(5): 537–547.
- [59] Ditlevsen, D., Elklit, A., (2012): Gender, Trauma-type and PTSD Prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry* 26, 11.
- [60] Tariska Péter: A demenciában előforduló pszichopatológiai tünetek befolyásolási lehetőségei. Interprofesszionális demencia alaprogram 2020
- [61] A Dementia Strategy for Canada , Public Health Agency of Canada,2019. <https://www.canada.ca/en/Public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy.html>
- [62] Pataky I., dr. Baran B.: Pszichológus az idős betegek ellátásában (2020) In: Székács B. (szerk.) Geriátria – az időskor gyógyászata. 20. fejezet (e-könyv)
- [63] Sadowsky C.H., Galvin E.J. Guidelines for Management of Cognitive and Behavioral Problems in Dementia *The Journal of the American Board of Family Medicine* May 2012,25 (3) 350-366;
- [64] Drótos G., Paláski M., Papp E, Kálmán J. Pseudo-e a demencia?: Az Adas-Cog validálása Magyarországon: *Psychiatria Hungarica*, 2012
- [65] Lucza T.,Karádi K., Komoly S.,Janszky J., Kállai J., Makkos A.,Kovács M., Weintraut R., Deli G., Aschermann Zs., Kovács N., Neurokognitív zavarok diagnosztizálási és kezelési lehetőségei Parkinson - kórban *Orvosi Hetilap* 2015. 156 évf., 23 szám. 915-926.
- [66] Bruno D.,Schurmann Vignaga S. Addenbrooke’s cognitive examination III in the diagnosis of dementia: acritical review *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:441-447
- [67] Mainland B.J., Amodeo S., Shulman K.I. Multiple clock drawing scoring systems simpler is better *Geriatr Psychiatry* 2014 Feb.;29(2):127-36.
- [68] Volosin M., Janacek K., Németh D. A Montreal Kognitív felmérés (MoCa) magyar nyelvű adaptálása egészséges, enyhe kognitív zavarban, és demenciában szenvedő idős személyek körében *Psychiatria Hungarica* 2013, 28 (4): 370-392
- [69] WA .Kukull, E. Larson, L. Teri, J. Bowen, W. McCormick, ML. Pfanschmidt. The Mini Mental State Examination Score and the Cinical Diagnosis of Dementia, *Journal of Clinical Epidemiology* 47 (9) 1061-1067
- [70] Godefroy o, Fickl A, Roussel M, Auriabault C, Bugnicourt JM,Lamy C. et al. Is The Montreal Cognitive Assessmant superior to the Mini Menthal State Examination to detect post stroke cognitive impairment,A study with neuropsychological evaluation
- [71] Kaled Sallam, AMR. Mostafa The use of the Mini Mental State examination and the Clock.Drawing Test for Dementia in a Tertiary Hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JDCR* 7 (3) 484,2013
- [72] Jain F. A, Nazarian N., Lavretsky H. Feasibility of central meditation and imaginery therapy for dementia caregivers. *International Journal of geriatric psychiatry* 29 (8) 870-876, 2014.
- [73] Mindful caring: using mindfulness basined cognitive therapy with caregivers of cancer survivors Wood J,Gonzalez, SM Barden *Journal of psychosocial* 2015 Taylor & Francis 2015.

- [74] Linda L. Buettner, Suzanne Fitzsimmons Beth Barba Animal -assisted therapy for clients with dementia Journal of Gerontological Nursing, online published march 29. 2011 [https:// doi org/ 10.3928//00989134-20110329-05](https://doi.org/10.3928//00989134-20110329-05)
- [75] Wasserman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27:129-41.
- [76] Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, et al. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Psychiat Hung 2017;32:4-44
- [77] Hajduska-Dér N. in: Kapitány-Fövény, M., Koncz, Zs., Varga. S. K. (szerk.) (2019): Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest.
- [78] Farberow, N. L., & Shneidman, E. S. (Eds.). (1961). The cry for help. McGraw-Hill.
- [79] Perczel-Forintos D. A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 319-333.
- [80] Perczel-Forintos D. Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 280-297.
- [81] Perczel-Forintos D, Rózsa S, Kopp M. A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. Psychiat Hung 2007;22:379-389.
- [82] Gonda X, Rózsa S. Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p. 159-172.
- [83] Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., & Árkovits, A. (2009). Mindennapi kríziseink. (J. Csürke, V. Vörös, P. Osváth, & A. Árkovits, Eds.) (Vol. 2850684). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- [84] Csákvári Judit–Mészáros Andrea Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, 2012 Budapest
- [85] Király G. Vecsei T. Arató D. - Lugosiné Pál I. 2014 A nevelési tanácsadás szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll. Educatio, Budapest
- [86] S Nagy Z, Verseghi A. Pszichológiai és neuropszichológiai vizsgálat sajátosságai a rehabilitációban. In: Vekerdý-Nagy Zs, Cserháti P, Polgár A, Zsebe A. Rehabilitációs és fizikális medicina gyakorlat. Budapest: Medicina Kiadó; (megj.alatt).
- [87] Kuritárné I, Molnár J, Nagy A. Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia. Budapest: Oriold és Társai; 2018.
- [88] Harsányi A, Csigó K, Demeter Gy. Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia. Budapest: Oriold és Társai; 2015.
- [89] Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai; 2018.
- [90] Szőnyi G. A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina Kiadó; 2015.
- [91] Bagdy E. Quo Vadis magyar klinikai pszichológia?. Alkalmazott Pszichológia 2010;12(3-4):109-124.
- [92] Barlow DH. The Oxford Handbook of Clinical Psychology: updated edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- [93] Kapitány-Fövény M, Koncz Zs, Varga SK. Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2019.

- [94] Baker GA, Kemp S, Bunnage M, Dorris L, Moore P, Wright I; Division of Neuropsychology. Guidance on the recording of neuropsychological testing in medicolegal settings. London: The British Psychological Society; 2021.
- [95] Public Health Agency of Canada. A Dementia Strategy for Canada: Together We Aspire; 2019. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy.html>. Accessed September 21, 2021.
- [96] Schroeder RW, Martin PhK, Walling A. Neuropsychological Evaluations in Adults. Am Fam Physician 2019;99(2):101-108.
- [97] World Health Organization (WHO). Risk reduction of cognitive decline and dementia - WHO guidelines; 2019.
- [98] S Nagy Z, Verseghi A. Pszichológiai és neuropszichológiai vizsgálat sajátosságai a rehabilitációban. In: Vekerdy-Nagy Zs, Cserhádi P, Polgár A, Zsebe A. Rehabilitációs és fizikális medicina gyakorlat. Budapest: Medicina Kiadó; (megj.alatt).
- [99] Verseghi A, Pollák I. Agysérült személyek rehabilitációjának neuropszichológiai megközelítése. In: Vekerdy Zs. Rehabilitációs orvoslás. Budapest: Medicina Kiadó; 2010. p. 255-260.
- [100] Verseghi A. Kvalitatív megközelítések a neuropszichológiában. In: Kállai J, Karádi K, Bende I, Racsomány M. Bevezetés a neuropszichológiába. Budapest: Medicina Kiadó; 2008. p. 19-40.
- [101] Verseghi A (2008b): A neuropszichológiai vizsgálat interperszonális kontextusa. In: Kállai J, Karádi K, Bende I, Racsomány M. Bevezetés a neuropszichológiába. Budapest: Medicina Kiadó; 2008. p. 493-521.
- [102] Pataky I. Terápia és rehabilitáció a neuropszichológia területén. In: Kállai J, Bende I, Karádi K, Racsomány M. Bevezetés a neuropszichológiába. Budapest: Medicina Kiadó; 2008. p. 523-546.
- [103] Verseghi A, Pollák I. Agysérült személyek rehabilitációjának neuropszichológiai aspektusai. In: Vekerdy Zs. Rehabilitációs orvoslás. Budapest: Medicina Kiadó; 2010. p. 454-459.
- [104] Verseghi A, S Nagy Z. A neuropszichológiai terápia folyamatának főbb jellegzetességei a rehabilitációban. In: Vekerdy-Nagy Zs, Cserhádi P, Polgár A, Zsebe A. Rehabilitációs és fizikális medicina gyakorlat. Budapest: Medicina Kiadó; (megj.alatt).
- [105] S Nagy Z, Kecskés B, Wagner A. A gyász (h)arcai. A veszteség feldolgozásával járó érzelmi folyamatok hatása a rehabilitációra. Rehabilitáció 2016;26(2). 94-98.
- [106] Pataky I. Élet a stroke után - A neuropszichológiai deficitkezeléséről. In: Krasznár F, Feketéné Gacsó M. Tanulmányok az afázia témaköréből. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó; 2005. p. 118-137.
- [107] Kállai, J., Bende, I., Karádi, K., & Racsomány, M. (2008). Bevezetés a neuropszichológiába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- [108] Kónya, A., Verseghi, A. & Rey, T. (2000). A Rey-tesztek hazai tapasztalatai. Magyar Pszichológiai Szemle, 2000, LV.4. 545-557. <http://real.mtak.hu/61225/1/mpszle.55.2000.4.12.pdf>
- [109] Lurija, A.R.: Válogatott tanulmányok Gondolat, Budapest, 1975
- [110] Mathuranath, P. S, Nestor, P. J, Berrios G. E., Rakowitz, W., & Hodges Jr. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Neurology, 55(11), 1613-1620.
- [111] Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 21(11), 1078-1085.

- [112] Folstein M, Folsten S, McHugh P (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 12:189–198
- [113] Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- [114] Rosen, W. G., Mohs, R. C., & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*.
- [115] Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale (4th ed.)*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- [116] Corsi P. M. (1972). Human memory and the medial temporal region of the brain. *Dissertation Abstract International*. 34, 891B
- [117] Wechsler D. (1955) *Manual for the Wechsler adult intelligence scale*. The Psychological Corporation. New York, 111–114.
- [118] Kónya, A., Racsmány, M., Czigler, B., Takó, E., & Tariska, P. (2001). A Rivermead Viselkedés emlékezetes teszt (RVMT) bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55(4), 435-450.
- [119] Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935;18(6):643.
- [120] Brodaty H, Moore CM. The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(6):619-627.
- [121] Grant DA, Berg E. A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. *J Exp Psychol* 1948;38:404-411.
- [122] Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition: Technical and interpretive manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- [123] Verseghi A, Urbanics I. Az együttműködés lehetőségei és szempontjai – általában a rehabilitációban és különös tekintettel az agysérült személyekre vonatkoztatva. *Rehabilitáció* 2016;26:71-82.
- [124] Agrawal N, Faruqui R, Bodani M. *Oxford Textbook of Neuropsychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- [125] Halligan PW, David AS. Cognitive neuropsychiatry: towards a scientific psychopathology. *Nat Rev Neurosci* 2001;2(3):209-215.
- [126] Schroeder RW, Martin PhK, Walling A. Neuropsychological Evaluations in Adults. *Am Fam Physician* 2019;99(2):101-108.
- [127] Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, West R. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- [128] Bárdos Gy. *Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Budapest: Scolar Kiadó; 2003.
- [129] Berghammer R, Kopp M. *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina Kiadó; 2009.
- [130] Csabai M, Molnár P. *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Kiadó; 2009.
- [131] Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2:576-582.

- [132] Cummings NA, O'Donohue W, Hayes SC, Follette V. Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical surgical practice. San Diego, CA: Academic Press; 2001.
- [133] Demetrovics Zs. Urbán R, Rigó A, Oláh A. Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazásai I-II. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 2012.
- [134] Hatala AR. The Status of the "Biopsychosocial" Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions. *Open J Med Psychol* 2012;1:51-62.
- [135] Hong BA, Robiner WN, Dixon KE, Miner JL. Psychologists' Medical Staff Membership in Academic Healthcare: Past, Present, and Future Challenges. *Prof Psychol Res Pr* 2012;43(1):50-57.
- [136] Kállai J, Oláh A, Varga J. Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2007.
- [137] Kerns RD, Berry S, Frantsve LM, Linton JC. Life-Long Competency Development in Clinical Health Psychology In the public domain. *Train Educ Prof Psychol* 2009;3(4):212-217.
- [138] Marks DF. Health Psychology in Context. *J Health Psychol* 0996;1(1):7-21.
- [139] Murray M. Social history of health psychology: context and textbooks. *Health Psychol Rev* 2012;8(2):215-237.
- [140] Murray M. Health Psychology in Context. *The European Health Psychologist* 2010;12:39-42.
- [141] Puente AE. Psychology as a health care profession. *Am Psychol* 2011;66(8):781-792.
- [142] Rigó A, Zsigmond O. A szomatikus betegség, mint trauma In: Kiss E. Sz. Makó H. Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. Pécs: Pro Pannónia Kiadó; 2016.
- [143] Suls JM, Davidson KW, Kaplan RM. Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine. New York: Guilford Press; 2010.
- [144] Urbán R. Az egészségpszichológia alapjai. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 2017.
- [145] Bácskai E, Gerevich J. Korszerű addiktológiai mérőmódszerek. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2012
- [146] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk I, Sawyer A, Fand A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012;36(5):427-440.
- [147] Naseri E. Efficacy of dual focus schema therapy in the treatment of people with substance use disorders comorbid with personality disorders. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 2021;11(41):43-65.
- [148] Stotts AL, Northrup TF. The Promise of Third-Wave Behavioral Therapies in the Treatment of Substance Use Disorders. *Curr Opin Psychol* 2015;2:75-81.
- [149] Marich J, Dansiger S. Healing Addiction with EMDR Therapy - A Trauma-Focused Guide. New York: Springer Publishing; 2021.
- [150] Kourgiantakis T, Ashcroft R, Mohamud F, Fearing G. Family-Focused Practices in Addictions: A Scoping Review. *J Soc Work Pract Addict* 2021;21(1)18-53.
- [151] Le Coco G, Melchiori F, Oieni V, Infurna MR, Strauss B, Schwartze D, Rosendahl J, Gullo S. Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Subst Abuse Treat* 2019;99:104-116.
- [152] Kiss A, Farkas J, Kapitány-Fövény M. Addiktológiai zavarok pszichoterápiája. Budapest: Medicina Kiadó; 2021.

- [153] Farkas Judit, Kapitány-Fövény Máté (2021). Az online térben folytatott terápiás kapcsolat sajátosságai. *Alkalmazott Pszichológia, megjelenés alatt*
- [154] Kapitány-Fövény Máté (2021). Internet és okostelefon alapú alkalmazások - eHealth az addiktológiában. In Kiss Anna, Farkas Judit, Kapitány-Fövény Máté (szerk). *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Medicina Kiadó, Budapest.
- [155] Levounis P, Aranout B, Marienfeld C. *Motivációs Interjú a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018.
- [156] Demetrovics Z. *A droghasználat funkciói*. Budapest: Akadémia Kiadó; 2007.
- [157] Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
- [158] Gerevich J, Bácskai E, Rózsa S. A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatr Hung* 2006;21(1):45-56.
- [159] Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. *DUDIT - The Drug Use Disorders Identification Test. MANUAL*. Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience; 2003. <https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/duditmanual.pdf>. Accessed September 20, 2021.
- [160] Matuszka B, Bácska E, Berman A, Czobor P, Sinadinovic K, Gerevich J. Psychometric characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) among young drug users in Hungary. *Int J Behav Med* 2014;21(3):547-555.
- [161] Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-242.
- [162] Gyepesi A, Urbán R, Farkas J, Kraus L, Piontek D, Paksi B, Horváth G, Magi A, Eisinger A, Pilling J, Kökönyei G, Kun B, Demetrovics Z. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian samples of adolescents and young adults. *Eur Addict Res* 2014;20(3):119-128.
- [163] Baillie AJ. *Manual for the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ)*. Darlinghurst: University of New South Wales; 2001.
- [164] Gerevich J, Bácskai E, Matuszka B, Czobor P. Benzodiazepin Dependencia Kérdőív (Benzodiazepine Dependence Questionnaire). In: Gerevich J, Bácskai E. *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek*. Budapest: Semmelweis; 2012. p. 183-190.
- [165] Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-1127.
- [166] Kótyuk E, Kovács-Nagy R, Faludi G, Urbán R, Rónai Z, Sasvári-Székely M, Székely A. A Nikotin dependencia és a dopamin D4-es receptor -521 CT Promoter polimorfizmusának asszociációja major depressziós betegcsoportban. *Neuropsychopharmacol Hung* 2009;11(2):59-67.
- [167] Ferris J, Wynne HJ. *The Canadian problem gambling index: Final report*. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse; 2001. <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-008805-2001.pdf>. Accessed 2021. September 21, 2021.
- [168] Gyollai A, Urbán R, Kun B, Kökönyei G, Eisinger A, Magi A, Demetrovics Z. A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatr Hung* 2013;28(2):274-280.
- [169] Demetrovics Z, Urbán R, Nagygyörgy K, Farkas J, Griffiths MD, Pápay O, Kökönyei G, Felvinczi K, Oláh A. (2012). The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS ONE* 2012;7(5):Article e36417.

- [170] Demetrovics Z, Király O, Koronczai B, Griffiths MD, Nagygyörgy K, Elekes Z, Tamás D, Kun B, Kökönyei G, Urbán R. Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire Short-Form (PIUQ-SF-6) in a nationally representative sample of adolescents. *PLoS ONE* 2016;11(8):Article e0159409.
- [171] Ridgway NM, Kukar-Kinney M, Monroe KB. An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research* 2008;35(4):622-639.
- [172] Maráz A, Eisinger A, Hende B, Urbán R, Paksi B, Kun B, Kökönyei G, Griffiths MD, Demetrovics Z. Measuring compulsive buying behaviour: psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Res* 2015;225(3):326-334.
- [173] Reid RC, Garos S, Carpenter BN. Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sex Addict Compulsivity* 2011;18(1):30–51.
- [174] Bóthe B, Kovács M, Tóth-Király I, Reid RC, Griffiths MD, Orosz G, Demetrovics Z. The psychometric properties of the Hypersexual Behavior Inventory using a large-scale nonclinical sample. *J Sex Res* 2019;56(2):180–190.
- [175] Terry A, Szabo A, Griffiths MD. The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addict Res Theory* 2004;12(5):489-499.
- [176] Demetrovics Z, Kurimay T. (2008). Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatr Hung*, 23(2):129-141.
- [177] Robinson BE. Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psychol Rep* 1996;79(3-2):1313-1314.
- [178] Paksi B, Pillók P, Magi A, Demetrovics Zs, Felvinczi K. Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacol Hung* 2021;22(4):184-207.
- [179] Roehling PV, Gaumond E. Reliability and validity of the Codependent Questionnaire. *Alcohol Treat Q* 1996;14(1):85-95.
- [180] Nagy A, Knapek É, Balázs K, Kuritárné Szabó I. A magyar nyelvű Kodependencia Kérdőív pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 2014;29(4):426-440.
- [181] Blazsek P, Wernigg R: Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai, Budapest, 2015.
- [182] Kárpáti T, Rihmer Z, Vandlik E, Blazsek P (Szerk.): Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriái gondozói gyakorlatban. ÁEEK, Budapest, 2019. <https://www.aEEK.hu/efop-2.2.0-16-2016-00008-letoltheto-anyagok>
- [183] Blazsek, P, Wernigg, R. Öngyilkos és agresszív viselkedés operacionálizált kockázatbecslése. *OTSZ. XXIV. évfolyam, 1. szám, 2017/1. 14-22.o.*
- [184] Blazsek, P. A pszichiátriái kockázatelemzés szempontjai a háziorvosi gyakorlatban - *Magyar Családorvosok Lapja, 2020/6. 32-35.o.*

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával.

Ezt követően a szakterületi irányelvfejlesztői munkacsoportok kialakítása történt meg, az egyes szakterületeknek megfelelően, majd az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése.

Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási javaslat, tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltakról, Irányelvfejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok és azok összefoglalója, csoportos összeférhetlenségi nyilatkozat, módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), tagozati elnökök nyilatkozatok az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

A fejlesztőcsoport vezetője a fejlesztőcsoport tagjaival szóban, telefonon és elektronikusan egyeztetett, az elkészített egészségügyi szakmai irányelv tervzetet elküldte nekik. A csoport tagjai korrekciós javaslatot tettek, melyek a szövegbe kerültek, majd konszenzus alapján elfogadták a tervzetet.

Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet összeállításának menete:

- Tájékozódás a hazai szakpszichológiai ellátás sajátosságairól, jelenleg alkalmazott lépésekről, dokumentált tevékenységekről a Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat valamint a vonatkozó társtagozatok bevonásával.
- Társszakmák egészségügyi szakmai irányelveinek tanulmányozása.
- Vonatkozó nemzetközi irányelvek (NICE, APA stb.) áttanulmányozása.
- A képzési, kimeneti követelmények, kompetenciák összegyűjtése, összehasonlítása a külföldi gyakorlattal.
- Irodalomkutatás: külföldi példák gyűjtése az szakpszichológiai ellátás folyamatáról.
- További kapcsolódó szakirodalom felkutatása.
- A egészségügyi szakmai irányelv struktúrájának kialakítása-szerkezeti vázlat kidolgozása a szakirodalmi adatok felhasználásával.
- Konzultációk a szakmai szervezetek képviselőivel, az elkészült anyag véleményezése, javaslatok és ajánlások megfogalmazása és kidolgozása.
- Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet részletes megfogalmazása, kiegészítése a megfogalmazott javaslatok figyelembevételével.
- Az elkészült egészségügyi szakmai irányelv szélesebb körű szakmai véleményezésre bocsátása.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban elsősorban az utóbbi 10 év (2010–2021) publikációit vizsgálta. Angol, illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a vonatkozó fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintjével és az irányelvkészítés során megjelenő szakmai konszenzussal a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető. A fejlesztőcsoport az angol nyelvű randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok mellett a magyar nyelvű hivatkozások esetén jogszabályokat, reprezentatív, validált módszertanon alapuló kutatások eredményeit, szakterületi konszenzusokat, szakkönyveket, szakfolyóiratokat, cikkeket is felhasználtak az irányelvhez.

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A felhasznált bizonyítékokat a fejlesztő csoport kritikus szemmel értékelte, kitérve az adott vizsgálat módszertanára, elemszámára, jellegére, tartalmára és klinikai relevanciájára.

A vonatkozó fejezetben bemutatott bizonyítékbesorolást módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és

klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaltuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrásra megjelölésre került.

Az ajánlásokat a *New Zealand Guidelines Group NZGG által javasolt besorolási rendszer alapján* a fejlesztőcsoport A, B, C, D kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Egészségügyi Szakmai Kolégium Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezővel kialakított konszenzusnak.

Az egészségügyi szakmai irányelv az ellátásban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatok összegyűjtött javaslatainak és véleményének összegzésén alapul. A javasolt módosításokat a fejlesztő csoport áttekintette, véleményezte, majd az elfogadott módosítások beépítette, az elutasított módosításokat átvezette. A beillesztésről, ill. módosításról szóló döntést a fejlesztők egyhangúan hozták meg.

A módszertani szempontoknak való megfelelést a fejlesztési folyamat leírásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

6. Független szakértői véleményezés módszere

A vonatkozó hazai szakmai szervezetek és grémiumok képviselői a fejlesztőcsapat tagjaiként társszerzőként, vagy véleményező szakértőként vettek részt, teljesítve és megteremtve így a széleskörű szakmai konszenzus kívánalmát is.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem áll rendelkezésre.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. **adatlap:** Alkalmazni javasolt vizsgálati eszközök.

Rövid kockázatbecslő kérdőív (ver. 1.1.2.)

A szuicid rizikó kivizsgálásához kapcsolódóan javasolt olyan felmérő eszközt (skálát) alkalmazni, mely segít sorra venni és jelzi a fokozott öngyilkossági kockázati tényezőket, ezáltal kihangsúlyozva a fokozott figyelem szükségességét. Ez, a betegek védelmén túl, a kezelő személyzet védelmét is biztosítja, mert bizonyítékot jelent arra nézve, hogy megtörtént a páciensek lehető legalaposabb kivizsgálása az öngyilkossági kockázat felmérése és minimalizálása érdekében, a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alapján. A skála néhány perc alatt kitölthető az anamnéziszfelvételhez kapcsolatosan, a betegdokumentáció részeként. A skála ismételt kitöltése nyomonkövetés, obszerváció, állapotváltozás esetén is javasolt lehet. A rövid kockázatbecslő skálát Blazsek Péter és Wernigg Róbert állította össze [181-184].

RÖVID KOCKÁZATBECSLŐ SKÁLA		Név:			Nem (f/n):			
		TAJ:			Születési idő:			
		Lakcím:						
AZ INFORMÁCIÓ FORRÁSA <i>(kérjük, jelölje)</i>		Páciens			Közvetlen hozzátartozó (szülő, házastárs, gyermek)			
Más (egyéb családtag)		Megelőző klinikai információ			Vizsgáló személy megelőző/jelenlegi ismerete a páciensről			
Rendőrség, mentő, egyéb szolgálatok		Egyéb (kérem, részletezze):						
ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT		IGEN	NEM	Nem ismert		IGEN	NEM	Nem ismert
Statikus (anamnesztikus) faktorok					Dinamikus (jelenlegi) rizikófaktorok			
Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)					Öngyilkossági gondolatok			
Korábbi önsértés					Öngyilkossági terv/szándék			
Szuicid előzmény a családban					Erős szorongás, agitáció			
Major pszichiátriai kórkép (szkizofrénia, pszichózis, súlyos depresszió, bipoláris zavar)					Reménytelenség/ Megküzdési mechanizmusok hiánya			
Súlyos testi betegség/fogyatékoság					Megterhelő életesemény a közelmúltban			
Különvált/Özvegy/Elvált					Önkontroll képességének csökkenése			
Munkahely elvesztése/Nyugdíjas					Jelenlegi kóros alkohol-/szerhasználat			
PROTEKTÍV (VÉDŐ) FAKTOROK (kérem, részletezze):								

1.3. Táblázatok

1. Táblázat – Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([4, 45, 48, 49] alapján saját összeállítás)

<p>Organikus és szimptomás mentális zavarok: F00-F09</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-R • ACE-III. • ADAS-cog • AKV • Benton teszt • DWNB • Geriátriai depresszió skála • Korai mentális teszt • MMSE • MoCA • Óra rajzoló teszt
<p>Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: F20-F29</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BPRS: Rövid Pszichiátriai Becslő Skála • DES: Disszociatív Élmények Skála • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • RO-CS: Ego Impairment Index, WSum6 mutató, Szkizofrénia Index, Perceptual Thinking Index • SANS: Negatív Tünetek Becslési Skála • SAPS: Pozitív Tünetek Becslési Skála • SCID-5-CV • SCID-PANSS
<p>Bipoláris és kapcsolódó zavarok: F30-F31.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BDI: Beck Depresszió Kérdőív • HCL-32: Hypomania-Checklist 32 • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • SCID-5-CV • YMRS: Young Mania Rating Scale
<p>Depresszív zavarok: F32-F39</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BDI: Beck Depresszió Kérdőív • C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale • HAM-D: Hamilton Depresszió Skála • MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale • MMPI, MMPI-2 • RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála • RO-CS: Depresszió Index, S-CON szuicidium index • Rorschach-teszt • RS: Reménytelenség Skála • SCID-5-CV • ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

<p>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BAI: Beck Szorongás Leltár • HAM-A: Hamilton Szorongás Skála • MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív • MMPI, MMPI-2 • Rorschach-teszt • SCID-5-CV • SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív • SHAI: Egészségszorongás Kérdőív • STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív
<p>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BIS: Barratt Impulzivitás Skála • DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív • FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála • MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív • PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív • RO-CS: Obszesszív Stílus Index • SCID-5CV • VOCI: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála • Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív
<p>Traumával és stresszrel összefüggő zavarok: F43-F43.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IES-R: Események Hatása Kérdőív • MMPI-2 • PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála • PSS: Észlelt Stressz Kérdőív • RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index
<p>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DES: Disszociatív Élmények Skála • DIS-Q: Disszociáció Kérdőív • MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív • RO-CS: Realitás-Fantázia Skála • SSD: Disszociatív Állapotok Skála
<p>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • FKK: Fájdalomkatasztrofizáló Kérdőív • TAS-20: Torontói Alexitímia skála
<p>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív • BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála • BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat • EDI: Evési Zavar Kérdőív • Rorschach-teszt • SCID-5-CV

<p>Személyiségzavarok: F60-F69</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BIS: Barratt Impulzivitás Skála • Buss-Perry Agresszió Kérdőív • CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív • DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála • DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív • EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív • MMPI, MMPI-2 • RO-CS: Kölcsönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függőség Skála, Egocentricitás Index • Rorschach-teszt • RSES: Rosenberg Önértékelés Skála • SCID-5-PD • SCID-5-AMPD • Szenzoros Élménykeresés Skála • Young-féle Séma Kérdőív
<p>Mentális retardáció: F70-F79</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MAWI • RAVEN • WAIS-IV
<p>Zavarok súlyosságát, funkcionálitást mérő skálák:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GAF: Global Assessment of Functioning Scale • SOFAS: Social and Functional Assessment Scale • WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0

2. Táblázat – A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)

APA guideline	NICE guideline
viselkedésterápia	viselkedésaktiváció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók
CBT, MBCT	CBT, MBCT
IPT	IPT
pszichodinamikus terápiák	rövid dinamikus terápia
szupportív terápia	

3. Táblázat – A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoszociális intervenciók	visszaesés megelőzésre irányuló pszichológiai intervenciók
pszichoedukáció	pszichoedukáció
CBT	CBT
családterápia	családtagok bevonásával zajló pszichológiai intervenciók
IPT	
pszichodinamikus terápia	

4. Táblázat – Szorongásos zavarok jellemző tünetei (saját szerkesztés)

Pánikzavar:	spontán jelentkező szorongásos rohamok
Agorafóbia:	rosszullét, félelem – zsúfolt terektől, tömegektől
Szociális szorongás zavar:	rosszullét – figyelemnek kitett szituációkban
Generalizált szorongás	hullámzó intenzitással, tartósan fennálló szorongás
Speciális fóbia:	konkrét tárgytól, szituációtól, állatoktól való félelem

5. Táblázat – A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
	alacsony intenzitású intervenciók
	magas intenzitású pszichoterápiák
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
	relaxáció

6. Táblázat – A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoanalitikus/pszichodinamikus terápia	krízisintervenció
	MBT
DBT	DBT
	TFP
	Sématerápia

7. Táblázat – A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	
családterápia	

8. Táblázat – A traumával vagy stresszorzal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
hosszú expozíciós terápia	hosszú expozíciós terápia
rövid eklektikus pszichoterápia	
EMDR	EMDR
narratív expozíciós terápia	narratív expozíciós terápia.

9. Táblázat – A krízishelyzetet és a szuicid veszélyeztetettséget jelző és befolyásoló tényezők összefoglaló táblázata ([83] alapján)

Krízishelyzetet és a szuicid veszélyeztetettséget jelző és befolyásoló tényezők				
A figyelmeztető jelek és az aktuális pszichés állapot felmérése			A rizikó és protektív tényezők felmérése	
Lélektani krízis jelei	Krízisállapot	akcidentális	Korábbi szuicid kísérlet	Rizikófaktorok
		pszichoszociális, fejlődési	Mentális zavarok (depressziós és bipoláris zavar)	
	Preszuicidális szindróma	dinamikus beszűkülés	Pszichiátriai kezelések	
		gátolt és befelé forduló agresszió	Személyiségzavar	
		öngyilkossági fantáziák	Szerfüggőség	
	Cry for help	‘psychache’ jelenség	Testi betegségek (krónikus)	
	“Negatív kód”		Szuicidium a családban (közeli modellszemély)	
Pszichopatológiai tünetek	Depresszív tünettan	Beck-féle kognitív triász (negatív koncepció a világról, önmagáról, a jövőről)	Támogatottság hiánya (emocionális, szociális)	Protektív faktorok
		reménytelenségérzés	Negatív életesemények	
		bűntudat, önvádolás	Pszichoszociális stresszortényezők	
	Szorongásos tünetek	Impulzivitás	Férfi nem	
		Agresszivitás	Idősebb kor	
		Agitált viselkedés	Jó szociális és családi háttér	
	Pszichotikus tünetek	Stabil kapcsolatrendszer		

	Terhesség
	Nagyobb gyermekszám
	Gyakorló vallásosság
	Jó egészségi állapot
	Női nem
	Fiatalabb életkor (45 év alatt)

Központi segélyhívószám (közvetlen veszélyeztető magatartás esetén) - 112
Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ): 116-123 (24 órás, díjtalan hívószám)
 Alapítvány az Öngyilkosság ellen: www.ongyilkossagmegelozes.hu
 Pszichiátriai Osztályok és Szakrendelő/gondozó ellátóhelyek (lakcím alapján, területi illetékesség szerint): <http://mentaliselsosegelynyujtas.antsz.hu/#/firstaid>

10. Táblázat – A leggyakrabban alkalmazott neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások – [48, 49, 82, 107-122] alapján saját szerkesztés

Leggyakrabban használt <u>felnőtt</u> neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások	
<i>A tesztek összetettek, több funkció együttes vizsgálatára is használhatók. A hibaanalízis segítségével derülhet fény arra, hogy aktuálisan milyen funkció érintettségét mutatja a vizsgáló eljárás.</i>	
Demencia szűrő vizsgálata	Észlelés, figyelem és frontális funkciók vizsgálata:
Addenbrook Kognitív Vizsgálat (Mathuranath és mtsai, 2000)	Bells teszt (Gauthier, Dehaut, Joannette, 1989)
Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat – átdolgozott (ACE-R; Mioshi, 2006)	Pieron (Toulouse, Pieron, Durchstrichtest, 1977)
Mini Mentál Teszt (Folstein és mtsai, 1975)	D2 teszt (Brickenkamp, Schmidt-Atzert, Liepmann, 2010)
MoCA - Montreal cognitive assessment (Nasreddine, 2005)	Trail-making Test (Reitan, 1958).
ADAS-cog (Rosen, Mohs, Davis, 1980)	Stroop (Stroop, 1935)
Intellektus és gondolkodás vizsgálata	BADS - Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (Wilson et al., 2003)
WAIS-IV, Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt (Wechsler, 2008)	Szófluencia (Estes, 1974)
Raven Progresszív Mátrixok (Raven, 1954)	Öt pont teszt (Regard, Strauss, Knapp 1982)
Rey nem verbális hasonlóságok absztrakciója (Rey, 1958.)	WCST Wisconsin Kártyszortírozás Teszt (Grant, Berg, 2000)
Emlékezet vizsgálata	Rey Pontszervező (Rey, 1958).
Corsi kockák (Corsi, 1972)	Térfogatpercepció (Rey, 1958).
Számterjedelem (Wechsler, 1955)	Vonalfelezés
Benton teszt - vizuális észlelés és memória (Benton, 1981, 2000)	Vonalszámolás (Verseghe, é.n.)
Rey auditív verbális tanulás (Rey, 1964)	Párhuzamos vonalak keresése (Vilkkó, 1984)
10 szó teszt (Verseghe é.n.)	Lurija vizsgáló eljárások (album) (Lurija, é.n.)
Rey emlékezeti profil (Rey, 1958).	Idiómák (Verseghe, 1990)

Azonosítási szintek (Verseghi, 2012)	Komplex Ábrák
Rivermead Viselkedései emlékezeti teszt (Wilson, Cockburn, Bladdeley, 1985)	Rey Komplex Ábra (Rey, 1942)
Hétfogás emlékezeti teszt (Verseghi, 1992)	Verseghi féle Téri Komplex Ábra (Verseghi, 1991)
Téri Elrendezés Tanulása (Verseghi,)	Gömb Komplex Ábra (Verseghi, S.Nagy, 2009)
Vizuális mintázat teszt (Della Salla, Gray, Baddeley and Wilson, 1997)	Nyelvi funkciók vizsgálata
Téri asszociáció képzés (TAK) feladat (Verseghi, 1995)	WAB - Western Afázia Teszt (Osmanné Sági, 1991)
Praxis vizsgálata	Boston megnevezés feladat (Goodglass és mtsai, 1976)
Lurija praxis próbák (Lurija, 1975)	De Renzi-féle Token beszédmegértési teszt (Osmanné Sági, 1983)
Kertész féle apraxia próba (Kertész, 1979)	
Leggyakrabban használt <u>gyermek</u> neuropszichológiai tesztek és vizsgáló eljárások	
Átfogó fejlődés szűrése és vizsgálata csecsemő és kisgyermekkorban:	Intellektuális képességszint vizsgálata
Bayley-III Csecsemő és Kisgyermek Skálák - Harmadik Kiadás (Bayley, 2017)	Komplex eljárások:
Nyelvi értés vizsgálata	WPPSI-IV Wechsler Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt (Wechsler, 2015)
TROG Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt (Bishop, 1983)	WISC-IV Wechsler Gyermek Intelligenciateszt - Negyedik kiadás (Wechsler, 2008)
Vizuomotoros koordináció és integráció	Nonverbális eljárások:
Bender Visual Motor Gestalt Test II (Bender, 2003)	Színes Raven Mátrixok (J. C. Raven, 1984),
Szenzoros és motoros működés felmérése	UNIT2 Általános Nonverbális Intelligenciateszt (Bracken, McCallum, 2016),
Dean-Woodcock Neuropszichológiai Tesztkészlet (Dean, Woodcock, 2016)	Leiter International Performance Scale (Roid, Miller, et al, 2013)
	SON-R 2-8 Non-Verbal Intelligence Test (Tellegen, Laros, 2018)

11. Táblázat – Az alkalmazott egészségpszichológiai szakellátás területei és folyamata ([130, 133, 144] alapján saját szerkesztés).

Ellátási területek:		
alapellátás és lakossági prevenció, konzervatív ellátás (járó- és fekvőbeteg), sebészeti és intenzív ellátás (járó- és fekvőbeteg), rehabilitáció Állami és magán ellátásban egyaránt		
	Indikáció	Módszer
PREVENCIÓ	Egészmagatartás fejlesztése Rizikóviselkedés azonosítása Rizikócsoporthoz meghatározása	<ul style="list-style-type: none"> - Edukáció (egyéni, csoportos, populáció szintű) - Kérdőíves felmérés - Ismeretterjesztés (verbális, írott, audio, video, internet) - Viselkedésváltozást

		elősegítő és pszichoedukációs módszerek egyéni, csoportos populációs szintű alkalmazása
SZŰRÉS	Egészség- és betegség reprezentációk, egészséghez való viszony Egészségértés Életminőség Társas támogatás Stresszorok azonosítása, stresszel való megküzdés Életesemények, veszteségek Rizikóészlelés	<ul style="list-style-type: none"> - Interjú - Kérdőív - Nonverbális tesztek
KIVIZSGÁLÁS	Szorongás, depresszió Testkép, énkép, önértékelés Kontroll-észlelés feltárása Megküzdési stratégiák vizsgálata Együttműködési készség, adherencia Betegség okozta funkcióromlás feltárása Érzelemszabályozási, konfliktuskezelési készségek Egészségi állapot okozta szerepváltozások Családi szerepek változásai Gyógyulási készség feltárása Munkaképesség, munkához való viszony feltárása Szexuális viselkedés Életminőség	<ul style="list-style-type: none"> - Interjú - Kérdőív - Nonverbális tesztek
KONZULTÁCIÓ, ESETVEZETÉS, TÁMOGATÁS	Betegségrepresentációk korrigálása Betegség elfogadásának elősegítése Diagnózissal kapcsolatos megértés és tájékozódás segítése Adherencia előmozdítása Erőforrások feltárása, a megküzdés támogatása Pozitív, egészséges énkép erősítése Kommunikáció támogatása Társas támogatás igénybevételének támogatása	<ul style="list-style-type: none"> - Segítő beszélgetés - Motivációs interjú - Szupportálás - Életmód-váltás támogatása - Tanácsadás - „Empowerment” – éhhatékonytágot fejlesztő edukáció - Csoportos módszerek: pl. stresszkezelés, konfliktuskezelés, rizikóviselkedések azonosítása) - Családdal, hozzátartozókkal való konzultáció - Szükség esetén továbbirányítás más szakember felé
REHABILITÁCIÓ	Reintegráció Egészséges énkép, testkép visszanyerése, fejlesztése Új életmód kialakítása Munka-magánélet-egészség egyensúlyának kialakítása Új életcélok meghatározása Új életstratégiák, megküzdési	<ul style="list-style-type: none"> - Konzultáció - Tanácsadás - Viselkedésmódosítási programok - Egyéni és csoportos tréningek

	stratégiák kialakítása Változás fenntartása Egészségmegőrzés	
UTÁNKÖVETÉS	Állapot-monitorozás Változások nyomon követése Életminőség nyomon követése Öngondoskodás fokának nyomon követése Pozittraumás növekedés követése	<ul style="list-style-type: none"> - Konzultációk - Sorstárs-csoportok, betegklubok - Tréningek
TÁMOGATÁS TANÁCSADÁS SZAKEMBEREK SZÁMÁRA	Stressz-csökkentés Kiegészítő-prevenció Konfliktuskezelés Kommunikáció támogatás	<ul style="list-style-type: none"> - Egyéni és csoportos konzultáció, tanácsadás - Tréning - Bálint-csoport

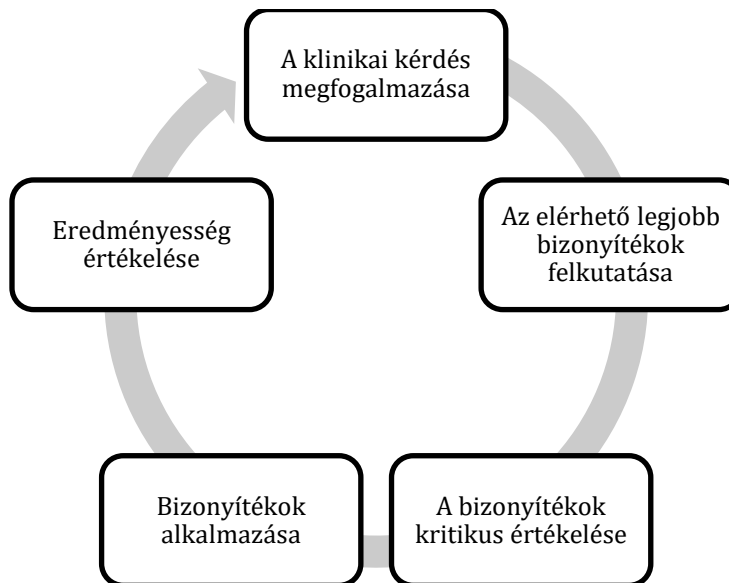
12. Táblázat – Az addikológiai szakpszichológiai ellátás során leggyakrabban alkalmazott szűrőtesztek és becslőskálák ([48, 49, 82, 145] alapján saját szerkesztés)

	Addikció típusa	Mérőeszköz neve	Itemek száma	Hivatkozás (eredeti és magyar adaptáció)
Szerhasználati zavarok	Alkoholhasználati zavar	AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test - Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje)	10	[157], [158]
	Droghasználati zavar	DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test - Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje)	11	[159], [160]
	Kannabiszhasználati zavar	CAST (Cannabis Abuse Screening Test – Kannabisz Abúzus Szűrőteszt)	6	[161], [162]
	Visszaélészszerű nyugtató-, altató-, szorongásoldó gyógyszerfogyasztás	BDEPQ (Benzodiazepine Dependence Questionnaire - Benzodiazepin Dependencia Kérdőív)	25	[163], [164]
	Dohányzás	FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence - Fagerström-féle Nikotín Dependencia Teszt)	7	[165], [166]
Viselkedésszerű addikciók	Problémás szerencsejáték	PGSI (Problem Gambling Severity Index - Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív)	9	[167], [168], [48]
	Problémás online videójáték	POGQ (Problematic Online Gaming Questionnaire - Problémás Online Játék Kérdőív)	18	[169]
	Problémás internethasználat	PIUQ (Problematic Internet)	6	[170]

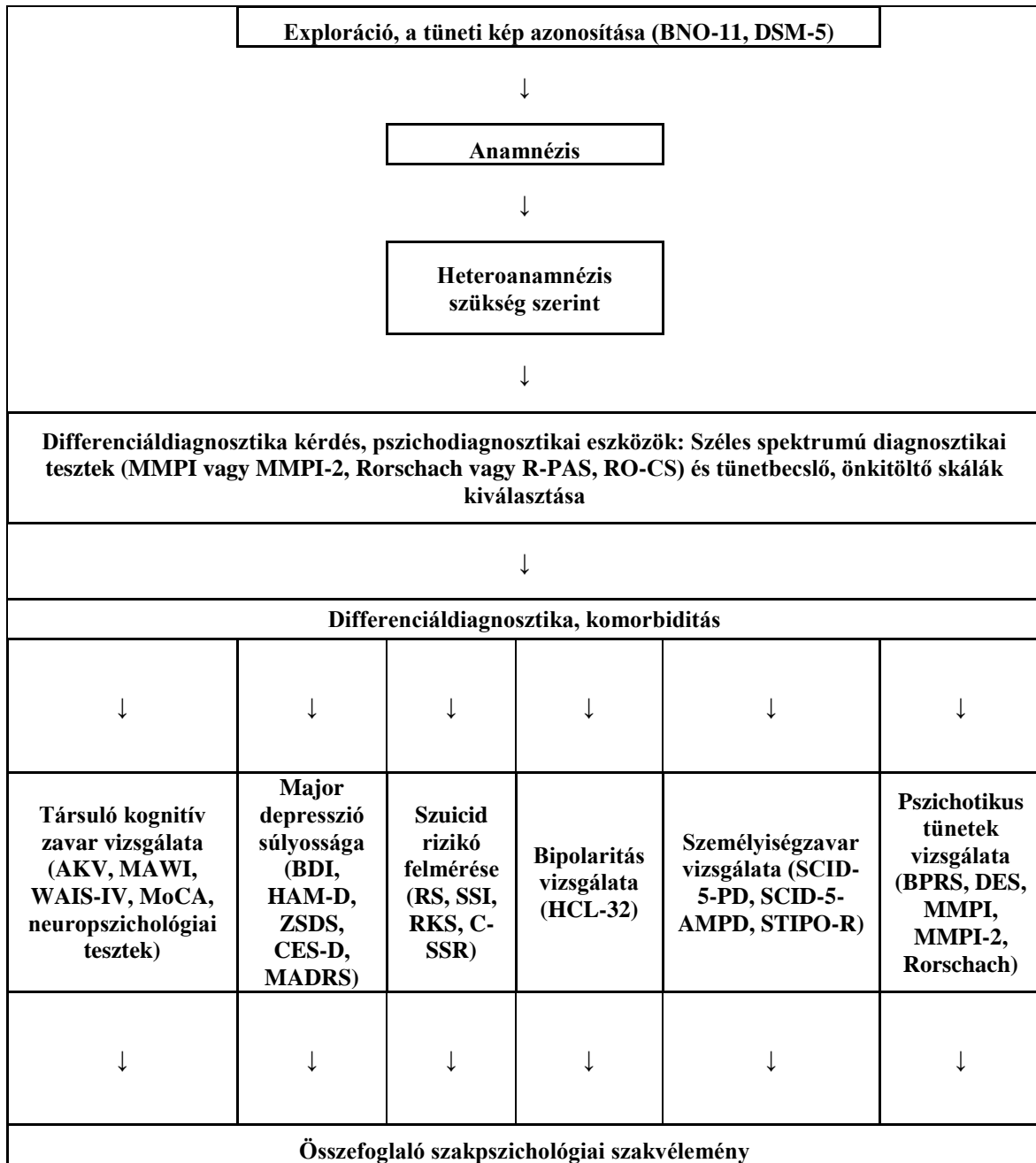
		Use Questionnaire)		
	Kényszeres vásárlás	RCBS (Richmond Compulsive Buying Scale – Richmond Kényszeres Vásárlás Kérdőív)	6	[171], [172]
	Hiperszexuális magatartás	HBI (Hypersexual Behavior Inventory – Hiperszexuális Magatartás Kérdőív)	19	[173], [174]
	Testedzésfüggőség	EAI (Exercise Addiction Inventory – Testedzés Addikció Kérdőív)	6	[175], [176]
	Munkafüggőség	WART (Work Addiction Risk Test - Munkafüggőség Rizikója Teszt)	16	[177], [178]
	Kodependencia	CQ (Codependent Questionnaire – Kodependencia Kérdőív)	25	[179], [180]

1.4. Algoritmusok

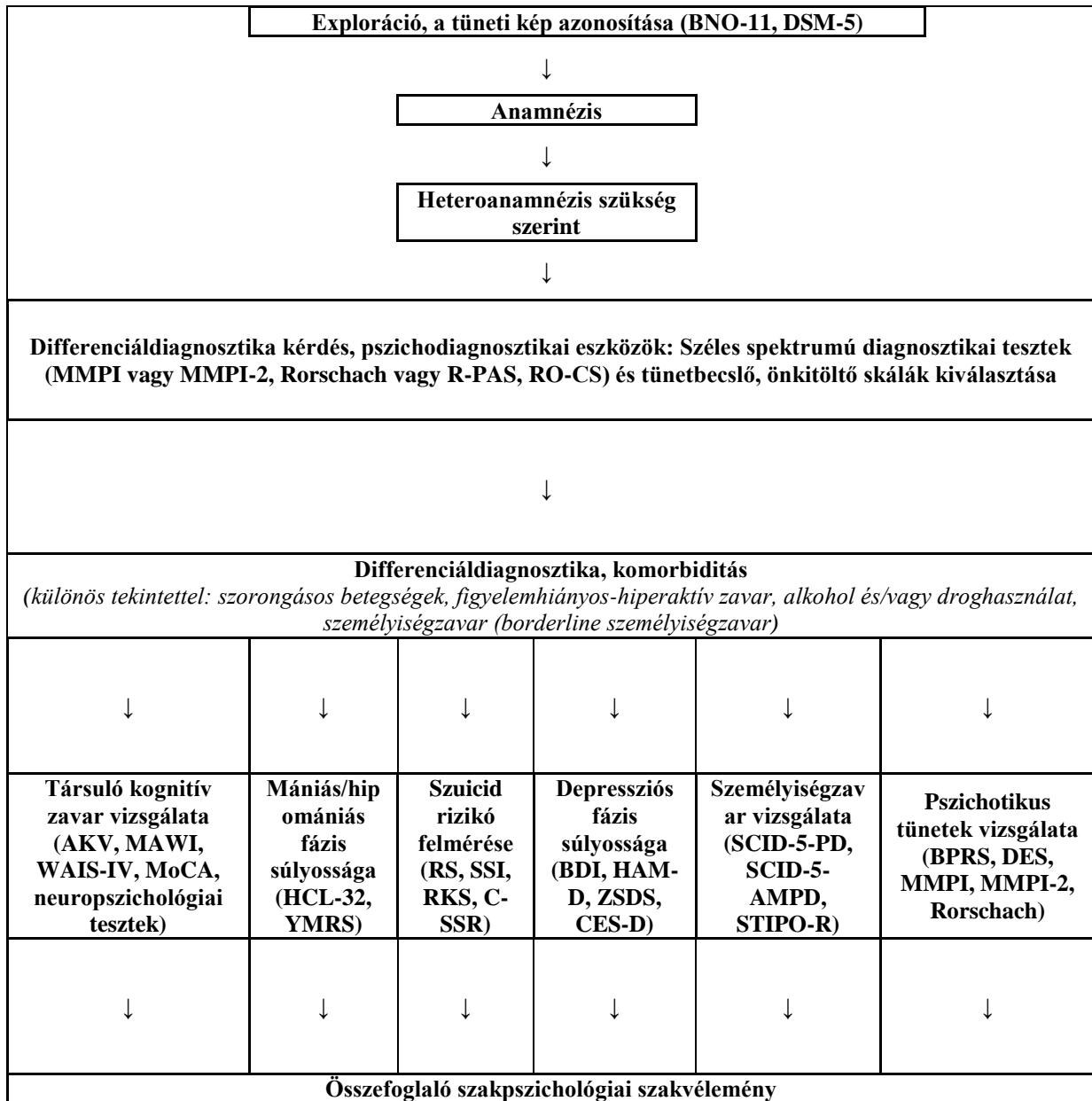
1. Ábra – A bizonyítékokon alapuló szakpszichológiai munka folyamata



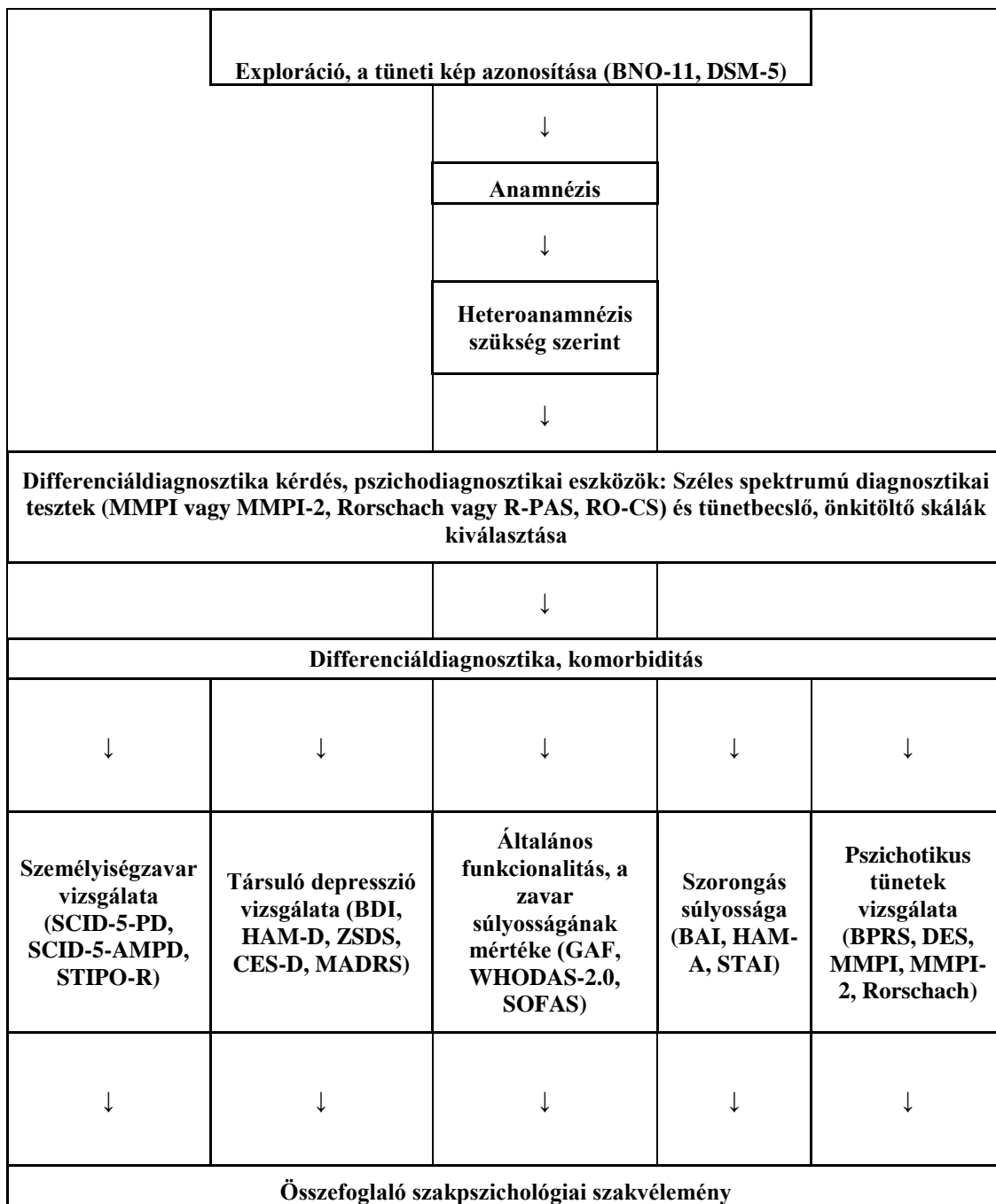
2. Ábra - A depresszió klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)



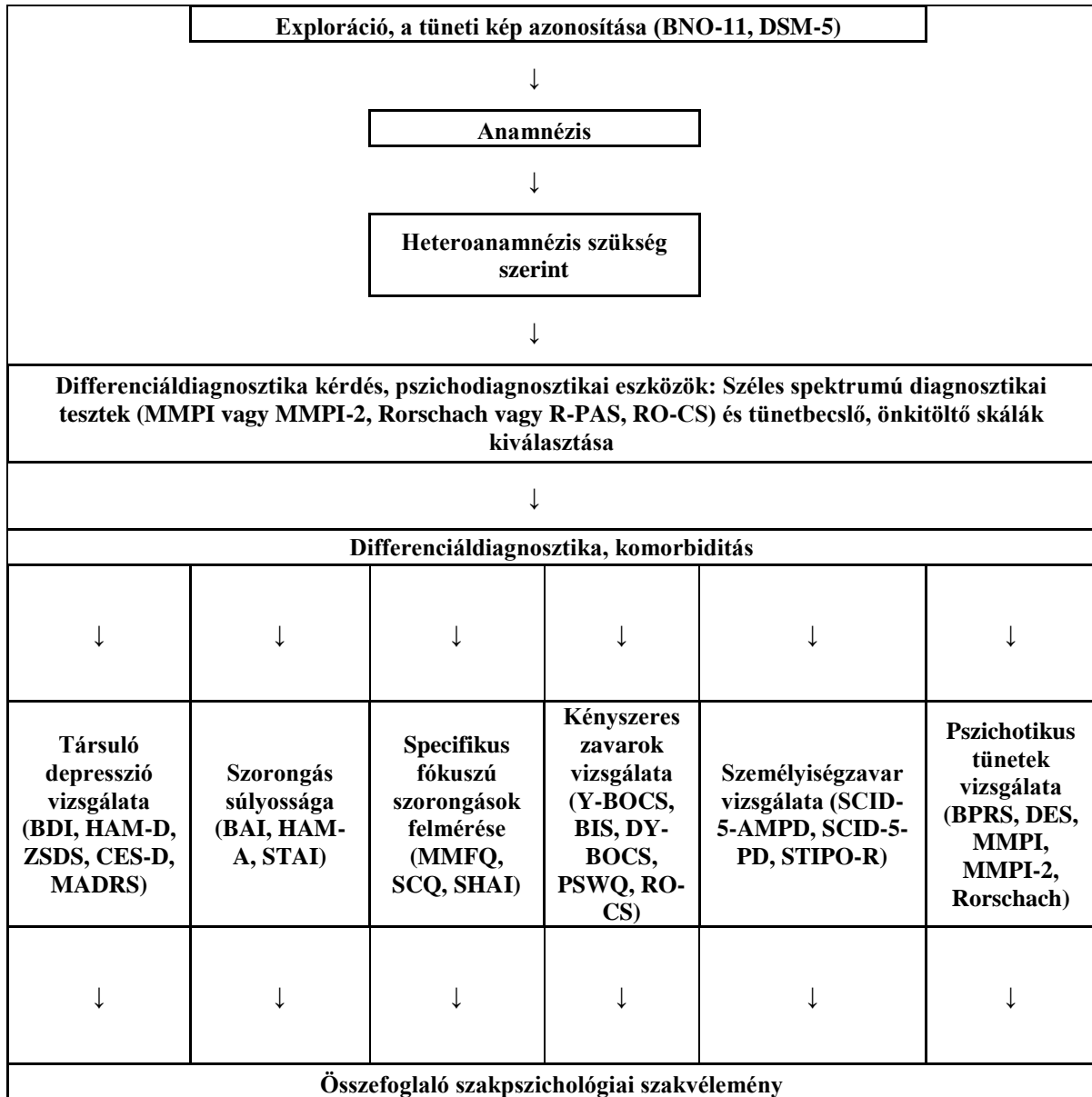
3. Ábra - A bipoláris zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE guideline alapján):



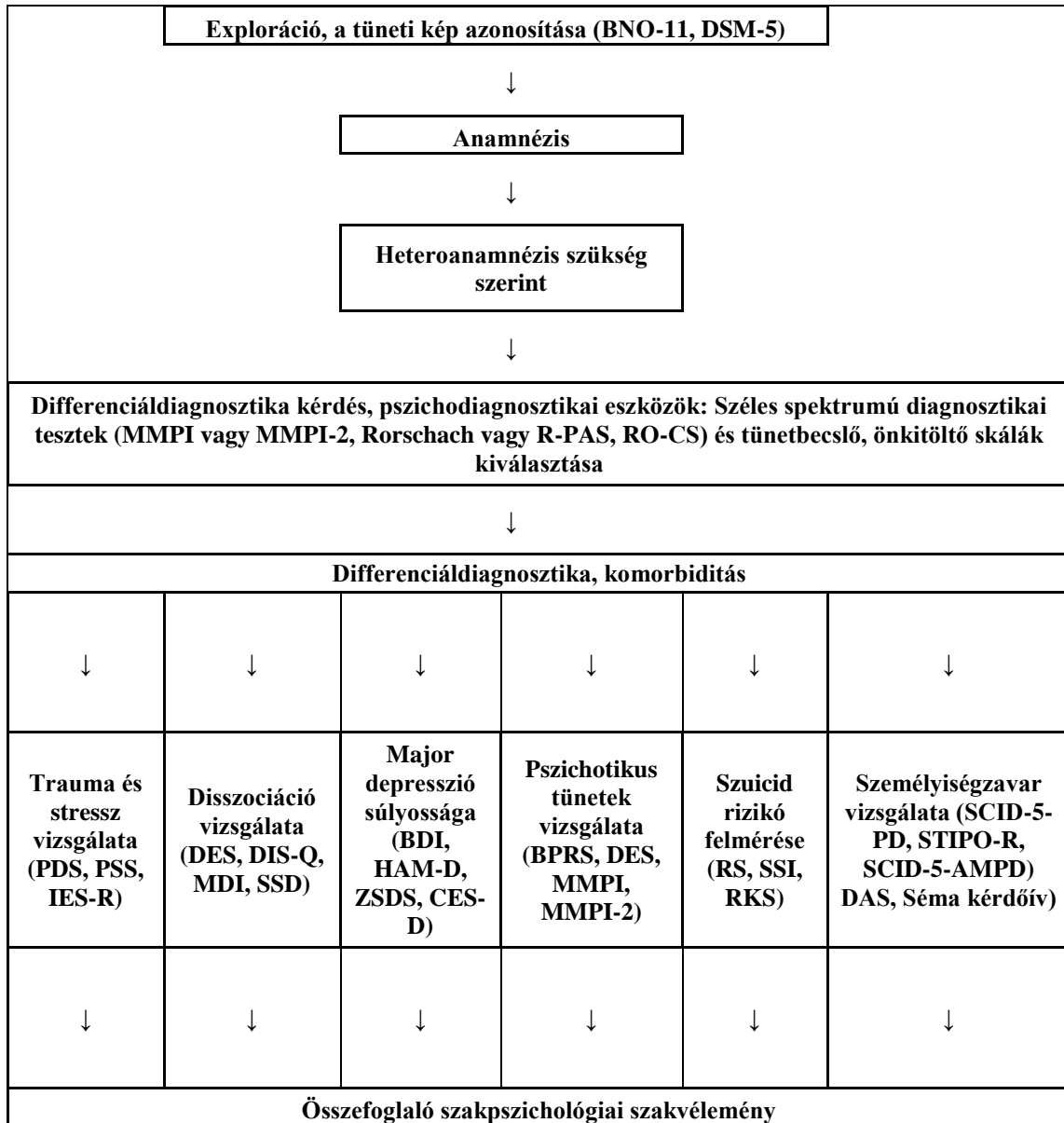
4. Ábra – A személyiségzavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálatának folyamatábrája (NICE alapján)



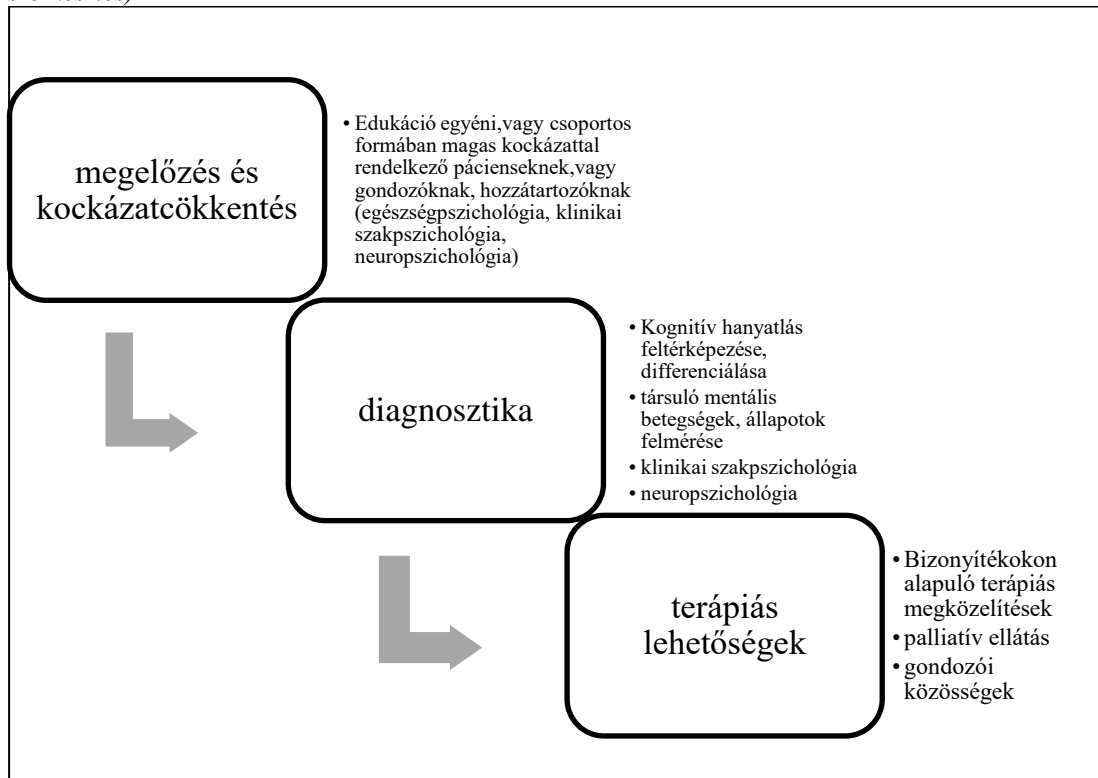
5. Ábra - A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok klinikai szakpszichológiai vizsgálata (NICE alapján)



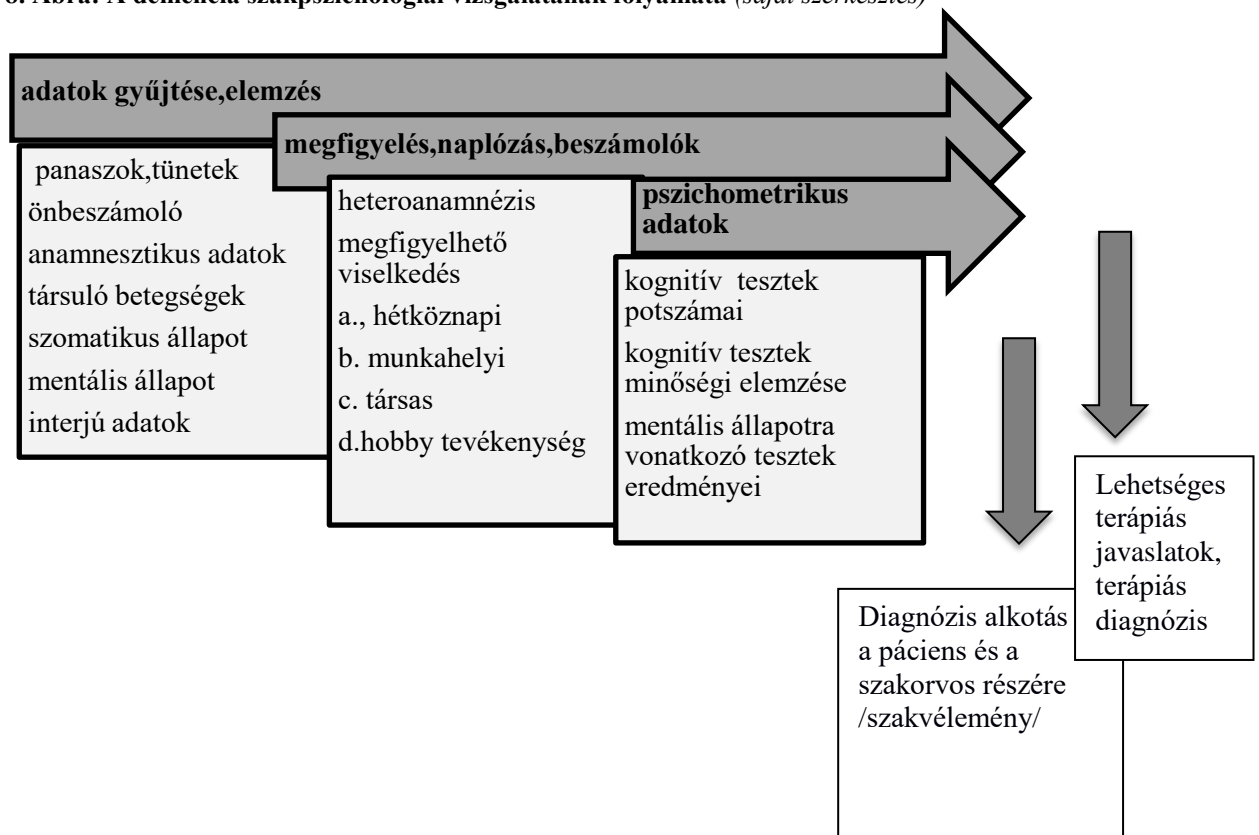
6. Ábra - A traumával vagy stresszrel összefüggő zavarok pszichodiagnosztikai folyamata (NICE alapján)



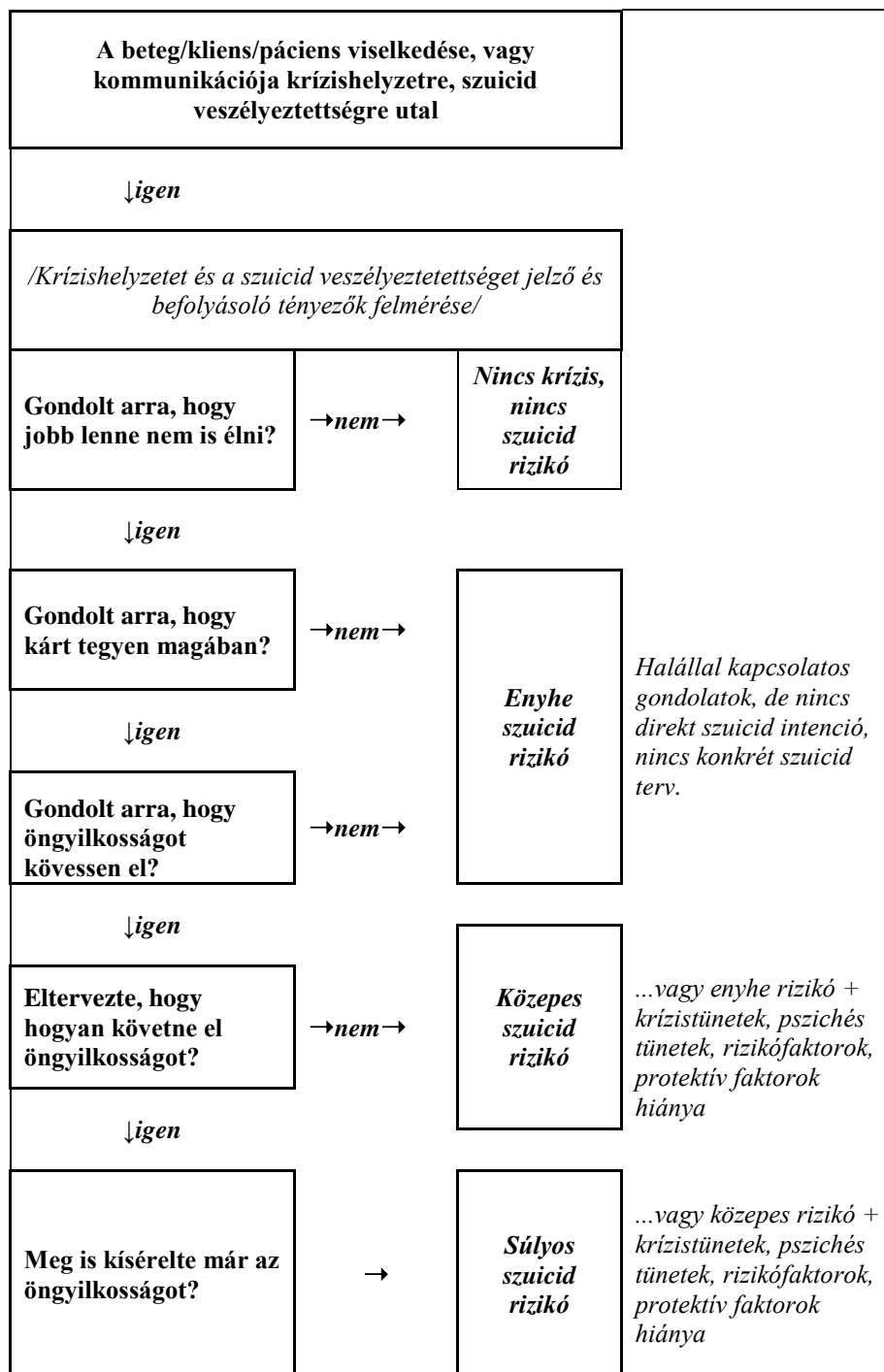
7. Ábra: A demencia szakpszichológiai ellátásának (prevenció, diagnosztika, terápia) folyamata (saját szerkesztés)



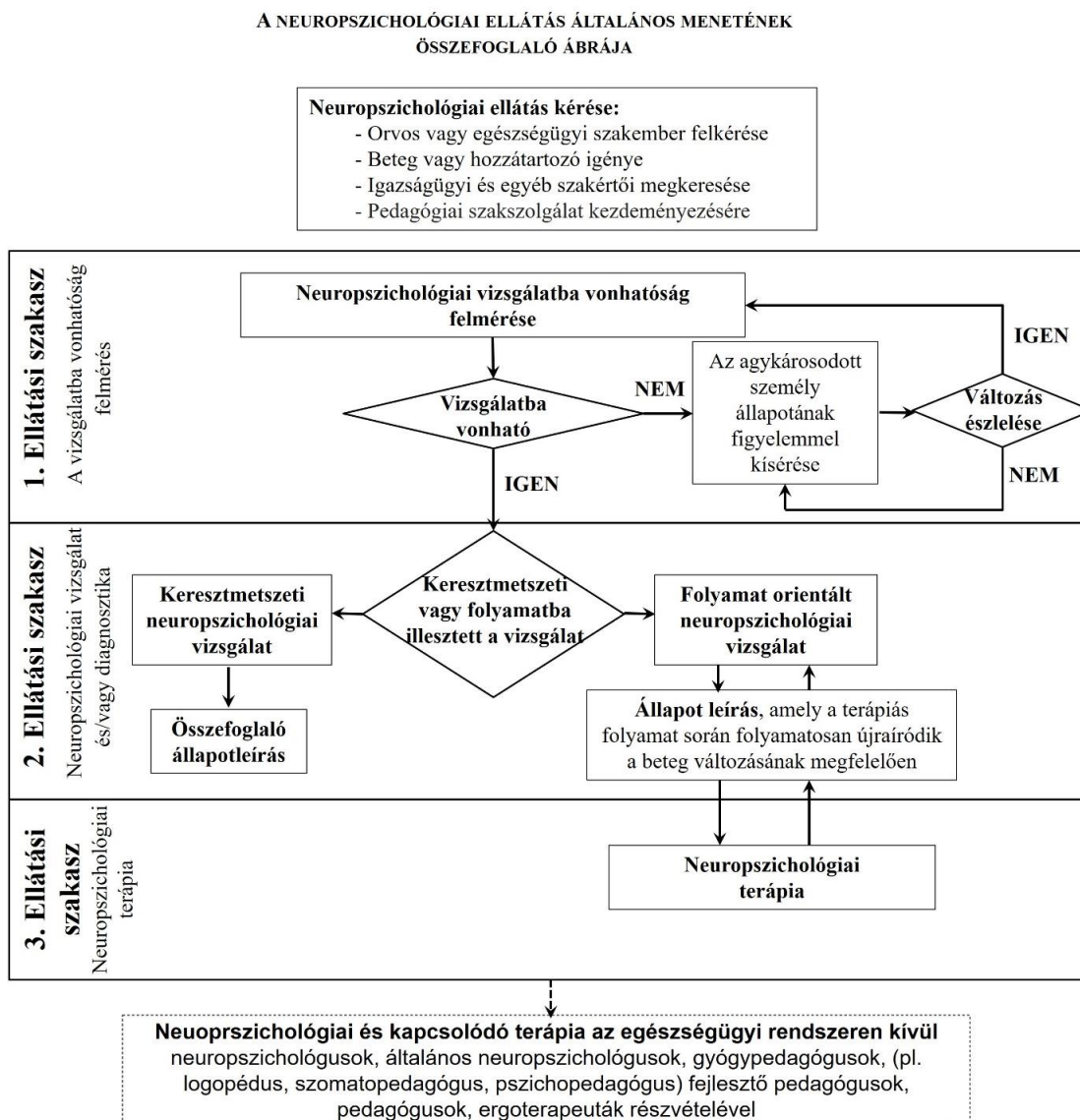
8. Ábra: A demencia szakpszichológiai vizsgálatának folyamata (saját szerkesztés)



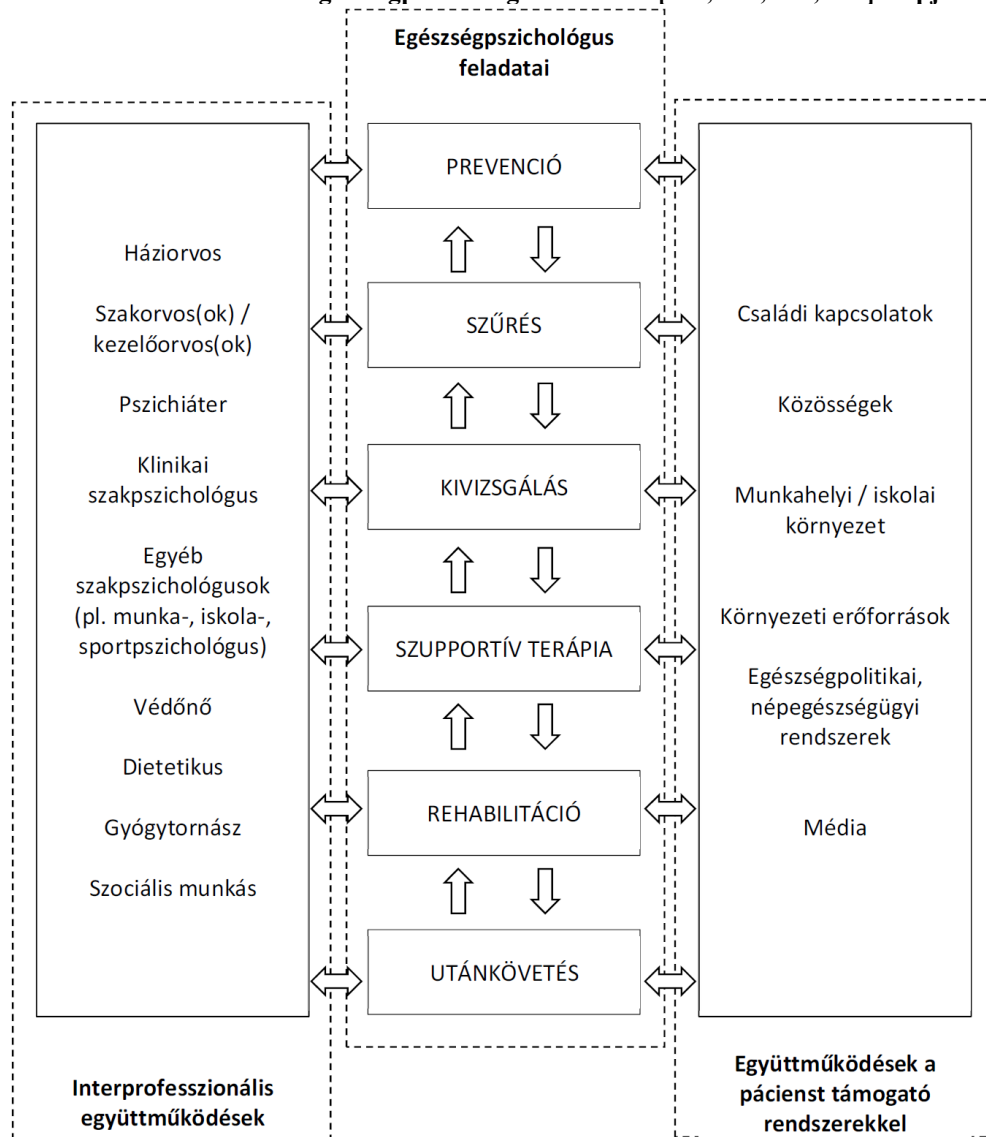
9. Ábra – A krízishelyzetben, vagy akut szuicid veszélyben lévő betegek/páciensek/kliensek felismerésének modellje ([83] alapján)



10. Ábra – A neuropszichológiai ellátás általános menetének összefoglaló ábrája



11. Ábra – Az alkalmazott egészségpszichológus feladatai [128, 130, 135, 141] alapján



12. Ábra - A szakpszichológiai szakképződés útjai (22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján)

Alapképzés - 3 év - Viselkedéselemző		
Mesterképzés - 2 év - Okleveles pszichológus (MA, MSc)		
Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt, vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus (4 év)	Neuropszichológiai szakpszichológia (4 év)	Alkalmazott egészségpszichológia (3 év)
↓	<i>Propedeutika (1 év)</i>	
Pszichoterapeuta szakképzés (2 év) Klinikai addiktológiai szakpszichológia (2 év) <i>(Igazságügyi klinikai pszichológia (2 év))</i>		

1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs.