

III. RÉSZ

BEVEZETÉS A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBA

1. FEJEZET

Segítő kapcsolat, kommunikáció és etika

2. FEJEZET

Az első interjú jelentésvilága

3. FEJEZET

A pszichodiagnosztika eszköztára

4. FEJEZET

A gyermekpszichodiagnosztika alapjai

1. FEJEZET

Segítő kapcsolat, kommunikáció és etika

A fejezet vázlata

A SEGÍTŐ KAPCSOLAT KOMMUNIKÁCIÓS ALAPELVEI

Személyi feltételek

Tárgyi feltételek

A rapport kialakítása

A kommunikáció alapszabályai

A kommunikáció csatornái

 A verbális csatorna

 Nem-verbális csatornák

 A metakommunikáció

SEGÍTŐ KAPCSOLAT FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐKKEL

ÖSSZEFOGLALÁS

KULCSFOGALMAK

HIVATKOZÁSOK

Fontos kérdések

- Mitől kényszerű a kommunikáció?
- Milyen csatornákon zajlik a kommunikáció?
- Hogyan hasznosíthatóak a kommunikáció alapelvei a segítő kapcsolatban?
- Mik a segítő-kliens kapcsolat legfontosabb nem specifikus hatótényezői?
- Melyek a segítő kapcsolat jellegzetességei fogyatékossgal élők esetén?
- Miért fontos a segítő önismereti képzése?

A SEGÍTŐ KAPCSOLAT KOMMUNIKÁCIÓS ALAPELVEI

Az emberek közötti interakciók információ tartalma lényegesen több, mint amit a fogadó dekódolni képes. Ez vizsgálatok alapján az információk mintegy 10%-át jelenti. A képzett szakember (segítő, viselkedéselemző, pszichoterapeuta) ennél jóval nagyobb százalékban képes a kliens közléseit értelmezni, azaz dekódolni (Tringer, 1991). A hatékony együttműködés alapja a jó segítő-kliens kapcsolat. A kliensek gyakran szoronganak a vizsgálati helyzetben. A segítő feladata, hogy nyugodt, szorongásmentes légkört teremtsen. Vajon milyen személyi és tárgyi feltételek szükségesek a feszültség oldásához, a bizalmi kapcsolat megalapozásához?

SZEMÉLYI FELTÉTELEK

A segítő olyan szakember, akinek munkájában szakmai ismeretein kívül kiemelkedő szerepet kap saját személyisége is. A klienssel való kommunikáció célja sokféle lehet (alkalmasság vizsgálat, tanácsadás, klinikai felmérés, stb.), minden esetben közös, hogy a kliens érdekeinek védelmében fontos a következő etikai alapelvek érvényesülése (Trull és Phares, 1994).

Kompetencia

A segítőnek tisztában kell lennie szakmai és személyes kompetenciájával. Mit is jelent ez? Aktívan törekedjünk arra, hogy a kliens pontosan tudja, milyen szakemberrel van dolga. Ne engedjük el a fülünk mellett például az olyan megszólítást, hogy „doktor úr vagy doktornő”, tisztázzuk szakmai képzettségünket a félreértések elkerülése végett. A kompetencia másik aspektusa személyes jelleg. Fontos az önismeret, fontos, hogy észleljük saját vakfoltjainkat (sztereotípiáink, előítéleteink, személyes élmények). Ha ezek a klienssel való kapcsolatunkat befolyásolják, kérjünk szupervíziós segítséget kollégáinktól.

Titoktartás

A titoktartás rendkívül fontos a kliens bizalmának elnyerése és megtartása szempontjából. Hogyan bízhatna a segítőben, ha nem lehetne biztos abban, hogy az elmondott és a vizsgálati anyagból nyert információk csak hozzá, és az általa felhatalmazott személyekhez jutnak el (pl. kezelőorvoshoz, munka-alkamassági vizsgálat esetén a munkahelyi vezetőhöz, stb.). Speciális titoktartási szabályok vonatkoznak arra az esetre, ha a kliens gyermek (részletesen lásd a „gyermekpszichodiagnosztika alapjai” című fejezetben).

A kliens jóllétével való törődés

Alapkövetelmény az emberi jogok és az emberi méltóság tiszteletben tartása. Tilos a klienssel kettős kapcsolatot létesíteni, vagyis sem szexuális, sem baráti, sem üzleti viszonyban nem lehetünk kliensünkkel, mert ez jelentősen befolyásolja a kettőnk szakmai kapcsolatát. A segítőnek ilyen személyes viszonyba való bevonódása a szakmai munkát rombolja, s a kliensét kiszolgáltatott helyzetbe hozza.

Ezen etikai normák áttekintése után nézzük a segítő kapcsolat alapvető tárgyi feltételeit.

TÁRGYI FELTÉTELEK

Fontos a zavartalan körülmények megteremtése. Helyiség: a berendezés legyen semleges, ne vonja el a kliens figyelmét rengeteg érdekes tárgy (például ne tapétázzuk ki családi fotókkal a szobánkat), de ne emlékeztessen steril műtőre sem. Diszkrét, ízlésesen berendezett dolgozószoba legyen, ahol kényelmesen tudnak a felek együtt dolgozni. Fontos, hogy a segítő és a kliens akadálytalanul tudjon

kommunikálni egymással; a szemkontaktus felvételére és elengedésére lehetőség legyen. A felek lehetőség szerint tompaszögben (kb.120°) helyezkedjenek egymáshoz képest (Ne kelljen „farkasszemet nézni”, vagyis ne teljesen szembe helyezkedjünk, és ne is egymás mellé, mert úgy nehéz felvenni a szemkontaktust) egyforma magas és egyformán kényelmes ülő alkalmatosságokban ülünk, hogy se mi ne kényszerítsük a klienst, hogy fel kelljen ránk néznie, se nekünk ne kelljen ezt tennünk. Bizalmas információk közlésére alkalmas intimitás megteremtéséhez elengedhetetlen a „zárt tér” biztosítása. A beszélgetést, vizsgálatot ne szakítsák meg telefoncsörgések, kopogtatások, jövés-menés.

A RAPPORT KIALAKÍTÁSA

Az együttes munka alapfeltétele a megfelelő rapport kialakítása. A segítő kapcsolat eszköze a kommunikáció. A kommunikáció információk egységes jelrendszer szerinti továbbítását és dekódolását jelenti (Tringer, 2001). Milyen törvényszerűségek érvényesülnek ebben a folyamatban?

A KOMMUNIKÁCIÓ ALAPSZABÁLYAI

A szükségszerűség

A kommunikáció egyik alapelve, hogy nem lehet nem kommunikálni, vagyis társas helyzetben szükségszerűen kommunikálunk akkor is, amikor „nem kommunikálunk”, hiszen az is közlést jelent, ha társaságban nem kommunikálunk senkivel. Ezt másképpen a kommunikációs kényszer elvének is nevezik. A kommunikációról való teljes lemondás, a társadalmi léttől való teljes visszavonulás súlyos pszichés zavart jelez.

A többszatszórás jelleg

Az információk párhuzamosan több csatornán keresztül érkeznek. A verbális csatorna mellett az ún. nem-verbális csatornák árnyalják, pontosítják, a közlés jelentését. Amikor beszélünk, változik a mimikánk és gesztikulálunk is közben. Az írott nyelv is több csatornán közöl információkat. A szóhasználat, a struktúra, a nyelvtani hibák, mind-mind új információt hordoznak.

Többszintűség (tartalom és viszony)

A közléseink több-, minimálisan kétszintűek. Többnyire a verbális csatornán közlünk tartalmakat, a kommunikációs partnerhez való viszonyunkat kifejező jelek pedig főként a non-verbális csatornán jelennek meg. Másképpen beszélünk barátainkkal és családtagjainkkal, mint klienseinkkel. A segítő-kliens kapcsolatban ennek a viszonyoknak a kifejeződése meg kell, hogy jelenjen például abban, hogy a tegeződést elhárítjuk akkor is, ha azonos korcsoportba tartozunk, és más helyzetben egyébként valószínűleg tegeződnénk. Ez főképp pályakezdő fiataloknál szokott problémát jelenteni.

Tagoltság

Az információk áramlása nem folytonos, hanem egységekre tagolódik. Az emberi kommunikációban a mondat egy ilyen kiemelt egység, a közlés strukturálásának eszköze. A tartalmak strukturálásának képtelensége kórlélektani tünet. A széttöredezett, logikátlanul összerakott gondolati egységek, és a tagolatlan beszédflow - ahol nincsenek lényeges-lényegtelen momentumok - egyaránt súlyosan patológiás jelenségek. A tagolatlan beszédflowhoz nem lehet kapcsolódni, valódi dialógus kialakítása lehetetlen. Hétköznapi életünkben is találkozunk olyan emberekkel, akikkel nem lehet párbeszédet folytatni, akik monologizálnak, s a kommunikatív aktus iránt addig érdeklődnek, amíg ők beszélnek, s ha a másikat engedik is szóhoz jutni, már érdemben nem figyelnek rá, saját gondolataikkal vannak elfoglalva. Ebben az esetben sérül a reciprocitás, vagyis a viszonyosság elve a kommunikációban.

Promotív jelleg

A kommunikációs kényszer elvéből adódóan egy kommunikatív aktus a másik felet kommunikációra készíti. (Például a fogorvosi váróban két ember ül. Az egyik beszélgetni szeretne, a másik olvasni. Verbális és/vagy nem-verbális akciók során dől el, hogy lesz-e diskurzus). A kérdés promotív jellege igen kifejezett. A kérdező befolyása alá vonja a másik felet, a dialógust meghatározza, s így módon aszimmetrikus helyzetet teremt. A segítő kapcsolat jellegéből fakadóan aszimmetrikus kapcsolat.

A kommunikáció pszichológiai szükséglet

Az emberek között jelentős különbség van a kommunikációs igény szempontjából. Az igényhez képesti túlkínálat az aktivációs szint emelkedésével jár együtt, s elkerülő magatartáshoz vezethet. A igényhez képesti alulkínálat ingerkereső viselkedést válthat ki. Konfliktushoz vezethet, ha egy kapcsolatban a felek kommunikációs igénye nagyon eltérő.

A kommunikációs aktus kiemelt eszköze a beszéd

A beszéd verbális és nem-verbális jelek együttese. Segítő szerepben kiemelten fontos a nyelvi kifejezőképesség fejlesztése. Természetesen nem rétori készségeket várunk el a segítőtől, de azt igen, hogy ne legyen beszédhibás. Az esetleges beszédhibák kijavítása (raccsolás, hadarás, pöszesség, selypítés, stb.) tanácsos (Tringer, 1991).

A megfelelő hangerő használata az optimális információ-csere szempontjából szintén rendkívül fontos. Személyes kapcsolatban is zavaró a túl halk vagy túl hangos beszéd. Segítő kapcsolatban, az első esetben a kliensnek állandóan „hegyeznie kell a fülét”, gyakran visszakérdeznie (ha egyáltalán visszakérdez), mert nem hallotta, amit mondtunk. Az emelt hangerő viszont erőszakosság benyomását keltheti a kliensben, ami nem kívánatos - különösen a segítő kapcsolatban.

Néhány tartalmi szempontot is érdemes megfontolni. Közléseinkben legyünk konkrétak, kerüljük a homályos megfogalmazásokat, és a másik számára nehezen követhető érthetetlen szakzsargont. Közléseinkben a beteg nyelvi szintjéhez alkalmazkodjunk. Használjuk bizonyos mértékig, de ne utánozzuk a kliens szókincsét (pl. argó, káromkodás, stb.).

Használjunk képes kifejezéseket, metaforákat úgy, hogy ezek a beteg/kliens nyelvi térképének megfelelőek legyenek. A nyelvi térképek aszerint, hogy mely érzékszervi modalitásra leginkább érzékeny a személy, lehetnek vizuálisak, akusztikusak vagy szomato-szenzorosak. Szerencsénkre a magyar nyelv gazdagsága lehetőséget ad erre. Ha a kliensünk vizuális térképet használ, közléseinkben mi is alkalmazzunk képes kifejezéseket (pl. sötétben látja a jövőt, nem lát kiutat, stb.). Ha a kliens szomato-szenzoros (pl. „szinte elállt a lélegzetem”, „majd kiugrott a szívem”), illetve akusztikus (pl. „nem is akarok hallani róla többet”), keressünk mi is ennek megfelelő szavakat, kifejezéseket.

A KOMMUNIKÁCIÓ CSATORNÁI

A verbális csatorna

Az emberi kommunikációban legfontosabb szerepe a verbális csatornának van. A verbális közlésnek egyezményes szabályai vannak. Ezek a szabályok a fogalmi kategóriákra, a nyelvtani szabályok alkalmazására egyaránt vonatkoznak. Természetesen ezek a szabályok valamelyest rugalmasak, ill. bizonyos hibaszázalékot engednek. A túlzottan szabályos, hibátlan, precíz beszéd, és a másik véglet, a teljesen szabálytalan, önkényes fogalmi kategóriákat használó beszéd, egyaránt pszichés zavarra utal (előbbi például a kényszerre, utóbbi a skizofréniára). A szabályos-szabálytalan dimenzió két szélsősége között számtalan variációt, hibát, zavarjelet találunk. Ezek lehetnek stiláris, modorbéli egyéni jellegzetességek is, de gyakran a szorongás jelei (például hibás szóhasználat, elvétel, hosszú szünet, ismétlés, dadogás, hibás szórend, befejezetlen mondat, stb.)

Nem-verbális csatornák

A nem-verbális csatornák funkciói

A nem verbális csatornák a beszédet jellegzetessé, egyedivé teszik. Leginkább *alkalmasak érzelmek és attitűdök kifejezésére*. A tartalmi közlést árnyalják, pontosítják. Megmutatják a közlő viszonyát a tartalomhoz, a befogadóhoz, és a szituációhoz. Az *illuszratív funkció* a beszéd tartalmának kiemelését, vagy éppen ellenkezőleg, annak tompítását (hangsúly, mimika, stb.), a közlés strukturálását jelenti. A kommunikáció során általában arra törekszünk, hogy dialogikus viszonyt alakítsunk ki partnerünkkel. Ezt a *szabályozó funkciót* a tekintetváltás tölti be leginkább. Az *adaptív funkció* a kommunikációs helyzethez való viszonyt fejezi ki. (pl. érdeklődésből, vagy kényszerből veszünk részt a helyzetben, magától jött a kliens, vagy küldték). Valamely *csoporthoz tartozást* az ún. emblémák fejezik ki. Ilyen a jelvény, az öltözködési-hajviselési stílus, speciális nyelvhasználat (pl. drogos szubkultúra, stb.). Ezek a funkciók a nem-verbális csatornákon együttesen jelentkeznek.

A nem-verbális csatornák felosztása

A *vokális csatorna* kötődik legszorosabban a verbális csatornához, hiszen a beszédnek szerves része. Ezek a következők: hangnem, tonalitás, hangsúly, ütem, lejtés, szünet. Fontosságát jelzi, hogy akár a tartalmával ellentétessé is teheti a közlést. Hogy ezt megértsük, próbáljuk többféleképpen hangsúlyozva elmondani azt a mondatot, hogy „ez aztán igazán szép volt öntől”.

A beszéd kísérője a *mimika*. A mimikai kód része az arckifejezésen kívül a fejmozgás, valamint a tekintetváltás is. A mimikai kód fontos eleme a pillacsapás, amely az érzelmi állapot közvetlen jelzője (pl. a szem könnyelábadásának kompenzálása a sűrű pillacsapás). Kifejezetten erős promotív hatása van a mosolynak. Ha valakire mosolygunk, visszamosolyog ránk. Ha ez a mosoly-válasz nem következik be, zavarjelnek értékeljük, amelynek eredetét a kapcsolatban, vagy a másik fél/kliens állapotában kereshetjük.

A *mozgásos csatorna* komplex egységeket jelent, a gesztusok, a testtartás, a proxemika (térköz szabályozása), a kinézia (mozgás-stílus) és az érintés tartozik ide. Ez a csatorna személyes különbségek mellett kulturálisan is erősen szabályozott (pl. egymás érintése, közelség-távolság, stb.) (Hall, 1975). Segítő kapcsolatban figyeljünk arra, hogy kliensünk számára megfelelő körülményeket teremtsünk (pl. a számára optimális távolságra ülhessen, a tekintetváltást szabályozni tudja, stb.).

A *vegetatív csatornát* célszerű a megjelenés szervei szerint csoportosítani (Tringer, 1991). Így beszélhetünk bőr- és nyálkahártya reakciókról, légzés-szívfrekvenciáról, stb.). Ezek a csatornák a központi idegrendszer aktivációs állapotáról, a feszültség szintjéről, ill. a szorongásról tájékoztatnak minket. A hétköznapi életben is megfigyelhető jelenségek, de kiemelkedő jelentőséget a segítő kapcsolatban nyernek. Az elpirulás, mint zavarjel, közvetlenül jól észlelhető jelenség. A vérátáramlás változása az arcon, a nyakon és a mellkas felső részén látható, és a szorongás jelzéseként értékelhetjük. A vérátáramlás változás enyhébb formája viszketést okoz, s kompenzálásaként a személy vakarózni kezd (az orr-, a homlok-, a nyak, a fültő, stb. vakarása).

Fontos bőrjelenség az izzadás. Jellegzetes szorongástünet a fokozott izzadás. Könnyen megfigyelhető, mivel intenzív szaga van, ill. gyakran jól látható a hónalj izzadása a ruházaton. A tenyér izzadása kézfogáskor észlelhető, vagy a beszélgetés során látható, hogy a kliens tenyerét a ruhájába, a fotel karfájába törölgeti. Néha az izzadás az arcon, homlokon megjelenik, vagy ennek elhárítására a kliens gyakran törölgeti az arcát.

A nyálképződés változása a beszéd során az artikulációt befolyásolja. A szájszárazság miatt a szorongó ember olykor cuppogó hangot ad, beszéde tompább, monotonabb lesz. Kompenzáló viselkedésként nyalogatja a száját, nyeldekkel. Jellegzetes szorongástünet a beszéd közbeni krákogás, köhécselés. A légzés- és szívfrekvencia megváltozása szintén lehetnek szorongástünetek,

de a fentieknél nehezebben figyelhetőek meg. A légzésfrekvencia extrém növekedése hiperventillációs tetániához vezethet, ami lehet pánikroham kiváltója. Enyhébb esetben a beszédtempó változásában észlelhetjük a légzésritmus módosulását. A kliens beszéd közben kapkodja a levegőt, időnként nagyokat sóhajt, stb. A szívfrekvencia szabad szemmel alig észlelhető, de extrém fokozódása esetén a nyakon az ütőerek pulzálása megfigyelhető.

A metakommunikáció

A metakommunikáció jelentése: közlés a közlésről (Bateson, 1956), vagyis a tartalmi közlést kísérő kommunikáció. A verbális és nem-verbális csatornákon egyaránt megjelenik. Viszonyt fejez ki a befogadóhoz, a tartalomhoz és a szituációhoz. A metakommunikáció a közlést pontosítja, árnyalja, vagy éppen a tartalommal ellentétes jelentéssel ruházza fel.

A segítő kapcsolatban a kommunikáció speciális keretek között zajlik. A viszony egyrészt hivatalos-szakmai, másrészt a kommunikációs aktus során olyan bizalmas közlések hangzanak el, melyek olykor a személy legintimebb kapcsolatában sem kerülnek felszínre. A helyzet, a kapcsolat jellege, a hazai intézményi rendszerben patriarchális viszonyhoz szokott kliensek számára gyakran ismeretlen. A segítő feladata, hogy a zavaró körülményeket csökkentse, és a kommunikáció optimális feltételeit megteremtse. A segítő kongruens viselkedése, empátiája és a kliens feltétel nélküli elfogadása – a rogersi attitűd (Rogers, 1980) -, a kapcsolatot mélyíti, a kommunikáció hatékonyságát növeli.

SEGÍTŐ KAPCSOLAT FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐKKEL

Az érzék- és/vagy mozgásszervi, illetve értelmi fogyatékossgal élők hátrányos helyzetűnek számítanak a hétköznapi életben való boldogulás szempontjából. Az átlag ember számára hétköznapi problémák olykor megoldhatatlan feladatok elé állítják őket. Gondoljunk csak arra, hogy Magyarországon még az akadálymentesítés sincs sok helyen megoldva. Így például a mozgássérülteknek olykor az egészségügyi intézmény megközelítése, s ezáltal a segítség kérése is gondot okozhat. Számátalan helyzetben valóságos és szimbolikus gátak állják útjukat (pl. beiskolázási, később elhelyezkedési nehézségek).

Ez természetesen rengeteg frusztrációt jelent a fogyatékkal élő személyek és családjuk számára. A támogató, segítő kapcsolat az életminőségük javítására kiemelkedően fontos. A rogersi alapelvek érvényesülésének szép példája Lenart professzor instrukciója fiatal gyakornokának egy agykéreg nélkül világra jött újszülött ellátásához (idézi Vass, 1990, 53. o.)

„...csökkentsd a görcsét, mert nem tudhatjuk, hogy mennyi fájdalmat érez, és mivel ez az állapot egyértelműen életképtelenséggel jár együtt, maradj mellette mindaddig, amíg meg nem hal, mert emberhez méltó módon kell meghalnia.”

A segítő feladata, hogy úgy és abban segítse a kliensét, ahogy és amiben neki szüksége van. A kapcsolatban nagyon fontos, hogy el tudjuk fogadni a partnert olyannak, amilyen, a fogyatékossgával együtt, anélkül, hogy a kapcsolatunkban meghatározó szerepet kapna maga a fogyatékossg. Hiszen egy mozgássérült embernek a szerelmi csalódás, vagy iskolai kudarc hasonló frusztrációt jelent, mint az egészséges embereknek. Hasonló érzelmi-indulati reakciókra számíthatunk az ő esetükben is, tehát a segítés módja is hasonló legyen.

Különlegesen fontos a fogyatékos ember családjának támogatása, segítése. A legtöbb családban váratlanul, felkészületlenül éri a szülőket, amikor kiderül a diagnózis, gyermekük fogyatékossga. Ez igaz még akkor is, ha a szülő észleli a fejlődési elmaradásokat, rendellenességeket mozgásban, értelmi fejlődésben. A pontos tájékoztatás kivizsgálók

kompetenciája (az orvos, a pszichológus és a gyógypedagógus együttesen), a segítő feladata, hogy a szembesülési folyamatot kövesse, úgy hogy a szülők elfogadják a helyzetet, és megnyugvást találjanak a gyerek és az egész család számára. Sok szülő nem tud szembenézni a nehézségekkel. Legtöbbször az anya az, aki szakembertől-szakemberig viszi a gyermeket, hogy „levegység a bélyeget róla” - hasztalanul. Sokan erejükön – és a gyerek erején – felül állandóan fejlesztik a gyereket, nem tudnak beletörődni a korlátokba. Ezek a végeláthatatlan akciók a fogyatékos gyermek számára folyamatos stresszt és kudarcot jelentenek. A családban élő egészséges személyek, a férj és testvérek pedig gyakran elhanyagolódnak (Horváthné Nemerkenyi, 1990). Ezért is fontos az elfogadás segítése, mivel a gyermek optimális fejlődése elfogadó, harmonikus légkörben valósítható meg. A segítő hiteles viselkedése érzelmi támaszt nyújthat a családnak, egyúttal modell is ahhoz, hogy az elfogadás lehetséges.

ÖSSZEFOGLALÁS

A segítő kapcsolat hatékonysága sokban múlik azon, hogy a szakember ismeri-e és képes-e alkalmazni azokat a rendkívül fontos kommunikációs alapelveket, amelyek meghatározzák a kapcsolat kimenetelét. Kompetencia, titoktartás és a kliens jóllétével való törődés alapvető szakmai-etikai szabályokat írnak le, amelyek betartása minden segítő számára kötelezően érvényes. A klienssel történő kapcsolat alakításához, és a segítő folyamat mederben tartásához a szakembernek ismernie kell olyan kommunikációs alapszabályokat, mint a szükségszerűség, többcsatornás jelleg, tagoltság, és promotív jelleg. A kommunikációs aktus kiemelt eszköze a beszéd, ám emellett fontos információkat hordoznak a nem-verbális csatornák is – mozgás, vegetatív jelzések, mimika - a kliens érzelmi állapotáról, és szubjektív megnyilvánulásairól.

A segítő kapcsolat fontos szerepet tölt be a fogyatékosággal élőkkel és családjaikkal való foglalkozás esetén. A segítőnek ismernie kell azokat az alapelveket és kommunikációs szükségleteket, amelyeket a speciális igényű emberekkel való foglalkozás megkíván. Empátia, elfogadás és a reális célok kitűzése kiemelt szerepet kapnak a segítő kapcsolat építésében.

KULCSFOGALMAK

Kommunikáció Az információk egységes jelrendszer szerinti továbbítása és dekódolása.

Metakommunikáció Közlés a közlésről. Viszonyt fejez ki a befogadóhoz, a tartalomhoz és a szituációhoz.

Nem-verbális csatornák Árnyalják, pontosítják, a közlés jelentését, ide tartozik többek között a mimikai kód, mozgásos csatornák, vegetatív csatornák, stb.

Verbális csatorna A nyelvhez kötődő, beszédben vagy írásban információt közlő kommunikációs csatorna.

HIVATKOZÁSOK

Bateson, G. (1956) *Toward a Theory of Schizophrenia*. Behavioral Science, 1, 251-264.

Hall, E. T. (1975) *Rejtett dimenziók*. Gondolat Kiadó, Budapest.

Horváthné Nemerkenyi M.(1990) *A szülő, a család és az értelmi fogyatékos gyermek*. In: *Az értelmi fogyatékoság felismerése gyermekkorban*. Tankönyvkiadó, Budapest. 161-190.

Rogers, C. R. (1980) *Client-Centered Therapy*. In: H. J. Kaplan, B. J. Sadock, A. M. Freedman, (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins co, Baltimore.

Tringer L. (1991) *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, VIKOTE.

Tringer L. (2001) *A pszichoterápia kommunikációelméleti alapjai*. In: *Pszichoterápia Propedeutika* 3. 5-21.

Trull, T., J., Phares, E. J. (2004) *Klinikai Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

Vass, M. (1990) *Az orvos feladata az értelmi fogyatékossgal kapcsolatban*. In: *Az értelmi fogyatékossgal felismerése gyermekkorban*. Tankönyvkiadó, Budapest. 29-56.

2. FEJEZET

Az első interjú jelenségvilága

A fejezet vázlata

AZ ELSŐ INTERJÚ ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

Mit is jelent az interjú?

Interjú és baráti beszélgetés – mi a különbség?

Az interjú célja és keretei – mit akarunk megtudni, miért és hogyan?

Kérdéstípusok az interjú során

AZ ELSŐ INTERJÚ FORMÁI

Az első interjúk felosztása a formai jellemzők alapján

Az interjú célja szerinti felosztás

A felvételi interjú

A mentális státuszt vizsgálata

A krízisinterjú

A diagnosztikai interjú

PSZICHOTERÁPIÁS ELSŐ INTERJÚK

A pszichoterápiás első interjúk funkciói

A pszichoanalitikus első interjú

A viselkedésterápiás interjú

A viselkedésdiagnosztika forrásai

A személyközpontú interjú

A személyközpontú pszichoterápia alapelvei

A terapeuta-változók

ÖSSZEFOGLALÁS

KULCSFOGALMAK

HIVATKOZÁSOK

Fontos kérdések

- Melyek az interjúzás általános jellemzői a segítő kapcsolatban?
- Miért fontos az interjú céljának és kereteinek meghatározása?
- Milyen típusú interjúkat használhatunk?
- Melyek a legfontosabb különbségek az egyes interjúfajták között?
- Milyen szempontok alapján választjuk ki az adott interjútechnikát?
- Melyek a legfőbb különbségek a pszichoterápiás első interjúk fajtái között?

Az előző fejezetben a kommunikáció általános szabályairól, jellegzetességeiről olvashattunk, azokról a szempontokról, amelyek alkalmazása a segítő-kliens kapcsolat alapvető pilléreit jelentik.

Ebben a fejezetben azokról a technikai-módszertani szempontokról lesz szó, amelyek a segítő-kliens kapcsolat megalapozását az első találkozás jelenségvilágát ölelik fel. Szó lesz az első interjú segítő kapcsolatban kitűzhető *céljairól*, az első beszélgetés *kereteinek fontosságáról*, valamint a segítő kapcsolatban alkalmazható interjúk *speciális formáiról*.

A segítő kapcsolat során számos olyan interjúfajttával találkozunk a gyakorlatban, amelyek függnak a kliens-segítő kapcsolat céljától, kereteitől, és az *intézmény szabta lehetőségeitől*. Ezek megismerése alapvető a segítő szakmában dolgozó viselkedéselemző számára.

A fejezet bevezetést nyújt az ún. *pszichoterápiás első interjúk* jelenségvilágába is. Ezek alkalmazása ugyan kizárólag valamely pszichoterápiás módszerben képzett szakember kompetenciakörébe tartozik, mégis, alapvető fogalmainak ismerete nem hiányozhat a segítő szakmában dolgozó viselkedéselemző tárházából sem.

AZ ELSŐ INTERJÚ ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

Az első beszélgetés a segítő-kliens kapcsolat kezdetének döntő, meghatározó mozzanata. Számos szerző (Kóczán, 1999; Pope, 1983; Trull és Phares, 2004; Weins, 1976) utal arra, hogy az interjúzást a segítő szakmában sokkal inkább tarthatjuk művészetnek, mint tudománynak, hiszen annak technikáját nem lehet könyvekből megtanulni, csakis a gyakorlatban lehet elsajátítani. Ugyanakkor, az utóbbi évtizedekben egyre több kutatás irányul azoknak a tényezőknek a feltárására, amelyek az interjúzás során folyó kommunikáció jellegzetességeit írják le: az interjúk során megfigyelhető viselkedésmódokat, az interakció párbeszéd jellegének sajátosságait, beleértve a metakommunikációt, a szavak mögötti beszéd dinamikai folyamatát is. Ezek a kutatások lehetőséget adnak arra, hogy a segítő és a kliens jellemvonásaiból és megnyilvánulásaiból, valamint a problémahelyzet speciális sajátosságaiból fakadó hatótényezőket tudományos kritériumok alapján is lehessen elemezni. Természetesen ezeknek a hatótényezőknek a tudományos vizsgálata illetve ezeknek az eredményeknek az ismerete önmagában még nem teszi lehetővé az interjúzás művészetének gyakorlati elsajátítását. Mégis, alapvetően járul hozzá azoknak a pszichológiai történeteknek a megismeréséhez, amelyek az interjúzás művészetének elméleti modelljét alkotják. Ezek birtokában a kezdő segítő az interjúzás technikájában szerzett gyakorlati tapasztalatait is adekvátan és felelősségteljesen értheti meg és mélyítheti el.

Mit is jelent az interjú?

Az interjú két ember között létrejövő interakciós folyamat, amelynek alapja a kommunikáció. A kommunikáció szabályai, feltételei és eszközei – mint ahogy azt az előző fejezetben megismerhettük – alapvetően hatják át azokat az interakciós folyamatokat, amelyek az első beszélgetés során is jellemzik a két fél között zajló információcserét. Ebben a folyamatban mindkét fél, a kliens és a segítő is egyaránt aktív résztvevők, noha – mint ahogy azt majd látni fogjuk – aktivitásuk a helyzet adta keretektől és céloktól függően eltérő lehet.

A két fél – segítő és kliens – egymáshoz való viszonyulása, kettejük kapcsolatának meghatározása és alakítása nemcsak az első interjú, de az ezt követő segítő folyamat legkritikusabb pontja is. Kettejük kapcsolatának jellege, és ezen belül is a segítő szerep szakmai felvállalása határozza meg ugyanis, hogy milyen célokat lehet kitűzni a segítő folyamat során, valamint, hogy ezek a célok milyen mértékben tudnak megvalósulni. Segítő és kliense viszonyának sajátosságai a találkozás első percétől jelen vannak, és döntően határozzák meg a kapcsolat alakítását. Mitől olyan sajátos ez a kapcsolat? Egyik legfontosabb jellemzője éppen a *kapcsolat célja*. Az interjúzással foglalkozó szakemberek a segítő kapcsolat központi céljaként határozzák meg, hogy a segítő minden esetben kliense problémájának és a kettejük között zajló folyamatnak a megértésére törekedjen úgy, hogy saját személyességét (problémáit, értékítéleteit, szubjektív véleményét) a

háttérbe szorítja. Azaz, a segítő már az első perctől kezdve egy speciális szakmai és etikai szerepbe kerül, s ennek tükrében kell a kliense és közöttük zajló kommunikációs folyamatokat megértenie és értelmeznie. Célja ezzel az, hogy minél hatékonyabban segítse a problémamegoldást a segítő szerep etikai szabályainak megfelelően (lásd a következő, etikai kérdésekkel foglalkozó fejezetet). Saját szerephelyzet ez, amelynek szakmai, technikai vonatkozásaira térünk ki a következőkben.

Interjú és baráti beszélgetés – mi a különbség?

Gyakran feltett kérdés laikusok, kliensek és kezdő segítők körében az, hogy „miben különbözik egy problémafeltáró interjú egy baráti beszélgetéstől?” Hiszen ugyanazt, amit egy segítőnek el tud mondani a kliens, elmondhatja egy barátnak, családtagnak, aki ugyanúgy meghallgatja őt. „Nem tudom mit csináljak, elfogadjam-e a felkínált állást, ami nagyobb kihívással jár, vagy maradjak meg az eddiginél, amiben már biztonsággal mozgok?” Vagy, „elhagyott a barátnőm, nem bírom megemészteni, hogy pont e legjobb barátommal állt össze, nem tudom mit csináljak...?” Nyilvánvaló, hogy egy jó barát, vagy egy családtag ilyen kérdésekre a lehető legjobb tanácsot próbálja adni – általában saját tapasztalataiból fakadóan – a hozzá fordulónak. „Én azt csinálnám, hogy... nekem bejött az, hogy... ne is aggódj miatta...”, szoktak elhangzani a vigasztaló, megértő megoldást kereső válaszok. A beszélgetés célja a problémával küzdő jó barát, családtag megértése, és a megoldásra való törekvés.

Ha a segítő kapcsolatban gondolkodunk, és az interjú sajátosságait nézzük, az alapvető cél itt sem különbözik a fent vázolt baráti beszélgetés céljától. Az interjúnak is egyik legfontosabb eleme a másik ember megértő meghallgatása, sok esetben visszajelzés, véleménymondás az illető problémájával kapcsolatosan. Baráti beszélgetés és problémafeltáró interjú nem térnek el tehát abban, hogy mindkettőben információcsere, nézetek kifejtése, és sok esetben támogató, megértő megjegyzések hangzanak el. Van azonban néhány nagyon fontos különbség, ami az interjúhelyzetet markánsan elkülöníti a baráti beszélgetéstől. Ezek a különbségek az interjúhelyzet sajátosságaiból, a kliens-segítő kapcsolat céljából és a segítő sajátos szerepéből adódnak. Az interjú – szemben egy baráti beszélgetéssel – tudatosan kiválasztott cél elérése érdekében történik, mint ahogy arra a fentiekben utaltunk. A kliens – akár csak egy baráti beszélgetésben – egy problémával fordul a segítőhöz, és annak megoldását, illetve a megoldásban való segítségét várja tőle. A segítő célja azonban – szemben egy kötetlen baráti beszélgetéssel – a kliens problémájának, attitűdjeinek, érzéseinek minél mélyebb megértése, annak érdekében, hogy a legadekvátabb segítséget tudja nyújtani. A segítő ennek érdekében felvállal egy irányító, szakmai szerepet, segíti a klienst abban, hogy minél több információt el tudjon mondani, minél több érzelmet tudjon verbalizálni, és minél közelebb kerüljön saját problémája megértéséhez. A segítő tehát irányítja a beszélgetést, keretet ad annak (meghatározza az interjú helyét, idejét és célját), és meghatározza saját szerepét is a beszélgetésben.

Miben is különbözik a segítő szerep a baráti szereptől? Nagyon sokban. Először is a helyzetből fakadóan nem kölcsönös, egyenrangú viszonyról van szó. Amíg egy baráti kapcsolatban kölcsönösen megbeszélhetőek a problémák, örömök, események, addig a kliens-segítő kapcsolatban a segítő nem osztja meg magánéletét, szubjektív élményeit, érzéseit kliensével. Nem mond értékítéletet kliense problémájáról, viselkedéséről, érzelmeiről, és nem próbál saját személyes tapasztalataira hivatkozva tanácsot adni. Azaz, nem indulhat ki saját magából, mikor kliense problémáját értelmezi. Hosszú folyamat, amíg a segítő megtanulja saját érzelmeit és személyes megoldásmódjait elkülöníteni attól, amit kliensétől vár. A segítő kapcsolat célja nem az, hogy megmondjuk a kliensnek, hogy mi a jó szerintünk, hanem az, hogy rávezessük, hogyan tud rátalálni saját személyes megoldásmódjaira. Az ebben való segítség nyújtása alapvetően különíti el a segítő szerepét a baráti viszonyulástól.

A segítő szerep tehát komoly felelősséggel, és szakmai-etikai szerepvállalással jár. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy a segítőnek egy szakmai szerep semleges, tartózkodó álarcá mögé kell bújni. A segítőnek is vannak érzelmei, véleménye, és elvárásai egy-egy problémával

kapcsolatban. Amit azonban el kell sajátítania szakmai munkája során, az az, hogy megtanulja leválasztani saját személyes vélekedését és érzéseit a kliens által kínált érzelmekről, problémákról. Egy baráti beszélgetésben együtt sírhatunk azzal, akit szeretünk. Klienseinkkel is természetesen együtt érzünk, és ezt kifejezhetjük, de mégsem hagyjuk magunkat elsodorni az érzelmek viharában. A stabilitás megőrzése, ugyanakkor az empátiás hozzáállás fenntartása olyan biztonságot nyújt a kliensnek, amellyel átélheti, hogy a segítő képes megoldásmódot nyújtani problémájára (lásd később, a személyközpontú interjúnál).

Az interjú célja és keretei – mit akarunk megtudni, miért, és hogyan?

Az interjú célja, mint ahogy azt az előző szakaszban láthattuk, a kliens megértése és az erre alapozott segítségnyújtás. De hogyan is zajlik ez a gyakorlatban? Mit kérdezzünk, és hogyan vezessük a beszélgetést? Természetesen az interjú vezetése függ attól, hogy milyen információkra van szükségünk a cél elérése érdekében. Nyilvánvaló, hogy a segítőnek könnyű dolga van, ha a kliens összeszedetten, részletesen tudja bemutatni a problémáját, és felvázolni azt, amit ő maga szeretne elérni. Legtöbbször azonban a kliensek problémájukból fakadóan maguk sem tudják jól megfogalmazni azt, hogy miért van szükségük segítségre, mitől alakult ki náluk az adott probléma, és hogyan szeretnének megoldásra jutni. Ilyenkor a segítőnek aktívan kell dolgoznia azért, hogy együtt értsék meg és tárják fel a problémát.

Következzen most két fiktív interjúrészlet, amely jól példázza, hogy egy adott cél elérése érdekében milyen irányban próbál haladni két különböző segítő a klienssel való beszélgetés folyamatában. Az első segítő egy kezdő interjúvoló, aki első problémafeltáró beszélgetését folytatja egy klienssel, aki a kollégium tanácsadó irodájába jelentkezett segítségért. A második segítő egy tapasztalt interjúvoló, több éve dolgozik a pszichológiai tanácsadás szakmájában. A két fiktív interjúrészlet ugyanazzal a klienssel készült, ugyanarról az induló problémáról. A kliens egy 20 éves egyetemi hallgató lány, aki a vizsgaidőszak sikeres lezárásával megkezdte tavaszi félévét, de két hét után kimaradt, mert heves szorongásos rohamok törtek rá, és nem volt képes kimozdulni a kollégiumból. Egyik tanára javasolta, hogy forduljon az egyetemi tanácsadó irodához.

Az első (kezdő) segítő interjúja

S: Mikor jelentkezett be ide a tanácsadó irodába?

K: Ma reggel.

S: Miért kellett jönnie?

K: Nem tudtam bemenni az óráimra, mert folyamatosan rettegek. És nem értem, hogy ez miért történik velem.

S: Mitől is fél tulajdonképpen?

K: Hát... mint mondtam, nem tudom...

S: Mikor is kezdődött ez a szorongás?

K: Már majdnem egy fél éve, de most a vizsgaidőszak végén felerősödött...

S: Talán attól tart, hogy nem fogja tudni rendesen elvégezni a kurzusait?

K: Nem, ettől biztos nem...

S: Akkor lehet, hogy otthon vannak problémái?

K: Az biztos nem, hiszen otthon minden rendben van, szeretek hazajárni.

A második (tapasztalt) segítő interjúja

S: Mikor jelentkezett be a tanácsadó irodába?

K: Ma reggel.

S: Mit gondolsz, vajon mi lehetett az oka annak, hogy úgy döntött, hogy megpróbálja a tanácsadó irodát?

K: Folyamatosan rettegtem az órákon, de nem értem hogy miért... két hét után olyan rémössé vált a helyzet, hogy muszáj volt otthon maradnom a kollégiumban.

S: Rémössé vált a helyzet...

K: Igen, mert úgy éreztem, nem tudom magam kontrollálni... már reggel rettegtem, hogy fel kell kelnem, és be kell mennem, nem mertem beszélni a barátaimmal sem, és a végén már úgy ültem ott az órákon, mint egy árnyék.

S: Ez tényleg nagyon rossz lehetett.

K: Borzasztó volt... Úgy éreztem, a barátaim elkerülnek, nem mer hozzám szólni senki, már bulikba sem hívtak az utóbbi időben. Úgy éreztem, a kollégiumban is megfagy a légkör, ha megjelenek a TV-szobában... És nem értem, hogy mit csináltam, hogy ez történik velem...

A két interjúrészlet között jól látható a különbség. Az első, tapasztalatlan segítő kérdései rendkívül specifikusak, rövidek és tömörök. Stílusa inkább kikérdezésre emlékeztet, miközben a probléma okait igyekszik kutatni. A kliens rövidre zárt válaszai azt sejtetik, hogy nem tud kibontakozni érzelmei és problémái elbeszélésében. A segítő – valószínűleg kezdő volta és az emiatti szorongása miatt – próbál konkrét kérdésekbe kapaszkodni. Ugyanakkor jól látható, hogy nem tud elszakadni attól a feltételezésétől, hogy a kliens végső soron megmondja majd, hogy mitől szorong. A segítő előfeltételezése tehát gátjává válik annak, hogy a kliens képes legyen „elbeszélni” a problémáját úgy, ahogyan azt ő éli át.

A második, tapasztaltabb kérdező stílusa teljesen eltérő az elsőjétől, noha a klienssel kapcsolatos céljuk azonos. A második kérdező úgy teszi fel a kérdéseit, hogy a rá adott válaszok egyre inkább mutatják a kliens megnyílásának jegyeit. Nem alkalmaz „kikérdezést”, noha ő is az okokat keresi. Az okokat keresi, de nincs előfeltételezése arról, hogy a kliensnek mit kéne mondania. A kérdező megnyilvánulásai is szélesebb körben mozognak. Néha kérdést tesz fel, máskor csak kommentálja a mondottakat, kifejezve megértését, megint máskor az érzelmekre reflektál („az tényleg nagyon rossz lehetett”), illetve gondolkodásra készíti a klienst („mit gondol, mi lehetett az oka annak, hogy...?”). Jól érzékelhető a végeredmény: a kliens érzelmi problémájának fókusza, szorongásának tartalma kibontakozik a kliens elbeszélésében, és kettejük párbeszédében.

A fenti két interjúrészlet és a kérdezők stílusa rávilágít a kérdezés módszerének „művészetére”. Arra, hogy milyen sok tapasztalat, tanulás kell ahhoz, hogy a kérdező valódi párbeszédet tudjon folytatni kliensével. Párbeszédet, annak érdekében, hogy a közös célt – a probléma megértését és kezelésének lehetőségeit – elérjék.

Kérdéstípusok az interjú során

Az előző interjúrészletekre támaszkodva vizsgáljuk most meg, milyen kérdéstípusok jelennek meg egy jól vezetett interjúban. Maloney és Ward (1976, id. Trull és Phares, 2004) nyomán a következőképpen foglalhatjuk össze a segítő főbb megnyilvánulásait, kérdéseinek természetét és célját.

A kérdés típusa	A kérdés célja és lényege	Példa
Nyitott	A kliensre bízva, hogy milyen keretet és tartalmat ad válaszában.	„Mit gondol, vajon mi lehetett az oka annak, hogy úgy döntött, hogy megpróbálja a tanácsadó irodát?”

Facilitáló	Bátorítja a klienst a beszélgetés folytatására.	„Tudna erről többet is mondani?”
Tisztázó	A probléma tisztázását, és az ezt segítő példákat bátorítja.	„Ez azt jelenti, hogy...? Úgy értette, hogy...”
Konfrontatív	Az ellentmondásokra és az összenemillésekre hívja fel a kliens figyelmét.	„Nekem úgy tűnik, hogy amit most mond, ellentmondásban lenne azzal, hogy...”
Ráirányító	Ha a kapcsolat és a bizalom már kialakult, és körvonalazódik a probléma fókusz, a segítő olyan kérdéseket tehet fel, amelyek a részletek feltárását segítik.	„Pontosan mit is mondott az apjának, amikor ő kritizálta a döntését?”

A fenti főbb kérdéstípusok természetesen csak irányt mutatnak egy-egy beszélgetés elemzéséhez. Számos olyan, árnyaltabb kérdés is megjelenik, amely jelzi, hogy a segítő érzelmileg is részt vesz a beszélgetés folyamatában, megérti kliensét, és együtt érez problémájával (Buda, 1975; 1980). Kóczán (1999) és mások (Bang, 1968; Pope, 1983) a fentiekén túl egyéb olyan megnyilvánulás-típusokat is összegyűjtöttek, amellyel a kérdező az empatikus, megértő légkör fenntartására irányuló kommunikatív szándékát fejezi ki az interjú során. Ezek közül emeltünk ki néhányat és illusztráljuk példákkal.

Metakommunikatív értéke van elsősorban a bólogatásnak a megértés, együttérzés kifejezése szempontjából. Fontos lehet ezen kívül a kliens *szóhasználatához* történő alkalmazkodásnak is, amelynek révén a kérdező érzékelteti, hogy „ráhangolódik” a kliens életkorára, iskolázottságára. Ez nem azt jelenti, hogy a kérdező a kliens által használt szlenget alkalmazza (pl. „szóval baromira nem értették meg a szülei...”), hanem azt, hogy a kérdező olyan szinonimákat használ, amelyek segítségével jelzi, hogy érti a kliens mondandóját („nagyon fájdalmas lehetett, hogy nem értették meg a szülei...”). Fontos, hogy a kérdező ne használjon olyan fogalmakat, amelyek a kliens számára idegenek. Itt elsősorban a szakaszavakra kell gondolni, vagy olyan idegen szavakra, amelyek érzékelhetően hiányozhatnak a kliens fogalomtárából, és amelyek a távolság, szakadék érzetét kelthetik a kliensben (pl. „szóval a szüleivel való kötődését ambivalens érzelmek kísérik”). Továbblendítő lehet a beszélgetésben az ún. „*echo effektus*” (Kóczán, 1999, 106. o.), amikor a kérdező megismétli a kliens utolsó szavait, vagy visszajelzi a kliens mondandójának érzelmi konnotációját. Pl. „Ez tényleg nagyon borzasztó lehetett...”. A támogatásnak, biztatásnak szintén jelentősége lehet abban a helyzetben, amikor a kliens a történetekkel kapcsolatos érzelmeit fejezi ki: „Nagyon megterhelő lehetett ez a helyzet, biztosan nagyon kellett tartania magát, hogy ne lássák meg a fájdalmát”.

A kérdező empátiás együttérzésének kifejezése azonban még nem elegendő ahhoz, hogy a kliens elinduljon problémáinak megértésében és megoldásában. Az együttérzés kifejezése fontos eszköze a rapport kialakításának és fenntartásának. Ugyanakkor a kliensnek szüksége van arra is, hogy új szempontokat kapjon, olyanokat, amelyeket saját maga képtelen meglátni. Képtelen, éppen azért, mert össze van zavarodva, káoszt él át, és problémáját nem képes kívülről, egyfajta távolságból szemlélni. A kérdezőnek éppen ezt a szerepet kell betöltenie a kliens számára. A külső, független megfigyelőét, aki megteszi észrevételeit, szubjektív értékítélettől mentes meglátásait a

kliens problémájával kapcsolatban. Ennek legjobb módja, ha a rapport és a bizalom kialakulását követően (nyitott és facilitáló kérdések segítségével) a kérdező tisztázó, illetve konfrontatív kérdéseket tesz fel (ld. Maloney és Ward fenti táblázatát, 1976, id.: Trull és Phares, 2004). Ezt követően összefoglalja a problémát úgy, ahogy ő érzékeli, látja, és értelmezi. Ezek azok a visszajelzések, amelyek segítik az interjú során elhangzottak csoportosítását, összefoglalását (Kóczán, 1999), és végső megnyitják a kliens számára az utat ahhoz, hogy fontos, eddig nem tudatosított összefüggésre ráébredjen. Például a segítő a következőképpen foglalhatja össze a kliens problémáját, és a saját (a segítő) megértését a problémával kapcsolatban: „úgy látom, hogy a szüleivel kapcsolatosan több olyan eseményt mesélt el, amik jó, illetve rossz élményeit fejezik ki. Ez azt a benyomást kelti, mintha maga sem tudná eldönteni, szeretik-e magát, vagy sem.”

A probléma összefoglalását és értelmezését illetően fontos felhívni a figyelmet arra, hogy az interjúzás egyik legkritikusabb pontja az effajta *kérdezési és visszajelzési technika*. A kérdezőnek óvatosnak kell lennie az ilyen típusú visszajelzések megtételében, mert biztosnak kell lennie abban, hogy valóban termékeny talajra hullanak megjegyzései. Tehát, csak akkor fogalmazhat meg konkrét feltevést, értelmezést a kliens problémájáról, ha látja, hogy a kliens „készen áll” az – eddig számára ismeretlen – összefüggés megértésére, befogadására. A fenti példát folytatva a kliens így válaszol: „Tényleg... erre így még sosem gondoltam..., de igaz lehet, mert hol kiakadok rájuk, hol nyugi van... mindig mást érzek velük kapcsolatban, és nem tudom elhinni, hogy szeretnek, amikor balhéznek velem valami miatt...”.

A kommunikáció *promotív* mozzanatainak (lásd 1. fejezet) felismerése, felhasználása szintén segítheti az információátadás folyamatát a beszélgetés aktusában. A kérdezőnek erre is figyelmet kell fordítania, hiszen a beszélgető felek az interakció során nemcsak szóban közölnek információkat egymással. Egy másik csatornán – a metakommunikáció, és a „szavak mögötti beszéd” csatornáján – rendkívül fontos rejtett üzenetek, utalások, egymással kapcsolatos elvárások, illetve rejtett félelmek fejeződhetnek ki (Buda és László, 1981). A rejtett utalások felismerése, tudatosítása és visszajelzése hatékonyan lendítheti elő a párbeszédet és a problémamegoldás folyamatát. A következő példa jól szemlélteti ezt.

Egy fiatal férfi kliens folyamatos „zúdítja” problémáját a kérdezőre, nem hagyván neki teret arra, hogy bármiféle visszajelzést is tegyen. A kérdező egyre rosszabbul érzi magát, mivel kliense gyorsan elmond egy problémát, majd visszakérdez, „nem tudom, mit gondolhat most rólam?” Am mielőtt a kérdező válaszolhatna, a kliens máris beléfojtja a szót azzal, hogy „persze maga mit is mondhatna egy ilyen helyzetben?” A kérdező tehetetlenséget él át, azt, hogy nem hagyják szóhoz jutni, nem tud így visszajelezni. Az interjú második harmadában fogalmazza meg – saját tehetetlenség érzéséből kiindulva – annak felismerését, hogy a kliens a viselkedésével, azaz a szavak mögötti beszédével számára mit is „üzen”. Felismerését fontosnak érzi, és összeköti azzal, amit a kliens szóban mondott el magáról ezalatt. Felismerését – és ezzel egyben a probléma megértését is – a következőképpen jelzi vissza kliensének. „Biztos nagyon nehéz lehet a problémáiról beszélnie egy idegennek, akivel kapcsolatban nem tudhatja biztosan, hogy mit is fog reagálni. Kíváncsi a véleményemre, ugyanakkor tarthat is tőle, hiszen nem hagyja, hogy elmondjam azt... Segítséget kér, ugyanakkor rögtön el is utasítja azt. Ha jól értem, a barátaival is pontosan ezt éli át, vagyis azt, hogy magának senki nem mond semmit, senki nem akar segíteni, tehetetlennek érzi magát és elkeseredettnek, hogy a maga számára emiatt már nincs is segítség.”

A kommunikáció promotív aspektusainak - és ezen belül is a *rejtett üzeneteknek* – a megértése és felhasználása egy nagyon fontos kapcsolati elemre mutat rá a kliens-segítő viszonyban. Az előző példában a segítő a kliens felé irányuló „rejtett üzenetét”, azaz egy kapcsolati elemet használt fel a probléma megértéséhez. Ez a példa rámutat arra is, hogy a kliens már az első alkalommal, problémái bemutatásakor, elbeszélésekor is várakozásokat, vágyakat és aggodalmakat fejezhet ki a segítővel, és az egész helyzettel szemben. Mint ahogy az előbbi példában is láttuk, a kliens attól tartott, hogy a kérdező talán nem érti őt meg, vagy elítélheti. Ezt a félelmét azonban nem tudta megfogalmazni, sőt tudatosítani sem, csak demonstrálni, a kérdezővel való kapcsolatában.

A szavak mögötti üzenetek mindig jeleznek valamit abból, hogy milyen érzelmeket,

kapcsolati mintákat hoz be a kliens a kérdezővel való interakció során. A pszichoanalitikus interjúzók *áttételi jelenségnek* nevezik a beszélgetés eme fontos elemét. Nevezetesen, hogy a kliens a múltbeli tapasztalatai során szerzett kapcsolati mintázattal (vágyakkal, félelmekkel, fontos viszonyulásmódokkal, stb.) lép az interjúhelyzetbe és megjeleníti azt interaktív viselkedésmódjában. Ezek megértése rendkívül fontos információ lehet a probléma feltárásában és megértésében (lásd később a pszichoterápiás első interjúknál).

AZ ELSŐ INTERJÚ FORMÁI

Mint az előző fejezetben láthattuk, az elérendő célok jelentősen meghatározzák az első beszélgetés vezetésének mikéntjét. Ha a segítőnek az a célja, hogy minél több konkrét adatot tudjon meg a klientsztől, annál irányítottabb lesz a beszélgetés. Ha azonban a kliens szubjektív látásmódjára, véleményére, személyes hozzáállására kíváncsi, más típusú kérdésekhez folyamodik, és abban segíti kliensét, hogy minél jobban ki tudjon bontakozni a beszélgetés folyamatában. Az információszerzés céljai tehát alapvetően meghatározzák a kérdezés technikáját, következésképp az első beszélgetés formáját is. Az alábbiakban a főbb interjútípusokat azok formái szerint fogjuk megvizsgálni. A különböző interjúformák – mint látni fogjuk – nem választhatóak el attól, hogy mit, miért, és hogyan akarunk megtudni.

AZ ELSŐ INTERJÚK FELOSZTÁSA A FORMAI JELLEMZŐK ALAPJÁN

Formailag az interjút nehéz kategorizálni. Leginkább azt mondhatjuk, hogy valahol egy dimenzió két végpontja között helyezhetők el. A kontinuum skála két végpontja a strukturált és a strukturálatlan interjú.

Strukturált interjú. Leginkább diagnosztikus céllal készülő interjú. Több ilyen rendszert is kidolgoztak. Lényege, hogy kérdések és kontrollkérdések standard sorozatából áll. A kérdéseket meghatározott sorrendben kell feltenni, attól eltérni nem lehet, s ennek következtében az interjúban kapott információk a leginkább függetlenek a kérdező szakmai irányultságától, iskolához való tartozásától, s így nagy a kérdezők reliabilitása. A pszichiátriai diagnosztikai interjúk tartoznak például ide.

Strukturálatlan interjú. Másképpen klinikai interjúnak is nevezik, melyeknek lényege, hogy a kérdezőre van bízva, hogy milyen kérdéseket, milyen sorrendben tesz fel. Vagy hogy tesz-e fel egyáltalán kérdéseket, vagy a kliensre bízva, hogy arról és úgy beszéljen, amit ő fontosnak tart. A hagyományos klinikai, vagy probléma feltáró interjút és a pszichoterápiás első interjút az interjúvoló szakember képzettsége jelentős mértékben meghatározza. (lásd részletesen ott).

Félig strukturált interjú. A fenti kettő keveréke. A kontinuum közepe táján helyezhető el. A beszélgetés főbb vázlata adott, de a kérdések formáját, sorrendjét a kérdező határozhatja meg. Tartalmilag például a felvételi interjú ilyen.

AZ INTERJÚ CÉLJA SZERINTI FELOSZTÁS

Felvételi interjú

Az interjú célja, hogy eldöntsük, a kliens problémái és elvárásai, valamint az intézmény adottságai, lehetőségei egymásnak megfeleltethetőek-e. A viselkedéselemző kompetencia-körébe tartozó

tevékenység, melynek során feltárjuk a kliens problémáit, tájékoztatjuk az intézmény (terápiás) tevékenységéről, és a keretekről. (A hétköznapi életben az ilyen típusú interjúknak felelnek meg az állásinterjúk is.) Itt a klinikai gyakorlatban használt séma szerinti tematikát követjük. Formailag a félig strukturált interjúknak felel meg, az alábbi kérdéskörök szerint folytatjuk a beszélgetést.

A felvételi interjú általános vázlata (Trull és Phares, 2004.)

A témakörökről nem kell szigorúan ebben a sorrendben beszélni. Haladhatunk részben a kliens saját struktúrája mentén is, de a beszélgetést irányítsuk úgy, hogy ezeket az információkat megkapjuk. Technikailag történhet ez úgy is, hogy az interjú első részében a kliensre hagyatkozunk, a másodikban pedig a kimaradt témakörökről kérdezzük. A klinikumban *anamnézis felvételnek* is szokták ezt az interjút nevezni.

- Személyes adatok felvétele: név, életkor, családi állapot, lakcím, születési hely, idő, iskolai végzettség, foglalkozás,
- Aktuális probléma, a megjelenés oka, tünetek, elvárások. Miért pont most jött? Mik az elvárásai?
- Jelenlegi élethelyzet, napi rutinviselkedés, abban esetleg aktuálisan bekövetkezett változás.
- Családi helyzet: jelen szerepek, főbb események, eredeti család, szülők jellemzői, viszonya velük
- Korai emlékek, események. A legkorábbi események, életkörülmények felidézése.
- Születés és fejlődés lényeges pontjai, járás- és beszédtanulás, toalett-tréning, közösségekbe való beilleszkedés (óvoda, iskola), stb. A kliens gondolatai, érzései ezekről.
- Egészségi állapot, gyermekkori és későbbi betegségek, sérülések, balesetek, problémák alkohollal, droggal, saját test összehasonlítva másokéval, étkezési problémák.
- Iskolák, speciális érdeklődés, teljesítmény
- Munkahely. Munkák, állásváltogatások és azok okai, a munkával kapcsolatos attitűdök.
- Szexualitás: szexuális fejlődés, első emlékei, élményei, tudatosulás, szexuális aktivitás, szexualitással kapcsolatos véleménye.
- Szabadidő: érdeklődési kör, hobbi, örömforrások a kliens életében, önmegvalósítási elképzelései, lehetőségei.
- Önjellemzés: önmagáról alkotott kép, mik az erősségek-gyengeségek, ideálok.
- Döntések és fordulópontok a kliens életében.
- Jövőkép. Rövidtávú és hosszú távú elképzelések. Mit szeretne a közeljövőben (egy év) elérni, és mik a távolabbi elképzelései (öt-tíz év)? Mire van ezekhez szüksége?
- Minden olyan a kliens szerint fontos dolog, vagy adat, ami kimaradt.

Ezeket az adatokat a legtöbb esetben a klienstől magától megtudhatjuk. Néha – például gyermek, értelmi fogyatékos felnőtt, pszichotikus állapot esetén – a kliens, illetve a beteg képtelen megbízható információkat adni. Ilyenkor hasznos lehet, ha ún. *heteroanamnézist* veszünk fel, azaz a kliens (illetve a beteg) környezetében releváns személyeket kérdezzük meg ezekről. Ilyen lehet a szülő, a testvér, a házastárs, a munkatárs, a barát, a tanár, az óvónő, idősebbek esetén a gyermek, stb.

A felvételi interjú részét képezi a mentális státus vizsgálata. Hagyományosan a stukturálatlan interjúk közé tartozott, azonban utóbbi években kidolgoztak strukturált interjúkat és félig strukturált interjú vázlatokat (Trull és Phares, 2004). Célja, hogy a kognitív, emocionális és viselkedésbeli zavarokat feltárja.

A mentális státus vizsgálatának vázlata (Trull és Phares, 2004. nyomán))

- Általános megjelenés: a beteg külseje, viselkedése, attitűdje

- Tudatállapot: éber, felhangolt, letargikus
- Figyelem és koncentráció
- Beszéd: érthetőség, célra irányulás, nyelvi deficit
- Orientáció: személyre, térben és időben
- Hangulat, érzelmek
- A gondolkodás formális jegyei, formális gondolkodási zavar
- A gondolkodás tartalmi jegyei: gondolati megszállás, kényszer gondolatok, téveseszmék
- Elvont gondolkodás képessége
- Észlelés, hallucinációk
- Memória: közvetlen, rövid távú és hosszú távú
- Intellektuális működés
- Belátás és ítélőképesség.

Álljon itt példaként egy pszichiátriai osztályra szállított beteg mentális/pszichés státusának leírása.

B.K. 28. éves férfi

A beteg megjelenése konvencionális. Az ápolat, jó megjelenésű, riadt tekintetű fiatal férfi viselkedése a vizsgálat alatt zavart volt. Éber, figyelme felkelhető, de nehezen terelhető. Beszéde kissé meglassult, olykor elhalkult, érthetlenné vált. Személyében, térben és időben megfelelően orientált. Emocionális- indulati életét nagyfokú szorongás, deprimált hangulat jellemzi. A gondolkodását vonatkoztatások, persecutoros (üldöztetési) téveszmék uralják (a Securitate meg akarja akadályozni, hogy letelepedési engedélyt kapjon, ezért állandó megfigyelés alatt tartják. Azért juttatták ide, hogy legyen indok a kérelem visszautasítására. A pszichiátriai osztályon is van beépített emberük). A gondolkodás színvonala az átlagosnál magasabbnak imponál, az iskolai végzettségének megfelel (Ph.D. ösztöndíjas). Betegségbelátása alacsony szintű, ítélőképessége gyengének tűnik.” (Trull és Phares, 2004, 228. o.)

A felvételi interjú, illetve a mentális státus vizsgálata önmagában kevés a diagnózis felállításához, de nagyban hozzájárul a problémakör behatárolásához, valamint ahhoz, hogy a további vizsgálódások irányát meghatározzuk. Pl. Eldönthetjük, hogy a kliens alkalmas-e érdemi információt szolgáltatni önmagáról, vagy kiegészítő heteroanamnéziszre van szükségünk.

A krízisinterjú

Különleges interjúfajta a krízisinterjú, amely egyszerre felvételi és pszichoterápiás interjú is. A probléma felmérése és az intervenció egy időben történik. Célja a katasztrófa (öngyilkosság, bántalmazás, stb.) elhárítása. Az interjú nagy szakmai hozzáértést és tapasztalatot igényel, mivel az esetleges hibás reakció, kérdés nem korrigálható egy későbbi időpontban, mint mondjuk az anamnézis felvételekor. Fontos, hogy az interjúban a kérdező folyamatosan biztosítsa megértéséről a kliensét, nyugodt, határozott legyen. Nézzük példaként egy telefonos krízisinterjú részletét. Zaklatott anya telefonál a segélyszolgálatához. Egyedül van folyamatosan síró csecsemőjével, és úgy érzi, nem bírja tovább, bántani fogja a kisfiát. (idézi Trull és Phares, 2004, 227. o.)

„Anya: Uramisten, segítsen nekem! Ez az, ahová lehet telefonálni...? Azt hiszem, szükségem van valakire. Mondjon valamit, kérem!

Önkéntes segítő: Igen, jó számot hívott. Mondja el, miről van szó! Kezdje el!

Anya: Olyan ideges vagyok. Úgy érzem, össze fogok omlani. Danny sír, a férjem nincs itthon, és valahogy el kell érnem, hogy abba hagyja, mert nem bírom tovább.

Önkéntes segítő: Igen, azt hiszem, értem. Egyedül van?

Anya: Igen, de nem tudom kezelni ezt a helyzetet.

Önkéntes segítő: Értem. És nagyon zaklatott. De azt hiszem, beszélgethetünk róla. Hol van most?”

A fenti párbeszédéből kiderül, hogy a segítő empátiás visszajelzéseket ad, és pontosító, probléma feltáró kérdéseket tesz fel. A nyugodt, határozott stílus a tehetetlen kétségbeesésről a konkrét probléma és a megoldási lehetőségek felé irányítja a figyelmet.

A diagnosztikai interjú

Hagyományosan a klinikai interjúban testesült meg a diagnosztikai interjú, melynek célja, hogy minél pontosabb probléma-leírást, ill. diagnosztikai kategorizálást kapjunk. Ezek a strukturálatlan interjúk azonban tartalmilag erősen kötődtek az interjúvoló szakmai orientációjához, ezért gyakran lényeges különbségek adódtak a diagnosztikai besorolásban aszerint, hogy a pszichológus milyen iskolához tartozik. Az utóbbi évtizedekben azonban a klinikai tudományos kutatásban az objektivitásra törekvés egyre erősebb, s ennek következtében kialakították a klinikai diagnosztizálási rendszerekkel (DSM, BNO) harmonizáló diagnosztikus strukturált interjúkat. Ezek a klinikai diagnosztikus interjúk olyan kérdőívhez hasonlítanak, amelyek kérdéseit a szakértő teszi fel, és a kapott válaszok alapján tölti ki.

Magyarországon elterjedten használják a *SCID*-et (Structured Clinical Interview for Axis I. DSM-IV. Disorders; First és mtsai, 1995; Szádóczky és mtsai, 2004) valamint a *M.I.N.I.*-t és a *M.I.N.I. Pluszt* (Mini International Neuropsychiatric Interview; Sheehan, Lecrubier, 1997; Balázs és mtsai, 1997). Az interjú célja a DSM-IV, valamint BNO-10 klinikai diagnózis felállítása.

A *M.I.N.I.* 120 kérdést tartalmaz és 17 kórkép (A-Q) diagnosztizálását teszi lehetővé. A *M.I.N.I. Plusz* 325 kérdésből áll és további hét kórkép (R-Z+) diagnosztikai vizsgálatára nyújt lehetőséget.

A *M.I.N.I.* És a *M.I.N.I. Plusz* diagnosztikai kategóriái:

- A - Major depresszív szindróma
- B - Dysthímia
- C - Bipoláris zavar
- D - Agorafóbia
- E - Szociális fóbia
- F - Meghatározott fóbia
- G - Obszesszív-kompulzív szindróma
- H - Generalizált szorongás szindróma
- I - Alkohol abúzus és dependencia szindróma
- J - Generalizált szorongás szindróma
- K - Nem-alkohol típusú pszichoaktív szer által okozott abúzus és dependencia
- L - Pszichotikus kórképek
- M - Anorexia nervosa
- N - Bulímia nervosa
- O - Poszttraumás stressz szindróma
- P - Öngyilkos magatartás
- Q - Antiszociális személyiségzavar
- R - Szomatizációs zavar
- S - Hipochondriazis
- T - Test-diszmorfiás zavar
- U - Fájdalom szindróma
- X - Figyelemzavar/hiperaktivitás szindróma
- Z - Premenstruális szindróma

+ - Kevert szorongásos-depressziós zavar

Példaként Balázs és munkatársai (1998, id.: Perczel és mtsai, 2005) a *major depresszív szindróma* kérdéseinek struktúráját ábrázolják (3. o.). A kérdések a diagnosztikai rendszer kritériumaihoz kötődnek, a vizsgáló teszi fel a kérdéseket, a beteg pedig igen vagy nem választ adhat. Egy diagnózis akkor állítható fel, ha az adott rendszerben (jelen esetben a DSM-IV diagnosztikai rendszere) meghatározott számú kérdésre igen választ kapunk. A diagnosztikai interjúk felvétele rövid képzést igényel.

PSZICHOTERÁPIÁS ELSŐ INTERJÚK

Anélkül, hogy bevezetést kívánnánk adni a pszichoterápia sajátos élményvilágába, a segítő kapcsolat e módszertanilag, elméletileg és technikailag megalapozott különleges dimenziójába, nem kerülhetjük meg, hogy a pszichoterápiás első interjúk ismertetése előtt ne tisztázzunk néhány alapfogalmat, specifikumot, amely a pszichoterápiát, mint segítő módszert meghatározza és jellemzi. Ezen alapfogalmak ismerete nélkül a pszichoterápiás első interjúk módszereit, technikáját és elméleti alapjait sem érthetnénk meg.

Mit is jelent a pszichoterápia? Buda Béla (2004) meghatározásában a „pszichoterápia minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás – szociológiai nyelven: interakció – és jelentésváltozási folyamat – kommunikáció – révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban... lényegében az emberek között folyó kommunikáció és interakció tudományos formája a pszichoterápia” (94. o.). A pszichoterápia módszerét sokáig az orvostudomány keretei között képzelték el. Olyan gyógyító eljárásnak, amelynek objektív, tudományos kritériumai meghatározhatóak. Ám hamarosan kiderült, hogy az emberi lélek annál bonyolultabb, hogy annak zavarain közvetlen, egyszeri, jól meghatározott beavatkozásokkal lehetne segíteni. A lelki zavarok és a háttérükben álló személyiség szerveződés természetéből fakad, hogy ezek a zavarok nem gyógyíthatóak „betegségekhez rendelt receptek”, vagy előírt, konkrét tanácsok alapján. A pszichés és mentális zavarok diagnosztikai kutatása sokat fejlődött az utóbbi évtizedek során, ám az is egyre világosabbá vált, hogy egy-egy pszichés zavar lefolyása és szubjektív átélése jelentős egyéni különbségeket mutat (Trull és Phares, 2004). Azaz, nem lehet az egyes egyének pusztán a diagnosztikus kritériumok alapján besorolni, szükség van a szubjektív, egyéni történések feltárására, figyelembe vételére akkor, amikor a pszichoterápiát tervezzük és folytatjuk.

Az elmúlt évtizedek pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatai alátámasztják, hogy a pszichoterápia, jelentős és hatásos gyógyító technika, ám hatásmechanizmusai sokkal árnyaltabbak és több szinten érvényesülnek, mint az orvosi beavatkozások (gyógyszeradás, műtét, stb.) hatásmechanizmusai (Pintér, 2001). Ennek oka pedig éppen abban a sokféleségben rejlik, amit a pszichoterápiás módszerek háttérében álló kommunikációs, emberi és módszertani sajátosságok jelentik. Két ember között létrejövő segítő kapcsolat mindig is egyedi, folyamata sosem ismételtető meg ugyanúgy egy másik emberrel. A pszichoterapeutának pedig éppen ezzel az egyéni-egyedi szubjektív élményvilággal kell dolgoznia a segítő folyamat során.

Az elmúlt évszázadban gomba módra szaporodtak azok a pszichoterápiás iskolák, amelyek az emberek lelki-testi bajain való segítség célját tűzték zászlajukra. Közös vonásuk, hogy minden egyes pszichoterápiás iskola rendelkezik egy *metapszichológiai modellel* (a személyiség fejlődéséről, felépítéséről), egy *pszichopatológiai modellel* (azaz, hogy hogyan alakult ki egy adott pszichés zavar), és egy *kezelési technikával* (azaz, hogy mire fókuszáljon a beavatkozás célpontja, és hogyan hajtsa azt végre a terapeuta). Minden egyes pszichoterápiás iskola rendelkezik tehát egy koherens, jól felépített, ám egymástól eltérő modellel a személyiség felépítéséről, a lelki zavar kialakulásáról és a gyógyítás módszeréről. Logikusan következik ebből, hogy a lelki zavar

feltárásának, megismerésének a módszere is eltérő a különböző pszichoterápiás iskoláknál. Az alábbiakban a pszichoterápiás első interjúk – azaz a problémafeltárás specifikus módszereinek – a bemutatását célozzuk meg. A számos terápiás iskola közül most csak három olyan pszichoterápiás modellt emelnénk ki, amelyek gyakorlata napjainkban is a leginkább elterjedt: a *pszichoanalitikus*, a *magatartásterápiás* és a *személyközpontú* pszichoterápiás modellt, és ezen belül is azok problémafeltáró interjúinak specifikumait.

Fel kell tennünk azonban még egy kérdést, mielőtt e részletekbe fognánk. Nevezetesen, hogy miben különbözik egy pszichoterápiás első interjú egy „egyszerű, problémafeltáró” első interjútól? Sokban. Míg a pszichoterápiás első interjú célja ugyanúgy a probléma megértése, feltárása, akár csak a problémafeltáró interjú esetében, ezen túlmenően arra is figyelmet fordít, hogy megállapítsa a pszichés probléma diagnosztikus jellegzetességeit, a probléma mélységét (diagnosztikai cél), tovább azt, hogy vajon a kliens alkalmas-e az adott terápiás módszerre (indikációs cél). Felméri azt is, hogy az adott terápiás módszer milyen szinten és mélységig tud segíteni a kliens problémáján (prognosztikus cél). Problémafeltáráson túl tehát a pszichés zavar dinamikus diagnózisára, és a pszichoterápia indikációjának megállapítására is törekszik.

Összefoglalva, amíg az előző részben ismertetett interjúformákban az első interjú elsődleges célja a probléma minél pontosabb meghatározása, valamint a kliens, a probléma és a fogadóhely illeszkedés volt, addig a pszichoterápiás első interjú a problémafeltárás, diagnózisalkotás funkcióján kívül, a kapcsolatépítő, motiváló és terápiás szerepet is betölt (Ratkóczy, 2001). Nézzük meg most részletesebben a pszichoterápiás első interjúk funkcióit. Ezek a funkciók minden egyes pszichoterápiás interjúfajta számára érvényesek attól függetlenül, hogy melyik elméleti modellt követi az interjú.

A pszichoterápiás első interjúk funkciói

Információgyűjtés. A probléma felmérése központi cél az interjú vezetése során. A felvételi interjúban megadott szempontokon kívül meg kell állapítani a pszichoterápia szükségességét, és a pszichoterápiára való alkalmasságot. Ezen kívül lehetőség szerint diagnózist kell felállítani, és fel kell mérni a személyiség alapvető, egyéni jellemzőit (annak egészséges és patológiás vonásait is).

Motiválás, motivációerősítés. Magyarországon a kliensek jelentős része nem ismeri a pszichoterápiás helyzetet, ahhoz szokott, hogy megmondják mi a baja, adnak neki tanácsot és/vagy gyógyszert. Az ő szerepe, hogy kövesse az utasításokat, és meggyógyuljon. A betegszerep tehát meglehetősen egyoldalú, függő kapcsolatot kínál. Ezzel szemben a pszichoterápia aktív együttműködést kíván a kienstől, erőfeszítési képességet saját problémájának megoldására, nem pedig passzív befogadó szerepet. (részletesen lásd később). A pszichoterápiás első interjú célja, hogy ezt a sajátos szerephelyzetet előkészítse a kliensnél, motiválja ennek a szerepnek az aktív felvételére, ha az ismeretlen lenne a kliens számára.

Kapcsolatépítés. Az egyik legfontosabb funkció. A jó kapcsolat kiépítése előfeltétele a pszichoterápiának. A kapcsolatépítés mélysége azonban attól is függ, hogy milyen intézményben dolgozunk. Ha tudjuk, hogy az első interjút követően más terapeutához fogjuk küldeni a kienst, a kapcsolatépítés célja a pszichoterápia és a majdani tényleges terapeuta iránti bizalom megalapozása.

Terápiás tapasztalat nyújtása. A betegek nagy része először vesz részt pszichoterápiás első interjúk helyzetben. Az első tapasztalat modell értékű, más mintavételi lehetősége eddig nem volt. Az első interjú irányzatoként más-más elméleti értelmezéssel és terápiás technikákkal dolgozik. Mindegyikben közös azonban, hogy a pszichoterápiában – és ezen belül is a pszichoterápiás első interjúban – a kliens, illetve a beteg megtapasztalja azt a különleges kommunikációs helyzetet, amelyben a terapeuta feltétel nélkül elfogadja, a problémáit empátiával kezeli, és minden

tekintetben az érdekeit képviseli. Ezek a jellemzők az ún. rogersi *terapeuta-változók*, amelyek minden terápiás irányzatban – függetlenül az elméleti modelltől, amelyet követnek - megjelennek a terápia kapcsolati tényezőiben. (Lásd részletesen személyközpontú megközelítésnél.)

A PSZICHOANALITIKUS ELSŐ INTERJÚ

A pszichoanalitikus első interjú kidolgozott technikája Hermann Argelander (1970) nevéhez fűződik. Módszere a pszichodinamikus modell elméleti és gyakorlati pilléreire nyugszik. Legfontosabb feltevései, hogy a lélek tudatos és tudattalan rétegei egyaránt részt vesznek a személyiség szerveződésében, és az emberi kapcsolatok alakításában. A tudatos és tudattalan rétegek és ezek működés módja, illetve az ebben keletkező egyensúlyvesztések határozzák a pszichés zavar kialakulásának dinamikáját és jellemzőit is. A kezelés célja pedig éppen ezeknek a dinamikus folyamatoknak az egyensúlyba hozása, amelyek elakadása a pszichés zavarok kialakulását eredményezte.

A pszichoanalitikus első interjú alapszabályai arra a kiindulóponton épül, hogy a kliens a szóbeli közléseivel és mondandójával párhuzamosan fontos tudattalan közléseket tesz, amelyek tendenciózusan megnyilvánulnak a beszélgetéshelyzetben, és megjelennek a kliens kérdezővel való kapcsolatában. A pszichoanalízis áttételnek nevezi ezt a nagyon fontos kapcsolati aspektust, amely sűrítménye azoknak az érzelmi, interakciós és kapcsolati mintázatoknak, amelyeket az egyén élete során a számára fontos személyekkel való kapcsolatában sajátított el. A kliens nincs tudatában ezeknek a szavak mögötti közléseknek az elbeszélése során (vö. „a szavak mögötti beszéd” – lásd előző fejezet), ugyanakkor fontos információkat „mond el” általuk személyisége mélyebb rétegeiről, illetve pszichés problémájának dinamikus aspektusairól. Az interjúzó dolga, hogy ezeket a tudattalan közléseket megértse, és felhasználja a problémafeltárás folyamatában.

Nézünk erre egy példát. Argelander egy Schraml (1968, id.: Argelander, 1970) nevű terapeuta első interjúját idézi és elemzi röviden. Egy idősebb, magas beosztású jogász jelenik meg a terapeutánál, hogy családi problémáiban kérjen tanácsot. Pedánsan öltözött, és gondosan összeszedett listát vesz elő. Minden apró részletet igyekszik elmondani életéről, sikereiről, és ehhez használja a maga által elkészített „dokumentációt”, hogy a terapeuta minél jobban megismerje őt. Csak fél óra elteltével kezd el a családi kapcsolataira rátérni, ám alig mond valamit feleségéről és gyermekeiről, azok személyi adatain kívül. Majd várakozással néz a terapeutára. A terapeuta a kliens elbeszélése alatt egyre dühösebbnek érzi magát a hosszú „bemutatkozástól”, aminek így első hallásra nem látja összefüggését a családi problémákkal. Megfogalmazódik benne az a feltevés – ami ugyan nem kapcsolódik a szóban elmondottakhoz, ám jelen van a „szavak mögött” –, hogy nem lehet könnyű a gyerekek ilyen sikeres és precíz apával, akit utolérni sem lehet könnyű, nemhogy túlszárnyalni. A terapeuta feltevése egyben a probléma mélyebb megértését is jelenti, mégpedig úgy, hogy az nem az elmondottakból, hanem a beszélgetés-helyzetből, annak élményéből fakad. A kliens közlései és viselkedése a terapeuta számára közvetítették azt, ami a kliens számára láthatóan nem volt tudatos. Nevezetesen, hogy „tökéletes és utolérhetetlen vagyok... Ezért mindenkinek nehéz velem, de nekem is velük” (13. o.). A terapeutának ez a felismerése segítségére volt abban, hogy a továbbvivő kérdést fogalmazza meg: „Az embereknek nehéz magával?” (14. o.) A kliens meglepődött a látszólag ide nem illő kérdésen, ám hirtelen megkönnyebbült, és elkezdett valódi problémáiról beszélni.

Argelander „szokatlan beszélgetéshelyzetnek” (10. o.) nevezi az első interjúzásnak és az ebből nyerhető információknak ezt a sajátos módszerét. Hasonlóan más típusú első interjúkhoz, itt is nagyon fontosak a beszélgetéshelyzet külső keretei (idő, hely, és cél kitűzése), hiszen ezek a keretek fogják strukturálni a beszélgetés felépítését. Szokatlan a beszélgetéshelyzet annyiban, hogy a többféle információs csatornán „zajló beszélgetést”, és az ezekről érkező információkat a terapeuta egyaránt felhasználja a tudatos és tudattalan közlések megértéséhez, következésképp a probléma meghatározásához. Röviden összefoglalva, melyek ezek az információs csatornák?

Az *objektív információk* lényegében a „nyers adatok”, amiket a kliens tudatosan, verbálisan elbeszél: életrajzi események, problémák, okok, feltevések megfogalmazása. A *szubjektív információk* azok az adatok, amelyek a beszélgetés menetében bontakoznak ki. A kliens által az elmondottaknak tulajdonított jelentés a döntő, az elmondottak, és a helyzetben lejátszódó történések összhangja, vagy ellentmondása rendkívül fontos információ itt. Végül, a *szcénikus információk* esetében az adatokkal való kapcsolat másodlagos, a lényeges információ, amit a helyzet élménye közvetít. Ilyenek, pl. a beteg testtartásbeli megnyilvánulásai, hallgatása, stb. Rendkívül fontosak itt azok a szubjektív megérzések, képzettársítások, amik a terapeutában keletkeznek a beteg elbeszélése és viselkedése nyomán (lásd a fenti példát). Az észlelés és információszerzés eszköze tehát ebben az esetben maga a terapeuta személyisége, amivel a beteg személyiségére és ösztönös megnyilvánulásaira, azaz a tudattalan jelzésekre és azok megértésére hangolódik rá.

A pszichoanalitikus első interjú hosszú képzést (beleértve az önismereti tréninget), alapos elméleti, kommunikatív és módszertani ismereteket, valamint nagy gyakorlatot kíván meg a terapeutától.

A VISELKEDÉSTERÁPIÁS INTERJÚ

A viselkedésterápia a pszichopatológiai tüneteket patológiás viselkedésnek, hibás tanulási folyamatok eredményének tekinti, ezért a viselkedésterápiában a hangsúlyt a problémás viselkedés kialakulásában és fenntartásában szerepet játszó inger-reakció-konzekvencia láncokra helyezzük, nem keresünk stabil, szituációtól független személyiségvonásokat. A viselkedésdiagnosztikában a régmúlt eseményeivel csak a tünetek kialakulásával, a tanulási mechanizmusok feltérképezésével kapcsolatban foglalkozunk, a jelen, az „itt és most” kap kiemelt szerepet.

A viselkedésdiagnosztika forrásai

A viselkedésdiagnosztika számos forrásra támaszkodik, amelyekből adatait nyeri. Tekintsük most át ezeket a forrásokat.

A viselkedésdiagnosztikai interjú

A viselkedésdiagnosztikai célú beszélgetés leginkább konzultációhoz hasonlít. A beszélgetés irányításában a rogersi alapelvek – a segítő megértő, empátiás és kongruens viselkedése, valamint a kliens feltétel nélküli elfogadása - alkalmazhatóak (Mórotz, 2005). Mi mindenre kell kitérnie a viselkedésdiagnosztikai interjúnak?

Először is fontos tisztáznunk a *tüneti viselkedés kialakulásának* körülményeit. A *tünet első megjelenése* néha könnyen hozzáférhető, gyakran – különösen, ha évek óta fennálló problémáról van szó (pl. evészavarban, kényszereknél, stb.) - azonban nehezen tárható fel. Az interjúban ezért részletesen térképezzük fel azokat a jelentős életeseményeket, amelyek stresszt okozhatnak (házassági-, családi- és munkahelyi problémák, betegség, halál, stb.)

A *betegség lefolyása* a tünetek első megjelenésétől az interjú napjáig. A tünetek időbeli változása, illetve az, hogy miért éppen most jelentkezett a beteg kezelésre, valamint az esetleges addigi kezelések története, mind fontos információk számunkra. Érdemes a beteggel közösen az élettörténeti események és tünetek összefüggéseit végignézni. A viselkedésdiagnosztikában a „miért” kérdések helyett a „hogyan jelentkeztek”, „mit tapasztal ilyenkor”, „mi tudja megváltoztatni” típusúakat használunk.

Predisponáló faktorok összegyűjtése. Minden olyan adat fontos, amely a tünetek megjelenését befolyásolhatja (pl. családi anamnesztikus adatok, sérülékenység, fiziológiai jellegzetességek, stb.).

A tüneti viselkedés elemzése. A tüneti viselkedés elemzésének egyik hatékony módja az un.

A-B-C („antecedents, behaviour and beliefs, consequences”; O’Leary és Wilson, 1975, id.: Mórotz, 2005, 112. o.) modell. Ez az elemzés a viselkedést kiváltó ingereket (aktiváló eseményeket), a viselkedést, és a közöttük hidat képező hiedelmeket (beliefs), valamint a viselkedés konzekvenciáit vizsgálja. E faktorok bármelyikének megváltozása az adott viselkedés megjelenésének valószínűségét befolyásolhatja.

A tüneti viselkedés *kontextusának* elemzése a másik lehetséges út. Ilyenkor a tüneti viselkedést módosító külső és belső tényezőket azonosítjuk. Ezeket a faktorokat a hat fő jelenségkör szerint csoportosítjuk (szituatív, viselkedéses, kognitív, affektív, fiziológiai, interperszonális).

Szituatív jelek. Gyakran tapasztaljuk, hogy a tünetek bizonyos helyzetekben kifejezettebben, másokban mérsékelten jelentkeznek (pl. társasági összejövetelen drog- vagy alkoholfogyasztás, stb.).

Viselkedéses jelek. A tüneteket olykor bizonyos tevékenységek hívják elő: pl. trichillomániában a tünet gyakran tanulás közben jelentkezik. Hipocondriázisban kevés fizikai aktivitás (pl. rövid futás, lépcsőn járás) is elindíthatja a betegséggel kapcsolatos gondolatokat.

Kognitív tényezők. A betegek sokszor azt élik meg, hogy tüneteik bejósolhatatlanul, minden előzmény nélkül árasztják el őket. Az elemzés során igyekszünk azonosítani azokat a gondolatokat, amelyek szerepet játszanak a tüneti viselkedés kialakulásában (pl. szociális szorongásban gyakori kogníció, hogy „butaságokat fogok beszélni,” „hülyének fognak nézni”, stb.).

Affektív állapot. Az affektív állapot lehet a magának a tüneti viselkedésnek a része, ill. precipitáló faktora. A depresszió a tüneteket többnyire súlyosbítja.

Fiziológiai faktorok. A fiziológiai faktorok gyakran a tüneti kép részét képezik, olykor maguk indukálják a tüneti viselkedést (pl. pánik szindróma esetén a légszomj, a mellkasi szorítás lehet a szorongásos roham elindítója.)

Interperszonális tényezők. A szociális környezet hatása a legtöbb viselkedészavar esetén kimutatható, egyes esetekben pedig – pl. szociális szorongás – ez a hatás meghatározó lehet.

A tünetet fenntartó tényezők és a következmények elemzése (ld. fentebb) szintén rendkívül fontos tartalmi része kell, hogy legyen a viselkedésdiagnosztikának. Milyen szempontokat kell itt figyelembe venni?

A tünetet fenntartó tényezők áttekintése. Ezek azok a viselkedést követő konzekvenciák, amelyek a tüneti viselkedést megerősítik.

Közvetlen konzekvenciák feltérképezése. A passzív elkerülő viselkedés esetén (pl. fóbia) a személy kilép a szorongáskeltő helyzetből, s ez által mentesül a szorongástól. Az aktív elkerülésnél – főképp kényszereknel - a várt negatív konzekvenciák elkerülésének eszköze valamely aktív cselekvés, pl. kézmosás, ellenőrzés, stb. Ezek a reakciók nagyon nagy megerősítő potenciállal bírnak, ezért a legfőbb betegséget fenntartó, s egyúttal a legnehezebben kezelhető tényezők.

Hosszú távú konzekvenciák számbavétele. A terápiás terv kialakításához fontos feltérképeznünk a beteg számára megerősítőként szóba jövő tevékenységek, örömforrások listáját. Elemeznünk kell, hogy a tünet megszűnése milyen hatásokkal járhat a betegre és a környezetére. Itt vesszük számba a tünetek, valamint megszűnésük „előnyeit és hátrányait”. Ezek alapján tudjuk felmérni a beteg együttműködési készségét a terápiában.

Kiegészítő források a viselkedésdiagnosztikában

A speciális szempontrendszerű interjú adatait célszerű kiegészíteni néhány további forrásból származó információval, hogy a diagnózis minél pontosabb legyen, ill. hogy a terápiás tervet minél alaposabban készíthessük el. Melyek ezek a kiegészítő források?

A viselkedés megfigyelése természetes környezetben. Olykor lehetőségünk van a kliens közvetlen megfigyelésére (pl. óvodában, iskolában), azonban gyakran kénytelenek vagyunk heteroanamnesztikus adatokra hagyatkozni, a hozzátartozó, a tanár beszámolója a kliens/beteg otthoni, iskolai viselkedéséről.

Az *önmegfigyelés, önmonitorozás*. Leghatékonyabb módja, ha naplóvezetésre kérjük kliensüket a problémás viselkedéssel kapcsolatban (pl. étkezési napló evészavarban, kényszergondolatok naplója, stb.)

A *kísérleti helyzetben történő megfigyelés*. Alapesete, amikor létrehozunk a problémás helyzetet, és megfigyeljük a kliens/beteg reakciót (pl. kígyófébiás betegnek kígyó képét mutatjuk, tisztálkodási kényszeres beteg kezét bepiszkítjuk, stb.). A másik, főként a családterápiákban használt technika a speciálisan felszerelt, detektívtükrös szoba, amelynek segítségével a család interakcióit közvetlenül megfigyelhetjük.

A *tüneti skálák, önbecslő skálák alkalmazása*. Hasznosak lehetnek, mert könnyen, gyorsan értékelhetőek, és jól követhetjük segítségükkel a kliens állapotváltozásait is (pl. szorongás skála, depresszió skála, stb.).

Mindezen adatforrások együttes értékelésével juthatunk el a probléma körvonalazásához, valamint a szükséges beavatkozás helyének és módjának meghatározásához.

A SZEMÉLYKÖZPONTÚ ELSŐ INTERJÚ

A személyközpontú pszichoterápia alapelvei

A rogersi vagy kliens-centrikus pszichoterápiának („client-centered therapy”) is nevezett irányzat kimunkálása Carl Rogers nevéhez fűződik (Rogers, 1951). A hatvanas években mozgalommá nőtt megközelítés alapja a humanisztikus személyiség-felfogás. Rogers úgy véli, a terápia célja az ún. *fully functioning person* (FFP), vagyis a teljesen működő személyiség. A teljesen működő személyiség (FFP) lehetősége eredendően mindenkiben benne van, csak a szocializációs folyamatban bekövetkezett frusztrációk, negatív hatások nem engedték érvényesülni a személy belső ön-aktualizációs tendenciáját. A terápia célja, hogy a személyiségfejlődés akadályait elhárítsuk, s ez által segítsük a növekedési potenciál érvényesülését. Cél, hogy a személy kiteljesítse önmagát, s elérje a FFP szintjét. Aki tapasztalatai számára nyitott, az képes tapasztalatait pontosan feldolgozni. Önmagát elfogadja, az önképe dinamikusan változik, és az új tapasztalatok által gazdagodik. Kialakult, stabil értékrendje van, igénye van kapcsolatokra, és képes kapcsolatokat teremteni. Következésképpen a másokkal való kapcsolatai is a kölcsönös tiszteleten alapulnak.

Hogyan segíthetjük ebben a kliensünket? (Rogers óvakodik a beteg kifejezés használatától, mert ezzel is el kívánja kerülni, hogy a probléma orvosi modell szerinti értelmezést kapjon, illetőleg a kliens megnevezéssel a terapeuta/segítő – kliens kapcsolat szimmetrikusságát hangsúlyozza). Rogers szerint legjobban a személy tudja, hogy mire van szüksége, maga tudja a jövőjére vonatkozó elképzeléseit kialakítani, mint ahogy a növényre is rábízzhatjuk a növekedést, fejlődést, csupán az optimális feltételeket kell megteremtenünk. A segítő feladata csupán az, hogy optimális körülmények között, torzításmentes tükröt tartson a kliensnek. Az optimális feltételek legfontosabb elemei a terápiában, illetve a tanácsadásban az ún. *terapeuta-változók*, amelyek alapvetően meghatározzák a segítő és kliens kapcsolatot. Ezek az *empátia, a kongruencia és a feltétel nélküli elfogadás*. A rogersi terápiában az első interjú elsődleges célja a segítő-kliens kapcsolat építése, a kliens ön-explorációjának elősegítése.

A terapeuta-változók

Empátia

Az empátia alapfogalom nemcsak a rogersi terápiában, de minden segítő kapcsolatban. Az empátia olyan képesség, melynek révén a másik emberrel való kommunikáció során bele tudja magát élni a másik személy lelkiállapotába, s benne is felkeltődnek azok az érzelmek, indulatok, feszültségek, amelyek a másikban keletkeztek. Fontos azonban megjegyezni, hogy ezek az érzések „mintha” jellegűek, vagyis nem jelenti azt, hogy a klienssel együtt sírunk, oly mértékben átéljük szomorúságát.

Az empátiától elválaszthatatlan fogalom a verbalizáció. A verbalizáció a terapeuta képessége arra, hogy a megértett, felfogott közléseket megfelelő nyelvi formába öntse (Tringer, 1991). Álljon itt egy példa az exploratív, valamint az empátiás típusú reflexiókra (Tringer, 1991, 52. o.)

Beteg: „nos, már akkor is, ha csak a főnök ajtaja előtt állok, vagy ha fel kell őt hívnom, igen, hát a legszívesebben eltűnnék onnét, vagy szeretnék száz méterrel a föld alá süllyedni. Én mondom önnek, ez rettenetes, és tudom, hogy ő semmi rosszat nem tesz nekem.”

Exploratív reflexiók a terapeuta részéről:

- Igazán miért fél a főnökétől?
- Más tekintélyes személytől is ennyire retteg?
- Maga is úgy érzi, hogy ez a félelem túlzott, miért nem szedi össze magát?
- Biztos abban, hogy főnöke nem árthat Önnek?
- Mióta érzi ezt a félelmet?

Empátiás válaszok:

- Szóval rettenetesen fél a főnökétől, és ez annál is érthetlenebb, mivel ő semmi rosszat nem tesz önnel.
- Elviselhetetlen, hogy főnökének még a hangjától is retteg, s nem érti, miért, hiszen ő nem árt önnek...

A különbség a reflexiók között jól látható. Az exploratív kérdések újabb információt kérnek a kliensről, vagy éppenséggel kioktatják őt. A lényegről – az elviselhetetlen és indokolatlan félelemről – mindenesetre elterelhetik a figyelmet. Képzelnék el, milyen nehéz lehet a kliensnek átélnie azt, hogy megértik őt, ha problémái elbeszélésének az a következménye, hogy kioktatják. Ezzel szemben az empátiás válaszok nem kérnek újabb információt, hanem a kliens érzelmeit, szorongásait próbálják szavakba önteni. Természetesen az empatikus reakciók nem mindig jönnek ösztönösen, ugyanakkor a segítőnek törekednie kell ezekre. Az empátia akaratlagos odafordulással működik, s mint ilyen, fejleszthető készség. Rogers nagy hangsúlyt fektetett az oktatásra, a segítő fejlesztésére.

Kongruencia

A kongruencia talán a legszemélyesebb terapeuta-változó, hiszen ez szól leginkább a segítő személyiségéről. Hiteles viselkedést, őszinte kommunikációt jelent a kongruencia, vagyis a segítő verbális és nem-verbális közlései összhangban vannak egymással és a segítő belső állapotával. A segítőt a kongruencia hiánya alkalmatlanná teszi a segítő szerepre. Ez azt is jelenti, hogy a személyközpontú irányzat – más pszichoterápiás irányzatokhoz hasonlóan - követelményként fogalmazza meg a lelki egészséget segítői számára. Ezért tartják a pszichoterapeuta képzés fontos elemének a kongruencia növelését (ön-azonosság, a tapasztalatok és a tudatosság összhangja, nyílt őszinte kommunikáció, stb.), az önismereti képzés (sajátélményű terápia) révén.

A kongruenciát másképpen *transzparenciának* is szokták nevezni annak kifejezésére, hogy a segítő nem rejtőzik álarc mögé, nyílt, és őszinte. A gyógyító álarcának viselése annak a veszélyét is

magában hordozza, hogy a magánéletben sem sikerül azt levenni. Ha valaki a személyes kapcsolataiban – pl. partnerkapcsolataiban - is segítő szerepet vesz fel, akkor saját személyiségét elrejti. Ez inkongruens viselkedést jelent a kapcsolatban, s bár lehet, hogy a partner eleinte szereti, hogy „kezelik”, egy idő után azonban mégis magára marad.

A terápiás hatékonyságvizsgálatok kimutatták, hogy a sikeresség egyik legfontosabb eleme a terapeuta és kliens kapcsolata. Érdemi eredményességet csak a bizalmas, teherbíró, mély emberi kapcsolat hozhat. Az első interjú során ezt a kapcsolatot alapozzuk meg. A terapeuta inkongruens viselkedése (személytelen, professzionális kinyilatkoztatásokat tesz, érdektelen magatartást tanúsít, stb.) a segítő kapcsolat kialakítását gátolja. A kongruens terapeuta teljes személyiségével részt vesz a kapcsolatban, felvállalja a problémákat, a paciensre vonatkozó saját érzéseit nyíltan kifejezi (még a negatívakat is), és azokat konstruktívan felhasználja a terápiában.

Feltétel nélküli elfogadás

A feltétel nélküli elfogadás fogalmát Rogers dolgozta ki, de ma már minden terápiás irányzat a magáénak vallja, mint filozófiai alapot. Lényege, hogy a terapeuta érték-feltételek nélkül elfogadja kliensét, függetlenül attól, amit mond, vagy amit tesz. Ez a feltétel nélküliség három fő aspektusból tevődik össze: *pozitív érzelmi odafordulás*, *non-direktivitás* és *feltétel nélküliség*. Tekintsük most át, mit is jelentenek ezek a fogalmak.

Az *érzelmi melegség* közvetítésében kiemelkedő szerepe van a mosolynak, a tekintetváltásnak, hangsúllynak, hanghordozásnak, bólintásnak. (lásd kommunikáció fejezetben részletesebben). A *non-direktivitás* a személyközpontú terápiában azt jelenti, hogy minden ülés új kaland az ismeretlenbe. Nincs előre rögzített stratégia, koncepció, a segítő kliensére hagyatkozik, az ő belső munkájához, önfeltáró folyamatához szegődik társul, élményvilágának feltárását igyekszik segíteni. A *feltétel nélküliség* az egyik legfontosabb, és a legnehezebben megvalósítható terápiás alappillér. Rogers maga az „agape” kifejezést használja, a szeretet teológiai értelmezését, a másik személyének tiszteletét és megbecsülését érti alatta. Természetesen a szeretetet, mint megközelítendő ideát értjük, amire törekszünk, de olykor személyes esetlegesen negatív érzéseink, saját érintettségünk okán (például aktuálisan hasonló megoldatlan párkapcsolati, családi vagy munkahelyi problémánk van, stb.) ezt nem vagyunk képesek megvalósítani maradéktalanul (Tringer, 1991).

Az egyik gyakori probléma a feltétel nélküli elfogadásban az – és ez inkább kezdő segítőknél fordul elő –, hogy a segítő úgy érzi, képzettségénél fogva jobban tudja, hogy a kliensnek mit kellene tennie. Vagyis, nem tud lemondani kettejük kapcsolatában a vezető rosszul értelmezett szerepéről. Nehézséget szokott okozni a dominanciára törő, vagy ellenséges kliens elfogadása is. Jobban kezelhető azonban a helyzet, ha ezeket a reakciókat, mint kommunikációs jelzéseket értelmezzük.

A személyközpontú iskola nagy hangsúlyt fektet a terápiás hatótényezők azonosítására és mérésére, s ezeket az eredményeket a segítők képzésében hasznosítják. A feltétel nélküli elfogadás mérésére Taux dolgozott ki egy nyolcfokozatú becslőskálát, melyet Helm módosított (Helm, 1978, idézi Tringer, 1991). A skála pozitív és negatív végpontját nevezik meg, és az értékelők 0-7 pont között becsülik meg minden kérdés esetében a segítő hozzáállását. Érdemes ehelyütt a skála tételeit felidézni, hiszen sokat mondanak el arról, hogy melyek azok a személyes-szakmai attitűdök, amelyek elvárhatóak a segítőtől, illetve melyek azok, amelyek kedvezőtlenek a klienssel való munka során.

A terapeuta a kliensre hagyatkozik, tolerálja nézeteit, saját véleményét nem hozza be	A terapeuta kioktat, túlbeszél, próbál meggyőzni, saját véleményét szembesíti a kliensével
A terapeuta elkötelezett, fáradozik a kliensért, valódi érdeklődést mutat a kliens problémái iránt	A terapeuta közönyös és unott, közléseket gyakran elvét, kihagy
A terapeuta a kliens után igazodik	A terapeuta irányítja a beszélgetés menetét saját elképzelései szerint, a klienst belekényszeríti egy témába
A terapeuta tartózkodik minden értékeléstől	A terapeuta elítél, dicsér, kritizál
A terapeuta komoly és mély kapcsolatot létesít	A terapeuta távolságot tart, a dolgok fölött áll, fél a mélyebb kontaktusoktól
A terapeuta megértő és meleg	A terapeuta tárgyyszerű, hűvös és személytelen
A terapeuta türelmes, nem sűrget	A terapeuta sokat beszél, közbeszól, türelmetlen. Nem hagyja kibeszélni a klienst

A fentiekből kitűnik, hogy ezek a viszonyulást meghatározó tényezők nem csupán a személyközpontú terápia fontos hatótényezői, de minden terápiás kapcsolat alapfeltétele is. Együttesen ezeket *bázisváltozóknak* is szokás nevezni. Ezek képezik a segítő, illetve a terápiás kapcsolat ún. *nem specifikus hatótényezőit*.

ÖSSZEFOGLALÁS

A segítő kapcsolatban kiemelt jelentőségű a klienssel való első találkozás, a probléma feltárása, megértése és megfelelő módon történő értékelése. Az első találkozás határozza meg, hogy milyen kereteket adhat, és milyen célokat tűzhet ki a segítő a kliens problémájának megoldásában. Az interjú, mint módszer, meghatározott szakmai, etikai feltételekkel bír, megfelelő alkalmazása alapos elméleti ismereteket és gyakorlatot igényel. Láthattuk, hogy milyen sokban különbözik egy problémafeltáró interjú egy baráti beszélgetéstől. A célok, a keretek, és a szakmai szerep – beleértve a kliensért vállalt etikai-szakmai felelősséget is – alapvetően jelölik ki az interjúzás módszerének általános szabályait.

A fejezetben részletesen tárgyaltuk az első interjúk különféle módszereit, azok formai jellemzői, illetve a kitűzhető céljai alapján. A strukturált, illetve a félig strukturált interjúk más módon közelítik meg a probléma feltárását, mint a strukturálatlan problémafeltáró interjúk. Nyilvánvaló, hogyha dönteni kell egy adott probléma meglétéről, vagy egy diagnózis fennállásáról, akkor azt egy standard kérdéssor alapján vezetett interjúval tudjuk leginkább elérni. Egészen más a helyzet, amikor a konkrét diagnózison túl a kliens problémájának mélyebb megértése a célunk. A pszichoterápiás első interjúk éppen ezt célozzák meg. Feltárják a tünet, illetve a probléma mélyebb dinamizmusát, megállapítják a kliens motiváltságát a terápiában való esetleges részvételre, illetve felméri azt, hogy milyen módszer is lenne a kliens számára a legjobb a segítő folyamatban. Ezeknek az interjúknak a strukturálatlan interjúzási forma kedvez leginkább. Az információk is „több csatornán” érkeznek a terapeuta számára, és kiemelt jelentőséget kapnak a terápiás kapcsolat értékelésének szempontjai. A pszichoterápiás első interjúk tehát már egy mélyebb szakmai tudást, terápiás képzettséget igényelnek.

Végezetül, fontos a kompetenciahatárok eldöntése, amelyre az egyes alfejezeteknél külön-külön utaltunk. Nyilvánvaló, hogy egy pszichoterápiás első interjút csak megfelelő terápiás képzettséggel lehet végezni. Ezzel szemben számos olyan interjúfajta létezik, amely a viselkedésemző kompetenciakörébe tartozhat, és kell is, hogy tartozzon.

KULCSFOGALMAK

Áttételi jelenség A kliens a múltbeli tapasztalatai során szerzett viszonyulásaival (vágyakkal, félelmekkel, stb.) lép az interjúhelyzetbe és megjeleníti azokat a kérdezővel való interakcióiban.

Bázisváltozók A segítő-kliens kapcsolat alapfeltételei, másképpen terapeuta-változók, az empátia, kongruencia, feltétel nélküli elfogadás.

DSM-IV, BNO-10 Klinikai kórképek osztályozási rendszereinek napjainkban használatos kézikönyvei. Klinikai kutatásokon alapuló kritériumrendszert rögzítenek minden egyes mentális és pszichés zavarra vonatkozóan. Egy adott kórkép diagnózisát csak ezeknek a kritériumoknak megfelelően lehet felállítani.

Echo effektus A beszélgetés menetében kérdező megismétli a kliens utolsó szavait, vagy visszajelzi a kliens mondandójának érzelmi konnotációját. Célja a támogatás, megerősítés, visszatükrözés.

Empátia Az érzelmi beleélés, valamint az emocionális tartalom visszatükrözésének képessége, azáltal, hogy az azonosulás helyett, az érzések mintha jellege megmarad.

Feltétel nélküli elfogadás A segítő-kliens kapcsolat egyik alappillére, pozitív érzelmi odafordulást, non-direktivitást és feltétel nélküliséget foglal magában.

Félig strukturált interjú Olyan interjú, amelynek főbb vázlata, tematikája adott, de a kérdések formáját, sorrendjét a kérdező határozhatja meg.

Felvételi interjú Félig strukturált interjú, amelynek célja, hogy eldöntse, hogy a kliens problémái és elvárásai, valamint az intézmény adottságai, lehetőségei egymásnak megfeleltethetőek-e. Feltárja a kliens problémáit és tájékoztatja őt az intézmény tevékenységéről, és a kereteiről.

Fully functioning person (FFP) A humanisztikus személyiség-felfogás embereszménye, a rogersi terápia célja, a „teljesen működő személyiség.”

Heteroanamnézis A kliens környezetében élő releváns személyeket (családtagok, rokonok) kérdezzük meg olyan élettörténeti és szubjektív adatokról, amelyek elbeszélésre a kliens (elsősorban állapota miatt) nem képes.

Interjú A kommunikáció egy speciális, célokkal, keretekkel bíró formája. A keret a segítő kapcsolat, a cél a kliens problémájának megértése.

Kongruencia Hiteles, nyílt, őszinte viselkedés. A kommunikáció verbális és nem-verbális jelzései összhangban vannak egymással és a személy belső állapotával.

Önmegfigyelés, önmonitorozás A viselkedésdiagnosztika egyik fontos adatforrása (pl. étkezési napló evészavarban, kényszergondolatok naplója, stb.)

Strukturált interjú Főképpen diagnosztikus céllal készülő interjú, amely kérdések és kontrollkérdések standard sorozatából áll.

Strukturálatlan interjú A hagyományos klinikai interjú, amelynek lényege, hogy a kérdezőre van bízva, hogy milyen kérdéseket, és milyen sorrendben tesz fel.

Szavak mögötti beszéd Nem-verbálisan közölt rejtett üzenetek, utalások, amelyek egymással kapcsolatos elvárásokat, illetve rejtett félelmeket fejezhetnek ki a beszélgetés folyamatában.

Szokatlan beszélgetéshelyzet A pszichoanalitikus első interjúzásban használt fogalom. A terapeuta többféle információs csatornáról (objektív, szubjektív, szcénikus) érkező információkat felhasználja a tudatos és tudattalan közlések megértéséhez, és így a probléma dinamikus hátterének feltáráshoz.

Tüneti viselkedés A viselkedésterápia a pszichopatológiai a tüneteket patológiás viselkedésnek, hibás tanulási folyamatok eredményének tekinti.

HIVATKOZÁSOK

Argelander, H. (1970) *Az első interjú a pszichoterápiában.* (Das Erstinterview in der psychotherapie.) Darmstadt, Wissenschaftliche Buschgesellschaft. Magyarra fordította: Alpár Zsuzsa, 1983, MPT. Kiadvány, Kézirat

- Balázs J., Bitter I., Hideg K., Vitrai J., (1998) *A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása*. *Psychiatria Hungarica*. 13 (2): 224-231.
- Bang, R. (1968) *A célzott beszélgetés*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1980.
- Bang, R. (1970) *A segítő kapcsolat*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1980.
- Buda B. (1975) *A közvetlen emberi kommunikáció promotív aspektusa*. Magyar Pszichológiai Szemle, 32. 397-407.
- Buda B. (1980) *Az empátia – A beleélés lélektana*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Buda B. (2004) *Pszichoterápia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Buda B., László J. (1981) *Beszéd a szavak mögött*. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.
- Kóczán Gy. (1999) *Az első interjú dinamikája és tartalma*. In.: Kállai J., Gál B. (Szerk.): *Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban*. Janus/Osiris Kiadó, Budapest. 104-113.
- Mórotz K. (2005) *A viselkedésterápiás diagnosztika alapelvei*. In: Mórotz K., Perczel Forintos D. (Szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Perczel Forintos D., Kiss Zs., Ajtay Gy. (Szerk.) (2005) *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. OPNI, Budapest.
- Pintér G. (2000) *Kutatás*. In.: Szőnyi G, Füredi J. (Szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 639-560.
- Pope, B. (1983) *The initial interview*. In.: C. E. Walker (Ed.) *The Handbook of Clinical Psychology*. Vol.I. 344-391.
- Ratkóczi É. (2001) *Az első interjú*. In: *Pszichoterápia propedeutika*. Budapest, VIKOTE.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*. Boston, Houghton Mifflin Co.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., (1997) *Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P*. *European Journal of Psychiatry* 12, 232-241.
- Tringer L. (1991) *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, VIKOTE.
- Trull, T. J., Phares, E. J. (2004) *Klinikai Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Weins, A. N. (1976) *The Assessment Interview*. In.: I. B. Weiner (Ed.): *Clinical Methods in Psychology*. John Wiley and Sons, NY. 3-60.

3. FEJEZET

A pszichodiagnosztika eszköztára

A fejezet vázlata

Megbízhatóság és érvényesség a pszichodiagnosztikában

Etikai kérdések a pszichodiagnosztikában

KÉRDŐÍVEK ÉS BECSLŐSKÁLÁK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

A kérdőíves eljárásokkal kitűzhető célok

A kérdőívek típusai

Személyiségtesztek

A CPI

A Cattel-féle 16 személyiség-faktor kérdőív

Az MMPI

Becslőskálák

TELJESÍTMÉNYTESZTEK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

A teljesítménytesztek rövid története

Az intelligencia fogalma

Az IQ jelentése és összefüggései

Az intelligencia, a teljesítmény mérése

A MAWI teszt

A Raven teszt

A Benton teszt

A Piéron teszt

PROJEKTÍV TESZTEK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

A projektív technikáról általában

A projektív tesztek előnyei és hátrányai

Néhány projektív teszt

ÖSSZEFOGLALÁS

KULCSFOGALMAK

HIVATKOZÁSOK

Fontos kérdések

- Mit jelent a megbízhatóság és az érvényesség fogalma a pszichodiagnosztikában?
- Milyen etikai elveket kell követni a pszichodiagnosztikai eljárások alkalmazásakor?
- Mire használhatók a kérdőívek és mire nem?
- Hogyan lehet osztályozni a kérdőíveket?
- Mit jelent az intelligencia fogalma?
- Milyen az intelligens ember?
- Eltérő-e elvárásunk a különböző kultúrákban az intelligensnek tartott emberekkel szemben?
- Milyen az intelligenciatesztek jósló-képessége?
- Melyek a projektív tesztek előnyei és hátrányai?

MEGBÍZHATÓSÁG ÉS AZ ÉRVÉNYESSÉG A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

Az előző két fejezet a segítő kapcsolat általános jellemzőit, illetve az első interjú izgalmas jelenségvilágát tekintette át. Ebben a fejezetben a pszichodiagnosztika eszköztárát mutatjuk be, azokat a módszereket, amelyek alapszintű ismerete elengedhetetlen a viselkedéselemző tárházából. Tárgyaljuk a fontosabb tesztek, azok elméleti hátterét, valamint azokat az alapfogalmakat, melyek a tesztek diagnosztikai értéke szempontjából fontosak. A fejezet nem foglalkozik a bonyolult, nagy gyakorlatot igénylő eljárások részletes ismertetésével, hiszen azok alkalmazása már mesterszintű, vagy posztgraduális képzettséghez kötött. Van azonban, ami minden, a pszichodiagnosztikában használatos módszerben közös, ami a mérés szempontjából elengedhetetlen. Ezeket a fogalmakat – a *megbízhatóság (reliabilitás)* és az *érvényesség (validitás)* fogalmát - itt, a bevezetőben tisztázzuk.

Táblázatban foglaljuk össze azokat a jellemzőket, amelyek egy modern, a pszichológiai gyakorlatban jól működő eszköznek nélkülözhetetlen ismérve.

A megbízhatóság (reliabilitás)

A reliabilitás típusai	Definíció/meghatározás
Teszt-reteszt reliabilitás	A teszt pontszámai konzisztenciájának jelzője egy bizonyos időtartamon belül (ugyanaz a válasz ugyanarra az ingerre)
Ekvivalens formák reliabilitása	A tesztben elért pontszámok időbeli konzisztenciájának mutatója, amelyet nem torzíthat a gyakorlat hatása (nem ugyanazt a tesztet veszik föl különböző időpontokban)
Felezéses reliabilitás (split-half)	A teszt belső konzisztenciájának mutatója (az itemek ugyanazt a változót vagy konstrukciót mérik-e?)
Belső konzisztencia reliabilitása	A belső konzisztencia leggyakrabban alkalmazott jelzője, amelyben valamennyi lehetséges felezéses korreláció átlagát számítják ki
Pontozók közötti reliabilitás	Két vagy több pontozó közötti egyetértés mértéke arról, hogy milyen mértékben van jelen valamely tulajdonság, vagy van-e vagy nincs valamely jegy vagy diagnózis

Érvényesség (validitás)

A validitás típusai	Definíció/Meghatározás
Tartalmi validitás	Az adott teszt elemei megfelelően mérik az adott változó vagy konstrukció különböző aspektusait
Prediktív validitás	A teszt pontszámai előre jelzik a később megfigyelhető viselkedést vagy pontszámokat (korrelálnak)
Egyidejű (konkurens) validitás	A teszt pontszámai korrelálnak egy azzal kapcsolatos, de független teszt pontszámaival vagy a megfelelő viselkedésmódokkal
Konstrukciós validitás	A teszt pontszámai logikailag vagy elméletileg következetesen korrelálnak a viselkedés más mércéivel

ETIKAI KÉRDÉSEK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

Az egyes alfejezeteknél külön figyelmet fordítunk a pszichodiagnosztikai tevékenységgel kapcsolatos etikai kérdésekre. Fontos ezekről szólnunk, mert a hazai pszichodiagnosztika XX. századi fejezete leginkább az illegális mozgalmak történetével mutat hasonlóságot, annak minden előnyével és hátrányával. Nézzük a buktatókat:

- Kevés a jogtisztá diagnosztikai eljárás, s ha van is, ezek beszerzése helyett a fénymásolt, kéz alatt beszerzett változatok vannak forgalomban.
- Egy-egy tesztnek többféle változata is létezik párhuzamosan, mert egymástól függetlenül több munkacsoport is lefordította, a honosítási eljárás költséges, nagy energiát igénylő lefolytatása ugyanakkor elmaradt vagy csak részleges. A viszonyítás a nemzetközi standardhoz történik. (Ezen a gyakorlaton kíván változtatni az Magyar Pszichológiai Társaság tesztbizottsága Oláh Attila professzor vezetésével, amikor közös, nyilvános platformot hoz létre a tesztek bevezetésének.)
- A tesztek fölvétele, értékelése, az eredmények értelmezése szakmai kompetenciát igényel. Ezeket a kompetenciahatárokat nem mindig tartják be. Melyek a leggyakoribb problémák?
 - A tesztek alkalmazójának nincs pszichológiai végzettsége.
 - Pszichológus végzi a vizsgálatot, de képzettsége nem ad fölhatalmazást az adott eljárás alkalmazására.
 - Megfelelő képzettséggel rendelkező pszichológus végzi a vizsgálatot, viszont a probléma szempontjából nem a megfelelő eljárást alkalmazza.
 - A választott eljárás helyes, a szabályait azonban nem tartja tiszteletben a pszichológus.
- A vélemény készítésekor tisztában kell lennünk azzal, hogy a pszichodiagnosztikai leletet (mint minden más dokumentumot is) a betegnek joga van látni és birtokolni.
- A beteggel már a vizsgálat elvégzése előtt meg kell beszélni, hogy mi fog történni vele, milyen eljárást alkalmazunk, milyen feladata van a vizsgálat lebonyolítása során neki és a vizsgálat vezetőjének, s végezetül a kapott eredményekről joga van információt kérni.
- Nemcsak magáról az adott eljárásról adunk pontos instrukciót, hanem fölvilágosítást nyújtunk, hogy mi történik a beteggel, és miért. Mindezt természetesen úgy tesszük, hogy a beteg számára érthető, elfogadható legyen, s az ő érdekét szolgáló együttműködésnek megnyerjük.
- Az orvosi körökben kialakított helyes gyakorlat (az un. „Good clinical practice”) megköveteli a beteg jogainak tiszteletben tartását. Ez magában foglalja azt is, hogy írásbeli beleegyezése nélkül nem végezhető beavatkozás a betegnél. A klinikumban dolgozó pszichológusnak is ebben a szellemben kell tevékenységét folytatnia. Az egészségügyben ill. a nevelési tanácsadói hálózatban gyermekekkel, magáról gondoskodni nem tudó kliensekkel dolgozó kollégák működésében visszatérő gond a veszélyeztetett helyzetben lévő, magáról gondoskodni nem tudó személy védelmére tett intézkedések. A vélemény megformálásánál egyszerre két dolgot kell szem előtt tartani. Egyrészt a veszélyeztetett személyt mielőbb kivonják a kritikus helyzetből, másrészt, hogy mindez úgy történjék, hogy más ember személyiségi jogai ne sérüljenek.

Tudomásul kell venni, hogy a döntések nemcsak a rendelőben, kórházban megjelent embert és az őt kísérő személyt érinti, hanem azt is, akivel a döntés előkészítése előtt egyáltalán nem voltak kapcsolatban, nem volt módjuk meggyőződni a helyzet kialakulásában játszott szerepéről. Fontos az együttérzés, a megértés a vizsgált személy számára. Az általa megfogalmazott, távol lévő harmadik személyre vonatkozó „vádakkal” azonban a pszichológus nem azonosulhat minden kritika nélkül. Eszköztára, a kikérdezés, a tesztvizsgálatok módját nyújtják az exponált probléma körüljárására, a kialakulásban, fönntartásban a kikérdezett szerepének tisztázására.

Nem beszéltünk még akkor a pszichológus tevékenységének olyan alapvető kérdéséről, mint a *titoktartás* és a *diszkrimináció*. A vizsgálatban résztvevő személynek biztosnak kell lennie abban, hogy az általa elmondottak diszkrétan lesznek kezelve, közlése idegen, illetéktelen személyek számára nem hozzáférhető. A más kultúrkörből, népcsoportból származó személyek vizsgálatában a pszichológia eszközei nem használhatók föl diszkriminációs célra.

KÉRDŐÍVEK ÉS BECSLŐSKÁLÁK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

„Ha meg akarjuk tudni, hogyan éreznek az emberek, hogy mit élnek át és mire emlékeznek, mihez hasonlíthatóak az emócióik és indítékaik, mi kényszeríti őket arra, hogy azt tegyék, amit tesznek – miért nem kérdezzük meg őket?” (Gordon Allport, idézi Cseh-Szombati és Ferge, 1971, 150. o. és Szokolszky, 2004, 321. o.)

A kérdőíves vizsgálatok a második világháború után, a politikai közvélemény-kutatásokban jelentek meg, majd kezdtek egyre több társadalom-tudományi felmérésben tért hódítani. Napjainkban elárasztanak bennünket a tesztek, a kérdőívek. Az iskolában egyre gyakoribb, hogy a tanulók tudását az adott tantárgyból tesztek segítségével mérik. A munkavállalók álláskeresőkor számtalan tesztvizsgálaton mennek keresztül, és minden női magazin hetente újabb és újabb tesztet közöl, amelyből megtudhatjuk magunkról, hogy milyen típusú nők vagyunk, hogy milyen partner illik hozzánk, mennyire vagyunk megértőek, stb. - vagyis szinte mindent. Szinte mindent? Mire is jók és mire nem jók a kérdőívek? Mikor milyen teszteket használjunk?

A kérdőíves eljárásokkal kitűzhető célok

Természetesen a kérdőívek használatát alapvetően meghatározza, hogy milyen célból végzünk vizsgálatot. A felmérés a pszichológiában az utóbbi időben – érthetően – egyre nagyobb szerepet kap. A pszichológia különböző területein sajátos kérdésfelvetések lehetségesek, s ezeket speciális módszerek használatával tudjuk megválaszolni. Legyen szemünk előtt az a jelszó, hogy „Egy teszt, nem teszt!” Ez azt jelenti, hogy a kérdésfelvetéstől függően komplex vizsgálatokat végezzünk a minél pontosabb, objektív válasz kidolgozásához. A vizsgálatok adatait sohasem külön-külön, hanem mindig összefüggéseiben, az eredmények integrálásának segítségével értelmezzük (az interjú adatait, a teljesítménytesztekkel és személyiségteszttel, ill. kérdőívekkel együttesen mérlegeljük, kiemelten foglalkozva ez együttjárásokkal és a (látszólagos) ellentmondásokkal. (Például iskolai feladatokban rosszul teljesítő gyermek átlagon felüli intelligenciával rendelkezik, de rossz figyelmi teljesítményt nyújt, valamint a szociális adaptációs nívója alacsony.)

Milyen kérdéseket tehetünk fel?

Munkalélektanban. Milyen a munkavállaló stressz-tűrő képessége? Alkalmas-e vezetői munkakörre? Bizonyos konkrét feladat ellátására alkalmas-e? (például figyelmi koncentrációt igénylő repülőterti irányítói, stb.).

Pedagógiai lélektanban. A gyermek értelmi fogyatékos-e? A gyermek beilleszkedési nehézségei háttérben organikus okok találhatóak-e? Iskolaérett-e a gyermek? Stb.

Klinikai pszichológiában. Fennáll-e az öngyilkosság veszélye a depressziós betegnél? A beteg zavara pszichotikus szintű-e? Regresszív állapotban van-e? A beteg teljesítménycsökkenésének háttérben deméntálódási folyamat kimutatható-e?

Míg a munka világában elsődlegesen a személy teljesítőképességére, motivációira és viselkedéses

jellemzőire (pl. alkalmazkodási képesség, vezetői készségek, stb.) vagyunk, és lehetünk kíváncsiak, addig a pedagógiai, és a klinikai pszichológiában főként a személyiség mélyebb rétegeinek, dinamikájának, emocionalitásának, esetleges patológiás jellemzőinek felderítésére törekszünk. A viselkedéselemzőnek ebben a felmérési folyamatban kiemelkedően fontos szerepe van, hiszen a feltett kérdések helyes megválaszolása alapozhatja meg a megfelelő döntést, például vezető-kiválasztás esetén, vagy a beavatkozás módját valamely pszichopatológiai tünet esetén. Hogy ennek a folyamatnak a fontosságát megértsük, gondoljunk bele, hogy mi lenne akkor, ha egy sebész egyszerűen felvágna a hasfájásról panaszkodó beteg gyomrát, anélkül, hogy a belgyógyász diagnosztizálná a hasfájás okát. Ebben a felmérési rendszerben egyre nagyobb jelentőséget nyernek a kérdőívek.

A kérdőívek típusai

Az adatfelvétel formája szerint

Hagyományosan a kérdőívet önkitöltő tesztnek is nevezik. A vizsgált személy kap egy űrlapot, amely eldöntendő kérdéseket tartalmaz, s amelyre „igen” „nem”, „nem tudom” válaszokat adhat. Ez olykor nyelvtanilag nem kérdés, hanem állítás formáját öltheti, például, „szeretem a szilvás gombócot”. Vannak kérdőívek, amelyek lehetővé teszik a *dimenzionális választást*. A kliens ilyenkor általában egy 5-7 fokú skálán eldöntheti, hogy az adott állítás rá nézve milyen mértékben igaz. Például, a „szívesen járok társaságba” állításra az „egyáltalán nem” és a „nagyon” dimenzióban 1 és 5 pont közötti értéket jelölhet a személy.

Ezeknek a vizsgálatoknak az előnye, hogy általában *egyénilag és csoportosan* is el lehet végezni. A kérdőíveket *kitöltheti a személy felügyelettel, vagy anélkül* is. Ez utóbbi esetben az anyagot lehet postai úton, interneten, vagy e-mailben elküldeni. Ezekben az esetekben számítanunk kell arra, hogy a kérdezetteknek csak egy része fogja visszaküldeni a kérdőívet, és nehezen tudjuk ellenőrizni, hogy a válaszokat valóban a kiválasztott személy adta-e. Előnye, hogy gyorsan, sok embernek el lehet juttatni a kérdőívet. Főként közvélemény kutatásokban használják.

A kérdőív felvételének másik módja, hogy nem a vizsgált személy, hanem a kérdező tölti ki azt, a megadott válaszok alapján. Ez a forma a strukturált interjúhoz áll közel, s leginkább a közvélemény kutatásokban elterjedt forma. Történhet személyes interakcióban, vagy egyre gyakrabban telefonos kikérdezéssel.

A kérdőív tartalma szerint

A pszichológiai kérdőíveknek alapvetően két fő típusa létezik aszerint, hogy milyen célt szolgálnak. Az egyik a személyiség egészének átfogó jellemzését adja, ezek az ún. *személyiség-kérdőívek*. A másik típus, a *becslőskálák*, a személyiség egyes jellegzetességeinek, részfunkcióinak a felmérésére irányul.

A kérdőívek használatára ugyanazok a szakmai etikai szabályok vonatkoznak, mint minden más pszichológiai beavatkozásra. A teszt használatával kapcsolatos előírásokat, és a kliens védelmére vonatkozó szabályokat egyaránt be kell tartanunk, amikor az eredményeket értelmezzük. Bizonyos tesztek felvétele és értékelése (elsősorban a klinikai pszichológiában használt személyiségtesztek esetében) speciális szakképzettséget igényel, használatuk képzettség nélkül nem megengedett. Például munka-alkalmassági vizsgálat körében csupán a munkakör betöltéséhez szükséges készségek megállapítására végzünk vizsgálatokat, és csak erről adunk tájékoztatást a megbízónak, illetve a munkaadónak. Semmiképpen sem adhatunk információt a személyiség dinamikájáról, emocionális-indulati életéről, hiszen annak nincs sem közvetlen, sem közvetett kapcsolata magával a kérdésfeltevással. A vizsgált személyt teljes körűen, számára érthető és elfogadható módon kell tájékoztatni a felmérés eredményeiről.

SZEMÉLYISÉGTESZTEK

„Objektív” személyiségvizsgáló eljárásoknak is szokták nevezni a személyiség-kérdőíveket, szembeállítva azokat a projektív tesztekkel, amelyeket – főként az Egyesült Államokban – „szubjektívnek” tartanak (Trull és Phares, 2004). Valójában mind a két módszer hasznos, ha tisztában vagyunk felhasználásuk célterületével és technikájával. Fontos szem előtt tartani, hogy mindkettő használatára *más-más indikációs körben* lehet szükség. A viselkedéselemző kompetenciája elsősorban a személyiség-kérdőívekre vonatkozik, ezért ezeket jó minél alaposabban ismernie. Tekintsük most át a Magyarországon leginkább elterjedt, és leggyakrabban használatos kérdőíves személyiségvizsgáló eljárásokat.

A CPI (California Psychological Inventory, Gough, 1956)

A normál populáció vizsgálatára készült önkitöltős kérdőív, amelyből 18 személyiségvonásra következtethetünk (Oláh, 1985). Ezek a tulajdonságok négy fő csoportba sorolhatók:

- *A dominancia képessége*, amely a következőket foglalja magában:
 - dominancia,
 - tekintély megszerzésének képessége,
 - szociabilitás,
 - szociális fellépés,
 - önellfogadás és
 - jó közérzet.
- *Az együttműködés képessége*, amely csoportba a következő jellemzők tartoznak:
 - felelősségtudat,
 - önkontroll,
 - szocializáltság,
 - tolerancia,
 - jó benyomáskeltés és
 - közösségi szellem.
- *Teljesítőképeség*, amely csoportba a következőket sorolják:
 - teljesítmény külső ösztönzésre,
 - önálló teljesítőképeség és
 - teljesítmény-hatékonyság.
- *Érzelmi háttér*, amelyhez a következő készségek tartoznak:
 - pszichológiai érzék,
 - flexibilitás – alkalmazkodó képesség és
 - maszkulinitás – feminitás.

A teszt használata elsősorban a tudományos kutatásokban, a normál populáció vizsgálatában elterjedt. Fontos alkalmazási területe még a munkapszichológia, ahol a vezető-kiválasztásban, és egyéb alkalmassági vizsgálatokban használják.

A Cattell-féle 16 személyiség- faktor kérdőív (16PF, Cattell és munkatársai, 1977)

A személyiségvonások faktoranalitikus megközelítésének leginkább kidolgozott, és a normál populáció vizsgálatára alkalmas módja (Karczag, 1994). Komplex személyiségvizsgáló eljárás, alkalmazási területe hasonló a CPI-éhoz. 16 dimenziót (másnéven vonást, vagy tulajdonságot) tartalmaz, ezek mentén jellemzi a személyiséget a teszt. A dimenziók a következők:

- tartózkodó – szívélyes,
- konkrét gondolkodású – absztrakt gondolkodású,
- túlérzékeny – érzelmileg stabil,
- önalávető – uralkodó,
- komoly – eleven,
- szabályok alól kibúvó – szabálykövető,
- félénk – bátor,
- számító, haszonelvű – érzelmi beállítottságú,
- bizalomteli – gyanakvó,
- praktikus – fantáziadús,
- egyenes – titkolózó,
- magabiztos – aggódó,
- hagyományszerető – kísérletező,
- csoportember – önálló,
- hibatűrő – perfekcionista,
- nyugodt – feszült.

Az MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway, McKinley, 1944, id.: Pressing, Szakács, 1990)

A harmadik, Magyarországon általánosan elterjedt komplex személyiség vizsgáló kérdőív, amely elsősorban *klinikai populáció vizsgálatára* készült, és a személyiséget a pszichopatológia felől közelíti meg. Négy, ún. *validáló*, és tíz *klinikai* skálából áll.

A validáló skálák

? („Nem tudom”) skála: a megválaszolatlan tételek, amelyekre „nem tudom” válaszokat adott a vizsgált személy.

F (Validitás) skála: szokatlan válaszok, amelyek az átlagtól való eltérést, illetve ezen keresztül a teszt értékelhetőségét jelzik.

L (Hazugság) skála: a jó benyomás keltés szándékát jelző válaszokból összeálló érték.

K (Korrekción) skála: a védekező beállítódást jelzi.

Klinikai skálák

- Hd (Hipocondria): a testi funkciókkal, egészséggel való túlzott foglalkozás.
- D (Depresszió): reménytelenség, pesszimizmus, lassúság.
- Hy (Hisztéria): rejtett hiszteroid vonások, attitűdök.
- Pp (Pszichopátia): a társadalmi szokásoktól való eltérés, non-konformizmus, deviancia, emocionális sekélyesség.
- Mf (Maszkulinitás-feminitás): a hagyományos nemi szerepeknek megfelelő tételek
- Pa (Paranoia): gyanakvás, túlérzékenység, üldöztetéses, vonatkoztatásos téveseszmék.
- Pt (Pszichaszténia): kényszer gondolatok és cselekvések, büntudat, döntésképtelenség.
- Sc (Skizofrénia): bizarr gondolatok és viselkedés, kontaktus problémák, hallucinációk, téveseszmék.
- Ma (Hipomania): fokozott aktivitás, felhangoltság, kritikátlanosság.
- Si (Szociális introverzió): kapcsolat kialakításának képessége, félénkség, bizonytalanság.

A vizsgált személy skála-értékeinek profiljából készül a személyiségkép. A klinikumban széleskörűen alkalmazott teszt. Az 1990-es években az Egyesült Államokban megjelent az

aktualizált, ún. MMPI-2 (Trull és Phares, 2004). Ennek magyar standarja még nem készült el, ezért itthon az eredeti változatot használjuk (Pressing, Szakács, 1990). Normál populáció vizsgálatára kevésbé alkalmas ez a teszt, inkább a klinikai pszichodiagnosztikai eszköztár része. Ennek megfelelően használata, és eredményeinek helyes értelmezése is olyan tanulmányokhoz kötött, amelyek már a felsőbb szintű pszichológus képzés stúdiumait foglalják magukba.

BECSLŐSKÁLÁK

Mit mérnek a becslőskálák?

A személyiség-kérdőívekkel ellentétben a becslőskálák nem adnak képet a személyiség egészéről, csupán egy-egy részfunkcióról, jelenségről, esetleg patológiás megnyilvánulásról, stb. Ezeket a kérdőíveket általában arról a *célterületről* szokták elnevezni, amit mérünk vele. Ennek megfelelően vannak például *érdeklődés- és motivációs kérdőívek*, *tünetbecslő-skálák* (szorongás kérdőív, depresszió skála, stb.). Ezek részletes ismertetése nélkül tekintsük át, hogy kérdéseik *tematikailag* mire irányulhatnak.

- *Tényszerű adatokra*: konkrét tények, életesemények, élettörténeti adatok, stb.
- *Ismeretekre*: életmóddal kapcsolatos tájékozottság: például dohányzás ártalmi, szexualitással kapcsolatos ismeretek, stb.
- *Érdeklődésre, motivációkra*: örömforrások jegyzéke, pályaorientáció, stb.
- *Attitűdökre, nézetekre*: pl. kisebbséggel, idegenekkel kapcsolatos vélemény
- *Viselkedésmódokra*: pl. szokások felmérése: pl. Tv-nézés, evés, dohányzás, alkohol-drogfogyasztás, szexuális aktivitás, stb.
- *Pszichopatológiai tünetekre*: pl. Depresszió, impulzus-kontroll, szorongás, stb.

A kérdőívek számtalan előnye (objektivitás, gyors, kvantitatív adatszerzés, standardizált normák) mellett néhány olyan hátránya is van (mint például a reifikáció veszélye – azaz, az abban való hit, hogy amit mérünk, az létezik is, holott a válaszadási beállítódás torzíthatja az eredményeket), amely az alkalmazásukat korlátozza. Éppen ezért megfelelő körültekintést kíván az értelmezésük.

TELJESÍTMÉNYTESZTEK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

A teljesítménytesztek rövid története

Az értelmi működés mérését először a XIX. században Galton kísérte meg (Atkinson, 2005). Összefüggést keresett a test fölépítése, és az olyan paraméterek között, mint – többek között – a reakcióidő, és a vizuális forma-émlékezet. Bár eme összefüggések érvényességére vonatkozó feltevése nem bizonyult időtállóknak, mégis, a vizsgálatoknál alkalmazott statisztikai módszer révén nevét ma is jegyzi a tudomány. A teljesítmény mérésének igénye akkor lépett föl a pszichológia történetében, amikor szükségessé vált annak előrejelzése, hogy bizonyos feladatok betöltésére az adott személy, a jelentkező, alkalmas lesz-e, vagy sem. A számtalan pályázó közül történő választáshoz adekvát kritériumokat próbáltak rendelni. A másik nagy terület az iskola volt. Az elemi oktatásban megpróbálták kiszűrni azokat a gyermekeket, akik a tanulmányi követelményeknek nem tudtak megfelelni. Végiggondolták, hogy az egyes képességek fejlettségét tekintve milyen szintet kell elérnie a gyermeknek ahhoz, hogy részt tudjon venni az oktatásban. Mérőeszközt kívántak létrehozni, mely bejósolhatóvá teszi a gyermek iskolában történő helytállását, az iskolaérettségét. Elsősorban a gondolkodás, a problémamegoldás területére dolgoztak ki feladatokat. A koncepció lényege tehát az volt, hogy az egyes életkorokhoz (biológiai

kor) hozzárendelték azokat a feladatokat, amelyeknek megoldása a gyermektől már elvárható. Az első, intelligencia vizsgálatára emlékeztető tesztek Binet fejlesztette ki a francia kormány kérésére. 1905-ben készült el az első intelligenciateszt, Binet és Simon együttes erőfeszítése nyomán. Azóta több változat is született, a teszt összeállításának lényegi szerkezete azonban változatlan maradt (Kun, Szegedi, 1971).

Az intelligencia fogalma

A köznyelvben akkor nevezünk valakit intelligensnek, ha az életében adódó problémahelyzeteket gyorsan, hatékonyan megoldja, az adott kultúrkör szabályainak, szociális normáinak betartásával. Ez tehát azt jelenti, hogy jól kell teljesítenie az intelligens személynek, képességeit, tapasztalatait, ismereteit a szükséges pillanatban tudnia kell mozgósítani. A kritériumokban tehát a *képesség*, *adottság*, *teljesítmény* fogalmak minduntalan visszatérnek. Nézzük Sundberg (1977, id.: Trull és Phares, 2004) megközelítését. Szerinte a képesség egy adott pillanatban mozgósítható kompetencia, valaminek a teljesítésére. Az adottság pedig a teljesítmény lehetősége, bizonyos képzés után.

Az intelligencia fogalmának meghatározásakor három fontos elemre fordítanak figyelmet. A *beilleszkedés* fogalmában a környezethez való alkalmazkodás hangsúlyos, az intelligencia meghatározásában. Az intelligencia egy másik szempontja a *tanulási képességekre* koncentrál, míg vannak olyan meghatározások, amelyek az *elvont gondolkodást* hangsúlyozzák. Wechsler (1939, id.: Kun, Szegedi, 1971) szerint az intelligencia az egyén azon képességeinek összessége, amelyek segítségével célszerűen cselekszik, racionálisan gondolkodik, és eredményesen bánik a környezetével. Robinson és Robinson (1965; id.: Kun, Szegedi, 1971) használatában az intelligencia fogalma a kognitív magatartásformák teljes osztályára utal, és mint ilyen, azt tükrözi, hogy az egyén képes belátás alapján történő problémamegoldásra, új helyzetekhez való alkalmazkodásra, elvont gondolkodásra és arra, hogy tanuljon tapasztalataiból. Az intelligenciatesztek a teljesítményt mérik különböző problémahelyzetekben, s ezek megoldási színvonalából következtetnek az intelligencia színvonalára.

Az intelligencia elméletei

Az alábbiakban Trull és Phares (2004) történeti összefoglalójára támaszkodva követjük végig különböző kutatók intelligenciáról alkotott elméleteit.

Spearman (1927) nevéhez fűződik a *faktoranalitikus* modell. Az elképzelés szerint létezik általános (g-faktor) és specifikus (s-faktor) intelligencia. Az egyes képességek – pontosabban az ezeket vizsgáló részfeladatok – képezik az s-faktorokat. A g-faktor pedig a tesztek megoldásában résztvevő közös elem, a tulajdonképpeni intelligencia.

Cattell (1987) elmélete megtartva a g-faktort, a képességeket két fontos csoportra osztotta: a *cseppfolyós képességre* (a személy genetikailag megalapozott intellektuális képessége), és a *kikristályosodott képességre* (a standardizált intelligencia tesztek által mért képesség, melyet kulturálisan megalapozott tanulás útján sajátítunk el).

Guilford (1967) javasolta az *intelligencia szerkezeti modelljét*. Elméletileg közelítette meg a kérdést, s nem a mért adatokból alkotott modellt. Elképzelése szerint három dimenzióba szervezhetők az intelligencia komponensei: műveletek, tartalmak, és termékek. A műveletek jelentik azt, hogy hogyan oldja meg a problémát a személy. A tartalmak az információs területek, a termékek pedig azok a rendszerek, összefüggések, átalakítások, amelyek a problémamegoldás során keletkeznek.

Gardner (1993) *többrétegű intelligencia* elmélete szerint hétféle, egymástól független, az agyban különálló rendszerként (modulként), saját szabályai szerint működő intelligencia létezik: nyelvi, zenei, logikai-matematikai, téri, testi-kinesztéziás, intraperszonális és interperszonális.

Anderson (1992) szerint az intellektuális különbségek a gondolkodást kivitelező alapvető feldolgozó folyamatok különbségeiből erednek. Ezek a folyamatok vezetnek később a tudáshoz. A

tudáshoz azonban különböző utakon juthatunk el. Vagyis, Anderson Gardnerrel szemben, és Spearman modelljéhez visszanyúlva, az egységes/általános intelligencia modellje mellett foglal állást.

Sternberg és Wagner (1986) „háromrétegű” elméletében a következő intelligencia-összetevőket azonosítja:

- tervező, szabályozó, nyomon-követő és értékelő folyamatok,
- teljesítmény-összetevők, amelyek a stratégiákat kivitelezik,
- tanulási összetevők, amelyek a problémamegoldás során kódolják, kombinálják és összehasonlítják a folyamatokat.

Jól látható tehát, hogy az intelligencia elméleti megközelítése nem lezárt folyamat. A modellezés rengeteg matematikai fogalmat takar, a különböző konstrukciók többek között a faktoranalízis és a valószínűség-számítás eszközeivel jöttek létre.

Szólnunk kell még a 90-es évektől egyre nagyobb teret nyerő *érzelmi intelligenciáról* is. Mayer (2000) és munkatársai kimutatták, hogy az érzelmeikkel ügyesen bánó emberek a többiekénél jobban boldogulnak. Az érzelmi intelligenciánál négy fő összetevőt írnak le. Ezek:

- az érzelmek pontos észlelése és kifejezése,
- az a képesség, hogy hozzáférjünk érzelmeinkhez, tudjuk azokat mozgósítani, és a gondolkodás, problémamegoldás szolgálatába állítani,
- az érzelmek, és az érzelmek üzenetének megértése,
- az érzelmek megfelelő kezelése és irányítása, azaz, az érzelmek szabályozása.

Bár ez a kérdés nem tartozik szorosan a teljesítményvizsgálatok kérdéskörébe, mégis, az érzelmi intelligencia a kutatók jelentős csoportját foglalkoztatja. Anélkül, hogy a részletekbe mennénk, érdemes elgondolkodni azon, hogy a teljesítmény kudarcának elviselési képessége jelentősen befolyásolja az intelligenciateszt felvételekor a vizsgálati személy együttműködését. Sokszor tapasztalhatjuk, hogy bénítólag hat a sikertelenség gerjesztette negatív érzelm a további problémamegoldó próbálkozásokra, és így magára a teljesítményre is, amit a személy e próbálkozások során nyújt.

Az IQ jelentése és összefüggései

A teljesítménytesztekben mért eredmények alapján kétféle módon számítjuk az IQ-t.

Az egyik megközelítést *Binet és Simon (1905, id.: Kun, Szegedi, 1971)* alkalmazták vizsgálatukban először. Az ő módszerükben az IQ mint viszonyszám jelenik meg. Az IQ számításának alapja a helyesen megoldott feladatokban mutatkozó értelmi, azaz mentális kor viszonyítása az életkorhoz, vagyis a biológiai korhoz. A 100-as érték azt jelzi, hogy mentális és a biológiai kor aránya kiegyenlített, azaz, a gyermek értelmi fejlettsége megfelel az életkorának.

$$IQ = \frac{MK}{ÉK} \times 100$$

MÉ = mentális életkor

ÉK = biológiai életkor

A ma is használatos intelligenciatesztek konstrukciói ettől eltérnek. *Wechsler (1934, id.: Kun, Szegedi, 1971)* dolgozta ki az IQ, mint életkori övezethez viszonyított eltérés kiszámolásának technikáját. Az egyre nehezedő feladatok különböző teljesítményeit egymással összevethető, összegezhető értékpontokká alakítják, s a vizsgált személy eredményeit saját életkori övezetéhez viszonyítják. Ugyanaz a teljesítmény más-más életkorban eltérő intelligenciát jelez. Nagy létszámú, reprezentatív mintán mért adatok képezik a számolás, az értékponttá alakítás háttérét. Az IQ-pontszámok eloszlása fordított harang alakú görbére emlékeztet. A leggyakrabban előforduló pontszám 100 körül csoportosul, míg a szélsőségesen alacsony, illetve magas pontok a legkritábbak. Ez az eloszlási görbe szolgáltatta az alapot az intelligencia övezeteinek meghatározásához, amelyet a következő táblázat szemléltet.

Az IQ osztályozása

INTELLIGENCIA OSZTÁLY	IQ-INTERVALLUMOK
Értelmi fogyatékoság	68 és alatta
Igen alacsony intelligencia	69 – 79
Alacsony intelligencia	80 – 90
Átlagos intelligencia	91 – 109
Átlag feletti intelligencia	110 – 120
Igen magas intelligencia	121 – 130
Extrém magas intelligencia	131 és felette

Az IQ összefüggései

Bárhogyan is határoztuk meg az intelligenciát, azt, hogy mely képességeket vesz figyelembe, jutalmaz és ápol, a társadalom dönti el. Az egyes közösségek egymástól eltérő képességeket preferálhatnak. Ennek következtében az adott kultúrától függ az intelligencia kritériumainak meghatározása. Az összehasonlító nemzetközi vizsgálatok rávilágítottak, hogy szemben az európai és az amerikai fölfogással, a Távols-Keleten (Kína, Tajvan) például a társas kompetenciát és az önismeretet azonosították az intelligencia legfőbb ismérveként (Sternberg, 1986, id.: Atkinson, 2005). Az emberiség történetében is változtak helytől és időtől függően az intelligencia kritériumai. Ezért sem lehet a helyi adottságokhoz történő adaptálás nélkül az intelligenciateszteket „átültetni” más kultúrákba. Tekintsük most át azokat a tényezőket, amelyeknek az IQ-val kapcsolatos összefüggéseit vizsgálták.

Iskolai siker. Az IQ, és az iskolai sikeresség, illetve a tanulás eredményessége között egyes kutatások szoros összefüggéseket találtak. Ezek többnyire az alapszintű oktatásra vonatkoztak. Az egyetemi tanulmányokat illetően azonban már komoly kételyeket fogalmaztak meg, különösen a felvételik alkalmával fölvev csoportos tesztekre vonatkozóan.

Munkahelyi státus és siker: Sok tanulmányt szenteltek ennek a kérdésnek is, és úgy tapasztalták, hogy az IQ és a munkahelyi státus összefügg egymással. Sőt, az IQ jobb előrejelzője a munkahelyi teljesítmények, mint a biográfiai adatok és iskolai végzettség.

Csoportkülönbségek. Vizsgálták különböző csoportosításokban az egyes feladatokban nyújtott teljesítmények eltérését, az úgynevezett teljesítményprofil. Többek között nők és férfiak, valamint bizonyos népességcsoportok között találtak eltéréseket. Sőt, egyes közleményekben ismételtén fölbukkantak a fajok közötti különbségekről szóló tudósítások is. Óvatosan kell azonban bánni ezekkel az eredményekkel, különösen akkor, ha a vizsgálatok résztvevői nem ahhoz a kultúrához adaptálódtak, amelyre a teljesítménytesztet kialakították. Gondoljunk csak azokra a kerek kunyhókban nevelkedő emberekre, akiket „nem tud becsapni” az Aymes szoba.

Az IQ örökletessége és stabilitása. Ma szinte majdnem minden pszichológus elismeri, hogy az intelligenciát, legalább részben, befolyásolják genetikai tényezők. A viselkedésgenetika foglalkozik a viselkedés genetikai és környezeti háttértényezőivel. Az ikerkutatásokból – az együtt, illetve a külön nevelkedő gyerekek vizsgálataiból – megállapítható, hogy a genetikai és környezeti hatások nem egymást kizáró tényezők, hanem mindkettőnek megvan a szerepe az intelligencia fejlődésében, és kifejeződésében. Az örökletesség ugyanakkor nem jelenti, hogy a hátrányos helyzetű gyermekeknek fölösleges fölzárkóztató programokat készíteni. Sokkal inkább arról van szó, hogy az emberek között – még egy adott csoporton belül is – különbségek mutatkoznak a teljesítményben. Az egyének közötti különbségre, és a környezeti hatások jelentőségére hívja föl a figyelmet az a tény is, hogy az IQ stabilitása az *életkor függvénye*. A gyermekeknél általában kevésbé stabil az IQ, a kor előrehaladtával azonban stabilizálódik.

AZ INTELLIGENCIA, A TELJESÍTMÉNY MÉRÉSE

A MAWI teszt

Hazai viszonyok között a legnépszerűbb intelligenciateszt a MAWI, amely a Wechsler-féle intelligenciateszt tizenegy feladatsorból álló eljárásának magyar adaptációja. A standardizálást Szegedi Márton vezetésével egyetemi hallgatók végezték. „Az intelligencia mérése” című könyv (Kun, Szegedi, 1971) hat kiadást ért meg a legelső megjelenését követően. A teszt konstrukciójáról, a reprezentatív minta kiválasztásáról, az eredményekről, a statisztikai eljárások nyomán kialakult értékpont meghatározásokról, az életkori övezetekről, és az egyes feladatok speciális képességfaktorairól teljes részletességgel tájékozódhatunk. Itt azt emelnénk ki, hogy Wechsler az eredeti tesztet a faktoranalitikus modell szerint konstruálta. Tizenegy feladatsor, tizenegy képességcsoportban méri a teljesítményt. Az összteljesítményből számolható az IQ. Az öt verbális feladatsor eredményeinek összesített pontértéke a VQ (verbális kvóciens), az öt performációs feladatsoré pedig a PQ (performációs kvóciens). A 11. feladatsor a Szókincs próba. Tekintsük át a következő táblázatban az egyes részpróbákat.

A MAWI teszt részpróbái

Verbális	Cselekvéses
1. Ismeretek	6. Rejtjelezés
2. Helyzetek megértése	7. Képrendezés
3. Számismétlés	8. Képkiegészítés
4. Számolási feladat	9. Mozaik
5. Összehasonlítás (főfogalom)	10. Szintézis

11. Szókincs

Ez a fölépítés lehetővé teszi, hogy az IQ-n kívül a teljesítmény profilja is kirajzolódjon az egyes képességekben nyújtott eredmények nyomán. Wechsler kidolgozott egy mutatót, amely a mentális hanyatlás előrejelzésére szolgált. Ezt nevezte *demenciaindexnek*. A teszt bevezetésétől eltelt időben több organikus indexet is kialakítottak. Ezeknek a törekvéseknek az volt a lényege, hogy az intelligenciavizsgálat eredményéből megpróbálták meghatározni, hogy a *demencia* (a mentális képessége leépülése) előrejelezhető-e a tesztben nyújtott teljesítményből. Valamennyi próbálkozás háttérében az a feltételezés állt, hogy a tényleges leépülést megelőzi az intelligencia struktúrájának változása, valamint, hogy ez az ún. „érzékenynek mutatózó” részfeladatok teljesítményének gyengeségében ragadható meg.

A továbbiakban röviden ismertetjük azokat a teljesítményteszteket, amelyek felépítése, struktúrája eltér az eddig bemutatott Wechsler-féle tesztekétől, ám tartalmukban mégis az intelligencia egy-egy részfaktorának felmérésére szolgálnak. Bővebben ehelyütt csak azokkal a tesztekkel foglalkozunk, amelyek fölvétele, az eredmények kiszámítása, értékelése az alapképzés követelményei közé tartozik. Ezek a tesztek a magyar pszichodiagnosztikai gyakorlatban is – immáron 30 éve – elterjedt, népszerű eljárások.

A Raven teszt (*Progressive matrices*)

A teszt, szerzőjéről, *J. C. Ravenről* kapta nevét (Szegedi, 1994). A faktoranalitikus vizsgálatok kimutatták, hogy az általános értelmi képességek leginkább az észlelési, szavakhoz nem kötődő problémahelyzetek megoldásán alapuló próbák megoldásával korrelálnak. Erre alapozta Raven a színes feladatokból álló gyermek-, és a fekete-fehér mintalapokból álló felnőtt változat sorozatait. A teszt az érzékelési pontosság mellett a hipotézisalkotás képességét, valamint a hipotézis

ellenőrzésének megbízhatóságát, logikai tisztaságát követeli meg.

A teszt öt szériából áll, szériánként 12 darabot tartalmaz. Összesen tehát 60 darab mintalapról áll, sorozatonként, és sorozaton belül is fokozatosan nehezedő mintázatokkal. A mintázat alakzatai bizonyos törvényszerűséget követnek, és minden egyes mintázatból hiányzik egy darab. A vizsgálati személynek az alakzatok törvényszerűségét kell megragadnia, és a mintázat alatt elhelyezkedő hat, vagy nyolc rendelkezésre álló alakzatból kiválasztania a mintázatba helyesen illeszkedőt. Egyetlen helyes megoldása van minden egyes alakzatnak. A felhasznált időnek nincs különösebb jelentősége az értékelésnél. Ezzel együtt följegyezzük a kezdéstől a befejezésig eltelt időt. Általában 40-50 percig tart a megoldás, de a 60 perc még átlagos ütemnek tekinthető. Az instrukcióban arra hívjuk föl a figyelmet, hogy azt az alakzatot kell kiválasztania a rendelkezésre álló hat, illetve nyolc közül, amelyik beillik a mintázat hiányos részébe. A választásokat a vizsgálati személy a feladathoz mellékelt űrlapon rögzíti, a kiválasztott alakzat számát írva a megfelelő helyre.

A vizsgálatot egyéni és csoportos helyzetben is alkalmazzák. Az elvégzett statisztikai elemzések nyomán a következő az intelligenciaövezeteket jelölték ki a teszteredmények alapján:

Intelligenciaövezet	Raven teszt értékei
Igen magas	59-60
Magas	50-58
Átlagos	30-49
Átlag alatti	20-29
Igen alacsony	10-19
Értelmi fogyatékos	0- 9

A Benton teszt

L. A. Benton (1945) fejlesztette ki ezt az eredetileg vizuális emlékezetet vizsgáló eljárást önálló pszichodiagnosztikai tesztté (id.: Szegedi, 1994). Egyszerű geometriai formákat tartalmazó 60 darab tábla alkotja a tesztet. Egy vizsgálat alkalmával 10 képet exponálunk. Ez azt jelenti, hogy a vizsgálatot több alkalommal is fölvehetjük, anélkül, hogy az ismétlés okozta tanulási effektus torzítaná az eredményeket. Egy tízes sorozaton belül az ábrák száma fokozatosan nő, s egyre bonyolultabb lesz az ábra-elemek egymáshoz való viszonya. A föl vétel többféle technikával készülhet: felidézés és rajzolás, vagy felismerés és választás. Változtatható az expozíció ideje, illetve késleltethető a felidézés is. A vizsgálat könnyen, gyorsan lebonyolítható és értékelhető. A teszt leggyakrabban használt változata, amikor 10 másodperces expozíciós idő után a vizsgált személynek reprodukálnia kell az ábrát.

A teszttel kapcsolatos kutatások során fölhalmozódott adatok szerint a teszt alkalmas az intelligenciaövezet meghatározására, s érzékeny a mentális színvonal változására, csökkenésére is. Ez érthető, hiszen összpontosítást igényel az egyes elemek számának, egymáshoz való viszonyának, arányuknak a megjegyzése a látszólag könnyű ábrán. A szellemi hanyatlással járó pszichopatológiai kórképekben pedig éppen ezek a pszichés funkciók sérülnek elsőként.

A vizsgálatot általában egyéni formában alkalmazzák. A vizsgálati személy az ingermintának megfelelő nagyságú papírlapot kap, valamint ceruzát és radírt. Az instrukcióban hangsúlyozzuk, hogy 10 másodpercig nézheti az ábrát, majd emlékezetből kell pontosan lerajzolnia azt. Jelezzük, hogy kezdetben könnyűek lesznek az ábrák, később azonban bonyolultabbak. Megismételjük, hogy csak akkor kezdjen rajzolni, ha a mintát már elvettük. A harmadik ábra előtt külön föl hívjuk a figyelmét, hogy több alakzat is lesz, mindet pontosan rajzolja le, ne maradjon ki semmi.

A teszteredmények értékelése két szempont szerint történik. *A teljesítmény nagyságát* a helyesen lerajzolt ábrák száma jelenti (maximum 10 pont). *A hibák száma és jellege* szerinti értékeléskor figyelembe kell venni, hogy egyetlen ábrán több hibát is véthet a személy. Tehát

például, ha nyolc ábrát reprodukált helyesen a személy, akkor a két hibás ábrában eltéveszthet 3-4, vagy akár több elemet is.

A hibák jellegét tekintve a szakirodalom *hétféle hibacsoportot* ír le:

- kihagyások és betoldások,
- torzítások,
- perszeverációk,
- elfordítások,
- hibás elhelyezések, és
- aránytalanságok.

A vizsgálati személyek IQ pontjai a Benton értékekkel a gyakorlatban magas korrelációt mutatnak. Az intelligenciaövezetbe való besorolást a vizsgálati személy teljesítménye és hibaszáma alapján is elvégezzük. Az ehhez szükséges viszonyítási pontokat a *standardizálás* során lehet nyerni. Itt kell szólni arról, hogy a Benton tesztet 15-40 év közötti személyek vizsgálata segítségével standardizálták. Ez azt jelenti, hogy 15 éves kor alatt nem használható a teszt, hiszen azoknak a funkcióknak a fejlődése, amelyekre a teszt épül, éppen ebben az életkorban fejeződik be. 40 év fölött pedig kisebb teljesítmény, és több hiba fogadható el az ugyanazon intelligenciaövezetbe történő besoroláshoz. Ezek a funkciók ugyanis sérülékenyek, és a kor előrehaladtával teljesítményük csökken.

A Piéron teszt

Magyarországon az egyik legelterjedtebb, leggyakrabban alkalmazott, figyelem-koncentrációt és szelektív figyelmet vizsgáló teszt a *H. Piéron* és *T. Eduard* által kidolgozott eljárás. E funkciók meghatározását jól tükrözi az a definíció, amelynek alkalmazására maga a teszt is épül: „a figyelemmel együtt jár valamilyen aktivitási rendszer felerősödése, és más kurrens rendszerek akadályozása. Így a mechanizmussal dinamizálódás és gátlás jár együtt.” Anélkül, hogy a figyelemmel foglalkozó különféle elméletekben elmélyednénk, a praktikum oldaláról közelítjük meg a Piéron teszt használatát. A teszt jól alkalmazható a következő területeken:

- a pályaválasztási tanácsadásban,
- alkalmasság vizsgálatok széles körében,
- a fáradási és terhelhetőségi vizsgálatokban,
- a monotóniatűrési vizsgálatában,
- klinikai vizsgálatokban,
- sportpszichológiai vizsgálatokban, és
- pedagógiai vizsgálatokban.

A vizsgálat egyénileg és csoportosan is végezhető, s van számítógépes változata is. A tesztlapon négyzetek láthatók, amelyeknek különböző sarkai, illetve oldalai kis vonalakkal meg vannak jelölve. Egy sorban 20 négyzet található, a lapon pedig 20 sor. A vizsgálati személynek az a feladata, hogy a lap tetején külön föltüntetett négy megjelölt ábrát ki kell keresnie a többiek közül, és meg kell jelölnie – ceruzájával át kell húznia. Fölhívjuk még az instrukcióban a vizsgálati személy figyelmét arra, hogy ne hagyjon ki egyet sem a négy ábra közül, és ne húzzon át más jelölésűt. A vizsgálatot általában 5-6 percig folytatják. Mielőtt a személy a tényleges feladathoz kezd, végignézi az ún. „próbasort”. Ezalatt a vizsgálat vezetője ismételtén fölhívja a figyelmét a pontosságra.

Az értékeléskor összegezzük:

- az átnézett négyzetek számát,
- a jól jelölt négyzetek számát,
- a kihagyott négyzetek számát, és
- a tévesen áthúzott négyzetek számát.

Az értékeléskor teljesítmény-százalékot és hibaszázalékot számolunk. Az értelmezéskor alapvetően

ezeket vesszük figyelembe, de ezen túlmenően a teljesítmény percenkénti alakulását is nyomon követhetjük.

PROJEKTÍV TESZTEK A PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

A személyiség vizsgálatára szolgáló eszközök között a projektív tesztek népszerűsége igen erős hullámzást mutat. A pszichoanalízis, amelynek elméleti modellje e tesztek alapját képezi, új dimenziót nyitott az ember megismerésében. A rejtett, a nem nyilvánvaló föltárásának láza számtalan projektív eljárás megszületését vonta maga után (Carver, Scheier, 1998). Ugyanakkor, azok az igények, amelyek napjainkban a pszichodiagnosztikával szemben – elsősorban a klinikai pszichológia területén – egyre inkább föllépnek, másfajta megközelítést várnak el. Hangsúlyozzák, hogy emberek csoportjai közötti összehasonlításra van szükség, vagy egy-egy csoporton belül a változás nyomon követésére. Ezek az elvárások pontosztozható, számszerűsíthető adatokat követelnek (Trull és Phares, 2004). Nem céljuk a személyiség egészének a feltárása, csak annak egy-egy tulajdonságára, vonására kíváncsiak. Miközben a nagy összehasonlító elemzések, a gyógyszergyárak által finanszírozott multicentrikus vizsgálatok kizárólag kérdőívvel, pontozóskálákkal dolgoznak, a projektív eljárások ismét reneszánszukat élik. Hozzájárult ehhez a holisztikusnak nevezett szemlélet előtörése is. Nem elegendő tudni a vizsgálati személyről, hogy szorong, vagy a hangulati fekvése depresszív, tudni szeretné a pszichológus, hogy ez milyen más egyéb személyiség-vonásokkal jár együtt. Szeretne információt arról is, hogy mit jelent az alany számára a szorongás, a depresszív állapot. A kérdőíves személyiségtesztek – mint például az MMPI és a Cattell (lásd a fejezet első része) – nevükből következően széles skáláját ölelik föl a lehetséges tulajdonságoknak. Arra a kérdésre azonban már nehezebben válaszolnak, hogy Kovács Pisti és Kiss Józsi, akiknek a személyiségprofilja igen hasonló, miért viselkednek különbözőképp a saját érzelmi, vagy hangulati állapotukkal kapcsolatban.

A projektív technikáról általában

A projektív tesztek – mint ahogy azt a bevezetőben említettük – a pszichoanalitikus személyiségmodellben gyökereznek. Kezdetben a tudattalan tartalmak felszínre hozásának technikájaként kezdték el ezeket a teszteket alkalmazni, a XX. század harmincas éveitől. Számtalan próbálkozás nyomán tökéletesítették a különböző *felt-technikákat*, melyeknek lényege az ún. *nem egyértelmű perceptuális helyzet*. A *Rorschach tesztet* Hermann Rorschach a húszas években fejlesztette ki. A vizsgálati személy a rendelkezésére álló *nem egyértelmű* vizuális ingereket – tíz darab felttechnikával készített ábrát – a saját információfeldolgozási folyamatainak megfelelően értelmezi. Azaz, jelentést ad a feltoknak. A pszichoanalitikus modell megfogalmazásában, „*kivetíti tudattartalmait*” (Mérei, 2002). A kognitív irányzat ugyanezt a folyamatot úgy fogalmazza meg, hogy az alany a nem-egyértelmű ábrákat saját *kognitív sémái* nyomán értelemmel ruházza föl.

A másik, igen gyakran alkalmazott teszt *Henry Murray* (1934) nevéhez fűződik, s *TAT*-ként (Thematic Apperception Test) vonult be a pszichodiagnosztika történelmébe (Carver, Scheier, 1998). Ebben a tesztben a vizsgálat személynek jeleneteket ábrázoló képekről kell történeteket mondania. Minden egyes jelenetnek sajátos „felhívó jellege” van, aszerint, hogy a jelenet milyen kapcsolati, érzelmi konstellációkat ábrázol. A vizsgálat személy történet-szövésének tartalma és a történet elbeszélésének módja megmutatja az értékelő számára, hogy milyen témák lehetnek konfliktusterheltek a személy számára. Megmutatja azt is, hogy a témával kapcsolatos konfliktusait, érzelmeit hogyan tudja feloldani, kezelni a vizsgálati személy, vagy éppenséggel mely téma az, amely számára elakadást okoz.

Napjainkban természetesen mindkét teszt használata, értékelése, és értelmezése – éppen a háttérben álló elméleti és technikai modell bonyolultsága miatt – megfelelő, magas szintű képzettséget és szakmai ismereteket kíván meg (pszichológus MA diploma). Elemi szintű

megismerésük azonban éppúgy fontos a BA szintű képzésben lévők számára is.

A projektív tesztek előnyei és hátrányai

Nézzük, mi hívta életre a projektív technikákat, s mi az, ami miatt a rengeteg – elsősorban az objektív mérés hiányát érintő – kritika ellenére a mai napig a gyakorló diagnoszta szívesebben alkalmazza, mint a skálákat, kérdőíveket. A következő pontokban áttekintjük a projektív technikák előnyeit.

- Strukturálatlan ingerhelyzetben történik az észlelés. Ennek következtében a vizsgálati személy saját élményei, szükségletei, vágyai stb., alapján artikulálja, észleli és értelmezi a rendelkezésre álló információt.
- A skálák, kérdőívek kívánta helyzetben a vizsgált személy „igen-nem” választással, vagy eltérő fokozatokban mond véleményt önmagáról, a kérdés adta szűk keretek között. A projektív tesztekben a vizsgálati személy szabadon nyilvánulhat meg, és dönthet az ingerhelyzet szabta határok között. Azaz, „itt és most” viselkedik.
- A kérdőívekkel szemben a projektív tesztekénél nincs ún. „jó válasz”. Minden, amit mond, belőle fakad, és így róla informál. A válaszokat nehéz kontrollálni, és egy „normához igazítani”, hiszen nincs olyan viszonyítási pont, amely alapján eldönthető, hogy az adott személy esetében mi a célravezető magatartás.
- Azért is szokták indirekt eljárásnak nevezni a projektív próbákat, mert a viselkedésből következtet a személyiségre, és nem a vizsgálat alanyát kérdezi meg közvetlenül a saját viselkedéséről (mint ahogy azt a kérdőívek teszik).
- A vizsgálat adatainak értelmezésekor nem csupán egyetlen, vagy néhány dimenziót vesz figyelembe. Az adatok értelmezése többszörös dimenziók mentén történik, ahol az egyes értékek jelentéstartományát a többi értékhez való viszonyulás adja.
- A személyiség leírásában tehát a holisztikus jelleg dominál, így az egyedit, az adott emberre jellemzőt ragadja meg, a tipikus viselkedésmódok sajátos egyvelege révén.

A „Személyiség mérése” című fejezetben Trull és Phares (2004) összegyűjtik azokat az érveket, amelyek a projektív technikák alkalmazása ellen szólnak.

- A projektív tesztek ellenállnak a pszichometriai értékelésnek, és így alkalmatlanok az összehasonlító elemzésre.
- Bizonyos időhatárok között a teszt fölvétele nem ismételhető. Nehezen számszerűsíthetők a válaszok, így az eredmények követéses vizsgálatra nem alkalmasak.
- Érdemes lenne megpróbálni a projektív tesztek értelmezésének standardizálását. Talán ez az eljárás megkönnyítené a kommunikációt, s egyes pszichológusok értelmezési hevületét is visszafogná.
- A tesztek megbízhatósága (lásd a fejezet bevezetőjét) nehezen ellenőrizhető. Csak a válaszok formalizálásával lenne megoldható, ez viszont nem független a vizsgálat vezetőjének szubjektivitásától. (Szükséges azonban hozzáfűznünk, hogy bizonyos eljárás formalizálásában komoly lépések történtek, s ma már számítógépes kiértékelő programokkal is próbálkoznak. Így például a Rorschach teszt fölvételénél, jelölésénél, és értelmezésében a hazai gyakorlat szigorú előírásokat tartalmaz (Merei, 2002)).
- Az érvényesség kérdését is nehéz megválaszolni. Jó személyiségteszt-e a Rorschach vagy a TAT? Mit tudunk kimutatni a segítségükkel? Jósolni tudjuk-e az eredményekből bizonyos viselkedés bekövetkeztét a teszt fölvételével, vagy sem?

Anélkül, hogy a kérdéseket eldöntenénk, érdemes végiggondolni, hogy a jó pszichológus számára mindig az adott kérdések szabják meg, hogy mikor és milyen diagnosztikai eljárást alkalmaz. Érdemes kiaknázni azokat az előnyöket, amelyeket a skálák és kérdőívek gyorsan, nagy tömegben

elvégezhető, számokban kifejezhető, világosan átlátható eredményei nyújtanak. A projektív tesztek pedig akkor érdemes alkalmaznunk, amikor arra van szükség, hogy a személyiség tartalmait, erőforrásait, és a változás esélyét mérlegeljük.

Néhány projektív teszt

A nagy gyakorlatot igénylő személyiségdiagnosztikai tesztek, mint a *Rorschach* és a *TAT* módszerének elsajátítása nem képezi a BA szintű tanulmányok tárgyát. Ehelyett, két olyan tesztet mutatunk be röviden, amelyek alkalmazása egyszerűbb, átláthatóbb, és amelyek technikája a személyiség modelljeinek alapszintű ismeretei mellett is megérthető.

Mondatbefejezési technikák

A vizsgált személy feladata, hogy egy megkezdett mondatot tetszés szerint fejezzen be. A mondatok típusai: „Szeretem a...”, „Bárcsak...”, „A legtöbb lány...”, stb. A mondatok tehát vélekedéseket, vágyakat stb., hívnak a vizsgált személyből. Könnyen pontozható eljárás. A tesztkönyvben található példák jó tájékoztatást adnak. A teszt előnye, hogy megtartja a válaszadás szabadságát. A Rotter-féle eljárásban (Rotter, 1954, id.: Trull és Phares, 2004) 40 mondatot kell a személynek befejeznie. A válaszok pontozása hétfokú skálán történik. A pontértékek olyan információkat szolgáltatnak, mint például a beilleszkedési zavarok általános mutatója.

PFT (Picture Frustration Test)

1945-ban publikálta Rosenzweig a *PFT-t*, melynek elméleti háttérét a frusztráció, és az általa keltett feszültség kiélését akadályozó körülményekre adott válaszok elemzése adta (Merei, Szakács, 1995). Ismerkedjünk meg a következő alapfogalmakkal, hogy érthetővé váljon a teszt támadáspontja, értelmezési kerete.

A szükségletek hierarchiájában az emberi, társadalmi létből fakadók képezik a teszt központi problematikáját, mint pozitív cél elérése, én-ideál megvalósítása.

Frusztráció. Akadályoztatást jelent, ennek következtében veszélyeztetést, a szükséglet kielégítésével szemben. A tesztben ez interperszonális történetet jelent, azaz, két személy között történik.

Frusztrációs tolerancia az akadályoztatás elviselésének mértéke. Azt tudjuk elemezni a teszt adatainak fényében, hogy ez a feszültségtűrés az átlaghoz képest milyen. Pontosabban azt, hogy mennyire felel meg a megszokottnak, mennyire konformista a feszültség kiélése.

Agresszió. A kor elképzelése szerint (Dollard és Miller elmélete) a frusztráció mindig agressziót vált ki. Ennek legfőbb az iránya, illetve a válasz típusa lehet egyéneként eltérő. A teszt 24 sematikus rajzból áll, amelyeken köznapi frusztrációs helyzetekben lévő személyeket látunk. Az egyik személy épp mond valamit egy másiknak. Ez utóbbi személy helyzetébe kell a vizsgálati személynek beleképzelnie magát, és válaszolnia a nevében. Az instrukcióban hangsúlyozzuk, hogy az első eszébe jutó választ mondja. A hazai gyakorlat nyomán szóban kérjük a válaszokat, amelyeket a vizsgálat vezetője jegyez le. Az értékelés válaszonként két szempont szerint történik.

Az agresszió iránya lehet kifelé irányuló – azaz *extrapunitív* –, önmaga felé irányuló – azaz *autoagresszív*, vagy *intrapunitív* – és lehet felmentő reakció, amikor a válaszoló elkerüli az agresszivitást – *impunitív*.

A reakció típusa lehet *akadály-hangsúlyos*, amikor a válasz a frusztráció tárgyi okát hangsúlyozza, azzal foglalkozik. Lehet *én-elhárító*, amelyben az én védelme dominál. Ilyenkor vagy másra hárítja a felelősséget, vagy bocsánatot kér, vagy felmenti a frusztráló személyt. Végül, a *szükséglet fennmaradása* jellemzi azokat a válaszokat, amelyek valamilyen megoldás felé mutatnak.

Ezeknek a szempontoknak a kombinációiból összesen 11 jel adható, amelyet mind a huszonnégy válasznál lejelölünk, kiegészítve az ún. adekvációs fokkal (+, ha a helyzetnek megfelelő a válasz, illetve –, ha ahelyezethez nem illő). Az egyszerűbb jelölésre törekszünk, a többes állítást tartalmazó válaszoknál maximum két jelet alkalmazhatunk. A jeleket egy erre a célra előkészített értékelő táblázatban összesítjük. Az értékelésnél az egyes jelek arányát elemezzük.

ÖSSZEFOGLALÁS

A fejezetben áttekintettük a pszichodiagnosztika eszköztárának legfontosabb alapfogalmait és módszereit. A *megbízhatóság* és az *érvényesség* fogalmait alapvetően minden egyes teszt-eljárás alkalmazásánál. E két minősítő szempont nélkül a „pszichológiai tesztelés” folyamata, módszerei, és eredményei megkérdőjelezhetőek lennének. A fejezetben láthattuk, hogy a diagnosztikai kérdésfeltevés több szinten válaszolható meg, attól függően, hogy milyen módszert alkalmazunk a vizsgálatok során. A kérdőívek és a becslőskálák egy-egy konkrét kérdésfeltevésre adnak választ a személyiség működésével, problémáival kapcsolatban. A teljesítménytesztek sokat segítenek a vizsgálatnak abban, hogy az alany képességeiről, mentális, és kognitív működésének stratégiáiról kapjon információt. Végezetül, a projektív tesztek a személyiség működésének dinamizmusát tárhatják fel.

Természetesen a különféle tesztek alkalmazásának és felhasználásának etikai, szakmai szempontjai itt is szigorú szabályokhoz és kompetenciakörökhöz kötöttek. Ezeknek a figyelembe vétele és betartása elsődleges kell, hogy legyen a pszichológus szakmára készülők és a pszichodiagnosztikai módszereket alkalmazók számára.

KULCSFOGALMAK

Becsülőskálák A személyiség egyes jellegzetességeire, részfunkcióira, viszonyulásaira, stb. irányuló kérdőívek.

Biológiai életkor, mentális életkor A testi fejlettség és a szellemi érettség összevetése adja az IQ-számítás alapját az első intelligenciatesztekben

Az értelmezés több változón alapul A vizsgálatban a válaszok lehetséges köre igen széles, a pszichológus többszörös dimenzió mentén értékelheti, értelmezheti.

Indirekt módszer A vizsgálati személyeket nem közvetlenül kérdezik meg bajaikról, gondjaikról, hanem észlelési-döntési helyzetben – azaz indirekt úton – történő viselkedéséből következtetnek a vizsgálatvezetők.

Intelligencia Sokféle definíciója létezik. Általában hangsúlyozzák az elvont gondolkodás, a tanulás, és a környezethez való alkalmazkodás képességét.

Intelligencia-elméletek Azok a modellek, amelyekkel elméleti síkon igyekeznek megközelíteni az intelligencia összetett fogalmát. Ezek mindannyiszor saját mérési technikát is maguk után vonnak.

Intelligencia-hányados (IQ) Az IQ azt fejezi ki, hogy az adott személy teljesítménye saját korosztályához viszonyítva milyen szintű. Az átlagos IQ azt jelenti, hogy a személy teljesítménye a populáció többségéhez viszonyítva annak teljesítmény-átlagához tartozik.

Kultúrafüggő Az egyes kultúrkörökben szocializálódott ember teljesítményének mérésekor nem lehet figyelmen kívül hagyni annak a környezetnek a hatását, amelyben felnevelkedett.

Nem egyértelmű ingerhelyzet Az ingerhelyzet az észleléshez nem nyújt egyértelmű támpontot, ezért a vizsgálati személy a korábbi tapasztalatai, szubjektív sémái alapján értelmezi azt.

Örökletesség Az intelligencia örökletessége nem jelenti azt, hogy nem fejlődik, változik a teljesítmény az egyes képességekben a környezet hatására. Az azonban igaz, hogy az öröklött tényezők behatárolják azt a fejlődési kört, amelyben az adott személy mozog.

Projekció A pszichoanalitikus személyiségelméletben a szorongás-elhárítás egyik formája az érzelmi, gondolati tartalmak kivetítése. Tágabb értelemben a személy saját, belső, szubjektív tartalmait a külvilágra vetíti, és ezek alapján értelmezi a személyi és tárgyi világ aspektusait.

Projektív technikák Olyan pszichológiai teszt-használati technikák, amelyek az nem egyértelmű helyzetekben mutatott viselkedés, illetve a helyzet szubjektív értelmezése alapján mérik fel a személyiséget.

Személyiség-kérdőívek A személyiség bizonyos aspektusainak jellemzésére szolgáló önkitöltős tesztek.

HIVATKOZÁSOK

- Atkinson, H., Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L., Loftus, G.R. (2005) *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Benton, A. L. (1945) *A visual retention test for clinical use*. Archives of Neurology and Psychology, 1959. 273-291.
- Cattell, R. B., Eber, H. W., Tatsuoka, M. M. (1977) *Handbook for the 16 factor questionnaire*. Champaign, IL, IPAT.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Cseh-Szombathy L., Ferge Zs. (Szerk.) (1971) *A szociológiai felvétel módszerei*. KJK, Budapest.
- Gough, H. G. (1956) *California Psychological Inventory*. Palo Alto CA, Consulting Psychologists Press.
- Karczag, J. (1994) *A Cattell-féle 16 faktoros személyiségteszt*. In: Mérei F., Szakács F. (Szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum I*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 207-269.
- Kun M., Szegedi M. (1971) *Az intelligencia mérése*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Mérei, F. (2002) *A Rorschach-próba*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Mérei F., Szakács F. (1995) *Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Oláh A. (1985) *A Californiai Pszichológiai kérdőív hazai alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok*. Pszichológiai Tanulmányok, XVI. 53-101.
- Pressing L., Szakács F. (1990) *Az MMPI próba új magyar standardja*. TBZ Kutatás Programirodája, Budapest.
- Szakács F. (1994) *Útmutató a Rosenzweig-féle Frusztrációs Teszt (PFT) használatához*. In: Mérei F., Szakács F. (Szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum II*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 183-200.
- Szegedi Márton (1994) *A Raven-féle intelligenciateszt és klinikai alkalmazása*. In: Mérei F., Szakács F. (Szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum III*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 124-135.
- Szegedi M. (1994) *A Benton Teszt*. In: Mérei F., Szakács F. (Szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum III*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 202-211.
- Szokolszky Á., (2004) *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Trull, J. T., Phares, E. P. (2004) *Klinikai pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

4. FEJEZET

A gyermekpszichodiagnosztika alapjai

A fejezet vázlata

A GYEREKEKKEL TÖRTÉNŐ KOMMUNIKÁCIÓ SAJÁTOSSÁGAI

Történetek és az énről szóló elbeszélés-változatok

A PSZICHODIAGNOSZTIKA GYERMEKEKNÉL – A FEJLŐDÉSI SZEMLÉLET

A normalitás fogalma gyermekkorban

A fejlődés iránya és összetettsége gyermekeknél – a „fejlődési vonalak” fogalma

A normalitás fogalma a „fejlődési vonalak” tükrében

Személyiségfejlődés és egészség

A GYERMEK ÉS A JÁTÉK

A JÁTÉK, MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

A játék pszichodiagnosztikai és terápiás felhasználása – történeti szempontok

Pszichés problémák megjelenése a játékban

Amikor a gyermek „nem tud játszani”

A játékdiagnosztika eszközei

A RAJZ MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

Történeti szempontok

A „rajzvizsgálatok, mint diagnosztikus eszközök” kidolgozásának időszaka

Korai gyermekrajz kutatások

A projektív rajzvizsgálatok, mint a „személyiség értékelésének eszközei”

A projektív rajztesztek kritikája

A GYERMEKI RAJZOLÁS MINT „KREATÍV FOLYAMAT, AZ ÖNKIFEJEZÉS ÉS ELBESZÉLÉS ESZKÖZE”

„Beszélgetés rajzban” – A Winnicott-féle firkajáték

Robin esete

A GYERMEKEKKEL VALÓ FOGLALKOZÁS ETIKAI KÉRDÉSEI

ÖSSZEFOGLALÁS

KULCSFOGALMAK

HIVATKOZÁSOK

Fontos kérdések

- Fejlődés és normalitás hogyan függ össze gyerekeknél?
- Milyen jelek alapján mondhatjuk, hogy egy gyermek fejlődése eltér a normálistól?
- Mi a különbség a kérdezés és a beszélgetés között?
- Mi a jelentősége a „mintha módnak” a fejlődésben és a kommunikációban?
- Miért játszanak a gyermekek?
- Hogyan fejeződhetnek ki a pszichés problémák a játékban?
- Mik lehetnek az okai annak, ha egy gyerek nem tud játszani?
- Milyen korlátai vannak a projektív teszteknek gyermekkorban?
- Hogyan használjuk a rajzolást a gyermekkel való „beszélgetésre”?
- Milyen etikai szempontokat kell szem előtt tartania a segítőnek a gyermekekkel való foglalkozás során?

A GYEREKEKKEL TÖRTÉNŐ KOMMUNIKÁCIÓ SAJÁTOSÁGAI

Ha a gyerekekkel igazán kapcsolatba akarunk lépni, és az érdekel bennünket, hogy *ők hogyan* gondolnak el dolgokat, akkor szem előtt kell tartanunk sajátos világkonstruálási módjukat, a valóságról alkotott elméleteiket. Ez beállítódási és kommunikációs sajátosságokat egyaránt magában foglal.

Anna Freud szerint a gyerekek és a felnőttek közötti félreértések is abból adódnak, hogy a gyerekek gondolkodási sajátosságai más logikát követnek, mint a felnőtteké. Egyrészt az érzelmek és a vágyak gyakran felülírják a már biztosnak vélt tudást, másrészt a gyerekek a felnőttétől eltérő viszonyítási keretet használnak, amikor egy jelenséget szeretnének megérteni vagy magyarázni. Ha például egy óvodáskorú gyerek már jól érti, hogy miért kell elmenni az orvoshoz, és pontosan tudja, mi fog vele ott történni, akkor vajon miért omlik össze ez a biztos tudása egyik pillanatról a másikra, amint belép az orvosi rendelőbe? Feltehetőleg azért, mert az orvosi vizsgálat közeledtével egyre jobban izgul és szorong, és ez az állapot alapvetően megváltoztatja a helyzet észlelését és az események átélésének módját. Az orvos az ő élményvilágában hatalmas agresszorrá nőhet, az anya cserbenhagyóvá válhat, ő pedig kiszolgáltatott áldozattá. Egy ilyen esemény után az anya iránti harag a gyerek számára érzelmileg „logikus következmény”, akkor is, ha az anyja valójában megértő és vigasztaló.

Látjuk tehát, hogy a gyerekeknél az, amit tudnak és az, amit hisznek, elgondolnak, nem mindig esik egybe. Megtaníthatunk viszonylag bonyolult dolgokat is nekik, amit ügyesen vissza is mondanak, de egyszer csak kiderülhet, hogy számukra az a tudás nem ugyanazt jelenti, mint a felnőtteknek. Elmondhatjuk például nagyon korrekten egy óvodásnak, hogyan is fogan, és születik egy kisbaba. Tudni fogja, érti, de valójában nem hiszi. Nem hiszi, ugyanis csak abból tud kiindulni, amit saját magán tapasztal. A fogantatás és a születés jelenségét csak arra a „nyelvre” tudja lefordítani, amit a saját testi működése is jelez számára, amit abból ismer és ért. Így, saját tapasztalatát követve, azt is „tudja”, hogy a hasba csak szájon keresztül juthatnak be dolgok, és a végbélnyíláson keresztül távoznak. Szerinte ez nem történhet másképp a kisbabákkal sem. A gyermek tehát „elméletet alkot”. Ugyanakkor a gyermeki elméletalkotásban számos egyedi variáció lehetséges, a saját tapasztalatok és kulturális sajátosságok függvényében. A gyerekek rendelkeznek a mindennapi életről szerzett tapasztalatokkal, ismeretekkel, ugyanakkor ezeket a tapasztalatokat hajlamosak egyetlen szempont szerint általános elméletté emelni. A hasonlóságoknak, vagy épp a szubjektív céloknak különleges jelentőséget tulajdonítanak. Az eseményekre, jelenségekre adott magyarázataik ilyen elméleteken alapulnak. A magyarázat igénye természetesen nemcsak a gyerekek alapvető szükséglete a megértés folyamatában. Ezek a jelenség-magyarázó elvek viszonylag koherens rendszert alkotnak, nemcsak a gyerekek, hanem a felnőttek esetében is. Gondolkodásunkban folyamatosan és lappangóan jelen vannak. Ezt a felépülési és működési módot nevezzük *világképnek* (Méri, 1995).

Ha a fentieket szem előtt tartjuk, és a gyerekek saját gondolati tartalmait és következtetési módjait szeretnénk megismerni és megérteni, akkor néhány kommunikációs és kérdezési szabályt figyelembe kell vennünk. Piaget, az általa kidolgozott klinikai kikérdezés módszerében, a sugalmazástól mentes, a felnőttek előfeltevéseit és elvárásait nélkülöző kérdéseket tartotta használhatónak. A kérdéseknek egyszerűeknek kell lennie, és a beszélgetés folyamatában a gyerek válaszára kell alapozni, az ő gondolatmenetéhez kapcsolódva kell haladni. Egy példa Mérei Ferenc gyűjteményéből (1948, 23.):

7 év 5 hónapos kislány kikérdezése.

„Tudod, mi a szél?”
 „Levegő.”
 „Honnan van?”
 „Levegőből.”
 „Hogyan keletkezett?”
 „Barlangban.”
 „Hogyan?”
 „Mert kevés a hely és kinyomódik...ahogy a biciklit pumpálják.”
 „És kinyomja ki?”
 „Senki... magától lesz... sok levegő megy be, és nem fér ki.”

Ha ez a kérdéssorozat azzal kezdődik például, hogy „miért fúj a szél?”, akkor is kapunk válaszokat, de ennek a kisfiúnak a gondolatmenetéből, saját elméletéből kevesebbet tudunk meg. Egy ilyen indítás a mi tudásunkat már befoglalja a kérdésbe, és így egyben sugalmazó is. „Nagyon ötletes elmélet ez. A gyermek látott már működő biciklipumpát és annak működése, számára, a szél keletkezésének modellje. Gondolkodása már annyira fejlett, hogy nem képzelhet el az égben óriási szélcsináló pumpát, s így olyan elméletet kell találnia, amelyben a biciklipumpát hasonlóan működő természeti erők helyettesítik. A barlangban összepréselődő levegő és annak áramlása – kifogástalan elmélet e feltételek között.” (Méri, 1948, 23.)

Ebből a példából kitűnik, hogy a gyerekekkel történő kommunikáció folyamatában az is meghatározó, hogy a felnőttek, a szülők, hogyan gondolkodnak a gyerek belső világáról, és valóság-konstruálási képességéről. Bruner (1996) szerint tisztában kell lennünk azokkal a *naiv elméletekkel*, melyek a gyerekekről való gondolkodásunkat befolyásolják. A kulturális szempontokat szem előtt tartva a következőket hangsúlyozza. Nincsenek abszolút igazságok, hiszen mi magunk hozzuk létre a felnőttek „valóságát” a gyerekek gondolkodásáról, nevelhetőségéről. Nem elég megmagyarázni azt, hogy a gyerekek mit *csinálnak*, azzal is kell foglalkoznunk, hogy mit *gondolnak* arról, hogy mit csinálnak, és milyen *érveik* vannak arra, hogy *miért* csinálják. A gyerekek tudatelméleteiről szóló munkák épp úgy, mint a kulturális megközelítések azt hangsúlyozzák, hogy a gyerek csak fokozatosan veszi észre, hogy nem a „világra” hat közvetlenül, hanem azokra a hiedelmekre, amelyeket ő igaznak vél a világról. Vagyis, nem a világhoz igazodik közvetlenül, hanem azokhoz a hiedelmekhez, melyeket a világról gondol. A gyermek életében kritikus változást jelent, amikor a *naiv realizmustól* eljut annak megértéséig, hogy mi a szerepe a hiedelmeknek. Ez a folyamat öt éves kor körül kezdődik, de feltehetőleg sohasem fejeződik be teljesen. A gyerek fejlődésében tehát nagyon fontos, hogy saját valósága konstruálásának teret adjunk. Azaz, hogy saját ismeretbeli hiányosságait, vagy éppen a félelmeit, élményeit a saját „elméletei”, vagy történetei szerint tárhassa elének. A történetek és elméletek egyaránt szolgálják az ismeretek iránti kíváncsiság ébren tartását, és a saját történetek megoszthatóságának élményét. A saját történetek megosztása és „újraírása” pedig a személyiség fejlődésének, az önmagunkkal való azonosság érzésének sarkalatos pontja. Ezek a történetek sokszor jelentéktelennek tűnő epizódokból tevődnek össze.

A történetek és az énről szóló elbeszélés-változatok

Korábban már utaltunk rá, hogy a történetek elbeszélésének és újraírásának fontos szerepe van a személyiség fejlődésében. A gyerekek, ha meg akarnak osztani velünk valamit az életükből, akkor ezt már két éves koruktól valamilyen történetformában teszik meg. Lehetnek ezek a történetek töredékesek, kitaláltak. A másokkal megosztott történeteinknek nem a valóságosság a lényege, hanem azok a jelentések és összekapcsolások, melyeket az elbeszélő tulajdonít az eseményeknek, szereplőknek. Az elbeszélésekben a cselekvések, a gondolatok, és az érzelmek összekapcsolása a narratív okság szabályait követi. Így attól, hogy valami nem valóság(os), még lehet hiteles. Ha például belemerülünk Micimackó történetébe, akkor nem szoktunk azon gondolkodni, hogy egy mackó és egy malac tudnak-e egymással beszélgetni és lehetnek-e barátok.

A beszéd és az elbeszélés, ahogy látni fogjuk, a fejlődésben és az életünk során is, sajátos integrációs funkcióval bír. Bruner és Lucariello szerint: „...az élet korai szakaszában a gondolat, a cselekvés és az érzélem viszonylag differenciálatlan egységet alkot, és a fejlődési feladatok közül elsőként valamiféle rendet kell teremtenünk ebben az összevisszaságban: ezt a munkát elsősorban a nyelv – különösképpen a narratív diskurzus – végzi.” (2001, 133.). A differenciálatlanság és összevisszaság a gyermeki gondolatok mindenhatóságát, a külső és a belső perspektíva megkülönböztetésének a nehézségét, az érzések, a gondolatok, cselekvések „egyenértékűségét” jelenti. Hogyan segít ebben a folyamatban a történetmondás? Elbeszélni annyit jelent, mint „ráilleszteni a tapasztalatra a cselekvés, a megismerés, és az érzés valamely szervezett megkülönböztetését”, vagyis kijelölni a tapasztalatban ezek differenciált helyét. A gyerek tehát az elbeszélés révén tanulja meg szétválasztani, majd pedig egy új, megkülönböztetett formában összekapcsolni az érzelmeket, a gondolatokat és a cselekvéseket. A hallgatóság, a szülők, kérdéseikkel, kiegészítéseikkel segítik őt abban, hogy követhetőbb, koherensebb legyen a története. Bruner szerint a *szétválasztás, és az összekapcsolás* lehetősége azért rejlik az elbeszélésben, mert a mindennapi életben ez a legmegfelelőbb eszköz a cselekvések leírására. Az elbeszélésben mód nyílik a cselekvések melletti érvelésre, a probléma megjelenésére, jellemzésére, valamint a megelőzésére alkalmas eszközök megtalálására. Ez az újrafogalmazás és újraírás lehetősége. Az elbeszélés szerveződésbeli sajátossága mindezt lehetővé teszi.

A nyelvnek van egy ún. „*lehűtő*” funkciója is. A gyerek a párbeszéd és történetmondások révén – ami persze lehet mese, vagy mesés is – képes csökkenteni a világgal kapcsolatban átélt bizonytalanságait, és képes a számára érzelmileg megterhelő eseményeket „kezelni”. A nyelvhasználat révén lehetővé válik a számára, hogy gondolkodásában, emlékezetében valamennyire eltávolítsa az őt terhelő, elbizonytalanító dolgokat, és szimbolikusan reprezentálja azokat. Azaz, „a nyelvben reprezentált, vagy újrakódolt világ épp a szimbolikus formára való átfordításban válik ’hűvössé’” (Bruner, 2001. 134. o.). Ez teszi lehetővé, hogy eltávolodjunk a közvetlen, nyílt viselkedéses választól, illetve annak kényszerítő erejétől. A pszichoterápiában a beszédnek és különösen a történetek elbeszélésének és újraírásának központi szerepe van. A gyerekek esetében a játék, a játékon keresztül megjelenített mozzanatok, történetek segítenek a fájdalmas, szorongató élmények megosztásában.

A gyerekek történeteiben mi is válhatunk szereplőkké. Ezekben a történetekben az fejeződik ki, hogy mit gondolnak a cselekvéseinkről, tulajdonságainkról, szándékainkról. Selma Fraiberg (1990) egy példájával szeretném ezt illusztrálni.

„Sok évvel ezelőtt járt hozzám egy hatéves kislány. Egyáltalán nem volt biztos benne, hogy ez a néni gyógyítja ki félelmeiből, de bizalommal várt valamilyen csodára, amit a javára teszek! Hamarosan elmesélte barátnőinek, hogy egy jósnőhöz jár, aki segít neki gondjai megoldásában. Ez annyira megnövelte tekintélyét, hogy a többi kislány is elkezdte ostromolni a szüleit, hogy „jósnőhöz” szeretnének menni. Ebből ugyan nem vettem észre az új esetek felszaporodását, mindenesetre megnehezítette a dolgomat. Nagy ügyel-bajjal sikerült csak tisztáznom a félreértést kis betegemmel, aki csalódott ugyan, de hűségesen megmaradt nálam. Néhány hónappal később egy alkalommal megkérdeztem tőle: „Még mindig azt hiszed, hogy jósnő vagyok?” „Nem – felelte szomorúan –, most már jobban értem. Te *visszafelé* tudod megmondani a jövőt és nem előre.” (257. o.)

PSZICHODIAGNOSZTIKA GYERMEKEKNÉL – A FEJLŐDÉSI SZEMLELET

Ha diagnosztikáról beszélünk, akkor egy állapotot határozunk meg, legyen az testi vagy lelki állapot. Ennek alapján következtethetünk a probléma súlyosságára, a probléma kialakulásának folyamatára, és a lehetséges következményekre. Ugyanakkor, maga az állapot felmérése is *folyamat*. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a vizsgálatok *kapcsolatba* ágyazottan zajlanak. Másrészt

pedig, hogy nem pusztán kiértékelésre váró végeredményekkel (vizsgálati, és teszteredmények) van dolgunk, hanem egy emberrel, aki a vizsgálatban részt vesz. A vizsgálat folyamata maga is a másik ember megismeréséhez és megértéséhez járul hozzá. A megismerés és a megértés két különböző hozzáállást takar, a diagnosztika során azonban mindkettőre szükségünk van. Könnyű belátni, hogy a másik ember teljességgel sem meg nem ismerhető, sem meg nem érthető. Az empirikus ismeretek és a különböző elméletek, melyekre támaszkodunk, szabályokat írnak le, illetve modelleket kínálnak ebben az összetett folyamatban, amit megismerésnek és megértésnek nevezünk.

A diagnosztikai munkához egyrészt szükségünk van olyan ismeretekre, melyek a szubjektív élménytől mentes, általános kognitív fejlődési szabályokat írnak le. Ezek kísérleti, és megfigyeléses fejlődéslélektani kutatásokon alapulnak. A szabályok keretként szolgálnak, azt az irányvonalat szabják meg, hogy mi az, ami fejlődési szempontból elvárható és lehetséges. Másrészt, szükségünk van olyan elméletekre, fejlődési modellekre, melyek a szubjektív élményvilág szerveződési elveire mutatnak rá, és segítik az egyedi szerveződési módok megértését. Miért van szükség erre a látszólagos kettősségre, és miért olyan hangsúlyos a kapcsolat a vizsgálat folyamán? A fejlődés maga teszi ezt szükségessé. A személyes jelentések születése, és a személyiség szerveződése kapcsolatok hálózatában bontakozik ki, már a legkorábbi időktől kezdve. Ebből következően, a belső állapotok zavarait is úgy értelmezhetjük csak, hogy megértjük a kapcsolatokban való bontakozás folyamatát. Az elmék, Bruner gondolataival élve, valóságosak, de a személyes jelentések révén más-más világot hoznak létre. Így a lehetséges – belső – világok köre már nem szorítható könnyen megfogalmazható, leegyszerűsítő szabályok közé.

A NORMALITÁS FOGALMA GYERMEKKORBAN

Gyermekeknél a fejlődés sokfélesége, sajátos üteme, a „bontakozás” egyedisége nyilvánvalóvá teszi, hogy az ő esetükben a normalitás fogalma nehezen definiálható. (Bár legyünk ószinték, a felnőttek esetében sem könnyű sokszor.) Az érettség kritériumait, azaz a fejlődés optimális irányát megfogalmazhatjuk, de ahhoz, hogy a fejlődő gyerek elakadásait, esetleg patológiás szerveződését észrevegyük és megértsük, árnyalt és részletes tudással kell rendelkezünk arról, hogy mi tekinthető még „normálisnak”.

A gyermekekkel végzett pszichoanalízis jelentős szemléletbeli változást hozott a fejlődépszichológia területén is. Freud, aki ugyan saját maga nem foglalkozott közvetlenül gyermekekkel, mégis megalapozta e szemléletbeli váltást. Feltételezése szerint ugyanis felnőtteknél az „ideges” tünetek a lelki fejlődésben történt elakadásoknak köszönhetőek, és a gyermekkorra vezethetők vissza. Ez azt is jelentette egyben, hogy időben, és feltehetőleg a valódi kapcsolati rendszerben is, eltávolodás történt az eredeti, a tünetet kiváltó helyzettől. A felnőtt paciensek ugyanakkor saját jogon, és általában saját motivációból kérnek segítséget. Azok a szakemberek azonban, akik gyerekekkel foglalkoznak, teljesen más helyzetben vannak, más megközelítést kell alkalmazni. Egyrészt azért, mert a gyerekek – szemben a felnőttekkel –, életkorukból fakadóan a fejlődés, változás folyamatában vannak, másrészt, mert a számukra jelentős személyekkel átélt konfliktusaik a mindennapjaik részét képezik, azaz, a jelenben, és nem pedig a múltban zajlanak. Így ezek a történések közvetlenül befolyásolják belső világuk szerveződését, alakítják fantáziáikat.

Mit is jelent ez az új, fejlődési szemlélet? Ha a megfigyelhetőre, és a hétköznapok jelenségeire próbáljuk lefordítani, akkor könnyű belátni, hogy például a kisebb lábak, végtagok nem egyszerűen méretükben különböznek a felnőtt végtagjaitól, hanem teljesen más egyensúlyi feltételeket jelentenek, és más mozgáskoordinációt igényelnek. Ez a példa látszólag csak a testi változások szintjén mozog. Azonban, ha tovább megyünk, és arra a helyzetre gondolunk, amikor egy kisgyerek életében először két lábra áll, akkor nemcsak arról van szó, hogy a vázrendszere megérett erre, hanem arról is, hogy valami egészen mást fog látni, mint eddig. Ugyanazokat a dolgokat új perspektívából láthatja, saját változása nyomán a körülötte lévő világ is megváltozik. Új izgalmak és új nehézségek jelentkeznek. Amíg az első lépésekből stabil, automatikusan működő járás lesz, addig a tipegő sokszor huppan le a földre, és olykor ezt szándékosan teszi, „megpihen” a

még egyenlőre ismerősebb, és biztonságosabb testhelyzetben. Időt nyer, erőt gyűjt.

Ezzel a példával szeretném szemléltetni, hogy a fejlődés – és itt elsősorban a lelki fejlődésre gondolok – bár előrehalad, de *nem folyamatos és egyenletes*. Természetéhez tartozik az átmeneti visszaesés, „egyensúlytalanság”, mielőtt egy újabb integrációs szintet elérne. Anna Freud (1965), az első gyermek-pszichoanalitikusok egyikének a megfogalmazásában, a *regresszió* alapelv a normál fejlődésben. Egyrészt azért, mert egy új képesség megjelenése, és annak konszolidációja között időnek kell eltelnie. Másrészt, a kognitív funkciók fejlődése az ún. én-funkciók érését, és ezáltal a valóságelv „térnyerését” is maga után vonja. A konszolidáció időszaka hasznos, hiszen a tipegő egyre biztosabb, például abban, hogy a mama bejósolható időn belül visszajön. Így egyre inkább a maga – és a fejlődése – hasznára tudja fordítani a várakozás idejét. Ugyanakkor nehéz is, hiszen épp az emlékezet fejlődése miatt egyre nehezebb kiiktatni, figyelmen kívül hagyni a „rossz” dolgokat, vagy nem gondolni a szorongást keltő érzésekre. A fáradtság, a váratlan események még tovább bonyolítják a helyzetet, így a még éretlen ének időről-időre szüksége van némi haladékra. Azaz, ezekben a helyzetekben az átmeneti regresszió „jól jön”, hiszen a „bejártott” működési módok megnyugtató biztonságát adja a gyerekeknek. Szüksége van arra, hogy időt nyerjen, és erőt gyűjtsön. Az előbbi példával élve, ismét hosszabb ideig üldögéljen a földön a bizonytalan járás helyett.

A FEJLŐDÉS IRÁNYA ÉS ÖSSZETETTSÉGE GYERMEKEKNÉL – A „FEJLŐDÉSI VONALAK” FOGALMA

Az érettség kritériumait a lelki fejlődés optimális irányának meghatározásakor Anna Freud (1965) a következőkben foglalta össze. Fontosnak tartotta, hogy a gyermek eljusson arra a fokra, ahol kialakul

- az önértékelés, és az érzelmi egyensúly stabilitása, azaz, viszonylagos függetlenségük az érzelmi viharoktól, akár a szeretett tárgy (pl. az anya), akár más keltette azokat. Ha a gyermek elért erre a fokra, akkor biztos lehet benne, hogy hiába haragszik meg rá a szeretett személy, az még nem jelenti a szeretet elvesztését, vagy saját értékességének a megkérdőjeleződését.
- A saját test és funkciói fölötti ésszerű kontroll, a jól-lét megőrzése, védelme.
- Annak elérése, hogy az indulatok kezelése elsősorban mentális folyamatok révén történjen, a gondolkodás és a beszéd legyen a meghatározó, és nem pedig a fizikai cselekvés.
- Veszélyhelyzetben a jelző szorongás a hatékony védekezést szolgálja, és nem pánikreakciót vált ki.
- Az egocentrikus világszemlélet meghaladása.
- Az örömeik élvezetének képessége, a valóság-elv szem előtt tartásával.

Anna Freud úgy gondolta, hogy a fenti „teljesítmények” az ún. „*fejlődési vonalak*” mentén ragadhatók meg. A fejlődési vonalak sorsa *négy, egymástól igen különböző faktor* lépésről-lépésre történő kölcsönhatásától és integrációjától függ. Ezek a következők:

- Az *ösztönkésztetések* érése, mely meghatározza az erogén zónák helyét (úgy, mint orális, anális, fallikus, genitális), és biztosítja a kielégülés kereséséhez szükséges energiát.
- Az *én-funkciók* érése, melynek segítségével lehetővé válik az ösztönkésztetés tárgyának (azaz az anyának) a felismerése, és a hozzá való kötődés.
- A *felettes-én* működése, mely az ellenőrzésről és a szabályok elsajátításáról gondoskodik.
- A *környezeti hatások*, melyek ingerként és válaszolóként egyaránt jelen vannak.

A fejlődési vonalak fogalma magában foglalja, hogy a fejlődés folyamatai az *érés (biológiai fejlődés)*, a *strukturálisizáció (személyiség fejlődése)* és az *alkalmazkodás (környezethez való adaptáció)* összjátékában bontakoznak ki. Jól látható tehát, hogy egy adott fejlődési szint vagy teljesítmény eléréséhez a gyerekeknek külső és belső hatásokkal egyaránt szembe kell néznie. Ebben

az összefüggésben a normalitás fogalma is megváltozott, kibővült. A gyerek fejlettségi szintjét nem lehet egyetlen irányból, egyetlen lelki tényező mentén meghatározni, hanem minden állapotot, mint „összteljesítményt” kell tekintetbe venni. A különböző hatások – legyenek azok külsők vagy belsők – kombinációja, és a köztük kialakuló *kompromisszum* adja ezt az összképet, vagy másnéven „teljesítményt”. A kisgyermek szobatisztává válása éppúgy egy integrációs folyamat végeredménye, mint egy viszonylag zökkenőmentes „beszoktatás” az óvodába.

Az érettség kialakulásában az érzelmi önállóság elérése, a testi fejlődés önállósodása, és ezek társas-társadalmi vonatkozásai egyaránt fontos szerepet játszanak.

A NORMALITÁS FOGALMA A „FEJLŐDÉSI VONALAK” TÜKRÉBEN

Anna Freud véleménye az volt, hogy a gyermek-pszichoanalitikusnak elsősorban a *fejlődésből eredő problémákra* kell összpontosítania, ezért minél alaposabban fel kell térképeznie a normál fejlődés területeit és menetét. A fejlődési elakadásokról, a fejlődésbeli elmaradásról, vagy épp a koraérettségről csak ehhez viszonyítva lehet érdemben bármit is megállapítani. A gyermekkel foglalkozó szakember normál fejlődésre vonatkozó kérdései – Anna Freud szerint – így fogalmazhatók meg: „mi az a fejlődési szint, amikor elvárhatjuk egy gyerektől, hogy a saját egészségéért aggódjon; vagy, ha fáradt, akkor minden különösebb huza-vona nélkül ágyba bújjon; vagy, hogy önállóan egyen, ha éhes; vagy, hogy egy feladattal képes legyen akkor is hosszabb ideig foglalkozni, ha az kezdetben sikertelenséggel jár?”.

Ezek a kérdések tovább szaporíthatók, és növelik a normalitás fogalmának és meghatározásának körét. Anna Freud a fejlődési vonalak megfogalmazásakor éppen ezeket a kérdéseket tartotta szem előtt, hiszen minden ilyen kérdés egy-egy lehetséges fejlődési vonalat implikál. Egy fejlődési vonalon belül – például a teljes függőségtől az érzelmi függetlenségig, vagy a szopástól az önálló táplálkozásig – az egyes fejlődési szintek meghatározott sorrendben követik egymást. Ennek a sorrendnek az alakulása biológiai alapokon nyugszik, mint amilyen például a libidinális és az agresszív készletések sorrendisége, vagy az én működéséhez szükséges funkciók (az észlelés, az emlékezet, és a gondolkodás) érése. Ehhez szorosan kapcsolódnak a lelki funkciók egységei: az ösztön-én és én egymáshoz való viszonyának, és a köztük lévő kölcsönhatásnak az alakulása. A fejlődés menetének és szintjének megállapításához a lelki és testi területek összekötő láncszemeinek megértése elengedhetetlen.

Mi a gyakorlati haszna ennek a modellnek? A modell szerint például az iskolaérettség megállapítása annak alapján történik, hogy az egyes fejlődési vonalakon belül meghatározza azt a minimális szintet, amit a gyerekek el kell érnie, hogy viszonylag zökkenőmentesen alkalmazkodjon az új helyzethez, az iskolához. Ezt kiegészíti a különböző fejlődési vonalak egymáshoz való viszonya. Ez két szempontból is fontos. Egyrészt, a fejlődési vonalakon belül a *sorrendiség* ugyan meghatározott, de az egyes szintek elérésének ideje és időtartama nagy *egyedi eltéréseket* mutat. Másrészt, lehetőség nyílik annak megállapítására, hogy melyek azok a területek, ahol a gyerek gyorsan vagy gyorsabban halad, és melyeken mutat lemaradást. Például, lehet, hogy egy gyerek nagyon önálló minden területen (evés, ürítés, anya távollétének elviselése), de a társait „alig veszi emberszámba”. Ez, egy beiskolázás előtt álló gyerekek várhatóan nem teszi majd könnyűvé a beilleszkedést. A szakember számára pedig az a kérdés, hogy mi okozhatta ezt az – esetleg túlzott – fejlődési egyenetlenséget. Ilyenkor kell megállapítania, hogy egy adott eltérés belefér-e még a normál fejlődésbe, vagy sem.

A lelki fejlődés természetéhez tartozik, hogy *progresszív* és *regresszív* időszakok váltják egymást, ahogy ezt már korábban láttuk. A testi fejlődésben az előrehaladás folyamatos, és csak valamilyen betegség, illetve az öregedés hozhat ebben változást. A lelki fejlődés azonban más menetrendet követ. Benne előrehaladó (progresszív) és vissza-visszacsúszó (regresszív) periódusok váltakoznak egymással. A regresszió nem patológiás jelenség. A fejlődésben gyökerezik, és az alkalmazkodást szolgálja. Mindez természetesen csak az időleges regresszióra vonatkozik, a túl

hosszú ideig tartó és/vagy túl sok funkcióra kiterjedő visszaesés már kívül esik a normál fejlődés határain.

Anna Freud a pszichoanalízist elsősorban a fejlődési szemlélettel gyarapította, hangsúlyozva az emberré nevelődés folyamatának rendkívüli összetettségét. Megközelítése az éretlenségtől az érettség felé vezető utat követi nyomon a gyermeki fejlődésben, tekintetbe véve a fejlődés belső forrásait és sajátosságait, valamint az ezt alakító társas és társadalmi hatásokat. Fejlődési koncepciójában a fejlődésbeli nehézségek, és a pszichopatológia meghatározásakor is ezt a komplexitást veszi figyelembe, illetve az ebben történő zökkenők felismerését célozza meg. A korai pszichoanalitikus szemléletű nevelés inkább a neurózis „korai legyőzésére” törekedett, vagyis, például a túlzott mértékű elfojtást, a fixációs pontok kialakulását, a regressziót kívánta neveléssel megelőzni. Anna Freud kezdetben szintén ebben a – ma már leegyszerűsítettnek tűnő – modellben gondolkodott, és feltételezte, hogy az én- és a felettes-én funkciók megfelelő támogatásával kiküszöbölhetőek a fejlődési egyenetlenségek, és a belső konfliktusok. A tapasztalatok azonban ellentmondtak ennek. Kiderült, hogy pusztán neveléssel és felvilágosítással sem a szülői hozzáállás, sem pedig a gyermek gondolkodása, érzelmi viszonyulása nem változtatható meg. Ennek oka pedig az – ahogy erre Anna Freud maga is rájött – hogy a lelki funkciók jóval összetettebbek, mint gondolnánk, és különböző kölcsönhatásokkal kell számolnunk.

A belső konfliktusok önmagukban nem károsak, sőt ellenkezőleg, bizonyos szerveződési (érettségi) szint eléréséhez kifejezetten szükségesek. Ugyanez vonatkozik a külső eseményekre is, amelyek általában nem önmagukban traumatizálóak, hanem inkább azáltal, ahogyan az egyén érzelmileg felfogja, értelmezi azokat. Gyermekes esetében ez különös óvatosságra int, hiszen a gyermeki gondolkodás és világfelfogás önmagában rejti azokat a veszélyeket, amelyekre a felnőtt még csak nem is gondolna. A gyermek számára egy „jelentéktelennek tűnő esemény” (pl. egy „egyszerű mandulaműtét”) is traumatikus lehet, ha egy adott fejlődési- és fejlettségi korban éri. A kérdés tehát mindig az, hogy mi az a fejlődési szint, amikortól kezdve képes a gyerek – súlyosabb lelki következmények nélkül – elviselni egy nehéz eseményt, és úgy értelmezni azt, hogy fejlődő személyisége ne sérüljön abban.

SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS ÉS EGÉSZSÉG

Winnicott – angol gyermekorvos és pszichoanalitikus – az egészség és a normalitás fogalmait helyett szívesebben beszél a személyiség, illetve a szelf gazdagságáról. Vallja, hogy az egészség a szelf rugalmasságáról, életteliségéről, és spontaneitásáról ismerhető fel. Szerinte, ha a normalitást pusztán egy leegyszerűsítő – a pszichopatológiai megközelítésekben szokásos orvosi (medikális) modell – alapján közelítjük meg, akkor épp a személyes, és az érdekes vész el az egyén lelki problémájának feltérképezésében. Lehet, hogy valakinek a pszichoszexuális fejlődése nem tekinthető optimálisnak vagy zavartalannak, de mégis talál módot arra, hogy saját belső lehetőségeiből minél többet kibontakoztasson. Winnicott az érzelmi fejlődés jelentőségével foglalkozott, és ebben a keretben a kapcsolati képességet, és a belső függetlenedést az érés párhuzamos folyamatainak tekintette. A lelki fejlődés az ő elképzelésében a függőség lassú átalakulása a függetlenség – és egyben a felnőtt, érett kapcsolati képesség megszerzése – felé.

„Az ember érettsége olyan fogalom, amely a személyes növekedés mellett a szocializációs folyamatot is magában foglalja. Azt mondhatjuk, hogy az egészséges, érett felnőtt a személyes spontaneitásának túlzott feladása nélkül tud azonosulni a társadalommal; vagy megfordítva, a felnőtt úgy tudja kielégíteni személyes szükségleteit, hogy nem válik antiszociálissá, és mindemellett bizonyos felelősséget vállal a társadalom fenntartásáért vagy megváltoztatásáért. A függetlenség soha nem teljes. Az egészséges ember nem válik elszigeteltté, hanem az egyén és a környezete kölcsönösen függenek egymástól.” (Winnicott, 2004, 133. o.).

A GYERMEK ÉS A JÁTÉK

A játéknak a fejlődésben betöltött szerepéről sokan és sokféleképpen írtak már. Egy dologban azonban minden szerző egyetért, mégpedig abban, hogy a játéknak a gyermek életében kitüntetett szerepe van. Abban viszont, hogy mikortól beszélhetünk játékról, mi tekinthető játéknak, és mi a funkciója a játéknak, elég különbözőek az álláspontok. Az egymásnak ellentmondani tűnő elképzelések sok esetben nem kizárják, hanem inkább kiegészítik egymást. A kérdés, amire ebben az alfejezetben összpontosítani fogunk, hogy van-e fejlődési előfeltétele annak, hogy egy gyerek képes legyen játszani, és hogy ez az előfeltétel mennyiben gyökerezik a mentális, és mennyiben a kapcsolati tényezőkben. A kérdés másik oldala, hogy a játék a fejlődés mely területeit érinti, illetve miben áll a hatása.

A gyerekterapeuták tisztában vannak azzal, mennyire fontos, hogy egy gyerek tudjon játszani. Winnicott (1968, 1971) szerint, ha egy páciens nem tud játszani, akkor tennünk kell valamit annak érdekében, hogy képes legyen rá. A pszichoterápia csak ezután veheti kezdetét. Winnicott (2000) felteszi azt a nagyon fontos kérdést is, hogy „miért játszanak a gyerekek”? Megjegyzi, hogy erre valószínűleg minden ember azt válaszolná, azért játszanak a gyerekek, mert szeretik, és ez kétségtelenül így is van. A pszichológusok, Freudtól kezdődően azonban hozzátennék, hogy a válasz nem ilyen egyszerű. Az agresszió és a szorongás jelentős részét képezi a gyerekek játékaiknak, de nem egyszerűen azért, mert így megszabadulhatnak az őket terhelő feszültségektől. A játék fontosabb és hosszabb távú hatása, hogy lehetővé teszi a harag kifejezésének késleltetését és megformálását, illetve a szorongás átdolgozását.

Winnicott ennél azonban sokkal átfogóbb, az én-fejlődésben elengedhetetlennek tűnő szerepet tulajdonít a játéknak. A fejlődés korai szakaszában a belső (lelki) valóság és külső valóság (külvilág) közötti határ meglehetősen átjárható. A másokkal – kezdetben az anyával – való együttjátszásnak meghatározó szerepe van a két „valóság” közötti határ kiépülésében és megszilárdulásában. A „külső” és a „belső” nem egyszerűen az *én*, és a *nem-én* elkülönülését jelenti. Ez utóbbira a csecsemő valójában már születésétől fogva képes, mint ahogy azt napjaink csecsemőkutatásai is bizonyítják. A csecsemő születésétől fogva érzékeny a külvilági ingerekre, felismeri az érzelmeket, diszkriminációs képességekkel rendelkezik, és saját testhatárait proprioceptív úton képes megkülönböztetni mások testhatáraitól.

A gyerek számára a játék az élményszerzés legfőbb forrása. A saját játék ötletein keresztül, valamint a másokkal való együttjátszás során fejlődik és gazdagodik a személyisége. A játék a külső és belső valóság sajátos „találkozási pontja”, ettől olyan izgalmas. Winnicott megfogalmazásában, a játék a szubjektív, belső, illetve az objektív, érzékelhető világ közötti ingtag határvonal kérdéseit feszegeti. Mint írja: „a játék mindig izgalmas. És elsősorban nem azért izgalmas, mert az ösztönkésztetéseket magában foglalja, értsük ezt meg! A játékban az a fontos, hogy mindig a személyes lelki valóság és a „jelenvaló” tárgyak kontrolljának tapasztalata közötti kölcsönhatás bizonytalanságán alapul, ezen a határon mozog. Ez a bizonytalanság a mágikus maga, a mágikus, amely az intimitásban gyökerezik, egy olyan kapcsolatban, amelyet megbízhatónak találunk.” (Winnicott, 1968, 591. o.)

A játék a korai kapcsolatokban gyökeredzik, de a későbbiek során is keretet kínál az érzelmek és a szociális kapcsolatok fejlődéséhez. „A kisgyerek nagyrészt a játékon keresztül – ahol a többiek előre kieszelt szerepeket kapnak – kezdi elfogadni a többiek független létezéshez való jogát. Mint ahogyan a munkahelyen nyüzsgők könnyedén találnak barátokat és szereznek ellenségeket, az egy helyben ülők viszont csak csodálkoznak, miért nem érdekesek senkinek; úgy szereznek barátokat és ellenségeket maguknak a kicsik játék közben, de játékon kívül nem egykönnyen. *A játék keretet kínál* az érzelmi kapcsolatok kezdeményezéséhez, lehetővé téve ezáltal a szociális kapcsolatok fejlődését.” (Winnicott, 1968, 591. o., kiemelés tőlem)

Vigotszkij (1983) az óvodáskorú gyerek játékát a fejlődés legfőbb forrásának tekinti. Feltételezte, hogy három éves kortól a szükségletek és a tudat általánosabb változásai jelennek meg,

és ez húzódik meg a játék mögött. Mivel a játék, mint keret, először, és kizárólagosan ad lehetőséget ezeknek a változásoknak a kifejeződésére, így a játék képezi a *fejlődés legközelebbi zónáját*. Új fejlemény ebben az életkori szakaszban, hogy a *látótér és jelentéstér elválnak egymástól*. A fiktív helyzet, ami a játék alapja, csak így válik lehetségessé. Vigotszkij szerint ez már absztrakciónak tekinthető, és ez egyben az akaratlagosság és a szabadság új lehetőségét adja a gyerekeknek.

Ha a játékban a cselekvés nem a vizuális térben zajlik, hanem az értelemteli mezőben, vagyis a *jelentések világában*, akkor ez egyben azt is jelenti, hogy leszakad a konkrét helyzetről. Miközben ezt az új megismerési teret a vágyak és motívumok határozzák meg, a lehetséges változatok között szabadon lehet dönteni. Ebben az új helyzetben már nem kell úgy járni, mint ahogy Buridán számára járt, akit a két egyformán vonzó szénakazal látványa döntésképtelenségre ítelt, és éhen halt. A játékban az értelemteli mező és a látótér különválása tehát lehetővé teszi a jelentéssel való szabad manipulációt. A manipuláció, vagyis az, hogy a gyerek a jelentésekkel műveleteket végez, az óvodáskorban még nélkülözi a tudatosságot.

Vigotszkij szerint a játék során a gyerek „a látható mezőtől független értelemteli mezőben mozgatja a reális dolgokat, amelyek maguk alá rendelik a többi reális dolgot és a többi reális cselekvést. A játékban az értelemteli mezőben való mozgás a legfontosabb. Ez egyfelől az absztrakt mezőben való mozgás (a jelentésmező korábban jön létre, mint a jelentésekkel való akaratlagos operálás), de a mozgás módja a helyzetben gyökeresedik, konkrét (vagyis nem logikus, hanem tárgyi mozgás). A szemantikai mező kialakulása, és a benne való mozgás mintha reális mezőben zajlana. Ez a játék legfőbb genetikai ellentmondása.” (Vigotszkij, 1983, 547. o.) Vigotszkij szerint a gyerek, amikor játszik, előrébb tart a fejlődésben, mint a hétköznapi működése során, ilyenkor „egy fejjel magasabb sajátmagánál”.

Vigotszkij (1983) rámutat arra is, hogy gyermekkorban a *képzelet a gondolkodással* párhuzamosan fejlődik, s hogy az érzelmek nem csak a képzeleti, hanem a gondolkodási működéssel is szorosan összefonódnak. A játék teret nyit a képzeletnek, ami a valóság újrafelfedezésében, újraszervezésében játszik fontos szerepet. „A képzelt térben folyó cselekvés, a képzelt helyzetben folyó cselekvés, az akaratlagos szándék megteremtése, az életsík, és az akaratli motívumok létrehozása: mindez a játékban jön létre. A játékot pedig ezáltal a fejlődés legmagasabb fokára helyezi, a hullám tarajára veti, az óvodáskori fejlődés legmagasabb hullámára dobja, melyben ott az összes mélyből jövő víz, de viszonylag nyugodt tömegben. Ez a fő. A játékban ecce homo. Összehozni ezt, a nem megvalósítható vágyak megvalósításával.” (539. o.)

A képzelet ugyanakkor a megismerést is szolgálja. Lehetővé teszi a bonyolultabb és árnyaltabb megismerést, ahogy a gondolkodással párhuzamosan fejlődik. „Így válik érthetővé, hogy a gyermek a valóságba való mélyebb behatolásának, a valóság meghódításának minden lépését azzal egyidejűleg éri el, hogy bizonyos mértékig megszabadul a valóság megismerésének korábbi, primitívebb formájától. A valóságba való minden mélyebb behatolás azt követeli, hogy a tudat szabadabb viszonyt alakítson ki ennek a valóságnak az elemeivel, távolodjék el a valóság látható, az elsődleges érzékelésben közvetlenül adott külső oldalától. Egyre összetettebb folyamatok lehetőségét igényli, amelyek segítségével a valóság megismerése egyre bonyolultabbá és gazdagabbá válik.” (Vigotszkij, 1971, 413. o.)

Mint eddig láttuk, a játéknak a mentális fejlődésben, a valóság megismerésében, a szociális kapcsolatok alakulásában, és az adaptációban egyaránt fontos szerepe van. A játék tehát komoly dolog. Ezt azért is érdemes megállapítani, mivel Freud (1908. idézi: Fonagy, 1996) azt írja, hogy a játéknak nem a komoly az ellentéte, hanem a valódi. Minden érzelem ellenére, amivel a játék világát megszállják a gyerekek, mégis igen jól megkülönböztetik ezt a világot a valóságtól. Mérei (1981) szerint a két valóság között a 4-5 évesek már könnyen közlekednek, amit a játékra és a mesére jellemző kettős tudat tesz lehetővé. Ha a mesét mondó, vagy együtt játszó felnőtt egy gesztussal, mimikával, hanghordozással jelzi, hogy ami most következik, az nem a megszokott környezetben zajlik, a gyerek tudja, hogy most nem a valóságos, hanem a lehetséges (bármilyen lehetséges) világába lép. A 4-5 éves gyerek „már szívesen lép át a rendkívüliség közegébe, könnyen

közlekedik a saját valósága és a csodavilág között.” (237. o.) Mérei szerint a beállítódásnak ez a váltása azt jelenti, hogy a gyerek egy másik tudatszintre lép. A két valóság közötti határ viszonylagos stabilitása lehetővé teszi a gyerek számára, hogy az illúzió feszültsége valódi örömforrássá váljon. „A valóság tudatelménye határok közé kényszeríti a beleélést és így szabályozza az illúziót.” (238. o.). A gyereknek ugyanakkor tapasztalata lesz arról, hogy saját emlékképeit, vágyait, érzéseit más összefüggésbe is lehet helyezni, és átélni. Így bővül a lehetséges köre, és – ahogy erre Vigotszkij is rámutatott –, a képzelet (a játék valósága) a valóság megismerésének újabb aspektusait hozza a felszínre. Ez egyben szabadabb kapcsolatokat is tesz lehetővé a gondolkodásban.

A három év körüli gyerekeknél a valóság különböző szintjei jól megférnek egymás mellett, de ez sokszor zavar forrása is lehet. A kisgyerekek rajzain jól megfigyelhetjük ezt a jelenséget. A kislány az udvaron alszik, és virágot álmodik, az álomban szereplő virág pedig éppen olyan valóságos, mint az ágy. A három évesek számára talán az sem egyértelmű, hogy mindenki számára ugyanúgy látható-e az, ami az álmodó „fejében” van. (Mérei, 1981, XXVI. a. rajz). Ahogy a kisóvodások azt sem tartják lehetetlennek, hogy a boszorkány időnként tényleg bent van a sötét szobában. Ebben az életkori szakaszban még „az illúzióknak nagyobb hatása van, és tovább terjedhet” (233. o.).

De mi is az a valódi? Milyen valóságról beszélünk? A valóság megtapasztalása milyen fejlődési szakaszokon keresztül alakul? Elsőként éppen Freud mutatott rá a lelki valóság „valódiságára”. „A fantáziáknak a valósága *lelki* valóság, ellentétben az *anyagival*, s mind jobban megértjük, hogy a *neurózisok világában a lelki valóság az irányadó.*” (1986, 301. o.) Azaz, a fantáziában létező dolgok hatása és ereje „valóságos”, így annak valódiságát értelmetlen megkérdőjeleznünk. Ha egy kisgyerek fél a sötétben, csak akkor tudjuk megnyugtatni, ha komolyan vesszük, hogy szerinte valami szörnyű és félelmetes dolog van ott, és nem legyintünk rá, hogy az csak az ő képzeletében van.

A gyerekek esetében a játék, illetve a játékon keresztül megjelenített mozzanatok, történetek segítenek a fájdalmas, szorongató élmények megosztásában is. A játékos együttlét, a „mintha mód” lehetővé teszi a gyerek számára, hogy a bizonytalanságot, félelmet keltő érzéseket és fantáziákat átélje és átdolgozza, miközben a „valódi világot”, a kézzel foghatónak tűnő fenyegetettséget „lekapcsolja” arról. A gyermekkel együtt játszó felnőtt pedig abban segíti a gyereket, hogy érzéseit, fantáziát a másik (a felnőtt) tudatában reprezentálva megláthatja, „amit később újra bevetítve felhasználhat, mint saját gondolatainak reprezentációját” (Fonagy, Target, 1996).

A JÁTÉK, MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

Az előző részben láthattuk, hogy a játéknak milyen rendkívül fontos szerepe van a gyermek egészséges lelki és mentális fejlődésében. Számos fejlődéskutató alkotott elképzelést, modellt arról, hogy *miért* játszanak a gyerekek, *mi* a játék lényege, és hogy milyen *értelmi, szociális, érzelmi* és *megismerési* sajátosságokat hordoz a játék. A lelki fejlődés szempontjából az egyik legizgalmasabb jelenség az, ahogyan a játék a képzelte és a valóságost kezeli. A játék során e kettő együtt van jelen, az elképzelt éppúgy a valóság része, mint ahogy a valóság a képzelet játékává válik. Épp ezért nevezi ezt a jelenséget Mérei „kettős tudatnak” – mint ahogy arról az előző részben is olvashattunk. Az egészségesen fejlődő gyerek pontosan tudja, hol van a képzelet és a valóság határa. Az erre való képesség – a „kettős tudat” és valóságészlelés együttességének – kialakulása fontos forrása a gondolkodásnak, az érzelmi és értelmi fejlődésnek és a kreativitás bontakozásának. Ugyanakkor, ha fejlődése sérül, vagy eltérő lesz, különféle pszichés és mentális zavaroknak a jelzője lehet.

Az alábbiakban a játék diagnosztikai és terápiás sajátosságait ismertetjük, amelyek közelebb visznek bennünket a gyermekkori pszichés zavarok megismerésének, és felismerésének alapszintű tanulmányozásához is.

A játék pszichodiagnosztikai és terápiás felhasználása – történeti szempontok

A bevezetőben már említett Winnicott – aki csecsemőgyógyászként gyermekek és felnőttek pszichoterápiájával foglalkozott – egyik fontos felismerése az volt, hogy a játék, mint egyetemes jelenség az egészség jelzője. Játék és fejlődés, játék és egészség egymástól elválaszthatatlan fogalmak. „A játék alakítja kapcsolatainkat és társas viszonyulásainkat. A pszichoterápiában egy kommunikációs forma, a pszichoanalízisben egy eszköz, amely segíti a terapeutát a személyiség mélyebb rétegeinek megértésében.” (Winnicott, 1971, 41. o.)

A játék pszichoanalitikus szempontú megfigyelése és felhasználása a gyermeki lélek mélyebb rétegeinek megértésében már Freud munkáiban is megjelent. Vikár (1984) említi Freud megfigyelését a gyermeki gyászról írott tanulmányában. Freud egy másfél éves kisfiúról ír, akivel egy közös nyaralóhelyen tartózkodott egy darabig. A gyerek nem tiltakozott, amikor anyja rövidebb-hosszabb ideig magára kellett, hogy hagyja a gyerekvígázóval. Ellenben azzal foglalta el magát, hogy kisebb nagyobb tárgyakat dobált el a szoba legtávolibb sarkába, az „el” szócska kíséretében. Játéka akkor teljesedett ki, mikor egy gombolyagot talált, és azt eldobva, vissza is tudta magához húzni, az „itt” szócska, és örömteli mosoly kíséretében. A látszólag teljesen értelmetlen játék ekkor nyert jelentést a megfigyelő számára. Nevezetesen, hogy a gyermek anyja távozását játszotta le, „ismételgette”, és akkor vált boldoggá, amikor a tárgyat ő maga „rendelte” vissza magához. Azaz, amikor aktívan oldhatta meg azt a problémát – anyja távozásának fájdalmát –, amelynek addig passzívan volt elszenvedője.

A gyermek játékát, mint terápiás és diagnosztikai eszközt először Melanie Klein, majd Anna Freud használták fel az 1920-as évektől kezdődően munkásságukban. Mindketten gyermekpszichoanalitikusok voltak, és felhasználták azt a felismerést, hogy a gyermek nem tudja még szavakban kifejezni élményeit, érzéseit, viszont játékában mindez kifejezően megjelenik. A gyermek játéka révén „közli” és elbeszéli tudattalan konfliktusait, vágyait, örömeit és szorongásait a pszichoterapeutának. A játék értelmezése, azaz az általa közölt érzelmek megértése, és ennek verbális visszajelzése a gyermek felé, alapvető terápiás technikává vált a gyermekekkel foglalkozó pszichoanalitikusok körében. Míg Melanie Klein a játék szimbolikus jelentésének megértésére helyezte a hangsúlyt, addig Anna Freud felismerte, hogy a játék nemcsak a tudattalan fantáziákat szimbolizálja, hanem az értelmi fejlődésben, és fejlesztésben is fontos szerepe van (Halász, Ingusz, 2000).

A gyermekek játékának terápiás célú felhasználása azonban más technikákban is megjelent. Hans Zulliger – szintén az 1920-as években – pedagógusként kezdte pályafutását és pszichoanalízist tanult. Szoros kapcsolatban állt az egyszerű emberekkel, és általuk testközből ismerkedett meg a gyermeki és természeti világgéppel. Játékterápia elméletében, a pszichoanalitikus elveken túl, felhasználta ezt a tapasztalatot. Felismerte, hogy a pszichés zavarral küzdő, gátolt gyermek alkotókedvének felébresztése nagymértékben járul hozzá a zavar feloldásához. Rengeteg természetes anyagot használt, és a gyerekekkel közösen készítették el az a játékkészletet, amivel aztán a gyermek lejátszhatta élményeit, problémáit. Vallotta, hogy a gyermek a saját maga által készített játékkal mélyebben tud azonosulni, és hogy az alkotás folyamata már önmagában gyógyító potenciált hordoz (Petzold, Ramin, 1995).

PSZICHÉS PROBLÉMÁK MEGJELENÉSE A JÁTÉKBAN

Hogyan is fejeződik ki a gyermek lelki problémái a játékban? Mi az, amit elmond, és hogyan használja ezt fel a terapeuta a gyermek megértésére, és a lelki zavar gyógyítására? Természetesen gyermekek esetében is igaz az alapelv, hogy a gyermek csak egy kialakult bizalomteli kapcsolatban tud játszani, éppúgy, mint ahogy a felnőtt is csak akkor tud problémáiról beszélni, ha a bizalom már kialakult a terapeuta irányában. Gyermekek esetében a segítőnek képesnek kell lennie arra, hogy ő

maga is tudjon játszani, ha erre szükség van, és hogy értse, hogy a gyermek játékaival mit akar kifejezni. Ehhez természetesen komolyan kell venni a gyermek „közlendőjét”, azaz magát a játékot. Ez sokszor nem olyan egyszerű feladat.

Példaként álljon itt Winnicott (1971) egyik esetrészlete, amelyben egy 5 éves kislány anyjával folytatott első beszélgetést ír le. Az anya bár saját maga számára kért segítséget amiatt, hogy kisebbik gyermeke súlyos betegsége elkeserítette, mégis 5 éves lányát is elhozta az interjúra. A gyermek szépen, békésen játszott a háttérben, amíg anyja többször elsírta magát a saját problémája kapcsán. A kislány „tudomásul vette”, hogy teret kell engednie anyjának, nem ő van a középpontban. Ugyanakkor, játékaiból kiderült, hogy pontosan követi a beszélgetés tartalmát, és a saját nyelvén „elmondja”, hogy őt mi bántja, aggasztja és foglalkoztatja. Játékában az egymás után következő témák – gyerekek születéséről, testvérharcáról, majd gyermekek szorongató álmairól – jelezték, hogy számára mi a legkritikusabb nehézség. A terapeuta egyszerre foglalkozott az anyával, és figyelte, kommentálta a gyermek játékát, aki így „tovább tudta gördíteni” mondandóját, a terapeuta hozzá intézett megjegyzései nyomán.

Életkor-specifikus játéktémák minden életkorban – lányoknál és fiúknál is – megfigyelhetőek. Jelzik, hogy abban az adott időszakban mi foglalkoztatja, izgatja a gyereket. Ezek a témák azonban nem jelentik feltétlenül azt, hogy a gyermeknek pszichés problémája lenne. Gyakori téma például a halál és az agresszió játékban való megjelenése óvodás és kisiskolás korban. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a gyermeket trauma érte, vagy ő maga agresszív lesz majd. A gyerek a körülötte zajló történésekkel éppúgy, mint belső dilemmáival, a játék segítségével foglalkozik. A játék biztonságos képzelte teret nyújt még a legnehezebb érzések, élmények gondolatok kifejezésére is.

A probléma, vagy zavar akkor keletkezik, ha a gyermeket foglalkoztató téma „kilép” a játéktérből. Azaz, ami addig a képzeletben foglalkoztatta, egyszerre csak valóságban kezd lejátszódni. A „játsszuk azt, hogy..., legyen olyan, mintha...” biztonságos játék- és képzeleti terepet felváltja a tényleges cselekvés. A „bármilyen megtörténhet, de semmi sem komoly” lehetőségét felváltja a „csak ez az egy történik, de az komoly következményekkel jár” dimenziója. Az addig harci játékokat játszó gyermek izgatott és agresszív lesz, játék helyett verekszik. Vagy, a mesék félelmetes boszorkányai, szörnyei – akik egyébként a képzeleti térben és a mesevilágban kordában tarthatóak – hirtelen tényleg megelevenednek, és éjszakai rémálom formájában valóságossá válnak, mint ahogy azt sokszor tapasztaljuk súlyos éjszakai felriadásos tüneteknél. A játéktér biztonsága többé nem nyújt védelmet, helyette a riasztó valóság lesz az uralkodó.

Pszichés zavart jelezhet az, amikor a gyermek játéka szegényessé, repetitívvé válik, vagy játékkedve elsorvad. Gyakori probléma ez gyermekbántalmazást elszenvedő gyermekeknél. A felnőttel szembeni bizalom sérül, a játéktér és képzelet világa beszűkül. Természetesen ezek az összefüggések minden egyes egyedi esetenél más és más személyes jelentést hordoznak. Azaz, önmagában az a jelenség, hogy a gyermek játékkedve, vagy játékra való képessége csorbul, még nem teszi lehetővé, hogy „diagnózisát” azonosítsuk. Nagyon sok oka lehet ugyanis annak, hogy egy gyermek miért nem tud játszani.

Amikor a gyermek „nem tud játszani”

Következzen itt néhány szempont, ami hozzásegítheti a gyermekkel foglalkozó segítőt annak megértéséhez, hogy mi mindent jelezhet az, ha azt tapasztalja, hogy a gyermek nem tud játszani.

- *A bizalom elvesztése* azzal a személlyel szemben, akitől a gyermek függ. Ha az egyébként egészségesen fejlődő gyermeket olyan trauma éri a felnőtt részéről, ahol a bizalom elvesztése áll a középpontban, a gyermek folyamatosan szorong, a játéktere, képzeletvilága beszűkülhet. Folyamatos testi, vagy lelki bántalmazás állhat a háttérben, vagy a szülők egymás közötti erőszakos viselkedése, amelynek a gyermek tanúja.
- Egyik, vagy másik *szülő súlyos lelki betegsége*. Abban az esetben, ha a szülő lelki betegsége hirtelen viselkedésváltozásban nyilvánul meg (a szülő agresszívvá válik, vagy

hangulata hirtelen gátoltságot, visszahúzódást jelenít meg), a gyermek számára érthetetlen, ijesztő lehet, amit az addig érzelmileg jól gondoskodó szülő viselkedésében tapasztal. A játék tartalma ilyenkor vagy szegényessé válhat, vagy a játékteret félelmetes, riasztó képzeletbeli figurák töltik fel.

Mindkét esetben jellemző, hogy a gyermek játékában megszűnik az alkotó, örömteli jelleg, a bábúkkal és tárgyakkal megjelenített szcénák „valóságossá válnak” a játék folyamatában és a gyermek élményvilágában is (Hámori, 1999a).

- *Értelmi akadályoztatottság* esetén a gyermek játéka szintén szegényesnek, repetitívnek tűnhet. Sablonos ismétlődő elemek jelenhetnek meg, sokszor hiányoznak azok a jegyek, amelyek a játék szimbolikus jellegéből fakadó örömet jelzik. Értelmileg akadályozott gyermekek esetén azonban nem szabad megelégednünk azzal a feltevéssel, hogy a gyermek mentális elmaradása miatt képtelen a „valódi játéktevékenységre”. Értelmileg akadályozott (enyhe fokban sérült) gyermekek pszichoterápiája azt mutatja, hogy a gyermek – mentális elmaradása ellenére is – képes játékában kifejezni az őt foglalkoztató problémákat, traumatikus eseményeket, és saját lelki dilemmáit. A játék repetitív, sablonos jellege – akárcsak ép értelmi fejlődésű gyermekeknél – sokszor jelezheti azt, hogy a gyermek „elakadt” egy őt foglalkoztató érzés, élmény feldolgozásában (Hámori, 1999b).

A JÁTÉKDIAGNOSZTIKA ESZKÖZEI

A gyermeki játék spontaneitása és kifejező ereje a játék két alapvetően meghatározó sajátossága. Az előző részben azonban láthattuk, hogy a játékfolyamat elakadása, beszűkülése, vagy éppen magának a játéknak a tartalma is kifejezhet lelki konfliktusokat, pszichés problémákat, és érzelmi zavarokat is gyermekeknél. Az utóbbi évtizedekben számos olyan törekvés jelent meg, amely arra irányult, hogy a gyermek játékanak olyan keretet, feltételeket teremtsen, amelyek alkalmasak lehetnek pszichodiagnosztikai célok kitűzésére is. Módszertanilag ez azt jelenti, hogy olyan játékkészleteket, illetve játékfeltételeket kellett kidolgozni, amelyek segíthetik a pszichológust bizonyos pszichés zavarok azonosításában gyermekeknél.

Egy olyan módszert, a *Világjátékot* (Polcz, 1999) ismertetnénk most itt röviden, amely ma Magyarországon a legelterjedtebb az ún. „játékdiagnosztikai eszközök” tárházában. A módszer alkalmazása alapos klinikai és pszichodiagnosztikai ismereteket igényel, alkalmazása szakirányú képzettséghez kötött. Alapszintű ismerete azonban nélkülözhetetlen a viselkedéselemző szakember diagnosztikai tárházából. A Világjáték kidolgozása azon az elven nyugszik, hogy a gyermek játéktárgyak segítségével képes megjeleníteni, bemutatni, mintegy „szcénikusan dramatizálni” azt az érzelmi környezetet, amelyben saját helyét érzékeli. „A dinamikus játékdiagnosztika és játéktérápia a gyermeki cselekvésre épül. ...Lényege az, hogy a viselkedés és a motiváció összefüggéseit igyekszik megragadni, ebben az összefüggésben változást provokál, és így a motivációs rendszert áthangolja.” (Polcz, 1999, 5. o.). A módszer alkalmazása tehát túlmutat a diagnosztika célokon, azáltal, hogy magát a játékot terápiás célokra is felhasználja.

A *Világjáték*. A teszt egy közepes méretű fémálcát, egy vödör homokot, és a mindennapi élettérben szokásos tárgyak (emberek, állatok, házak, növények, járművek, bútorok, stb.) játékkészletét tartalmazza. A gyerek dolga, hogy „felépítse saját világát”, mégpedig olyat, amelyet magának elképzel. A tálca a tenger, a homok a szárazföld, és a játéktárgyak azok, amelyekkel benépesítheti világát. Az építést követően megkérdezzük a gyermeket arról, hogy mi történik az ő világában, és szükség esetén irányított kérdéseket teszünk fel a felépített világban várható eseményekről, illetve a gyermek helyéről a világban. Számos szempont segíti a diagnosztát a lehetséges problémák feltérképezésében, megállapításában. Többek között diagnosztikus értékű lehet a homokkal való játék, a tér kihasználása, a tárgyak választása, illetve bizonyos tárgykategóriák kihagyása az építményből. A teszt előnye, hogy a gyermekek szívesen játszanak, nem érzik feladathelyzetnek a játékot. A teszt természetesen többször is felhasználható, ha kialakul a terápiás folyamat. A tesztet körülbelül 4 éves kortól egészen serdülőkorig (14-15 év) jól lehet

alkalmazni.

A Világjáték a projektív módszerek tárházába tartozik. Éppen ezért esetében is érvényes, sőt, fokozottan érvényes a projektív tesztek alkalmazásával kapcsolatos, a diagnosztikai következtetésekre vonatkozó óvatosság. Nevezetesen, mindig szem előtt kell tartani, hogy egy-egy pszichopatológiai megnyilvánulásra utaló jegy még nem feltétlenül jelenti, hogy a gyermeknél azonosítható lenne a diagnosztikailag meghatározott pszichés zavar kategóriája. A tesztben kapott adatokat gondosan kell elemezni, és összevetni más tesztek adataival ahhoz, hogy megállapíthassuk az adott lelki zavar jelenlétét, fennállását, és dinamikus működését. Ez különösen fontos gyermekek esetében, ahol a fejlődési szempontok tovább bonyolítják a pszichés zavarok megállapíthatóságának kritériumait (lásd a bevezető részt). A Világjáték alkalmazásának előnye diagnosztikai hasznosságán túl abban rejlik, hogy a dinamikus játékfolyamatban számos olyan elem jelenhet meg a gyermek játékában, amelyet más eszközökkel – például rajzzal, vagy kötetlen játékkal – nem tud olyan jól kifejezni.

A RAJZ MINT PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZ

Történeti szempontok

Hosszú története van annak, hogy a rajzolás, ezt a természetes, emberi kifejezési eszközt hogyan kezdték el felhasználni és alkalmazni a mentális zavarok és a lelki betegségek természetének mélyebb megismeréséhez. Az 1800-as években elsősorban Tardieu és Simon (Hárdi, 1983) voltak azok, akik elmebetegek festményeivel kezdtek el foglalkozni. Az izgatta őket, hogy vajon mennyiben tükrözik az elmebetegek alkotásai a mentális betegség természetét, amelyben szenvednek. Vajon azonosíthatóak-e a képek jellemzőiben, sajátosságaiban a betegség tünetei, egyedi jellemzői? Kérdésfeltevésük tehát elsősorban a diagnosztikára irányult, és nem magának az embernek – aki a betegségben szenved – a személyes megismerésére. A diagnosztikára vonatkozó kérdésfeltevés messzemenően tükrözte az akkoriban uralkodó orvosi szemléletet. Nevezetesen, ha megismerjük a betegséget, kezelni tudjuk az embert magát is. Ez a szemlélet akkoriban merőben újnak számított, hiszen az emberi/művészi alkotásokat akkoriban nem volt szokásos orvosi, pszichiátriai célokra felhasználni. Törekvésük azonban elindított egy olyan áramlatot, irányzatot, amelyben egyre inkább középpontba került a művészi alkotások felhasználásának lehetősége a mentális zavarok megértésében.

Az 1920-as években a német Prinzhorn volt az, aki elmebetegek alkotásait gyűjtötte össze és elemezte. Felismerte, hogy a művészeti alkotásoknak nemcsak diagnosztikus értéke van, hanem rendkívül fontos szerepe lehet a rehabilitációban, azaz, a gyógyulásban, és a betegek normál életbe történő visszavezetésében is.

A „rajzvizsgálatok mint diagnosztikus eszközök” kidolgozásának időszaka

Az első – történetinek számító – felismerések után egyre többen kezdtek el foglalkozni a művészeti alkotások diagnosztikai, és terápiás értékének felhasználásával. Kialakult egy olyan irányzat a XIX. század közepétől, amely a rajzokban és a festményekben a grafológiai jegyek jellegzetességeit kutatva próbálta összeállítani azokat a jellemző jegyeket, amelyek alapján megállapítható egy-egy pszichiátriai kórkép, diagnózis. A mélylélektani felfogások elterjedésével uralkodóvá vált egy olyan szemlélet a rajz, és művészeti alkotások elemzése terén, amely vallotta, hogy a rajzok jellemzői belső lelki konfliktusokat, feszültségeket és szorongásokat fejezhetnek ki. Ez a szemléletmód, a pszichoanalitikus felfogás számos későbbi – még napjainkban is uralkodó – rajzelemzési módszerének lett kiindulópontja.

Hárdi István (1983) „dinamikus rajzvizsgálat” módszere csak egy a sok példa közül, amely e szemléletben gondolkodva próbálta megérteni a pszichiátriai betegség tüneteinek természetét, lezajlását. Hárdi – a korai felfogáshoz képest modernnek mondható – feltevése, hogy a rajz dinamikusan képes megmutatni egy mentális, vagy pszichés betegség lezajlását. A rajzoltatásnak tehát nem pusztán egy statikus kép „azonosítása” a célja, hanem a betegség folyamatának és egyéni jellemzőinek a követése, megfigyelése. Habár Hárdi technikája ez esetben is a grafikus jegyek elemzésére támaszkodott, mégis, figyelembe vette a rajzolást, mint közlési, kifejezési módot, amely mindig egyénien jellemző a szóban forgó személyre. Ez a szemlélet tehát már jócskán elrugaszkodott a történeti idők hagyományos, medikális diagnosztikai felfogásától, amely az egyént mint személyiséget nem vette figyelembe.

Korai gyermekrajz kutatások

Érdekes módon a korai gyermekrajz kutatások egészen más indíttatásból nőttek ki, mint a felnőttek művészeti alkotásainak elemzése. Míg a felnőttek rajzainak elemzésében jelentős motiváló tényező a pszichopatológiai jegyek jobb azonosításának célja volt, addig a gyermekek rajzainak elemzésében sokkal inkább a normális jelenségek, fejlődési sajátosságok vizsgálata volt a cél. Ebenezer Cooke (1895, id.: Hárdi, 1983) a gyermeki lélek sajátosságainak vizsgálatát tűzte maga elé célul, és elsőként ismerte fel, hogy a gyerekrajzok grafikus megnyilvánulásainak elemzése rávilágíthat ezekre a jellemzőkre. Európa-szerte, elsősorban Olaszországban, Angliában, és Németországban is a századfordulón jelentős követőtábor alakult ki, akinek tagjai gyermekrajzokat gyűjtöttek, és e felfogás alapján kezdték el őket elemezni.

A századfordulót követően, az 1920-as, 1930-as években ismét történt egy szemléletváltás. A gyermekrajz, mint a gyermek *szemléleti és gondolkodásbeli* fejlődésének kifejezője Jean Piaget gyermeklélektani munkásságában bontakozott, és teljesedett ki (Mérei, Binét, 1995). Piaget kiterjedt megfigyelései és kutatásai alapján leírta azokat a fejlődési szakaszokat, amelyeket ma a rajzfejlődés állomásaiként ismerünk. Piaget fejlődési modellje számos kutatónak adott támpontot ahhoz, hogy a gyermekek értelmi, lelki fejlődését lehessen vizsgálni a rajzolás segítségével. Burt (1921, id.: Hárdi, 1983) volt az első, aki az emberrajzot a gyermek mentális fejlettségének kifejezőjeként értelmezte. Felfedezte, hogy a gyermek emberrajza szoros kapcsolatban van az írás-, olvasás, és számolási készségekkel. Goodenough (1926, id.: Malchiodi, 1998) az emberrajzok életkori normáit állapította meg, és ennek alapján dolgozta ki a *mentális kor* és a *rajzkvóciens* fogalmát, amit aztán az intelligencia mérése tartott használhatónak. Elemzési szempontjaiban figyelembe vette a grafikus jegyeket, a motoros koordinációt, az alkotás rész-egész viszonyait, a kidolgozottságot és a vonalvezetést.

A DAM („Draw-A-Man”, azaz „rajzolj egy embert”) teszt, aminek első verziója Goodenough (1926, id.: Vass, 2003) nevéhez fűződik, már a személyes vonások megjelenítésének elemzésére is jól használhatónak bizonyult. Tükrözte azt a felfogást – és ez ismét egy újabb szemléletváltásnak lett a jelzője –, hogy a gyermek által rajzolt ember kifejezi, ahogyan a gyermek magáról gondolkodik, illetve, ahogyan másokat észlel.

A projektív rajzvizsgálatok, mint a „személyiség értékelésének eszközei”

Az 1940-es évektől kezdődően egyre inkább terjedt el az a szemlélet, hogy a rajzok, alkotások kifejezik magának az alkotónak az egyediségét, személyiségi jellemzőit. Buck (1948, id.: Malchiodi, 1998), ún. Ház-fa-ember (HTP) rajzmódszerét bár intelligencia tesztként dolgozta ki, ám feltételezte, hogy maga a rajz sokat megjelenít a gyermeknek a saját magával, és a környezetével kapcsolatos érzelmeiből és attitűdjéből. Buck elemzésében felhasználta az addig

kevésbé szembetűnő információkat is: a hiányzó részleteket, az arányokat és a perspektívát, valamint a színek használatát.

Machover (1949, id.: Malchiodi, 1998) emberrajz tesztjében a rajzolás klinikai felhasználásból indult ki. Feltételezte, hogy a rajzolt ember a rajzoló kivetített konfliktusait, érzelmeit, indulatait, és kapcsolati jegyeit tárja fel. Nem rendelt az egyes rajzi jegyekhez meghatározott diagnózist, mégis, bizonyos jegyekhez önkényesen társított jelentést, saját klinikai megfigyelései alapján. Koppitz (1968, id.: Malchiodi, 1998) emberrajz értékelésében a fejlődési szempontot emelte ki pontozási rendszerében. Feltevése az volt, hogy a gyermek az ember lerajzolásakor saját érzéseit vetíti bele a figurába, amikor az ember fontos tulajdonságait próbálja megragadni. A sajátosságok alapján fejlődési szinteket állapított meg, és összegyűjtötte az ún. „fejlődési részletek listáját” – aszerint, hogy a gyermek mely fejlettségi korban tart a rajz elkészítésekor. Koppitz felismerte, hogy bizonyos képi elemek az életkor előrehaladtával megjelennek, kidolgozottabbá válnak, ám egy pont után a részletek nem szaporodnak tovább. Megfigyelései szerint a 12 éves kor a választóvíz: az ember rajzfejlődése ebben az életkorban megáll. Koppitz vizsgálta ezen kívül az érzelmi problémák megjelenését is a rajzokon, bizonyos tartalmi jegyek megléte, hiánya, és a kép szerkesztési jellemzői alapján következtetett rá.

Röviden összefoglalva, a rajvizsgálatoknak a fentebb ismertetett szemléleti irányvonala a rajzolást, már az *élményközlés és kifejezés eszközeinek* tekintette. A projektív rajztesztek feltevése ebben az időszakban az volt, hogy a gyermek rajza – legyen az ember, fa, ház, vagy szabadon választott téma – tükrözi az alkotó személyiségét, felfogását, és a világhoz fűződő viszonyulását. A rajzolást az önkifejezés olyan módjaként ismerték fel, ami „túlmutat a szavakon”, azaz, verbálisan nem kifejezhető információkat jelenít meg. Amit a gyerek nem tud elmondani szóban, azt lerajzolja rajzban. Ugyanakkor a rajzelemzéseknek ebben az időszakában a szakemberek mégsem tudtak teljesen elszakadni attól a szemlélettől, hogy a rajzok bizonyos grafikus, jól megragadható jellemzői alapján azonosítsák a sajátos fejlődési eltéréseket, vagy olyan jegyeket keressenek, amelyek alapján „diagnózist” lehet felállítani.

A projektív rajztesztek kritikája

A rajzelemzések módszerének fenti szemléletét – a történeti fejlődés ellenére – számos kritika éri napjainkban. Az egyik legmegfontolandóbb, amit szeretnénk itt kiemelni, az, hogy az alkotások nem osztályozhatóak pusztán annak rajzi jegyei alapján. Az effajta elemzés tulajdonképpen nem váltotta be a hozzáfűzött reményt arra vonatkozóan, hogy egy ponton túl betekinthessünk a személyiség mélyebb, „rejtett rétegeibe” (Malchiodi, 2003). Problémás a rajzok klinikai értelmezése is, főként az a nézet (lásd Machover és Koppitz modelljét), hogy bizonyos rajzi jegyekből messzemenő következtetéseket lehetne levonni az egyes pszichopatológiai problémákra vonatkozóan. A legkritikusabb pont a rajzok elemzésének ebben a megközelítésében az, hogy

- bizonyos grafikai jegyekhez konkrét jelentéseket társít, és ezek alapján messzemenő következtetéseket von le a személyiség működéséről, hovatovább a személyiség patológiájáról.
- Azt sugallja, mintha elegendő lenne egy „receptkönyv” egy olyan bonyolult jelenség megértéséhez, mint az emberi lélek dinamikus működése.
- A leegyszerűsítő szemléletmóddal a rajzoló gyermek egyedi személyiségének és szubjektív látásmódjának lényegét vonja ki a megértését lehetőségei közül.
- Nem veszi figyelembe az alkotás folyamatát, az életkori sajátosságokat,
- és főleg, az egyedi, szubjektív élményfeldolgozást.

A kritikai elemzés rámutat, hogy ez a szemléletmód azért maradhatott fenn olyan sokáig – sőt még napjainkban is –, mivel azt a szükségszerűség diktálta. Nevezetesen, az az igény, hogy „biztos

pontokat” lehessen keresni akár a pszichopatológia, akár az egészséges személyiség mélyebb, tudattalan rétegeinek megállapításához. Ugyanakkor ez a szemlélet – mint ahogy arra a kritikák rámutatnak – épp az emberit, a szubjektum lényegét vonja ki az elemzés folyamatából.

A következő alfejezet azt a szemléletváltást ismerteti, amely, elszakadván a gyermekrajzok projektív alkalmazásának szűkkörű értelmezésétől, egy olyan modellben gondolkodik, amely figyelembe veszi a gyermekrajzok értelmezésének többszempontúságát:

- az életkori sajátosságokat,
- a szubjektív kifejezőmód igényét,
- az alkotást, mint folyamatot, és
- a rajzolást, mint a kifejezés és problémamegoldás igényét.

A GYERMEKI RAJZOLÁS MINT KREATÍV FOLYAMAT, AZ ÖNKIFEJEZÉS ÉS ELBESZÉLÉS ESZKÖZE

Az 1950-es évektől ismét jelentős szemléletváltás következett be a gyermekrajzok elemzésének módjában, felfogásában. Egyre inkább terjedt el az a felfogás – a tapasztalatok nyomán -, hogy a gyermeki rajz nemcsak az önkifejezés és a szubjektív élményanyag megmutatásának eszköze. A rajzolás egyben *alkotás* is, és mint ilyen a fejlődést több oldaltól támogatja. Gerő Zsuzsa (2002) a gyermekrajzok esztétikumát több szempontból vizsgálta meg, és felismerte, hogy az esztétikusan rajzoló gyermekek kreatív tevékenységre utaló képességei jóval szabadabban fejlődnek a nem esztétikusan rajzoló társaikéhoz képest. Az alkotókészség, esztétikum, kreativitás és élménykifejezés szabadsága, úgy tűnik, hogy szorosan összefüggnek, és alapvető pillérét alkotják az egészséges érzelmi, értelmi és személyiségfejlődésnek.

Ehelyütt hadd utaljunk vissza ismét a már előzőekben említett Winnicott-ra, aki vallotta, hogy fejlődés, egészség és kreativitás, valamint a játékra való képesség egymástól elválaszthatatlan fogalmak. Winnicott, gyermekekkel folytatott konzultációs technikájában felhasználta a gyermeki rajzot a gyermek problémáinak megértésére, és értelmezésére, a segítő folyamatban. Egy sajátos technikát alkalmazott. „Firkajátéknak” hívta ezt az izgalmas módszert, amelyben a rajzolás folyamatát a terapeuta és a gyerek közötti, „szavak nélküli beszélgetésként” fogta fel.

A következő részben az együttrajzolás – terapeuta és gyermek együttes játékának – e sajátos technikájába pillanthatunk bele. A példa jól mutatja majd azt is, hogy a segítő hogyan vehet részt a gyermekkel folytatott közös munkában úgy, hogy a gyermek „nyelvén” – adott esetben a rajztechnika segítségével – beszél. Bepillantást kaphatunk abba is, hogy a gyermeket foglalkoztató lelki problémák nem minden esetben jeleznek pszichés zavart.

„BESZÉLGETÉS RAJZBAN” – A WINNICOTT-FÉLE FIRKAJÁTÉK

Winnicott (1968) firkajáték technikája a terapeuta és a gyerek együttes tevékenységére, „szavak nélküli beszélgetésére” helyezi a hangsúlyt. A módszer egyszerű: a terapeuta firkál valamit, amit a gyereknek be kell fejeznie valamivé, amivé csak szeretné, vagy tudja. Ha befejezte, egy következő lapon a gyerek firkál a terapeutának, amit aztán neki kell értelmes egészé rajzolni. Több ilyen rajz következik egymás után, akárcsak egy beszélgetés folyamatában egy valódi párbeszéd. A rajzolás közben kibontakozik az, ami a gyereket foglalkoztatja, és mivel kölcsönösen rajzolnak egymásnak, ezért az élmények megosztása intenzívvé válik. A cél az önkifejezés, a megosztás és a megértés a rajzolás folyamatában. Ha ez az egymásra hangolódás létrejön, minden, ami a rajzolás folyamatában kibontakozik, kreatív lehet. Nézzük tehát Winnicott példáját.

Robin esete

Az öt éves Robin normális gyermek volt. Nem voltak manifeszt tünetei vagy olyan nehézségei, ami miatt gyógyításra lett volna szüksége. Problémáját saját környezete, „elég jó” családja is meg tudta volna lassanként oldani. A konzultáció nyújtotta keret arra adott Robinnak lehetőséget, hogy megjelenítse önmagát, és az aktuális helyzetét, vágyait, és konfliktusait. Az interjú és a közös munka azonban nem volt haszontalan Winnicott szerint. Változást hozott a gyermek életében, segített neki elindulni egy úton, és a szülők által már megkezdett megoldást is megkönnyítette.

Robinnak több tíz év feletti testvére is volt, ő volt legkisebb gyermek a családban. Winnicott úgy látta a szülőkkel készített interjú után, hogy ez a család gazdag érzelmi életet él. A probléma úgy jelentkezett, hogy Robinnak iskolába kellett mennie, de nem akart, elutasított az iskolát. Winnicott feltételezte, hogy a háttérben az áll, hogy Robin az anya utolsó, legkisebb gyermeke, így a probléma gyökere talán az anya ambivalenciájában keresendő. Nevezetesen, hogy az anyának jelenthet problémát, hogy képes-e elengedni a legkisebbet a világba, hiszen ezáltal az ő élete is megváltozik, nem lesz már többet olyan gyermeke, aki annyira órá lenne szorulva. Ugyanakkor a gyermek „elengedése” könnyebbséget is jelentene számára, hiszen több ideje maradna saját dolgaival foglalkozni, egy másfajta életet is élni. Robin az iskolába menés elutasításával, és regresszív tüneteivel elérte, hogy az anyja figyelmét magán tarthassa, és emlékeztesse őt a csecsemőkorára, arra az időszakra, amikor még minden igényét ő elégítette ki.

Robin és Winnicott együtt

Robin nyugodtan bement egyedül a konzultációs szobába. Winnicott nem volt biztos abban, hogy sikerül egy 5 éves kislánnyal firká-játékot játszani. Végül azonban megszületett ez a sajátos kommunikáció kettőjük között, és Robin be tudta mutatni magát és saját problémáját a rajzolásban. (A rajzokat egy sorozatban, megszámozva mellékeljük a kísérő szöveghez.)

1. Ez Winnicott firkája. Robin nem tud belőle csinálni semmit.
2. Most Robin jött. Winnicott pókot rajzolt belőle.
3. Winnicott rajzolt egy krumpli alakot. Robin göndör hajat, szemet, szemöldököt rajzol. Winnicott szerint kócos és hasonlít Robinra. Robin azt mondja, ez egy hal.

Winnicott szerint ekkor már kezdett reményteljesnek látszani a helyzet. A harmadik lépésben egy olyan egyszerű rajz született ugyanis, ami sajátmagára hasonlított. Ez többek között azt jelezte, hogy Robin kreatívan kezdett játszani. Winnicott közben megfigyelte, hogy Robin rajzolás közben nem fogta maga a papírt. Winnicott feltételezte, hogy ez, még ha kismértékben is, de a szorongás jele. Azt is gondolta, hogy ez a viselkedés később megváltozhat, ahogy önbizalmat szerez a gyermek az interjú során.

4. Ez Robin firkája, amiből Winnicott kígyót rajzol. Ezt Robin javasolja, de Winnicottnak is ugyanez az ötlet jut eszébe a firkáról.
5. Winnicott a saját firkáját jónak érzi, mert szerinte bármivé alakítható. Robin viszont nem tud belőle semmit sem csinálni. Később azonban kijelenti, hogy ez egy befőttesüveg. Winnicott ezt a megoldást jónak találja, és azt mondja: „máris csináltál belőle valamit, azzal, hogy nevet adtál neki.” Winnicott szerint ez olyasmi, mint a „talált tárgyak” példája. Vagyis, amikor, tegyük fel, a tengerparton sétálgatunk, és könnyen ráakadhatunk egy darab kőre, vagy kagylóra, ami máris egy kis szobornak tűnik (jelentést kap), és otthon megtalálja a helyét a könyvespolcunkon.
6. Robin rajzát Winnicott arccá alakítja. Ezt a gyermek nem tudta technikailag kivitelezni, ugyanakkor az is kiderült, hogy igazából nem is a valóságot akarta leutánozni.
7. Winnicott firkáját Robin, Winnicott legnagyobb meglepetésére, malaccá rajzolta. Kiderült, hogy a 3. rajzhoz hasonlóan ez is személyes rajz, senki más nem tudta volna így megrajzolni. Az is kiderült belőle, hogy Robinnak jó humora van, és kezdi élvezni a játékot.
8. Robin firkáját Winnicott kacsává rajzolja, a gyermek javaslatára. Winnicott ekkor kezd a

kisfiú álmaira rákérdezni.

9. Winnicott firkáját Robin nem tudja használni. Winnicott itt jegyzi meg, hogy ha a gyermek fantáziálása egy ponton elakad, akkor érdemes rákérdezni az álmaira. Ilyen esetben ugyanis a nappali fantáziák, szemben az álmokkal, nem produktívak, és nincs formájuk. A „szoktál álmodni?” kérdést ilyenkor jó feltenni. Azt is hozzáfűzi azonban Winnicott, hogy a szülők ne bonyolódjanak bele abba, hogy gyermekük álmait értelmezni próbálják, mert az sokszor félrevezető lehet. Nem a szülő feladata, hogy pszichoterapeutája legyen saját gyermekének.

Winnicott kérdésére válaszolva kiderül, hogy Robin gyakran álmodik állatokról. Ez azt is jelenti, hogy a vidéki élet, a saját életének színtere, és a benne élők fontosak számára. Ugyanakkor nem kizárólagosan ragaszkodik ehhez az élettérhez, hiszen szívesen eljött a konzultációra is.

10. Robin saját maga firkáját kígyóvá változtatja. Ez a 4. rajzra emlékeztet, amit Winnicott rajzolt, de ennek a kígyónak más a karaktere, és ezt teljesen ő maga rajzolta készre.
11. Robin Winnicott firkáját alakítja most kígyóvá. Részletesen, élvezettel rajzolja meg. Ez a kígyó elég egyértelműen felfelé törekszik, olyan mintha az erekció szimbóluma lenne.
12. Robin firkáját Winnicott egy kupac földdé alakítja. Megkérdezi, hogy nem kaki-e, de Robin ragaszkodik hozzá, hogy földkupac.
13. Winnicott firkáját Robin összegömbölyödött kígyóvá változtatja. „A kígyó boldog” – teszi hozzá. Ennek a rajznak Robin különös figyelmet szentelt, majd önkéntelenül azt mondta: „Nekem tetszenek az összegömbölyödött kígyók.”
Winnicott szerint ez a rajz Robin biztonságérzetét fejezte ki. Ennél a pontnál kezdte el Robin az arcát is piszkálni. Winnicott e viselkedés háttérében kapcsolati jelentést, regresszív tartalmat sejtett. Kiskorában Robin átmeneti tárgy helyett az anya arcát simogatva aludt el. A kígyó szimbolizálhatja tehát őt, ahogy az anyja ölében alszik. Ezen a rajzon jelenítette meg Robin önmagát, és a konfliktusát is a legkifejezöbben. A konfliktusát, nevezetesen, azt a problémáját, hogy merjen-e a világba kimenni, vagy meneküljön vissza regresszív védekezésnek anyja biztonságos ölébe.
14. Robin firkáját ketten szellemmé változtatják.
15. Winnicottét Robin libává alakítja. Ekkor Winnicott kiterítette az összes rajzot a földre. Olyan volt, mint egy farm, minden kellékével. „Szeretnél farmer lenni?” Robin válasza: „igen, de az fáradtságos munka”. Winnicott értelmezése: „azon gondolkodsz, kimenj-e a világba és farmer legyél, vagy visszabújj a mamád ölébe, ahol összegömbölyödhetsz, és megérintheted, ha akarod.” Robin nem tiltakozott, és azzal folytatta, hogy
16. rajzolt egy fehérrepát a farm témához.
17. Winnicott tekerceket, karikákat rajzol. Robin sokáig gondolkodik, ceruzával simogatja a rajzot. Winnicott az átmeneti tárgyról kérdezi: „Mit szoktál magaddal vinni az ágyba kiskorodban?” Robin válasza: „macit.” Winnicott erre macifejet rajzol a karikákra.
18. Ez Robin firkája, amire rácsodálkozik: „oh, ez egy R betű, csak fordítva van.” Ahogy ezt mondja, elejti a ceruzát. Ez a kijelentés, a ceruza elejtésével együtt, nagyon érzelemtel. Winnicott azt mondja tehát, hogy ez az „R” akár az ő neve is lehetne. Robin azt válaszolja, hogy erre nem gondolt. Láthatóan elcsodálkozik. Winnicott így folytatja: „ez egy fordított R, mert fél kimenni a világba. Biztos akar lenni benne, hogy visszamehet a mamája ölébe.”
19. Winnicott egy kicsit összetettebb firkát rajzol, és megkérdezi: „esetleg túl nehéz?” Robin azonban gyorsan válaszol: „nem, nem, hallá tudom alakítani.” Nagyon elégedett a hallal. Valamit szeretne róla mondani, de nem találja meg a megfelelő szót. Örül, hogy Winnicott kimondja helyette, hogy a hal büszke. Winnicott szerint ez a 11. rajzhoz hasonló, saját maga megjelenítése, ahogy kifelé, a világ felé indul. A szót ugyan Winnicott mondja ki, mégis úgy tűnik, a jelentésben kölcsönösen osztoznak, egyetértenek. Robin tehát feltehetőleg ugyanezt a szót (jelentést) kereste.
20. Ezt a firkát Robin kezdi, és ő maga is meglepődik a saját firkáján. „Ez egy jobb R.” – mondja. Winnicott Robint, azaz vörösbegyet rajzol belőle.¹ Úgy véli, helyes az elképzelése,

¹ Vörösbegy angolul robin

hogy Robin most önmagát kezdte el megrajzolni ezzel a firkával. Robin úgy látja, hogy egy vonal sehogy sem fér bele a rajzba. Egy megjegyzéssel oldja meg ezt a helyzetet: „a Robin viszi a kis puskáját.” Ezzel jelentést adott a vonalnak, és a rajz így elfoglalta megfelelő helyét abban a sorozatban, amely a fő témát, Robin belső, lelki problémáját ábrázolta. Nevezetesen azt, hogy én-je számára a külvilágban való mozgás jelenti a veszélyt (ami ellen puskával kell felszerelkedni). A külvilágban való mozgás veszélyes, mert ez az anyától való távolodás is egyben. Ha azonban védekezik a veszély ellen, el tud indulni a világba, mint a „Robin” (azaz a vörösbecs) a rajzon.

21. Winnicott firkája. Robin nyuszivá rajzolja, és nagyon tetszik neki.
22. Winnicott utolsó firkája. Robin puskás kígyóvá alakítja. Mindketten nevetnek. Megtalálták a közös szálát, és megszületett a közös történet. Ez az utolsó rajz a visszautalás, az összekacsintás kifejezője.

Ezután mindketten tudták, hogy befejezték. Kimondták a fontos dolgot. Ahogy a gyermekek nagy része, úgy Robin is újra áttekintette a rajzokat. Szavak és magyarázat nélkül is értette, hogy Winnicott tudja és érti konfliktusát a világba indulásról. Winnicott biztos volt benne, hogy Robin egészséges, és képes megoldani saját problémáját. Biztos volt abban is, hogy az anya problémája is rendeződik, ha a szülők alkalmazkodtak az új eseményhez, Robin iskolába menéséhez. Később kiderült, hogy ez valóban így is történt. Könnyebbé tette a reggeleket, hogy az apa feladta egyik munkáját, így ő tudta Robint iskolába vinni. Winnicott nem tudta megállapítani, hogy az, amit a rajzokból megértett, és amit meg tudott a szülőkkel is beszélni, vajon megkönnyítette-e az ő számukra a megoldást. A szülők azonban meg voltak győződve róla, hogy igen.

A GYERMEKEKKEL VALÓ FOGLALKOZÁS ETIKAI KÉRDÉSEI

A gyermekek jogait érvényesítő törvények kimondják a gyermekek testi, és lelki egészségének védelmét szolgáló szabályokat és felelőségeket. Az utóbbi évtizedekben olyan újabb törvények születtek meg, amelyek a gyermekek egészségvédelmének jogában benne foglalják a gyermek fejlődő személyiségének védelmére vonatkozó jogokat is (Huszár, Czenner, 2001).

A gyermekek számára nyújtott pszichológiai segítség bármely formájának etikai szempontjaiban éppúgy kötelező érvényűen jelenik meg négy, alapvetően fontos etikai alapelv: „jót tenni, nem ártani, törekedni az igazságosságra, és tiszteletben tartani az emberi személyiség autonómiáját.” (Szőnyi, 2000, 560-561. o.) E négy alapelvből egyértelműen következnek azok a követelmények, amelyek minden segítő foglalkozású számára kötelező érvényűek: 1. a kliens érdekeinek szolgálata, 2. a klientsől szerzett információkra vonatkozó titoktartás, és 3. a kliens kiszolgáltatott helyzetével való visszaélés tilalma.

Eme alapvető etikai szabályok – különösen gyermekek esetében történő – helyes értelmezése és érvényesítése nagyon sokszor nem egyszerű feladat, hiszen épp azoknak a helyzeteknek az összetettségén áll, vagy bukik, amely helyzetekben a gyermek alapvető jogai sérülnek. A gyermekkel foglalkozó segítőnek különösen nagy a felelőssége abban, hogy ismerje a gyermekek jogait, és a megfelelő etikai szabályok betartásával alkalmazza azokat saját munkája során. A szabályok helyes, etikus betartása azonban megkívánja azt, hogy a segítő képes legyen helyesen értelmezni *minden egyes egyéni esetben* az esetre vonatkozó helyzetek összetettségét, annak érdekében, hogy a gyermek személyiségének és fejlődésének védelmét a legnagyobb mértékben támogassa. Azaz, sosem szabad sablonok alapján alkalmazni az etikai szabályokat az egyes esetekben. Az etikai szabályok alapvető, emberi erkölcsi törvényeket fogalmaznak meg, amely a segítő foglalkozásúak esetében kiegészülnek a segítő foglalkozás szakmai szempontjaival.

Az alábbiakban azokat a szempontokat vesszük sorra, amelyek a gyermekekkel való foglalkozás etika szabályainak értelmezéséhez elengedhetetlenül szükségesek. Először is, a gyermek mint kliens sajátos helyzetben van a felnőtt klienshez képest, hiszen – legalábbis egy bizonyos életkorig – sosem ő maga az, aki a segítséget kéri, hanem a környezete (szülők, óvoda, iskola, gyámhatóság, stb.). Ez a sajátos helyzet két fontos kérdéskört vet fel:

- Vannak-e jogaik a gyermekeknek a pszichológiai segítségnyújtás esetén? Ha igen, miben nyújthatnak védelmet számukra ezek a jogok?
- A leggyakoribb nehézség a gyermek egyéni jogainak értelmezésében a következő tényből fakad: a kiskorú gyermek függ a szülőtől, és annak fennhatósága alatt áll.

Ezek a jogi szempontok számos olyan etikai problémát vehetnek fel a pszichológiai segítségnyújtás folyamatában, amely gyakran állíthatja a segítőt komoly szakmai és etikai dilemmák elé.

Gerő Zsuzsa (2000) tanulmányában klinikai szakpszichológusok esettanulmányait elemezte. Összegyűjtötte azokat az etikai dilemmákat, amelyekkel a gyermekpszichológus munkája során szembekerülhet. Mindegyik típusú dilemma valamiképpen a fentebb jelzett, a gyermek sajátos jogi helyzetéből, illetve ennek megfelelő érvényesíthetőségéből fakadt. Most csak a legfontosabb szakmai-etikai dilemmákat emelnénk ki ehelyütt: Meddig tartható a titoktartás szabálya olyan helyzetekben, amikor a gyermektől tudja meg a pszichológus, hogy veszélyben van, hogy bántalmazták? A szülők felé irányuló tájékoztatási kötelezettség akkor is fennáll-e, ha ezzel a gyermek érdekeit sértjük? Beavatkozhat-e intézkedésekkel a pszichológus a család, illetve a gyermek élethelyzetébe, ha azt veszélyeztetettnek látja? Kiléphet-e e segítő szerepből, és átléphet-e e „végrehajtó” szerepbe? Természetesen az egyes döntések mindig az egyedi eset bonyolultságától függttek. Gerő az esetelemzésekből kiemeli, hogy a sikeresen megoldott esetek mindegyikére az volt jellemző, hogy 1. a pszichológus nem lépett ki szakmai szerepéből (nem vállalt „végrehajtó

szerepet”); 2. képes volt a gyermekkel szemben vállalt titoktartását a szülői tájékoztatással összeegyeztetni (azaz, nem adta ki a gyermektől kapott információkat, viszont a szülőkkel problémafeltárást kezdeményezett) és 3. képes volt elviselni annak a szakmai felelősségnek a feszültségét, amelyet a terápia során kiderülő, a gyermeket érintő veszélyhelyzet okozott számára (pl. nem tájékoztatta rögtön a szülőket a serdülő fiú „kihágásairól”, hanem a terápiában dolgozták fel annak lehetséges okait és következményeit).

A titoktartás, tájékoztatás, beavatkozás etikai dilemmáinak problémaköre azonban nemcsak a szakpszichológus munkáját érint. Tekintsük most át azokat a további problémákat, kérdéseket, amelyekkel bármely segítő szembetalálkozhat, aki gyermekekkel foglalkozik. A következő kérdések segítenek átgondolni azokat a helyzeteket, amelyek a segítő kapcsolat indulásától fogva és annak haladásával párhuzamosan etikai megfontolást igényelnek a segítőtől.

Miért került a gyermek a segítőhöz, ki kéri a segítséget?

A szülőnek volt vele problémája, az intézménynek (óvoda, iskola, stb.), vagy a tágabb társadalmi környezetnek (pl. serdülőkori deviancia)? Ezek a szempontok előre vetítik, hogy kivel is kell a segítőnek együttműködni a folyamat során.

Milyen jellegű probléma miatt került a gyermek a segítőhöz?

Ha a gyermeknek saját problémája van, amelyet a szülő felismer, és segíteni akar rajta (például szorongásos problémák, teljesítménybeli nehézségek, stb.), akkor a segítségnyújtás fókuszában maga a gyermek áll. Ha a gyermek mint a család „problémahordozója” jelenik meg (például válás, elválasztási képtelenség, újraraházasodás, stb. esetén), akkor szükségszerűen a családi dinamika kerül a középpontba, hiszen a probléma a családi rendszer működésének nehézségeiből fakad.

A legkiélezettebb etikai dilemmák akkor jelenhetnek meg, ha a gyermek mint bántalmazott áldozat kerül a segítőhöz. A segítségnyújtás lehetőségei nagyban függenek attól, hogy ki bántalmazza a gyermeket (családtag, külső személy, stb.). Itt olyan igazságügyi pszichológiai szempontok is belépnek, amelyeket már csak képzett szakpszichológusok kezelhetnek. Ebben az esetben el kell tudni dönteni, meddig terjedhetnek a kompetenciahatárok, és milyen pszichológiai segítségnyújtás az, amelyet a családnak javasolhatunk.

Mi a célja a segítségkérőnek?

Minden esetben nagyon fontos mérlegelni, hogy annak, aki a gyermeket segítőhöz vitte, mi a célja ezzel: a cél a gyermek érdekét, vagy a környezet érdekét szolgálja inkább? Például az iskolai pedagógus kéri, hogy rossz magatartása miatt vizsgálják meg a gyermeket. Kiderül, hogy igazából azt szeretné, hogy a gyerek távozzon az iskolából, mert rontja az osztály légkörét. Fontos ilyenkor felmérni, hogy a gondviselő mennyire képes a gyermek mellett állni a probléma megoldásában, és a pedagógus partnerként együttműködni a segítségnyújtás folyamatában. Ezen nagyon sok múlik, hiszen a gyermek – mint ahogy azt a bevezetőben hangsúlyoztuk – alapvetően a róla gondoskodó felnőttől függ. Ha a szülő vagy nevelő – bármilyen oknál fogva – nem képes a gyermek mellett állni a probléma megoldásában, a segítő feladata, hogy ezt a nehézséget feloldja, és partnerként nyerve meg a felnőttet a gyermek problémájának megoldására. Példánkban alaposan fel kell mérni, hogy a pedagógus mennyire motiválható a gyermek viselkedészavara mögött álló okok megértésére és azok megoldásának segítésére.

Hogyan kezelje a segítő a gyermektől nyert információkat?

Ez a kérdés ismét a titoktartás problémáját érinti. Természetesen a segítő nem adhat ki szó szerinti,

bizalmas információkat és konkrét adatokat. Ez különösen hangsúlyos például gyermek-elhelyezési pereknél, amikor a szülő „titkokat” akar megtudni gyermeke révén a másik szülőfélről, a pszichológus segítségével. A segítőnek képesnek lennie arra, hogy valóban a gyermek érdekét képviselje, és megértesse a szülőkkel, hogy a gyermeket nem lehet ilyen konfliktusnak kitenni, és ilyen módon visszaélni kiszolgáltatott helyzetével.

A szülővel szembeni tájékoztatási kötelezettség mire terjed ki?

A szülőnek természetesen joga van megtudni és megismerni a segítő szakvéleményét a gyermek problémájával kapcsolatban. Azonban mindig nagyon fontos mérlegelni azt, hogy ez a tájékoztatás mire terjedjen ki, és milyen formában tegyük meg. A szülőnek joga van tudni az információkat, ugyanakkor joga van ahhoz is, hogy ne rémítsük el olyan információkkal, amelynek befogadására még nem áll készen. Egy másik gyakori probléma, amikor a szülő egy szakvéleményt kap a pszichológustól, amelyben számára teljesen ismeretlen fogalmak vannak leírva, olyan kijelentések, amelyeket nem tud „szakszerűen”, csak laikus módon értelmezni. Legtöbb esetben nem tud mit kezdeni az effajta véleménnyel, kijelentéseit félreérti, azok megijeszítik. A segítőnek nem az a feladata tehát, hogy szakmai zsargonnal „öntse nyakon” kliensét, hanem, hogy számára is értelmezhetővé, hovatovább *hasznosan értelmezhetővé* tegye a mondottakat.

Melyek az intervenció lehetősége és korlátai?

A gyermek bizalmának megszerzése és megtartása alapvető cél a gyermekekkel folytatott segítő munka során. Ennek azonban veszélyei is vannak, és éppen azokban a helyzetekben lépnek fel, amikor a segítő úgy érzi, a gyermek szülője alkalmatlan a gyerek nevelésére, vagy veszélyezteti a fejlődését. A segítő késztetést érezhet arra, hogy „közbenjárjon” a szülőnél a gyerek érdekében. A gyermek iránt érzett sajnálat, és a szülő elleni harag gyakran vezethet a „megmentési vágyhoz”, és ahhoz, hogy a segítő úgy érezze, ki kell lépnie szerepéből. Ugyanakkor, épp a gyermek érdeke ellen dolgozik ezzel, hiszen akarva-akaratlanul a szülő – azaz a gyermeket gondozó személy – ellen fordítja a gyermeket, ahelyett, hogy a kapcsolatuk helyreállítására törekedne. A segítő nem ígérhet olyat – sem a gyermeknek, sem a szülőnek – aminek véghezvitele túllép az ő kompetenciahatárain. Azaz, nem válhat „jobb szülővé”, és „jobb pedagógussá” a gyermek tényleges szüleinél és pedagógusainál.

ÖSSZEFOGLALÁS

A segítő kapcsolat sajátosságai gyermekeknél nagyon sokban hasonlítanak a felnőttekkel alakított segítő kapcsolathoz, de még több mindenben el is térnek. Ebben a fejezetben elsősorban azokat a jellemzőket, szempontokat foglaltuk össze, amelyek meghatározzák a gyermekkel folytatott kommunikáció sajátosságait, és a segítő kapcsolatban kitűzhető célok lehetőségeit és korlátait. A gyermeki világkép, a gyermeki gondolkodás és élményvilág ismerete egy különleges dimenzióba vezet el bennünket. A gyermeki fejlődés sokszínűsége gazdagon mutatkozik meg a gyermekek játékában, rajzaiban, és abban, ahogy az emberi és tárgyi világról szerzik ismereteiket. A gyermekekkel foglalkozó segítő szakember számára elengedhetetlen a gyermeki fejlődés fontos állomásainak, valamint a gyermeki élményvilágnak az ismerete.

A normalitás fogalmának meghatározása is eltérő a felnőttekéhez képest. Nem elegendő az egyes zavarok leíró diagnózisának kritériumaira támaszkodni. Szükséges figyelembe venni azokat a komplex tényezőket, amelyek a lelki fejlődés menetét és mikéntjét meghatározzák. Anna Freud „fejlődési vonalak” fogalma az egyik ilyen lehetséges modell, amely a gyermeki fejlődés komplexitását figyelembe veszi, és egyben kijelöli a normalitás és az „eltérő fejlődés” kulcsszempontjait.

A gyermeki játék és a gyermekrajzok megértésének, valamint ezek diagnosztikai és terápiás felhasználásának hosszú történeti fejlődését nyomon követhetjük ebben a fejezetben. Számos tapasztalat, az elméletek, és a gyermekekkel folytatott pszichológiai gyakorlat fejlődése kellett ahhoz, hogy a modern felfogás alaptételei megfogalmazódjanak a gyermeki játék és a rajzok segítő kapcsolatban történő hasznosságát illetően. A legfontosabb szempontokat a következőképpen összegezzük. A gyermek, amikor játszik, illetve rajzol, mindig közöl, kifejez, üzen valamit a saját élményeiből, érzéseiből. A játék, éppúgy, mint a rajz, „valakinek szól”, mindig jelzi a kapcsolatot is, amelyben a tevékenység, vagy az alkotás megszületik. A játék és a rajzolás folyamata kreatív, a személyiség bontakozását, kiteljesedését szolgálja. Ha valamilyen lelki, érzelmi, vagy kapcsolati zavar támad, akkor az mindig megmutatkozik a kreativitás, önkifejezés beszűkülésében, vagy a gyermeknek a felnőttel való kapcsolatában, a felnőttel szembeni bizalomvesztésben.

Részletesen foglalkoztunk a gyermekekkel való segítő foglalkozás etikai dilemmáinak és buktatóinak alapvető kérdéseivel. Természetesen nem térhettünk ki minden lehetséges problémára, hiszen éppen az esetek és helyzetek sokfélesége az, amely az etikai elvek és előírások alkalmazhatóságának lehetőségeit és módját meghatározza. Az alapelv – a személyiség védelme, az igazságosságra való törekvés és a szakmai szerep fenntartása – azonban minden egyes egyedi esetről irányt kell, hogy mutasson. Összegyűjtöttük azokat a gyakorlati szempontokat, amelyek a viselkedésemelzést segíthetik az etikai kérdések helyes értelmezésében.

KULCSFOGALMAK

Dinamikus rajzvizsgálat Hárdi István pszichiáter technikája. A módszer feltevése, hogy a rajz dinamikusan képes megmutatni egy mentális, vagy pszichés betegség lezajlását. A rajzoltatásnak nem egy statikus diagnosztikai kép „azonosítása” a célja, hanem a betegség folyamatának, és egyéni jellemzőinek a követése, megfigyelése.

Elbeszélés Az elbeszélésekben a cselekvések, gondolatok és érzelmek összekapcsolása a narratív okság szabályait követi. A gyerekek az elbeszélés révén tanulják meg szétválasztani, majd pedig egy új, megkülönböztetett formában összekapcsolni az érzelmeket, a gondolatokat és a cselekvéseket. Az elbeszélés lehetőséget nyújt a cselekvések melletti érvelésre, a probléma megjelenésére, jellemzésére, valamint a megelőzésére alkalmas eszközök megtalálására.

Életkor-specifikus játéktémák A gyerek a körülötte zajló történésekkel éppúgy, mint belső dilemmáival, a játék segítségével foglalkozik. Az életkor-specifikus játéktémák jelzik, hogy abban az adott időszakban mi foglalkoztatja, izgatja a gyereket. Minden életkorban – lányoknál és fiúknál is – megfigyelhetőek, és a normál fejlődésre jellemzőek. Gyakori téma például a halál és az agresszió játékban való megjelenése óvodás és kisiskolás korban.

Fejlődési vonalak Anna Freud modellje a gyermek lelki fejlődésének összetettségéről. A fejlődési vonalak a gyermek biológiai, lelki, mentális, érzelmi és kapcsolati fejlődését egyszerre veszik figyelembe, és írják le annak elvárható szakaszait az adott életkornak megfelelően.

Firkajáték Winnicott firkajáték technikája a terapeuta és a gyermek együttes tevékenységére, az együtt folytatott rajzolás során megjelenő „szavak nélküli beszélgetésére” helyezi a hangsúlyt. A közös rajzolás közben kibontakozik az, ami a gyereket foglalkoztatja. Mivel a terapeuta és a gyermek egymásnak rajzolnak, ezért az élmények megosztása is intenzívvé válik. A cél az önkifejezés, a megosztás és a megértés a rajzolás folyamatában.

Kettős tudat a játékban Mérei Ferenc fogalma. Az egészségesen fejlődő gyerek pontosan tudja, hol van a képzelet és a valóság határa. Az arra való képesség, hogy a gyermek a képzelteket és a valóságot egyszerre tudja kezelni, ugyanakkor annak határait érzékelni, fontos forrása a gondolkodásnak, az érzelmi és értelmi fejlődésnek, valamint a kreativitás bontakozásának.

Normalitás a gyermekkorban A gyerekek esetében a fejlődésből eredő problémákat jól kell ismerni ahhoz, hogy a normál fejlődés menetét és területeit minél pontosabban meghatározhassuk. A fejlődési elakadásokról, a lemaradásról, vagy épp a koraérettségről csak ehhez viszonyítva lehet

érdemben bármit megállapítani.

Regresszió a gyermekkorban A regresszió visszaesés a fejlődés egy korábbi szakaszára. Egészséges esetekben a fejlődés velejárója, és az alkalmazkodást szolgálja. Mindez természetesen csak az időleges regresszióra vonatkozik, a túl hosszú ideig tartó és/vagy túl kiterjedt visszaesés már kívül esik a normál fejlődés határain.

Világjáték Pszichodiagnosztikai és játékterápiás eszköz. A Világjáték kidolgozása azon az elven nyugszik, hogy a gyermek játéktárgyak segítségével képes megjeleníteni, bemutatni, mintegy „szcénikusan dramatizálni” azt az érzelmi környezetet, amelyben saját helyét érzékeli.

HIVATKOZÁSOK

- Bruner, J. (2003) *A nevelés kultúrája*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Bruner, J., Lucariello (2001) *A világ narratív újrateremtése a monológban*. In.: László J., Tomka B. (Szerk.): *Narratívák 5. Narratív Pszichológia*. 131-156.
- Fonagy, P., Target, M. (1996) *Playing with Reality I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality*. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fraiberg, S. (1990) *Varázsos évek*. Park Kiadó, Budapest.
- Freud, A. (1965) *Normalitás és patológia*. Animula Kiadó, Budapest, 1993.
- Freud, S. (1986) *A tünet képződésének útjai*. In.: Buda B. (Szerk.): *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Gondolat Kiadó, Budapest. 293-307.
- Gerő Zs. (2000) *Etikai dilemmák gyerekpszichológus hallgatók szemével*. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LV. 81-83.
- Gerő Zs. (2002) *A gyermekrajzok esztétikuma*. Flaccus Kiadó, Budapest, 2003.
- Halász A., Ingusz I. (2000) *Gyermekpszichoterápiák*. In.: Szőnyi G., Füredi J. (Szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 423-445.
- Hámori E. (1999a) *„Idegen test a terápiás térben” – A szeparációs szorongás háttere és feldolgozása rövidterápiákban*. In.: Bokor L. (Szerk.): *Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák*. Animula Kiadó, Budapest. 53-62.
- Hámori E. (1999b) *A fogyatékos gyermek élményvilága. Változatok a potenciális tér zavaraira*. *Thalassa*, (10) 1. 39-59.
- Hárdi I. (1983) *A dinamikus rajzvizsgálat*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Huszár I., Czenner Zs. (2001) *A gyermek és ifjúkor speciális jogi szabályozása*. In.: Vikár Gy., Vikár A. (Szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 355-377.
- Malchiodi, C., A. (1998) *A gyermekrajzok megértése*. Animula Kiadó, Budapest, 2003.
- Mérei F., V. Binét Á. (1981) *Gyermeklélektan*. Gondolat Kiadó, Budapest
- Mérei F. (1948/1995) *A gyermek világképe*. In: Stöckert (Szerk.): *Játékpszichológia*. Eötvös József Kiadó, Budapest
- Mérei F, V. Binét Á. (1995) *A gyermekrajz*. In.: Kárpáti A. (Szerk.): *Vizuális képességek fejlődése*. Nemzeti Tankönyvkiadó. 176-198.
- Petzold, H., Ramin, G. (Szerk.) (1995) *Gyermekpszichoterápia*. Osiris Kiadó, Budapest, 1996.
- Polcz A. (1999) *Világjáték*. Dinamikus játékdinamika és játékterápia. Pont Kiadó, Budapest.
- Szőnyi G. (2000) *Etikai kérdések a pszichoterápiában*. In.: Szőnyi G., Füredi J. (Szerk.): *A Pszichoterápia tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 560-567.
- Vass Z. (2003) *A rajzvizsgálat alapjai*. Flaccus Kiadó, Budapest.
- Vigotszkij, V. (1983) *Jegyzetkivonatok, melyeket az óvodás korú gyermekek pszichológiájáról szóló előadásaihoz készített*. In: Elkonyin, D. B. (Szerk.): *A gyermeki játék pszichológiája*. Gondolat Kiadó, Budapest. 535-547.

- Vigotszkij, V. (1971) *A magasabb pszichikus funkciók fejlődése*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Vikár Gy. (1984) *Gyógyítás és öngyógyítás*. Magvető Kiadó, Budapest.
- Winnicott, D. W. (1968) *Playing: Its Theoretical Status in the Clinical Situation*. International Journal of Psychoanalysis, 49. 591-599.
- Winnicott, D. W. (1971) *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. The Hogarth Press, London.
- Winnicott, D. W. (2000) *Kisgyermek, család, külvilág*. Animula Kiadó, Budapest.
- Winnicott, D. W. (2004) *A függőségtől a függetlenség felé az egyéni fejlődés során*. In: Péley, B. (Szerk.): *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. 133-140.
- Winnicott, D. W. (1968) *The Squigle Game*. In.: C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (Eds.): *Psycho-analytic Explorations – D. W. Winnicott*. Harvard University Press, 1992. 299-318.
- Winnicott, D., W. (1971) *Játás és valóság*. Animula Kiadó, Budapest, 1999.