

Tringer László: Gyógyító beszélgetés

A segítő kapcsolatok elmélete:

A segítő nem valami módszerrel, metodikával gyógyít, hanem a személyiségével. A cél mindig, hogy optimális feltételeket biztosítsunk az egyén saját erőforrásainak kibontakoztatására. Ehhez elsődleges eszköz a terapeuta magatartása.

- A kliens önmagával és a világgal kapcsolatos érzéseit, problémáit minél pontosabban megértse.

- Az érzések visszatükrözése a fő feladata, az egyén önmagáról alkotott képe ezáltal kibővül, önismerete fokozódik. Elsősorban a nem, vagy alig tudatos mozzanatokot kell visszatükrözni. Általában a lelki zavarok mögött Rogers szerint az áll, hogy az egyénnek hamis képe alakult ki önmagáról. Ezért is kerül minduntalan ellentmondásokba. Rogers elméletének központjában nem maga a lelki zavar áll, hanem a szenvedő személy. → Klienscentrikus terápia vagy személyközpontú megközelítés.

Az eredményes visszatükrözés feltételei:

1. **Empátiás reflexió**

2. **Elfogadni feltétel nélkül**

3. Fontos, hogy a terapeuta önmagát is elfogadja, közlései és érzései összhangban legyenek, hitelesek legyenek. A hitelesség igénye a **kongruencia** (őszinteség, spontaneitás).

→ Ezek a terápia elégséges, vagyis **alapfeltételei**. Ilyen feltételek mellett olyan folyamat indul el a kliensben, amit legjobban egy önmagával való párbeszédnek nevezhetnénk, a folyamatot önexplorációnak (önfeltárásnak) is felfoghatjuk.

Ezt két nagy európai személyközpontú irányzat kutatásai igazolják (Hamburg és Kelet-Berlin).

Az emberi kapcsolatok elmélete:

Rogers szerint minden motiváció gyökere egy önmegvalósító tendencia. Állandó növekedésre való törekvést ért ez alatt. Ez a pszichoterápiára is igaz olyan értelemben, hogy itt a személy optimális növekedési feltételeit igyekszünk megteremteni.

Rogers elméletének gyökerei:

- Életének első korszakában meghatározó volt a mezőgazdaság (az egyén tudja, mire van szüksége, saját magából kiindulva alkothatja meg jövőjét, mint ahogy a növényre is rá lehet bízni a növekedését, csak az optimális feltételeket kell biztosítani)
- Dewey amerikai filozófus
- Martin Buber
- Fenomenológia
- Európai egzisztencialisták
- Keresztény hagyomány és értékrend
- A pszichoanalízissel is kapcsolatba kerül, de elmélete lényeges pontokban eltér Freud nézetétől.

→ Inkább a **humanisztikus pszichológia** megvalósítója Rogers.

Az embert úgy tekinti, mint aki képes saját sorsát önmagából kiindulva meghatározni.

1961. Humanisztikus Pszichológiai Társulat alapítója.

Rogers iskolájának népszerűsége elsősorban a nem orvosi területeken jelentős (pl. tanácsadás, pedagógia, lelkipásztor). Módszereit sok helyen a teológusok képzésében is alkalmazzák. Rogers munkásságának jelentős részét a tanácsadói munka jellemezte.

A személyközpontú pszichoterápia meghatározása:

Egy másik emberrel való fokozatosan fejlődő együttlét, amely az egészség és a személy növekedését eredményezi. Rogers feltételezi, hogy a személyben megvannak az erőforrások, amelyekkel pozitív változásokat tud elérni. Ezeket az erőforrásokat kell mozgósítani az emberközi kapcsolatokban. A segítő személy és a kliens közötti viszony milyensége a döntő. Az SZKP irányzat két fő áramlata

1. ortodox (angolszász országokban). Ez egyfajta mozgalommá, álvallássá nőtte ki magát egyes követők számára
2. kísérleti irányzat (főleg német nyelvterületen)

A gyógyító beszélgetés tanuláselméleti alapja:

Általános törvényszerűségeket ismertet a szerző, mint például a viselkedés fogalmát, a tanulás fogalmát, ezen belül a tanulás alapformáit:

- **Klasszikus kondicionálás:** itt a generalizációval kapcsolatban megállapítja, hogy a generalizáció különösen fontos szerepet játszik a kóros lelki folyamatok hátterében. Részét képezi azoknak a gondolkodási zavaroknak, amelyek eredményeképp ún. patológiás, vagy diszfunkcionális kognitív sémák aktiválódnak. A terápiás folyamat a generalizációval ellentétes irányú. Az egyén diszkriminációs képességét próbáljuk fejleszteni. A GYB során a terapeuta visszajelzései a páciens által elmondottak árnyaltabb értelmezését teszik lehetővé.
- **Instrumentális tanulás:** itt a megerősítéssel kapcsolatban megállapítja, hogy a segítő kapcsolatokban eleves érvényesül egy instrumentális szabály: a terapeutának valamilyen ideális elképzelése van arról, hogy a kliense számára mi lenne a megfelelő viselkedés. A kliensnek ez irányba mutató megnyilvánulásait a terapeuta ezen ideálkép értelmében öntudatlanul is megerősíti. Egyes pszichoterpiás módszerek kifejezetten a pozitív megerősítésre épülnek.
- **Averzív kondicionálás:** terápiás megközelítésben negatív visszajelzést csak kivételesen alkalmazunk, ez esetben is inkább csak olyan módon, hogy nem reagálunk megerősítő módon, akkor mikor ezt a kliensünk várna.
- **Modelltanulás:** nyilvánvaló, hogy a terápiás helyzet számos lehetőséget nyújt arra, hogy a kliens magatartásmintákat vegyen át. Különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a viselkedésrepertoár a betegek jelentős részénél hiányos. Valószínű, hogy az utánzásnak nagy jelentősége van a segítő kapcsolatokban. A terapeuta, tanácsadó akarva vagy akaratlanul modell személyyé válik. Kimutatott tény, hogy egy hosszabb terápiát követően a terapeuta és páciense kifejezési módjai egymáshoz közelítenek.

A gyógyító beszélgetés kommunikációelméleti alapjai:

A pszichoterápia gyógyító célú beavatkozás közvetlen emberi kommunikáció segítségével.

Itt szintén alapfogalmakat említ a könyv:

Mint pl.: kódolás, dekódolás, jelrendszer, csatorna, kommunikáció szintjei (a közlésnek van tartalmi és viszonykifejező mozzanata), kommunikáció tagoltsága (itt említi meg, hogy vannak emberek, akiknél csak addig tart egy dialógus, amíg ők beszélnek, amíg monológ jellege van. A terápiás dialógus különlegessége abban áll, hogy a terapeuta közlései a kliens

saját megnyilvánulásai a visszatükröződés értelmében.), reciprocitás, viszonyosság, promotív jelleg (amikor a másik felet befolyásolni akarjuk).

A segítő kapcsolatok mindig aszimmetrikusak .

A kommunikáció pszichológiai szükséglet, de a **közlés iránti igény** nagy különbségeket mutat (ennek hátterében állhat pl. az extra- illetve introverzió).

A segítő kapcsolatok és a beszéd:

A terapeuta egyetlen eszköze a beszéd.

Súlyos problémákat említ a beszédkultúra hiányáról, a tömegkommunikátorok beszédhibáiról. Rogers szerint beszédünk minél jobban, optimálisan használja ki a nyelvi lehetőségeinket.

Fontos szempontok egy terapeutánál:

- Segítő foglalkozásban az esetleges beszédhibákat (hadarás, raccsolás, selypítés) ki kell javítani.
- Nem szabad túl halkán, elhalóan beszélnie egy terapeutának. Fontos a kellő hangerő, megfelelő beállítások.
- A beszéd modulációja és a hangsúly is fontos szempont. A hangsúly a közlés értékét jelentősen növelheti. Ez a követelmény páciens amúgy is hiányos figyelmi kapacitását hivatott kompenzálni, hogy a lényeges dolgok kössék le a figyelmét.

Tartalmi kívánalmak:

Kerülni kell az elvont, homályos megfogalmazásokat, idegen kifejezéseket, a szakmai zsargont, szakkifejezéseket. Használjunk képes kifejezéseket, metaforákat, egyszerű példákat hozzunk fel. De: a konkrét-elvont dimenzió a partner függvénye minden esetben! Meg kell ismerni a kliens szóhasználatában a sajátos fordulatokat, azok pontos egyéni jelentését. Később mint közös nyelvet is lehet használni → hozzájárul a bizalmi légkör kialakításához.

A kommunikáció csatornáit:

1. Verbális csatorna:

Az emberek mást és mást érthetnek az egyes fogalmak alatt, és nem ugyanott jelölik meg a kategóriahatárokat sem. Egyes személyiségzavarokra jellemző, hogy a fogalmak határai elmosódtak, és önkényesen változtathatók.

Az átlagos mindennapi beszédben bizonyos hibák mindig vannak, a mondatok sokszor nem szabályosak.

A túlzottan hibamentes, szabályos beszéd nemegyszer valamilyen kóros állapotot tükröz.

Például kényszeres betegeknél a mondatok túlságosan lezártak, szabályosak, szinte tökéletesek. Érzelmileg feszült, szorongó helyzetben az átlagos ember több hibát vét, de: ezek csak a felszínen megjelenő zavarok!

A felszín mögött egy mélyebb struktúra rejtőzik, ami meghatározza, mi jelenik meg a nyílt közlésben. A gyógyító beszélgetésben is ezzel a **mély struktúrával** kell foglalkozni. Amikor a terapeuta felismeri és visszatükrözi ezt a mély struktúrát, hozzájárul ahhoz, hogy a kliens **önmagáról ismeretekre** tegyen szert.

2. Nem verbális csatornák:

Ezzel lesz több a beszéd, mint a nyelv.

- **érzelmeket** tudunk kifejezni pl. a mimikai kód segítségével. Kultúrától függetlenül 7-8 érzelmi állapotot mindenhol meg tudnak különböztetni.

- **illusztratív** funkciója: segít a szóban kifejezett anyagot kiemelni, vagy épp ellenkezőleg, tompítani. Egy gesztus sokszor elég ahhoz, hogy kifejezzük „elég, hagyd abba!”, vagy pont fordítva, „folytasd!”.
- **emblémák** (tetoválás, öltözködés, jelvények). Ezek a közösséghez való tartozás kifejezői.
- **adaptáló** funkció: a helyzethez való viszonyunkat fejezhetjük ki vele (unalom, érdeklődés, kényszerhelyzet).

Összefoglalva az egyes csatornákról:

- a beszédhez legszorosabban a verbális csatorna tartozik (hangnem, hanghordozás, hangsúly, beszéd üteme, szünetek, intenzitás, lejtés, stb.).
- Szépen és helyesen kell használni a nyelvet.
- A nem verbális csatornát mindenképpen ki kell használni a terapeutának. Beszéde legyen árnyalt, nyugalmat, határozottságot tükröző, jól hangsúlyozott. A mimikai kód azért nagyon fontos, mert a segítő kommunikáció szemtől szemben történik, de fontos, hogy a tekintetváltásoknál mindig igazodjunk a kliens igényeihez.
- A kliens és a segítő térbeli elhelyezkedése 120 fokos szöveget zárjon be.
- Ha a verbális közlés érzelmileg túlhangsúlyoz, azt szapora pillacsapások jelzik, de van, aki tartósan lecsukja a szemét, vagy a szemüket dörzsölik.
- A mosoly belső állapotot tükröz, promotív jellege van. A viszontmosoly villanásszerűen szűnik meg, szemben az átélt mosollyal, ami mindig fokozatosan oldódik.
- Mozgásról: ide tartoznak a fej, kéz mozgásai, testhelyzet, térközsabályozás, kinezika, érintés. A gátolt betegek beszédét nem kísérik gesztusok, vagy csak nagyon kevés, azok is visszafogottak, de a hisztériások, mániások általában széles, gazdag gesztikulációt alkalmaznak mondanivalójuk közben. A szorongó betegek gyakran ülnek a terápia során mereven, nem is mernek hátradőlni. Ha sikeres a beszélgetés, a testtartás is oldottabb lesz a végén.
- A kulturális jelekről: ezek általában társadalmi réteghez való tartozást fejeznek ki. A segítő foglalkozású egyénnek kerülnie kell minden olyan öltözködést, ami kliensükben visszatetszést válthat ki.

Metakommunikáció: közlés a közlésről

Kifejezheti a viszonyt a befogadóhoz, a tartalomhoz és a szituációhoz.

A kommunikáció összes csatornáján megjelenhet (nem azonos a nem verbális csatornákkal, de azok döntően több metakommunikatív közlést hordoznak).

Kutatásokból felismerték, hogy olyan esetekben, ahol az anya verbális és metakommunikatív jelzései közt feloldhatatlan ellentét húzódik, a gyermeknél a skizofrénia kialakulását mozgíthatja elő.

A vegetatív kommunikáció csatornái:

Ezalatt a közvetlenül megfigyelhető és vizsgálható testi reakciókat értjük.

A szorongó beteg:

A szorongásnak, mint minden emocionális reakciónak vegetatív-fiziológiai, viselkedéses, motoros és kognitív-verbális összetevői vannak. Minél súlyosabb a szorongás, annál több szervrendszer kapcsolódik be. A vegetatív és viselkedéses jegyek észlelése semmilyen műszeres felszerelést nem igényel.

I. A szorongás vegetatív tüneteinek vizsgálata:

1. A bőr és nyálkahártya reakciói: arcpír, érzelmi töltésre utal, percepciója során a szorongás tovább fokozódik.

Nyálkahártya: szorongás esetén megváltozik a nyálkahártya nedvtermelése, mennyiségileg és minőségileg is változik. Ennek leggyakoribb következménye a száj kiszáradása. Ez megváltoztathatja a hangképzést, ami jellegzetesen feltűnik. A nyálkahártya kiszáradása a garatot és a légcsövet is érinti, nyelési késztetés jelentkezik, a kliens köhög vagy köszörüli a torkát.

→→a pszichiátriai explorációnak elengedhetetlen feltétele a **pohár víz**. A szorongás általában növeli a bőr verejtékmirigyének aktivitását. A szorongás mértékét kifejezheti az izzadság mértéke.

2. A szorongó szem tünete: „A szemek sokmindent elárulnak” A szemek szoros kapcsolatban vannak az emocionális állapottal. Stressz hatására a pillacsapások száma nő. Ez értékes támpontokat adhat exploráció közben. A könnyelválasztás mértéke szintén kapcsolatos az emocionális állapottal. A szorongó beteg szeme gyakran könnyes, ennek mértéke a szemcsillogástól a könnybe lábadáson át a sírásig terjedhet.

3. A szorongás légzéstitűnete: Interjúhelyzetben egy gyakori jel a légzés mélységének változásai, sóhajtás, szaggatott légzés, súlyosabb zavar esetén szavak szakadhatnak ketté sóhajtás miatt.

4. A szívritmus zavarai: szorongás esetén három szív választ különítettek el:

- Frekvencianövekedés
- Frekvenciacsökkenés
- Bifázisos válasz (növekszik, majd csökken)

A kutatók szerint a pulzusszám jó mutatója az emocionális állapotnak

II. A szorongás viselkedéses megnyilvánulásai:

A szorongó beteg viselkedése megváltozik. A változás két összetevő eredményeként jön létre:

1. Viselkedésrepertoár beszűkülése (visszafogottság, gátoltság benyomását kelti)
2. Manőverek, amik a szorongás csökkentésére irányulnak. A mozgás bármely formája a szorongást enyhíti.

III. A viselkedés emocionális összetevőinek változásai szorongás esetén:

Itt a viselkedést színező mozzanatokról van szó, amik többnyire valamilyen, a környezet felé irányuló közlést is tartalmaznak. Szorongó egyénnél alapvető változás a pozitív megnyilvánulások csökkenése, hiánya, a negatívok kerülnek előtérbe. Ezeket a tüneteket két csoportba sorolja a könyv:

1. Mínusz tünetek (mennyiségi változások)
2. Plusz tünetek (szorongáselhárítást szolgálják)

IV. Disszociatív jelenségek:

A disszociációs tünetek formái:

- a) A verbális és autonóm jelek viszonylagos függetlensége (a verbális közlésekből szorongás érződik, de nem látunk vegetatív tüneteket)
- b) A verbális és viselkedéses jelek viszonylagos függetlensége (inkongruens viselkedés, amikor a verbális és metakommunikatív jelek nincsenek összhangban, pl. skizofrén betegek anyái)
- c) A viselkedési és vegetatív-fiziológiai jelek viszonylagos függetlensége (pl. mikor heves emocionális reakciók, sírás, agresszió, viszonylag enyhe vegetatív tünetekkel járnak).

A testi érintés a GYB-ben:

A pszichoterápia története során két szélsőséges álláspont alakult ki:

- Freud ellenezett minden testi érintést, még a szemkontaktust is
- Ferenczi és követői megengedhetőnek tartanak érintést, simítást

Vannak olyan módszerek, amelyek szükségessé teszik az érintést (pl. hipnózis, relaxációk). A szerző szerint előfordulhat, hogy a terapeuta megérinti a kliensét beszélgetés közben, de a gyakorlatban ennek fontos jelentősége nincs.

A GYB oktatása:

A segítő hivatásokban az eredményes munka egyik legfontosabb feltétele maga a hivatást képviselő személy. A pszichoterápiában mutatott eredményesség nagy mértékben az adott személyhez kötődő tényező.

A képzési rendszerek áttekintése:

- Freud és a pszichoanalitikusok: a hangsúly a saját élményen keresztül történő tanuláson van; tanár-tanítvány kapcsolat éveken át tartó folyamata, majd szupervíziós tanulás. Tehát saját élményű tapasztalatok játszanak döntő szerepet: pl. pszichoterapeuta-képzésnél, pszichodráma-képzésnél, hipnózisképzésben is.
- Bálint-módszer: több orvoskollega összeül, és elmesélik egymásnak nehéz eseteiket. Ez a vakfoltok feltárásában segíthet, és a kiegész ellen is jó.
- Behaviorista iskola: felfogása szerint a pszichoterápia bizonyos ismeretek és készségek együttese, amelyet el kell sajátítani, és megfelelően alkalmazni.

→ A személyközpontú irányzat képzési rendszere leginkább a pszichoanalitikusokhoz áll legközelebb.

Saját képzési rendszerünk:

A pszichoterápiás ismeretek forrásai:

- Lexikális ismeretek (alkalmazott kommunikációelméletek)
- Műveleti-gyakorlati készségek (mindennapi helyzetben való eligazodás, szerepjáték)
- Modelltanulás (élő demonstráció)
- Saját élmény (tapasztalatok szerint átlagon felül vonzódnak segítő foglalkozások felé azok, akik maguk is problémákkal küzdenek)
- Szupervízió (már megszerzett ismeretek megerősítése, korrekció)

Rogers kiváló elemző munkájának köszönhetően alakult ki ma az a 3 fogalom, amit GYB alapváltozóinak nevezünk: empátia, feltétel nélküli elfogadás, kongruencia.

Empátia

Görögül együttérzést, benne-érzést jelent.

A német iskola az empátia visszatükröző oldalát hangsúlyozza. A segítő fél kommunikációjának van egy sajátossága, követelménye, hogy a kliens érzéseit, vágyait megértse, és pontosan megfogalmazza.

→ az empátia és a verbalizáció ugyanakkor a magatartásnak két oldalát hangsúlyozó fogalmak.

Az empátiával rendelkező terapeuta jellemzői:

- manifeszt tartalmakra is reagál
- képes felfogni az érzelmi-motivációs tartalmat
- különösen figyelni kell akkor mikor a kliens önmagát jellemzi, önképével foglalkozik
- a kliens saját szempontjaihoz kell igazodni

- a terapeuta hagyhatja szabadon beszélni a kliensét, közvetett módon mégis irányítja. A terapeuta a közölt anyag valamely aspektusát kiemeli és arra ösztönzi ezzel, hogy a kiemelt nyomvonalon haladjon tovább.
- Konkrét beszámolókat nem szabad kérni, sem tanácsokat adni, kritizálni.
- Nem kell direkt módon explorálni, hanem a közölt anyagra kell jobban figyelni
- A kérdező magatartással csak azt lehet elérni, hogy a másik fél azt mondja amit elvárnak tőle. DE: kérdés és kérdés között is van különbség.

Az érzelmi érzékenység és az affektus figyelem

Az érzelmi jelentések iránti fogékonyság másik mérőszáma az affektus figyelem. Ez Blau nevéhez köthető, és úgy fogalmazható meg röviden, mint az érzelmi jelentések befogadására iránti készenlét, ami függ az egyéntől, a belső állapottól és a helyzettől. A segítő kapcsolat az affektus figyelem maximális igénybevételét jelenti. Az érzékenység, a kifejező készség és az önfogadás között pozitív korrelációt találtak a kutatók.

Az empátia és az azonosulás (identifikáció)

A terapeuta igyekszik páciense érzelmi állapotát minél pontosabban észlelni, leírni, visszajelezni. De szem előtt kell tartani azt a tényt is, hogy még ha pontosan érzékeli is szenvedő páciense állapotát, ez mégis a MÁSIK állapota. Nem ugyanazt érzi mint a másik, csak „mintha” érezné. Ez a mintha nagyon fontos szerepet játszik Rogers megfogalmazásában. A teljes azonosulás rontja az empátiás megértést. A terapeutának meg kell őriznie saját, differenciált látásmódját, hiszen ezzel tud segíteni.

Verbalizáció: (A beszélgetés vezetésének technikai vezérfonala)

A GYB elemi mozzanata a közlés. Az információfeldolgozásnál megkülönböztetjük a külsődleges tartalmakat és a személyes érzelmi tartalmakat. Utóbbi az önfeltárással kapcsolatos. A jól képzett terapeuta a vegetatív tüneti jelzéseket is érti. A terapeuta azonban sosem lehet teljesen biztos abban, hogy a közléseket jól érti, ezért a terapeuta reflexiók jó ha így kezdődnek: „úgy vélem...”, „azt hiszem...”, „nem gondolja, hogy....?” stb.

A terapeuta reagálás elemi szintje nem több mint az aktív figyelés (értem, igen), olyan jelzések amik csak annyit kell hogy jelentsenek: itt vagyok figyelek.

A visszajelzés másik típusa nem más, mint a hallottak egyszerű újrafogalmazása.

A visszajelzések következő szintje mikor valami belső élményt kiragad a terapeuta az elhangzottakból.

További szint mikor általános összefüggésekbe állítja az elhangzottakat.

A verbalizáció mérése:

→ Truax-Tausch féle skála: gyakorlatban ennek alkalmazása nehézkes

→ Tringer-Pintér féle verbalizációs skála: itt is pontszámok vannak, de a verbalizáció alatt minden visszajelentést értenek és figyelembe veszik az előző és a rákövetkező megnyilatkozások szintjét is.

→ A terapeuta értékelésnek egy másik módja, ha a klientsől nyerünk adatokat egy kérdőív segítségével. Ilyen kérdőívet Baret és Lenard dolgozott ki először.

→ Echart és Schwartz faktoranalízissel 8 dimenziót különített el a verbalizáció mérésére. A dimenziók tkp. a terápiás kommunikáció alapaspektusai:

1. a kliens megnyilatkozásaira való támaszkodás

2. nyelvi hajlékonyság
3. belső tartalmakra való irányultság
4. belső részvétel
5. konkrétság
6. világosság

Feltétel nélküli elfogadás:

A kifejezés olyan követelményeket foglal magába, amelyek a terapeuta beállítódását érintik, felfogását az emberről, értékekről és az életről általában. Egy segítő kapcsolat nem lehet eredményes, ha a terapeuta nem fogadja el, hogy még a legnyomorultabb emberben is vannak értékek.

Az FNE 3 összetevője:

- pozitív érzelmi odafordulás
- non-direktivitás
- feltétel nélküliség

Elsősorban a nem verbális csatornák közvetítik az érzelmi melegséget, a mosolynak, a tekintetváltásnak, hanghordozásnak és a kézfogásnak nagy jelentősége van. FNE hatására a kliensben gyakoribbá válnak a differenciált érzések, a belátás, a problémaorientáltság.

Az FNE-n belül a non-direktivitás azt is jelenti, hogy nincs egy előre rögzített stratégiája, taktikája a terapeutának. Egyetlen stratégiai irány van: a terapeuta a kliens élményvilágát igyekszik követni, s az önfeltárási folyamatot előmozdítani. Az FNE a személynek szól, nem pedig tulajdonságainak, cselekedeteinek. Az emberi önmagában érték, ide tartozik a személy fejlődése, a változásra való képességbe vetett hite.

Az FNE-t úgy kell felfognunk mint egy ideált, amelynek vannak gyakorlati korlátai, de a törekvéseinknek mindig ez az idea szab irányt. Az FNE korlátai 3 csoportba sorolhatók:

1. terapeuta személyéből fakadó nehézségek
2. a partnerek közti bizonyos érdekkonfliktus
3. harmadrészt figyelembe kell venni, hogy a terapeuta szelektív megerősítő hatása érvényesül, és bár közvetetten, de mégis ő vezeti a folyamatot, megadja annak általános vezérfonalát.

Az elfogadó magatartás mérése:

Mivel ez a terapeuta változó a nemverbális csatornákon keresztül érvényesül, mérése nehezebb.

→ Truax-Helm féle becslés: 0-7 pontos skálán kell eldönteni egy-egy terapeutára vonatkozó megállapításokról, bizonyos tulajdonságokról, hogy mennyire igazak rá vagy sem.

→ Baret-Lennard egy kérdőíves módszert szerkesztett, amelyet a terápia után a páciens és a terapeuta is értékel. A módszer alapján a terapeuta és a páciens erre vonatkozó becslései között csak laza összefüggés mutatható ki. Kutatásokból kiderült, hogy a verbalizáció és az elfogadás változói közt a korreláció jelentős.

A FNE fogalmát érdemes negatív oldalról is körüljárni:

A terapeuta:

- nem értékeli, mint egy bíró, főleg nem értékeli le betegét, nem kritizálja
- saját egyéni nézeteit, problémáit nem viszi bele a beszélgetésbe
- nem beszél túl kliensét
- nem irányít
- nem türelmetlen
- nem hűvösen távolságtartó

- nem gúnyolódik

Különösen nehéz az elfogadó magatartást érvényesíteni olyan esetben mikor a kliens érzés,- és gondolatvilága nagymértékben eltér az átlagtól, vagy ha domináns módon akar viselkedni, esetleg ellenséges vagy bizalmatlan.

Az elfogadás és az indulatáttétel

Indulatáttétel alatt a betegben keletkező érzéseket kell érteni, amik a terapeutára vetülnek, de eredetük a beteg korai kapcsolataiban keresendő.

Rogers azt mondja ezzel kapcsolatban: „...a szkp-ú terápiában az indulatáttétel, mint probléma nem jelentkezik.”

Teljesen nyilvánvaló azonban, hogy a szkp-ú terápiában is előfordul, hogy a páciensben különféle érzések keletkeznek a terapeutával kapcsolatban. (pl. szorongás, függőség, tisztelet, vonzódás, szeretet, harag...stb.)

Az FNE sérülése esetén felerősödhetnek a kliensben a terapeuta iránti érzései. Ha bizonyos elvárások jelennek meg a terapeuta részéről, azok esetleg olyan reakciót is kiválthatnak a kliensben, hogy: „ha ő jobban tudja, akkor oldja meg ő!”.

Az indulatáttételnél kifejeződő érzések eredete soha nem az aktuális helyzetben van, s a páciens ennek nincs is tudatában.

A viszont-indulatáttételhez azok az érzések, amelyeket a terapeutában keletkeznek a páciense iránt. Ennek két formáját különítették el:

1. a beteg indulat-áttételes reakcióira adott válaszok
2. a terapeuta összes beteg iránti érzése

A gyógyító kapcsolatban megjelenő szexuális elemekre különösen igaz, hogy indulatáttétel és viszont-indulatáttétel terminusai szerint értelmezzük őket.

Az FNE minden eredményesen alkalmazott pszichoterápiás módszer alapfeltétele. A nem specifikus hatótényezők közé soroljuk.

Kongruencia

A terapeuta őszinte, hiteles viselkedése az eredményes munka fontos feltétele.

A kongruencia fogalma: a beszélő fél verbális és nem verbális közlései egymással és a személy belső állapotával fedésben vannak. Az önkép és a tapasztalatok (élmények, saját gondolatok, érzések, tettek) szubjektív összhangját jelenti. A kongruencia igény a lelki egészség követelménye.

Barett és Lennard három összetevő harmonikus viszonyaként jellemzi a kongruenciát:

- Tapasztalat
- Tudatosság
- És ezek közlése

„Az optimális kongruencia az egyén organizmikus folyamatainak maximális egységét és integráltságát jelenti. Ez maga után vonja, hogy az egyén nem érzi magát fenyegetve, és teljesen nyitott az iránt, amit a másik közölni akar. Azt is jelenti, hogy az egyén maximálisan szét tudja választani a saját érzéseit és attitűdjeit a másiktól”

Negatív oldalról megvizsgálva a fogalmat, a szélsőséges inkongruencia példája az olyan anya közlései, amik verbálisan a szeretetet, nem verbálisan pedig az elutasítást sugallják. A nem hiteles viselkedés a másik felé zavaró hatással van.

Hosszú szakmai gyakorlat után vannak terapeuták, akik annyira „megszokják”, hogy segítő kapcsolatot létesítenek, hogy ezt mindennapi életükben sem tudják levetkőzni. A segítő *szerep* a hivatás egyik veszélye.

A kongruencia mérése

Truax szerkesztett egy becslő skálát a kongruencia mérésére, amelyet Tausch német nyelvterületre dolgozott át. Ezek konkrét megnyilvánulásokat írnak le, az egyes fokozatok leírása elvont. A fokozatok:

1. Ellentmondások, elhárító magatartás, bizonytalanság
2. Személytelen, előre megrágott szónoklatok
3. Látszólagos összhang az érzések és megnyilvánulások között, de a nem verbális jelek diszkrepanciára utalnak
4. Teljes összhang
5. Teljes összhang + jellemzi még a belső szabadság, felvállalja a problémákat, teljesen önmaga, saját önismeretét is használja a terápiában

Spieler egyszerű változatában:

1. Diszkrepancia
2. Nincs diszkrepancia, de professzionális
3. Hiteles, de kissé professzionális
4. Semmi inkongruencia
5. Nyilvánvaló kongruencia, a terapeuta igazán önmaga

Egyéb terapeutaváltozók

1. **Énbevonás:** Személyes részvétel. A beszélgetésben megjelennek a terapeuta saját élményei, tapasztalatai. Két szélsőséges példája ismert:
 - Freud felfogása: a szélsőségesen tartózkodó magatartás
 - Karizmatikus terapeuta, aki saját tapasztalatainak látásmódját, megoldásait tartja vezérfonálnak

A gyógyító beszélgetésben kétféle helyzet adódhat, ahol énbevonásra van szükség:

- A kliens kéri a terapeutát, hogy nyilatkozzon
- Maga a terapeuta látja úgy, hogy előmozdítja ezzel a folyamatot

Ezzel kapcsolatban alapszabályok:

- A kliens aktuális igényei
- A kliens belső monológját kell előmozdítani, fejleszteni

2. **Konkrétság:** A konkrét nyelvet használó terapeuta több eredményre számíthat, mintha elvontan, bonyolultan fejezné ki önmagát. A terápiában arra kell törekedni, hogy a kliens nyelvezte is a konkrétság irányába változzon.

Pl. megkérhetjük, hogy hozzon fel egy-két gyakorlati példát általános megállapításaira. Ez azért fontos, mert sokan elvesznek a mindennapi részletekben.

3. **Közvetlen reagálás:** A jelenre vonatkozik, idő dimenziót érintő fogalom. E tekintetben is különböznek az egyes terápiás iskolák felfogásai:
 - Pszichoanalízis: érdeklődése a múlt felé irányul
 - A személyközpontú irányzat, az egzisztenciális és a Gestalt terápiák figyelme a jelenre összpontosul
 - A viselkedési és kognitív irányt a múltból a jövő felé irányuló folyamat érdekliDe úgy látszik, hogy a közvetlen reagálás eredményesebb, mint a közvetett. Persze adódhatnak helyzetek, mikor a közvetettebb reagálás a helyénvaló. Pl. amikor az „itt és most” elviselhetetlen érzelmi terhet jelent, az aktuális állapot érzelmi feszültsége meghaladja a páciens erejét.

4. **Konfrontáció:** Akkor beszélünk konfrontációról, ha a beteg megnyilvánulásaiban mutatkozó ellentmondásokra hívjuk fel a figyelmet. Kérdés, hogy ezek kiemelése milyen terápiás értékkel bír. A konfrontáció olyan tényeket hoz a kliens tudtára, amelyektől önmaga szenved, s amelyet többnyire ő is tud, vagy homályosan sejt. A konfrontáció óvatlan vagy gyakori alkalmazása súlyosbíthatja az önértékelési zavarokat. A konfrontáció csak akkor lehet eredményes, ha azt a kliens képes elfogadni, és konstruktív módon tudja felhasználni.
5. **Fókuszálás:** Rogers tanítványa, Gendlin dolgozta ki a fókuszálás módszerét. Segítségével a tudatelőttés és a tudattalan élménytartalmat próbálja közelíteni. Fontos, hogy a kliens szabadon tudjon asszociálni. Gendlin módszere átmenetet képez a pszichoanalízis felé.
6. **Tematikus beszélgetések:** A terapeuta közvetlenül nem irányít, nem javasol témát, de ez nem azt jelenti, hogy a terapeuta egyáltalán nem irányít. Néha elkerülhetetlen, hogy tematikus beszélgetésekbe kezdjünk. Pl. ilyen téma lehet a védekező mechanizmusok verbalizációja, vagy például ha a szorongás forrásairól beszél a kliens – ez utóbbival deszenzitizációt is elérhetünk.
7. **A terapeuta aktív fáradozása:** A terapeuta maga is részt vesz a páciens számára megfelelő alternatívák kidolgozásában, a döntések előkészítésében, de a probléma megoldása felé vezető úton csak egy darabig kísérhetjük a klienset, a végső döntést neki kell meghoznia.
8. **Beszédváltás:** A lelki betegek gyakran monologizálásra hajlamosak. A figyelem befelé fordulása nem jelenti feltétlenül a személyiség introverzióját. Van úgy, hogy a klienset félbe se lehet szakítani, nem figyel megjegyzéseinkre sem. A monologizálás öt fokozata:
 1. látszólag párbeszéd, de a személy csak önmagáról beszél
 2. nehéz félbeszakítani, a megjegyzésekkel csak röviden foglalkozik
 3. látszólag reagál a megjegyzésekre, de ugyanott folytatja a monológot
 4. hozzáférhetetlen, a partner csak hallgató
 5. kóros, hallgatóra nincs is feltétlenül szükségA monológ dialógussá formálása a terapeuta aktív erőfeszítését veszi igénybe. Ennek érdekében hatásosabbnak, direktívebbeknek kell lennünk. De ne feledjük, hogy a kliens figyelmének lekötéséért folyik a „küzdelem”.
9. **Az álom jelentősége:**

A terápiában az álmokat ugyanúgy fogadjuk, mint a kliens minden más közlését, azaz empátiás válaszokat adunk rá. A személyközpontú kutatók az álomnak azt az értelmét keresik, amely a kliens saját világából kiindulva fejthető meg. Az álomnak mindig megvan az „átértett” jelentése, amely nem csak érzelmi élményekkel, de testi érzésekkel is szövődik. A cél az, hogy az álom jelentését maga a kliens találja meg. Gendlin elméletében az előítélet-kontroll módszerével az álom nehezen érthető elemeit lehet fókuszba emelni. Felszólítjuk a pácienset, hogy olyan álomélményekről beszéljen, amik ellentétesek éber állapotának gondolataival.

A terapeutaváltozók egységes szemlélete

Az egyes alapváltozók között szoros korreláció van. A terapeuta-viselkedés három aspektusa lényegében egységet képez. Ezt az álláspontot statisztikai kutatások erősítik meg, melyek faktoranalízis segítségével elemzik a terapeuta-viselkedést.

Két faktort különítettek el:

- Az első faktor a következő főbb viselkedés-jellemzőket tartalmazza (verbalizáció, empátia, elfogadás, értékelő magatartás, melegség, kongruencia)
- A második faktort „interpretációs faktornak” is nevezik (a terapeuta verbális közlései mennyire támaszkodnak a páciens megnyilvánulásaira)

Az első faktor egységes, komplex dimenzió, a második faktornál pedig a terapeuta inkább a rejtett motívumokat keresi.

Helm vizsgálatában a bázisváltozókon és az interpretációs faktoron kívül még két faktor jelenik meg:

- nyelvi világosság
- megerősítő viselkedés

A Rogers-féle alapfeltételek kísérletileg egy egységes hatótényezőben foglalhatók össze. Ehhez csatlakoznak még további feltételek, mint például az interpretációs faktor és a megerősítő hatás.

Önfeltárás

A kliensnek a terápia eredményessége szempontjából lényeges viselkedésdimenziója az önfeltárás vagy önexploráció. Önfeltárásról akkor beszélünk, amikor a kliens a megnyilvánulásaiban személyes belső élményeit fejezi ki, a beszélgetésben ezekkel differenciált módon foglalkozik, és új következtetéseket von le belőlük.

- Magas önfeltárás: a kliens spontán, védekező-elhárító mechanizmus nélkül beszél önmagáról, élményeiről. Amikor a kliens hirtelen rádöbben az önfeltárás során valamire, akkor beszélünk az „aha” élményről a pszichoterápiában. Nyílt „aha” élmények nélkül is lehet egy terápia eredményes.

Az utóbbi években ismerték fel, hogy a lelki zavarok hátterében egy olyan logikai működési zavar áll, amely során a „van” típusú állítások gyakran „kell” típusú állításokká alakulnak át, és a „kell” állítások veszik át a vezérszerepet. Ezért is nevezi Tringer ezt a lelki szenvedést „hipermoralizált” állapotnak.

- Alacson önfeltárás: a kliens személyesen nem vesz részt abban, amit előad, az eseményekről énvonatkozások nélkül beszél.

Frohburg és Helm szerint az önfeltárás három szintje:

1. Legmagasabb szinten kognitív változásra való képesség megjelenése az önképpel kapcsolatban.
2. Passzívan várja a változásokat
3. A változás igénye nem jelenik meg, vagy csak óhajok formájában

Tehát az önfeltárás komponensei:

- kognitív jellegű komponens
- intraperszonális kommunikáció (belső monológ)

Az önfeltáró folyamatnál fontos, hogy a kliens és a terapeuta szoros kommunikációs folyamatban legyenek, egymásra legyenek utalva. A kliens hoz egy személyes tartalmat, és a terapeutától függ, hogy a kliens által hozott anyaggal mi történik. A terapeutának figyelembe kell vennie a hozott nyelvi „térképet”, és neki is azt kell használnia, különben nem biztos,

hogy megértik egymást. A kliens önfeltárási folyamatában mély megértést tapasztalva tud csak előrehaladni. Az önfeltárási során olyan közlések is felszínre kerülnek, amelyek nem, vagy csak részben tudatosak. De ez nem azonos a freudi tudattalannal, inkább a tudatelőttessel hozható kapcsolatba. Az empátias visszajelzés, a verbalizáció ezt a folyamatot mozdítja elő. A személyközpontú irányzatot gyakran vádolják azzal, hogy elhanyagolja a tudattalan elemzését.

Az önfeltárási mérése

Truax szerkesztett először becsülő skálát, majd ezt Helm és Tausch német nyelvre átdolgozta, módosította. Ezt Tringer és Pintér nem tartják megfelelőnek, mert nem tartalmaz nulladik fokozatot.

A Tringer-Pintér-féle önexplorációs skála:

0. A páciens nem önmagáról beszél, hanem eseményekről, személyekről
1. Főképp panaszairól mesél, akár testi, akár lelki vonatkozásban
2. Saját viselkedéséről beszél, ennek belső élményi vonatkozása nélkül
3. A belső érzelmi élményei utalások formájában megjelennek, vagy sejtethetők
4. Nagyrészt belső élményeivel foglalkozik
5. Nagyrészt belső élményeivel foglalkozik, önmagához való viszonyáról beszél, értékeli önmagát
6. Intenzíven foglalkozik belső élményeivel, és új összefüggésekre bukkan, ezáltal önmagáról alkotott ismeretei növekednek, realisabbá válnak.
7. Önmagáról szerzett ismeretei alapján viselkedésváltozásokra törekszik, illetve új magatartásmódokkal próbálkozik

Ennek a skálának a tételei egyszerűbbek, konkrétabbak, mint az eredeti Truax-skála.

Az önfeltárási nehezebben mérhető, az átlag meghatározásához legalább nyolc megnyilatkozást kell figyelembe venni.

Az önfeltárási általában a terápia alatt emelkedő tendenciát mutat, majd állandóvá válik.

Julisch három faktort különített el a belső tartalmak megjelölésére:

- Érzések és érzelmi állapotok megfogalmazása
- Önképpel való foglalkozás
- Saját célok és vágyak megfogalmazása

Echert és Schwartz az önfeltárási öt bipoláris fogalomra bontja szét:

1. Saját élmények és attitűdök megjelennek - nem jelennek meg
2. Érzelmi közelség – távolság
3. Saját érzések elfogadása – elutasítása
4. A beszéd belső – külső vonatkozása
5. A belső tartalmak megnyilvánulása differenciált – globális

Az önfeltárási magában foglalja azokat a tényezőket, amelyek által a gyógyító beszélgetés hatása érvényesül. Az eredményesség kritériumainak is tekintik.

Gendlin (Rogers egyik tanítványa) szerint a gyógyításban a legfontosabb, hogy a páciens aktívan törekedjék új tapasztalatokra. (Rogers értelmezésében viszont ez passzív folyamat, amely a terapeuta empátias reflexiói segítségével valósul meg.)

Gendlin implicit jelenségekről (rejtett, átérzett, prekonceptuális) beszél, amelyek az aktív információfeldolgozás útján explicit szimbólumok formájában jelennek meg.

A gyógyító beszélgetés egyes változóinak kapcsolata

1. A legbiztosabb összefüggés: empátia – verbalizáció – önfeltárási.

Példa: Truax és Charkuff 1965, egy kísérletben a terapeutákat arra kérte, hogy egy adott jelre meghatározott ideig tudatosan rontsák le a verbalizációjukat. Kimutatható volt, hogy ezen időszakok alatt a kliensek önfeltárás értékei is csökkentek. A kísérletet fordítva is elvégezték: a klienseket arra oktatták ki, hogy önfeltáró közléseiket egy adott jelre szüntessék be, és semleges dolgokról beszéljenek. Kiderült, hogy az alacsony szintű önfeltárás csak olyan terapeutáknál csökkenti a verbalizáció értékét, akiknél ez eleve alacsony szintű volt. Tehát jól verbalizáló szakember teljesítményét a rosszul önfeltáró kliens nem tudja lerontani. Ha a terapeuta nyelvezete homályos vagy túl egzakt, ennek hatására csökken az önfeltárás színvonala. Minél gyakoribb a verbalizáció egy ülésen belül, az önfeltárás annál magasabb szintű. Ez bizonyos fokig a terapeuta aktivitása mellett szól.

A három alapfeltétel hatásai:

- Növekszik a kliens önfeltárása
- A kliensnél viselkedés- és élményváltozások következnek be
- A három alapfeltétel közül legalább kettőnek magas szinten kell állnia
- Akinél nincsenek meg az alapfeltételek, ártalmas terapeuta is lehet

2. Az önfeltárás és az eredményesség szoros kapcsolatban vannak. Egyesek szerint az önfeltárás a várható eredmény legjobb mutatója.

3. A terapeuta kommunikációja és a hatékonyság közvetlen kapcsolatban állnak.

4. Kevés megbízható adat van arra, hogy a terapeuta személyiségvonásai a terápiában lényeges szerepet játszanak-e. Az FNE mint a személyiség tartozékai, szerepük nagyon fontos.

McNair és Loor megkülönböztetett A és B terapeutát. Az A terapeuta természettudományos, a B terapeuta társadalomtudományos előképzettséggel és szemlélettel rendelkezik. A B terapeuták sikeresebbek (pontosabb észlelés, függetlenebb ítéletek).

Helm szerint az önmagukat elfogadó és értékelő terapeuták másokat is könnyebben elfogadnak. A sikeres terapeuták nyitottabbak, önfeltárásra hajlamosabbak.

5. A személyközpontú módszer azoknál a személyeknél eredményes, akiknél belső élményi zavarok vannak előtérben. Viszont a manifeszt viselkedési zavarok más típusú beavatkozást tesznek szükségessé (kényszeres betegségek, zavaró szokások).

Az életkor nem játszik szerepet az eredményességben.

A személy pszichofiziológiai állapota és az eredményesség összefüggnek. Előbbit figyelemtesztel mérték.

6. Az önfeltárás szempontjából kedvezőtlen lehet, ha a páciensben nincs kitartás, ugyanakkor önelégült. Rontja a kilátásokat az is, ha a betegnek szomatikus orvosi kezelések iránti igénye van előtérben. De: magas ÖF mellett is lehet eredménytelen a kezelés.

A kudarcok lehetséges okai:

- Páciensre visszavezethető okok (irreális elvárások, a pszichoterápiás helyzet nem elfogadása, motiváció, kór állapot, segítség elfogadására való képtelenség, erősen körülhatárolt problémakör)
- Terapeutára visszavezethető okok (inkongruencia, hibás indikáció, merev hipotézisek, a terápiás kapcsolat zavarai)

A gyógyító beszélgetés egy állandó mozgásban levő, fejlődő személlyel foglalkozik, nem pedig egy homeosztatisz egyensúlyban levő „emberrendszerrel”.

A terápia során a személy egy önmagát meghaladó pont felé halad. Ez a pont lehet egy életcél, az élet értelme. Ezt a pontot mindenki egyéni módon válaszolja meg (az is válasz, ha elhárítja a választ). A személyközpontú terápia célja: ezt az önmagát meghaladó, transzcendáló mozgást elősegíteni.

Az önkép

A személyközpontú pszichoterápia kulcsfogalmáról van szó, mivel a terápiát úgy is leírhatjuk, mint az önkép befolyásolására való törekvést.

Angol nyelvterületen: Self, német nyelvterületen: Selbstbild vagy Selbstkonzept (ez utóbbi a kognitív tartalomra is utal – önkoncepció, önfelfogás)

Az önkép fogalma: önmagunkról alkotott ismereteink összessége, bár ezek az ismeretek változékonyak, az önképnek valami állandóságot is kell jelentenie.

Freudi személyiségelmélet: élesen elválasztja az énnel a szubjektumban átélt aspektusait.

Lundholm: objektív és szubjektív selfet különböztet meg.

Kelly: énszociológiájában az EGO fogalom már csak az objektív selfre vonatkozik

Német szociálpszichológia: Selbstbild és Fremdbild szétválasztása. Előbbi ahogy én látom magam, utóbbi ahogy mások látnak engem.

Az önkép attitűdök rendszereként is felfogható. Önmagunkkal kapcsolatban beállítódásokat alakítunk ki, amelyek mentén a környezeti jelzések iránt érzékenyebbek vagyunk.

A terápiás gyakorlatban: önkép=önhipotézis. A betegnek önmagára vonatkozó (többnyire negatív) értelmezéseit mint hipotézist kezeljük. Ha ezt az illető el tudja fogadni, megnyílik az út a másik értelmezés felé is. A változással szembeni ellenállás a klasszikus védekezési mechanizmuson keresztül valósul meg.

Az önkép stabil fenntartása

Környezettel való interakciós körök segítségével valósul meg.

(Negatív visszacsatolási rendszerként működik)

Az önkép értékelő, minősítő jellegű, az énnel kapcsolatos észlelések egy pozitív-negatív tengelyen helyezkednek el.

- morális dimenzió: énídeál,
- énireleváns dimenzió: az énídeállal való egybevetés.

Az értékelő jelleget ezek a fogalmak írják le: önbecsülés, önfelfogadás, önértékelés, önelégedettség, önbizalom és ezek negatív párjai

Az önkép alapvetően meghatározza a viselkedést. Az önképnek van egy motivációs hatása is.

Az önkép kialakulása

Ebben fontos szerep jut a szocializációnak. Az én adott szociális közeggel való interaktív kapcsolatban fejlődik. Az állandó jelzések beépülnek az énnel, az önkép részévé válnak. Az énnel irányuló értékelő visszajelzésekre minden kommunikációs csatorna alkalmas.

Sarbin 1952, az önkép fejlődésének három szakasza:

1. Testi önkép kialakulása (szomatikus self)
A csecsemőnél elkülönül a saját test és a környezet élménye. Összefügg a mozgás fejlődésével.

2. Mozgásos önkép (receptor-effektoros self)

A gyermek megtanul bánni a környezetében levő tárgyakkal. A mozgásos akciók sikeres vagy sikertelen kimenetele minősítő és megerősítő jellegű.

3. Szociális önkép (a személy)

Kialakulásához olyan jelzésekre van szükség a környezetből, amik az illető nem egy-egy akciójára, hanem magára a személyre vonatkoznak.

Az önkép és a reális én viszonya, a kognitív disszonancia

A védekezési mechanizmusok

Ha a környezet információkínálata eltér az elvárttól, feszültség lép fel. A várt és kapott jelzés közötti eltérés interakciós helyzetben valósul meg.

Festinger kognitív disszonanciának nevezi a jelenséget. A disszonancia olyan viselkedéseket indít be, amelyek az eredeti egyensúly visszaállítását célozzák. A kognitív disszonancia annak függvénye, mennyire tér el az önkép és az „idegen kép”, vagyis mennyire látnak engem másképp, mint én magamat.

A terápia, vagyis a személyiség fejlesztése során arra törekszünk, hogy az önkép és a reális én egyre szélesebb területet fogjon át. A kognitív disszonancia csak olyan visszajelzésekből adódhat, amik az önképpel nem esnek egybe. Festinger a k.d. helyreállítására szolgáló mechanizmusok két csoportját különböztette meg:

- Adaptációt előmozdító, információt felvevő folyamatok
- Inadaptív, információt elhárító folyamatok

Vorwerg 1980, jelzésekre adott választípusok:

- Azonosulás (elfogadja a jelzést, és korrigálja az önképét)
- Látszatazonosulás (önképigazodás nincs)
- Racionalizálás (információforrás megindoklása)
- Az információforrás elutasítása, leértékelése
- Kontraszthatás (bumeráengeffektus, vagyis az önkép még szilárdabb lesz, az első típus teljes ellentéte)

A személyközpontú megközelítés, mint kognitív terápia az önkép zavarait, mint hiteles elhárító mechanizmusokat, „megkerülő” visszajelzésekkel próbálja korrigálni.

Az énídeál

Freud: A felettes én fogalmával írta le az én azon összetevőjét, amely a társadalmi elvárásokat hordozza

Az önkép és az énídeál távolsága

Ez központi szerepet játszik a szociális beilleszkedésben. Hatással van a közérzetre és a harmóniára is.

Minél nagyobb a távolság, annál nagyobb a belső feszültség, és annál nagyobb a valószínűsége valamilyen pszichológiai zavarnak.

Kisfokú eltérés az optimális, mert ez húzóerőt, többletet ad, amire az egyén törekszik.

Az énídeál és az önkép egybeesése: rigid, túlkontrollált magatartás

Túl nagy távolság: negatív önkép.

Az önkép-énideál távolság kapcsolatba hozható a Gordon-féle represszor-szenzitizátor dimenzióval.

- Idegen információkat elfojtja
- Jelzés és reakció felerősödése jellemző

Vagyis az egyik azt mondja, nincs is probléma, a másik azt, hogy a probléma rendkívül súlyos.

Negatív önkép:

depressziós kognitív rendszer. Klinikailag ide sorolhatók: szorongásos állapotok, hangulatzavarral járó kórképek, hisztériás kórformák.

A diagnózistól független, egységes információfeldolgozási zavarról van szó, ezért a szerző a depresszív kognitív stratégia elnevezést használja (DCS). Ez egy piramis alakú, hierarchikus kategóriarendszerként írható le.

- A csúcán negatív élménymód, az örömképesség hiánya.

Az anhedónia elnevezést is használják erre az állapotra, ami a nyelvi struktúrában is megjelenik. Leggyakrabban az „igen, de...” nyelvi fordulat árulja el jelenlétét.

- Egygel lentebbi szinten: itt depressziós információpreferenciák működnek. Bech (1976) három ilyen kategóriát különböztetett meg: világ, önmag, jövő (kognitív triád). Ezt depressziós tetráddá kiegészítve:

- Énnel kapcsolatos összetevő
- Az én és a másik
- A valóság (tárgyi világ, emberekről alkotott általános felfogás)
- A jövő

A gyógyító beszélgetés hatásmechanizmusa

Globálisan megfogalmazva az eredményes terápia során bekövetkező főbb változások a következők:

- A szorongásos készség csökken
- Önmagával kapcsolatban új tapasztalatokra tesz szert a kliens (csökken az önkép-reális én távolság)
- Érzelmi beállítódások megváltoznak
- A kliens új viselkedésmódokra tesz szert (pl. a konfliktuskezelésben)
- Új döntések születnek
- A kliens figyelme a jelen és a jövő felé fordul

A személyközpontú megközelítés szerint a változások tendenciáit így foglalhatjuk össze:

1. Önmagát képes elfogadni
2. Tapasztalatait tudatába integrálja, a korábban elhárított tapasztalatait elfogadja (reális látásmód)
3. Saját nézőpontja szerint viszonyul a dolgokhoz
4. Szilárdabb értékrend, elfogadóbb és nyitottabb lesz más értékek irányába is

Általánosságban leszögezhetjük, hogy az alapfeltételek mindegyike (FNE, VERB, EMP) közvetlenül is felelős a terápiás változásokért.

A pszichoterápia intenzív tanulási folyamat. A mechanizmusok leírására ezért a tanuláselmélet törvényei is alkalmasak.

1. Számtalan kísérlet igazolja, hogy a verbális viselkedés operáns módon befolyásolható anélkül, hogy az illető maga észrevenné. A terapeuta az olyan verbális megnyilvánulásokat erősíti meg, amelyek a kívánt cél irányába mutatnak.
2. A pszichoterápia során a reciprokeffektus elve is érvényesül (más néven ellenkondicionálás). Ez a deszenzitizáló kezelés alapelve, amelyet Wolpe írt le először.
3. A diszkrimináns (megkülönböztető) tanulás a pszichoterápiában különösen fontos. A diszkrimináns tanulás azt jelenti, hogy a reakció csak az eredeti ingerre következik be, és hasonló ingerekre nem, vagy kevésbé.
4. Többszörösen igazolt tény, hogy a pszichoterápiában a modell-tanulás is érvényesül

5. A kognitív strukturálás azt jelenti, hogy a diffúz, emocionálisan telített tartalmak nyelvi megfogalmazás útján rendezetté, strukturálttá válnak, s a személy számára ezáltal hozzáférhetőbbek. Az érzések kimondásának a terápiában nagyon nagy jelentősége van.

Helm a kognitív strukturálás két mozzanatát különítette el:

- A nyelvi szimbolizáció javítása
- információfeldolgozás javítása

6. A transzfer tanulás lényege, hogy egy adott területen elsajátított készség egy másik területre is átvihető, pl. kimutatták, hogy az információkereső magatartás (vagyis az érdeklődés, a kíváncsiság), amennyiben megerősítést nyer, a szituációk egész során át érvényesülni fog. A transzfer tanulást szerepjátékszerű helyzetekben lehet gyakorolni.

A gyógyító beszélgetés folyamata

1. Megelőző tájékozódás, a GYB kezdeti szakasza:

A diagnosztikai problémafeltáró munka hosszú folyamat, amely egybefolyhat a segítő beavatkozással, a terápiával is.

Főbb szempontok:

- Hagyni kell szabadon beszélni a kliensnek
- A tájékozódó beszélgetés ne kikérdezés legyen
- Tiszteletben kell tartani a rejtőzködést
- A tájékozódáshoz szervesen hozzátartozik a segítségkérés indítékainak feltárása

A gyógyító beszélgetés kezdeti szakaszában a betegek leggyakoribb kérdése: „Ezt a bajt pusztán beszélgetéssel hogyan lehet gyógykezeltetni?”

Arra kell törekednünk, hogy a kliens pontosan fogalmazza meg, mik az elvárásai a pszichoterápiával kapcsolatban.

Fontos, hogy a terápia párbeszéd legyen. A kliens figyelmét nyitottá kell tenni a külső jelzések iránt is.

A gyógyító beszélgetés alapelveit a kliens számára is megfogalmazhatjuk abban az esetben, ha a helyzet erre megérett.

A GYB kezdetén a beszélgetés kereteit is meg kell határozni, amelyek között a folyamat lezajlik.

Szót kell ejteni a GYB célkitűzéseiről, figyelembe kell venni a kliens elvárásait. A célokat mindig pozitív terminusokban fogalmazzuk meg (leginkább a változás terminusaiban).

Már az elején figyelni kell a kliens rejtett közléseire.

A terápia kezdetén észlelt haladás, javulás az egész folyamat sikerének előjele lehet.

A GYB kezdeti szakaszára különös gondot kell fordítani.

2. A GYB középső szakasza:

Az alapfeltételek szabadon érvényesüljenek. Idővel a kezelés specifikusabb jelleget ölthet. Az ülések egymásutánosságának nincs semmi stratégiája vagy taktikája. Ne engedjük, hogy a beszélgetésben túl hosszú, szorongást keltő szünetek alakuljanak ki. Ha a kliens nehezen beszél önmagáról, javasolhatunk tematikus beszélgetéseket (pl. rövid életrajz vagy az aktuális élethelyzetéről is kérdezhajjuk). Időről időre tájékozódni kell az eredményességről. A változásokat ne valami egyenletes folyamatként képzeljük el. Kudarccs esetén célszerű szupervízorunkhoz fordulni, és ne a beteget tegyük felelőssé az eredménytelenségért. A módszereket rugalmasan vezessük át egymásba. A gyb-ben két alapelvet tart szem előtt a szerző: a következetességet és a rugalmasságot.

3. A GYB befejezése:

A terápia végére a kliens függővé válhat a segítőtől, és egyre nehezebb az elválás. A befejezéssel kapcsolatos döntéseket nem háríthatjuk kizárólag a kliensre. Közös megegyezéssel kell eldönteni, mikor fejezhetjük be a kezelést. Megállapodhatunk egy későbbi kontrolltalálkozóban.

A személyközpontú megközelítés és a GYB alkalmazási területei, módszerkombinációk

A személyközpontú megközelítés egy szemléletmódot jelent, a GYB pedig ennek egy átfogó elméletét. Szorosan összefügg a humanisztikus pszichológia áramlataival, és annak fő vonulatát képezi. A személyközpontú megközelítés mint terápiás „ideológia” kiválóan alkalmas arra, hogy modern közösségi pszichiátriai szolgálatok elméleti alapja legyen. (kórház, járóbeteg-ellátás, betegklub) A személyközpontú megközelítés a pszichés problémák és betegségek humán vonatkozásait állítja előtérbe.

Az SZKM másodsorban a pszichoterápia nem specifikus hatótényezőinek legátfogóbb elmélete. Arra kell törekedni a segítő kapcsolatban, hogy ezek a nem specifikus hatótényezők maximálisan érvényesüljenek.

Az SZKM átfogó, univerzális elmélet, amely a segítő kapcsolatok minden területén alkalmazható.

A GYB mint módszer az SZKM „gyermek”, a nem specifikus hatótényezők terápiás vagy segítő kontextusban való tudatos alkalmazása (úgy is mondhatjuk, hogy a nem specifikus tényezők specifikus felhasználása).

A GYB alkalmazási területe nagyon tág:

- lelki gondozás
- telefonos segélyszolgálat
- tanácsadó rádióműsorok
- pedagógia

A GYB-nek korlátozottabb felhasználási lehetőségei:

- deviáns személyeknél
- bűnözőknél
- alkoholistáknál
- kábítószereseknél...

A GYB nem jön szóba:

- izolált viselkedési zavarok, szexuális zavarok, rögzült fóbiák
- oligofréniások
- súlyos szocializációs hiányok
- időskori mentális hanyatlás állapotai

Minél inkább élményzavarokról van szó, annál valószínűbb, hogy a GYB sikerrel alkalmazható.

A DSM III.kategóriáit alapul véve a GYB elsősorban a szorongásos és disztímiás zavarok esetén alkalmazható.

Fontos, hogy a terapeuta a kognitív-pszichológiai és a biológiai tényezőket egyaránt figyelembe vegye, és az agyi struktúrák diszfunkciójából eredő zavarokat ne személyiségi deficitként jelezze vissza.

A személyközpontú módszer nem alkalmazható skizofréniás betegeknél.

Kombináció

A GYB és más módszerek kombinációjának két típusa van aszerint, hogy a GYB a többi eljárást megelőzi-e, vagy inkább követi.

A gyógyító beszélgetés célkitűzései, a személyközpontú megközelítés emberképe

A terápia célja: teljes testi-lelki egészség helyreállítása, fenntartása, megőrzése.

A szenvedés a személynek a léttel kapcsolatos viszonyában ragadható meg.

(Kelly írta: az ember rabszolgává teheti magát saját nézetei által, de visszanyerheti szabadságát, ha újraalkotja életét.) Az szkm ideális emberképe „a teljesen működő személy”.

Ez az ideális állapot az ember önmegvalósító törekvéseinek eredménye.

Rogers megfogalmazásában a teljesen működő személy tulajdonságai:

1. Nyitottság minden tapasztalat iránt
2. Tapasztalatok elhárításától való mentesség
3. Mindenfajta tapasztalat tudatosíthatósága
4. Szimbolizáció olyan pontos, amennyire csak lehet
5. Az önkép minden öntapasztalatot képes integrálni
6. Az önkép folyamatosan változó struktúra, amely új tapasztalatokkal gazdagodik
7. Az én az értékelések és a kontroll végső forrása
8. A személyes és az organizmikus értékelések egybeesnek
9. Külső, idegen értékelő mozzanatok nincsenek
10. Feltétel nélküli önbecsülés
11. Az organizmikus értékelések képezik az örömök vezérfonalát
12. Másokkal lehető legnagyobb harmónia, amelynek forrása a kölcsönös tisztelet és megbecsülés

Rogers emberfelfogásának hiányosságai elsősorban a szociális dimenzió jelentőségének alábecsüléséből fakadnak. Az ember szociális vonatkozásai sokkal nagyobb szerepet játszanak a lelki egészség fenntartásában, mint ezt Rogers gondolta.