



*Oktatás, kutatás,
gyógyítás: 250 éve az
egészség szolgálatában*

MI A KLINIKAI PSZICHOLÓGIA?

Perczel-Forintos Dóra
Semmelweis Egyetem, ÁOK
Klinikai Pszichológia Tanszék
Szakképzés 1. évfolyam

A klinikai pszichológia a lélektan tudományán,
ismeretanyagán illetve módszerein alapuló
gyógyítás és kutatás
a legkülönfélébb eredetű lelki problémák megértése,
felmérése, megelőzése valamint kezelése érdekében

(Hall, 1992)

MI A KÜLÖNBSÉG?

ORVOSI PSZICHOLÓGIA

SZOCIÁLIS MUNKA

TANÁCSADÓ PSZICHOLÓGIA

PSZICHOTERÁPIA

A klinikai pszichológus feladata

(Eysenck, 1960; Resnick, 1991; Hall, 1992; Trull, 1996)

A pszichés problémák széles körének:

- (1) *felmérése és diagnosztizálása* gyermek-, felnőtt-, és időskorban;
- (2) klinikai pszichológiai *szakvélemény kialakítása* és ennek alapján
- (3) *adekvát (bizonyítékokon alapuló) kezelési terv* megfogalmazása;

(4) a pszichés problémák *kezelése és gyógyítása*, valamint az egyén *problémamegoldó és megküzdő képességének fejlesztése*, hogy önállóan meg tudjon küzdeni a fizikai és pszichoszomatikus betegségekkel, egészségi állapotával (pl. öregedés, meddőség, rokkantság, kiégés) vagy az őt ért traumákkal;

(5) az intervenciók *értékelése és kutatása*.

FŐ TERÜLETEK

- **NEUROPSZICHOLÓGIA**
(agyműködés és viselkedés összefüggései)
- **IGAZSÁGÜGYI PSZICHOLÓGIA**
- **KÖZÖSSÉGI PSZICHOLÓGIA**
(megelőzés és kezelés a közösségben)
- **EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA**
(prevenció és egészségmegőrzés)

Matarazzo, 1980:

Az egészségglélektan a pszichológia tudományán belül azoknak a specifikus oktatási, tudományos és szakmai ismereteknek az összessége, amelyek az egészség fenntartására, a betegségek megelőzésére, valamint az egészség, betegség és kapcsolódó működészavarok etiológiai és diagnosztikai megfelelőinek felismerésére irányulnak.

Brannon és Feist, 2000:

Az egészségglélektan magában foglalja a
pszichológusok szerepvállalását

az egészség javításában,

a betegségek megelőzésében és kezelésében,

a kockázati tényezők azonosításában,

az egészséggondozó rendszerek tökéletesítésében

és

az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos

közvélemény alakításában

Egészséglélektani kutatások területei

STRESSZ

ÉLETMÓD ÉS MAGATARTÁS

SZEMÉLYISÉG

TÁRSAS TÁMOGATÁS

EGÉSZSÉG

kölcsönhatása és kapcsolata

EGÉSZSÉGLÉLEKTANI BEAVATKOZÁSOK MÓDSZEREI *(TRULL ÉS PHARES, 1998)*

Mivel bármely helyzet

vezethet stresszhez, mert az esemény jelentése
befolyásolja az emocionális reakciót, ezért

- viselkedésterápiás (pl. biofeedback)
- kognitív viselkedésterápiás módszerek
(pl. kognitív átstrukturálás)

FEJLŐDŐ SZAKMA

EREDETI (és máig érvényes) CÉL:

a pszichés problémák
minél pontosabb megértése
minél hatékonyabb kezelése
a legkorszerűbb módszerekkel

„TUDÓS SZAKEMBER MODELL”

(Eysenck, 1960, Resnick, 1991).

Mit jelent?

empirikusan alátámasztott
megközelítések alkalmazása

a diagnosztikában,
a prevencióban és
az intervenciókban

MIÉRT FONTOS?

A HAGYOMÁNYOS PARADIGMA jellemzői

- A diagnózis, a hatékony kezelés és a prognózis megítéléséhez elegendő a klinikai megfigyelés (objektív mérőeszközök nélkül).
- Az alapvető pszichopatológiai elvek és mechanizmusok ismerete elegendő vezérelni a klinikai gyakorlatban *(pl. traumák után azonnal lelki „elsősegélyt” kell nyújtani; Foa, 1996)*
- Hagyományok, tekintély és standard eljárások prioritása

ELLENTMONDÁS

**Klinikusok megnövekedett információs igénye
és a korszerű módszerekkel igazolt
gyógyító eljárások**



**klinikai ellátás nem mindig az optimális
ellátási formákat követi
(gyakran a szokásokon alapul)**

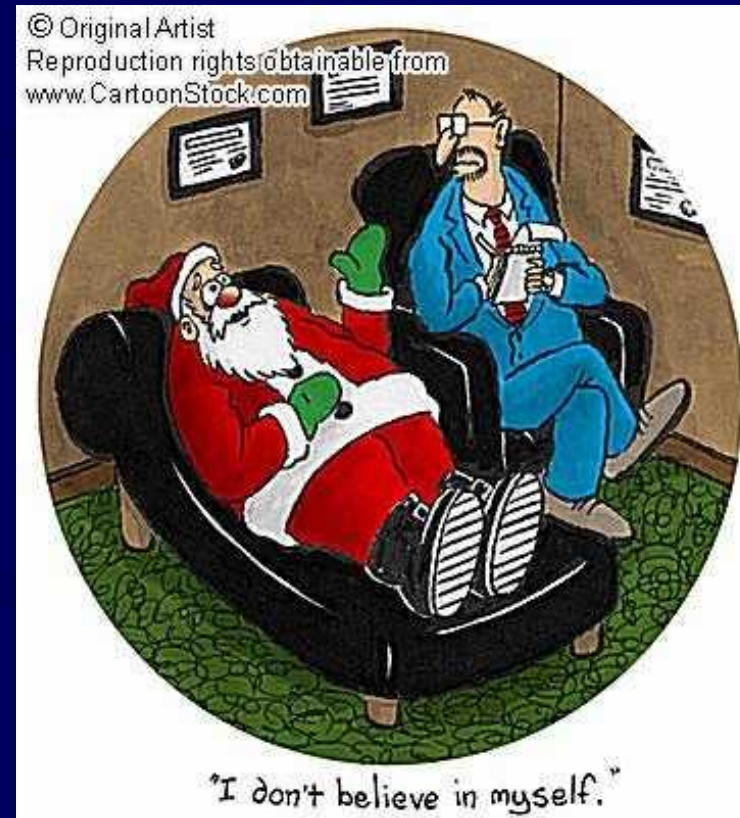
PÉLDÁUL

Valaha széles körben elterjedt,
ma már nem vagy alig használt
módszerek a pszichiátriában:

leukotómia

inzulin kóma kezelés

klasszikus pszichoanalízis



BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ GYÓGYÍTÁS JELLEMZŐI

(Trull és Phares, 2007; Roth és Fónagy, 2005)

A rendelkezésre álló adatok tudatos, józan és kritikai értékelése a páciens legjobb ellátása érdekében *(Geddes, 1997)*:

- probléma orientált
- időhatáros
- kontrollált vizsgálatokkal igazolt
- költség - hatékony beavatkozások.

A bizonyítékokon alapuló gyógyítás (EBM) paradigmájának alapelvei

- A klinikai tapasztalat és szakértelem nélkülözhetetlen, azonban sok szempont így nem érvényesül vagy nem vizsgálható *(pl. kezelés hosszútávú hatása, ld. visszaesés).*
- A megfigyelések objektivitása, torzításmentessége és megismételhetősége nagyobb biztonságot jelent a prognózis, diagnózis és kezelés szempontjából, mint a hagyomány *(pl. azonnali feszültségcsökkenés hatása nem feltétlenül tartós)*
- A bizonyítékok helyes értelmezése bizonyos szabályok ismeretét feltételezi *(pl. két kezelési módszer összehasonlításánál az eredményesebb nem feltétlenül jelent hatékony kezelést: pl. gyógyszer versus KVT a fejfájás kezelésében)*

A bizonyítékokon alapuló gyógyítás (EBM) paradigmája

- Egyéni **klinikai szakértelem**

+

- Szisztematikus **kutatásból származó** klinikai adatok integrálása: diagnosztikus tesztek, klinikai vizsgálat, prognosztikai jelzések, hatékony és biztonságos terápiás rendszer
(pl. traumák után NEM SZABAD azonnal lelki „elsősegélyt” nyújtani; Foa, 1996)

A bizonyítékon alapuló gyógyítás lépései

- Klinikai kérdés megfogalmazása
- Szakirodalom átnézése (PubMed, PsychLit, stb.)
- Bizonyítékok kritikai értékelése
hitelesség és hatékonyság alapján
- Az eredmények klinikai alkalmazása
- A változás követése és a klinikus tevékenységének értékelése kérdőívekkel

Kérdések kritikai értékeléshez

- **Hitelesek az eredmények?**

Random módon osztották el a betegeket?

Megfelelően diagnosztizálták őket?

Utánkövetés? „Vakság” kérdése?

- **Eredmények**

Mennyire hatékony a kezelés? Placebo hatás?

Mennyire pontosak az eredmények?

- **Alkalmazhatóság**

Alkalmazható-e a betegemnél? Elfogadja-e? (pl. inger-expozíció)

A várható előnyök meghaladják-e a költségeket és az esetleges veszélyt? (pl. élethelyzeti probléma medikalizálása, ld.

„premenstruális szindróma”; betegszerep túlzott elmélyítése)

FOGADTATÁS

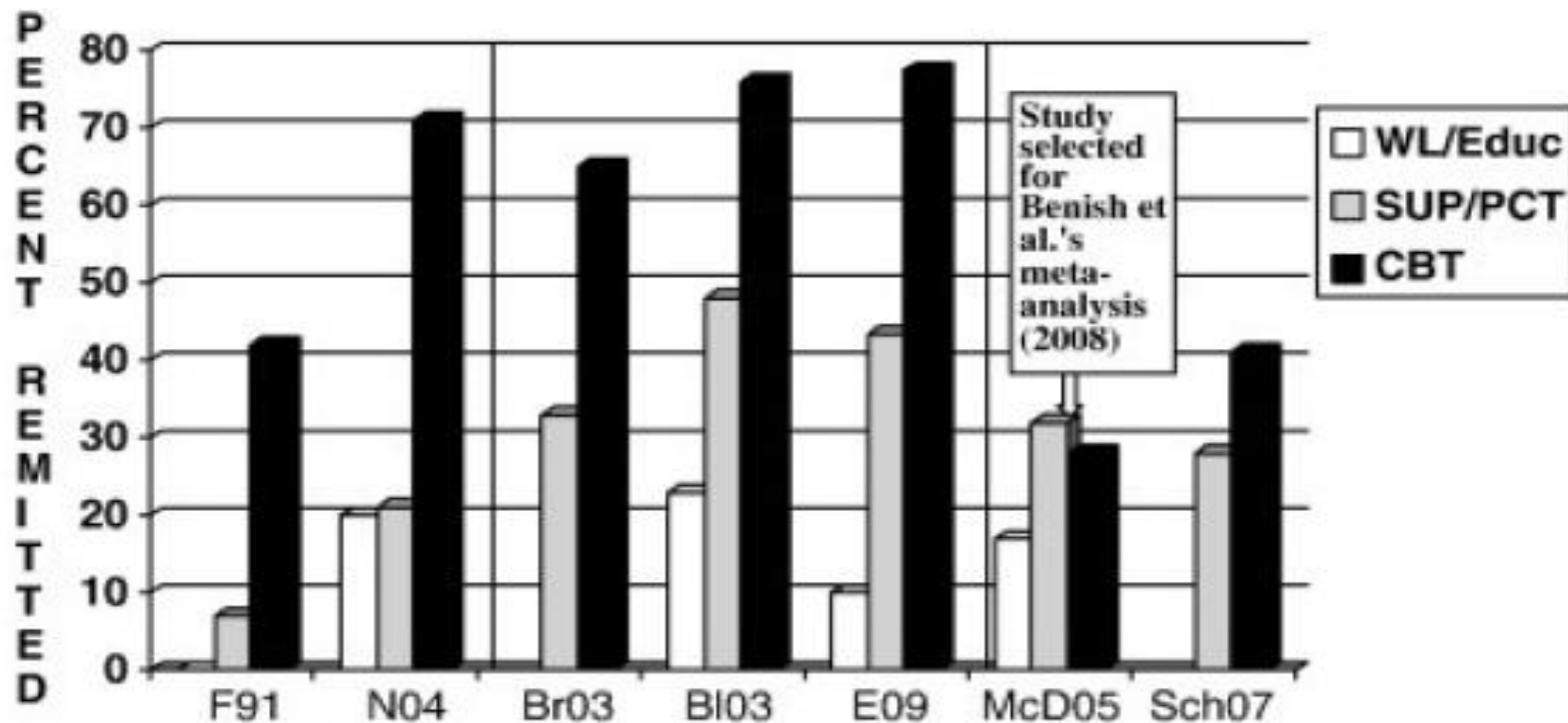
POZITÍV:

döntéshozók, páciensek, klinikusok részéről

KRITIKA:

- klinikusi döntési szabadságának féltése
- költséghatékonyság kizárólagossága
- valóban különbözik-e attól, ahogy egy jó klinikus dolgozik?
- vizsgálatok „sterilitása” / rutin ellátás (Clark et al, 2010)

PTSD: Hatékonyságvizsgálatok áttekintése

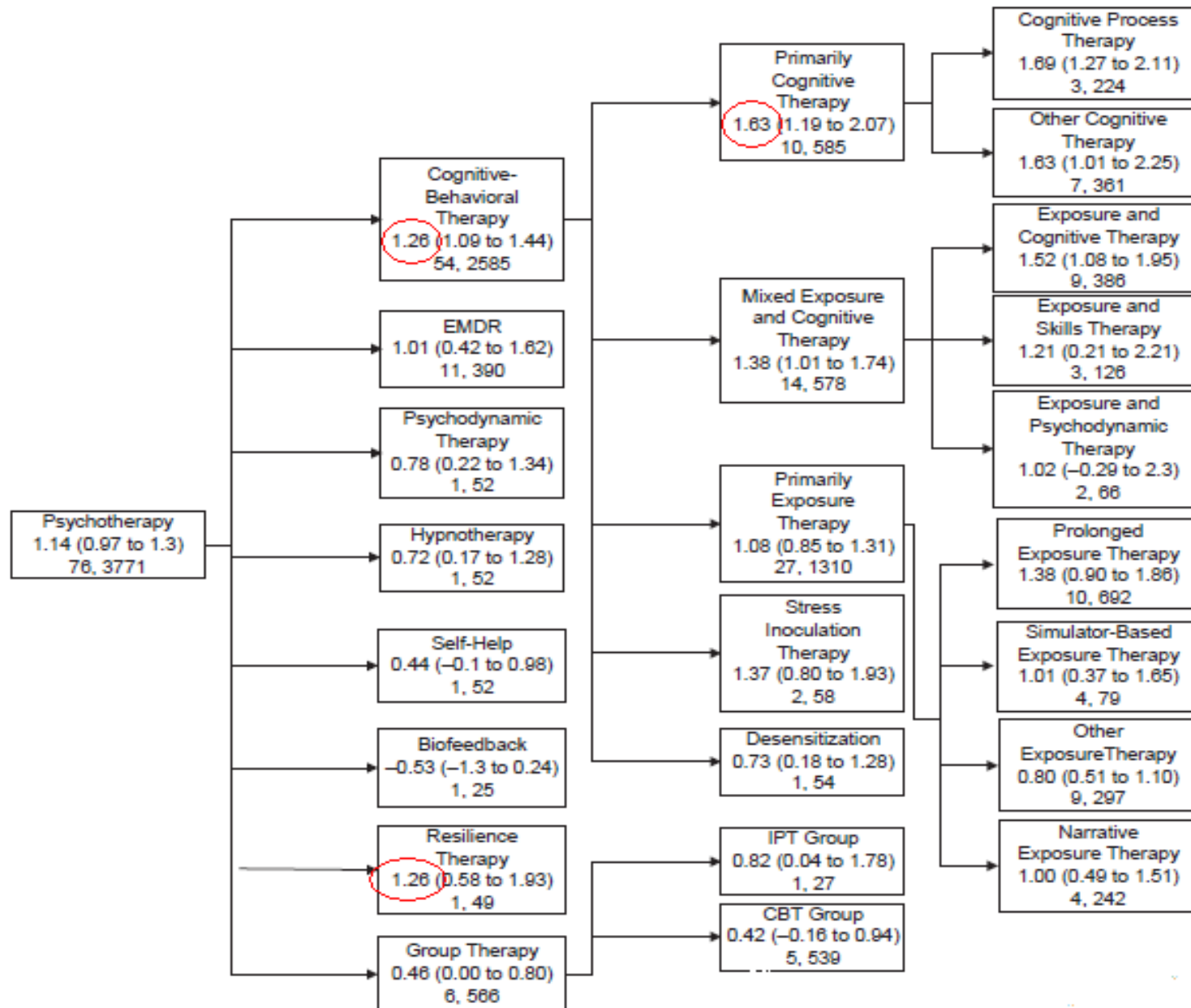


• **WL/Educ**=Várólista/Pszichoedukáció; **Sup/PCT**=Szupportív/Jelen-fókuszú terápia; **CBT**= Kognitív viselkedésterápia.

• F91: Foa et al., 1991; N04: Neuner et al., 2004; Br03: Bryant et al., 2003; Bl03: Blanchard et al., 2003; E09: Ehlers et al., 2009; McD05: McDonagh et al., 2005; Sch07: Schnurr et al., 2007.

PTSD 2: 112 vizsgálat meta-analízise

(Watts et al., 2013)



PTSD 3.: A kognitív viselkedésterápia hatékonyságának szisztematikus áttekintése

(Mendes et al., 2008)

- Huszonhárom klinikai vizsgálat eredményeinek szisztematikus áttekintése
 - 1923 személy: 898 kezelt, 1025 kontroll

Összehasonlított terápiás módszerek	N	Vizsgálatok száma	Relative Risk (RR): mekkora a páciens esélye a gyógyulásra RR<1: CBT a jobb, RR>1 CBT a kevésbé hatékonyabb, RR=1 ugyanolyan hatékony
CBT/EMDR	54	2	0,35
CBT/Szupportív terápia	359	6	0,43
CBT/Expozíciós terápia	286	5	0,9
CBT/Kognitív terápia	99	2	1,01

Egészségssorongás

CBT vs. rövid pszichodinamikus terápia (STPP) vs. várólista (WL)

Health Anxiety Inventory (HAI) (Salkovskis et al., 2002)	CBT (n=20)	STPP (n=20)	WL (n=36)	WL-CBT	WL-STPP	STPP-CBT
Terápia előtt	28,8	29,3	26,1	9,6	1,2	8,4
Terápia lezárásakor	15,2	23,6	24,8			

- Átlag skálapontszámok és különbségek; a csoportok közti különbségek szignifikánsak ($p < 0,001$)

Intervenciók értékelése

(Hall, 1992)

igények

szükségletek

rendelkezésre

álló eszközök

cél meghatározása

intervenció

eredmény értékelése

Pl. szuicid prevenció kérdése *(Beck, 2003)*

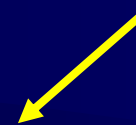
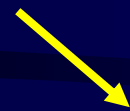
Igény:

Öngyilkosság csökk.

Rendelkezésre

álló eszközök:

gyógyszer
pszichoterápia



cél : szűrés

kérdőívek: pl. Reménytelenség Skála
problémamegoldó képesség felmérése



intervenció: spec., fókuszált beavatkozás, problémamegoldó tr.



eredmények értékelése: randomizált kontrollált vizsgálat
(pl. Williams et al, 1998, 2006)

Sürgősségi ellátásban alkalmazott szuicid prevenciós program

Salkovskis, Storer és Atha (1990)

Személyek: többszörös öngyilkossági kísérlet elkövető
depressziós és borderline páciensek

Kezelés: 5 ülés problémamegoldó tréning,
pszichiátriai szakápolóval

1-2 ülés: a sürgősségi osztályon

3-4-5 ülés: otthonukban

2 év utánkövetés

Eredmény:

a következő 2 évben

szignifikánsan csökkent az öngyilkossági kísérletek száma

ALKOHOLIZMUS

(A.Roth & P. Fonagy, 1996)

Bizonyítottan hatékony eljárások:

társas készségfejlesztő tréning

önkontroll tréning

motivációs interjú

viselkedésterápia párban

közösségi megerősítés

stressz kezelés

ALKOHOLIZMUS 2.

Igéretes, de nem bizonyított eljárások:

deszenzitizálás

viselkedéses szerződés

antidepresszáns gyógyszerelés

kognitív terápia

hipnózis

lítium

ALKOHOLIZMUS 3.

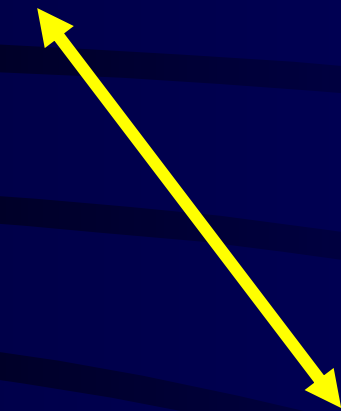
Kezelések, melyek hatékonysága nem bizonyított:

kémiai vagy elektromos averzív th.
tájékoztatás
szorongáscsökkentő gyógyszerelés
általános tanácsadás
milióterápia

KUTATÁS



OKTATÁS



BETEGELLÁTÁS