

**AZ IDENTITÁS ALAKULÁSA
MENTALIZÁCIÓALAPÚ TERÁPIA FOLYAMÁN**

**MENTALIZÁCIÓALAPÚ TERÁPIA EREDMÉNY- ÉS
FOLYAMATÉRTÉKELÉSE KETTŐS DIAGNÓZISÚ
PÁCIENSEKNÉL AZ IDENTITÁSSTRUKTÚRA
ANALÍZISE SEGÍTSÉGÉVEL. PILOT-VIZSGÁLAT**



B. ERDŐS Márta
PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszéke
erdos.marta@pte.hu

KÁRPÁTI Tamás
INDIT Közalapítvány – PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszéke
karpati.tamas@pte.hu

ROZGONYI Róbert
INDIT Közalapítvány, MBT Ambulancia
rozgonyi.rob@gmail.com

JÁVOR Rebeka
PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszéke
javor.rebeka@pte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A pszichoterápia és a tanácsadás komplex értékelése révén képet kaphatunk a beavatkozások kezdeti eredményeiről, a terápiás folyamatok minőségéről és előrehaladásáról. Az evaluáció e területén a pszichológiai módszerek alkalmazása kulcsfontosságú, mert a beavatkozás célja gyakran az identitás változása. Célunk, hogy képet kaphassunk a mentalizációalapú terápia egyes hatásairól, az identitás változásának dinamikájáról, folyamatairól, egyúttal felmérjük, milyen haszonnal járhat az identitásstruktúra analízisének klinikai környezetben történő alkalmazása. Hipotéziseink a mentalizációalapú terápia központi területeire vonatkoztak: a negatív érzelmi állapotok megítélésének javulását és a külső kapcsolatok kiegyensúlyozottabb értékelését vártuk.

Módszer: Pilot-vizsgálatunkban egy hazánkban még új, a nemzetközi tapasztalatok alapján bizonyítékokon alapuló terápiás eljárás, a mentalizációalapú terápia értékelését végezzük el az identitásstruktúra analízisével. Bemutatjuk, miképpen készíthető el a keretszoftver specifikációja, és milyen információkkal szolgál az eszköz a klinikai területen dolgozók számára. Tíz, mentalizációalapú terápiában részt vevő, szerhasználati zavarral/társfüggőséggel és borderline személyiségzavarral diagnosztizált kliensnél történt meg az adatfelvétel, és az adatok statisztikai elemzése.

Eredmények: Vizsgálatunk alapján pozitívan változott a korábban ismeretlen helyzetek, valamint a düh és a feszültség átélésének értékelése. Javult egyes fontos mások megítélése, emellett a szelfreflektív funkció javulására utaló eredményeket is kaptunk.

Következtetések: Az identitásstruktúra analízise (ISA/Ipseus) alkalmazásával követhetővé válik a kliens önértékelésének, azonosulásainak és ellenazonosulásainak dinamikája, a terápia szempontjából fontos entitások iránti attitűdjének változása. Eredményeink összhangban vannak a mentalizációalapú terápia során várható változásokkal. Pilot-vizsgálatunk korlátja a vizsgált minta kis terjedelme. Másfelől, a hatásosság pontosabb vizsgálatához e klienseknél hosszabb, 2–8 év közötti utánkövetésre, és egyéb értékelő módszerek alkalmazására is szükség lehet ahhoz, hogy ezeket az ISA eredményeivel összevetve teljesebb képet kaphassunk.

Kulcsszavak: mentalizációalapú terápia (MBT), pszichoterápia komplex értékelése, az identitásstruktúra analízise (ISA/Ipseus)

A VIZSGÁLAT TÁRGYA

A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálat dilemmái

A pszichoterápia komplex értékelése számos bonyolult, nehezen megoldható kérdést vet fel. Egyfelől, a hatásosság és a hatékonyság értékelése során figyelembe kell venni, hogy az emberi élet nem redukálható kontrollálható tényezők összességére. Másfelől, a terápia során a személyt eltérő, akár sorsfordító események érthetik: személyes válságok, veszteségek vagy éppen jelentős pozitív események. A külső, nem kontrollálható változásokon túl a különböző személyek számára különféle módon és mértékben elérhetővé váló erőforrások eleve megnehezítik az értékelést, különösen ambuláns terápia esetében. A foglalkoztatottságon, az iskolázottságon, az életkoron túl általában egyéb, a felépülést támogató jelentős erőforrásként számon tartható tényezőket

(Malivert és mtsai, 2012; Best és Laudet, 2010; Laudet és White, 2008) nem vizsgálnak; és – lényegében a behaviorista szemléletet követve – nem vizsgálják az identitás változását (Hogard, 2014) sem, ami pedig a felépülés kulcsfontosságú kérdése (Kelemen és B. Erdős, 2010). A bekövetkező változást, a fejlődést hajlamosak vagyunk a kapott kezelésnek tulajdonítani. Ezt az álláspontot a fenti megfontolásokon túl a „spontán felépülés” koncepciója (Williams, 2014; Granfield és Cloud, 1999), azaz a felépüléshez elérhető erőforrások önálló használata kérdőjelezheti meg. E komplexitás miatt nagy a jelentősége az ún. formatív értékelésnek, azaz azoknak a módszereknek, amelyekkel a terápiás folyamatot követni, szükség esetén korrigálni tudjuk.

Az eredményértékelés során három alapvető elrendezés adódhat.

1. Az új módszer szerint kezelteteket összehasonlítják a kezelést nem kapó csoporttal. Ennek az elrendezésnek az egyik legna-

gyobb problémája, hogy etikátlan megtagadni a kezelést az arra szoruló betegtől.

2. Az új módszer szerint kezeltek eredményeit hasonlítják össze a más módon kezeltek eredményeivel. Itt a legfontosabb kérdés, hogy a két módszer egymással összemérhető-e? Megeshet, hogy egyes módszerek az emberi élet egyes területein, más módszerek pedig más területeken vezetnek kedvező vagy éppen kedvezőtlen változásokhoz, valamint előfordulhat, hogy a kiválasztott indikátorok nem mutatják a releváns hatások összességét (Vanderplasschen és mtsai, 2014).
3. Kézénfekvőnek tűnik a bemeneti és a kimeneti állapotok közötti különbségek mérése azonos csoportnál. Ez az idősoros mérés támaszkodhat kettő, de több pontra is. Az idősoros elrendezés előnye, hogy bepillantást enged a terápiás folyamatok alakulásába (B. Erdős és mtsai, 2015; Magor-Blatch és mtsai, 2014; Hogard, 2014; Harris, 2004).

Az etalonnak tekintett, az orvoslás területén alkalmazott duplavak, random kontroll típusú értékelőeljárások alkalmazása során módszertani szempontból a pszichoterápiás eljárások komplexitása jelenti a legnagyobb kihívást, ugyanis a random kontrollvizsgálat mögötti kutatói alapfeltevés az, hogy a két, diagnózisát tekintve egyébként azonos csoport egyetlen független változó mentén – ami a kapott kezelés lesz – egyértelműen megkülönböztethető (Vanderplasschen és mtsai, 2014). Mind a gyógyszeres, mind a pszichoterápiás eljárások esetében fontos szempont, hogy a pszichiátriai diagnózis nem mindig egzakt, a vizsgálatba bevont személyek egyedi problémáit pedig azonos diagnózis mellett is „világok választhatják el” egymástól (Jacobs és Cohen, 2010; id. Kirk és mtsai, 2013: 260). Ennek megfelelően

a pszichoterápia is individualizált, mindig tartalmazni fog új, spontán és kreatív mozzanatokat (Magor-Blatch és mtsai, 2014).

Nem válogatható be a kísérleti csoportba olyan személy, aki az újfajta kezelésre nem motivált, azt elutasítja. A motiváció, a kezelés iránti attitűd jelentős terápiás forrás, az értékelő kutató számára azonban gyakran rejtett, nehezen vizsgálható tartomány, zavaró körülmény marad. A vizsgálati csoport felé önkéntelenül is forduló többletfigyelem az alkalmazott módszertől függetlenül is hatással lesz a vizsgálat eredményére, például megváltoztathatja, növelheti a beteg kezelésre való motiváltságát.

A terápia értékelése során akár abból is torzítás származhat, hogy a szerhasználati zavarral küzdő beteg a kezelés hatására sokkal komolyabban veszi saját szerhasználatát, és mivel ez problémásabbnak tűnik számára, mint a kontrollcsoport számára, az értékelésnél beszámol róla, míg a kontrollcsoport tagjaiban a probléma fel sem merül (Magor-Blatch és mtsai, 2014).

További nehézséget okoz a késleltetett vagy összeadódó hatások problémája: azaz a kezelés hatása nem feltétlenül jelentkezik azonnal a viselkedésben, és így a korábbi kezelések hatásait is nagyon nehéz felmérni. Szerhasználati zavarral kezeltek esetében a kezelések száma egy amerikai vizsgálat szerint átlagosan 5,8 (Laudet és White, 2008); egy nem reprezentatív hazai vizsgálat felveti, hogy ez a szám Magyarországon ennél magasabb is lehet (Nagy, 2018).

Nincs biztosíték arra, hogy egyes pszichiátriai problémák (pl. személyiségzavarok, szerhasználati zavarok) esetében a kliens tartósan elérhető marad (Papp és Péley, 2015). Különösen szerhasználók és borderline páciensek esetében jelent nagyon nagy nehézséget az, hogy évekkal később az utánkövetés során

megtörténjék a kiinduló és a kezelést követő állapot összehasonlítása. Mindkét csoport, éppen kötődési zavarai és kaotikus életmódja miatt, rendszerint gyakran változtatja környezetét, és a terápia hasítása miatt a terápiás kapcsolatokat is (Kernberg, 2011).

Az individualizált jelleg miatt nem egyszerű kiválasztani azokat az indikátorokat, amelyek kellő érzékenységgel mutatják a kedvező hatásokat. A szerhasználati zavarok esetében az absztinencia önmagában nem jó indikátor, különösen, ha figyelembe vesszük a zavarok és a viselkedéses függőségek szelf-medikalizációs elméleteit (Khantian, 2011). Emellett szem előtt kell tartani azt az egyszerű ténytet, hogy a „nem használás” statikus állapot, az emberi élet pedig változókéony; ilyen statikus cél a személy és környezete által megteremtett gazdag dinamikához, fejlődési lehetőségekhez képest szegényes és korlátos (Laudet és White, 2008). Az alkalmas indikátorok a viselkedésváltozásokra és a beteg szubjektív értékelésére alapoznak; ám az előbbi a tapasztalatok alapján csak hosszú távon mérhető, az utóbbi pedig kétségkívül torzíthat.

A megfigyelésre alapuló, és más leíró értékelő módszerek a fenti problémák miatt elfogadottak (Vanderplasschen és mtsai, 2014; Kirk és mtsai, 2013). Ugyanakkor e módszerek rendkívül munkaiényesek, ráadásul a számokat preferáló tudományos környezetben a kvalitatív, a természetes életkörülmények vizsgálatára is alkalmas eljárások nem tűnnek elég meggyőzőnek. Nagy előnyük azonban, hogy a módszer pontos replikálásához nélkülözhetetlen folyamatértékelésre és a terápiás folyamatba visszacsatolható formatív értékelésre is kiválóan alkalmazhatóak (Hogard, 2007). Mindezekre tekintettel az angol National Institute of Health Care Excellence a kevert módszertannal végzett értékeléseket részesíti előnyben (Midgley és mtsai, 2019).

Kézenfekvő módszer lehet a terápia során keletkező narratívák vizsgálata, ahol a későbbi viselkedésváltozást a megvizsgált szövegek egyes sajátosságai alapján prognosztizáljuk (László és mtsai, 2013; Stephenson és mtsai, 2001; Papp és Péley, 2015). A klinikai alkalmazás során vagy egy bárki által könnyen alkalmazható szoftverre vagy sajátos elemzői készségekre, jelentős munkabefektetésre, és viszonylag hosszú időre van szükség. A szubkultúrákra jellemző nyelvhasználat és a nyelv metaforikus jellege megnehezítheti ezeknek az elemzéseknek az automatizálását, bár a formai elemek vizsgálata számos fontos eredményt hozhat (László és mtsai, 2013; Papp és Péley, 2015).

A felépülés mint a szelf és az identitás változása. A mentalizáció jelentősége

A szerhasználati mintázatok megváltozása, a szerhasználati zavarból történő felépülés a személyes kapcsolatrendszer és az identitás megváltozásával jár együtt (Anderson, 1998; Spooner és Hetherington, 2004; Laudet, 2007; Kelemen és B. Erdős, 2010; Kassai és mtsai, 2018). A kezelések eredménye nem mutatkozik meg azonnal a viselkedésben. Ám egy olyan eszköz, amely az identitás változásáról képet tud adni, segít a kezelés eredményességének megítélésében és folyamatainak azonosításában.

Pilot-vizsgálatunkat kettős diagnózissal (szerhasználati zavar/kodependencia és borderline személyiségzavar), a mentalizációalapú terápia módszerével (Allen és mtsai, 2011; Simicz-Futó és mtsai, 2018) kezelt kliensekkel végeztük. Időről időre e két diagnózis között mutatkozó erős együttjárás fontos kérdéseket vet fel: mennyiben vezethető ez vissza a közös tünetekre, mint például az impulzivitás, az érzelmek szabályozásának

és a kapcsolatok kezelésének nehézségei, sőt maga a szerhasználati zavar; vagy a közös etiológiára, például gyermekkori traumára? Trull és munkatársai (2018) áttekintésükben a kérdésfeltevéstől függően 25–50%-os átfedést igen, teljes egyezést azonban nem találtak a két populáció között.

Szerhasználókkal végzett vizsgálatukban Amenta és munkatársai (2013) kimutatták, hogy a betegek nem képesek megérteni a finom ironia és az agresszív támadás apró különbségeit: mindkettőre egyaránt agresszióval válaszolnak. Khantzian (2011) vizsgálatában felhívta a figyelmet a súlyos szerhasználati zavarral jellemezhető személyek érzelmi állapota követésének, értelmezésének jelentőségére. Kiemelte, hogy a terápiás csoport különösen alkalmas közege az érzelmi állapotok finomhangolásának, az ezekre való összpontosításnak, és a szerhasználat folytatódását, a visszaesést kiváltó érzelmi állapotok feloldásának. Összefoglaló áttekintésében kiemelte a szélsőséges érzelmi állapotok, az érzelmekkel való elárasztódás és ürességérzés közötti váltásokat, az érzelmek disszociációját, és az egyes állapotok címkézésnek, megnevezésének nehézségeit – azaz a mentalizációs deficitet. Mindebből egyenesen következik az a mára hangsúlyossá váló megállapítás, hogy a szerhasználókat egyfajta érzelmi tehetetlenség, kontrollvesztés (*helplessness*) és alacsony önértékelés jellemzi. A szerhasználat így a narcisztikus sérülés és a vele összefüggő negatív érzelmi állapotok (düh, ürességérzés, elidegenedettség, tehetetlenség) kezelésére szolgál; sőt arra is alkalmas, hogy a személy ezeket a negatív érzéseket a másnapi rosszulléttel önmagának magyarázza, értelmezhetővé tegye (Khantzian, 2011). A mentalizációalapú terápia elsősorban azokat a tüneteket kezeli, amelyek a szerhasználati zavar és borderline

személyiségzavar esetében közösek, és az érzelmek és kapcsolatok kezelésével függenek össze: az érzelmi állapotok azonosításának, átélésének képességét, és mások érzelmi állapotainak felismerését célozzák (Allen és mtsai, 2011; Simicz-Futó és mtsai, 2018).

A mentalizáció jelentőségéről és konkrét működéséről számos külföldi és hazai vizsgálat eredményei váltak ismertté az utóbbi évtizedekben (pl. Midgley és mtsai, 2019; Bateman és Fonagy, 2008; Fonagy és mtsai, 2002; Simicz-Futó és mtsai, 2018). A mentalizáció elmélete egy sajátos terápiás eljárás, a mentalizációalapú terápia kidolgozásához vezetett. A mentalizáció azt jelenti, hogy a társas együttműködés optimalizálásának az embernél létezik egy sajátos, kivételes útja: motiváltak és képesek vagyunk mind mások, mind pedig önmagunk mentális állapotát felmérni, átérezni és megérteni, s mindezt autobiografikus hozzáállással tesszük, azaz tapasztalatainkat összefüggésbe hozzuk a személyes élményekkel, az élettörténettel (Fonagy és mtsai, 2002). A mentalizálóképesség alakulásában a korai kötődés meghatározó. Az optimális korai kötődés legfontosabb funkciója, hogy biztonságot teremt (Láng, 2008); e biztonság függvénye az érzelmi állapotok kezelésének sikere. Amennyiben a gondviselő adott interakció során a megfelelő érzelmet tükrözi vissza a gyermek számára, és a visszatükrözést sajátjaként jelöli meg, a gyermek képessé válik önmaga és mások érzelmi állapotainak azonosítására, azaz a kapcsolatokban való egyre értőbb tájékozódásra. Amennyiben a visszatükrözés kategóriája téves, akkor az érzelmi minőségek egymástól való megkülönböztetésének képessége sérül. Ha a kategória megfelelő, ám a visszatükrözés jelöletlen, azaz a gondviselő kommunikációja (pl. mimikája) a csecsemőével teljesen azonos, olyannyira, hogy

a gyermek nem látja a különbséget a gondviselő érzései és a gondviselő által visszatükrözött saját érzései között, akkor az érzelmek fenyegetőnek, kontrollálhatatlannak tűnnek: mintha a saját harag, a saját szorongás az egész világra kiterjedne (Fonagy és mtsai, 2002).

Ezek a korai kommunikációs mintázatok, és a létrejövő mentalizációs deficit a szerzők szerint számos mentális rendellenesség hátterében fellelhetők, így pl. a borderline páciensek impulzivitása, ürességérzése, kapcsolati zavarai, a zavaros és ambivalens, kiszámíthatatlan viselkedésből fakadó meg nem értés és meg nem értettség, a szimbolikus és az önreflektív funkció alulfejlettsége okozta extrém szorongása hátterében. A prementalizációs módok lehetséges változatai: az érzelmek és a kogníció szétkapcsolása (tettető/*pretend* mód); a belső valóság külső valóságként való megélése (pszichés ekvivalencia); vagy a fizikai tettekben megnyilvánuló megoldások (a „teleologikus” mód) (Kárpáti, 2017).

A mentalizációs terápia a korai hibás mintázatok korrekcióját célozza. Felkelti a páciens érdeklődését a számára idegen és félelmetesnek tűnő belső és kapcsolati tartomány iránt: azaz önmaguk és mások mentális állapotai iránt. A terápia biztonságos környezetben tudatosan és megfelelő sorrendben alkalmazott beavatkozások révén a közelmúlt és az aktuálisan zajló csoport kapcsolati helyzeteinek közös átgondolása segíti a mentalizációs fókusz tartását. Fontos, hogy a terapeuta a posztmodern terápiák világából is ismert *not knowing*, azaz „semmit-a-másik-helyett-nem-tudó”, a klienst partnernek tekintő attitűddel vegyen részt a folyamatban (Kárpáti, 2017). Az MBT bevezető szakasza a terápia alapjainak elsajátítása (átláthatóság, közös nyelv, motivációk). Ezt követi a mentalizációs kapacitást felmérő klinikai interjúk lefolytatása (Simicz-Futó és mtsai, 2018).

A pszichoterápiás hatékonyság értékelése esetében általában felvetődik az ún. nem-specifikus terápiás hatótényezők kérdése. A mentalizációalapú terápia különlegessége, hogy éppen e tényezőket állítja a fókuszba:

- az empátia mélyebb szintjeit célozza meg, nem elégedve meg annak megértésével, ami a páciens számára már nyilvánvaló, hanem a még nem tudatosult érzések és azok hátterének pontos megértését, felszínre hozását segíti elő;
- kongruens kommunikációra tanít, hogy egy lehessen az, amit a kliens (és segítőtje is) érez, gondol, mond és tesz;
- az így létrejövő mélyebb megértés segít a másik címkek, előítéletek, teljesítendő feltételek nélküli elfogadásában (Slovák és mtsai, 2015; Simicz-Futó és mtsai, 2018). Bateman és Fonagy (2008) két terápiás eljárást (MBT és szokásos kezelés) vak módon összehasonlító elrendezésben vizsgálta a mentalizációalapú terápia hatékonyságát borderline páciensek esetében. A vizsgálat erőssége a jól megválasztott viselkedéses indikátorok alkalmazása, valamint a hosszú, 5–8 éves utánkövetési időszak, idősoros vizsgálatokkal. Az MBT alkalmazása szignifikánsan csökkentette a szuicidalitást, a pszichiátriai/sürgősségi/kórházi kezelések igénybevételét, a gyógyszereszedést, és segítette a munkába állást/tanulást (Bateman és Fonagy, 2008).

A formatív értékelés/folyamatértékelés sajátos módszereként tekinthetünk a mentalizációalapú terápia során alkalmazott, videoelemzésekkel alátámasztott folyamatos szupervízióra és esetmegbeszélőkre.

MÓDSZER

Az alábbiakban bemutatott módszer jól használható a komplex értékelés során, mert az iden-

titás változásának alapjaira, a viselkedést befolyásoló értékekre, attitűdökre, értelmezésekre összpontosít.

Minta

A vizsgálati személyek mindegyike az INDIT Közalapítvány MBT Ambulanciájának terápiás programjában vett részt. A terápiás program központi helyszíne a pécsi székhelyű INDIT Közalapítvány Addiktológiai Ambulanciája. A terápiás program kifejezetten kettős diagnózisú (addikt és borderline személyiségzavar) páciensek számára indult 2016-ban. A vizsgálatban 10 személy vett részt, 8 nő és 2 férfi, életkoruk 29 és 46 között volt ($M = 38,7$; $SD = 7,21$). Ez a tíz személy volt az idősoros vizsgálat számára elérhető teljes populáció, tekintettel arra, hogy az

adott intézményben az MBT-terápia bevezetése zajlott (további két személy a folyamat elején úgy döntött, hogy nem vállalja a kezelést). A kliensek diagnózisát SCID-II (magyar változat: Szádóczky és mtsai, 2004) teszttel és az Addikció Súlyossági Index (magyar változat: Gerevich és mtsai, 2001) alkalmazásával állították fel, a terápiába lépést megelőzően.

A borderline személyiségzavar mellett az addikciók között ebben a vizsgálatban – egyfelől az addikciók spektrumszemléletét elfogadva (Demetrovics, 2014), másfelől pedig a vizsgálat céljára (az érzelmi, kapcsolati, identitásbeli változások detektálása) tekintettel – nem tettünk különbséget. A vizsgálatban részt vevő személyek mindegyike a borderline személyiségzavar mellett függőségi diagnózissal is rendelkezett (1. táblázat).

1. táblázat. A résztvevők jellemzői a SCID-II teszt és az Addikció Súlyossági Index alapján¹

Azonosító	Kor	Nem	BNO-10 kód	Függőség
1	46	ffi	F6030; F1020	alkohol- és társfüggőség
2	42	nő	F6030; F4100	alkohol- és társfüggőség
3	45	nő	F6030; F4320	társfüggőség
4	44	nő	F6030; F1920; F4120; F3180	polytoxikománia és társfüggőség
5	41	nő	F6030; F3160; F6300	polytoxikománia és társfüggőség
6	35	nő	F6030; F1020	alkohol- és gyógyszerfüggőség
7	29	nő	F6030; F1020; F1320	kábítószer- és társfüggőség
8	29	nő	F6030; F1020	alkohol- és társfüggőség
9	30	nő	F6030; F1920; F1220; F1520	polytoxikománia és társfüggőség
10	46	ffi	F6300; F1310; F1020	polytoxikománia és társfüggőség

¹ F43.20 Alkalmazkodási zavar; F41.00 Pánikzavar (epizodikus rohamokban); F19.20 Drogok és pszichoaktív anyagok okozta dependencia; F41.20 Kevert szorongásos és depressziós zavar; F10.20 Alkohol okozta dependencia (szindróma); F31.60 Bipoláris affektív zavar, jelenleg kevert tünetek észlelhetők; F12.20 Cannabis és származékaik okozta dependencia (szindróma); F15.20 Egyéb stimulánsok okozta dependencia (szindróma); F13.10 Nyugtatók és altatók okozta káros használat (abúzus); F63.00 Kóros játékszenvedély; F31.80 Egyéb bipoláris affektív zavar; F60.30 Érzelmileg labilis személyiségzavar.

A vizsgálati személyek közül egynél mutatható ki viselkedési függőség (társfüggőség), a többieknél szerfüggőség. A társfüggést (kodependenciát) az INDIT Közalapítvány klinikai szemléletében és hétköznapi terápiás, segítői gyakorlatában terápiás beavatkozást igénylő állapotként definiálják, a viselkedési függőségekhez hasonlítható koncepció alapján. Mindez arra a nagyszámú klinikai tapasztalatra és szakirodalmi, kutatási bizonyítékra épül, amelyek a kodependenciát a viselkedéses addikciók közé sorolják, illetve a függőséget rendszerszemléletben értelmezik, annak ellenére, hogy a jelenleg elfogadott diagnosztikai kézikönyvekben nem szerepel önálló diagnózisként (Knapék és Kuritárné, 2014).

A társfüggés diagnosztizálására jelenleg Magyarországon tudomásunk szerint nincs érvényes mérőeszköz, ezért megállapításához a meglévő klinikai tapasztalataink nyújtottak támpontot. Ilyen támpont lehet például a szakirodalomban is említett, a másik személyért vállalt túlzott mértékű felelősség, párhuzamosan a saját személyes szükségletek figyelmen kívül hagyásával; vagy az, hogy a társfüggőség a szerfüggőség leépülési folyamataihoz hasonlókat eredményez a kodependens személy életének számos területén (Knapék és Kuritárné, 2014: 60). A társfüggő személynél a SCID-II. teszt alapján a dependens személyiségzavar a klinikai küszöb alatti értéket mutatott, így önálló diagnózisként nem állta meg a helyét. A borderline személyiségzavar viszont egyértelmű alátámasztást nyert.

Eszköz: az identitásstruktúra analízise és az Ipseus

Az értékelő kutatások interdiszciplináris területén belül az identitásstruktúra analízise (ISA) egyértelműen a pszichológiai megközelítés jelentőségét hangsúlyozza.

Az identitásstruktúra analízise (Weinreich és Saunderson, 2004) számos korábbi elmélet és empirikus kutatási eredmény egyedi, kreatív szintézise. Weinreich (2004b) definíciója szerint identitásunk saját szelfünkről alkotott konstruktumaink összessége, ahol a jelen konstruktumai folytonosak mind a múltbéli szelfünkről alkotottakkal, mind pedig azokkal, amelyeket a jövőre vonatkozó várakozások fényében alakítunk ki (Weinreich, 2004b: 26). Az elméletalkotó koherens egészzé formálta a pszichológia nagy klasszikusainak idevonatkozó gondolatait. Ezek közül a legfontosabbak: Erikson (1968) pszichoszociálisfejlődés-elmélete, Festinger (2000) kognitívdiszsonancia-elmélete, Mead (1973) szimbolikus interakcionizmusa és Berne (1984) tranzakcióanalízise – a konstrukcionista-konstruktivista felfogás alapjait jelentő személyi konstruktumok elméletével (Kelly, 1955), valamint Harré (1998) diszkurzív szelfteóriájával együtt.

E szintézisben az egyéni világkép alakulásában a diskurzusban tükröződő társas, társadalmi-kulturális konstrukcióknak jelentős szerepe van (Hogard, 2014; Weinreich és Saunderson, 2004; Weinreich 2010a; Kelly, 1955; Bannister és Fransella, 1980; Hammack, 2008). Weinreich (2004b) elméletében tehát a szelf környezeti-kapcsolati meghatározottságát, a releváns entitások és a köztük kialakuló harmonikus vagy konfliktusos viszonyrendszer jelentőségét hangsúlyozza. Hogard (2014) saját meghatározásában az ISA fogalmi keretén belül az identitást úgy tekinti, mint a személyre egyedileg jellemző értékek, attitűdök, emlékek, hiedelmek, törekvések és (szelf)reflexiók szerveződését.

Hogyan képezhető le a fentiek szerint meghatározott identitás, és miképpen követhető ennek alakulása a terápia folyamán? Weinreich az ISA elméleti alapvetései mellé

kidolgozott egy olyan keretszoftvert (Ipseus) amely az identitás vizsgálatát három eltérő módon is lehetővé teszi:

- alkalmazható idiografikus módon, egy-egy eset mélységi vizsgálatára (pl. klinikai alkalmazások vagy munkaerőpiaci kiválasztás);
- nomotetikus-összehasonlító vizsgálatokra, pl. kultúrák közötti vagy genderkülönbségek, professzionális identitás elemzésére (McNeill és mtsai, 2018; Saunderson, 2004);
- idősoros vizsgálatoknál, mint amilyen a pszichoterápia pre-poszt értékelése és formatív értékelése (Harris, 2004; Hogard, 2014).

A keretszoftver lehetővé teszi bármely téma vizsgálatát, gyakorlatilag bármely nyelven. Nagy előnye, hogy az adott közösség, csoport kulturális sajátosságaira, nyelvhasználatára, kulcsmetaforáira (Kaló és Rácz, 2009) érzékenyen alakítható. Ennek megfelelően a kitöltő könnyebben tudja értelmezni és értékelni a saját nyelvén megfogalmazott, élet-története központi témaival kapcsolatos állításokat, és motiváltabbá is válik a kitöltésre (Weinreich, 2010a; McNeill és mtsai, 2018).

Az értékelendő állításokat entitások és konstruktumok egymással való kombinációja adja. Az értékelést a személy elektronikus felületen végzi el, egy kilencfokozatú színskála segítségével, ahol a közbenső érték (a fehér) a valós nulla, a két szélső, egyre telítettebb színek által reprezentált érték pedig a konstruktum két szélső pólusának feleltethető meg. Az értékelésnél fontos, hogy éppen csak elegendő időt hagyjunk a válaszra. A keretszoftver az értékelésben egyre jobban előtérbe kerülő kevert módszertan szerinti vizsgálatok előnyeit (Midgley és mtsai, 2019; Vanderplasschen és mtsai, 2014; Palinkas és mtsai, 2015) messzemenően kiaknázza.

A kutatói kérdésnek, a témának megfelelő specifikációt háttérkutatásokkal kell alaposan előkészíteni. Szakirodalmi áttekintés, különböző kvalitatív vizsgálatok (narratív interjúk, a makroszintű diszkurzív mintázatok vizsgálata, a mikroszintre összpontosító konverzációanalízis, megfigyelések), a vizsgált csoporttal és a tématerület szakértőivel, a vizsgált csoportot jól ismerő gyakorló szakemberekkel és tapasztalati szakértőkkel (Kassai és mtsai, 2015) folytatott egyeztetések nyomán alakul ki az eszköz megfelelő változata. Ez magában foglalja a releváns témákat (konstruktumokat) és az e témáknak megfelelő társas területeket (domaineket, ezen belül entitásokat) (Weinreich, 2010a).

Az entitások lehetnek a szelf fejlődési állomásai és állapotai, a társas világ elemei, bármi, ami a vizsgálat szempontjából jelentős, és amit értékelhető tulajdonságokkal tudunk felruházni. Ahhoz, hogy a mérőeszköz érvényességét biztosítsuk, bizonyos entitásoknak mindenképpen ajánlott szerepelnie valamilyen formában: ilyen a jelenlegi szelf, a szelf a múlt legalább egy jelentős állomásán, és a jövőre vonatkozó várakozásokat megjelenítő szelf (pl. „tíz év múlva”; „a terápiam végeztével” stb.). Fontos az ideális és a kontraideális szelf: e kettő a specifikáció állandó belső viszonyítási pontjaként funkcionál. Lehetőségünk van megjeleníteni a szelf fontos állapotait, helyzeteit is. A metaperspektíva a visszatükrözött én megjelenítésére alkalmas; a szelfreflektív funkció alakulásának vizsgálata esetében ez különösen fontos szempont. A szelf mellett külső, várhatóan pozitívan és negatívan értékelt entitásokra, a jelentős mások bevonására is szükség van, hogy az azonosulások/ellenazonosulások dinamikáját vizsgálhassuk.

Fontos, hogy a témák (konstruktumok) köre tartalmazzon olyan elemeket, amelyek

az identitás szempontjából fontosak, de a vizsgálat közvetlen célján, kérdésén túlmutatnak. A konstruktumok valamilyen értelemben egymás ellentettjei, de nem mindig célszerű a negatív póluson egyszerűen a pozitív pólus tagadó formáját megjeleníteni (pl. „erősen bevonódik a kliensekkel végzett munkába” – „jobbnak látja az objektivitást, a távolság megtartását”) (Black és Weinreich, 2004: 345). Fontos, hogy a konstruktumok a vizsgált populáció legfontosabb, a témával kapcsolatos hiedelmeit reprezentálják. 15–20 entitásnál és ugyanennyi konstruktumnál többet nem célszerű alkalmazni, ugyanis egy 400 íteimből (diskurzusból) álló specifikáció kitöltése – a szövegezéstől függően is – kb. ötven-hatvan percet vehet igénybe, ami már megterhelő lehet.

Lényeges, hogy az értelmezésben szerepet játszó kulcsfogalmakat – pl. a szelf értékelési, diffúzió, strukturális nyomás, hasítás – mindig Weinreich (2004a) saját elméletének keretein belül értelmezzük. Az ISA/Ipseus paraméterei sztenderdizáltak, azaz az egyes személyek közötti összehasonlítás megalapozott; a külső sztenderdeket az európai kultúrán belül nyugat-európai mintán határozták meg. Ha indokolt, az adott csoport saját sztenderdjeit is meghatározhatjuk. A másik, az identitás egyediségéből következően szükségszerűen bevezetett belső sztenderdek értékei pedig mindig az adott személyre egyedileg jellemzők, és az ideális szelfhez rendelt értékek határozzák meg (Weinreich, 2010a; 2010b; Erskine és Ellis, 2017).

Az Ipseus generálta eredmények igen sokrétűek, ezeket a maguk teljességében legfeljebb csak meglehetősen terjedelmes idiografikus elemzések esetében használhatnánk fel. Idősoros vizsgálatunk esetében most a következő, szelfre vonatkozó hipotéziseket teszteljük:

Az MBT-terápia zárásával

- az önértékelés javul, a szelfdiffúzió csökken, ennek megfelelően a mintázat vagy a terápia során tapasztalt „korai zárás” még kissé rugalmatlan szabálykövető mintázattal mutatja, vagy a nyitottabb határozatlan (*indeterminate*) zónában találhatunk több pozitív szelfentitást, mint a terápia elején;
- az exploratív szelf negatív és bizonytalan állapotainál (pl. dühös, szorong, a komfortzónából lép ki) az önel fogadás jelentősen nő;
- a reflektív/szelfreflektív funkció javulását (pl. Levy és mtsai, 2006) a metaperspektívák pozitívabb értékelése jelzi;
- a személy empatikusabbá válik a gyermekkori énállapotaival;
- az egyedüllétet pozitívabban értékeli (kevésbé fenyegetőnek tartja).

A specifikáció elkészítése

Az Ipseus-specifikáció elkészítése a fentiek szerint történt, azaz a szakirodalmi áttekintést, amelynek során korábbi mérések, vizsgálatok eredményeire is támaszkodtunk (Black és Weinreich, 2004; Rác, 2006; Kassai és mtsai, 2018; B. Erdős és mtsai, 2017) kvalitatív vizsgálatokkal (korábbi, a témában készült kutatási anyagok, interjúk áttekintésével, videók tartalomelemzésével), valamint klinikai szakemberekkel történő konzultációkkal egészítettük ki. A mérőeszköz összeállításában tapasztalati szakértők (kliensek, felépülő szerhasználó terapeuták), az MBT-módszerre kiképzett klinikai szakpszichológus és szociális munkás, antropológiai nyelvész, mentálhigiénikus működött közre. Az eredmények statisztikai feldolgozását a munkacsoportba később bekapcsolódó kognitív pszichológus végezte el.

A domainek (entitások) között szerepelt az ideális és kontraideális szelf, a jelenlegi és múltbéli szelf, a szerepmódel és ellentéte,

és lehetséges szelfek (ezeknél a klinikai értelemben releváns szelfállapotokat tüntettük fel: pl. dühös, bizonytalan, feszült, egyedül lévő és reménykedő állapotokat megjelenítve). A metaperspektíva, a visszatükrözött én olyan eltérő nézőpontokat jelenített meg, mint pl. a terapeuta, a szülők és a barátok vélt nézőpontja. A külső entitások szintén a kapcsolati hálózat kitüntetett pontjait reprezentálták (pl. szülők, józanok, „normik”, „anyagosok”). A témák között megjelent az érzelmi és kapcsolati élet kezelése, az impulzivitás, az önsértés-önelfogadás, a devalváció-idealizáció, a változásokhoz való alkalmazkodás kérdése, a szerhasználat, a saját sorsért vállalt felelősség kérdése, az élet értelmességének kérdése.

A 20 entitásból és a 24 konstruktumból összeállított diskurzusokat a páciensek szóhasználatához igazítottuk, pl.: „Mostanában azt gondolom, hogy mások teljesen tönkrevághatják az ember életét /mindenki felelős önmagáért”.

A kialakított entitásokat a 2. táblázat, a konstruktumokat pedig a 3. táblázat tartalmazza, ahol a jobb és bal oldal a konstruktum két pólusának felel meg. Az entitások és a konstruktumok, valamint az ezek kombinálásával létrejövő diskurzusok konkrét szövegezése (a programban: reprezentációk) nagyon egyszerűen és rugalmasan változtathatók, így a magyar nyelvű alkalmazás nem jelent problémát.

2. táblázat. A kialakított entitások

	Entitás	Klasszifikáció
1	a lehető legjobb formában	ideális szelf
2	utálnám magam, ha	kontraideális szelf
3	én mostanában	jelenlegi szelf
4	a szerhasználatom legrosszabb időszakában	múltbeli szelf-1.
5	az, akit csodálok	csodált személy
6	az, akit utálok	utált személy
7	apám (pótapám)	
8	anyám (pótanyám)	
9	józan társaim	
10	a normik	
11	amikor nagyon feszült vagyok	lehetséges szelfállapot
12	amikor nagyon dühös vagyok	lehetséges szelfállapot
13	amikor kilépek a komfortzónámból	lehetséges szelfállapot
14	amikor egyedül vagyok	lehetséges szelfállapot
15	amikor reménykedem valamiben	lehetséges szelfállapot
16	a barátaim szerint én	metaperspektíva
17	a szüleim szerint én	metaperspektíva
18	a terapeutáim/segítőim szerint én	metaperspektíva
19	gyerekként én	múltbeli szelf
20	az anyagosok	

3. táblázat. A konstruktumok

	bal oldali pólus	jobb oldali pólus
1	nem akar semmit sem érezni	képes felismerni a saját érzéseit
2	leordítja mások fejét	előbb gondolkodik, aztán cselekszik
3	hajlamos önmagát bántani	átgondolja a dolgokat
4	a saját érzéseit, igényeit fontosnak tartja	a saját érzéseiről, igényeiről tudomást sem vesz
5	mások érzéseit, igényeit fontosnak tartja	mások érzéseivel, igényeivel nem törődik
6	próbál a legmenőbb lenni	próbál rendesen élni
7	mindenkinek megvan a saját élete, amibe senki ne szóljon bele	fontos egy közösséghez tartozni
8	mások arra valók, hogy megszerezzük tőlük, amit akarunk	tiszteletben kell tartani mások életét
9	a bensőséges kapcsolatok terhet jelentenek	a bensőséges kapcsolatok biztonságot, boldogságot jelentenek
10	mindig nyerőnek kell lenni	a veszteségekből is sokat lehet tanulni
11	az élet értelmetlen	az életnek van értelme
12	a hazugságokkal előbbre lehet jutni az életben	a hazugságok veszélyeztetik a józanságot
13	kiszaladna a világból	helyén van az életben
14	fontos, hogy az ember ne mutasson gyengeséget, és legyen tökéletes	mindenki hibázhat, a lényeg, hogy kijavítsa
15	az emberek vagy jók, vagy rosszak	minden embernek vannak jó és rossz tulajdonságai egyaránt
16	az emberek vagy másoktól függenek vagy függetlenek	mindannyian kölcsönösen hatunk egymásra
17	mások teljesen tönkrevághatják az ember életét	mindenki felelős önmagáért
18	a dolgok csak úgy megtörténnek velünk	az ember tehet érte, hogy fejlődjék az életben
19	az anyagozás a legjobb az életben	az anyagozás örömet adhat, de súlyos következményei is vannak
20	nehezen alkalmazkodik a változásokhoz	könnyen alkalmazkodik a változásokhoz
21	halogatja a dolgait	igyekszik időre elvégezni a feladatait
22	képes önmagán nevetni	túlreagálja, amit mások mondanak neki
23	szereti saját magát	utálja saját magát
24	megbízható	megbízhatatlan

Eljárások

Az első adatfelvétel a terápiába lépés előtt, a második pedig az egyéves terápiás folyamat zárását megelőző két hétben történt meg. A fent bemutatott entitások és konstrukciók összesen 480, kevert sorrendben bemutatott értékelendő állítást jelentenek. Az Ipseus kényelmesen kezelhető online felületén ez valamivel több, mint egy, de maximum másfél óra alatt oldható meg. Az adatok rögzítését a klinikai munkacsoport végezte, a vizsgált személyek számára ismerős helyszínen, az ambulancián.

Az Ipseus segítségével nyerhető eredmények teljes körének elemzése túlmutat írásunk keretein. Így a jelen elemzésben a szelfre vonatkozó legfontosabb változások áttekintésére vállalkozunk, először bemutatva a szoftver generálta átfogó képet, majd a részletes, statisztikai próbákon alapuló vizsgálat eredményeit ismertetjük.

Adatainkat az IBM SPSS Statistics 22.0 programmal elemeztük. A Wilcoxon Signed Rank Teszttel hasonlítottuk össze az MBT-terápia előtti értékeket a terápia utáni értékekkel minden résztvevőnél, választ keresve arra, hogy a terápia hatására milyen változásokon esett át a személy. Hatásméretet (*effect size*) is számoltunk a szignifikáns változásoknál.

Etikai vonatkozások

A páciensek a kutatási folyamatban való részvételükről az etikai szabályozás elveinek megfelelő tájékoztatást kaptak, és azokat elfogadva, önként vettek részt. Vizsgálatunkhoz az etikai engedélyt 5834. számon a Pécsi Tudományegyetem Regionális Kutatásetikai Bizottsága adta meg. Mind a tíz vizsgálati személy tájékoztatást kapott a vizsgálat menetről és az eredmények felhasználásának módjáról, valamint arról, hogy az eredmények feldolgozása és közlése során biztosítjuk a teljes anonimitást. Személyes adataikat kizárólag a közreműködő klinikai team ismerhette meg. A klinikai munkacsoport arról is tájékoztatta őket, hogy a részvétel elutasítása nem jár számukra semmilyen hátrányos következménnyel. A tíz személy írásban beleegyezett a vizsgálatban való részvételbe.

EREDMÉNYEK

A szoftver lehetőséget ad arra, hogy akár egyedileg (idiografikus elemzéshez), akár összesítve, nomotetikus értékeléshez kérjünk egy átfogó képet a saját szelfre vonatkozó értékelésekről, ahol az önértékelés és a diffúzió tengelyek mentén összesen 9 variáció alakulhat ki (4. táblázat).

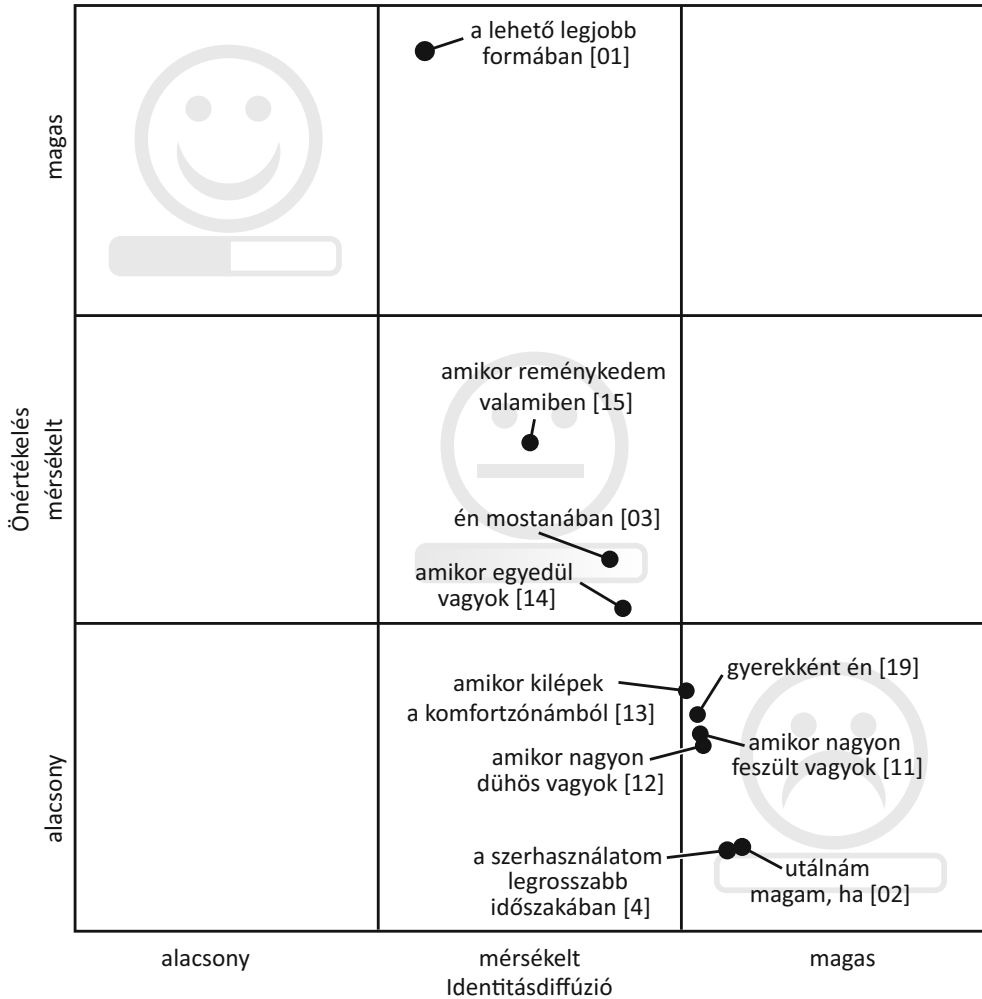
4. táblázat. Az önértékelés és a diffúzió tengelyek mentén kialakuló 9 variáció
(Forrás: Black és Weinreich, 2004: 347)

	IDENTITÁSDIFFÚZIÓ MÉRTÉKE		
	<i>a korai zárás változatai (az azonosulás konfliktusaival szemben defenzív)</i>		<i>a diffúzió változatai (az azonosulás erős konfliktusait is tolerálja)</i>
ÖNÉRTÉKELÉS	alacsony	mérsékelt	magas
Pozitív változatok Magas (0,81 felett)	defenzív, magas önértékeléssel	magabiztos	diffúz, magas önértékeléssel
Mérsékelt (0,20–0,81)	defenzív	meghatározatlan	diffúz
Alacsony (–1,00–0,19) Negatív változatok	defenzív negatív	negatív	krízis

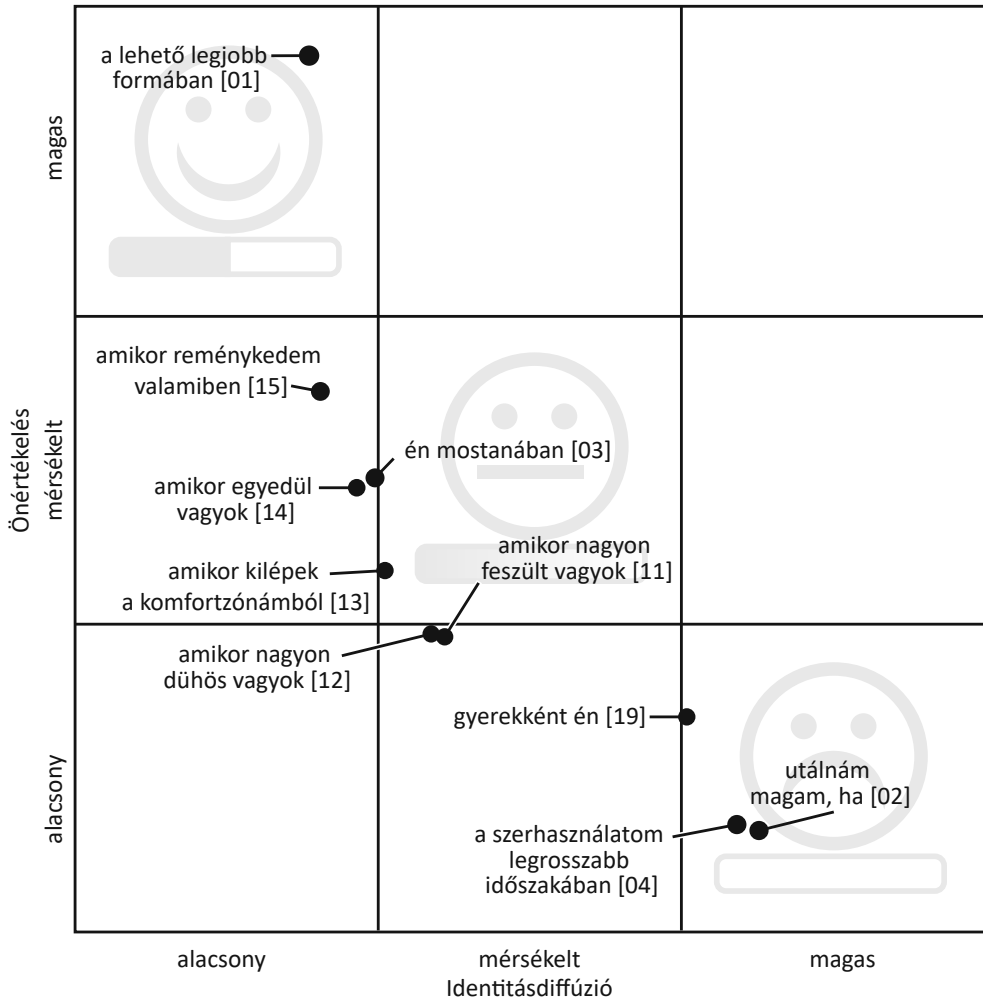
Az ISA vizsgálatok során a legtöbb személy a meghatározatlan–*indeterminate*/magabiztos–*confident* tartományba kerül (ez az 1. ábrán a középső oszlop két felső cellája) (Weinreich, 2010b; Black és Weinreich, 2004). Az ettől eltérő értékelés sérülékeny, diffúz vagy zárt, defenzív identitásra utal. Ugyanakkor ez utóbbi a terápia egy adott fázisára jellemző lehet, a személy az újonnan tanultakat még kissé rugalmatlanul alkalmazza (Saunderson és O’Kane, 2004; Kelemen és B. Erdős, 2010). Az 1. ábra a kiinduló állapotot, míg a 2. ábra a terápia zárásakor felvett állapotot mutatja. A változás szembeszökő éppen az érzelmi állapotok értékelésénél, ahol a „dühös”, a „feszült”, és a „komfortzónából kilépő” szelf a kiinduló kríziszónából (az alacsony önértékelés – magas diffúzió meghatározta jobb alsó cella

az 1. és a 2. ábrán) a meghatározatlan zóna határáig, bár a két negatív érzelem esetében még éppen a negatív tartományba került. A gyermekkori (múltbeli) szelf, a kontra-ideális szelf és a szerhasználat mélypontján lévő szelf pozíciója változatlan; bár vártuk a gyermekkori szelf megítélésének pozitív változását is.

Ha összevetjük a nyugat-európai sztenderd (a cellákat határoló fekete vonalak) zónáit és a belső sztenderd (az ábrán halványabb, az eredetiben kék határvonalak) zónáit, akkor az első ábrán azt látjuk, hogy a csoport számára a viszonylag alacsony önértékelés és a magas diffúzió szinte a „normál” állapot. A terápia zárásának idejére (2. ábra) az entitások mozgásával együtt a belső csoportstenderdek vonalai láthatóan közelítenek a külső sztenderdvonalakhoz.



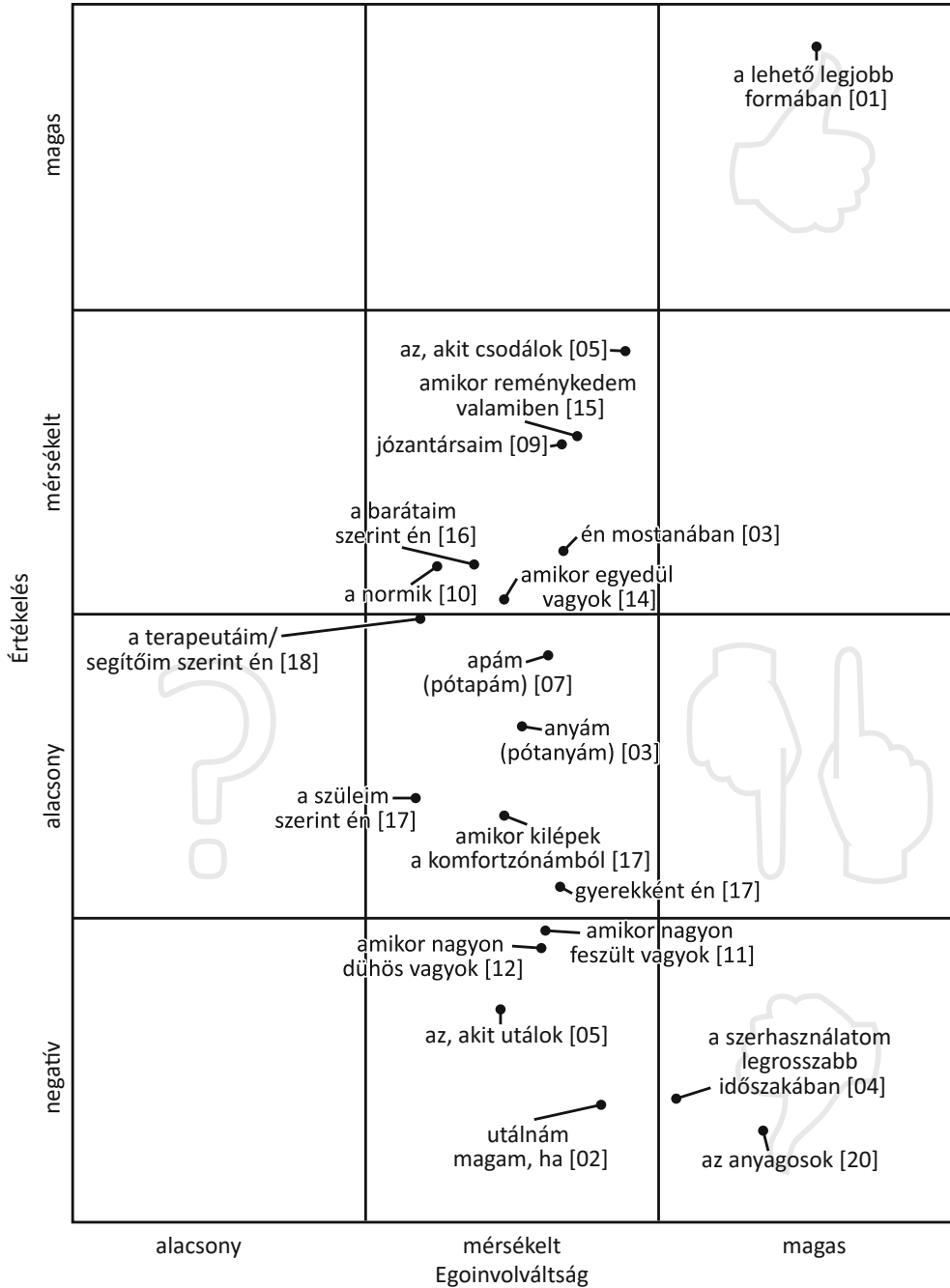
1. ábra. A 10 fő összesített, szelfre vonatkozó eredményei a terápia kezdetén (vízszintes tengely: identitásdiffúzió mértéke; függőleges tengely: önértékelés)



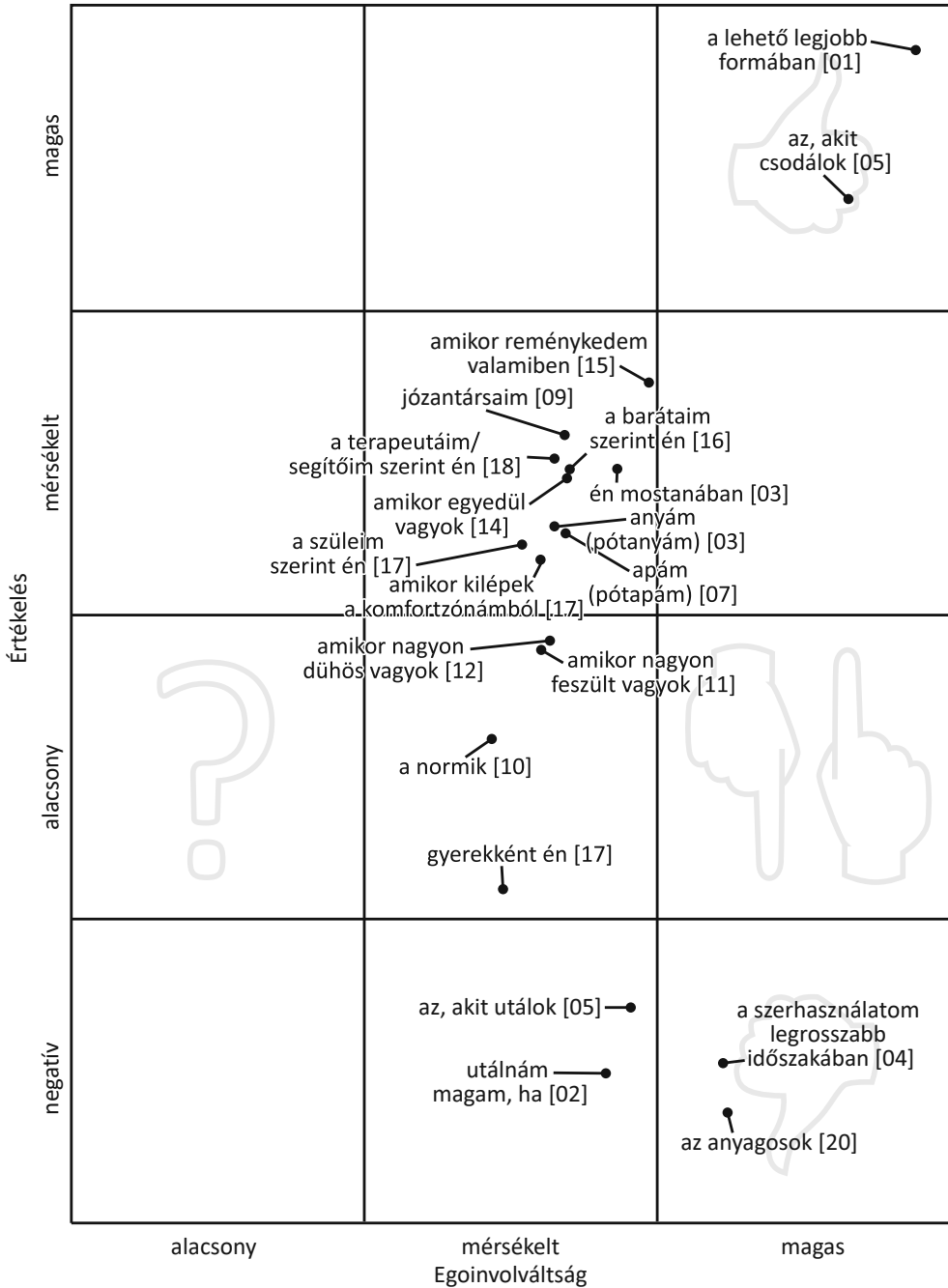
2. ábra. A 10 fő összesített, szelfre vonatkozó eredményei a terápia végén (vízszintes tengely: identitásdiffúzió mértéke; függőleges tengely: önértékelés)

A következő két ábrán (3. és 4. ábra) az egyes entitásokra (már nem csupán a szelfentitásokra) és az egoinvolváltságra vonatkozó adatokat láthatjuk. Ez utóbbi azt mutatja, milyen erősen reagál a személy a másinak/adott entitásnak tulajdonított jellemzőkre, de

nem mutatja ennek irányát. A kiinduló helyzetben egyedül az ideális szelf kerül a magas értékelésű zónába, a szülők értékelése és a szülői metaperspektíva értékelése („a szülem szerint én”) egyaránt alacsony, a „dühös” és a „feszült” én értékelése pedig negatív.



3. ábra. Az egoinvóltság (vízszintes tengely) és az értékelések (függőleges tengely) a terápia kezdetén



4. ábra. Az egoinvóltság (vízszintes tengely) és az értékelések (függőleges tengely) a terápia végén

A terápia végeztével a szerepmodell helye megváltozik, az énídeál mellett egy külső szereplő is helyet kap a magas értékelés/magas egoinvolváltság zónájában. A negatív érzelmi állapotok, a szülők/szülői metaperspektíva és az alkalmazkodást kívánó helyzet, a komfortzóna elhagyása egyaránt kedvezőbb megítélés alá esik.

Bár az összkép alapján a terápia változásokat idézett elő a megterhelő helyzetek és fontos kapcsolatok értékelésében, fontos ezt az orientáló, de az egyedi különbségeket összemósó képet egy részletes statisztikai elemzéssel is alátámasztani.

Eredményeinket a terápia előtti és utáni adatok összehasonlításából nyertük. Ehhez, a minta nagyságát figyelembe véve, a nem-paraméteres Wilcoxon signed-rank próbát (Wilcoxon-féle előjelesrang-teszt) választottuk, és az ennek megfelelő hatásméret-vizsgálatot ($r = Z/\sqrt{N}$). A hatásméret értelmezésére Cohen (1988) felosztását használtuk, mely szerint $r = 0,10$ -ig kis hatásméretéről, $r = 0,30$ -ig közepesről, $r = 0,50$ -tól pedig nagy hatásméretéről beszélhetünk.

A statisztikai elemzés során szignifikáns különbséget találtunk az egoinvolváltság Lehetséges szelf-5 dimenziójában – „amikor reménykedem valamiben” – ($Z = -2,14$; $p = 0,03$; $p < 0,05$), nagy hatásmérettel ($r = 0,68$) a terápia utáni értékek magasabbak ($M_{post} = 3,94$), mint terápia előtt ($M_{pre} = 3,44$) (5. táblázat). Az összesített vizuális megjelenítés (3. és 4. ábra) elfedte ezt a különbséget, ami pedig jelentős, mert a motivációkkal, a terápia eredményeinek fenntartásával függhet össze. Továbbá szintén magasabb értékeket mutat az egoinvolváltság 16. dimenziója – „a barátaim szerint én” metaperspektíva – a terápia után ($Z = -2,40$; $p = 0,02$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 2,74$; $M_{post} = 3,39$) szintén nagy hatásmérettel ($r = 0,76$) (5. táblázat). Eszerint fontosabbá vált a személy számára jelentős mások véleménye. A szerepmodell (5. „az, akit csodálok”) értékelése azonban – eltérően a 4. ábrán látható képtől – statisztikailag szignifikáns módon nem változik, ami feltehetően a két időpontban mért adatok nagy szóráskülönbségéből fakad ($SD_{pre} = 1,72$; $SD_{post} = 0,35$).

5. táblázat. Eredmények az Egoinvóltság dimenziókban

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	M_{pre}	M_{post}	Hatás-méret (r)
Egoinvóltság Ideális szelf	-1,86	0,06 (n.s.)	4,54	4,88	–
Egoinvóltság Kontra Ideális szelf	-0,15	0,88 (n.s.)	3,62	3,64	–
Egoinvóltság Jelenlegi szelf	-1,38	0,17 (n.s.)	3,35	3,72	–
Egoinvóltság Múltbéli szelf-1	-0,89	0,37 (n.s.)	4,06	4,22	–
Egoinvóltság Lehetséges szelf-1	-0,26	0,80 (n.s.)	3,23	3,20	–
Egoinvóltság Lehetséges szelf-2	-0,15	0,88 (n.s.)	3,20	3,26	–
Egoinvóltság Lehetséges szelf-3	-0,97	0,33 (n.s.)	2,95	3,20	–
Egoinvóltság Lehetséges szelf-4	-0,76	0,45 (n.s.)	2,94	3,37	–
Egoinvóltság Lehetséges szelf-5	-2,14	0,03*	3,44	3,94	0,68
Egoinvóltság Múltbéli szelf-2	-1,17	0,24 (n.s.)	3,33	2,94	–
Egoinvóltság-5	-1,48	0,14 (n.s.)	3,77	4,65	–
Egoinvóltság-6	-1,48	0,13 (n.s.)	2,92	3,81	–
Egoinvóltság-7	-0,36	0,72 (n.s.)	3,25	3,37	–
Egoinvóltság-8	-0,87	0,39 (n.s.)	3,06	3,29	–
Egoinvóltság-9	-0,46	0,64 (n.s.)	3,34	3,36	–
Egoinvóltság-10	-0,46	0,64 (n.s.)	2,49	2,82	–
Egoinvóltság-16	-2,40	0,02*	2,74	3,39	0,76
Egoinvóltság-17	-1,68	0,09 (n.s.)	2,34	3,06	–
Egoinvóltság-18	-1,89	0,06 (n.s.)	2,37	3,29	–
Egoinvóltság-20	-0,42	0,68 (n.s.)	4,36	4,24	–

Sig. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

A szelf értelései esetében szignifikáns különbség látható az (ön)értékelés három dimenziójában is (Lehetséges szelf-1 – „amikor nagyon feszült vagyok”; Lehetséges szelf-2 – „amikor nagyon dühös vagyok”; Lehetséges szelf-3 – „amikor kilépek a komfortzónámból”), mindhárom esetben nőttek az értékek a terápia után és nagy hatásméret is megfigyelhető (önértékelés Lehetséges szelf-1: $Z = -2,60$; $p = 0,009$; $p < 0,05$; $M_{pre} = -0,23$; $M_{post} = 0,15$; $r = 0,82$; önértékelés Lehetséges szelf-2: $Z = -2,50$; $p = 0,01$; $p < 0,05$; $M_{pre} = -0,28$; $M_{post} = 0,16$; $r = 0,79$; önértékelés Lehetséges szelf-3: $Z = -2,40$; $p = 0,01$; $p < 0,05$; $M_{pre} = -0,07$; $M_{post} = 0,31$; $r = 0,76$). Ez azt jelenti, hogy az

összképet a statisztikai próbákkal is sikerült alátámasztani, ezekben a helyzetekben a személy kevésbé érzi fenyegetve magát. Hasonlóan, az értékelés három egyéb dimenziójában is megjelenik szignifikáns különbség (Értékelés 8 – „anyám”; értékelés 17 – „a szüleim szerint én”; értékelés 18 – „a terapeutáim/segítőim szerint én”), szintén a terápia utáni értékek növekedésével és nagy hatásmérettel (értékelés 8: $Z = -2,81$; $p = 0,005$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,05$; $M_{post} = 0,37$; $r = 0,89$; önértékelés 17: $Z = -2,50$; $p = 0,01$; $p < 0,05$; $M_{pre} = -0,04$; $M_{post} = 0,33$; $r = 0,79$; önértékelés 18: $Z = -2,09$; $p = 0,04$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,19$; $M_{post} = 0,51$; $r = 0,66$) (6. táblázat).

A metaperspektíva („a terapeutáim szerint én”) megváltozása a reflektív funkció fejlődése mellett (Levy és mtsai, 2006) jelezheti a terápiás kapcsolat erősödését, és az MBT

egy sajátosságának működését: azt, hogy a terapeuta bepillantást enged a kliens számára saját mentalizáló működésébe (Simicz-Futó és mtsai, 2018).

6. táblázat. Eredmények a Szelf értékelései (Értékelés) dimenziókban

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	M_{pre}	M_{post}	Hatásméret (r)
Értékelés Ideális szelf	-0,34	0,73 (n.s.)	0,97	0,97	-
Értékelés Kontra Ideális szelf	-1,53	0,12 (n.s.)	-0,69	-0,61	-
Értékelés Jelenlegi szelf	-0,97	0,33 (n.s.)	0,32	0,48	-
Értékelés Múltbéli szelf-1	-0,59	0,55 (n.s.)	-0,68	-0,58	-
Értékelés Lehetséges szelf-1	-2,60	0,009**	-0,23	0,15	0,82
Értékelés Lehetséges szelf-2	-2,50	0,01**	-0,28	0,16	0,79
Értékelés Lehetséges szelf-3	-2,40	0,01**	-0,07	0,31	0,76
Értékelés Lehetséges szelf-4	-1,94	0,05 (n.s.)	0,23	0,47	-
Értékelés Lehetséges szelf-5	-1,58	0,11 (n.s.)	0,55	0,65	-
Értékelés Múltbéli szelf-2	-0,26	0,78 (n.s.)	-0,16	-0,16	-
Értékelés-5	-1,36	0,17 (n.s.)	0,72	0,87	-
Értékelés-6	-0,102	0,91 (n.s.)	-0,44	-0,43	-
Értékelés-7	-0,97	0,33 (n.s.)	0,15	0,36	-
Értékelés-8	-2,80	0,005**	0,05	0,37	0,89
Értékelés-9	-0,65	0,51 (n.s.)	0,53	0,55	-
Értékelés-10	-1,89	0,06 (n.s.)	0,29	0,50	-
Értékelés-16	-1,48	0,14 (n.s.)	0,30	0,48	-
Értékelés-17	-2,50	0,01**	-0,04	0,34	0,79
Értékelés-18	-2,09	0,04*	0,19	0,51	0,66
Értékelés-20	-0,56	0,58 (n.s.)	-0,76	-0,71	-

Sig. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Az identitásdiffúzió négy dimenzióban (dühös, feszült, komfortzónából kilépő, egyedül lévő szelf) változik szignifikánsan terápia után, alacsonyabb értékek felé, a hatásméret pedig e dimenziókban is nagy (identitásdiffúzió Lehetséges szelf-1: $Z = -2,07$; $p = 0,04$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,45$; $M_{post} = 0,29$; $r = 0,61$; identitásdiffúzió Lehetséges szelf-2: $Z = -2,24$; $p = 0,03$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,45$;

$M_{post} = 0,28$; $r = 0,71$; identitásdiffúzió Lehetséges szelf-3: $Z = -2,55$; $p = 0,01$; $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,42$; $M_{post} = 0,25$; $r = 0,81$; identitásdiffúzió Lehetséges szelf-4: $Z = -2,35$; $p = 0,02$ $p < 0,05$; $M_{pre} = 0,38$; $M_{post} = 0,23$; $r = 0,74$) (7. táblázat). Ez arra utal, hogy a szelf ezen állapotait a vizsgált személy egyértelműbbnek, kevésbé konfliktusosnak, így biztonságosabbnak ítéli meg.

7. táblázat. Eredmények az Identitásdiffúzió dimenziókban

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	M_{pre}	M_{post}	Hatásméret (<i>r</i>)
Identitásdiffúzió Ideális szelf	-1,36	0,17 (n.s.)	0,27	0,19	–
Identitásdiffúzió Kontra Ideális szelf	-1,07	0,28 (n.s.)	0,50	0,56	–
Identitásdiffúzió Jelenlegi szelf	-1,53	0,13 (n.s.)	0,37	0,25	–
Identitásdiffúzió Múltbéli szelf-1	0,00	1,00 (n.s.)	0,53	0,52	–
Identitásdiffúzió Lehetséges szelf-1	-2,07	0,04*	0,45	0,29	0,61
Identitásdiffúzió Lehetséges szelf-2	-2,24	0,03*	0,45	0,28	0,71
Identitásdiffúzió Lehetséges szelf-3	-2,55	0,01**	0,42	0,25	0,81
Identitásdiffúzió Lehetséges szelf-4	-2,35	0,02*	0,38	0,23	0,74
Identitásdiffúzió Lehetséges szelf-5	-1,68	0,09 (n.s.)	0,33	0,20	–
Identitásdiffúzió Múltbéli szelf-2	-0,56	0,57 (n.s.)	0,44	0,42	–

Sig. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Eredményeink mutatnak tendenciózus változásokat is, amelyek, ha a kis elemszámú mintán megjelennek, nagyobb mintán feltehetően erőteljesebben kirajzolódnak. Ilyen az ego-involváltság Ideális szelf dimenziója – „a lehető legjobb formában” ($Z = -1,86$; $p = 0,06$; $M_{pre} = 4,54$; $M_{post} = 4,88$); az ego-involváltság 18 dimenziója – „a terapeutáim/segítőim szerint én” ($Z = -1,89$; $p = 0,06$; $M_{pre} = 2,37$; $M_{post} = 3,29$) (lásd 5. táblázat); az értékelés Lehetséges szelf-4 dimenziója – „amikor egyedül vagyok” ($Z = -1,94$; $p = 0,05$; $M_{pre} = 0,23$; $M_{post} = 0,47$); és az értékelés 10 dimenziója – „a normik” ($Z = -1,89$; $p = 0,06$; $M_{pre} = 0,29$; $M_{post} = 0,50$) (6. táblázat).

MEGVITATÁS

Tanulmányunkban borderline személyiség-zavarral és szerhasználati zavarral/társfüggőséggel diagnosztizált páciensek mentalizációalapú terápiájának pilot-értékelését végeztük el az identitásstruktúra analízise

segítségével. Célunk egyfelől az volt, hogy megmutassuk, milyen többletet jelenthet a terápiás hatékonyság értékelése és a terápia folyamatértékelése során az ISA/Ipseus alkalmazása. Másfelől – különös tekintettel arra, hogy a mentalizációalapú terápia bevezetése is a kezdeti fázisában van Magyarországon – fontosnak tartottuk magát a vizsgált témát, és azt is, miképpen lehet azonosítani azokat a változásokat, amelyek már röviddel a terápia zárását követően megmutatkoznak. Egy ilyen korai fázisban a viselkedés változása még nem mindig azonosítható, nem stabil: érdemes nyomon követni a tapasztalatok értelmezésében és értékelésében bekövetkező változásokat, amelyek a későbbi viselkedésváltozást eredményezhetik: azaz sikerül-e – ahogyan ezt a gyakorló szakemberek némely esetben megfogalmazzák – „*elrontani a drogozást*”? Az identitás vizsgálata így válhat a terápiás eljárások értékelésének egy kulcsmozzanatává.

Eredményeink azt mutatták, hogy jelentős változások következtek be a szelf bizony-

talán és negatív érzelmi állapotainak értékelésénél. A vizsgált személyek pozitívabban értékelték a korábban még negatív önértékelést megtestesítő feszült és dühös állapotot, valamint az alacsony önértékeléssel járó, bizonytalan helyzeteket, próbatételeket megjelenítő „komfortzónát elhagyó” szelfállapotot. A terápia célkitűzéseivel teljes összhangban ezek a szelfállapotok így elfogadhatóbbá váltak a vizsgált személyek számára.

A külső entitások közül pozitívan változott az anya értékelése: annak biztos eldöntéséhez, hogy ez mivel lehet összefüggésben, a jelenlegi vizsgálat nem elegendő. Esetleges magyarázatként felmerülhet az érzelmi árnyalatok, az érzelmi kommunikáció hátterének jobb megértése. A mentalizáció, a szelfreflektív funkció javulását – ez az MBT-terápiák egyik legfontosabb célkitűzése – a metaperspektívák értékelésének változása jelezte. A szülői metaperspektíva pozitívabb értékelése a szülőkkel való viszony javulását, az elfogadást jelezheti.

A terapeuta metaperspektíva pozitívabb megítélése meglátásunk szerint emellett a terápiás kapcsolat fejlődését is demonstrálta. Fontos megjegyezni, hogy az értékelés nem a negatív tartományból a pozitívba vált (devalváció-omnipotencia), hanem a mérsékelt zónát éri el. Bár az értékelésben nem mutatkoztak szignifikáns különbségek, nőtt az ego involváltság a „reménykedő” szelf, és „a barátaim szerint én” metaperspektíva esetében, azaz ezek fontosabbá váltak a terápia előrehaladtával: előbbi a fejlődés mellett elköteleződést, az erősebb motivációkat alapozhatja meg, utóbbi a társas kapcsolatok javulását jelezheti. A szelfre és a külső személyekre vonatkozó értékelések nem szélsőséges mértékű, realisztikus javulása, ennek hátterében a mentalizáció fejlődése az

MBT-terápiától elvárható, és a pilot-vizsgálat alapján teljesülni is látszó eredmények. A mentalizációalapú terápia a jelenre fókuszál, ez lehet az egyik magyarázata annak, hogy a gyermekkori én értékelése nem változott szignifikáns mértékben. Másfelől, Stephenson és munkatársai (2001) vizsgálatában is a jelenre és jövőre fókuszáló kliensek felépülése volt sikereesebb.

A feszültség, a düh és ezekkel összefüggésben a váratlan helyzetek kiváltotta kontrollvesztett állapot olyan tényezők, amelyek megfelelő kezelése – együtt a remény jelentőségének erősödésével – kulcsfontosságú a Bateman és Fonagy (2008) által azonosított hosszabb távú eredmények eléréséhez (szuicidalitás csökkenése, sürgősségi ellátás/gyógyszeres kezelés/kórházi kezelés iránti igény mérséklődése, reintegráció a munka és a tanulás révén). A metaperspektívák összességében pozitív változása a mentalizáció, és ezen keresztül a társas kapcsolatok fejlődésére utal.

Az Ipseus alkalmazásának használatára megítélésünk szerint egyfelől a rugalmasság, az, hogy a keretszoftver érzékenyen követi a vizsgált populáció jellemzőit: kulturális sajátosságait, szóhasználatát, kulcsmetaforáit. A másik, hogy a terápiás folyamat közben elérhetővé tesz adatokat a változások dinamikájáról, és segítségével felmérhető, hogy milyen irányban halad a terápia. Sajátos többlet keletkezik abból, hogy látjuk a szelf állapotaiban és a szelf számára fontos kapcsolati dimenziókban végbemenő változásokat. A specifikáció elkészítése viszonylag hosszadalmas, több eltérő terület (akadémiai munkatársak, praxis) és diszciplína (pszichológia, etnográfia/antropológia, nyelvészet) együttműködését igényli, de a hosszadalmas előkészítésért bőven kárpótolnak az eszköz révén nyerhető adatok.

Az általunk kifejlesztett specifikáció néhány további finomítást igényel, mint például a jövőbeni szelf beemelése, és a kliensek visszajelzései alapján néhány ponton a szövegezés egyszerűsítése, árnyalása. Az eszközt kezdeti eredményeink, tapasztalataink alapján nagyobb mintán is célszerű lenne kipróbálni.

Az entitások száma az e vizsgálatban hangsúlyos exploratív, lehetséges szelfállapotok száma miatt volt eleve magas. Jól láthatóan más vizsgálatoknál is küzdenek ezzel a kérdéssel. Black és Weinreich (2004) klinikai vizsgálatában 26 entitás és 21 konstruktum, Harrisnél (2004) 25 entitás és 30 konstruktum, Saunderson és O’Kane (2004) specifikációjában 26 entitás és 21 konstruktum szerepel, ami megterhelő is lehet a vizsgálatban részt vevő személyek számára (Erskine és Ellis, 2017).

Természetesen ahhoz, hogy a specifikációt szélesebb körben, klinikai célokra alkalmazzuk, számos további lépésre lesz szükség. Harris (2004), aki egy klinikai eset elemzése során meggyőzően érvel az ISA alkalmazása mellett, a következő kérdések megválaszolását tartja szükségesnek, mielőtt klinikai döntéseket hoznánk az ISA módszerre is alapozva:

– Miképpen különíthető el az ismételt kitöltések során tapasztalható változatosság a klinikailag jelentős változásoktól? (Esetünkben erre az egyik lehetséges válasz az, hogy eredményeink erősen összhangban vannak azzal, amit az MBT alkalmazásától várhattunk).

– Pontosan milyen mértékű változás szükséges ahhoz, hogy a terápiás folyamatot sikeresnek ítéljük az identitással kapcsolatos problémák terén?

Természetesen a kérdések nem csupán az ISA, hanem bármilyen értékelő módszer alkalmazása mellett felmerülnek. E kérdésekre ebben az esetben is csak ismételt és szélesebb körben elvégzett vizsgálatok adhatják meg a választ, amelyeknek eredményeit egyéb, független módszerek segítségével is validáljuk. Ahhoz, hogy külön statisztikai próbák elvégzése nélkül, csupán az Ipseus vizuális eredményeinek, saját táblázatainak megtekintése alapján biztonságosan tájékozódni tudjunk a bekövetkezett változásokkal kapcsolatban, a programmal szélesebb körben, hosszabb ideje dolgozó szakemberek az itt vizsgált esetek legalább öt-hatszorosának bevonását javasolják a specifikáció véglegesítéséhez (McNeill és mtsai, 2018). Biztató, hogy vizsgálatunk eredményei összhangban vannak azokkal a más kutatásból nyert eredményekkel, amelyek alátámasztják a mentalizációalapú terápiák hatékonyságát. Mivel az MBT-terápia Magyarországon elterjedőben van, reméljük, hogy néhány éven belül megfelelő számú vizsgálati személy állhat rendelkezésünkre ahhoz, hogy a vizsgálatot nagyobb mintán és a hatékonyságra vonatkozó indikátorokkal összevetve, hosszabb utánkövetéssel vagy különböző pszichoterápiás eljárásokban részt vevő csoportok tagjait is összehasonlítva megismételhessük.

SUMMARY

IDENTITY FORMATION DURING MENTALIZATION BASED THERAPY. OUTCOME AND PROCESS
EVALUATION OF MENTALIZATION BASED THERAPY WITH CLIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS UTILIZING
THE IDENTITY STRUCTURE ANALYSIS APPROACH. A PILOT STUDY

Background and aims: Complex evaluation of psychotherapy/counselling may reveal initial results, quality and development of therapeutic interventions. As identity change is a frequent therapeutic goal, utilizing psychological methods is often rewarding. Our aim is to explore certain effects of Mentalization Based Therapy (MBT), concerning the dynamics and processes of identity change, and to assess potential benefits of using Identity Structure Analysis (ISA) in clinical contexts.

Methods: The goal of our pilot study is to evaluate Mentalization Based Therapy, a relatively new, evidence-based method by utilizing ISA. We explain how to build a specification of ISA's framework software, Ipseus; and what pieces of information clinicians may obtain by using Ipseus. We recorded and statistically analysed the data of ten respondents with substance use disorder/codependence and borderline personality disorder, who participated in MBT. Our hypotheses were related to central issues of MBT. We expected increased acceptance concerning negative emotional states and external relations.

Results: Our results show that positive changes occurred in the evaluation of strange situations, anger and stress. Evaluation of concerned others has improved, together with some progress in self-reflection.

Discussion: The use of ISA facilitates explorations on changes in clients' self-evaluations, identifications, counter-identifications, and attitudes towards relevant entities. Our results are coherent with expected transformations targeted during MBT. The limitation of the current pilot study is the small sample size. Further, in order to study effectiveness, a follow-up of 2–8 years and the introduction of other evaluation methods are necessary to compare the results with those of ISA.

Keywords: Mentalization Based Therapy (MBT), complex evaluation of psychotherapy, Identity Structure Analysis (ISA/Ipseus)

IRODALOM

ALLEN, A., BATEMAN, W., FONAGY, P. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kft., Budapest.

AMENTA, S., NOËL, X., VERBANCK, P., CAMPANELLA, S. (2013): Decoding of emotional components in complex communicative situations (irony) and its relation to empathic abilities in male chronic alcoholics: an issue for treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(2). 339–47.

ANDERSON, T. L. (1998): Drug identity change processes, race, and gender. I. Explanations of drug misuse and a new identity-based model. *Substance Use & Misuse*, 33(11). 2263–2279.

- B. ERDŐS, M., KELEMEN, G., SZIJÁRTÓ, L. (2015): A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában. *Szociális Szemle*, (8)1–2. 41–75.
- B. ERDŐS, M., KELEMEN, G., ROZGONYI, R., KÁRPÁTI, T., BORDA, V., VOJTEK, É. (2017): Az új pszichoaktív szerhasználat kérdése kapcsolathálózati megközelítésben. *Szociális Szemle*, 10(1). 45–60.
- BANNISTER, D., FRANSELLA, F. (1980): *Inquiring man: The psychology of personal constructs*. Penguin Books, Hammondsworth.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2008): 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5). 631–638.
- BERNE, E. (1984): *Emberi játsszák* (Hankiss Á. ford.). Gondolat Kiadó, Budapest.
- BEST, D., LAUDET, A. (2010): *The potential of recovery capital*. Royal Society for the Arts, London.
- BLACK, S., WEINREICH, P. (2004): An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 339–360.
- COHEN, J. E. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- DEMETROVICS, ZS. (2014): *Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások*. ELTE, Budapest. <http://real-d.mtak.hu/656/> (Letöltés ideje: 2016. 09. 15.)
- ERIKSON, E. H. (1968): *Identity: Youth and Crisis*. Norton, New York, NY.
- ERSKINE, A., ELLIS, R. (2017): *Evaluation of Ipseus results*. Training & workshop. 2017. augusztus 22. 4D Társadalomtudományi Egyesület, Pécs.
- FESTINGER, L. (2000): *A kognitív disszonancia elmélete* (Berkics M., Hunyadi A. ford.). Osiris Kiadó, Budapest.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002): *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press, New York, NY.
- GRANFIELD, R., CLOUD, W. (1999): *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press, New York, NY.
- GEREVICH J., BÁCSKAI E., KÓ N., RÓZSA S. (2001): Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(3). 292–307.
- HAMMACK, P. L. (2008): Narrative and the cultural psychology of identity. *Personality and Social Psychology Review*, 12(3). 222–247.
- HARRÉ, R. (1998): *The singular self. An Introduction to the psychology of personhood*. Sage, London.
- HARRIS, P. D. G. (2004): Identity formulation and reformulation in clinical assessment and therapy. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 299–310.
- HOGARD, E. (2007): Using consultative methods to investigate professional–client interaction as an aspect of process evaluation. *American Journal of Evaluation*, 28(3). 304–317.
- HOGARD, E. (2014): Evaluating the identity of program recipients using an identity exploration instrument. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 29(1). 1–35.

- KALÓ ZS, RÁCZ J. (2009): Metaforák és pszichoaktív anyaghasználat. *Korunk*, 20(7). <https://epa.oszk.hu/00400/00458/00151/indexfc29.html> (Letöltés ideje: 2019. 03. 15.)
- KÁRPÁTI T. (2017): *Mentalizáció és felépülés*. A szociális és szociológiai képzések elmúlt 25 éve Pécs. Nemzetközi konferencia, 2017. április 7., Pécs.
- KASSAI SZ., PINTÉR J. N., RÁCZ J. (2015): Addiktológiai területen dolgozó tapasztalatai szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. *Psychiatria Hungarica*, 30(4). 372–388.
- KASSAI, SZ., PINTÉR, J. N., RÁCZ, J. (2018): Szerhasználat és felépülés – az élmény és identitás kapcsolatának vizsgálata az interpretatív fenomenológiai analízissel. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(1). 111–121.
- KELEMEN G., B. ERDŐS M. (2010): Health learning as identity learning in the therapeutic community. *Addiktológia: Addictologia Hungarica*, 9(3). 216–225.
- KELLY, G. (1955): *The psychology of personal constructs*. Norton, New York, NY.
- KERNBERG, O. F. (2011): *Határeseti állapotok és patológiás nárcizmus*. Animula, Budapest.
- KHANTZIAN, E. J. (2011): Fine-tuning on Painful Affect and Relapse: A Group Vignette. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(3). 264–271.
- KIRK, S. A., GOMORY, T., COHEN, D. (2013): *Mad Science. Psychiatric Coercion, Diagnosis and Drugs*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ.
- KNAPEK É., KURITÁRNÉ SZABÓ I. (2014): A kodependencia fogalma, tünetei és a kialakulásában szerepet játszó tényezők. *Psychiatria Hungarica*, 29(1). 56–64.
- LÁNG, A. (2008): The Process of Psychotherapy form an Attachment Theory Perspective. In Lábadi, B. (ed.): *Cognition and interpretation. Pécs Studies in Psychology*. PTE-Pannónia, Pécs. 118–127.
- LÁSZLÓ, J., CSERTŐ, I., FÜLÖP, É., FERENCZHALMY, R., HARGITAI, R., LENDVAI, P., PÉLEY, B., PÓLYA, T., SZALAI, K., VINCZE, O., EHMANN, B. (2013): Narrative Language as an Expression of Individual and Group Identity: The Narrative Categorical Content Analysis. *SAGE Open*, (3)2. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244013492084>. (Letöltés ideje: 2019. 10. 10.)
- LAUDET, A. B. (2007): What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3). 243–256.
- LAUDET, A. B., WHITE, W. L. (2008): Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, 43(1). 27–54.
- LEVY, K. N., MEEHAN, K. B., KELLY, K. M., REYNOSO, J. S., WEBER, M., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. (2006): Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6). 1027–1040.
- MAGOR-BLATCH, L., BHULLAR, N., THOMSON, B., THORSTEINSSON, E. (2014): A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(4). 168–184.
- MALIVERT, M., FATSÉAS, M., DENIS, C., LANGLOIS, E., AURIACOMBE, M. (2012): Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1). 1–11.

- MCNEILL, C., ERSKINE, A., ELLIS, R., TRAYNOR, M. (2018): Developing nurse match: A selection tool for evoking and scoring an applicant's nursing values and attributes. *Nursing Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1002/nop2.183> (Letöltés ideje: 2019. 08. 08.)
- MEAD, G. H. (1973): *A pszichikum, az én és a társadalom* (Félix P. ford.). Gondolat, Budapest.
- MIDGLEY, N., BESSER, S. J., FEARON, P., WYATT, S., BYFORD, S., WELLSTED, D. (2019): The Herts and Minds study: feasibility of a randomised controlled trial of Mentalization-Based Treatment versus usual care to support the wellbeing of children in foster care. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617562/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 21.)
- NAGY Zs. (2018): *Az üveghegyen túl*. L'Harmattan, Budapest.
- PALINKAS, L. A., HORWITZ, S. M., GREEN, C. A., WISDOM, J. P., DUAN, N., HOAGWOOD, K. (2015): Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5). 533–544.
- PAPP, B., PÉLEY, B. (2015): Pszichoterápia és hatékonyság. *Orvosi Hetilap*, 156(4). 135–140.
- RÁCZ, J. (2006): *Kvalitatív droggutatók*. L'Harmattan, Budapest.
- SAUNDERSON, W. (2004): The city, gender and history. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 235–254.
- SAUNDERSON, W., O'KANE, M. (2004): Anorexia nervosa: Analysing identity for predisposing, precipitating and perpetuating factors. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 311–338.
- SIMICZ-FUTÓ K., JAKAB J., SUSENKA E., ÁGOSTON D., ROZGONYI R., KÁRPÁTI T. (2018): Mentalizáció-alapú terápiás gyakorlat Magyarországon. *Pszichoterápia*, 27(3). 205–214.
- SLOVÁK, P., THIEME, A., MURPHY, D., TENNENT, P., OLIVIER, P., FIZPATRICK, G. (2015): On Becoming a Counsellor: Challenges and Opportunities to Support Interpersonal Skills Training. CSCW, Vancouver. In Luigina, C., McDonald, D. W. (eds): *Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing*. ACM, New York, NY. 1336–1347.
- SPOONER, C., HETHERINGTON, K. (2004): *Social determinants of drug use*. Technical report no. 228, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney. <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.228.pdf> (Letöltés ideje: 2019. 08. 21.)
- STEPHENSON, G. M., LÁSZLÓ J., EHMANN B., LEFEVER, R. M. H., LEFEVER, R., POHÁRNOK M. (2001): Jelentős események naplójegyzetekben. A terápiás esemény szociolingvisztikai megfelelői szenvedélybetegeknél. In Kelemen, G., B. Erdős, M. (szerk.): *Az addiktológia horizontja*. Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Pécs. 155–183.
- SZÁDÓCZKY E., UNOKA Zs., RÓZSA S. (2004): SCID-II.: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére. Kézikönyv. OS Hungary, Budapest.
- TRULL, T. J., FREEMAN, L. K., VEBARES, T. J., CHOATE, A. M., HELLE, A. C., WYCOFF, A. M. (2018): Borderline Personality Disorder and substance use disorders: an updated review. *Border-*

- line Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(15). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6145127/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 03.)
- VANDERPLASSCHEN, W., VANDEVELDE, S., BROEKAERT, E. (2014): *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- WEINREICH, P. (2004a): Identity exploration: Theory into Practice. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 77–110.
- WEINREICH, P. (2004b): Identity Structure Analysis. In Weinreich, P., Saunderson, W. (eds): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY. 7–76.
- WEINREICH, P. (2010a): *A Guide to the generation of a well-constructed ISA instrument. Guidance for usage of the IPSEUS software*. http://www.identityexploration.com/uploads/files/ISA_identity_instrument_guide.pdf (Letöltés ideje: 2015. 09. 18.)
- WEINREICH, P. (2010b): *A Guide to the Interpretation of ISA results*. http://www.identityexploration.com/uploads/files/Interpretation_of_ISA_Results.pdf (Letöltés ideje: 2015. 09. 18.)
- WEINREICH, P., SAUNDERSON, W. (eds) (2004): *Analysing identity: Cross-cultural, societal and clinical contexts*. Routledge, London – New York, NY.
- WILLIAMS, I. L. (2014): Drug treatment graduation ceremonies: It's time to put this long-cherished tradition to rest. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(4). 445–457.