

Medikális családterápia az egészségügyi ellátásban: egy hazai integrált program bemeneti eredményei II. rész

Medical Family Therapy in Healthcare:

Baseline Findings from a Hungarian Integrated Program IInd part

Gyenis-Kátay Noémi^{1,2} ✉, Szauer András^{1,2}, Pongrácz Kornélia^{2,3}, Topolánszky Zsindely Katalin²

¹Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

²MRE Bethesda Gyermekkórház, Kora Gyermekkori Intervenció és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat (KIDSz)

³ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

✉ gyenis-katay.noemi@bethesda.hu

Jelen közlemény egy két cikkből álló témafeldolgozás második része, amely az első részben bemutatott medikális családterápiás elméleti kerethez kapcsolódva egy hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti eredményeit mutatja be. A vizsgálat autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok körében, a MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz program támogatásával, a Bethesda Kora Gyermekkori Intervenció és Diagnosztikai Szolgáltató (KIDSz) Pedagógiai Szakszolgálatában zajlott. A bemeneti adatfelvételben 80 család vett részt; az elemzések elsősorban az anyák és apák önkéntes kérdőíves adataira épültek. A családi működést a McMaster Family Assessment Device (FAD), a szubjektív jóllétet a WHO-5, az észlelt stresszt pedig a PSS-4 segítségével mértük. Az eredményeket a FAD esetében hazai validálási adatokhoz, a WHO-5 és a PSS-4 esetében pedig a Hungarostudy 2021 lakossági referenciaértékeihez viszonyítottuk. A családok már a terápiás ellátás kezdetén jelentős pszichés és családi terheléssel érkeztek. A FAD alskálái közül különösen a szerepek és az általános családi működés területe mutatott sérülékenységet, miközben a szülői jóllét kedvezőtlenebb, az észlelt stressz pedig magasabb volt a lakossági referenciaértékekhez képest. Az eredmények alátámasztják, hogy az egészségügyi környezetbe integrált, térítésmentes családterápiás ellátás releváns válasz lehet az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok komplex szükségleteire.

Kulcsszavak: medikális családterápia, autizmus spektrumzavar, családi működés, szülői stressz, integrált ellátás

This paper is the second part of a two-part series and presents baseline findings from a Hungarian programme integrated into a healthcare setting, building on the theoretical framework of medical family therapy outlined in the first paper. The study was conducted among families raising young children with autism and was implemented at the Bethesda Early Childhood Intervention and Diagnostic Service (KIDSz) Pedagogical Service,

with support from the MOL New Europe Foundation's Kozma Imre Child Healing Plus Programme. A total of 80 families participated in the baseline assessment; the analyses were based primarily on self-report questionnaire data provided by mothers and fathers. Family functioning was assessed using the McMaster Family Assessment Device (FAD), subjective well-being with the WHO-5 Well-Being Index, and perceived stress with the four-item Perceived Stress Scale (PSS-4). FAD scores were compared with Hungarian validation data, while WHO-5 and PSS-4 scores were compared with population reference values from the Hungarostudy 2021 survey. The families presented with substantial psychological and family-related burden at the outset of therapy. Among the FAD subscales, the Roles and General Functioning domains showed particular vulnerability, while parental well-being was lower and perceived stress was higher than the corresponding population reference values. These findings suggest that free-of-charge family therapy integrated into healthcare services may represent a relevant response to the complex needs of families raising young children with autism.

Keywords: medical family therapy, autism spectrum disorder, family functioning, parental stress, integrated care

BEVEZETÉS

A krónikus vagy tartós egészségi állapotok nem kizárólag az érintett személy testi és pszichés működésére hatnak, hanem a család egészének mindennapi életét, szereprendszerét, kapcsolati folyamatait és megküzdését is átalakíthatják. A családi működés ugyanakkor nem csupán következménye a betegségnek: befolyásolhatja a kezeléshez való alkalmazkodást, a terápiás együttműködést, az adherenciát, valamint a családtagok pszichés jóllétét és terheltségét is. Ez különösen jelentős gyermekkorban, amikor a kezelés, a gondozás és az ellátórendszerrel való kapcsolattartás nagyrészt a szülőkre és a családi rendszerre hárul.

A tanulmány első része a medikális családterápia elméleti alapjait, nemzetközi fejlődését és hazai alkalmazási lehetőségeit tekintette át [1]. Bemutatta, hogy a medikális családterápia a bio-pszicho-szocio-spirituális modellre és a családterápiás rendszerszemléletre építve a betegséget nem elszigetelt egyéni állapotként, hanem a beteg, a család és az egészségügyi ellátórendszer kölcsönhatásában értelmezi. Az elméleti áttekintés arra is rámutatott, hogy a családorientált szemlélet egészségügyi integrációja világos indikációs szempontokat, interdiszciplináris együttműködést és a helyi ellátási környezethez illeszkedő szolgáltatási modelleket igényel.

A medikális családterápia (Medical Family Therapy, MedFT) olyan biopszichoszociális és rendszerszemléletű megközelítés, amely a testi és pszichés betegségeket a családi kapcsolatrendszer és az ellátási kontextus összefüggésében értelmezi [2]. Jelen közlemény egy két részből álló témafeldolgozás második része. Míg az első tanulmány a medikális családterápia elméleti alapjait, egészségügyi alkalmazási lehetőségeit és hazai relevanciáját tekintette át, a jelen cikk egy hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti eredményeit mutatja be. A medikális családterápia ebben a keretben nem az orvosi, pszichológiai vagy fejlesztő ellátás alternatívája, hanem azokhoz kapcsolódó, családorientált kiegészítő támogatás. Célja, hogy az ellátóteam munkájához illeszkedve segítse a családi alkalmazkodást, mérsékelje a betegséghez kapcsolódó érzelmi, szervezési és kapcsolati terheket, valamint támogassa a család és az ellátórendszer közötti együttműködést.

A medikális családterápia empirikus vizsgálatai napjainkig döntően nemzetközi, elsősorban angolszász egészségügyi kontextusban jelentek meg, és gyakran az alapellátás, az integrált viselkedés-egészségügyi ellátás, valamint krónikus betegségek gondozásának területéhez kapcsolódnak. A MedFT szakirodalmát áttekintő tanulmányok szerint a kutatások és klinikai beszámolók között szerepelnek primer ellátási, diabetológiai, onkológiai, palliatív és más krónikus betegségekhez kapcsolódó alkalmazások is. A tágabb családorientált egészségügyi szakirodalom emellett arra utal, hogy a családtagok bevonása krónikus betegség esetén javíthatja a megküzdést, támogathatja a kezeléssel való együttműködést, és kedvezőbb pszichoszociális kimenetekkel járhat [3,4,5,6]. Mindezek alapján a jelen vizsgálat egy olyan hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti adatainak bemutatásával járul hozzá a szakirodalomhoz, amely a MedFT szemléletét gyermek-egészségügyi és korai intervenciók kontextusban alkalmazza.

A MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz programja [7] az alapítvány szociális pályázati konstrukciója, amelynek célja, hogy rendszerszemléletű, család-központú családterápiás intervenciók váljanak hozzáférhetővé olyan gyermekek és családtagjaik számára, akik szomatikus és/vagy pszichés hátterű betegségben/állapotban érintettek, a betegségből lábadoznak, vagy tartósan együtt élnek annak következményeivel. A program névadója Kozma Imre atya emlékét idézi, az általa képviselt gondoskodási és karitatív értékekre utalva. A pályázat olyan kezdeménye-

zéseket támogat, amelyek fekvő- vagy járóbeteg-szakellátást végző intézményekhez kapcsolódva, interdiszciplináris együttműködésben használják a családterápiás eszköztárat. A támogatás célja szakmai kapacitás (humán erőforrás) fejlesztés, és modellértékű ellátásfejlesztés, amely a családterápiás szolgáltatások integrációját segíti az egészségügyi ellátórendszerbe. A célcsoport elsősorban 18 év alatti, betegségben érintett gyermekek és a velük egy háztartásban élő közeli hozzátartozók; indokolt esetben fogyatékkal élő fiatalok 30 éves korig is bevonhatók. A vissza nem térítendő finanszírozás lehetővé teszi a térítésmentes családterápiás szolgáltatásokat és – szükség esetén – kiegészítő, rendszer-szemléletű csoportos foglalkozásokat.

Célkitűzés

A jelen közlemény célja, hogy a Bethesda Kora Gyermekkorai Intervenciók és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat autizmusban érintett családjaiknak mintáján bemutassa egy egészségügyi környezetbe integrált családterápiás program bemeneti jellemzőit és mérési protokollját. A hosszabb távú kutatási cél a medikális családterápia hazai, bizonyítékokon alapuló alkalmazásának megalapozása és fenntartható intézményi beágyazásának támogatása.

Ellátási környezet:

a Pedagógiai Szakszolgálat bemutatása

Az autizmus spektrumzavarral diagnosztizált gyermekek és családjaik családterápiás támogatását a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórházának (későbbiekben: Bethesda Gyermekkórház) szervezeti keretein belül működő Kora Gyermekkorai Intervenciók és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat végzi (továbbiakban: Bethesda KIDSz). A Bethesda KIDSz a 0–6 éves korosztály számára biztosít kapacitástól függően komplex állapotmegismerést és intervenciók ellátásokat, valamint a 2–5 éves korosztály számára 2012 óta szervez rendszeresen csoportos diagnosztikai heteket.

A Bethesda KIDSz működése jól értelmezhető a kora-gyermekkorai intervenció rendszerszemléleti kerete felől: Danis [8] hangsúlyozza, hogy a kisgyermek fejlődését és a család mindennapi működését egyidejűleg formálják a közeli (családi) és az intézményi-társadalmi környezet hatásai, ezért a hatékony támogatás fókuszában nem kizárólag a gyermek áll, hanem a szülők és a családot körülvevő szakmai team, valamint az együttműködő intézményi hálózat is.

E megközelítésből következik, hogy a korai ellátásokban egyszerre van jelen a szélesebb, univerzális szemlélet (a szülői kompetenciák és a támogató környezet erősítése), és a célzott beavatkozási utak kijelölése azoknál a családoknál, ahol diagnosztikailag megalapozottan atipikus fejlődési mintázat vagy mentális terhelés azonosítható. Danis [8] „differenciált univerzalizmus” kerete ezt a kettősséget ragadja meg: minden család számára fontos a szülőség támogatása, ugyanakkor a speciális szükségletekhez illesztett, célzott

szolgáltatások (szűrés, diagnosztika, nyomonkövetés és intervenciós utak) nélkülözhetetlenek.

Danis [8] kiemeli, hogy a gyermek fejlődésére a legerőteljesebb hatást a családi környezet és a szülői működés gyakorolja; ezért a szülők direkt támogatása a korai intervenció egyik legnagyobb hatásfokú „csatornája”. A Bethesda KIDSz-ben zajló családterápiás munka e logikához illeszkedve célul tűzi ki, hogy a szülők számára érthető és elfogadható keretet adjon a neurodiverzitás szemléletén keresztül az autizmus spektrumzavar értelmezéséhez, miközben kíséri a diagnózishoz kapcsolódó gyászfolyamatot (amely a gyermek tipikus fejlődésének és egészségének elgyászolását szolgálja), és támogatja a mindennapi megküzdést.

A Bethesda KIDSz-ben az autizmus spektrumzavar diagnózist kapó gyermekek számára vagy a diagnosztikai folyamatot követően nyílik lehetőség a családterápiás ellátás igénybevételére, vagy az autizmusban érintett gyermekkel dolgozó, terápiás munkát folytató gyógypedagógus, pszichiáter vagy egyéb szakember ajánlhatja ezt a lehetőséget. A medikális családterápiás intervenciók a kórházi ellátáshoz kapcsolódó interdiszciplináris együttműködésben valósulnak meg, amelyben a családterapeuták munkáját klinikai szakpszichológusok, pszichiáterek, gyermekgyógyászok, dietetikusok és az adott esetben releváns további szakemberek együttműködése támogatja. A beavatkozások az ellátási környezet profiljához és a célcsoport sajátosságaihoz igazodnak, kiemelt figyelmet fordítva a családi reziliencia, a testvérdinamikák és a diagnózishoz kapcsolódó normatív és nem normatív krízisek támogatására.

MÓDSZER

Kutatási design és adatfelvétel

A kutatás multicentrikus, longitudinális elrendezésű empirikus vizsgálat, amelynek célja a családterápiás folyamat során bekövetkező változások nyomon követése a családi működés, a pszichés jóllét és az észlelt stressz területén. A vizsgálat nem randomizált elrendezésű, az adatfelvétel a családterápiás ellátás folyamatához kapcsolódik.

Az adatgyűjtés három mérési ponton történik: T1 – bemeneti mérés: a családterápia első ülését megelőzően; T2 – köztes mérés: a hetedik családterápiás ülést követően; illetve T3 – záró mérés: a családterápiás folyamat lezárásakor. A három mérési pontból álló elrendezés lehetővé teszi a családi működés és az egyéni pszichés mutatók időbeli változásának vizsgálatát a családterápiás folyamat során.

A kutatás elsődleges mérési területe a családi működés, amelyet a McMaster Family Assessment Device (FAD) mér [9]. Kiegészítő vizsgálati változó a pszichés jóllét (WHO-5 [10]) és az észlelt stressz (PSS-4 [11]).

A részt vevő vizsgálati személyek családonként egy egyedi azonosító kódot kapnak (Family ID), amely az anonimitás megőrzése mellett lehetővé teszi az egyes mérési pontok adatainak, valamint a családtagoknak az összekapcsolását és a longitudinális követést. A kérdőívcsomagok kitöltése minden mérési pont esetében online, biztonságos adat-

gyűjtő felületen, a terápiás ellátás helyszínén, kontrollált körülmények között történik.

Az adatfelvétel több informátor bevonásával zajlik. A családterápiában részt vevő felnőtt családtagok és a 12 év feletti gyermekek önkitöltős kérdőívcsomagot töltenek ki a szülő/törvényes képviselő hozzájárulásával. A családterapeuták külön kérdőívben rögzítik a terápiás folyamat klinikai és strukturális jellemzőit, többek között az ülések számát, a részt vevő családtagokat, a hiányzásokat és a folyamatot befolyásoló tényezőket.

Jelen közlemény a multicentrikus kutatás egyik vizsgálati helyszínén, a Bethesda KIDSz-ben felvett bemeneti adatok (T1) elemzésére korlátozódik. Az elemzésbe azoknak a családoknak az adatai kerültek be, akik 2023. január 1. és 2026. január 14. között jelentkeztek családterápiás ellátásra az intézménybe, és az első terápiás ülést megelőzően kitöltötték a bemeneti kérdőívcsomagot. A teljes longitudinális kutatás adatfelvétele a vizsgált időszak lezárását követően is folytatódik.

A bemeneti mérés során a családi működést, a szubjektív pszichés jóllétet és az észlelt stresszt vizsgáltuk. A jelen tanulmány kizárólag e mérési pont leíró elemzését tartalmazza; a köztes és záró mérési pontokon rögzített adatok, valamint a családterápiás folyamat során bekövetkező változások elemzése nem képezik a közlemény tárgyát.

A vizsgált időszakban 80 család vett részt a bemeneti adatfelvételben. A Bethesda KIDSz mintájában az adatközlők elsősorban szülőpárok, mivel a gyermekek – és kevés kivétellel a testvérek is – 12 év alattiak. A kérdőívcsomagokat a családtagok online formában töltötték ki az első terápiás ülés alkalmával.

A kutatás a vonatkozó etikai előírások betartásával, önkéntes részvétel mellett, anonim módon zajlott, a TUKEB engedélyével (ügyiratszám: BM/6095-4/2023).

Minta és demográfia

A bemeneti (T1) mérési pont szociodemográfiai jellemzőit tekintve változónként eltérően hetvenkettő és hetvenhat ($n = 72-76$), 30 és 51 év közötti ($M = 41,6$ év, $SD = 5,7$ év) édesanya, valamint változónként eltérően, hetvenegy és hetvennégy ($n = 71-74$), 31 és 57 év közötti ($M = 43,4$ év, $SD = 5,8$ év) édesapa adatait elemeztük. A részt vevő családokban nevelt gyermekek száma a szülői beszámolók alapján az anyák körében $M = 1,80$ ($SD = 0,73$), az apák körében $M = 1,79$ ($SD = 0,78$) volt. A szülőkre vonatkozó további demográfiai jellemzőket az 1. táblázat szemlélteti. Az „apák” csoportjában egy olyan résztvevő is szerepelt, aki transz nőként azonosítja magát. Családi állapot szerint a válaszadók túlnyomó többsége házasságban, házastársával együtt él (anyák: 84,2%; apák: 87,3%); az élettársi kapcsolatban élők aránya 8–9% körüli, az egyedülálló vagy elvált státusz alacsony számban fordult elő, ezt részletesen az 1. táblázat mutatja be.

Összességében a bemeneti minta jellemzően magasabb iskolai végzettségű, városi–fővárosi és stabil párkapcsolati struktúrában élő családokat reprezentál, ami a mintavétel intézményi és hozzáférési sajátosságait is tükrözi.

Demográfiai változó	Szülők		
	Anyák (M1) n (%)	Apák (P1) n (%)	teljes n (%)
<i>Nem</i>			
férfi	0 (0,0%)	73 (98,6%)	73 (48,7%)
nő	76 (100,0%)	1 (1,4%)	77 (51,3%)
<i>Legmagasabb iskolai végzettség</i>			
8 általános	0 (0,0%)	3 (4,1%)	3 (2,0%)
szakiskola, szakmunkás-képző	7 (9,2%)	11 (15,1%)	18 (12,1%)
gimnázium	14 (18,4%)	16 (21,9%)	30 (20,1%)
főiskola, egyetem	53 (69,7%)	41 (56,2%)	94 (63,1%)
PhD, DLA	2 (2,6%)	2 (2,7%)	4 (2,7%)
<i>Lakóhely típusa</i>			
Budapest	53 (69,7%)	48 (64,9%)	101 (67,3%)
nagyváros	2 (2,6%)	2 (2,7%)	4 (2,7%)
kisváros	17 (22,4%)	19 (25,7%)	36 (24,0%)
falu	4 (5,3%)	5 (6,8%)	9 (6,0%)
<i>Családi állapot</i>			
házas, házastársával él	64 (84,2%)	62 (87,3%)	126 (85,7%)
házas, egyedül él	2 (2,6%)	2 (2,8%)	4 (2,7%)
élettársi kapcsolatban él	7 (9,2%)	6 (8,5%)	13 (8,8%)
egyedülálló, egyedül él	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (0,7%)
elvált, egyedül él	2 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)
elvált, újrَاهázasodott	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)

1. táblázat

A családok demográfiai jellemzői szülői szerepek szerint (saját szerkesztés)

Megjegyzés: N = 147-150. anyák (n = 76), apák (n = 71-74). A százalékok az adott változóra rendelkezésre álló érvényes kitöltések számához viszonyítva értendők; az esetleges hiányzó adatok miatt a részösszegek változónként eltérhetnek.

Mérőeszközök

Szülői kérdőívcsomag

A szülők által kitöltött kérdőívcsomag demográfiai kérdés-sort, önkitalós mérőeszközöket, rövidített páros megküzdés-tételeket [12], valamint egy nyitott erőforrás-kérdést tartalmazott. A demográfiai blokk a család alapvető szociodemográfiai jellemzőit rögzítette.

McMaster Family Assessment Device (FAD)

A családi működést a McMaster Family Assessment Device (FAD) 60 tételes magyar változatával mértük [9,13], amely hét alskálát tartalmaz (Problémamegoldás, Kommunikáció, Szerepek, Érzelmű reakcióképesség, Érzelmű bevonódás, Viselkedéskontroll, Általános családi működés). Az alskálák a családi működés különböző dimenzióit ragadják meg, például a problémák közös megoldásának módját, a kommunikáció egyértelműségét, a családtagok feladat- és felelősségmegosztását, az érzelmek kifejezésének és viszonzásának jellegét, az egymás iránti érdeklődés és bevonódás mértékét, a viselkedés szabályozásának családi mintázatait, illetve a család általános működésének minőségét. A válaszadás 4 fokú Likert-skálán történt (1 = teljes mértékben egyetért, 4 = egyáltalán nem ért egyet). A fordított irányú tételeket az útmutató szerint transzformáltuk, majd az alská-

lapontszámokat az alskálához tartozó tételek átlagaként képeztük. Egy alskálát érvénytelennek tekintettünk, ha a tételek legalább 40%-a hiányzott. A klinikai értelmezéshez az útmutatóban megadott küszöbértékeket (cut-off) alkalmaztuk [14]. A magyar változat pszichometriai jellemzőit hazai validálási eredmények is alátámasztják [13].

WHO Jóllét Kérdőív – rövidített változat (WHO-5)

A szubjektív jóllétet a WHO Jóllét Kérdőív 5 tételes változatával mértük [10], amely az elmúlt két hét pozitív hangulati és aktivitásbeli jellemzőit méri önbeszámoló alapján. A válaszadás 0–3 skálán történt („egyáltalán nem jellemző”–„teljesen jellemző”); a skála fordított tételt nem tartalmaz, a magasabb pontszám kedvezőbb jóllétet jelez (összpont: 0–15). Az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében az összpontszámot 0–20 tartományra transzformáltuk (összeg $\times 20/15$), összhangban a hazai Hungarostudy-közlések gyakorlatával. Kiszámítottuk a klinikai szűrésben gyakran alkalmazott ≤ 9 pontos küszöbérték (0–20 skálán) alá esők arányát is, ugyanakkor az értelmezést elsősorban a Hungarostudy 2021 referenciaértékeihez való viszonyításra alapoztuk [15].

Perceived Stress Scale – rövidített változat (PSS-4)

Az észlelt stresszt a Perceived Stress Scale 4 tételes változatával (PSS-4) mértük [16], amely a stresszhelyzetek szubjektív megélését és egyéni megítélését ragadja meg, és nem a stresszorok objektív jelenlétét méri. A PSS eredetileg 14 tételes mérőeszközként került kidolgozásra; a 10 és 4 tételes rövidített változatok megbízhatóságát és érvényességét több vizsgálat alátámasztja [17]. A magyar adaptációs eredmények alapján a PSS-4 belső megbízhatósága megfelelő (Cronbach- $\alpha \approx 0,79$), és a rövidített verziók erősen együtt járnak a teljes skálával [11]. A jelen adatfelvételben a tételek 0–4 skálán kerültek rögzítésre; a pozitívan megfogalmazott tételeket (2. és 3. tétel) fordítottuk, majd a tételek összegéből képeztük az összpontszámot (0–16). A PSS-4 pontszámot folytonos változóként értelmeztük; az országos referenciaértékekkel való összevetéshez a tételek átlagpontszámait is kiszámítottuk (összpont/4), hogy a PSS-10 adatokból képzett itemátlaggal összehasonlítható mutatót kapjunk.

Nyitott erőforrás-kérdés

A kérdőívcsomag része volt egy nyitott erőforrás-kérdés is („Az elmúlt két hétben mi jelentett Ön számára erőforrást?”), ennek elemzésére azonban a jelen közlemény nem tér ki.

Gyermek kérdőívcsomag (12 éves kortól)

A 12 év feletti gyermekek és fiatalok a FAD, a WHO-5, a PSS4 és az erőforrás-kérdőívet töltötték ki. Az instrukciók tegező formában szerepeltek a gyermek kérdőívcsomagban.

Terapeuta kérdőívek

A terapeuták által kitöltött kérdőívek a családterápiás folyamat objektív jellemzőit rögzítik (pl. alkalmak száma, rész

vevő családtagok, hiányzások, módosító tényezők); kitöltésük a folyamat elején és a lezáráskor történt.

Elemzési terv

A jelen közlemény a bemeneti (T1) adatfelvétel adataira épül; az elemzések leíró jellegűek voltak. A szülői (anya/apa) kitöltésekre külön-külön, valamint összevontan is közöltünk elemszámot, átlagot és szórást (illetve szükség esetén mediánt és interkvartilis terjedelmet), továbbá a klinikai értelmezést segítő küszöbértékek alá/fölé esők arányát (FAD alskálák: útmutató szerinti cut-off; WHO-5: ≤9 pont a 0–20-as skálán). A FAD alskálapontszámokat a hazai validálási eredményekhez [13], míg a WHO-5 jóllétet és a stresszmutatókat a Hungarostudy 2021 adataihoz viszonyítottuk. A PSS-4 esetében az összpontszám (0–16) mellett itemátlagot (összpont/4) is számoltunk, hogy a PSS-10 vizsgálatokban gyakran közölt itemátlagokkal összevethető mutatót kapjunk. Az adatok elemzéséhez a JASP 0.95.4 verziójú programot használtuk [18].

EREDMÉNYEK

FAD

A bemeneti (T1) időpontban a FAD alskálák leíró statisztikáit az anyák (M1) és apák (P1) kitöltései alapján külön-külön közöljük (2. táblázat). A pontszámok 1–4 tartományban értelmezhetők, ahol a magasabb érték kedvezőtlenebb családi működést jelez. Az anyák körében a legmagasabb átlagpontszám a Szerepek (RL) alskálán jelentkezett (M = 2,35; SD = 0,57), és ezen az alskálán volt a legnagyobb a klinikai cut-off feletti arány is (47,4%). Az apák esetében szintén a Szerepek (RL) alskálán mutatkozott a legmagasabb átlag (M = 2,19; SD = 0,47), míg a klinikai cut-off feletti arányok közül a General Functioning (GF) alskála emelkedett ki (45,8%). A legalacsonyabb átlagpontszám mindkét szülői csoportban a Viselkedéskontroll (BC) alskálán volt megfigyelhető (anyák: M = 1,69; apák: M = 1,74).

WHO jóllét

A bemeneti (T1) időpontban a szubjektív jóllétet a WHO Jóllét Skála 5 tételes változatával (WB1–WB5) mértük. A tételek az adatfelvételben 0–3 ponton kerültek rögzítésre, így a nyers összpontszám 0–15 tartományú. A baseline leíró elemzésben csak a teljesen kitöltött (mind az 5 tételre válaszoló) kérdőíveket vettük figyelembe. Az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében 0–20-as skálára transzformált WHO-5 összpontszám átlaga az anyáknál 8,39 (SD = 3,36), az apáknál 9,37 (SD = 3,14) volt. A Hungarostudyban alkalmazott ≤9 pontos (0–20 skálán értelmezett) küszöb alapján a kockázati tartományba az anyák 56,9%-a, az apák 34,2%-a esett. Összevetésként, a Hungarostudy lakossági adataiban a WHO-5 átlagpontszám nők körében 10,66, férfiak körében 11,32; a kockázati tartomány aránya rendre 17,2% és 11,2% volt, amihez képest a jelen klinikai mintában alacsonyabb jóllét és magasabb kockázati arány figyelhető meg. A részletes leíró adatokat és elemszámot a 3. táblázat szemlélteti.

A bemeneti (T1) időpontban az észlelt stresszt a PSS-4 (Perceived Stress Scale – 4 tételes változat) segítségével mértük (PSS1–PSS4). Az országos referenciaadatokkal való összevetést az eltérő tételszám miatt nem az összpontszámok, hanem az itemátlag (0–4) szintjén végeztük: a PSS-4 itemátlagot a PSS-4 összpontszám/4, míg a Hungarostudy 2021-ben közölt PSS-10 itemátlagot a PSS-10 összpontszám/10 képlettel számítottuk. A PSS-4 összpontszám átlaga az anyáknál 8,11 (SD = 2,73), az apáknál 6,20 (SD = 2,65) volt; ez itemátlagra átszámítva az anyáknál 2,03, az apáknál 1,55 értéket jelentett. Összevetésként a Hungarostudy 2021 lakossági adataiban a PSS-10 átlagpontszám nők körében 14,24, férfiak körében 13,73 volt [15], ami itemátlagra átszámítva 1,42 és 1,37 pontnak felel meg; ehhez képest a jelen klinikai mintában mindkét szülői csoportban magasabb észlelt stressz figyelhető meg. A PSS-4 esetében standard klinikai küszöbérték nem áll rendelkezésre, ezért az értelmezést a referenciaadatokkal való összevetésre és a leíró mutatókra alapoztuk. A részletes leíró adatokat a 4. táblázat mutatja be.

Alskála	Cut-off	Anyák (M1)		Apák (P1)	
		n (%)	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)
Problémamegoldás (PS)	2.2	26 (34,2%)	2,07 (0,59)	16 (22,2%)	1,93 (0,57)
Kommunikáció (CM)	2.2	24 (31,6%)	1,99 (0,60)	26 (36,1%)	1,95 (0,54)
Szerepek (RL)	2.3	36 (47,4%)	2,35 (0,57)	24 (33,3%)	2,19 (0,47)
Érzelmi válaszkészség (AR)	2.2	24 (31,6%)	2,04 (0,79)	27 (37,5%)	2,01 (0,64)
Érzelmi bevonódás (AI)	2.1	19 (25,0%)	1,93 (0,55)	20 (27,8%)	1,90 (0,45)
Viselkedéskontroll (BC)	1.9	21 (27,6%)	1,69 (0,46)	19 (26,4%)	1,74 (0,43)
Általános működés (GF)	2.0	34 (44,7%)	2,00 (0,63)	33 (45,8%)	1,93 (0,56)

2. táblázat
A FAD alskálák pontszámainak küszöbérték szerinti eloszlása és leíró statisztikája anyák (M1) és apák (P1) szerint (saját szerkesztés)
Megjegyzés: N = 148, anyák (n = 76), apák (n = 72), Mean = átlag, SD = szórás. A FAD alskálák pontszámai 1–4 tartományban értelmezhetők, ahol a magasabb érték kedvezőtlenebb családi működést jelez. A „cut-off felett” oszlop az alskálaként megadott klinikai határértéket elérő vagy meghaladó pontszámok arányát mutatja (PS/CM/AR ≥ 2,20; RL ≥ 2,30; AI ≥ 2,10; BC ≥ 1,90; GF ≥ 2,00).

Csoport	n	Mean	SD	≤9 pont n (%)	Hungarostudy 2021 átlag	Hungarostudy 2021 ≤9 (%)
Anyák (M1)	72	8,39	3,36	41 (56,9%)	10,66	17,2
Apák (P1)	73	9,37	3,14	25 (34,2%)	11,32	11,2

3. táblázat

WHO-5 baseline anyák és apák esetében – összevetés a Hungarostudy 2021 adatokkal (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 145. Mean = átlag, SD = szórás, WHO-5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat. A WHO-5 tételei a vizsgálatban 0–3 ponton kerültek rögzítésre (nyers összeg 0–15), ezért az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében az összpontszámot 0–20 tartományra transzformáltuk (összeg × 20/15). A „≤9 pont” küszöb a 0–20 skálán értelmezett határérték; a „≤9 pont (%)” oszlop az ebbe a tartományba esők arányát mutatja.

Csoport	Mutató	n	Mean	SD	Skála	Hungarostudy 2021 itemátlag	Referenciaskála
Anyák (M1)	PSS-4 összpont (fordítás után)	74	8,11	2,73	0–16	—	—
Anyák (M1)	Itemátlag (összpont/4)	74	2,027	0,682	0–4	1,424 (PSS-10 átlag: 14,24)	0–4 (PSS-10)
Apák (P1)	PSS-4 összpont (fordítás után)	74	6,20	2,65	0–16	—	—
Apák (P1)	Itemátlag (összpont/4)	74	1,551	0,663	0–4	1,373 (PSS-10 átlag: 13,73)	0–4 (PSS-10)

4. táblázat

Észlelt stressz baseline anyák és apák esetében – összevetés Hungarostudy 2021 adatokkal (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 148. Mean = átlag, SD = szórás, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat. Az itemátlag az összpont/4; a Hungarostudy 2021-ben közölt itemátlagok a PSS-10 skálára vonatkoznak, ezért az összevetés közelítő jellegű.

A belső konzisztenciát jelző megbízhatósági mutatók (Cronbach- α) alapján a WHO-5 és a PSS-4 skálák megbízhatósága megfelelő volt. A FAD alszála az α -értékek heterogén képet mutattak, és több alszála alacsonyabb belső konzisztencia volt megfigyelhető, ami a nemzetközi adaptációs vizsgálatokban is jelzett, egyes alszálaikat érintő pszichometriai korlátokkal összhangban áll [19]. Az anyák és apák almintáira vonatkozó leíró értékeket az 5. és 6. táblázat tartalmazza.

MEGBESZÉLÉS

A jelen vizsgálat célja az volt, hogy egy egészségügyi környezetbe integrált családterápiás program bemeneti mintázatait írja le autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok körében. A bemeneti adatok alapján láthatjuk, hogy a családok számottevő pszichés és családi terheléssel lépnek az ellátásba. A családi működés területén (FAD) mind az anyák, mind az apák körében a Szerepek alszála mutatta a legkedvezőtlenebb átlagértékeket, és az anyák esetében ezen a területen volt a legmagasabb a klinikai határérték feletti arány is (2. táblázat). Ez az alszála elsősorban a mindennapi szervezési feladatok, felelősségek, gondozási szerepek és ezek családon belüli működésének hatékonyságát méri, ezért az eredmények arra utalhatnak, hogy a családok terheltsége különösen ezeken a területeken jelenik meg. Az eltérő idegrendszeri fejlődés felismerése és az autizmusdiagnózis kimondása egyfelől megkönnyebbülést hozhat a szülők számára, mivel új értelmezési keretet ad a gyermek működéséhez, másfelől azonban a családi működés átrendeződésével, fokozott gondozási és logisztikai terhekkel is együtt járhat. A mindennapok megszervezése, a fejlesztésekhez való alkalmazkodás és az új szülői kompetenciák elsa-

játítása így jelentős többletterhet róhat a családra. Az apák válaszai alapján az Általános családi működés alszála volt a legnagyobb a klinikai tartományba esők aránya (2. táblázat). Ez arra utal, hogy a családok sérülékenysége a belépéskor elsősorban nem egyetlen szűken vett működési területre koncentrálódik, hanem a mindennapi feladatok, felelősségek és az általános családi egyensúly szintjén jelenik meg. Ezzel szemben a Viselkedéskontroll alszála mutatkozott a legkedvezőbb értékek, ami arra utalhat, hogy a családok saját megítélésük szerint kevésbé a szabályok és határok területén, inkább a szereposztás és a működés egészének összehangolásában élnek meg nehézségeket. Az apák almintájában az Általános működés alszála és az észlelt stressz között közepes erősségű, szignifikáns kapcsolat mutatkozott ($r = 0,47$; 6. táblázat), ami arra utalhat, hogy a családi működés globális megítélése náluk szorosabban kapcsolódik a szubjektív pszichés terheltséghez. Bár ebből az adatból oksági következtetés nem vonható le, az eredmény klinikailag releváns, és támogatja azt a szemléleti feltevést, hogy a családi működés fontos fókuszterület lehet a medikális családterápiás ellátásban.

A szülői pszichés állapot mutatói ezt a képet tovább árnyalják. A WHO-5 alapján mindkét szülői csoport szubjektív jólléte kedvezőtlenebb volt a Hungarostudy 2021 referenciaértékeinél, és különösen az anyák esetében magas a kockázati tartományba esők aránya. Ugyanez a mintázat az észlelt stressz esetében is megjelent: a PSS-4 itemátlaga mindkét csoportban meghaladta a lakossági referenciaértékeket, az anyák terheltsége pedig az apákénál is magasabbnak mutatkozott. A bemeneti profil tehát nem pusztán azt jelzi, hogy az autizmusban érintett gyermekek családjai segítséget kérnek, hanem azt is, hogy a segítségkérés időpontjában a szülői rendszer teherbírása sok esetben már eleve csökkent.

	Min	Max	Mean	SD	Ferdeség	Csúcsság	Alpha	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. FAD_PS	1,00	3,67	2,07	0,59	0,52	0,16	0,81	—								
2. FAD_CM	1,44	3,11	2,25	0,38	0,28	-0,23	0,48	0,77**	—							
3. FAD_RL	1,27	3,36	2,34	0,41	0,23	-0,09	0,64	0,50**	0,33	—						
4. FAD_AR	1,17	3,50	2,07	0,58	0,51	-0,46	0,66	0,79**	0,72**	0,40**	—					
5. FAD_AI	1,14	3,29	1,93	0,43	0,90	0,47	0,53	0,45**	0,30	0,47**	0,43**	—				
6. FAD_BC	1,11	2,56	1,75	0,35	0,47	-0,45	0,45	0,50**	0,30	0,38**	0,26	0,46**	—			
7. FAD_GF	1,33	3,58	2,07	0,50	1,09	1,14	0,81	0,84**	0,73**	0,67**	0,76**	0,66**	0,49**	—		
8. WHO5	2,00	13,00	6,29	2,52	0,45	-0,37	0,74	-0,25	-0,29	-0,14	-0,20	0,00	-0,07	-0,14	—	
9. PSS4	2,00	16,00	8,11	2,73	0,09	-0,05	0,80	0,21	0,31	0,31	0,24	0,07	0,05	0,26	-0,47**	—

5. táblázat

Skálák leíró jellemzői – FAD, WHO-5, PSS-4 – anyák (M1) baseline (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 150. Mean = átlag, SD = szórás, FAD_PS = Family Assessment Device Problémamegoldás alskála, FAD_CM = Family Assessment Device Kommunikáció alskála, FAD_RL = Family Assessment Device Szerepek alskála, FAD_AR = Family Assessment Device Érzélményválaszkészség alskála, FAD_AI = Family Assessment Device Érzélménybevonódás alskála, FAD_BC = Family Assessment Device Viselkedéskontroll, FAD_GF = Family Assessment Device Általános működés, WHO5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat.

**p < 0,001 (p = 0,05/36, Bonferroni korrekcióval)

	Min	Max	Mean	SD	Ferdeség	Csúcsság	Alpha	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. FAD_PS	1,00	4,00	1,93	0,57	1,05	1,88	0,87	—								
2. FAD_CM	1,44	3,11	2,21	0,35	0,35	0,20	0,41	0,64**	—							
3. FAD_RL	1,36	3,18	2,21	0,35	0,30	0,67	0,55	0,61**	0,40**	—						
4. FAD_AR	1,33	3,17	2,05	0,48	0,25	-0,78	0,54	0,63**	0,51**	0,32	—					
5. FAD_AI	1,14	3,14	1,97	0,36	0,78	1,04	0,47	0,44**	0,19	0,40**	0,47**	—				
6. FAD_BC	1,11	2,89	1,80	0,37	0,67	0,32	0,58	0,66**	0,42**	0,49**	0,43**	0,31	—			
7. FAD_GF	1,33	3,50	2,01	0,46	0,88	0,61	0,81	0,87**	0,63**	0,67**	0,67**	0,54**	0,60**	—		
8. WHO5	2,00	14,00	7,03	2,36	0,48	0,41	0,72	-0,04	-0,14	-0,12	-0,03	-0,03	-0,14	-0,10	—	
9. PSS4	2,00	12,00	6,20	2,65	0,26	-0,82	0,71	0,36	0,19	0,36	0,23	0,20	0,36	0,47**	-0,36	—

6. táblázat

Skálák leíró jellemzői – FAD, WHO-5, PSS-4 – anyák (M1) baseline (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 150. Mean = átlag, SD = szórás, FAD_PS = Family Assessment Device Problémamegoldás alskála, FAD_CM = Family Assessment Device Kommunikáció alskála, FAD_RL = Family Assessment Device Szerepek alskála, FAD_AR = Family Assessment Device Érzélményválaszkészség alskála, FAD_AI = Family Assessment Device Érzélménybevonódás alskála, FAD_BC = Family Assessment Device Viselkedéskontroll, FAD_GF = Family Assessment Device Általános működés, WHO5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat.

**p < 0,001 (p = 0,05/36, Bonferroni korrekcióval)

Klinikai szempontból ez azért különösen lényeges, mert a családterápiás folyamat nem „semleges” kiindulópontból indul, hanem olyan helyzetből, amelyben a szerepelosztás aránytalanságaiból fakadó túlterheltség, a fokozott stressz és a jóllét csökkenése a terápiás együttműködésre is hatással lehet. Ez a kiinduló állapot részben a diagnózist követő korai időszak sajátosságaival is összefügghet: a családnak jelentést kell adnia az új helyzetnek, újra kell szerveznie a mindennapi működést, alkalmazkodnia kell a gyermek megváltozott vagy új módon értelmezett szükségleteihez, valamint tájékozódnia kell az ellátórendszerben és annak elvárásai között. A diagnózist követő időszak ezért nemcsak gyakorlati, hanem emocionális értelemben is jelentős alkalmazkodási terhet hordozhat, ami összefügghet a jelen vizsgálatban megjelenő bemeneti pszichés terheltséggel.

Az eredmények egyúttal néhány fontos terápiás fókusz is kijelölnek. Ilyen lehet a családon belüli szerepek és felelőségek újraszervezésének támogatása, a mindennapi logisztikai és gondozási terhek egyenletesebb megosztásának elősegítése, a szülők közötti kommunikáció és közös megküzdés erősítése, valamint a szülői pszichés terheltség csökkentését szolgáló intervenciók beépítése. A medikális családterápiás szemléletben különösen fontos lehet, hogy a tünetekhez vagy diagnózishoz kapcsolódó kérdések ne kizárólag a gyermek szintjén jelenjenek meg, hanem a családi rendszer alkalmazkodási folyamataival együtt kerüljenek feldolgozásra.

A bemeneti eredmények ugyanakkor társadalmi és ellátásszervezési szempontból is értelmezhetők. A minta túlnyomórészt magasabb iskolai végzettségű, városi–fővárosi, stabil párkapcsolati struktúrában élő családokból állt. Ez részben tükrözheti a Bethesda KIDSz intézményi beágyazottságát és vonzáskörzetét, de arra is felhívja a figyelmet, hogy még térítésmentes, egészségügyi környezetbe integrált ellátás esetén sem feltétlenül a legsérülékenyebb társadalmi helyzetű családok jutnak el legnagyobb arányban a szolgáltatásig. A jelen eredmények ezért nemcsak a belépő családok terheltségéről, hanem a hozzáférés szelektivitásáról is információt adnak. Különösen figyelemre méltó, hogy az Általános működés alszála a klinikai tartományba esők aránya egy viszonylag kedvezőbb erőforrásokkal jellemezhető mintában is magas volt. Ez arra utal, hogy az autizmusdiagnózishoz és a hozzá kapcsolódó családi alkalmazkodáshoz társuló megterhelés jelentős lehet még kedvezőbb szociodemográfiai helyzetű családok esetében is. A program értéke ebben a keretben kettős: egyrészt mentális egészségi szempontból releváns szükségletre válaszol, másrészt modellértékű példája annak, hogy a családterápia egészségügyi intézményi keretben is megszervezhető. Ugyanakkor a szélesebb körű elérés kérdése a későbbi fejlesztések fontos iránya marad.

Az eredmények értelmezése során a mérőeszközök sajátosságait is figyelembe kell venni. A WHO-5 és a PSS-4 megbízhatósága megfelelőnek bizonyult, a FAD alszála esetében azonban heterogén belső konzisztencia mutatkozott, ami összhangban áll a nemzetközi adaptációs vizsgálatokban

korábban leírt pszichometriai korlátokkal. Ez különösen fontos a finomabb alszála-különbségek értelmezésekor: a jelen közleményből elsősorban nem az egyes FAD-dimenziók rangsorának erős állításai, hanem a bemeneti családi terheltség összképe vonható le nagyobb biztonsággal. A vizsgálat fő értéke az, hogy egészségügyi ellátási környezetben mutatja be az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok pszichés terheltségének és családi működésének bemeneti jellegzetességeit.

KÖVETKEZTETÉSEK

A bemeneti eredmények alapján az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok egy jelentős része erős pszichés terheléssel és a családi működés több területét érintő sérülékenységgel érkezik a családterápiás ellátásba. A családi működésben leginkább a szerepek és az általános működés területe tűnt érzékenynek, miközben a szülői jóllét kedvezőtlenebb, az észlelt stressz pedig magasabb volt a Hungarostudy 2021 által mért lakossági referenciaértékekhez képest. Az eredmények arra utalnak, hogy az egészségügyi környezetbe integrált családterápiás programokban már a belépéskor indokolt figyelmet fordítani a szülői terheltségre és a családi működés szerveződési kérdéseire [15].

A jelen vizsgálat egyúttal azt is jelzi, hogy a térítésmentes, intézményi keretben működő családterápiás ellátás indokolt és szükséges válasz lehet az autizmusban érintett családok komplex szükségleteire. A hosszabb távú követéses adatok dönthetik el, hogy a bemeneti mintázatok milyen változást mutatnak a terápiás folyamat során, és mely alszála reagálnak leginkább az intervencióra. A program további vizsgálata ezért nemcsak klinikai, hanem ellátásfejlesztési szempontból is indokolt.

Korlátok

A vizsgálat egészségügyi ellátási környezetben zajlott, randomizáció nélkül, ezért az eredmények elsősorban leíró jellegűek, és nem teszik lehetővé oksági következtetések levonását. Az adatfelvétel online, önkitöltős formában történt, ami növelheti a válaszadási torzítás lehetőségét, továbbá az intézményi mintavétel sajátosságai is befolyásolhatták a kapott eredményeket. A minta szociodemográfiai összetétele és az, hogy az adatfelvétel egyetlen intézmény, a Bethesda KIDSz ellátási kontextusában zajlott, korlátozza az eredmények általánosíthatóságát más klinikai vagy társadalmi csoportokra.

További korlátot jelent, hogy a Bethesda KIDSz mintájában a gyermekek többsége 12 év alatti volt, ezért a gyermekönbeszámoló csak elemzésre alkalmatlan mennyiségben álltak rendelkezésre. A bemeneti mérés pillanatfelvétel-jellegű, így az értékeket az ellátásba kerülés időzítése és az aktuális élethelyzeti terhelés is befolyásolhatta. A családi működést és a szülői megterheltséget várhatóan a gyermek tüneteinek súlyossága, valamint az esetleges komorbiditás is alakítja, ezek standardizált, kvantitatív bevonása azonban a jelen elemzésben nem jelent meg.

Módszertani szempontból óvatosságot igényel az észlelt stressz lakossági adatokkal való összevetése is, mivel ez eltérő tételszámú mérőeszközök (PSS-4 vs. PSS-10) alapján, itemátlag szinten történt, ezért az összehasonlítás csak közelítő jellegű. Végül az egyes alcsoportok közötti összehasonlításokat a rendelkezésre álló elemszámok is korlátozták, így például az eltérő iskolázottságú családok szükségleteinek pontosabb megértéséhez további, célzott adatgyűjtésre van szükség.

Anyagi támogatás

A közlemény alapjául szolgáló adatfelvétel és a családterápiás ellátás megvalósítása a MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz programjának támogatásával történt.

Érdekeltségek

A szerzők kijelentik, hogy a kézirat benyújtását megelőző három évben a közlemény tartalmát befolyásoló pénzügyi, személyes vagy egyéb összeférhetlenségük nem áll fenn.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a Bethesda KIDSz intézményvezetőjének, családterapeuta és gyógypedagógus munkatársainak a program megvalósításában és az adatfelvétel szervezésében nyújtott együttműködésükért, valamint a vizsgálatban részt vevő családoknak a részvételükért. Külön köszönet illeti John Balázst az adattisztításban nyújtott segítségért.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Gyenis-Kátay N, Szauer A: Medical family therapy in healthcare: Theoretical framework and international practice, Part I [Medikális családterápia az egészségügyi ellátásban: elméleti keret és nemzetközi tapasztalatok I. rész]. IME. 2026; 25: 38-44. [Hungarian]
<https://doi.org/10.53020/IME-2026-205>
- [2] Doherty WJ, Mendenhall TJ: Medical family therapy [Medikális családterápia]. Pszichoterápia. 2024; 33: 25-40. [Hungarian]
- [3] Tyndall LE, Hodgson JL, Lamson AL, et al.: Medical family therapy: A theoretical and empirical review. Contemp Fam Ther. 2012; 34: 156-170.
<https://doi.org/10.1007/s10591-012-9183-9>
- [4] Lamson AL, Hodgson JL, Limon F, Feng C: Medical family therapy in rural community health: A longitudinal "peek" into integrated care successes. Contemp Fam Ther. 2022; 44: 29-43.
<https://doi.org/10.1007/s10591-021-09626-1>
- [5] Martire LM, Lustig AP, Schulz R, et al.: Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. Health Psychol. 2004; 23(6): 599-611.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.599>
- [6] Hodgson JL, McCammon SL, Anderson RJ: A conceptual and empirical basis for including medical family therapy services in cancer care settings. Am J Fam Ther. 2011; 39(4): 348-359.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2010.537944>
- [7] MOL – Új Európa Alapítvány: Kozma Imre Child Healing Plus Programme 2026 [Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz Program 2026].
<https://molujeuropaalapitvany.hu/palyazatok/szocialis/kozma-imre-gyermekgyogyito-plusz-program-2026> [megtekintve: 2026. június 14.]. [Hungarian]
- [8] Danis I: The place of infant and early childhood mental health in the fields of early childhood intervention [A csecsemő- és kisgyermekkor lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkor intervencióban]. Gyógypedagógiai Szemle. 2015; 43: 100-116. [Hungarian]
- [9] Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS: The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther. 1983; 9: 171-180.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- [10] Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M: Validation of the short, five-item version of the WHO Well-Being Scale based on the Hungarostudy 2002 national population health survey [A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján]. Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 247-255.
<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8> [Hungarian]
- [11] Stauder A, Konkoly Thege B: Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale [Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői]. Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 203-216.
<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4> [Hungarian]
- [12] Martos T, Tóth-Vajna R, Sallay V: Dyadic Coping Inventory [Páros Megküzdés Kérdőív]. In: Horváth Z, Urbán R, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs (eds.): Questionnaire methods in clinical and health psychology research and practice I [Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.]. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2022, pp. 253-258. [Hungarian]
- [13] Danis I, Gervai J, Tóth I, Kurimay T, Török Sz: Validation and psychometric properties of the Family Assessment Device in Hungary. Poster presentation P11. 11th Conference of the European Family Therapy Association: Systemic Resonances and Interferences, Ljubljana, Slovenia, 7-10 September 2022.
- [14] Los Angeles County Department of Mental Health: FAD Quick Guide: McMaster Family Assessment Device. 2015.
<https://dmhoma.pbworks.com/w/file/attach/97996663/FAD%20Quick%20Guide%2007152015.pdf> [megtekintve: 2026. június 14.].

- [15] Engler Á, Purebl Gy, Susánszky É, Székely A (eds.): Mental health in Hungary 2021: Family – health – community [Magyar lelkiállapot 2021: Család – egészség – közösség]. Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, Budapest, 2022. [https://www.koppmariain-
tezet.hu/books25/HU/2022/Magyar_lelkiállapot_Hungaro
study_book_-ebook.pdf](https://www.koppmariain-
tezet.hu/books25/HU/2022/Magyar_lelkiállapot_Hungaro
study_book_-ebook.pdf) [megtekintve: 2026. június 14.]. [Hungarian]
- [16] Cohen S, Williamson GM: Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds.): The social psychology of health. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1988, pp. 31-67.
- [17] Lee EH: Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. Asian Nurs Res. 2012; 6: 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- [18] JASP Team: JASP. Version 0.95.4 [computer software]. 2025. <https://jasp-stats.org/> [megtekintve: 2026. június 14.].
- [19] Barroilhet S, Cano-Prous A, Cervera-Enguix S, Forjaz MJ, Guillén-Grima F: A Spanish version of the Family Assessment Device. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44: 1051-1065. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0022-8>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Gyenis-Kátay Noémi klinikai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus-jelölt a Semmelweis Egyetemen, család- és párterapeuta. Az MRE Bethesda Gyermekkorház Kora Gyermekkor Intervenciós és Diagnosztikai Szakszolgálatán

(KIDSz) dolgozik, ahol gyermekpszichológiai diagnosztikát, szülőkonzultációt és családterápiás ellátást végez, valamint a Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola doktori hallgatója. Kutatási területe a családorientált, integrált egészségügyi ellátási modellek és a medikális családterápia hazai alkalmazása.



Szauer András az Eötvös Loránd Tudományegyetemen 2025-ben végzett pszichológia MA szakon, fejlődés- és klinikai gyermekpszichológia szakírányon. 2023 tavaszától kezdődően önkéntesként, 2024 augusztusától félállás-

ban ösztöndíjasként, majd 2025 júliusától teljes állású pszichológus a Bethesda Kora Gyermekkor Diagnosztikai és Intervenciós Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálatnál (Bethesda KIDSz). A Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozatának PhD-hallgatója.



Pongrácz Kornélia gyógypedagógus, egyetemi adjunktus az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán. Az egyetemi munkája mellett az MRE Bethesda Gyermekkorház Kora Gyermekkor Intervenciós és Diagnosztikai

Szakszolgálatánál dolgozik mint korai fejlesztő gyógypedagógus. Elsősorban autista és halmozottan fogyatékos gyermekek és családjuk támogatásában vesz részt. Kutatási érdeklődésének fókuszában a kora gyermekkor intervenció és az ADHD-specifikus támogatás áll.



Topolánszky Zsindely Katalin klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, kiképző család-pszichoterapeuta és gyógypedagógus. A Bethesda KIDSz intézményvezetője, meghatározó szere-

pet játszott a szolgálat létrehozásában és szakmai felépítésében. A Magyar Családterápiás Egyesület titkára 2021 óta. Szakmai munkájának fókuszában a kora gyermekkor diagnosztika és intervenció, valamint a családorientált ellátás fejlesztése áll.