

MENTÁLIS ÁLLAPOTRA ÉS A PSZICHOLÓGIAI EGYÜTTMŰKÖDÉS FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT (Rendelőben kitölthető verzió)

Alulírott

Név:

Születési dátum:

Lakcím:

ezúton nyilatkozom arról, hogy a pszichológiai együttműködés megkezdésekor **mentálisan stabil állapotban vagyok.**

A mentálisan stabil állapot meghatározása

Mentálisan stabil állapot alatt olyan pszichés állapotot értek, amelyben:

- nem állok akut pszichiátriai krízis alatt,
- nincs fennálló, aktív öngyilkossági szándékom,
- képes vagyok a valóság adekvát észlelésére,
- képes vagyok döntéseket hozni és felelősséget vállalni saját testi és lelki állapotomért,
- együttműködő vagyok a pszichológiai folyamat során.

Tudomásul veszem, hogy a pszichológiai konzultációk **mentálhigiénés és tanácsadói fókuszú pszichológiai tevékenységet jelentenek, nem minősülnek pszichiátriai vagy klinikai pszichológiai ellátásnak**, valamint a pszichológus **nem állít fel orvosi vagy pszichiátriai diagnózist, és gyógyszeres kezelést nem ír elő.**

Szakmai megközelítés és módszertan

A pszichológiai konzultációk során a szakmai munka **pozitív pszichológiai szemléletre és integratív pszichoterápiás módszertanra épül**, melyeket a pszichológus **egymással összhangban, ötvözve alkalmaz.**

Pozitív pszichológiai megközelítés

A pozitív pszichológiai szemlélet célja:

- a mentális jóllét növelése,
- az önbizalom erősítése,
- az élettél való elégedettség fokozása.

Integratív pszichoterápiás módszerek

A konzultációk során alkalmazott integratív módszerek:

- kognitív átstrukturálás és kognitív viselkedésterápiás elemek,
- imaginációs technikák, például Katathym Imaginatív Pszichoterápia (KIP),
- Ego State terápia,

- Neurolingvisztikus Programozás (NLP).

Tudomásul veszem, hogy **mentális instabilitás, akut pszichiátriai állapot vagy krízishelyzet esetén** az ellátás **pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus kompetenciájába tartozik**, és ilyen esetben megfelelő szakellátás igénybevétele szükséges.

Önkárosítással és krízishelyzettel kapcsolatos nyilatkozat

Kötelezettséget vállalok arra, hogy a pszichológiai együttműködés időtartama alatt **semmilyen önkárosító vagy önsértő magatartást nem tanúsítok, és öngyilkossági kísérletet nem követek el.**

Amennyiben olyan mértékű feszültséget, szorongást vagy krízishelyzetet tapasztalok, amelyet önállóan nem tudok kezelni, **haladéktalanul segítséget kérek.**

Elsődlegesen munkaidőben kapcsolatba lépek pszichológussal a **06 30 314 5705** telefonszámon.

Amennyiben őt nem érem el, az alábbi lehetőségek valamelyikét veszem igénybe:

- pszichiáter szakorvost,
- a Lelki Elsősegély Szolgálatot (**06 80 505 505**),
- a területileg illetékes pszichiátriai osztályt vagy gondozót.

A nyilatkozat tartalmát megértettem, és azt **saját felelősségem tudatában**, a pszichológiai együttműködés feltételeként elfogadom.

Dátum:

Aláírás: