INGYENES SZAKMAI ANYAG

Egy neurodivergens szemlélet: A terápia újragondolása diverz elmék számára

Nea Clark

Neuroinformált coach és terapeuta továbbképzések

Magyar nyelvű szakmai anyag

Egy neurodivergens szemlélet: A terápia újragondolása diverz elmék számára

Clark, N. (2025). Egy neurodivergens szemlélet: A terápia újragondolása diverz elmék számára. The Transactional Analyst, 15(2).

https://www.uka4ta.co.uk/_files/ugd/591145_e075267a29d44fcd9a8b64024e20e680.pdf

A neurológia folyamatosan alakítja a pszichoterápiát, különösen abban, hogyan értjük meg és támogatjuk a neurodivergens klienseket. A neurodiverzitás paradigmája, amelyet Judy Singer vezetett be (1999), az olyan állapotokat, mint az autizmus, az ADHD és a diszlexia, az emberi kogníció természetes variációinak tekinti, nem pedig hiányosságoknak. Az agyi kapcsolódásról, a végrehajtó funkcióról és az érzelmi szabályozásról szóló kutatások által alátámasztva ez a nézet kihívást jelent a hagyományos diagnosztikai és terápiás megközelítések számára.

Ebben a cikkben megvizsgáljuk e neurológiai felfedezések klinikai hatását. Kiemeljük, hogyan befolyásolják az agyi alapú különbségek a végrehajtó funkciót, az érzelmi feldolgozást és a kognitív szabályozást, olyan területeket, amelyek kritikusak a terápiás előrehaladás szempontjából. Ezek a kihívások megnehezíthetik a neurodivergens kliensek számára a Felnőtt énállapot elérését, korlátozva a hagyományos pszichológiai eszközök hatékonyságát.

Ezt követően a gyakorlati alkalmazásra térünk. A terapeutáknak nem kell megvárniuk a hivatalos diagnózist ahhoz, hogy felismerjék és dolgozzanak a neurodivergens jelekkel. Meg kell tanulnunk korán adaptálni módszereinket, még diagnózis hiányában is. A bemutatott kulcsfontosságú keretrendszer a Neurodivergens/ADHD Kezelési Piramis (Clark, 2024), amely lépésről lépésre felépített struktúrát kínál a végrehajtó funkció helyreállításához és a támogatás testreszabásához olyan területeken, mint az érzékszervi szabályozás, érzelmi reziliencia, motiváció és életmód-menedzsment. Ez a modell segít a neurológiai megértést integrálni a hatékony, együttérző terápiás gondoskodásba.

A neurológiai felfedezések hatása a pszichoterápiára

A neurodiverzitás fogalma

A neurodiverzitás fogalmát először az ausztrál szociológus Judy Singer vezette be 1989-ben. Ő megkérdőjelezte a hagyományos orvosi nézőpontokat, amelyek gyakran

a neurológiai különbségeket javítandó hiányosságként kezelték. Ezzel szemben a neurodiverzitás hangsúlyozza az olyan természetes kognitív variációk belső értékét, mint az autizmus, az ADHD, a diszlexia és más kapcsolódó állapotok (Singer, 1999). Később Harvey Blume újságíró népszerűsítette a kifejezést, kiemelve annak gyökereit az online autista közösségben (Blume, 1998). A neurodiverzitás mozgalom hangsúlyozza, hogy ezek az állapotok gazdagítják az emberi sokféleséget, nem puszta patológiák. Az elmúlt két évtized neurológiai kutatásai megerősítették ezt a nézőpontot, feltárva, hogy a neurodivergens személyek egyedi és jelentős agyi különbségeket mutatnak, amelyek mélyítik az emberi kogníciójáról alkotott kollektív megértésünket.

Hogyan hatnak a neurológiai felfedezések a pszichoterápiára?

Az utóbbi neurológiai felfedezések, különösen a funkcionális mágneses rezonancia képalkotás (fMRI) és az elektroenkefalográfia (EEG), mélyebb betekintést nyújtanak abba, hogyan kommunikálnak az agy különböző területei a terápiás folyamatok során. Például az fMRI-vizsgálatok megmutatják, mely agyterületek aktívabbak vagy kevésbé aktívak bizonyos feladatok közben. Ezek arra utalnak, hogy sok autista személy fokozott amygdala-aktivációt mutat társas ingerekre reagálva, ami hozzájárulhat a szorongáshoz és az érzékszervi túlterheléshez (Pelphrey et al., 2011). További kutatások feltárták, hogy bár az autista személyeknél erős helyi kapcsolódás figyelhető meg, a hosszú távú kapcsolódás csökkent lehet, ami hatással van a társas kognícióra és az érzékszervi feldolgozásra (Uddin et al., 2013). Ez megmagyarázza, hogy az autizmussal vagy ADHD-val élő személyek gyakran eltérő kapcsolódási mintázatokat mutatnak a társas kogníció, társas szorongás, végrehajtó funkció kihívásai, valamint az érzékszervi és érzelmi túlterhelés területein. Az ilyen eredmények megkérdőjelezik a hagyományos diagnosztikai keretek egységes alkalmazását, és azt sugallják, hogy a terápiás megközelítéseket az egyéni neurológiai profilokhoz kell igazítani. Egyetlen, standardizált módszer figyelmen kívül hagyhatja ezeket a komplexitásokat, így korlátozva a hatékonyságot.

A végrehajtó funkció kihívásainak megértése

A végrehajtó funkció (VF) kihívásainak kezelése kulcsfontosságú, amikor neurodivergens kliensekkel dolgozunk. Ha nem állítjuk helyre először a VF-et, még a leghatékonyabb terápiás eszközök sem hoznak tartós változást. Sok neurodivergens személy számára nehéz tisztán gondolkodni és intenzív érzelmeket kezelni,

hasonlóan ahhoz, ahogy a distresszben lévő kliensek ideiglenesen elveszíthetik racionális oldalukat. A Felnőtt énállapotban való munka a „itt és most”-ban nehéz lehet, a logikus gondolkodás szintén kihívást jelenthet. Továbbá, ha túl korán alkalmazunk regressziós technikákat vagy gyermekkori élmények feltárását, ritkán érünk el előrelépést, ha a prefrontális kéreg funkciója sérült. A VF helyreállítása elengedhetetlen, mielőtt mélyebb pszichológiai munkába kezdünk.

A legújabb neurológiai kutatások azt mutatják, hogy a neurodivergencia, különösen az ADHD esetében, eltérő variációkat jelent a prefrontális kéregben és a dopamin-útvonalakban, amelyek befolyásolják a figyelmet és az impulzuskontrollt (Cortese et al., 2012). A hagyományos megközelítés önmagában korlátozott hatással lehet ezekre a kliensekre, míg a strukturált beavatkozások, amelyek a munkamemóriát, a feladatindítást és az érzelmi szabályozást célozzák, gyakran hatékonyabbak (Barkley, 2015).

Dr. Amen agykutatása mélyebb megértést kínál az ADHD tüneteiről. Az Amen Klinikán a SPECT képalkotás segít az ADHD hét különböző altípusának azonosításában. Ez a felismerés rávilágít arra, hogy az ADHD-t tévesen „más mentális zavarként” diagnosztizálhatják, ami hatástalan kezelést eredményezhet. Az altípusok felismerése lehetővé teszi a célzott beavatkozási tervek kialakítását, amelyek magukban foglalhatják a gyógyszeres kezelés finomítását, kiegészítők alkalmazását vagy más célzott stratégiákat (Amen, 2012).

A neurodivergens személyeknél a neurotranszmitter-aktivitás és az agyi kapcsolódás változásai akadályozhatják az VF-et. Például a dopamin-diszreguláció a prefrontális kéregben és a bazális ganglionban hozzájárul a fókusz és a motiváció nehézségeihez ADHD esetén (Arnsten & Rubia, 2012). Az autista személyeknél hiperconnectivitás és eltérő amygdala-reakciók figyelhetők meg, ami érzelmi diszregulációhoz és a fókuszváltás nehézségeihez vezethet (Uddin et al., 2013).

Magas stressz, érzékszervi túlterhelés vagy kognitív fáradtság túlterhelheti a prefrontális kérget, kiváltva a „harcolj vagy menekülj” vagy „lefagyás” reakciót, amely ideiglenesen megszakítja a VF-et. Mindennapi stresszorok, mint a hangos zajok, erős fények vagy gyors feladatváltás, kimeríthetik a kognitív erőforrásokat, megnehezítve a feladatok elkezdését vagy befejezését. Idővel ez „kiégéshez” vezethet, amelyet feledékenység, szervezetlenség és csökkent feladatindítás jellemez.

A VF helyreállításának és támogatásának prioritása lehetővé teszi, hogy hatékonyabban alkalmazzuk választott módszereinket, biztosítva a valódi előnyöket a neurodivergens kliensek számára. Ez magában foglalhatja az érzékszervi input

kezelésének, az érzelmek szabályozásának, a megfelelő életmód kialakításának és a kognitív terhelés ütemezésének gyakorlati technikáit.

Kik a neurodivergens személyek?

Terapeutaként néha bizonytalanok lehetünk abban, ki tartozik a neurodivergencia ernyője alá. Szükséges-e hivatalos diagnózis ahhoz, hogy valakit neurodivergensnek tekintsünk? Egyes személyek 5–6 évet várnak diagnózisra. A szerencsésebbek „csak" 1–2 évet. Gyakran előfordul, hogy mire befejezzük a terápiás munkát, vagy közvetlenül utána kapják meg a hivatalos diagnózist. Ezért elengedhetetlennek tartom, hogy felismerjük a neurodivergens jegyeket és hatékonyan dolgozzunk velük. Nem kell megvárnunk a hivatalos diagnózist ahhoz, hogy a neurodiverzitást beépítsük a kezelési tervbe.

A neurodivergens személyek olyanok, akiknek az agya eltérően dolgozza fel, tanulja és tapasztalja a világot a neurotipikus többséghez képest (Walker, 2021). A DSM-5 vagy az ICD-11 részletezi a neurodiverzitás jegyeit (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Ez a kifejezés magában foglalja az autizmust, az ADHD-t, a diszlexiát, a diszpraxiát és más neurológiai variációkat. A neurodivergencia az agyi struktúra, kapcsolódás és neurotranszmitter-aktivitás különbségeiből ered, amelyek hatással vannak az észlelésre, kommunikációra, tanulásra és a végrehajtó funkcióra. Arra biztatom a kollégákat, hogy gyakorolják a neurodivergens jegyek felismerését.

A neurodiverzitás ismeretének hiányának felszámolása a pszichoterápiában

Szükséges-e diagnózis a neurodivergens jegyekkel való munkához?

Folyamatos vita zajlik arról, hogy pszichoterapeutaként dolgozhatunk-e neurodivergens jegyekkel diagnózis nélkül. Véleményem szerint hatékonyan támogathatjuk a neurodivergens klienseket anélkül, hogy hivatalos diagnózisra lenne szükség. A pszichoterápiában különböző pszichológiai jegyekkel és mintázatokkal dolgozunk, az egyéni élményekre fókuszálva, nem pedig címkékre. Például foglalkozhatunk borderline jegyekkel akkor is, ha a kliensnél nincs hivatalos Borderline személyiségzavar diagnózis. Hasonlóképpen vizsgálhatunk nárcisztikus jegyeket anélkül, hogy diagnózisra lenne szükség. Ez a megközelítés a neurodivergens személyekre is vonatkozik, akik közül sokan rendszerszintű akadályok miatt maradnak diagnózis nélkül, mégis megérdemlik az egyedi kognitív és érzelmi szükségleteikhez igazított támogatást. A neurodivergens jegyek figyelmen

kívül hagyása félelemből vagy bizonytalanságból elidegenítheti a klienseket és akadályozhatja a megértést.

Amikor felismerjük a neurodivergens jegyeket egy kliensnél, nem mindig szükséges címkézni. Ehelyett a hangsúly az egyéni kognitív és érzelmi szükségletek megértésén és támogatásán legyen. A DSM-5 vagy az ICD-11 meghatározza a neurodivergens állapotokat a legalább hat hónapig fennálló tünetek alapján, amelyek jelentősen befolyásolják a mindennapi működést és nem illeszkednek az egyén fejlődési szintjéhez (American Psychiatric Association, 2013). Azonban hivatalos diagnózis hiányában is együttműködhetünk a klienssel a neurodivergens jegyekből fakadó kihívások kezelésében.

A tudásbeli hiány áthidalása

Sok intézményben a pszichoterápiás képzés elkezdte befogadni a neurodiverzitást, ami kulcsfontosságú a szakemberek felkészítéséhez. Korábban a képzési programok nem mindig tárgyalták mélyen a neurodivergenciát, ami tudásbeli hiányhoz vezetett. Ennek áthidalása biztosítja, hogy a neurodivergens kliensek megfelelő ellátást kapjanak. Ez magában foglalja a neurodivergens jegyek felismerését és támogatását diagnózis nélkül is.

A tananyag frissítése elengedhetetlen a tudásbeli hiány áthidalásához. A képzésnek mélyebben kell foglalkoznia a neurodivergencia neurológiai és pszichológiai aspektusaival. Ez magában foglalja az érzékszervi és érzelmi szabályozás megértését, az életmódbeli tényezők hatását a neurodivergens élményekre, valamint stratégiákat a szégyen és a maszkviselés kezelésére együttérzéssel és tisztánlátással.

A Felnőtt énállapot ideiglenes működési zavara

A tranzakcióanalízisben (TA) a **Felnőtt énállapot** képviseli azt a képességet, hogy a jelen pillanatban a valósággal interakcióba lépjünk, logikusan gondolkodjunk, és az aktuális információk alapján reagáljunk (Berne, 1961; Stewart & Joines, 1987). Ezzel szemben a **Szülő énállapot** a gondozóktól internalizált szabályokra és attitűdökre támaszkodik, míg a **Gyermek énállapot** a gyermekkori érzések és élmények lenyomatát tükrözi. A Felnőtt énállapot objektív érveléssel és a jelen tudatos érzékelésével dolgozza fel a tapasztalatokat. Érzelmek továbbra is megjelennek, de szabályozottan, a jelen szükségleteivel összhangban, nem pedig múltbeli lenyomatok vagy merev hiedelmek által vezérelve.

Amikor a neurodivergens személy mentálisan túlterhelt, például összeomlást, érzékszervi túlterhelést, érzelmi diszregulációt, extrém szorongást vagy hiperaktivitást él át, a frontális kéreg gyakran alulműködik, és a végrehajtó funkció sérül. Ilyenkor a Felnőtt énállapot ideiglenesen nem hozzáférhető. Fontos megérteni, hogy ez nem elsősorban pszichológiai probléma, és nem kezelhető pusztán pszichológiai eszközökkel. Terapeutaként fel kell ismernünk, hogy TA-eszközeink és elméleteink a működő végrehajtó rendszer jelenlétére épülnek. Amíg a VF nincs támogatva és helyreállítva, addig ezek az egyébként hatékony módszerek nem alkalmazhatók teljes mértékben.

A végrehajtó funkciók helyreállítása – a Felnőtt énállapot energizálása

A végrehajtó funkciók helyreállítása a neurodivergens személyeknél alapvető feltétele annak, hogy a Felnőtt énállapotot újra „energiával tölthessük fel" – vagyis, hogy az ismét aktív, elérhető és működőképes legyen. Ehhez olyan stratégiákra van szükség, amelyek csökkentik a kognitív túlterhelést, támogatják az érzékszervi és érzelmi önszabályozást, valamint feltöltik a mentális és pszichológiai energiatartalékokat.

A neurodivergens személyek támogatásának első lépése annak feltérképezése, hogy mi okozza vagy váltja ki a túlterhelést. Az ingeráradat az érzékszervi toleranciaszint túllépéséből fakad? Az érzelemszabályozás nehézségeiből ered? Vagy életmódbeli tényezők – például a strukturálatlan napirend vagy az alváshiány – állnak a háttérben? E tényezők pontos megértése képezi az alapját egy hatékony, személyre szabott terápiás megközelítésnek.

Miután ezeket megértettük, elkezdhetjük a strukturált terv megvalósítását a **Neurodivergens/ADHD Kezelési Piramis** (Clark, 2024) segítségével. Ez a modell lépésről lépésre kidolgozott stratégiát kínál a neurodivergenciával kapcsolatos kihívások kezelésére, a végrehajtó funkció helyreállítására és a Felnőtt énállapot újraaktiválására, megteremtve a feltételeket a valódi pszichológiai munkához.

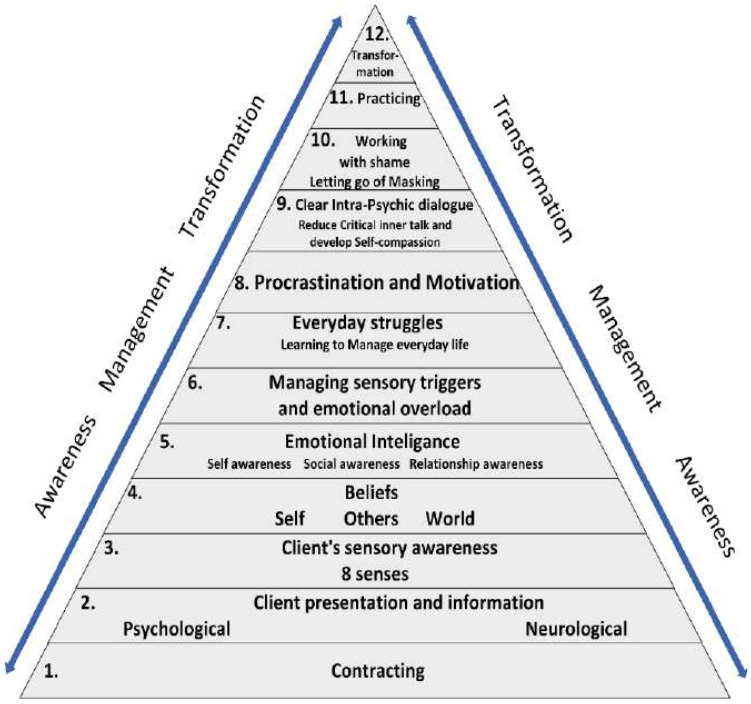
Érzékszervi gazdálkodás: Clark bevezeti az „Érzékszervi gazdaság" fogalmát az érzékszervi túlterhelés kezelésére, segítve a klienseket az érzékszervi input fenntarthatóbb szabályozásában.

Érzelmi szabályozás: A piramis DBT (Dialektikus Viselkedésterápia) technikákat integrál Dr. Marsha Linehan munkája alapján (Linehan, 2015). A DBT bizonyítottan hatékony stratégiákat kínál az érzelmek kezelésére, az interperszonális hatékonyság javítására és a distressztűrés növelésére.

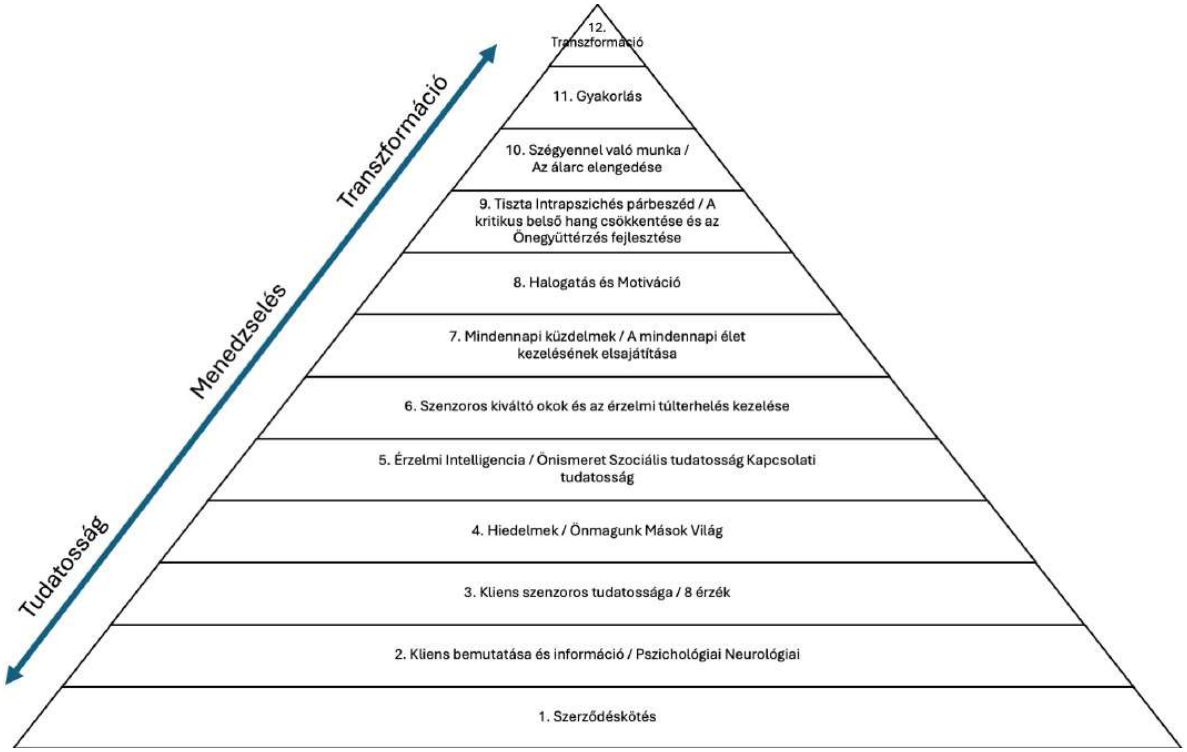
Neurodivergens-barát életmód: Clark hangsúlyozza a neurodivergens igényeket támogató életmód kialakítását. Ez magában foglalja az időgazdálkodást, szervezési stratégiákat, napirendet, energiamenedzsmentet, anyagcserét, alvást, mozgást és egészséges étrendet, valamint a neurotranszmitter-szintek és az agyműködés optimalizálását célzó technikákat.

Halogatás és motiváció: Clark két eszközt fejlesztett ki, az elméleti Halogatás Hexagont és a gyakorlati Halogatás Mátrixot, amelyek segítenek elemezni a halogatás okait és célzott motivációs stratégiákat kínálnak.

Maszkolás és szégyen: Végül Clark feltárja a maszkolás jelenségét, annak különböző formáit és a hozzá kapcsolódó mély szégyent. Ezek megértése és kezelése alapvető az autentikus önkifejezés és a hosszú távú érzelmi jóllét szempontjából.



The Neurodivergent/ADHD Treatment Pyramid (Clark 2024)



A neurodivergens/ADHD kezelési piramis (Clark 2024) magyar fordítása

Ez lehetővé teszi számunkra, hogy hozzáférjünk a Felnőtt énállapothoz, így az egyén képes lesz logikusan gondolkodni, objektíven felmérni a valóságot, és megfelelően reagálni a jelenlegi körülményekre; képessé válik megkülönböztetni a racionális gondolkodást az érzelmi vagy kondicionált válaszoktól. Ebből az állapotból folytathatjuk terápiás munkánkat jól bevált eszközeinkkel egészen addig, amíg egy újabb neurodiverzitásra utaló jel fel nem bukkan. Képesek leszünk váltani a neurodivergens és a pszichológiai kezelési terv között, és követni a kliens reakciói által meghatározott következő lépést.

Összegzés és következtetések

Ahhoz, hogy valódi, tartós támogatást nyújtsunk neurodivergens klienseknek, integrálnunk kell a neurológiai megértést a terápiás munkába. A végrehajtó funkció, az érzékszervi feldolgozás és az érzelmi szabályozás nem pusztán viselkedési vagy pszichológiai jelenségek – ezek az agyműködésben gyökereznek. Amikor a frontális

kéreg túlterhelt, a kliensek elveszíthetik a hozzáférést a Felnőtt énállapothoz, és a szokásos terápiás eszközeink sokkal kevésbé hatékonyak.

Ez a cikk hangsúlyozta, hogy a terapeutáknak fel kell ismerniük ezeket a neurológiai tényezőket, és ennek megfelelően kell módosítaniuk a megközelítésüket. A hivatalos diagnózisra való várakozás késleltetheti az alapvető támogatást. Ehelyett fejleszthetjük klinikai érzékenységünket a neurodivergens jegyek iránt, és olyan keretrendszereket alkalmazhatunk, amelyek a kliensek kognitív és érzelmi szükségleteit már a kezdetektől figyelembe veszik.

Ennek a folyamatnak az irányításához Clark **Neurodivergens/ADHD Kezelési Piramisa** (2024) értékes struktúrát kínál. Olyan kulcsfontosságú területeket érint, mint az érzékszervi gazdálkodás, érzelmi szabályozás, életmód-tervezés, halogatás, motiváció és a maszkviseléshez kapcsolódó szégyen. Ezek az elemek együtt segítik a végrehajtó funkció helyreállítását és a pszichológiai munka újraindítását a Felnőtt énállapoton keresztül.

Végül, ha hatékonyan akarjuk felkészíteni a következő generáció terapeutáit, ezeket a neurológiai felismeréseket be kell építeni a pszichoterápiás képzésbe. A neurológia és a neurodiverzitás integrálása az elméletbe és a gyakorlatba nemcsak előremutató – hanem elengedhetetlen az inkluzív, rugalmas és hatékony terápiás ellátáshoz.

Fordította: Lovas Szabolcs, Tranzakcióanalízis Szakember (ICTAQ),
www.lovasszabolcs.hu

Irodalomjegyzék

Amen, D. G. (2012). Healing ADD: The breakthrough program that allows you to see and heal the 7 types of ADD. Berkley Books.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arnsten, A. F. T., & Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: Disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51(4), 356–367. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.008

Barkley, R. A. (2015). Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents (3rd ed.). Guilford Press.

Berne, E. (1961). Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. Grove Press.

Blume, H. (1998, September 30). Neurodiversity. The Atlantic. https://www.theatlantic.com

Clark, N. (2024). Travel into the ADHD mind. Amazon Publishing.

Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: A meta-analysis of 55 fMRI studies. American Journal of Psychiatry, 169(10), 1038–1055. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521

Cusack, J., & Sterry, R. (2016). Your questions: Shaping future autism research. Autistica.

Eide, B. L., & Eide, F. F. (2011). The dyslexic advantage: Unlocking the hidden potential of the dyslexic brain. Penguin.

Fletcher-Watson, S., & Happé, F. (2019). Autism: A new introduction to psychological theory and current debate. Routledge.

Fletcher-Watson, S., Adams, J., Brook, K., Charman, T., Crane, L., Cusack, J., Leekam, S. R., Milton, D. E. M., Parr, J., & Pellicano, L. (2018). Making the future together: Shaping autism research through meaningful participation. Autism. https://doi.org/10.1177/1362361318786721

Hensch, T. K. (2005). Critical period plasticity in local cortical circuits. Nature Reviews Neuroscience, 6(11), 877–888.

Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual (2nd ed.). Guilford Press.

Pelphrey, K. A., Morris, J. P., & McCarthy, G. (2011). Neural basis of eye gaze processing deficits in autism. Brain, 128(5), 1038–1048.

Pelphrey, K. A., Shultz, S., Hudac, C. M., & Vander Wyk, B. C. (2011). Research review: Constraining heterogeneity: The social brain and its development in autism spectrum disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(6), 631–644. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02349.x

Sharma, G., Kim, J., & Shin, H. (2020). Brain-computer interface applications for neurodiverse individuals: Current trends and future directions. Journal of Neural Engineering, 17(6), 066045.

Singer, J. (1999). Why can’t you be normal for once in your life? From a ‘problem with no name’ to the emergence of a new category of difference. In M. Corker & S. French (Eds.), Disability discourse (pp. 59–67). Open University Press.

Sinclair, J. (1993). Don't mourn for us. Our Voice: The Autism Network International, 1(3).

Stewart, I., & Joines, V. (1987). TA today: A new introduction to transactional analysis. Lifespace Publishing.

Uddin, L. Q., Supekar, K., & Menon, V. (2013). Reconceptualizing functional brain connectivity in autism from a developmental perspective. Frontiers in Human Neuroscience, 7, Article 458. https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00458

Walker, N. (2021). Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities. Autonomous Press.

World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). https://icd.who.intt, and Postnormal Possibilities. Autonomous Press.