

ABSZTRAKT KÖTET

A határtalan elme korlátai

**A Magyar
Pszichiátriai Társaság
XVIII. Vándorgyűlése**

Győr, 2013. január 23-26.



Az átjárhatóság ösvényén

Afangide Beáta¹, Afangide Uwem²

¹Bodrog Alapfokú Művészet Oktató Intézmény, Kaposvár
²Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár
 ediganfa@gmail.com

A rajzolás a legegyszerűbb értelemben formák, alakok, képek produkálása vonalakkal. Hozzátartozik valamilyen eszköz, hogy nyomot hagyjunk a papíron. A rajzokba gyerekek sokféle dolgot megvalósíthatnak. Kifejezhetnek gondolatokat, érzelmeket, élményeket. Feldolgozhatnak traumát, veszteséget, fájdalmat. Nem utolsósorban kapcsolatba léphetnek a nyomhagyás eszközeinek segítségével önmagukkal, a valósággal. A megjelenített kép – igaz valóság – lehet ijesztő, derűs, lehet idegen vagy akár lehet vele kezdet fogni, megbárátkozni, kapcsolatba kerülni vele.

Ahhoz, hogy megértsük a gyermek hozzáállását a rajzoláshoz vagy más kreatív tevékenységhez, először a motivációt kell vizsgálni. A gyermek számára általában három forrás áll rendelkezésre a rajzolt képek létrehozására: az emlékezet, a képzelet és a valóság.

Az emlékezeten alapuló rajzolásnál az alany felidézti, előhívja tudását a tárgyról, személyről, állatról vagy környezetről.

A képzeletbeli rajzolás sok gyermek számára túl nehéz feladat. Vannak, akik képesek eredeti, érdekes témájú rajzot készíteni, míg mások semmi képszerűt vagy újszerűt nem tudnak alkotni. ez különösen igaz a traumatizált kicsiknél, akik a pszichés tompultság miatt képtelenek bármit is felidézni vagy papírra vetni. De a kisgyermek egy részének elég egy kis biztatás, hogy rajzolásba fogjon. Természetesen fejlődési tényezők is befolyásolhatják a gyermek gazdag fantáziájának kibontakozását.

A rajzolás harmadik lehetséges formája az, amikor a gyermek az éppen előtte megjelenő, valós tárgyakat rajzolja. Bár, mint terapeuta nem ezt kérem, de a gyermek kiválaszthat valami olyasmit, amit maga körül lát.

A gyermek számára az alkotás folyamata sokféle élményt kapcsol össze, hogy valami újat, személyeset hozzon létre. A rajzkészítés pont, vonal, folt, szín kiválasztására, formálására és elrendezésére készíti a gyermeket, hogy közvetítsen egy gondolatot, érzést vagy eseményt, egységbe foglalva a számtalan alkotórészt, tartalmat, stílust, formát és kompozíciót.

Ha játék, miért nem játssza mindenki szívesen?

Afangide Beáta¹, Afangide Uwem²

¹Bodrog Alapfokú Művészet Oktató Intézmény, Kaposvár
²Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár
 ediganfa@gmail.com

A játék az óvodás-kisiskolás gyerek alaptevékenysége, megismerésének, fejlődésének forrása, s egyben szintre akkor is, ha közben folyamatosan alakul, fejlődik feladattudata. Ez az elvárható, természetes folyamat azonban csak fokozatosan mehet végbe. Ráadásul az ábrázolás egyike azon tevékenységeknek, amit felnőttként, művészként is elsősorban saját belső késztetési által hajtva végezhet jól az ember.

Sok mozgással, cselekvéssel, a különböző észlelési funkciók együttműködésével (látás, hallás, tapintás, ízlelés, szaglás) a gyerek folyamatosan sokrétű tapasztalatot szerez a körülötte lévő világról, a tárgyakról, azok viszonyáról, térbeli elrendeződéséről. Majd újraalkotja, megjeleníti, ábrázolja valamilyen úton-módon ezeket a dolgokat.

A tárgyi világ feldolgozása valamilyen ábrázoló tevékenységben éppoly törvényszerű, mint a személyközi kapcsolatok feldolgozása. Miért törvényszerű az ábrázoló tevékenység megjelenése? Ez az egyik alapvető olyan tevékenység ugyanis, amelyen keresztül a gyerek vizuális ismereteiről vizuális visszajelzést kap.

Ha a vizuális visszajelzés ritka, nem csak ábrázolásban marad le a gyerek, hanem a megismerő funkciói sérülnek, mégpedig tartósan !

Valószínűleg kevesebb lenne a síró, eszközt megfogni nem akaró gyermek, ha a vizuális nevelés folyamán hagynánk, hogy a gyerekek saját próbálkozásaik, tévedéseik és sikereik alapján örömmel, játékokban tanuljanak!

Előadásommal segíteni szándékozom a gyermekekkel foglalkozó szakemberek – gyermekpszichiáterek, pszichológusok – munkáját.

Droghasználat káros hatása egészségre*Afangide Uwem Jonah*Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár
ediganfa@gmail.com

Drogaddikcióban szenvedő személyben gyakrabban egy vagy több betegség is társulhat, tüdő- és kardiovaszkuláris betegség, szélütés, rák, mentális zavarok. Képzőművészeti eljárások, mellkasi röntgen, vérkép-vizsgálatok kimutatták a drogok – a használó egyének szervezetére gyakorolt – romboló hatásait. Vegyük például, hogy a dohányzás rákot okozhat szájban, torokban, garatban, vérben, tüdőben, hasban, hasnyálmirigyben, vesében, hólyagban és méhnyakban. Bizonyos szerek inhalálással történő használata toxikus hatású az agyban és a perifériás idegrendszerben lévő idegsejtekre.

Drogaddikció okozhat stroke-ot, HIV/Aids, Hepatitisz B és C fertőzést, lelki zavarokat stb.

Lehet, hogy a drogabúzus okozza a lelki megbetegedéseket, vagy a lelki sérülés következménye a droghasználat ?

Drogabúzus és mentális betegségek gyakran együtt járnak. Bizonyos esetekben mentális betegségek kialakulhatnak drogabúzus előtt; egyéb esetben a drogabúzus indukálja vagy rosszabbítja a mentális zavarokat, különösen specifikusan fogékony személyben.

Hogyan árt másoknak az addikció ?

Túl a káros következményeken, amelyet a drogfogyasztás okoz a szenvedélybeteggekben, a drogabúzus komoly egészségügyi problémát okozhat nem fogyasztó egyénekben is.

Az addikció három romboló és zavaró következménye: prenatális droghatásnak kitett újszülöttek és gyermekek; hatások passzív dohányosok számára; fertőző betegségek növekvő terjedése (heroin, kokain, és metamfetamin injekciós használat okozza az új AIDS megbetegedések több mint 1/3-át). Az injekciós droghasználat fő faktora a hepatitisz C terjedésének, amely komoly és fatális májbetegséghez vezethet.

A fertőző betegségek terjedésének nemcsak az injekciós droghasználat az egyetlen útja. Minden abúzusra alkalmas drog okozhat bizonyos intoxikációs állapotot, amely megváltoztathatja az ítélőképességet, mintegy növelve ezzel a kockázatos szexuális viselkedés lehetőségét, s hozzájárulhat a HIV/AIDS, hepatitisz B és C, valamint a szexuális úton terjedő betegségek számának növekedéséhez. Ezen túl számos közlekedési baleset okozójaként is is tekinthető.

Leggyakoribb drogfajták: nikotin, alkohol, marihuána, inhalációs szerek, kokain, amfetaminok, Ecstasy, LSD, heroin, szteroidok, recept drogok, gombák stb.

Transzgenikus egérmodell kialakítása figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarhoz kapcsolt genomi variáns vizsgálata céljából*Álmos Péter^{1,2}, Janka Zoltán¹, Gross Cornelius²*¹SZTE ÁOK pszichiátriai Klinika, Szeged²EMBL Mouse Biology Unit

almos.peter@med.u-szeged.hu

Az előadásban egy humánspecifikus betegség transzgenikus egérmodelljének létrehozását és a felmerülő elméleti kérdéseket mutatjuk be.

Teljes genomasszociációs vizsgálat tárta fel, hogy egy, a neuronális glükóztranszporter kódolásáért felelős gént (SLC2A3) érintő genomi variáns szignifikánsan gyakrabban fordul elő figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (ADHD) diagnosztizált betegek csoportjában. Ezen túlmenően egyes ADHD-ra jellemző neurokognitív endofenotípusok tekintetében szintén kiemelhetőkké váltak a variánst hordozó személyek. A tandemduplikáció neurobiológiai szerepének vizsgálatára a változat állatmodellben történő kialakításával nyílik mód.

Az egérmodell genomi struktúrájának tervezése során észleltük, hogy az érintett régió annotációja a jelenlegi genom-adatbázisokban ellentmondásos. Az egér és humán genom közötti exon-intron szerkezeti eltérések, a régió génjeinek számos pszeudogénje ugyanis a törzsfajlás során már korábban is bekövetkezett duplikációkra utalnak. Elemzésünk felvetette annak lehetőségét, hogy a terület egy ún. genomi forró pont, mely az evolúció során számos alkalommal duplikálódhatott (feltehetően e folyamat ma is zajlik), esetleges szelekciós előnyt eredményezve.

A modell megalkotása során az érintett genomi régiót klónozva egy olyan kazettát hoztunk létre, ahol az egér slc2a3 gén és környező régiójának mesterséges duplikációjához fluoreszcens proteint kapcsoltunk (slc2a3-P2A-mCherry). A pronukleáris injekciót sikeres transzmisszió követte, így egy olyan BAC-transzgenikus egér létrehozása valósult meg, ahol a humán genomi variáns hatását mind a viselkedésemelés szintjén, mind az érintett idegrendszeri struktúrák optikai vizsgálatával analizálhatjuk.

Virtuális világ integrálása a család életébe

Antal Márta¹, Kovács Emőd², Király Roland²

¹Mentálhigiénés Csoport Eger

²Eszterházy Károly Főiskola, Eger
antalmarta@chello.hu

Egerben a Mentálhigiénés Csoporton évek óta működnek gyermekdráma csoportok. Jónéhány éve kezdtünk felfigyelni, hogy a virtuális világ figurái megkerülhetetlenné váltak. Mára a velük való azonosulás egyes gyermekeknél komoly gondot. Ezen gyermekek közül ugyanakkor igen sokan játszanak számítógépes játékokat, vagy tartanak fenn kapcsolatot a virtuális világban, míg iskolai beilleszkedésük sikertelen lehet. Ismereteiket az így kapott információ jelentősen átszövi és az ebben az életkorban egyébként sem problémamentes valóság és fantázia elkülönítése nehezebbé vált.

Ezért úgy döntöttünk, hogy ebben az évben a gyermekcsoportok témája hangsúlyosan a virtuális világ lesz. Ezzel párhuzamosan indítottunk szülőcsoportot, a gyermekcsoportban levő gyerekek szüleinek. A munkába bekapcsolódott az Eszterházy Károly Főiskola Matematikai és Informatikai Intézetének két tanára is. Feltevésünk, hogy a virtuális világ használatára a gyermekeket már a kisiskolás korban el kell kezdeni tanítani. Ezt a nevelési feladatot ugyanakkor nem hagyhatjuk csupán a szülőkre, mert ők a virtuális térben sokkal tapasztalatlanabbak, mint a valós térben.

A szülőcsoportot tematika alapján tartottuk, igyekeztünk azokat a játékokat, társasági oldalakat érinteni amit ez a korosztály használ. Példákon elemeztünk ezen világ jó és rossz oldalait, s közösen alakítottunk ki problémakezelést ezekre. Nyílt titok volt, hogy rábírnuk a szülőket, hogy üljenek le gyermekeik mellé és „gépezzenek” együtt. A közös megbeszélést alkalmazták a tiltás helyett. Az ismeretek átadása mellett szerepjátékokkal, problémamegoldó készségek tanításával dolgoztunk. A szülők meghívást kaptak egy-egy gyermekcsoportra is, hogy az elméletben megtanult módszereket a gyakorlatban is láthassák működni.

A gyermekcsoport alapvetően megtartotta a gyermekdráma jellegzetességeit, de a témánál gyakorta alkalmaztunk stopmeséket, irányított helyszínválasztást. Fókuszba állítottuk a közösen végzett cselekvést és élesen elkülönítettük az egyénileg boldoguló szuperhősöktől. A csoport külsős vendégeket is fogadott, sérülten látó embert, vakvezető kutyát vagy éppen kommandósokat. Így játék nyelvén lehetett a közösségépítő értékeket megjeleníteni.

Célunk a munkát folytatni más korosztályokkal is.

Absztrakt agyagszobrok üzenete - Segít-e a kerámiázás a gyógyulásban?

Antalics Erika, Dr Nagy Judit, Anginé Szántó Ibolya

ESZSZK Merényi Gusztáv Kórház Gyógyító célú Foglalkoztató Budapest
erika.ant@freemail.hu

A Merényi Gusztáv Kórház Gyógyító célú Foglalkoztatójának kerámiaműhelyében alkotó két páciens agyagszobrainak bemutatásán keresztül próbálunk választ kapni kérdésünkre.

Lehet-e fontos szerepe az agyagozás terápiás alkalmazásának a komplex rehabilitációs kezelésben?

Hogyan segíthet a kerámiázás a mélyebb lelki folyamatok lereagálásában és megismerésében? Fejlődik-e az önismeret általa? Mi vezette két alkotónkat az önkifejezés ezen formájához? Milyen utat jártak be agyagozás közben művészileg, patológiájuk hogyan tükröződik műveikben? Miben hasonlít és miben különbözik művészeknek mondható kifejezőmódjuk és betegségkarrierjük? Válaszra vár, hogy a betegségüket kísérő szenvedésnyomás szobraik különös esztétikájában is testet ölt-e?

A sok kérdésre alkotásaik alapos tanulmányozása adhat csakis valódi magyarázatot. Mindemellett a műhelyben együtt töltött idő alatt és a velük folytatott beszélgetések során, tanúi lehettünk viselkedésük, élményfeldolgozásuk jelentős változásának.

Mindkét alkotónk először találkozott az agyagozással műhelyünkben. Művészi előképzettséggel nem rendelkeztek. Hogyan lehetséges, hogy mindketten különös és jelentős kifejezőerejű műveket hoztak létre? Tapasztalataink szerint problémáik felismerésében, elfogadásában, kudarcaik érzelmi feldolgozásában is jelentős javulás mutatkozott. Személyesük bár más mértékben, mégis csökkent és reálisabb céljaik alakultak ki.

Elmélyült munkájuk a műhely terápiás légkörében – és itteni aktív szerepvállalásuk – lehetővé tette kibontakozó komplex lelki fejlődésüket. Mindez napról napra nyilvánvalóbbá vált. Elkészült szobraik valódi sikerélménnyel gazdagították őket.

Prezentációinkban a nem mindennapi alkotásokat létrehozó páciensek történetét, kerámia alkotásaikat mutatjuk be, az általunk fontosnak vélt momentumokat kiemelve.

Szorongás vagy kreativitás? Szörnyábrázolások pszichológiai értelmezése

Antos Zsolt¹, Vass Zoltán²

¹Zuglói Benedek Elek EGYMI és Nevelési Tanácsadó, Pedagógiai Szakmai Csoport, Budapest

²Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
anzsol13@gmail.com

Az előadás egy vizsgálatot ismertet, amely projektív rajzok hasonlósági csoportjaira irányul, és arra keresi a választ, hogy egy magas szorongáskiváltó értékű instrukcióra („Rajzolj egy szörnyet!”) kapott rajzi válaszok alkotnak-e hasonlósági típusokat. A kutatás elméleti alapját a hétlépes mintázatelemzési modell (SSCA) prototípus, genotípus és fenotípus-fogalmi képezik (Vass, 2006). A kutatás során a rajzokat független megítélők sorolták csoportokba, majd leírás készült a csoportok közös tulajdonságairól. Újabb adataink megerősítik korábbi eredményeinket, melyek szerint a rajzok 60-80 százaléka hasonlósági típusokba sorolható. A kutatások eredményeként létrejött egy kódolási rendszer és egy bővített fenotípus-leltár. Az eredmények szerint a projektív szörnyrajzok alkalmasak a vizsgált személyek félelmeinek, szorongásainak vizsgálatára. Emellett azonban az alkotó kreativitása, dominanciátörekvése, azonosulási vágya is kifejeződik a rajzban.

Társas elszigeteltség vs. társas aktivitás, mint kockázati tényező a serdülőkorú fiatalok tiltottszer-használatában

Arnold Petra, Zsiros Emese, Költő András, Simon Dávid, Németh Ágnes

Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest
arnold.petra@ogyei.hu

Bevezető: A serdülőkorú populáció körében a tiltottszer-használat rizikó- és védőfaktorainak azonosításánál a különböző szocializációs szintek vizsgálata különösen fontos. Hazai és nemzetközi kutatások eredményei szerint a serdülők saját és kortársaik tiltottszer-fogyasztása között szignifikáns kapcsolat figyelhető meg (Hibell és mtsai 2009; Elekes, 2009). További vizsgálatot igényel azonban, hogy a kortárs kapcsolatrendszer és a tiltottszer-használat között milyen összefüggés tapasztalható. Jelen poszter ennek elemzését tűzi ki célul. Hipotézisünk szerint mind a peremhelyzetű, mind az erősen integrált serdülők nagyobb valószínűséggel próbálnak ki tiltott szert, mint a közepes mértékű társas pozícióban lévő társaik. Minta és módszer: Elemzésünket az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) kutatás 2010. évi országosan reprezentatív adatain végeztük a 15 és 17 évesek körében. A minta kialakítása iskola-, valamint településtípus szerint rétegzett mintavételi eljárással történt, az elemzésben 4488 fiatal adatait dolgoztuk fel. Az adatgyűjtés osztályos lekérdezéssel, önkitöltős, anonim kérdőívek segítségével valósult meg. A kortárs kapcsolatrendszer és a szerhasználat összefüggését a következő változók mentén elemeztük: tiltottszer-használat életprevalenciája; közeli barátok száma; barátokkal töltött iskola utáni délutánok/otthontól távol töltött esték száma; probléma megbeszélés a legjobb baráttal; tanulók szociális önértékelése (Harter, 1988). Hipotézisünket diszkriminancia-elemzéssel, illetve logisztikus regresszióval teszteltük. A nemet, a FAS-t (objektív családi jómódúság), valamint az életkort kontrollváltozóként bevontuk elemzésünkbe. Eredmények és következtetések: Hipotézisünket az eredmények részben támasztják alá. A társas aktivitás és a tiltottszer-használat között pozitív kapcsolat figyelhető meg, amelyet a bevont kontrollváltozók nem befolyásoltak. Nem találtunk azonban szignifikáns összefüggést az illegális szerhasználat, valamint a társas elszigeteltség között. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy serdülőkorban a fokozott társas aktivitással összefügg a tiltottszer-használat kockázata, de a társas életből való kivonódás nem feltétlenül jelent kockázati faktort.

Férfi testideálok és az izomdiszorfia kockázati prevalenciájának változása súlyzós testedzést folytató férfiak körében

Babusa Bernadett, Czeglédi Edit, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
bernadett.babusa@gmail.com

Háttér: A (poszt)modern civilizáció egyik szembeötlő jelensége a férfiak testideáljának, testképének markáns változása. A külső megjelenés szociokulturálisan meghatározott jelenlegi standardja a nők esetében a karcsú, a férfiak esetében pedig elsősorban az izmos. A testtel való elégedetlenség testképzavarral társulva az izomdiszorfia (ID) kialakulásához vezethet. Az ID olyan pszichiátriai zavar, amelyet az izomzattal való túlzott foglalatosság és az izomtömeg növelésének intenzív vágya jellemez. Az ID kialakulása tekintetében a testépítők fokozott kockázati populációt jelentenek.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célját a férfi testideálok, a testtel való elégedettség és az ID prevalenciájának összevetése képezte tíz év távlatában súlyzós testedzést végző férfiak körében.

Módszer: A vizsgálatban Túry és mtsai 2001-es (n=140) továbbá Babusa és mtsai 2011-es (n=304) keresztmetszeti, kérdőíves kutatásának mintáit vetettük össze az (önbeszámolóval nyert) antropometriai adatok, a testtel való elégedettség, valamint az ID prevalenciája mentén.

Eredmények: A súlyzós testedzést végző férfiak testsúlya ($t(303)=5,18$; $p<0,001$; Cohen $d=0,53$), testtömegindexe ($t(303)=6,96$; $p<0,001$; Cohen $d=0,71$) és kívánt testsúlya ($t(303)=4,21$; $p<0,001$; Cohen $d=0,43$) egyaránt megnőtt 2001 és 2011 között. Ezzel párhuzamosan csökkent a testsúlyal való elégedettségük. Míg 2001-ben a súlyzós edzést végző férfiak 43%-a elégedett volt a testsúlyával, addig ez az arány 2011-ben már csak 9,5% volt ($\chi^2(2)=144,46$; $p<0,001$). A fogyni és a hízni vágyók aránya egyaránt megnövekedett. Az ID kockázati prevalenciája szintén szignifikáns növekedést mutatott a tíz év távlatában: 4,3% vs. 18% ($\chi^2(1)=140,53$; $p<0,001$).

Következtetés: Eredményeink rávilágítanak az elmúlt tíz alatt végbement drámai változásokra a férfiak testükkel való elégedettségének és testideáljainak tekintetében. A testtel való elégedetlenség és a komorbid állapotok (ID, szteroidhasználat, evészavarok, testedzésfüggőség) gyors változása miatt a szakembereknek fel kell készülniük ezekre a kihívásokra.

A serdülőkori kötődés-önértékelés-megküzdés kapcsolata

Bacsárdi Csilla

Veszprém Megyei Egységes Pedagógiai Szakszolgálat, Veszprém
bacsardicsilla@gmail.com

Problémafelvetés: 14–16 éves korban ugrásszerűen megnő a serdülőkori pszichés nehézségekkel küzdők száma. Okok: Iskolaváltás, új közösség, lazább szülő-gyermek kapcsolat, Társkapcsolati és teljesítmény krízisek, negatív énkép, alacsony önértékelés, adaptív megküzdési módok hiánya, maladaptív viselkedéses válasz: alkohol, dohányzás, drog...stb.

A kutatás célja volt feltárni a 14–16 év közötti serdülők körében a kötődés, önértékelés és a stresszel való megküzdési stratégiák kapcsolatának jellegzetességeit.

Kutatási kérdés: Kimutatható-e tendencia vagy szignifikáns összefüggés a kötődés és az önértékelés, a kötődés és az egyes megküzdési módok preferálása között?

Kutatásmódszertan: A vizsgált minta: 140 fő, 14–16 év. Alkalmazott vizsgálati mód: kérdőíves kutatás (Rosenberg-féle Önértékelési Skála, SEI, IPPA, Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív, STPI, Harag és Düh Kifejezési Mód Skála).

Eredmények, következtetések: A vizsgált mintában nagyobb volt a szüleikhez bizonytalanul kötődők aránya, és azok a fiatalok mutattak magasabb kapcsolódást társaikhoz, akik szüleikhez szintén erősebben kötődtek. A szülőkhöz való bizonytalan kötődés inkább bizonytalan kortárskapcsolatokkal mutatott összefüggést. Vagyis a kutatás azt a nézetet igazolta, hogy a későbbi interperszonális kapcsolatokban meghatározó a szülőkhöz való kötődés milyensége, s ez még a nagyon kritikus serdülőkori változások idején is érvényes. A biztonságosan kötődők száma alacsonyabb volt a szakiskolába járók (különösen a szakiskolás lányok) esetében, ami arra utal, hogy a szociokulturális háttértényezők is befolyással lehetnek a serdülőkori kötődésre. A szülőkhöz való biztonságos kötődés az önértékeléssel egyenes arányú, a szorongáshajlammal fordított arányú szignifikáns összefüggést mutatott. Tendencia volt megfigyelhető arra nézve is, hogy a biztonságos kötődésű tizenévesek stresszkezelése adekvátabb, inkább választanak problémaközpontú coping stratégiákat, és pozitív társkapcsolati mintáik révén inkább kérik mások segítségét. A serdülőkor fő küldetése a szilárd identitás elérése. Az érzelmi-akaratú önállósulás legfontosabb lépése a szülőkről való érzelmi leválás, a pszichikus függőség kötelékének elszakítása, enélkül nem bontakozhat ki érett, felnőtt személyiségstruktúra. A biztonságos kötődés védeltséget jelent, a fiatal jobb eséllyel teljesíti e feladatot, ennek talaján önértékelése is magasabb, coping stratégiái adekvátabbak, bizalmát másokban és önmagában személyisége részeként hordozza.

Ló mediálta kimozdító csoportban résztvevő pszichotikus betegek gyógyulási folyamatának bemutatása rajzaikon keresztül

Bahr Katalin, Pákozdi Zoltán, Fehér Mária, Miklós Erika

Toldy Ferenc Kórház I. Pszichiátriai Osztály, Cegléd
baranyi.klari@gmail.com

„Kiszabadultan, felemelkedve”
(Esetbemutatás)

A poszter két reziduális szkizofréniával és egy súlyos depresszió, pszichotikus tünetekkel kezelt beteg gyógyulási folyamatát mutatja be. Az akut osztályos terápiás folyamat részeként lehetőségük volt heti rendszerességgel részt venni ló mediálta kimozdító csoportban, a közeli lovasterápiás központban. A csoportokon lóval való ismerkedés, kapcsolatteremtés, lovardai munka és lovaglás zajlott, melyeket az átélt élmények feldolgozása követett verbális és nonverbális eszközökkel. A betegek rajzai közvetlenül a lóval történő közös tevékenységek után készültek, csoportos formában. A poszteren végigkövethető a terápiás folyamat, a betegek által készített képeket a lovascsoport élményeinek önreflexiók megfogalmazásai teszik gazdagabbá.

Az egy, kettő, hármas szoba az enyém. Vagy nem?

Bai-Nagy Katalin¹, Lohner Zsuzsanna², Makkos Zoltán¹, Kassai-Farkas Ákos¹

¹Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²MH Honvéd Kórház, Neurológiai Osztály, Budapest
nagykatalinmaria@yahoo.com

Adott egy fővárosi nagy forgalmú pszichiátriai osztály. Adott egy középkorú páciens, aki nem képes elmondani kórtörténetét. Néhány dolog, amit biztosan tudunk a kissé bizonytalan heteroanamnézis alapján: a páciens két hónap alatt fogyott tíz kilogrammot, a felvételt megelőzően pár hete inszomnia alakult ki, ehhez súlyos fokú feledékenység, hullámozó intenzitású zavartság társult, gondolkodásában inkohérensia, ehhez kapcsolódó színes konfabulációk, dezorganizált viselkedés jelentkeztek. Tudjuk továbbá, hogy kozmetikus, napi egy-két pohár bort szokott fogyasztani, valamint, hogy a szüleiivel Othello típusú bort természet. Melyet azonban nem kedvel, így abból ritkán iszik.

Az Othello amerikai eredetű, kék bogyójú, jellegzetes labruska (róka) mellékízű direkt termő szőlőfajta, a *Vitis labrusca* × *Vitis riparia* × *Vitis vinifera* keresztezéseiből származó hibrid. A labruska mellékízű fajták borát Magyarországon kereskedelmi forgalomba hozni már évtizedek óta tilos. Egyes hibridek bogyói viszonylag sok pektint tartalmaznak, s a pektin az erjedés során metilalkohollá alakulhat át. A borok metilalkohol-tartalma az erjesztés körülményeitől is függ; a legtöbb a vörösborok héjon erjesztése esetén keletezik.

A páciens laborleletében enyhe gammaGT emelkedés mellett lényegi eltérés nem ábrázolódik, felvételtkor neurológiai göctünete nincs. Tremor, hyperhydratio felvételét követően sem társul a hullámozó intenzitású tudatzavarhoz. A kontrasztos koponya CT-n eltérés nem ábrázolódik. Ismételt EEG-vel theta hullámok mennyisége nő, a felvételtkor tapasztalt demencia mértéke lassan progrediál. A felmerülő differenciáldiagnosztikai kérdéseink miatt MRI felvétel készült, melyen már van eltérés, de atípusos lelete további kérdéseket vet fel.

Esetünkben milyen alapbetegségnek lehet vezető tünete a viszonylag fiatal korban jelentkező, lassan progrediáló demencia? Milyen differenciáldiagnosztikai vizsgálatok valósíthatók meg egy pszichiátrián? Hol vannak hazánk korlátai? Mit tehet az elmeorvos, mire jut az ideggyógyász? Hol vannak a határterület határai?

Előadásunkban a fenti kérdésekre keressük a választ.

Prevenció és intervenció a felnőttkor küszöbén: klinikai tapasztalatok és EU-s vizsgálatok tükrében*Balázs Judit¹, Bálint Mária², Dallos Gyöngyvér³, Farkas Luca³, Keresztény Ágnes⁴, Mészáros Gergely³*¹ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház, Budapest²Kőbányai Nevelési Tanácsadó és PSZK, Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest³Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest⁴Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest
judit.agnes.balazs@gmail.com

Háttér: Korábbi vizsgálatok alátámasztják, hogy a felnőtt pszichiátriai betegek több mint 70%-ának már gyermekkorában indult a betegsége. Ezért is kiemelkedő jelentőségű minden olyan prevenció, illetve szükség esetén intervenció tevékenység, mely a felnőttkor küszöbén történik.

Célkitűzés: Kutatócsoportunk a workshop során olyan tudományos vizsgálatok részét képező prevenció tevékenységeket és klinikai tapasztalatokat mutat be, melyek kifejezetten ezt a korosztályt célozzák meg.

Módszer: A workshop keretében három EU-s támogatással zajló, nemzetközi együttműködésen alapuló, serdülő- és fiatal felnőttkori egészségfejlesztő, öngyilkosság megelőzést célul kitűző vizsgálatunk – Fialatok Életének Megmentése és Szerepvállalásuk/Önállóságuk Növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe – SEYLE), Európai Együttműködés a Fialatok Igazolatlan Hiányzásának Megállítása Érdekében (Working in Europe to Stop Truancy Among Youth – WE-STAY) és Internetes Öngyilkosság Megelőzés és Média Alapú Mentális Egészségfejlesztés (Suicide Prevention through Media and Internet – SUPREME) – eszköztárát szeretnénk megismertetni a hallgatósággal. Mindezen kutatások részét képező prevenció programok szoros együttműködésben állnak a klinikai intervenció munkánkkal, melynek menetét szintén be kívánjuk mutatni.

Eredmények/Következtetés: A kutatási módszerek és a klinikai eszköztár ismertetése után a hallgatóság igény szerinti aktív részvételével, és ötletbörzéjével ezek „kipróbálására” is lehetőség nyílik. Workshopunk eredményeként a serdülőkkel és fiatal felnőttekkel dolgozó, illetve a téma iránt érdeklődő szakemberek eméleti tudást, ötleteket és tapasztalatot szerezhetnek a pszichiátriai tüneteket célzó prevenció és intervenció módszerek mindennapi gyakorlatban való alkalmazásáról.

Veszprémi tapasztalatok az integrált pszichiátriai gondozás és a közösségi pszichiátriai ellátás terén*Balczár Lajos, dr. Englert Tímea, Veres Zsuzsanna*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Pszichiátriai Gondozó, Veszprém

A veszprémi pszichiátriai gondozót 2006-tól kezdődően célirányosan fejlesztettük a betegellátás színvonalának emelése érdekében, melyben a pszichiátriai betegek szociális alapellátása körébe tartozó ellátási formák bevezetése kiemelt fontossággal szerepelt.

Bemutatjuk e fejlődés fázisait, aminek eredményeként a pszichiátriai gondozónkhoz integrált három kistérséget ellátó közösségi gondozás épült ki, illetve feladatvállalással a pszichiátriai betegek nappali klubját működtetjük Veszprémben.

Bemutatjuk továbbfejlődésünk lehetőségeit, terveinket, gondjainkat, melyek más gondozók számára is tanulságosak lehetnek.

Hibázást követő reakcióidő lassulás (Post-error slowing, PES) gyermek- és felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktív zavarban (ADHD) Meta-analízis

Balogh Lúvia¹, Fogd Dóra¹, Kakuszi Brigitta¹, Papp Szilvia¹, Tombor László¹, Czobor Pál^{1,2}

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY
balogh.livia@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) vezető tüneteinek, így a figyelemzavarnak, hiperaktivitásnak és impulzivitásnak jelentős szerepet tulajdonítanak a magatartás szabályozásában, kontrolljában, továbbá az új helyzetekhez való alkalmazkodási készségben. A hibázást és a hiba feldolgozását kísérő kognitív folyamatok, továbbá az azt követő adaptációs mechanizmusok neuropszichológiai vizsgálata kiemelt kutatási terület. Az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyított magasabb hibázási arány és a reakcióidő változékonysága mellett a hibázást követő lassulás (post-error slowing, PES) egyre gyakrabban elemzett viselkedés adat, mely annak ellenére, hogy sok esetben szignifikáns eltérést mutat a kontroll csoporthoz képest, többnyire csupán másodlagos adatként kerül közlésre.

Célkitűzés: A gyermek- és felnőttkori ADHD-val élő betegek PES adatainak átfogó elemzése, továbbá a PES, mint potenciális viselkedés mutató hatásereőségének jellemzése a jelenleg rendelkezésre álló vizsgálati eredmények alapján.

Módszer: A 2012 októberéig megjelent közleményeket a PubMed és a Medline keresőfelületet használva azonosítottuk az alábbi kulcsszavakkal: „adhd”, „post error slowing”, „reaction time”, „error” és „error monitoring”. Amennyiben egy közleményben a PES-re vonatkozóan numerikus adatok nem kerültek ismertetésre, azokat a szerzőkkel való személyes email kontaktus után utólag egyeztetünk pótolni. A fenti kulcsszavakkal 15 publikációt azonosítottunk, amelyekben összesen 26 ADHD-ban szenvedő vizsgálati csoport és ezekhez korban illesztett egészséges kontrollcsoportra vonatkozóan találtunk adatokat.

Eredmények: Meta-analízisünk eredményei alapján a PES szignifikánsan ($p < 0,05$) alacsonyabb volt az ADHD-s csoportban a korban illesztett egészséges kontroll csoporthoz képest. A PES ADHD-ra és a kontrollcsoport közötti különbség nagyságrendje szempontjából közepes hatásereőséggel jellemezhető ($d = 0,43$). A két csoport között PES különbség a feladatban alkalmazott inter-stimulus idő (ISI) hosszától függően szignifikánsan változott: az ISI növekedésével párhuzamosan az ADHD és kontrollcsoport közötti különbsége növekedett.

Összefoglalás: Az eddig végzett vizsgálatok alapján a hibázást követő lassulás, a PES mértékének csökkenése és hiánya az ADHD egyik fontos viselkedés mutatója. A neuropszichológiai tesztfeladat módszertani jellemzőinek optimalizálásával (pl. interstimulus idő növelése) a teszt specificitása tovább növelhető.

Segít a „technika”? (esetismertetés)

Baraczka Krisztina, Magyar Lóránd, Németh Rita
SE Igazságügyi és Biztosítás - Orvostani Intézet, Budapest
kbaraczka@yahoo.com

A 33 éves nő ellen kiskorú veszélyeztetése és lopás vétsége miatt indult eljárás. A gyanúsított kiskorú gyermeke jelenlétében egy szupermarketben tartós fogyasztási cikket tulajdonított el, a ruhaneműkről a biztonsági címét az áruház próbafülkéjében eltávolította. A lopási kárt megtérítette. A bírósági tárgyaláson hozzátartozója tanúvallomásaiban úgy nyilatkozott, hogy a cselekmény elkövetése idején a terhelt gyógyszerhatás alatt állt, és kiszáradásos állapotban volt, nála tudatzavart állapot állt fenn.

Személyes vizsgálatánál feltárható volt, hogy terhelt életvezetése, családi körülményei rendezettek, pszichés zavar korábban nem volt tapasztalható. Kiemelendő az óvó-védő szülői háttér, férjével való kapcsolata is dependens jelleget mutatott.

A terhére rótt cselekménnyel kapcsolatosan úgy nyilatkozott, hogy a cselekményt megelőzően napon tartózkodott, 2–3 óráig folyadékot nem vett magához. Szédült, feje fájt, azért ment be az áruházba, hogy vizet vásároljon. A mintegy 1–2 órás vásárlás idején testi panaszaik mindvégig fennálltak. Észlelte ugyan, hogy a gyermek a bevásárló kocsiba „dolgozat pakol”, de ő mivel rosszul volt, nem tudott rászólni. A vásárlásról csak homályos emlékképei vannak, „nagyon sok mindenre” nem emlékszik. Amikor a biztonsági őrök egy hűvösebb helységebe kísérték, akkor „tisztult ki az agya”. Cselekményt érthetetlennek és értelmetlennek minősítette. Pszichiátriai vizsgálatánál nagyfokú szorongás, éngyengeség, dependens- neurotikus személyiségjegyek voltak feltárhatóak. A cselekmény idejére kóros elmeállapot nem véleményeztünk.

A pszichológiai vizsgálat beszabályozott, túlzottan kontrollált és szorongó személyiséget tárt fel, fokozott támaszigenyvel, erős elfojtással. Elhárító, akarati-motivációs mechanizmusai fejletlenek voltak. A cselekmény személyiségétől idegen. Pszichodinamikai szempontból felvethető volt, hogy a kontrollfunkciók lazulása következtében a tudattalanba szorított készletek kerültek felszínre. Kialakulhatott átmeneti disszociatív (homály) állapot (pszichogén, vagy organikus megalapozottságú).

A biztonsági kamera felvételeit elemeztük – végleges véleményünket ennek ismeretében alakítottuk ki.

Az esettel kapcsolatosan röviden elemezzük a tudatzavarok megítélésében felmerülő differenciáldiagnosztikai kérdéseket.

Az érzelemszabályozás zavara bulimia nervosában szenvedő és illegális szereket használó nők körében

Barna Bianka¹, Gerevich József²

¹Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Mesterképzés, Budapest

²ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

barna314@gmail.com

Cél: Jelen vizsgálat két – az addiktív spektrum viselkedési és kémiai pólusán lévő – csoport érzelme-kontrollálási nehézségeinek feltárására, nevezetesen az érzelemszabályozás alfunkcióira; az érzelme- és impulzuskontroll működésére és egymásra gyakorolt hatására, valamint ezen kontrollfunkciók jellegzetes mintázataira és a két csoport közti eltéréseire irányult.

Minta: A teljes mintát 37 fiatal nőpáciens (16 fő bulimia nervosa, 21 fő illegális szerfogyasztó) alkotta. Az illegális szerhasználókat „hólabda-módszerrel” értük el.

Mérőeszköz: A vizsgálatban a Caprara-féle Big Five Kérdőív (BFQ), valamint illegális és legális szerfogyasztásra vonatkozó és demográfiai kérdőív felvétele történt.

Eredmények: A szerhasználók átlagéletkora 22,3 év, szórása 1,8, míg bulimiások esetében az átlag 23,4, szórása 4,6 volt, amelyek nem tértek el szignifikánsan egymástól.

A BFQ profilok alapján a két csoport szignifikánsan és jellegzetesen eltér egymástól a BFQ Érzelmi stabilitás alfaktorai által mért érzelme- és impulzuskontroll mértékében. Míg az impulzivitás mértéke között a két csoportban szignifikáns eltérés nem volt, addig a bulimiások érzelmi kontrollja lényegesen gyengébbnek bizonyult. Ezt az eredményt alátámaszthatják klinikai farmakológiai tapasztalatok is. Mindkét csoport mindkét alfaktoron tapasztalt átlagértékei szignifikánsan alacsonyabbak az átlagnál, valamint az egyéb faktorkban is tipikus mintázatok mutathatók ki a két csoport esetében, külön-külön is.

Divat vagy testképzavar – mellkorrekcióra jelentkező fiatal nők személyiségvonásai tükrében

Báthory Anna¹, Hamvas Edina¹, Ábrahám Ildikó², Tizedes György³, Gáti Ágnes⁴

¹PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

²SE ÁOK I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

³PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

⁴PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
bathoryann@gmail.com

Kutatásunkba mellplasztikai műtetre esztétikai célból jelentkező fiatal nőket vontunk be. Célként a mellnagyobbító beavatkozást választó nők személyiségjellemzőinek feltérképezését, valamint saját testükhöz való viszonyuk felmérését határoztuk meg. A vizsgálatban 41 fő vett részt (életkori átlag=31,15), az adatgyűjtés önkitöltő kérdőívvel („Testi Attitűdök Tesztje”, „Testrészekkel való elégedettség osztályozása”, „TCI kérdőív”) történt. A kiadott kérdőívnek (összesen 80 darab) hozzávetőlegesen a fele volt csak értékelhető, amit a résztvevők alacsony együttműködési attitűdjeként értelmeztünk.

A tesztek személyiségzavar kritériumát teljesítő karakterstruktúrát egy esetben sem jeleztek, ami összhangban van a negatív pszichiátriai anamnézist igénylő válogatási feltételünkkel. Ugyanakkor jelentős karakterformáló hatású vonásként az alacsony önértékelés, az önfogadás gyengesége, a maximalizmus, a rigiditás, az önszempon-túság, illetve a felelősségvállalás hátránya rajzolódott ki. Kifejezetten a nőiség szimbólumaiként számon tartott testájához való problémás viszony volt még statisztikai szempontból is megragadható. Eredményeink felvetik az ilyen műtétekre vállalkozó személyek esetleges pszichológiai szűrésének, mentálhigiénés támogatásának szükségességét, különös tekintettel a plasztikai beavatkozásokhoz való függés kialakulásának megelőzésé-
se érdekében.

A csábítás nagy művésze. Esetimertetés

Becsey Anikó

SZTE Pszichiátriai Klinika, Szakrendelés, Szeged
becseyaniko@t-online.hu

Az esetek többségében analitikusan orientált ultrarövid terápiát alkalmazok. A páciensek a mai világban gyors eredményeket várnak a pszichoterápiától is.

Ebben az esetben is sürgetett az idő, közeledett az ötödéves orvostanhallgató vizsgaidőszaka, aki szétesett, nem tudott koncentrálni. Depressziós vagyok – mondta. A valóságban egy hipomán állapotot diagnosztizáltam, a mániás hártás egyik gyöngyszeme.

Chanel parfüm illata követte a rendelőbe beviharzó nőpácienst. Illata távozása után még jó ideig megmaradt a légtérben, ahogy mindenki másban is, aki meglátja őt.

Vörösréz színű, természetes göndör csigaház-szerű hajzuhataga a válláig ér, olyan dús, mint a keble. Mindkettőnek tudatában van, ez rögtön kiérződött a fellépéséből. Érzéken dús haját időnként félre kellett dobni az arcából, ez a mozdulata is érzéki volt. Lehuppant a fotelbe, villantak a szemei, majd beszéd közben szájából elő-elővillantak egészséges fogai, közben fejét időnként hátravetette.

Az volt az érzésem, ez a nő igen nagy veszélyt jelent a környezetére, és önmagára egyaránt.

Érezni lehetett, az ilyen Marilyn Monroe típusú nő nagy fordulatszámon pörög, közben önmaga is sérül.

Kérdés nélkül kezdett beszélni, elmondása szerint depressziós. Kollegám gyógyszerrel kezdte el kezelni, ezt nem tartja jó megoldásnak. Ismerős volt számára a terápiás helyzet, mint kiderült, már három alkalommal találkozott terapeutával. Nem ért sokat az egész, ahogy fogalmazott.

A hangja, a mimikája, a pantomimikája a hipomániát rögtön jelezte. Figyelte a reakcióimat, hogy elcsábulok-e, gondolom, ahogy minden kollégám tette eddig.

Az első interjú után a következő eldöntendő kérdések merültek fel a terapeutaiban. Valójában miért akarja megmenteni minden pszichiátere? Kognitív, relaxációs, és biológiai pszichiátriával foglalkozó egyaránt. Felvállaljam-e, hiszen bármikor megszegheti a terápiás szerződést, mint eddig már 3 alkalommal? Fel lehet-e vállalni rövid dinamikus terápiában ezt az esetet? Vajon elcsábulok-e, vagy szupervízió nélkül is megmaradok a szerepemnél?

A szerződést megkötöttük a második interjú után, mert elég erősnek éreztem, hogy lehessen konfrontálni. Elég jó az éneje ahhoz, hogy szembenézzen a problémájával, a kapcsolatai harmonikusabbak legyenek.

Akut pszichotikus állapot túlzott energiatárfogyasztás után

Béla Árpád, Csatai Tamás

Orvosszakértő és Tanácsadó Kft., Gyöngyös
bela.dr@freemail.hu

A teljesítményt növelő szerek fogyasztása régóta ismert. A szerteágazó történeti adatok közül talán elég csak Freud kontrollált, de gyakori kokain-fogyasztását említeni. Napjainkban a kereskedelmi forgalomban szabadon kapható energiatálfogyasztók általában kb. 3 dupla feketének megfelelő élenkítő koffeint és energiát biztosító cukrot tartalmaznak. Változó adalékként szerepelnek még a taurin (szív és a vázizomzat teljesítményét fokozza), a ginzeng-gyökér, a ginkgo biloba páfrány kivonat (feltételezett kedvező hatások), vitaminok, színezékek, tartósítók, ízesítők stb. A stimuláns illegális és legális szerek elsősorban szimpatikomimetikumok. Élenkítőnek, a testi és szellemi teljesítményt növelik, a fáradtságot csökkentik, az ösztöndinamikai tevékenységet fokozzák. Túlzott fogyasztásuk azonban kardiovaszkuláris túlterhelést, hipertenziót, vagy akár stroke-ot, epilepsziás rohamot is okozhat. Pszichésen szorongás, hallucináció, tudatzavar, paranoid élményfeldolgozás, pszichomotoros nyugtalanság jelentkezhet.

Az esetbemutatás főszereplője egy 45 éves nő, aki ellen garázdaság gyanúja miatt indult rendőrségi eljárás. A rendőrségi iratok szerint otthona lépcsőházában és az utcán agresszíven viselkedett, összefüggéstelenül kiabált, zaklatott volt, majd az intézkedő rendőröknek is nekitámadt. Emiatt sürgősségi pszichiátriai beutalása történt. Felvételi pszichés státuszából paranoid, üldöztetési, megfigyeltetési doxamatöredékek emelhetők ki. Két napos pszichiátriai kezelést követően rendezett pszichés állapotban bocsátották el. Pszichiátriai anamnézise negatív volt. Rendezett életkörülmények között élt. Az események előtt 2 nappal már alig evett, csak dolgozott és napi 3–4 energia italt ivott. Alkoholt, illegális drogot nem fogyasztott. Igazságügyi elmeorvos-szakértői véleményünkben exculpáltuk, mivel az energiatálfogyasztás által okozott intoxikáció következtében kialakult heveny tudatzavart állapítottunk meg. Kezdetben vizuális érzékszervi zavarok és paranoid élményfeldolgozás, majd fokozódó félelmek és lazán összefüggő üldöztetési tartalmak végül súlyos pszichomotoros nyugtalanság, tudatszűnés, zavartság alakult ki.

A 2013. évi ÁNTSZ statisztika szerint Magyarországon 120 ember került kórházba és egy haláleset fordult elő energiatálfogyasztás miatt. Az előadásban szeretnénk felhívni a figyelmet ennek az egyre gyakoribb jelenségnek pszichiátriai és igazságügyi vonatkozásaira.

A múlt fogságában

Bélteczki Zsuzsanna¹, Erdélyi Ágnes¹, Beszterci Felícia²

¹Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagykálló

²Pszichiátriai és pszichoterápiás magánrendelés Nyíregyháza
dr.belteczki.zsuzsanna@kallokorhaz.hu

Becklések szerint Magyarországon a gyermekkori szexuális abúzusok jelentős látenciával bírnak (töredékük derül ki), különösen jellemző ez fiúk bántalmazása esetén. A gyermekkori szexuális abúzus (CSA) fájdalmas és potenciálisan károsító tapasztalat, amely gyakran torzíja a személyiséget és számos negatív következménye van. Előadásunkban áttekintjük azokat a faktorokat, amelyek befolyásolják a fiúk szexuális bántalmazásának hosszú távú hatásait, illetve azokat a pszichés jelenségeket és zavarokat, amelyek a traumával összefüggésben vagy annak ellensúlyozásaként jelennek meg. Ismertetjük egy harmincéves férfi betegünk esetét, aki szorongásos és affektív tünetek, alkohol-abúzusok miatt kért segítséget. A páciens nyolc éves korában történt az ismételt bántalmazás, amelyről senkinek nem beszélt. A trauma okozta sérülékenységét elrejtette, kortárs kapcsolataiban marginalizálódott, izolálódott, alacsony önértékelés, identitászavar, alkoholfogyasztás jelentkezett. A pszichoterápiás kapcsolatban megélt biztonság kialakulása után hipnózisban Leuner képeket alkalmazva történt a traumás emlékek feltárása, a múlttal való szembenézés, majd az integrálás és a visszakapcsolódás.

Az öngyilkossági kísérlet okai és az öngyilkossági szándék komolysága önmérgezéses szuicid kísérleten átesett nők körében

Bérdi Márk¹, Zacher Gábor¹, Bálint Barbara², Orosz Andrea², Pálffy Réka², Petrik Emese², Unoka Zsolt³

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet és Baleseti

Központ, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

²Eötvös Lóránd Tudományegyetem, hallgató, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

berdimark@gmail.com

Bevezetés: Az öngyilkossági kísérlet és a nem végzetes szándékos önsértés vagy „paraszuicidium” fogalmi és klinikai elkülönítése egyaránt nehéz. Ezen viselkedési módok vizsgálata során a klinikusnak és a kutatónak számos befolyásoló faktort kell figyelembe vennie. Ilyen faktorok az öngyilkossági szándék komolysága, illetve az önsértő magatartás oka.

Célkitűzés: Kutatásuk célja annak vizsgálata volt, hogy melyek a leggyakoribb okai az önsértő magatartásnak, illetve milyen kapcsolat van az öngyilkossági szándék komolysága és az önsértő magatartás okai között.

Résztvevők: Jelenleg is folyó kutatásunkban a Péterfy Sándor U. Kórház Toxikológiai és Sürgősségi Baleseti Osztályára szállított 66 önmérgezéses öngyilkossági kísérleten átesett nőt (átlag=44 év, szóráss=14,8 év) vizsgáltunk meg a kórházba kerülést követő 24 órán belül interjú és kérdőíves módszerrel.

Módszer: Marsha Linehan Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) és Aaron T. Beck Suicide Intent Scale (SIS) skáláival az önsértő viselkedés okát és az öngyilkossági kísérlet szándékának súlyosságát mértük.

Eredmények: A leggyakrabban említett okok voltak: 1. véget vetni a szomorúságnak; 2. enyhíteni valamilyen borzalmas lelkiállapotot; 3. elmenekülni saját magam elől; 4. meghalni. A teljes mintában az öngyilkossági szándék komolyságának átlaga 12,1 pont (szórás=7,3, min=1, max=27) volt. A vizsgálati személyek 34%-a ért el 14 vagy ennél magasabb pontszámot, ami korábbi kutatások szerint a jövőben befejezett öngyilkosságot nagy valószínűséggel jelzi előre. Minél komolyabb volt az öngyilkossági kísérlet, annál inkább jellemzőek voltak a következő okok: felvételt nyerni kórházba vagy terápiás kezelésre, meghalni, elkerülni valamit, amit meg kéne tenni (rendre $r=0,48$, $r=0,44$, $r=0,42$; minden esetben $p<0,001$).

Következtetések: Az öngyilkossági kísérleteknek leggyakrabban az volt az oka, hogy a személyek hatni akartak interperszonális környezetükre, illetve érzelmi megkönnyebbülést szerettek volna elérni. Az öngyilkosság bizonyos okai szignifikánsan korrelálnak az öngyilkossági szándék komolyságával. A bemutatott eredmények egy folyó kutatás adatain alapulnak, ezért az alacsony mintaelemszámból levonható következtetések korlátozottak.

A Testértékelési Skála (Body Appreciation Scale) hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok

Béres Alexandra¹, Czeglédi Edit², Babusa Bernadett²

¹SE Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest

²SE AOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
czedit@gmail.com

Bevezető: A szakirodalomban számtalan testképpel kapcsolatos mérőeszköz létezik. A Testértékelési Skála (Body Appreciation Scale; BAS; Avalos és mtsai, 2005) a legtöbb testképpel kapcsolatos kérdőívvel ellentétben nem tünetközpontú, és nem a testkép negatív aspektusaira irányul, hanem a testtel kapcsolatos kedvező attitűdöket méri fel.

Célkitűzés: Vizsgálatunk fő célja a BAS magyar nyelvre adaptálása és pszichometriai elemzése volt. Fel kívántuk tární továbbá a pozitív testi attitűdök előrejelző tényezőit.

Módszerek: Keresztmetszeti, kérdőíves, online adatgyűjtést alkalmazó vizsgálatunkban 1231 fitness edzést folytató nő vett részt. Átlagéletkor: 31,3 év (SD=7,83 év; terjedelem: 18–70 év). A testtömegindex (BMI) átlaga: 23,6 kg/m² (SD=4,43 kg/m²; terjedelem: 14,4–47,8 kg/m²). Mérőeszközök: önbeszámoló antropometriai adatok (testsúly, testmagasság), vágyott testsúly, a testezés gyakoriságára vonatkozó kérdés, Testértékelési Skála.

Eredmények: A konfirmatív faktoranalízis nem erősítette meg a BAS egyfaktoros struktúráját ($\chi^2(65)=1496,81$, $p<0,0001$; CFI=0,87; TLI=0,82; RMSEA=0,134, RMSEA CI90=0,128–0,140). Az alternatív, elméleti alapon felállított négyfaktoros szerkezet tesztelése azonban elfogadható illeszkedési mutatókat eredményezett ($\chi^2(59)=691,72$, $p<0,0001$; CFI=0,94; TLI=0,91; RMSEA=0,093, RMSEA CI90=0,087–0,100; $\Delta\chi^2=805,09$, $\Delta DF=6$, $p<0,0001$). A kérdőív konstrukció validitását alátámasztja továbbá a BMI-vel ($r=-0,38$; $p<0,001$), és a testsúlyra vonatkozó én-éniéideál diszcrepanciával ($r=-0,44$; $p<0,001$) mutatkozó szignifikáns lineáris kapcsolata. A mérőeszköz belső megbízhatósága jónak bizonyult (Cronbach alfa=0,91). A többszörös lineáris regresszió elemzés eredményei szerint az edzések gyakoribb volta ($\beta=0,15$; $p<0,001$), a felsőfokú iskolai végzettség ($\beta=0,13$; $p<0,001$), és az idősebb életkor ($\beta=0,09$; $p=0,001$) a testtel kapcsolatos kedvezőbb, míg a nagyobb mértékű észlelt súlyfelesleg a kedvezőtlenebb ($\beta=-0,40$; $p<0,001$) attitűdöket jelezte előre.

Következtetések: Eredményeink alátámasztják a BAS magyar változatának valid és megbízható voltát fitness edzést végző nők mintáján. Így azután e mérőeszköz további vizsgálatokra érdemes, hogy alkalmazni lehessen a kutatásban és a klinikai gyakorlatban egyaránt. A pozitív testi attitűdök magyarázó változói emellett gyakorlati implikációkkal bírnak a testkép javítását szolgáló intervenciók számára.

Kulturális antropológiai “diagnózisok”

Bisztrai Márton

ELTE TÁTK, Budapest

mbisztrai@gmail.com

Magyarország multikulturális sokszínűségét tekintve korántsem mérhető az Európai Unió nyugati tagállamaihoz. Nem cél-, hanem sokkal inkább tranzitország vagyunk, ennek ellenére egyre gyakoribbak az interkulturális találkozások hazánkban is. A globalizálódó világképen belül a különböző kultúrák és mikro-közösségek folyamatosan „újratermelik” a diverzitást. Éppen ezért a közvetlenül érintett diszciplínáknak reagálniuk kell ezekre a társadalmi helyzetekre. Ez különösen fontos egy olyan alkalmazott tudományág számára is mint a pszichológia, illetve pszichiátria. Az emberi viselkedés, a psziché, az egyéni és közösségi normarendszerek kultúránként eltérőek lehetnek. Ezért az olyan tudományoknak, amelyek mérési eredményeiket a világ népességét tekintve kisebbségben lévő nyugati társadalmakra alapozzák, és abból vonnak le általánosnak vélt következtetéseket, figyelembe kell venniük (paradigmáik újraértelmezésekor) a kulturális sokszínűséget, amely többé már nincs az „egzotikum” távolságában. Mindennapjaink horizontján olyan kultúrák képviselői is találkozunk, akikről eddig csak kevés tudással rendelkezünk. Az interkulturális találkozásból fakadó konfliktusok nem írhatóak le kizárólag a „nyugatoson” szocializált, etnocentrikus kutatási eredményekkel. Ezek az eredmények Afrikában, Ázsiában már korántsem biztos, hogy megállnák a helyüket. A kulturális antropológia alkalmazása ennek a vákuumnak az áthidalásában lehet segítségére az elméleti és gyakorló pszichológusoknak, pszichiátereknek (családsegítőknek, gyermekgondozóknak, párkapcsolati terapeutáknak, vállalati trénereknek, HR szakembereknek) egyaránt. Az interkulturális találkozások „menedzselésében” egyre fontosabb szerephez jut a konkrét, esetspecifikus kulturális antropológiai tudásanyag. Előadásomban az egyik leggyakoribb kultúrák közötti találkozás, a vegyes házasságok tereiből hozok példákat. Példákat, amelyek első látásra „orvosi” eseteknek látszanak, de valójában a háttérben a kulturális másság húzódik, és ennek megértése, „kezelése” elvezethet a „tünetek” megszüntetéséhez. Hazai esetek mellett, nemzetközi példákon keresztül mutatom be milyen kulturális eredetű problémák, konfliktusok léphetnek fel a párkapcsolatokon belül. Latin migránsok és fehér amerikai partnereik, olasz katolikusok és észak-afrikai bevándorlók, spanyolok és fekete-afrikaiak, magyarok és arabok, mind olyan találkozási pontok, amelyek új szemléletmódot hívnak életre a pszichológiai és pszichiátriai gyakorlatban.

Relaxációs típusok a repülésfóbia Virtuális Valóság terápiájában

Brindza Nóra, Simon Lajos

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Budapest
brino911@gmail.com

A virtuális valóság nem más, mint több érzékszervet és testrészt érintő kölcsönhatás egy dinamikus és reagálni képes számítógép által generált, ún. szintetikus környezettel. A célja, hogy a valósággal megegyező, vagy ahhoz a lehető legközelebb álló érzetet keltse az azzal kapcsolatban álló személlyel. Virtuális Valóság a pszichoterápiában is használható módszer. Számos területen alkalmazzák, többek között a félelmek, fóbiák kezelésében is. Magyarországon az 1990-es évek végén jelent meg a terápiás gyakorlatban a SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Virtuális Valóság laboratóriumában. Minden terápiás ülés egy relaxációs világgal kezdődik, amelyben a páciens relaxációs állapotba kerül. Ezt követően kezdődik a repüléssel kapcsolatos világok exponálása és a betegek újrakondicionálása. A különböző relaxációs stílusokat, illetve ezek változásait kívánjuk előadásunkban bemutatni.

A vizsgálatba repülésfóbiás betegeket vontunk be. A Virtuális Valóságban történő deszenzitizálás egy 12 alkalommal folytatott terápia. A terápia alatt folyamatos biofeedback történt, monitoroztuk a bőrellenállást és a szívfrekvenciát. Az adatok segítségével értékeltük, illetve csoportosítottuk a különböző relaxációs stílusokat.

Az obezogén evési magatartások vizsgálata férfi egyetemi hallgatók körében

Czeplédi Edit

SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
czedit@gmail.com

Bevezető: Az életmód (fokozott kalóriabevitel, fizikai inaktivitás) jelentős szerepet játszik a súlyfelesleg kialakulásában és állandósulásában. Vizsgálatunk célja három obezogénnek (elhízást előidézőnek) tartott evési magatartás (úgy mint kognitív korlátozás, kontrollálatlan evés, érzelmi evés) potenciális determinánsainak (tápláltsági állapot, testi elégedetlenség, vonásszorongás) felmérése volt férfiak körében.

Módszerek: Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunk résztvevői az ELTE Természettudományi, valamint Informatikai Karának férfi hallgatói voltak ($n=239$). Átlagéletkor 20,3 év (SD: 2,78 év; terjedelemelem: 18–39 év). A testtömegindex (BMI) átlaga 22,8 kg/m² (SD: 3,82 kg/m²; terjedelemelem 15,9–55,2 kg/m²). A résztvevők 4%-a alultáplált, 76%-a normális súlyú, 20%-a túlsúlyos vagy obez. Alkalmazott mérőeszközök: önbeszámoló antropometriai adatok (testsúly, testmagasság); 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív (TFEQ–R21); a Testforma Kérdőív rövidített, 14 tételes változata; Vonásszorongás skála.

Eredmények: A konfirmatív faktoranalízis minimális módosítással alátámasztotta a TFEQ–R21 háromfaktoros struktúráját ($\chi^2(184)=305,5$; $p<0,0001$; CFI=0,94; TLI=0,92; RMSEA=0,053; RMSEA CI90=0,042–0,063). A skálák belső megbízhatósága jó (Cronbach alfa: 0,79–0,88). A többszörös indikátor és többszörös ok elemzés (MIMIC modell) eredményei szerint a BMI mindhárom evési magatartásra való hajlamot előrejelzi (kognitív korlátozás: $\beta=0,29$; $p<0,001$; kontrollálatlan evés: $\beta=0,20$; $p=0,007$; érzelmi evés: $\beta=0,15$; $p=0,025$). A testi elégedetlenség csak tendenciaszintű kapcsolatban áll a táplálékbevitel tudatos korlátozásával ($\beta=0,14$; $p=0,067$). A vonásszorongás a kontrollálatlan evéssel ($\beta=0,21$; $p=0,004$) és az érzelmi evéssel ($\beta=0,38$; $p<0,001$) egyaránt szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat. A MIMIC modell illeszkedési mutatói elfogadhatóak ($\chi^2(241)=391,2$; $p<0,0001$; CFI=0,93; TLI=0,91; RMSEA=0,051; RMSEA CI90: 0,042–0,060). Az életkor és a BMI kontrollja mellett végzett mediációs elemzés eredményei szerint az érzelmi evés teljes egészében közvetíti a vonásszorongás és a kontrollálatlan evés közötti kapcsolatot (Sobel $z=3,93$, $p<0,001$; $R^2=87\%$).

Következtetések: Eredményeink férfiak körében is alátámasztják a nőknél kimutatott összefüggéseket, így hozzájárulnak az evés pszichológiai aspektusainak jobb megértéséhez, és rámutatnak azon pontokra, amelyeknek érdemes lenne kiemelt figyelmet szentelni az elhízás kezelését és prevencióját célzó intervenciók programok kidolgozása során.

Alvás, demencia és a kognitív funkciók

Csábi Eszter¹, Janacsek Karolina², Schulz-Várszegi Mária³, Németh Dezső²

¹Szegedi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet, Kognitív- és Neuropszichológia Tanszék, Szeged

²Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

³Dél-alföldi Regionális Alvásdiagnosztikai- és Terápiás Centrum, Somnocenter Szeged
csabieszti@gmail.com

Napjainkban egyre nagyobb figyelmet kap az Alzheimer-típusú és egyéb demenciák kutatása, diagnosztikája és terápiája. Ennek tükrében fontos felhívni a figyelmet az egyre nagyobb előfordulási gyakoriságot mutató alvászavarokra és ennek következtében kialakuló kognitív funkcióromlásra, amely elsősorban a frontális területekhez kapcsolódó és magasabb szintű feladatokban involvált végrehajtó funkciókat és a különböző emlékezeti rendszerek működését érinti. Alvászavar esetén az alvás alatti rekonzolidációs folyamat zavart szenved. Ezért jelen kutatás célja a kéreg alatti területekhez köthető implicit készségtanulási mechanizmusok alvás alatti rögzülésének vizsgálata alvászavarban szenvedő betegpopulációban.

Minta és módszer: a vizsgálatban 17 fő alvási apnoe szindrómás beteg és 17 fő egészséges kontrollszemély vett részt. A neuropszichológiai tesztfelvétel fókuszában a különböző típusú készségtanulási mechanizmusok konszolidációja állt, melyet az ASRT (Alternating Serial reaction Time Task) feladattal vizsgáltuk. Ez a feladat lehetővé teszi az általános motoros- és a szekvencia-specifikus tanulás konszolidációjának egyidejű vizsgálatát. Mindkét csoporttal két alkalommal vettük fel a feladatot, az első tesztfelvételre este, a másodikra másnap reggel került sor.

Eredmények: eredményeink különbséget mutattak az általános készségtanulás és a szekvencia-specifikus tanulás alvás alatti konszolidációjában az apnoés és az egészséges kontrollcsoport között. A kontrollcsoport javulást mutatott az általános készségtanulásban, azaz gyorsabbak lettek estéről reggelre, amíg az apnoés csoport nem ($p=0,005$). A szekvencia-specifikus tanulásban nem találtunk ilyen disszociációt.

Következtetés: ezek az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy az alvás eltérő funkciót tölt be különböző emlékezeti mechanizmusok működésében. Érintett az általános készségtanulásban, így ennek alulműködése feltételezhető alvászavarok esetén, viszont eredményeink alapján nem játszik szerepet a szekvencia-specifikus tanulásban. Az alvás szerepének pontos feltárása az emlékezeti működésekben nemcsak az alvászavarok okozta demenciák feltérképezésében segíthet, hanem a megfelelő rehabilitációs program kidolgozásában is.

Kandidáns génpolimorfizmusok gyakoriságának összehasonlítása hazai és nemzetközi dohányosok körében

Csala Irén

Semmelweis Egyetem, Magartartástudományi Intézet, Budapest
csalus@gmail.com

Bevezető: Mind a dohányzás, mind a tüdőrák prevalenciája Magyarországon kiemelkedően magas a nemzetközi adatokhoz képest. Gyakran felvetődik, hogy ennek a háttérben genetikailag meghatározott eltérések állnak. Azonban ilyen irányú egzakt, tudományos összehasonlítás nem érhető el a szakirodalomban, ezért vizsgálatunkban különböző rizikó allélok eloszlását elemeztük saját, magyar mintánkban és a nemzetközi adatokkal összevetve.

Módszerek: Saját vizsgálatunkba 255 leszokni vágyó magyar dohányost vontunk be 15 magyarországi leszokási központ segítségével. A dohányzások fenotípust a Fagerström Nikotin Addikció Teszt (FTND) és a kilégzett CO-szint alapján határoztuk meg. Az alanyok genotipizálása során megvizsgáltuk az irodalomban leggyakrabban tárgyalt, dohányzással kapcsolatos 4 funkcionális SNP-t (CHRNA5 rs16969968, ANKK1 rs1800497, CYP2A6 rs1801272, COMT rs4680). A nemzetközi adatokat a PubMeden elérhető publikációkból nyertük, és olyan dohányos populációk genetikai vizsgálatát tárgyaló tanulmányokat vontunk be, amelyek a fenti SNP-k alléloszlását pontosan leírták, valamint a dohányzás fenotípusát saját vizsgálatunknak megfelelően határozták meg.

Eredmények: A PubMed keresése alapján 20 olyan publikációt sikerült azonosítani, ahol minden adat rendelkezésre állt az összehasonlításhoz, és a dohányzást, mint fenotípust, saját kutatásunknak megfelelően, egzakt módon határozták meg. A magyar és nem magyar populáció összehasonlítását tekintve a polimorfizmus-gyakoriságokban különbségeket találtunk a CHRNA5 és a COMT esetében. A rizikó allél előfordulása a magyar mintában szignifikánsan magasabb a nem európai adatokkal összevetve mindkét SNP-t tekintve, ugyanakkor a CYP2A6 és az ANKK1 esetében ilyen eltéréseket nem találtunk. Mindemellett a magyar mintában a rizikó allél gyakoribb volt a COMT, a CYP2A6 és a CHRNA5 gének funkcionális polimorfizmusai esetében a nem-rizikó allélhoz képest.

Következtetések: A dohányzással kapcsolatos kandidáns génpolimorfizmusok közül két SNP rizikó allélja a magyar dohányosok körében magasabb volt, mint a nem-rizikó allél hasonlóan az európai mintákban leírt arányokhoz, ami arra utal, hogy nincs specifikus magyar eltérés ezekre a polimorfizmusokra nézve az európai mintákhoz képest. A kiugróan magas dohányzási statisztikai adatok háttérének magyarázatára további gének, illetve környezeti faktorok vizsgálata szükséges.

Fájdalom és pszichoterápia a bizonyítékok tükrében. A krónikus fájdalom evidencián alapuló pszichológiai kezelési módszerei

Császár Noémi, Bagdi Petra, Stoll Dániel Péter, Harkai Viktória, Horváth Dóra

Budai Egészségközpont és Országos Gerincgyógyászati Központ Pszichoterápiás Osztály és Pszichoszomatikus Ambulancia, Budapest
noemi.csaszar@areus.hu

Számos pszichológiai gyógymódot fejlesztettek ki krónikus fájdalomban szenvedő páciensek számára. Általában minden gyógykezelés „sikerességének” meghatározása problematikus. A hatékonyság kritériuma lehet a gyógyszerfogyasztás csökkenése, munkába való visszatérés, a páciens által minősített elégedettség stb.

Az Initiative of Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) szervezet javaslatot tett a klinikai fájdalom-vizsgálatokban előforduló eredmények méréseinek egységesítésére, amely közös mérőrendszer magában foglalja a fájdalommal összefüggő interferenciát, a fájdalom súlyosságát, az érzelmi reakciókat és a kezeléssel kapcsolatos értékeléseket, mint alapvető változókat.

Általánosságban elmondható, hogy a pszichológiai kezelés nem azoknak a pácienseknek való, akik számára gyors és hatékony orvosi kezelés érhető el komolyabb mellékhatások nélkül. Habár az is igaz, hogy a páciens részt vehet egy pszichológiai kezelési programban attól függetlenül, hogy jelen van egy fennálló organikus patológiája, amely orvosi intervenciót igényel. Emiatt a pszichológiai megközelítés nemcsak egyedül a „pszichogén” fájdalomra használható kezelés, de használható akkor is, ha a páciens veszít azon képességéből, hogy megküzdjön a krónikus betegséggel, melynek tisztán organikus alapja van.

Előadásunkban bemutatjuk, hogy melyek a ma, 2012-ben EBM kritériumoknak megfelelően bizonyítottan hatékony pszichológiai kezelési módok – kitérve a pszichoedukációra, a szupportív terápiára, viselkedés-terápiára, kognitív viselkedés-terápiára (CBT), elfogadás és elköteleződés terápiára, dinamikus orientált terápiákra, biofeedbackre és a relaxációs terápiákra, a hipnoterápiára, a vezetett imaginációra, a művészetterápiára és a családterápiára.

Fentiek a fájdalommal kapcsolatos betegségek széles skáláját felölelve képesek mérsékelt és magas hatékonyságú javulást elérni. Végezetül az egyelőre nyitott kérdéseket is feltárjuk, úgy mint: milyen indikációs korlátai vannak a pszichológiai kezeléseknél, a kezeléseket mely komponensei a leginkább hatékonyak, illetve hogy a különböző kezelések miképpen fejtik ki a hatását a fájdalomra.

Differenciáldiagnosztikai és személyiségfejlődési problémák a gyermek- és serdülőkori anorexia nervosában

Csenki Laura, Kövesdi Andrea

Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
csenki.laura@gmail.com

A gyermek- és serdülőkori anorexia nervosa (AN) multidimenzionális megközelítésében fontos látnunk a különbségeket diagnosztikai és pszichodinamikai szinten egyaránt. Differenciáldiagnosztikai probléma, hogy az AN klasszikusnak számító négy tünete csak részlegesen vagy egyáltalán nem értelmezhető a serdülő- és gyermekkori kezdetű betegségben. Kiegészítésként kell használnunk a GOS (Great Ormond Street) kritériumrendszert, amelyben nem szerepel a minimális súlyvesztés meghatározása, továbbá a menstruáció hiánya sem (Pászthy, Major, 2008, Nicholls, Chater, Lask, 2000).

A pontosabb evészavar kritériumok mellett egyre nagyobb az igény a különböző altípusok feltárára, a részletesebb, diszkrétebb diagnosztika és terápia érdekében. Az eddigi kutatások alapján négy jól elkülöníthető személyiség szerveződéssel beszélhetünk az evészavarokban: jól funkcionáló altípus minimális személyiségpatológiával; érzelmileg szabályozatlan (vagy érzelmileg instabil) altípus borderline vagy hisztérikus személyiségjegyekkel; elkerülő-szorongó altípus depresszív, szorongó és szociálisan elkerülő vonásokkal; illetve a megszorító, kényszeres altípus megszállott, kényszeres és rigid jegyekkel (Thompson-Brenner et al., 2008).

A diagnosztikai és személyiségfejlődési problémák illusztrálására az osztályunkon kezelt négy evészavaros lány különbözőségeit és azonosságait mutatjuk be, a négy altípusnak megfelelően. Az első esetben egy jól funkcionáló, kiegyensúlyozottan fejlődő kamaszlány reagált AN tünetekkel a normatív serdülőkori, és az ezzel egybeeső családi krízisre. A másik két esetben az tipikus AN tünetek hátterében súlyosabb pszichiátriai kórképek igazolódtak (terhelt családi anamnézis mellett borderline személyiségzavar, illetve szociálisan elkerülő-szorongó, pszichotikus állapot). A negyedik esetben korábbi kényszerbetegség aktuális manifesztációja volt az AN tünetképzés.

Mély agyi stimuláció (DBS) terápiarezisztens kényszerbetegségben: egy éves utánkövetés neuropszichológiai eredményei

Csigó Katalin¹, Valálik István², Harsányi András¹, Demeter Gyula³, Németh Attila¹, Racsmány Mihály³

¹Nyíró Gyula Kórház, II. Pszichiátriai osztály, Budapest

²Szt. János Kórház, Idegsebészeti Osztály, Budapest

³BME - Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest
kacacsigo@gmail.com

Idegsebészeti technikák alkalmazása a terápia- rezisztens kényszerbetegség (OCD) kezelésében a farmakoterápia és a pszichoterápia mellett a kezelési lehetőségek sorában számos országban mérlegelendő szempont. Az idegsebészeti eljárások közül a reverzibilis technikával, a mély agyi stimulációval (DBS) kapcsolatban már Magyarországon is rendelkezünk klinikai tapasztalatokkal.

Előadásunkban áttekintjük az OCD-vel kapcsolatos DBS nemzetközi eredményeket, kiemelve a klinikai és neuropszichológiai adatokat. A neuropszichológiai tesztek mutatói mentén számos ellentmondásos eredményt találunk, melyek magyarázatára is kísérletet teszünk.

Ezt követően ismertetjük az OCD munkacsoportunk által vizsgált és kezelt kényszerbeteg fiatalember DBS utáni egy éves nyomon követésének neuropszichológiai eredményeit. A műtét előtti kivizsgálás adatait a műtétet követő 3. és 6. és 12. hónapban mért adatokkal hasonlítjuk össze. A neuropszichológiai tesztek közül a Verbális Fluencia, Kategória Fluencia, Trail Making A, B, Stroop Teszt, Iowa Gambling Teszt, California Card Sorting tesztek jelentős javulást mutatnak; jelezve a figyelmi és döntéshozási képességek javulását; ugyanakkor a Corsi teszt, és a rövid távú memória részpróbája továbbra is alacsony értékeket mutat. Az eredmények jelzik, hogy a terápiarezisztens kényszerbeteg extrém súlyosságú figyelmi és gátlási deficitje az idegsebészeti beavatkozást és rehabilitációs programot követően normalizálódott. Ugyanakkor a feltehetően a kényszerbetegségre jellemző téri munkamemória deficit az idegsebészeti beavatkozást követően is megmarad.

A terapeuta és a kliens arckifejezésének vizsgálata a Semmelweis Egyetem graduális pszichoterápia oktatás tananyagában

Csizinszky Klára Veronika¹, Unoka Zsolt², Polgár Patrícia², Simon Lajos²

¹SE TDK, Budapest

²SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
klaracsizinszky288@hotmail.com

Bevezetés, célkitűzés: A vizsgálat célja, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán a 2011/12-es tanévben graduális képzés keretében elindult Pszichoterápia az orvosi gyakorlatban című tantárgy oktatási anyagának hitelesítése. Az oktatáshoz használt videóanyagban színészek, valamint pszichiátriai betegek is szerepelnek. A fő kérdés, hogy a videókban mennyire kifejező a betegek és a színészek érzelmi arckifejezése, valamint a terapeuták mennyire képesek ezekre az érzelmekre adekvát módon reagálni.

Módszer: A kutatás során a Noldus Face reader 4.0 számítógépes szoftvert használtuk. A videókban szereplő színészek és pszichiátriai betegeken a hat alapérzelem (öröm, bánat, düh, félelem, meglepetés, undor) megjelenését vizsgáltuk. A vizsgálat során a programmal automatikusan kiértékeljük a különböző csoportok érzelmi arckifejezéseit. A vizsgálat három lépésben történt: a program felismerte a videón látható arcot, modellálta azt, majd osztályozta a 6 alapérzelemnek megfelelően. Vizsgáltuk a kliensek mellett a terapeuta arckifejezését is a terápiás kommunikáció során. Az elemzéshez a videók vágatlan verzióját használjuk, ebben megtalálhatóak külön-külön a páciensek, illetve a vizsgálók arcáról készült felvételek.

Kihívó magatartás értelmileg akadályozottaknál

Csorba János¹, Szarka Melinda², Szedő Piroska Anna², Bita Zsuzsanna², Boldizsár-Basky Zsanett Anikó², Németh Zsuzsanna², Varga Attila Károlyné², Kenézné Ádám Zsuzsanna²

¹ELTE BGGYK Gyógypedagógiai-Kórtani Tanszék, Budapest

²Reménysugár Habilitációs Intézet, Budapest
janos.csorba@barczy.elte.hu

Az előadás tárgyalja a Kihívó magatartás (KM, challenging behaviour CB) fogalmát, mely jelentős pályáivet járt be a gyógypedagógián belül az értelmileg akadályozottak magatartásának kutatásában. Milyen tünetegyütteseket sorol ide az irodalom, illetve tartoznak ide, mi a viszonyuk a pszichiátriai kórképekhez, milyen ellátási következményekkel jár a KM jelentkezése a gondozottaknál, mennyiben különbözik a gyógypedagógiai-pszichológiai szemlélet a pszichiátriai attitűdtől, hogyan viszonyul a fogalom az ún. atipikus pszichiátriai tünetekhez értelmileg akadályozottaknál. A szerzők megkísérelnek felvázolni egy hipotézist az értelmi fogyatékos, KM és pszichiátriai betegség kapcsolatairól, továbbá a lehetséges oki háttér kérdését is felvetik. A Kihívást jelentő magatartás felmérésében és a kapcsolódó problémák exponálásában a budatétényi Reménysugár (Re)Habilitációs Intézet nagy segítségünkre volt, amennyiben lehetővé tette számos középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos lakó pszichiátriai állapotfelmérését és konzultációkat a gondozókkal és fejlesztő-pedagógusokkal.

Liaison gyermekpszichiátria: konzultációs pszichiátria a gyermekvédelmi ellátásban

Dallos Gyöngyvér, Garas Péter, Mészáros Gergely, Gádoros Júlia

Vadaskert Alapítvány, Budapest
gyongyver.dallos@gmail.com

Háttér: A gyermek- és serdülőpszichiáter mindennapi klinikai munkája során rendszeresen kerül kapcsolatba gyermekvédelmi intézményben nevelkedő gyermekekkel.

Tapasztalatunk szerint mind az ambuláns, mind a sürgősségi, illetve akut osztályos beutalások döntő többségénél az egészségügyi ellátásba kerülés indoka az agresszív, indulatos viselkedés, a gondozási hely kereteinek és szabályainak kirívó átlépése, illetve öngyilkossági gondolat és szándék hangoztatása.

Joggal merül fel a kérdés, hogy a szituatív és a gyermekvédelmi rendszer sajátos működéséhez köthető indulati állapotokat és súlyos kerettartási nehézségeket valóban az egészségügyi ellátás keretein belül kell-e megoldani, illetve egyáltalán megoldásra találhatnak-e kórházi kereteken belül. Nemzetközi adatok is utalnak az egészségügyi ellátórendszer hagyományos keretein belüli korlátokra gyermekvédelmi nehézségek esetén, hiszen a problémák többnyire csak a gyermek természetes közegében (pl. nevelőotthon) jelennek meg, így kezelni is ott lehet azokat a leghatékonyabban.

Céltűzés: Előadásunkban áttekintjük a konzultációs (liaison) terápia lényegét, kialakulásának alapjait, a hagyományos konzílium formához képest tapasztalható előnyeit.

Módszerek: A Vadaskert Kórház munkatársai évek óta több budapesti gyermekotthonnal tartanak külső gyermekpszichiátriai konzíliáriai kapcsolatot, előadásunkban ennek részleteit és eredményeit szeretnénk bemutatni.

Eredmények: Ez a korszerű együttműködési forma lehetőséget ad arra, hogy ne csak a gyermekekkel-serdülőkkel foglalkozzon a szakember, hanem az őt gondozó, nevelő személyzetet is folyamatosan segítsé, irányítsa, a fiatal fejlődéséhez szükséges változási folyamatokat facilitálja. Emellett a határterületi ellátásnak számító rendszerben edukálást, szupervíziót biztosítson más szakemberek részére.

Előadásunkban kitérünk kórházunk ez irányú infrastruktúrájára, működési modelljére is.

Megbeszélés: Tapasztalataink szerint az indulatkezelési- és impulzuskontroll zavarok miatti sürgősségi és akut osztályos felvételek nagyságrendileg csökkentek, valamint a rendszeres külső konzílium és gyermekpszichiátriai kontroll biztosítása a gyermekvédelmi ellátásban dolgozó pszichológusok és egyéb társszakmák képviselőinek munkáját is könnyítik, hatékonyságát növelik. Emellett a gyógyszeres terápia szükségessége és a gyakran kialakuló polipragmázia gyakorisága is csökkent.

Kényszerbetegeknél az emlékezeti előhívás nem vezet az irreleváns emlékek felejtéséhez

Demeter Gyula¹, Keresztes Attila¹, Harsányi András², Csigó Katalin², Németh Attila², Racsmány Mihály¹

¹BME Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

²Nyíró Gyula Kórház, II. Pszichiátriai osztály, Budapest
demetergy@hotmail.com

Az elmúlt évtizedek kísérleti eredményei alátámasztják, hogy az emlékek előhívása a végrehajtó rendszer működését involválja, amely a keresett emlékek aktiválása mellett csökkenti a versengő emlékmomok elérhetőségét. Ezt a hatást nevezük előhívás kiváltotta felejtésnek (retrieval induced forgetting – RIF). Az emlékezeti patológiák megértése szempontjából alapvető tudományos kérdés, hogy vajon a RIF hatás a versengés feloldásában szerepet játszó gátlási folyamatoknak vagy csupán az előhívott emlékek meg erősödésének és interferenciájának tulajdonítható-e.

Célunk, hogy egy klinikai vizsgálat keretében bizonyítékokat szerezzünk a végrehajtó kontroll folyamatok szerepéről a RIF hatás előidézésében. Egy olyan klinikai populációt – obszesszív kompulzív zavar (OCD) – választottunk, ahol a végrehajtó, elsősorban a gátlási funkciók károsodása képezi a központi neurokognitív deficitet. Kísérletünkben kényszerbetegeknél és kontrollszemélyeknél vizsgáltuk a RIF mértékét. Mivel korábbi adatok szerint ez a jelenség összefügg a munkamemória kapacitással, a szorongás szintjével, ezért ezeket a változókat is mértük mindkét csoportban.

A vizsgálatban 19 OCD-vel diagnosztizált személy, illetve 19, kor és iskolázottság mentén illesztett, kontrollszemély vett részt. Eredményeink azt mutatják, hogy az emlékezeti előhívás gyakorlása mindkét csoportban a gyakorolt emlékek jobb felidézéséhez vezetett, azonban az előhívási gyakorlás csak a kontrollcsoportban vezetett RIF-hez, a kényszerbeteg csoportban nem. Adataink szerint ez a különbség nem a két csoport eltérő szorongási szintjének, munkamemória teljesítményének köszönhető, illetve a RIF mértéke nem függött össze a tünetek súlyosságával sem. Az eredményeket egy eset kapcsán részletesen is elemezzük. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy a RIF hatás hiányának hátterében az OCD-ben gyakran megfigyelhető, úgynevezett „konfliktus detekciós” folyamatok zavara állhat. Az előadásban kitérünk a prefrontális és az anterior cinguláris kéreg diszfunkcióinak a RIF-ben betöltött lehetséges szerepére.

*Az első két szerző azonos mértékben járult hozzá a tanulmány elkészítéséhez.

Becsülhető a kockázat?

Déri Judit, Szilágyi Simon

Péterfy Sándor utcai Kórház Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

Violens szuicid kísérletet elkövetett betegek vizsgálata és kezelése kórházunk Baleseti Központjában.

Osztályunk 30 éve működik szuicidológiai centrumként. Különleges feladatunk a szuicid kísérleten átesett páciensek vizsgálata. A konzíliumok hagyományosan Toxikológiai Osztályunkon történnek. 2007-től kórházunkhoz tartozik a Baleseti Központ is (volt Országos Baleseti Intézet). Ettől kezdve számos olyan páciens is vizsgálunk kell, akik súlyos fizikai traumát szenvedtek el a violens szuicid kísérlet következtében (magasból esés, önkézu hasi, mellkasi szúrás, stb.) Ez rendhagyó helyzetet eredményez, mert a – rendszerint súlyos testi állapotú – betegeket szomatikus profilú kórházi osztályon kell kezelni az előzmények, illetve – az esetlegesen továbbra is fennálló – öngyilkossági veszély ellenére. Ilyenkor helyben kell elvégeznünk a szuicid rizikó felmérését, monitorozását, a terápia beállítását. Kapcsolatot kell tartanunk a helyszínen dolgozó pszichológus kollégával, adott esetben tanácsokkal kell ellátnunk. Ezekben a szuicidológiai konzíliumokban a következő szempontok kiemelten fontosak lehetnek, amelyek egyben egy jövőben szakmai protokoll részét is képezhetik:

- az egyéni és családi anamnézis, különös tekintettel az öngyilkossági adatokra;
- az ápoló személyzet megfigyeléseit alaposabban kell mérlegelni;
- a heteroanamnézis felvétele a krízishelyzet szereplőitől (akár telefonon);
- a pszichopatológiai tünetek átértékelése, részben a disszimuláció gyakorisága miatt;
- szükség esetén becslőskálák alkalmazása (Reménytelenség Skála, Beck Depresszió Skála)
- jogi helyzet, a felelősség kérdése.

Az előadás az elmúlt öt év tapasztalatait foglalja össze, valamint egy rövid esetbemutatót is tartalmaz.

A felnőtt kötődés vizsgálata a hetero- és homoszexuális felnőttek körében

Désfalvi Judit

Fővárosi Nyíró Gyula Kórház, Budapest
desfalvijudit@gmail.com

A párkapcsolat az életünk egyik legszemélyesebb területe, s a kapcsolat minősége azon múlik, hogy a résztvevők alkalmasak-e az együttélésre, és hogy milyen módon sajátították el a szükséges ismereteket a kapcsolat fenntartásához. A gyermekkorban alapozódik meg kötődési stílusunk, amely alapján alakul majd párkapcsolatunk, hiszen az egyén kötődési stílusa meghatározhatja a párkapcsolat minőségét, jellegét. Munkámban arra vállalkoztam, hogy a felnőtt kötődést vizsgáljam a homo- és heteroszexuális viszonylatban – a szakirodalom alapján feltételezhető volt, hogy a percipiált szülői bánásmód – anyai túlvédő dimenzióban – található majd különbség a vizsgált homoszexuális csoport javára.

Célom az volt, hogy megállapítsam van-e különbség a kötődési stílusban a nemi orientáció különbözősége okán. Arra is kíváncsi voltam, hogy a szülői bánásmód kérdőívek – anyai, apai – mutatnak-e különbséget a két csoportnál. Az összehasonlításban 26 homoszexuális – és 25 heteroszexuális férfi vett részt.

Vizsgálatomban egy projektív eljárást (Madárfészekrajz, *Kaiser*, 1996) és két kérdőívet (Kötődési Stílus Kérdőív - ASQ, *Feeney, Noller, Hanrahan*, 1994, és a Szülői Bánásmód Kérdőív - H-PBI, *Tóth, Gervai*, 1999) használtam a kötődési stílus és az észlelt korai szülői bánásmód jellemzőinek felmérésre. A vizsgálat során kiderült, hogy nem található különbség a két csoport kötődési stílusa között, vagyis egyenlő arányban található biztonságosan, vagy bizonytalanul kötő személy mind a hetero- mind a homoszexuális csoportban. A percipiált szülői túlvédés (anyai vagy apai) hatása mindkét szexuális orientációnál megjelent. Az apai túlvédés dimenzió magasabb értéket mutat a heteroszexuális csoportnál, amely együttjár az ASQ-DC „A közelség kellemetlen megélése” alskálával: vagyis az apai túlvédés a felnőttkori bizalmatlanságnak lehet forrása mások irányában. A homoszexuális csoport részéről az anyai túlvédés dimenzió mutat magasabb értéket, amely együttjár az ASQ-RS „Kapcsolat, mint másodlagos tényező” alskálával. Ez az eredmény a homoszexuális személyeknél mutathatja, hogy a túlzott védelem miatt nem tanultak meg bizonyos megküzdési stratégiákat, viselkedésük nem mindig adaptív, s a másoktól való „rettegést”, bizonytalanságot jelezheti.

A változást előidéző orvos-beteg beszélgetés

Dobó Katalin

Felnőtt háziorvosi rendelő Budapest VIII. kerület
dobo.katalin@gmail.com

Előadásomban több szempont alapján elemzek egy orvos-beteg beszélgetést. Bemutatom a narratív orvoslás (egyben tulajdonképpen a családterápia) eszközrendszerét: hipotézis alkotás és tesztelés, cirkuláris, reflektív kérdések használata, a hatalom megosztása, a beteg szavainak kicsomagolása stb. A narratív orvoslás eszközeinek használatával az orvos segíteni tud betegének akkor is, amikor – a biológiai orvoslás szintjén – a története zárttá, hozzáférhetetlenné válik. Az orvos kíváncsisága, és óvatossága, az eltérő nézőpontok elfogadásának képessége, az orvosin kívül más kontextusok figyelembevétele segítik a jobb történet közös írását.

Megkísérlem a beszélgetés elemzését abból a szempontból is, hogy az orvos reflektálása a beteg mentális, érzelmi állapotára milyen változásokat eredményez. A testi panaszokkal érkező funkcionális, szomatizáló, vagy pszichoszomatikus betegek nehezen, vagy nem tudják érzelmi, mentális állapotaikat azonosítani, és azokra reflektálni. Amennyiben az orvos nemcsak testi panaszokra, hanem érzelmi, mentális állapotokra is reagál, és azokat visszatükrözi, ezzel mentalizáló képességüket, reflektivitásukat elősegíti. Előadásomban felhívom a figyelmet az orvosok felelősségére, amennyiben a kizárólag biológiai medicinát képviselő orvos, amikor nem veszi figyelembe betegek érzelmi, lelki állapotát, nem reflektál azokra, tovább növeli azt a szakadékot, amely az ilyen betegek lelki és testi állapotuk érzékelése-észlelése között létezik, és így ez tovább rontja gyógyulásuk esélyét. A Bálint-csoportok egyedülálló lehetőséget nyújtanak az orvosok érzékenyítésére – saját és betegek – érzelmi, kapcsolati, és szociális problémái, állapotai iránt.

Előadásomat John Launer: *Narrative-based Primary Care*, Jon G. Allen, P. Fonagy és Anthony W. Bateman: *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*, Bálint Mihály: *Az orvos, a beteg és a betegség* című könyvek ihlették.

Tudatelmélet a pszichózis spektrumában

Domján Nóra, Drótos Gergely, Szendi István,
Janka Zoltán

SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged
domjan.nora@med.u-szeged.hu

Bevezetés: A mentalizáció arra képességre utal, hogy megértsük mások és saját magunk mentális állapotait. Szkizofréniában (SZ) számos szakirodalmi adat támasztja alá a mentalizációs deficitet, bipoláris (BP) és szkizoaffektív (SZAFF) zavar esetén viszont kevés vizsgálat történt eddig ennek feltárására. Mivel mindhárom kórképben előfordulnak pszichotikus tünetek, érdemes megvizsgálni, hogy a mentalizáció tükrében találunk-e eltéréseket a betegcsoportok között.

Minta és módszerek: Első- és másodrendű tudatelméleti ToM feladatot (ToM1, ToM2) alkalmaztunk, melyhez szintén ezeket a mentalizációs szinteket tesztelő metafora és irónia értési feladatokat társítottunk. A mintát 19 egészséges kontrollszemély (EK), 42 SZ, 25 BP és 13 SZAFF betegséggel élő személy alkotta. A klinikai tünetek súlyosságának felmérésére a 3 betegcsoportban Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) került felvételre, ezt a BP és SZAFF csoportban Young Mania Rating Scale (YMRS) és Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) egészítette ki.

Eredmények: A négy csoport között volt eltérés a ToM1 és ToM2, metafora és irónia feladatokban (Khi-négyzet>13,88; $p<0,003$). A 3 betegcsoport PANSS értékei eltérőek voltak (Khi-négyzet>7,312; $p<0,026$), a SZ csoport mutatta a legsúlyosabb tüneteket. A PANSS negatív skálája negatívan korrelált a ToM1 ($r = -0,389$; $p<0,001$), a metafora ($r = -0,325$; $p=0,003$) és az irónia ($r = -0,366$; $p=0,001$) feladatokkal, a PANSS összesített pontszáma szintén az előbbi három feladattal volt negatív korrelációban ($r<-0,226$; $p<0,044$). A YMRS és MADRS értékei nem korreláltak a ToM, metafora és irónia feladatokon elért teljesítménnyel.

Következtetések: Mindhárom csoport ToM megoldását a negatív tünetek súlyossága befolyásolta leginkább, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a pszichotikus tünetekkel járó pszichiátriai kórképek terápiája során a negatív tünetek kezelésére is hangsúlyt kell fektetni. A negatív tünetek önmagukban is nehezítik a szociális interakciókat, amit fokoz az, hogy a ToM funkciót is negatívan befolyásolják, így a betegek mindennapi életvezetésének színvonala tovább romlik. Különösen fontos a SZ betegcsoport gondozásában figyelembe venni a szociális készségeket és negatív tüneteket, mivel ők mutatják a legnagyobb mentalizációs deficitet.

kiRAJZolódó életérzések

Dóra Judit

SZVT Kutatási és Fejlesztési Központ, Budapest
dorajudit@freemail.hu

Előadásomban egyéni- és csoporthelyzetekben készült projektív rajzok, rajztesztek alkalmazásának tapasztalatairól számolok be. Vizsgálódásom célja bemutatni, hogy a rajzolás nonverbális, vizuális nyelve a verbális szint mellé illesztve milyen többletet ad, hogyan segíti a megértést. A kiválasztott rajzi példák tematikus workshopokon, illetve egyéni önismereti/szupervíziós folyamatban készültek.

Bemutatom a képi kifejezéspszichológia jellegzetes eszközeit, a projektív rajzot. Ismertetem hogyan illeszkedik a rajz az adott folyamatba, hogyan történik a rajzfelvétel, majd a kép kommunikációs üzenetének megfogalmazása és megértése és a képi kifejezéspszichológiai elemzés következik.

Az érzelmi bevonódás már az első találkozón készült rajzokban is megfigyelhető. Ilyenkor részletesen kidolgozott rajz készül, melyről a projektív utóteszt kérdései mentén csak annyit fogalmaz meg a rajzoló, amennyit aktuálisan képes megosztani. Láthatóvá válnak fontos élethelyzetek, megragadhatóvá válnak a kapcsolódó érzések, kirajzolódik az életút különböző szakaszaival való elégedettség mértéke. A rajzoló többsége még negatív tartalmak esetén is örömet, elégedettséget él át, amikor kiteheti, kirajzolhatja a valóságot. Jól elemezhető a rajzoló és rajza között létrejövő kölcsönhatás, a dinamikus interaktivitás (Vass, 2006). Megfigyelhető továbbá a rajzokon, hogy az érzelmi tartalom és a színhasználat összekapcsolódik. A színnek személyes, egyedi jelentésének értelmezésére épülő színkulcs-teszt gyakran már felvételek terápiai értékű felismerésekhez vezet, a további munkához pedig értékes, más módszerrel fel nem tárható diagnosztikus anyagot képez. Folyamatban történő alkalmazás esetén a teljes rajzi anyag, vagy annak valamilyen szempont szerint kiválasztott elemei ismét újabb nézőpontból teszik lehetővé az értelmezést.

Tapasztalataim alapján elmondható, hogy a rajz egy helyzetből, illetve kapcsolatból azt a lelki tartalmat emeli ki, ami leginkább foglalkoztatja a vizsgált személyt. Kirajzolódik, megragadhatóvá válik ezáltal valami, ami lényeges, amivel az adott folyamatban érdemes dolgozni. Alkalmazása a verbális megfogalmazást kiegészíti, az adott témát más nézőpontba helyezi, ezáltal olyan információk nyerhetők, amelyek másként nem derülnének ki. RajzSOROZATTÁ ÖSSZEgyűjtve hosszmetsetben segíti a tájékozódást, ismét új perspektívát nyit, kirajzolódnak általa az életút állomásai. Alkalmazása nonverbális eszközként segíti a prevenciót, a patológiás működések felismerését.

Család- és párterápiás lehetőségek a demenciák ellátása során szakambulanciánkon

Driesz Márta

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Megyei Kórház, Szolnok
drieszm@freemail.hu

Szolnokon a megyei kórház pszichiátriai osztályán szakambulancia keretén belül foglalkozom demens páciensekkel. 65 év felett 5 évenként megduplázódik a demencia előfordulási valószínűsége. Magyarországon kb. 160 000 embert érint, előregedő társadalmunkban jelentős teherként mutatkozik. Rendkívül fontos a korai felismerés és az időben megkezdett gyógyszeres, illetve minél komplexebb terápia. A gyógyszeres kezelés mellett szakambulanciánkon család- és párterápia is folyik a demens páciensekkel és hozzátartozóikkal.

A demencia az egész család életében drámai változásokat idéz elő. A családi kapcsolatokból elveszik a kölcsönösség, az addig megszokott szerepek átrendeződnek, a házaspár intim kapcsolata megváltozik, korábbi sérelmek, sebek felszakadnak. A családtagok számos konfliktust élnek át a demens családtag állapotrosszabbodása miatt. A család könnyen izolálódhat, jelentősen túlterhelődhet, a páciens ápolása, időnként 24 órás felügyelete miatt. Külső kapcsolataik beszűkülnek. Haraggal, büntudattal, szomorúsággal kell megküzdniük a jelentős kimerültség mellett. A hozzátartozók és a beteg családtag gyászérzéseinek feldolgozásában, a veszteségek kezelésében igyekszem segíteni, családterápiás módszerekkel a különböző súlyossági fokú demenciák esetében. A beteggel és lehetőleg valamennyi együtt élő hozzátartozójával legalább 2-4 alkalommal, folyamatos közös munkaként (havonta egy-egy terápiás órában) beszéljük át a tünetekhez való viszonyulásukat, reakcióik mibenlétét, s a keletkező konfliktusok, indulatok családon belüli kezelésének hatékonyabb megoldásait, amit otthon – feladatként – próbálgatnak, majd tapasztalataikat az ambulanciánkon megbeszéljük. Támogató, megértő, elfogadó hozzáállás kialakítása az egész család lelkiállapotán segít. Ilyen légkörben a demens páciens is sokkal kiegyensúlyozottabbá válik, a még megmaradt képességeit is sikeresebben használhatja.

Előadásomban ezt a támogató munkát szeretném bemutatni, amellyel mind a páciens, mind pedig a család számára megkönnyítjük a demencia – mindenki számára kimerítő – progressziójával történő megküzdést.

A fejfájás diagnózisát segítő kérdőív kialakítása és érzékenyégének vizsgálata

Drótos Gergely¹, Janka Zoltán¹, Traue Harald C.², Tajti János¹, Rudisch Tibor¹

¹Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

drotos.gergely@med.u-szeged.hu

A fejfájás a leggyakrabban előforduló neurológiai tünet, a különböző fejfájás típusok egészségügyi és gazdasági jelentőségét éppen a magas prevalenciájuk adja. A fejfájások két nagy csoportjáról beszélhetünk, primer és szekunder típusokról. Kutatásunkban a primer fejfájások közül a migrénnel és a tenziós fejfájással foglalkozunk, valamint a szekunder formákkal. A nemzetközi irodalomban eltérő adatok találhatóak különböző fejfájás típusok előfordulásával kapcsolatban, összességében elmondható, hogy a világon a fejfájás egy éves prevalenciája 47%, ez a szám tenziós fejfájás (TTH) esetében 38%, migrén (M) tekintetében 10%. Bár a másodlagos fejfájás formák előfordulása igen magas, mégis a tenziós fejfájás gyakorisága az oka annak, hogy a fejfájás a WHO szerint az első tíz rokkantságot okozó betegség közé sorolható.

Az ulmi egyetem fejfájás kérdőívét, amely 17 szempontot vesz figyelembe, előzetesen felvettük 22 tenziós fejfájással diagnosztizált személlyel. A különböző fejfájás típusok jellemzőinek figyelembevételével és a válaszok tartalomlemezésével azonosítottuk azokat a szempontokat, amelyek saját kérdőívünk alapjául szolgáltak. A vizsgálatban résztvevő 300 személy (kontroll N=96, tenziós N= 35, migrén N=7, nem specifikálható fejfájás N= 14, szekunder fejfájás N=148) az általunk kidolgozott, 143 eldöntendő kérdésből álló tesztet töltötte ki.

A kidolgozott kérdőív adatainak elemzése alapján sikerült egy gyorsan és egyszerűen kiértékelhető 4 skálából álló pontrendszerrel kidolgoznunk, amely alapján rendkívül hatékonyan elkülöníthetőek az egyes fejfájás típusok. A betegcsoportok és a kontroll személyek elkülönítésében az első skálánk szenzitivitása 100%, specifikitása 98,5% (a görbe alatti terület (AUC)=1), a tenziós fejfájással diagnosztizáltak azonosításakor a szenzitivitás 94,3%, specifikitása 98,1% (AUC=0,993), a migrén esetében a szenzitivitás 100% a specifikitás 100% (AUC=1), nem meghatározott fejfájás szűrésakor a szenzitivitás 100%, a specifikitás 98,3% (AUC=0,997), továbbá a szekunder formák azonosításakor a szenzitivitás 90,5%, a specifikitás 96,7% (AUC=0,989).

Vizsgálataink alapján az általunk kidolgozott fejfájás kérdőív hasznos eszköze lehet a gyorsabb diagnózis kialakításának, a magas érzékenység, az egyszerű teszt-felvétel valamint pontozási rendszer következtében. A kérdőív további vizsgálatát követően szándékunkban áll gyakorlati alkalmazhatóságát a mindennapokban lehetővé tenni.

TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0012

A terhességet megelőző és kísérő táplálkozási patológiák

Dukai-Szabó Szilvia¹, Varga Márta¹, Koller Orsolya Anna¹, Pataki Zoltán², Rigó János², Túry Ferenc¹

¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

dukayszaboszilvia@gmail.com

Célkitűzés: a zavart táplálkozási magatartásformák prevalenciájának felmérése gyermekágyasok körében.

Módszer: retrospektív, keresztmetszeti vizsgálat, kb. 20 perces önkitöltős kérdőív segítségével, amelyet a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján szülés után a gyermekágyas osztályra bekerülő (37. hétre vagy később szülő) nők töltöttek ki.

Eredmények: a kismamák (N=547) egyötödét jellemzik (vagy jellemezték életük során korábban) evészavaros tünetek. Leggyakoribb a testsúly, testalkat miatti túlzott mértékű aggodalom (21%), valamint a fokozott diétázás (14%), de a menstruáció legalább háromhavi kimaradása, illetve az étkezés feletti esetleges kontrollvesztés okozta aggodalom is a válaszadók tizedénél előfordult. Saját bevallásuk szerint a kismamák 5%-a küszködött élete során korábban evészavarral, míg a terhességet közvetlen megelőzően, illetve alatta is 4%. AN-ról 1%, BN-ról 2%, EDNOS-ról 6% számolt be. Kezelésben nem egészen egy százalékuk részesült. Kifejezett evészavar tüneteket a kismamák további egytizede produkál(t). Az egyes evészavar-tünetek terhesség alatti változása nagyfokú diverzitást mutat. A táplálkozási szokások alapvetően pozitív irányba változnak terhesség alatt: rendszeresebben, tudatosabban, jobb minőségű ételeket választva étkeznek a kismamák. Valamilyen speciális diétát 17%-uk tart.

Megbeszélés: az evészavarok egyik jellemzője a betegség eltitkolása, ugyanakkor az evészavaroknak számos negatív következménye lehet az anyára és a magzatra egyaránt. E két tényező együtt komoly kockázatot jelent. Az adatok szerint a táplálkozási magatartás zavarai a kismamák tíz-húsz százalékát is érinthetik. Elengedhetetlen ezért, hogy e betegségek tényleges súlyáról, tüneteinek előfordulási arányáról pontosabb képet kapjunk.

A klinikai döntéshozatalt befolyásoló tényezők összehasonlítása hat európai országban

Égerházi Anikó¹, Nagy Marietta¹, Ivánka Tibor¹, Sándor János², Frecska Ede¹, Puschner Bernd³

¹Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

²Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék, Debrecen

³Department for Psychiatry and Psychotherapy II, Ulm University, Germany
egerhazi@dote.hu

A klinikai döntéshozatal komplex folyamat, mely mind a klinikus, mind a páciens aktív részvételét igényli. A döntési folyamatot külső és belső tényezők egyaránt befolyásolják, mint pl. a személy mindennapi élete, vagy a betegség bio-pszicho-szociális modelljéből ismert számos tényező. Az Európai Unió 7. Keretprogramja által támogatott CEDAR vizsgálat keretében hasonlítottuk össze hat európai ország (Anglia, Dánia, Magyarország, Németország, Olaszország, Svájc) klinikai döntéshozatali jellemzőit súlyos pszichiátriai betegek és orvosaik hozzáállása tekintetében. Az adatok feldolgozása során célunk annak vizsgálata, hogy a döntéshozatalt befolyásoló tényezők közül melyek azok, amelyek szignifikáns hatással vannak a folyamatra, milyen erős ez a determináció, és az egyes centrumok (London, Aalborg, Debrecen, Ulm, Nápoly, Zürich) egyéni sajátosságaikkal együtt mennyire befolyásolják a döntéshozatalt. Országonként közel 100 beteg került a mintába, összesen 588 páciens, és 212 klinikus végezte a vizsgálatokat. A diagnózist a DSM-IV kritériumai alapján határoztuk meg, szociodemográfiai adataikat CSSRI, a betegség súlyosságát TAG, az életminőséget MANSA, a terápiával való elégedettséget HAS kérdőívekkel mértük. A betegek és orvosok bevonódását a külön erre a kutatásra összeállított CDMS-P (Clinical Decision Making Style – Patient), valamint CDMS-S (Clinical Decision Making Style – Staff) kérdőívekkel vizsgáltuk. A statisztikai feldolgozáshoz többváltozós lineáris regressziót használtunk. Eredményeink alapján legnagyobb meghatározó ereje annak van, hogy mely városban történt a vizsgálat. Emellett a betegek aktív bevonódása nagyobb, ha magasabb az iskolai végzettségük, vagy ha nem depressziósok, viszont kevésbé vonódnak be, ha elégedettebbek a terápiával. A klinikus bevonódását növeli, ha súlyosabb a betegség, és minél elégedettebb a terápiával, annál kevésbé vonódik be. A páciensek információigényét befolyásolja a terápiával való elégedettség, a betegség típusa, a klinikus esetében szintén az elégedettség és a betegség súlyossága. A centrumok figyelmen kívül hagyásakor a vizsgált tényezők közül többnek lesz szignifikánsan meghatározó szerepe.

Mindezek alapján a klinikai döntéshozatalt befolyásoló tényezők meghatározó erejét nagymértékben befolyásolja az adott ország kultúrája, egészségügyi rendszere, a pszichiátriai betegek megítélésének és kezelésének helyi kultúrája.

A bullying jelenségének vizsgálata intellektuális fogyatékossgal élő fiatalok részére kidolgozott könnyen érthető kérdőívcsomag segítségével

Egri Tímea¹, Bácskai Erika², Matuszka Balázs², Gerevich József^{1,2}

¹ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest

²Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

egritimea@postafiók.hu

Háttér és cél: Kevés adat áll rendelkezésre a fogyatékos tanulók iskolai agresszióját illetően, különös tekintettel a kommunikációjukban gátolt, értelmi elmaradást mutató fogyatékos fiatalokat illetően. Mivel fontos a bullying jelenségének pontos feltérképezése, ezért szükséges egy olyan mérőeszköz kidolgozása, melynek nyelvezete, kódrendszere egyaránt lehetővé teszi a könnyebb megértést, szövegfeldolgozást és adekvát válaszadást értelmileg akadályozott tanulók számára.

Mérőeszközök: Olweus Bullying/Viktimizációs Kérdőív, Buss – Perry Agresszió Kérdőív – Fizikai Agresszió Alskála, Agresszió és Viktimizáció Skála, Rosenberg-féle Önértékelési Skála, Junior Temperamentum és Karakter Kérdőív Újdonságkeresési Skála (J-TCI), Hiperkinetikus Zavar Kérdőív, Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ), Pozitív Viselkedési Skálák, A Verekedés Szülői Támogatása Skála és az EuroADAD interjú iskolai problémákra és szerhasználatra irányuló kérdéseiből összeállított könnyen érthető kérdőív-batteria.

Minta: A keresztmetszeti vizsgálatban 9. évfolyamon tanuló fogyatékos tanulók vettek részt. (N=419, intellektuális fogyatékossgal élő tanulók száma 48 fő, akik közül 20 tanuló könnyen érthető nyelven is „kitöltötte” a kérdőívet).

Eredmények: Az eddig feldolgozott eredmények alapján a fogyatékossgal élő fiatalok voltak azok, akik önbevallásuk alapján a legnagyobb mértékű agressziót voltak kénytelenek átélni a mindennapokban (F=4,192; p=0,003). A könnyen érthető kérdőívek és a kutatásban használt „nem könnyen érthető” kérdőívek eredményeinek korrelációvizsgálata során kiderült, hogy az értelmi sérült fiatalok a könnyen érthető szimbólumokat tartalmazó kérdőívek visszajelzései során 5 átlagponttal értékelik kevésbé súlyosnak a bántalmazásuk mértékét. (Könnyen érthető kérdőív átlagpontszáma: 19,123; a „nem könnyen érthető kérdőív” átlagpontszáma: 24,55.)

Megbeszélés: Az intellektuális fogyatékossgal élő fiatalok kommunikáció és megértés terén történő akadályozottságát mutatja a vizsgálat során a könnyen érthető kérdőív és a „többségi kérdőív” eredményei közötti különbség. Ez részben abból adódhat, hogy a fogyatékos személyek nagy hányada nem sajátított el egy jól működő konfliktuskezelési, problémamegoldási modellt. Ezért javasolt az egyéni jellegzetességeken belül a fogyatékossgal élő csoport típusának megfelelő specifikus és a problémák hatékony kezelésére alkalmas módszerek kidolgozása és alkalmazása.

Nomen est omen (?)I.

Ekler Katalin

Mohács Város Kórháza, Pszichiátria, Mohács

lecler@freemail.hu

Bevezetés: A mágikus, misztikus névszemlélet szerint a név és viselője közt szerves, szükségszerű összefüggés van...a személyiség életerejére a nevében összpontosul (Cassirer).

Vizsgálat: Fenti feltevést vizsgáltam, mind a befogadó, mind a névtulajdonos oldaláról. 2011-ben hospitalizált betegek vezetékneveiből emeltem ki 124 különböző hangalakú, első olvasásra (számomra) jelentéssel bírót.

Majd kommunikatív szakmában dolgozó embereket kerestem meg egy kérdőívvel, amiben a 124 névre kérdeztem rá: milyen jelentést és hangulatot társítanak a válaszadók az adott névhez. 26 kitöltött kérdőívet kaptam vissza, s ennek alapján részben azt vizsgáltam (a befogadó oldalról), hogy milyen arányban fejtették meg (a névtanós Dr. Ördögh Ferenc címz. prof. úr által megadott névjelentéshez viszonyítva) a névben rejlő tartalmat, ill. milyen nevek tűntek pozitívnak, negatívnak, semlegesnek, megosztónak.

A nevek 62%-át tartották a megkérdezettek pozitív-semleges hangulatúnak, ami talán egy nyitottabb attitűdre mutat, s több, mint 60%-ában „tudták” a jelentést. A legnagyobb eltérés, arányaiban a negatív minősítésű névcsoportban volt.

Szakmák nem kaptak teljesen negatív besorolást, a nemzeteket illetően sem voltak teljesen elutasítók.

A nevekben megjelenő szimbólumok a pozitív esetekben a szépség, tisztaság, mitikus jellegű hatalom, erő, barátság, szabadság voltak. Negatív volt a káosz, sötétség, feledés, elmúlás, vétek, labilitás, hiány. Megosztó a mámor, agresszió, végzet. Semlegesek az érthetetlenek, a helységnevekből származók, a történelmi vonatkozások.

S a betegek, a viselők oldaláról azt néztem meg, hogy a kóriszmék és a vezetéknevek közt összefüggés található-e.

Mindannyian pszichiátriai osztályos betegek voltak. (A következő adatokat módosítja, hogy egy nevet többen is képviselhettek, ill. egy betegnek általában több diagnózis volt.)

Arányaiban a legtöbb súlyos, pszichotikus diagnózis a negatív, legkevesebb a semleges, majd a pozitív névcsoportban volt. Semleges névvel élni a legkönnyebb?

Egy-az-egyben analógiás megfeleltetés is a negatív csoportban a legvalószínűbb. Pl. Botló nevű férfi beteg, aki alkoholdependens, és több alkalommal kezeltük alkoholos pszichózis miatt. A köztes időszakokban rövid absztinenciákat tartott.

Konklúzió: tehát a nevek valószínűleg hatnak ránk, mind viselőként, mind külső emberként. A bennünk rejlő szimbólumok, történelmi, személyes élmények életre kelhetnek. Kérdés, van-e további magyarázat?

Nomen est omen (?) II.

Ekler Katalin

Mohács Város Kórháza, Pszichiátria, Mohács
lecler@freemail.hu

Bevezetés: A Nomen est omen (?) I. esetében a nevek külső szemlélőre való hatását igyekeztem megközelíteni az érthetőség és a szimbolikus tartalom vonatkozásában, majd a viselőkre gyakorolt befolyását is néztem ugyanezen szempontból.

A további kifejtésnek ösztönzést adott az általam időközben ismertté vált amerikai szociálpszichológus csoport, Pelham, Mirenberg és Jones munkája a nevek "bevonzó" hatásáról (pl. kétszer annyi embert hívnak Luisianában Louisnak, mint az a véletlen statisztika alapján várható lenne), amit a priming hatásának tartanak.

Kérdésem a következő volt: mi járulhat még hozzá az előfeltevéshez, létezik-e a szavak, nevek által hordozott „kézenfekvő” szimbólumok (Baráti-barátság) mellett mélyebb réteg is.

Minta: A Nomen est omen (?) I-ben hivatkozott 124 név esetében megvizsgáltam a nevek külső, belső és össz-személyiségét, s megnéztem, hogy ezekben milyen tradicionálisan pozitív (Nap, Jupiter, Vénusz) és negatív (Mars, Szaturnusz, Uránusz, Neptunusz) jelképek találhatóak. Emellett azt is kerestem, hogy a név jelentésével összefüggő, azzal analógiás szimbólum (pl. Baráti-Vénusz, Harmónia, Kompromisszum, Kedvesség, Szeretet, Bors-Mars, Erő, Harc) található-e köztük.

Módszer: a numerológia (ösi szimbólum rendszer alapján a számok ösi jelentést hordoznak, pl. 1-Nap, Férfi, Isten, Akarat, Uralkodás, Teremtés), a betűk pedig számoknak feleltethetők meg, így lehet kiszámítani a nevek személyiségét.

Eredmény: A teljesen pozitívnak tartott névcsoportban a pozitív szimbólumok száma meghaladta a negatívakét, és sok volt a magyarázó jelkép is.

A negatívoknál magasabb volt a negatív jelképek száma.

A semleges neveknél pedig magas mind a pozitív, mind a negatív megjelenés, de alacsony a magyarázó jelképiség.

Konklúzió: a mélyebb szimbolika hatása valószínűleg nem zárható ki az életünkből.

Ha jó szimbolikus nevünk van, az már a jó fele irányít? Még ha kicsit is.

Az öngyilkossági kísérlet időpontja és a menstruációs fázis összefüggése borderline és nem borderline nők körében

Ember Katalin¹, Bérdi Márk², Kreif Kinga³, Torzsa Tímea³, Unoka Zsolt⁴¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest²Péterfy Sándor utcai Kórház, Krízis Intervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest³Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest⁴Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

kataember@gmail.com

Bevezetés: Több szuicidológiai vizsgálatban azt találták, hogy az öngyilkossági kísérlet akkor volt a leggyakoribb, amikor a szérum ösztrogén szint a legalacsonyabb (Baca-Garcia et al., 2010). Borderline tünetektől szenvedő nők körében a menstruációs ciklus első és negyedik hetében az érzelmi instabilitás tünetei fokozódnak (DeSoto és mtsai, 2003). Feltételezésünk szerint borderline személyiségzavarban szenvedő nők gyakrabban kísérelnek meg öngyilkosságot az alacsony ösztrogénszinttel járó follikuláris fázisban.

Célkitűzés: Megvizsgálni, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő, öngyilkosságot megkísérelt nők a menstruációs ciklus mely szakaszában követték el tettüket és e tekintetben különböznek-e borderline személyiségzavarban nem szenvedő nőktől.

Résztvevők és módszerek: A Péterfy Sándor utcai kórház Toxikológiai és Sürgősségi Baleseti Osztályán jelenleg is aktív interjú és kérdőíves módszerrel végzett kutatásunkban eddig 66 önmérgezéses öngyilkossági kísérleten átesett nőt (átlagéletkor: 44 év, szórás: 14,8 év) vizsgáltunk meg a kórházba kerülést követő 24 órában.

A 66 főből 29 volt fertilis (átlagéletkor: 34 év, szórás: 9 év), közülük 16 főnél állapítottunk meg borderline személyiségzavart DSM-IV szerinti SCID-II interjú alapján.

Eredmények: Összehasonlítva az alacsony ösztrogén szintű follikuláris és a magas ösztrogén szintű luteális fázisokat, a borderline betegek gyakrabban a follikuláris fázisban követték el az öngyilkossági kísérletet (69%, 11/16 megfigyelt vs. 50%, 8/16 elvárt; $\chi^2 = 2,250$; $p = 0,13$). A nem borderline nők esetében nem volt eltérés a megfigyelt és az elvárt eredmények között (follikuláris fázisban: 43%, 3/7 megfigyelt vs. 50%, 3,5/7 elvárt $\chi^2 = 0,143$; $p = 0,70$).

Következtetések: Szuicid kísérlet elkövetésének időpontjára vonatkozó előzetes eredményeink arra utalnak, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő nők a follikuláris fázisban különösen veszélyeztetettek.

Pszichoterápiás szemléletű intervenciók az általános orvosi gyakorlatban

Eörsi Dániel

Háziorvosi Rendelő, Budapest
eorsidaniel@yahoo.com

A pszichoszomatikus szemléletű betegellátás lényege, hogy a lélektani és az élettani területekről szerzett tudás találkozik egymással. Pszichológiai jellegűnek tűnő probléma hátterében állhat organikus betegség, és fordítva – sokszor azonban a testi és lelki tényezők keverednek egymással anélkül, hogy egyértelmű ok-okozati irányt fel tudnánk állítani. A gyakorlatban általában kizárásos alapon kezdeményezünk lélektani kezelést, organikus tényező igazolása esetén a legtöbbször nem kerül rá sor. Ebben szerepet játszik a szomatikus és a pszichológiai gondolkodás jelentősen eltérő volta, a belgyógyászati és a pszichiátriai orvos–beteg kapcsolat alapvetően eltérő jellege.

Előadásomban arra keresem a választ, hogy lehetséges-e a gyakorló orvos számára ötvözni a kétfajta mintázat előnyeit; lehetséges-e interszubjektív elemeket építeni egy, az objektivitás elvén alapuló orvos-beteg viszonyba. Amennyiben igen, az megkönnyíti a betegség kapcsolati komponensének időben történő feltárását és az esetleges pszichoterápiás ellátás megszervezését, amely természetesen nem zárja ki adott esetben párhuzamosan a szükséges organikus kezelést. Az általános orvosi gyakorlatban használható pszichoterápiás szemléletű intervenciók áttekintésekor kiemelt figyelmet fordítok *Bálint Mihály* ilyen irányú írásaira.

Bálint felhívja a figyelmet az általános orvos-beteg kapcsolat és a pszichoterápiás kapcsolat számos hasonlóságára. Esetvignettákkal szándékozom illusztrálni az általa a konvencionális orvosi tevékenység körében javasolt, pszichoterápiás szerződést nem igénylő intervenciókat: az úgynevezett „flash-technikát” és a diagnosztikus és terápiás funkcióval is rendelkező „rövid beszélgetést”.

Közös munkánk, fejlődésünk. Bemutatkozik az Újpesti Mentálhygiénés Gondozóintézet

Erdélyi Kálmán, Nagy Tamás, Pálos Anna, Magyar Pálma, Pecze Anita

Újpesti Mentálhygiénés Gondozóintézet, Budapest
erdelyikalman@yahoo.com

Az Újpesti Szakorvosi Rendelőintézet részét képező mentálhygiénés gondozó az elmúlt két és fél év során szakmai megújuláson ment át. Egy modern mentálhygiénés gondozó feladata napjainkban, hogy hatékonyan működő, bio-pszicho-szociális szemléletet képviselő modellt valósítson meg, amely a szociális tanulást, kreatív önmegvalósítást, a betegek szociális térbe történő be-, illetve visszailleszkedésének támogatását teszi lehetővé.

Saját munkánkban a korábbi egyéni statikus gondozói módszer helyett egy hatékonyabb, dinamikus rendszerszemléletű, integratív terápiás irányvonalú működési szisztéma kialakítása jelentette a célt. Ennek előfeltétele volt egy olyan adekvát terápiás, illetve akut ellátást biztosító intézményi struktúra felépítése, mely a betegeket emberséges módon igyekszik hozzásegíteni egyensúlyi állapotuk, testi-lelki harmóniájuk megteremtéséhez és megőrzéséhez, szociális alkalmazkodóképességük erősítéséhez, végeredményben pedig társadalmi beilleszkedésükhöz. Mindebben lényeges szerepet kapott a terápiás eszköztár sokrétű felhasználása. A beteg egyéni problematikájához, betegségéhez, állapotához tervezett és illesztett komplex terápiás rendszerben dolgozunk a következő terápiás eszközök és elemek felhasználásával: szakorvosi ellátás, egyéni pszichológiai betegvezetés, kreatív és művészetterápiás csoportmunka, verbális szabad interakciós kiscsoport, szocioterápia, pszichoedukáció, életmódcsoport.

Szükség volt mindehhez olyan tér kialakítása is, mely mind a páciensek, mind az idővel gyarapodó terápiás stáb számára befogadó, a közös konstruktív munkához megfelelő környezetet tudott biztosítani. A közösségi atmosféra a változások nyomán egyre meghatározóbbá válhatott a gondozó életében.

Az intézet dolgozóinak (a pszichiáter szakorvosoknak, gondozónőknek, művészetterapeutának és a pszichológusoknak) egységes célkitűzése, hogy olyan alkotó közösséget teremtsenek, mely a betérő pácienseket emberi méltóságukban megtámogatja, a gördülékeny járóbeteg-ellátást biztosítja. Ennek köszönhetően úgy képes fogadni és gyógyítani a pácienseket, hogy a munka világából hosszú időre lehetőleg ne vonódjanak ki. Munkacsoportunkban bemutatjuk azt a fejlődési utat, amit az elmúlt két és fél évben megtettünk és rávilágítunk az ebben rejlő további szakmai perspektívára.

A major depresszió tüneti profiljának országok és etnikai csoportok közötti különbségei

Eszlári Nóra¹, Gonda Xénia², Pap Dorottya¹,
Bagdy György¹, Juhász Gabriella¹

¹Semmelweis Egyetem, Gyógyszerhatástani Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest
kendermagos@yahoo.com

A major depresszív zavar esetében jelentős kultúrközi és országok közötti eltérések tapasztalhatók nemcsak a prevalencia és a depressziós skálák átlagpontszáma, hanem a tünetprofilok szempontjából is. Munkánk során célunk az volt, hogy a depressziós tüneteket, azok prevalenciáit számos országban, illetve etnikai csoportban áttekintő vizsgálatok alapján az eredmények áttekintésével és összevetésével finomabb képet nyerjünk a zavar manifesztációjának jellegzetességeivel és különbségeivel kapcsolatban, mint amit pusztán a prevalencia-adatok különbségének és a skálaátlag-értékek eltéréseinek vizsgálata nyújt. Két szempontból elemeztük a tünetek országok közötti eltéréseit, tünetenként, illetve országonként/etnikumonként, így vizsgálva egyrészt azt, hogy az egyes tünetek súlyossága milyen eltéréseket mutat, másrészt hogy a különböző országokban, illetve etnikai csoportokban milyen tünetkonstellációk jellemzőek.

Az áttekintett kutatások eredményei alapján még Európán belül is igen lényeges tünetprofil-eltérések tapasztalhatók, multi-etnikus országok esetében pedig fontos országon belüli különbségek figyelhetők meg egy adott depressziókérdőív egyes tételei esetében is. A legmarkánsabb országok, illetve etnikumok közötti eltérések olyan jellegzetes depresszió tünetek esetében tapasztalhatók, mint a szomatizáció, a büntudat/bűnösség érzése, a pozitív affektusok expressziója, és az öngyilkosság.

A depresszió manifesztációjának országok, kultúrák, illetve etnikumok közti különbségeinek vizsgálatára irányuló kutatások a depresszió etiopatológiájának jobb megértését segítik elő, valamint fontos szerepet játszhatnak abban, hogy a major depresszió diagnózisával és kezelésével kapcsolatban az etnikai és kulturális különbségeket is figyelembe vevő modellt alkossunk. Ez különösen fontos napjainkban, amikor a jelentős társadalmi migráció is megnehezíti a pszichiátriai zavarok megfelelő felismerését és kezelését.

A homoszexualitás megjelenése a pszichoterápiás magánpraxisban

Fadgyas Ildikó¹, Tóth András², Andriská Ildikó³

¹Gyógyír XI Nonprofit KFT Pszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Budapest

²pszichiátriai magánpraxis, Budapest

³Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
fadgyas.ildiko@gmail.com

Az Integratív Pszichoterápiás Egyesület és a Szexológiai Társaság 2012 októberében zártkörű konferenciát szervezett a pszichoszexuális identitás kialakulásának folyamatáról.

A konferencia eddig nálunk kevésbé ismert szempontokat mutatott be az énidegen homoszexualitás pszichoszexuális fejlődési folyamatáról.

A konferencián Tóth András pszichiáter kolléga ismertette Joseph J. Nicolosi PhD, D 2009-ben megjelent könyvét: „Szégyen és kötődésvesztés – a helyreállító terápia gyakorlata”.

Joseph J. Nicolosi Ph.D. pszichológus, klinikai szakpszichológus 1980-ban megalapította Kaliforniában az Aquinói Szent Tamás Pszichológiai Intézetet. Fő profilja azok kezelése, akik csökkenteni szeretnék az azonos nemhez való nemkívánatos vonzalmukat.

Nicolosi elgondolásának központi eleme a triádikus-narcisztikus csalárendszer, melyben: a domináns, erős, szimbiózisra hajlamos anya és a visszahúzódó, érzelmileg visszafogott vagy ellenséges apa csekély kommunikációja miatt a gyermek házastárs-pótlék lesz, így túl szoros lesz a kapcsolat anya és fia között, melyben az anya igényeinek megfelelő „jó kisfiú”- kép megerősítődik és ezzel párhuzamosan az anya elutasítja, bünteti a férfiasodásra és önállósodásra irányuló törekvéseket.

A gyakorló terapeutában felmerül a kérdés, vajon a mindennapi pszichoterápiás rendelésen előforduló homoszexuális páciensek esetében mennyiben igazolható a triádikus-narcisztikus csalárendszer fennállása?

Egy bankár, egy tanár, egy közgazda, az orvoskollégák, a transz-szexuális és lesbikus páciensek esetének rövid ismertetése közben arra is választ keresünk, milyen gyakran van igény a „helyreállító” terápiára, illetve mennyiben tér el a terápiás feladat az átlagpopulációhoz képest?

Katathym Imaginatív Pszichoterápia alkalmazása a pszichoterápiás gyakorlatban

Fadgyas Ildikó¹, Andriška Ildikó²

¹Gyógyír XI Nonprofit KFT Pszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Budapest

²Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
fadgyas.ildiko@gmail.com

Célkitűzés: a Katathym Imaginatív Pszichoterápia bemutatása, saját élmény szintű megtapasztalása.

Módszer: A műhely során megismerkedünk a katatím imaginatív pszichoterápia rövid történetével, az alapfok szimbólumaival és gyakorlati alkalmazhatóságával.

Röviden áttekintjük a módosult tudati állapot, a hipnózis létrehozásának egyszerű gyakorlati módszerét, majd a csoport által egyeztetett módon a hétköznapi transz létrejöttének segítségével a gyakorlatban is megtapasztaljuk a katatím szimbólumok csodás világát. A sajátélményhez hozzátartozik a szimbólumok üzenetének feldolgozása, esetleg egy egyéni pszichoterápiás ülés modellezése.

Eredmények: A KIP, a Katathym Imaginatív Pszichoterápia, korábbi nevén katatím képélmény, egy mélylélektani pszichodinamikai alapokon nyugvó imaginatív pszichoterápiás eljárás. Az imaginációk mélylélektani eseményeket tükröznek vissza és projekciós felületet adnak a belső világ tükröződéséhez. Így a terapeuta a problémák transzformált képével foglalkozik és a terápia során bekövetkező mélypszichológiai változás az imaginált képben leolvasható és a terápiás történések nyomon követhetők.

A módszert az 1950-es években *Hanscarl Leuner* dolgozta ki és vezette be a pszichoterápiák sorába tudományosan megalapozott módszerként, melyet katatím képélménynek nevezett. Ennél a módszernél az imagináció és az imaginációban folyó pszichoterápiás munka az alapvető és központi történése. Ezt az egész terápiás folyamat során szisztematikusan és célzottan alkalmazzuk. Az imaginációkkal való munka a terápiás ösztörténésebe ágyazódik be.

Konklúzió: A módosult tudatállapotban végezhető katatím imaginatív terápia hatékony eszköz a heti terápiás ülések során. Jól tervezhető, könnyen tanulható és rendkívül kellemes, hatékony terápiás módszer, ami kiválóan alkalmas a szűkösre szabott terápiás óra tökéletes hasznosítására.

Egy pszichiáter főorvos tapasztalatai 2004-től 2013-ig a XV. kerülettől a XIV. és XXII. kerületen át a XI. kerületig avagy Gondozás? Szakrendelés?

Fadgyas Ildikó, Rózsás Györgyné, Széplaki Tünde

Gyógyír XI. Nonprofit KFT, Budapest
fadgyas.ildiko@gmail.com

A pszichiátriai gondozás a szakmai irányelveken túl kénytelen figyelembe venni a munkáltató elvárásait, a hely adottságait a kialakult szakmai és közösségi kapcsolatokat, mely régióként, és kerületenként is eltérő, így a gondozás a gyakorlatban változatos megjelenési formákat mutathat.

Az előadás saját gyakorlati tapasztalatokon keresztül összehasonlítja a XV., XIV., valamint a XXII. és a XI. kerület gondozási gyakorlatát:

- a XV. kerületben 2004-ben 83 ezer főre 2 pszichiáter, 1 pszichológus és 4 nővér dolgozott.
- A munkáltató nem támogatta munkaidőben a látogatást, ezek zöme a gondozónőkre maradt.
- A kartonokat kézzel írtuk, a számítógépet még a nővérek kezelték, előjegyzést csak kísérletképpen vettünk be.
- 2005-ben elvállaltam a XIV. kerületi pszichiátriai gondozó vezetését, és a kor szellemének és a munkáltató határozott elvárásainak megfelelően bevezettük a számítógépes adminisztrációt, az előjegyzést, betegirányítást. Kinyitattam az ajtókat, a pszichiátriai is olyan, mint a többi szakrendelés!
- 2007 nyarától a XXII. kerületben a Budafoki gondozó: speciális körülmények és kedvező helyzet – sikerült igazán jó gondozói együttműködést kialakítani a szociális és közösségi ellátó hálózattal – Hangulat Életmód Klub és SERAPIS közösségi ellátó hálózat –, valamint a háziiorvosi-szakrendelői kollégákkal.
- 2011 novemberétől a munkáltató mindenféle szakmai és kollegiális tiltakozás ellenére bevezeti az „orvosforgót”: ezen túl a budafoki gondozóban minden nap más orvos rendel, a Budafoki gondozó főorvosa pedig „beforog” a központi pszichiátriai rendelésbe a XI. kerületben a Tétényi u 18-ba.

Az előadásban választ keresünk arra, ami megmenthető volt, és ami tovább tud működni a nehézségek ellenére is.

A forenzikus pszichiátria hatarái és korlátai egy/német modellben

Farkas Marta

Georg-August-Universität Göttingen, Asklepios Klinik für forensische Psychiatrie Göttingen
farkas@psych.sote.hu

Az előadás témája a forenzikus pszichiátriai ellátás egy működő alsó-szászországi modelljének ismertetése.

Milyen törvényi keretek között valósul meg a „Besserung und Sicherung“ koncepció, amely egyidejűleg szolgálja az egyén javát és a közösség, mint társadalom biztonságát? Az igazságügyi pszichiátriában a betegségkategória definíciója a szokásosnál is nagyobb jelentőségű, hiszen ez alapozza meg az egyén szabadságának korlátozását/teljes megvonását az adott keretek között. Kiemelt jelentőségű a prognózis és rizikóbecslés, amelynek alapja a pszichopatológia, megtámogatva becslőskálákkal. Említés szintjén szóba kerülnek a diagnosztikus kategóriák, amelyek halmozódást mutatnak az ilyen jellegű osztályon (különös tekintettel a Pedofiliára), és ezen keresztül a társadalom toleranciájának mértékét is jelzik. A vezérlő elv: „az egyén méltósága” és „önrendelkezési joga” saját testi integritását illetően az ellátás számos pontján megmutatkozik. Ennek legékezebb bizonyítéka a Német Szövetségi Alkotmánybíróság 2011 májusában hozott döntése, amely kényszergyógykezeltetésre vonatkozik.

Szóba kerül, hogy hogyan működnek a gyakorlatban a különböző biztonsági fokozatú osztályok, van-e építészeti kialakításukra bármilyen törvényi előírás, vagy a mindenkori technikai fejlettségi szint írja-e a szabályokat. Egyáltalán, ki írja elő, hogy kinek, mekkora a szabadsága itt?

A pedofiliáról

Farkas Marta

Georg-August-Universität Göttingen, Asklepios Klinik für forensische Psychiatrie Göttingen
farkas@psych.sote.hu

Szembe kell néznünk a realitással, hogy a kiskorúak terhére elkövetett szexuális visszaélés, mint jogi kategória mind nagyobb teret kap következményeit tekintve 1. a pszichiátriai ellátásban, mint áldozati oldal (Trauma), 2. a forenzikus pszichiátriában mint bűnelkövetői oldal. Vajon valóban növekszik-e az esetek száma, vagy a „szürke zónából” kerülnek egyre nagyobb arányban nyilvánosságra? Az elkövetők körébe részben tartoznak a pedofilek; vannak pedofil cselekmények pedofilia nélkül. Ismertetem a pedofilia „differentia specifica“-ját, rizikótényezőit és kezelési lehetőségeit. Újabb kutatások igazolják, hogy e zavarban igen erős biológiai meghatározottsága van, amely speciális vizsgálati módszerrel bizonyítható. Mit is várhatunk a kezeléstől? Mi az a minimum, amit egy pedofilnek el kell érnie, hogy a visszaesés rizikója minimalizálható legyen. Az előadás a jelenlegi forenzikus ellátás egy égető problémáját villantja fel, mely nyitott kérdések tömegével terhelt és ellentmondásos érzelmeket válthat ki a terapeutában mint emberben. Talán provokáció önmagában.

How to understand the difficulties for French psychiatry to join European movement towards Community psychiatry

Feberey, Jean-Yves

L'Eolienne, Centre hospitalier de Breil/Roya, Franciaország
jean-yves.feberay@wanadoo.fr

Psychiatry is probably the part of medicine which is the most dependent on social and historical conditions. From the horrors of the Nazism to the political misuses in the former USSR, we have all inherited this heavy professional past and have to cope with it. Psychiatry is neither “ideology-free” nor „politically correct”.

Investigating the French psychiatry during the last 50 years, I would like to show how we moved from a situation with leading experiences, in the sixties and seventies, to a kind of stagnation since the nineties.

Why French psychiatry couldn't go further in the direction of community care, like for instance Italy? In 2001, the report written by our colleagues Piel and Roelandt wasn't really welcome in the professional community. There was a big fear about the disappearance of psychopathology in favour of mental health.

Nowadays, we are in a very critical position, like many other countries of course, but I would like to present shortly four main streams in the French psychiatry today.

„Institutional psychotherapy” is a kind of French form of community psychiatry: it has from the origin Freudian and Marxist deep roots, with François Tosquelles, Catalan psychiatrist who had to escape from Spain in 1939, because he was sentenced to death by the Franco's regime. Probably May 68 had a positive influence on the development of this libertarian part of French psychiatry, which is still active today.

Psychoanalysis had a huge diffusion and influence in our country, even in the French public health service; Lacan himself was a psychiatrist in public service at the beginning of his carrier. He organized important meetings with Henri Ey, author of the most famous French handbook of psychiatry.

The first neuroleptic, chlorpromazine, was discovered in 1952 by Delay and Deniker. Nowadays, the medical research in psychiatry is made by our university colleagues, in close connection with the pharmaceutical industry, which often leads to conflict of interests. Regularly, some colleagues make also promotion about extended indications of ECT or psychosurgery.

Last but not least, the recent evolution of psychiatry led to the exclusive reinforcement of security aspects, with the disastrous influence of our former President, Mr. Sarkozy. This drift towards law and order has even brought one of our colleagues to the court.

A testkép-szobor teszttel szerzett diagnosztikai és terápiás tapasztalatok pszichotikus páciensekkel

Fehér Pálma Virág¹, Kecskés Beáta²

¹Szent János Kórház - Tamasz Gondozó, Budapest

²Országos Rehabilitációs Intézet, Budapest

feher.palma@velvet.hu

Tanulmányunk alapját az a gondolat képezi, amely szerint a testterápiák és test-pszichoterápiák a nonverbális, a test megéléséhez, a testélményhez köthető képzeteket tekintik a terápiás munka kiindulópontjának. A testkép pszichoanalitikus perspektívából szemlélve interszjektív természetű. A saját test képe kezdettől fogva a korai interakciós mintákból és a másik testének identifikációjából, valamint a testi tapasztalatok formálódásából származik. A testi tudatosság térbeli képe taktilis, kinezteziás és vizuális „nyersanyagaink” alapján konstituálódik. Az így megélt testkép, mint az ösztönimpulzusaink térképe értelmezhető. A testkép-szobor tesztet, mint taktilis proprioceptív diagnosztikai eszközt alkalmazzuk, hogy a tudatos és a tudattalan testélményeket három dimenzióban is kifejezhessük. Ebben az értelemben a teszt, mint kézjegy vagy aláírás jelenik meg előttünk, amely kevésbé a szituatív pillanat mint inkább a gestalt időtlensége által jellemezhető. A testkép-szobor teszt, mint diagnosztikai eljárás a kvantitatív és kvalitatív értékelésen túl lehetővé teszi az interpretatív értelmezést pszichotikus páciensek terápiájában. A teszt által válik lehetővé, hogy tudattalan fantáziák, asszociációk, szorongások és emlékek kerüljenek a felszínre.

Komplex társas érzelmek és mentális állapotok felismerése pszichózisokban és pszichózis kockázati szindrómával diagnosztizált személyeknél

Fejes Lilla¹, Makkos Zoltán¹, Kassai-Farkas Ákos¹, Kéri Szabolcs^{2,3,4}, Csukly Gábor⁵

¹Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²SZTE ÁOK Élettani Intézet, Szeged

³Országos Pszichiátriai Központ, Budapest

⁴Rutgers University, Newark, USA

⁵SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
szkeri2000@yahoo.com

Bevezetés: A szociális kognitív működések zavara a pszichózisok jellegzetes kísérőjelensége. A mentális állapotok felismerésénél azonban ritkán veszik figyelembe a stimulusok heterogenitását. Célkitűzésünk az összetett pozitív és negatív valenciájú társas érzelmek és a kognitív jellegű belső reprezentációk felismerésének vizsgálata pszichózisokban és klinikai figyelmet igénylő prodromális állapotokban.

Módszerek: A vizsgálatba történő beválasztási ismérvek a következők voltak: 18-40 éves életkor, maximum 5 éves betegségtörténet, DSM-IV-TR alapján nem-affektív pszichózis vagy a DSM-5/CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State) szerint pszichózis kockázati szindróma fennállása. A Baron-Cohen-féle Eyes Test ingereit (szemrégiókról készült fényképek) három csoportba soroltuk, korábbi vizsgálatok neuroanatómiai aktivációs adatai alapján: pozitív és negatív társas érzelmek, valamint kognitív belső állapotok.

Eredmények: A pszichotikus betegek körében minden ingertípusban egyenletes, nagyfokú deficit mutatkozott ($d > 1,2$). Pszichózis kockázati szindrómában a deficit a negatív társas érzelmek felismerésére korlátozódott, és kevésbé volt kifejezett ($d = 0,6$). Pozitív társas érzelmek és kognitív belső állapotok esetében prodromában nem volt eltérés ($d < 0,2$). A komplex érzelmek felismerése nem korrelált az affektív tünetekkel és az iskolázottsággal.

Következtetés: Nem-affektív pszichózisban a komplex társas érzelmek és mentális állapotok felismerésének generalizált és súlyos zavara mutatható ki, míg ez pszichózis kockázati szindrómában a negatív társas érzelmekre korlátozódott, és kevésbé volt súlyos.

A korai traumatizáció összefüggései a felnőttkori disszociatív élményekkel

Ferencz Ákos Gergő^{1,2}, Almássy Zsuzsanna¹, Eszenyei Zsuzsanna¹, Szemán-Nagy Anita¹

¹DE BTK Pszichológiai Intézet, Debrecen

²DE OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

akosferencz@gmail.com

Bevezetés: A felnőttkori disszociatív zavarok hátterében igen gyakran derül fény súlyos gyermekkori traumatizációra. Az újabb irodalmi adatok szerint a felnőttkori disszociáció foka erősebb összefüggést mutat a szülő-gyermek interakciók szövetébe ágyazott, gyakori abúzzsal, mint a nyilvánvaló és durva, de egyszeri traumával. A disszociatív tünetek kvantitatív értékelésének egyik eszköze a Disszociáció Kérdőív (DISQ-H), melyet hazánkban 1996-ban validáltak (Varga, Osvát, Vanderlinden, 1996).

Célkitűzések: Előadásunkban a korai traumatizáció, a nem és a disszociatív élmények összefüggéseit vizsgáló online kutatásunk eredményeit ismertetjük.

Módszerek: 2012 szeptember-októberében 200 személy töltötte ki kérdőívünket, mely a DISQ-H kérdéseit is tartalmazta.

Eredmények: Az önkéntes válaszadók közül 60-an számoltak be gyermekkori traumáról, mely 39 esetben érzelmi, 10 esetben fizikai sérülés, 3 esetben családon kívüli személytől elszenvedett szexuális erőszak volt. 1-1 személy számolt be háborús, illetve családon belüli szexuális traumáról, 6-an pedig egyéb traumatikus élményről. A DISQ-H négy alskálaja közül háromban mértünk szignifikáns különbséget a traumatizált és a nem traumatizált csoport között. A traumatizált csoport átlagos pontértéke szignifikánsan magasabb volt a kontrollvesztés-, az amnézia- és az identitásvesztés-skálán. Nem találtunk különbséget az abszorpció-skálán.

Következtetések: Populációs vizsgálatunk megerősíti, hogy egyes felnőttkori disszociatív jelenségek előfordulása összefüggést mutat a gyermekkori traumatizációval. A kis elemszám miatt egyedül az érzelmi traumatizáció következményeiről kaptunk megyőző eredményeket, az egyéb traumatípusok disszociatív élményekre gyakorolt hatása csak jóval szélesebb körű vizsgálatok alapján deríthető fel.

Változatok egy témára: PTSD a klinikumban

Fodor Kinga, Perczel Forintos Dóra

SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest
fodor.kinga@med.semmelweis-univ.hu

Az előadás célja a poszttraumás stressz tünetek sokszínűségének bemutatása egy vizsgálaton keresztül, melynek során ambuláns pszichoterápiás ellátásra jelentkező PTSD betegek mintáját elemeztük. A poszttraumás stressz tünetek diszfunkcionális attitűdökkel és megküzdési módokkal való kapcsolatát is feltérképeztük. A vizsgálat exploratív jellegű, jelentősége abban áll, hogy egyrészt ritka betegcsoport jellemzőit kívánja leírni, másrészt hiánypótló munka a hazai irodalomban, hiszen annak ellenére, hogy feltételezhetően a PTSD jelenlévő szorongásos zavar hazánkban, kevés vizsgálat témája.

Huszonkét, PTSD-vel diagnosztizált, pszichoterápiás ellátásra jelentkező beteg adatait elemeztük. A betegeknek felmértük a reménytelenség, a szorongás, a depresszió, a poszttraumás tünetek súlyosságát, valamint a diszfunkcionális attitűdöket és a megküzdési módokat.

A mintában résztvevők 32%-a férfi (n=7), 68%-a nő (n=15), átlagéletkoruk 34,77 év az ambulancián való jelentkezéskor. A traumatípus alapján a leggyakoribb traumatípusok a közlekedési balesetek (40,9%; n=9), közeli hozzátartozó traumatikus elvesztése (18,2%; n=4), valamint fizikai vagy szexuális bántalmazás (18,2%; n=4). A traumatikus esemény óta eltelt idő nagy varianciát mutat (2 hónap – 10 év).

Az eredmények arra utalnak, hogy a poszttraumás tünetek kapcsolatban állnak a teljesítményigény és a külső kontroll diszfunkcionális attitűdökkel, illetve az alkalmazkodás és visszahúzó típusú megküzdési módokkal. Emellett a poszttraumás tünetek magas komorbiditást mutatnak a depressziós és szorongásos tünetekkel, illetve mintánkban sokféle traumatípus áll a PTSD kialakulásának hátterében.

Az eredmények kapcsán felmerülő diagnosztikus és terápiás kihívások kerülnek megvitatásra.

Véletlen sérülést és szándékos önsértést bemutató filmekre adott empátiás válaszreakció vizsgálata borderline személyiségzavarban

Fogd Dóra¹, Egyed Katalin², Konok Veronika³, Juhász Levente Zsolt⁴, Somogyi Szilvia¹, Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest

³Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Etológia Tanszék, Budapest

⁴Dunaújvárosi Főiskola, Dunaújváros
fogd.dora@yahoo.com

A társas kogníciót borderline személyiségzavarban vizsgáló kutatások ellentmondásos eredményeinek egyik lehetséges magyarázata az empátia egyes komponenseinek disszociációja. Mások distressz állapotainak megfigyelésekor a személyen belül kialakuló empátiás válaszreakciók elemzésével azonban eddig alig néhány vizsgálat foglalkozott.

Kutatásunkban véletlen sérülést, illetve szándékos önsértést bemutató filmek láttán kialakuló „empátiás válasz” többdimenziós vizsgálatát tűztük ki célul, borderline személyiségzavarban szenvedő és egészséges nők körében.

A vizsgálatban 23, pszichoterápiás osztályon kezelt SCID I-II interjúval diagnosztizált, borderline személyiségzavarban szenvedő (átlag=28,52, szórás=7,17 év) és 24 korban, iskolázottságban illesztett egészséges nő (átlag=29,13, szórás=8,40 év) vett részt.

A résztvevők képernyőn 18 pár mp-es, véletlen balesetet majd 6 önsértést bemutató filmet láttak – részben én–másik elkülönítést potenciálisan elősegítő („másik”), részben az empátiás beleélést fokozó („szelf”) instrukció mellett. Valamennyi filmet mindkét instrukcióval bemutattuk. A vizsgálati személyek minden filmnél 5 dimenzió mentén ítélték meg a bennük létrejött érzelmi választ (átélt fájdalom, distressz, érzelmek általi elárasztottság, szereplő iránti együttérzés, fájdalom testi átélése).

Véletlen sérülés láttán a borderline betegek valamivel erősebb fájdalmat éltek át, mint a kontrollszemélyek (p=0,08). Szelfhelyzetben az érzés testi szinten is jóval intenzívebben jelentkezett (p<0,001). A szereplő érzéseire fókuszálva ellenben kevésbé érezték azt, hogy eluralkodnának rajtuk az érzések (p<0,001). Szándékos önsértést látva, erősebb fájdalomról (p<0,001), magasabb distresszről (p<0,001), érzelmek általi nagyobb fokú elárasztottságról (p=0,007), mélyebb együttérzésről (p=0,036), ám a fájdalom kevésbé intenzív testi átéléséről (p<0,001) számoltak be, szelfhelyzetben. Én–másik elkülönítését facilitáló instrukció mellett csak a fájdalom testi érzése volt náluk kifejezettebb (p<0,001).

Az eredmények érzelmi-motoros rezonanciára való fokozott hajlamot jeleznek borderline személyiségzavarban, egyértelműen fájdalmat okozó, de nem involváló helyzetekben, ám nem támogatják általában véve a jobb empátiás készségre vonatkozó elképzeléseket. Számukra jól ismert, érzelmileg involváló fájdalmas helyzetekre a betegek intenzívebben reagálnak. A csoportközi különbség azonban csak akkor kifejezett, ha nem a másik, hanem a saját érzéseikre koncentrálnak közben.

Az orvoslás új paradigmája: a biopszichoszociospirituális modell*Frecska Ede, Andrejkovics Mónika*Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen
efrecska@hotmail.com

A spiritualitás témájának az orvoslás keretein belüli elhelyezése egyre inkább sürgetővé válik. A medicina az utóbbi évtizedekben több szempontból is a válság jeleit mutatja, ami arra hívja fel a figyelmet, hogy megérett a helyzet a paradigmaváltásra. A bemutatásra kerülő biopszichoszociospirituális modell az Engel-i biopszichoszociális modell kiegészítését jelenti a spirituális dimenzióval. E dimenzió fogalmának pontos meghatározására több próbálkozás született. A szerzők egyrészt ezen definíciók közös jegyeit emelik ki, másrészt felhívják a figyelmet annak szükségességére, hogy a szakma jelölje ki a biopszichoszociospirituális modell pontos elméleti kereteit, és határozza meg a modell gyakorlati alkalmazhatóságának szempontjait. A spiritualitás koncepciójának identifikációs alapról való megközelítését javasolják a szerzők. A szűken vett és kulturálisan determinált közösség (szociusz) feletti tágabb egységgel azonosulva az egyénnek szélesebb lehetősége nyílik arra, hogy több értéket, jelentést, és értelmet hozzon életébe. Ebben a megközelítésben a spiritualitás metaszintként jelenik meg a biopszichoszociális szféra felett. A hit fontos motivációs faktor ehhez az identifikációs lépéshez, amelyen transzcendentális sajátélmények sokat lendítenek.

A Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályának 25 éve – avagy a szubjektív és az objektív...*Funk Sándor, Molnár Bea, Bányai Éva, Olasz Anna, Schmidt Judit*Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály, Budapest
funkdr@freemail.hu

A témaválasztás indokolása: Osztályunk, mely kórházi alkohológiai osztályként alakult meg, fordulatos történetet élt meg, amelynek tudományos jelentősége is van. Ez az osztály kezdett el ugyanis drogbetegeket kezelni, amely betegcsoport a magyar egészségügyben bizonyos értelemben gyökeresen új volt, az esetleg fellelhető előzményekhez képest rendkívüli minőségi és mennyiségi változást hozott. Az elmúlt 25 évben nem csupán a betegek gyógyításának állandóan változó módszereivel, hanem az addiktológiai osztály felépítésével és a sosem ideális körülmények okozta nehézségek legyőzésével is törődnünk kellett. Ennek során néha elképesztően nehéz döntéseket kellett hoznunk, és igen nehéz helyzeteket kellett átélnünk.

A téma körvonalazása: Osztályunk 1987-től állott a jelenlegi főorvos vezetése alatt, és ettől az évtől számítható a drogbetegek új minőségének – máktea- és „kompót”-fogyasztók, illetve heroinfogyasztók – megjelenése. Új kezelési módszereket kellett kidolgoznunk és alkalmaznunk, olyan körülmények között, amikor az egyre több beteget csak egy barakkban tudtuk elhelyezni. Itt vezettük be, az országban elsőként a methadon-kezelést kórházi körülmények között, és itt kellett átélnünk, az ún. Funk-ügyet, amelynek hátterét ma sem ismerjük pontosan.

Módszer: az osztály történetét a visszaemlékezések összegyűjtése, átválogatása, rendszerezése, illetve az anyag szigorú bírálata során készítettük el.

Tanulságok/Eredmények: Az a véleményünk, hogy az osztály és a magyarországi droghelyzet története szinte összefonódik. Az a kezdet kezdetétől elhatározott szándékunk, hogy mindenkit – aki bármely mértékben rászorul –, meggyógyítunk, de legalább kezelünk, és mindent megteszünk azért, hogy a drogbetegség egy legyen a „normális” betegségek között – kriminális vonatkozások nélkül – nem teljesült. A mai helyzet a drogbetegség végletesen kriminális megközelítését hozta, osztályunk tevékenysége objektíve eredménytelennek látszik, bár szubjektíve sok, kitartóan és folyamatos küszködéssel, megújulással, felelősséggel és gondolkodással is járó munkát végeztünk.

Van-e jövője a biblioterápiának?

G. Tóth Anita

Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagykálló
gothanita@gmail.com

„Félünk tisztán látni, és félünk attól, hogy tisztán látnak minket.”

Szabó István A napfény íze című filmjének szállóigévé vált mondata szolgálhat mottóul afölötti töprengésünknek, hogyan illeszthető be ma a szépirodalom terápiás gyakorlatunkba akár kórházi, illetve ambuláns csoportos formában, akár egyéni betegvezetésben, pszichoterápiában. A társadalmi jelenségeinket szemlélve arra juthatunk, hogy a felejtés, meg-/belefeledkezés korát éljük, nem az emlékezését, a szembesülését, és inkább ne tartson senki olyan tükröt, amely szembe-sít. Az előbbieket miatt a biblioterápia talán nincs rosszabb helyzetben, mint más pszichoterápiás irányzat, ugyanakkor eszközei sokszor – folytonosan átalakuló oktatási rendszerünknek (is) köszönhetően – kellemetlen szájját és hártást váltanak ki. Miért éppen szépirodalom, és miért éppen olvasás? Az olvasásszociológiai adatok elkeserítőek; míg egyes rétegek az olvasást mint készséget funkcionális célra is csak erőfeszítéssel tudják használni, az e-könyv elsöpri a papír alapút, és az internet használata a lineáris olvasást. A skála két pontja között valahol elhelyezkedő segítséget kérőknek milyen történeteket és hősöket tudunk felkínálni alternatívaként, a ma népszerű ismeretközlő médiumok mellett anélkül, hogy anakronisztikussá, életidegenné és kultúrsznobbá ne válnánk? Hogyan adhatunk helyzetkezelési mintákat, melyeknek az irodalom évszázadok, évezredek óta tárháza, még ha olykor „köntöse” miatt nehezen is hozzáférhető?

Merni tisztán látni magunkat, megtalálva tovább lendítő olvasmányainkat, önbecsülést, differenciáltabb, a sémákat lebontó gondolkodást, a felelősségérzet erősödését, derűlátóbb jövőkép kialakulását eredményezheti – sugallhatjuk a biblioterápia során. Merni tisztán látni korlátainkat és keresni a jelen kor és technika által kínált eszközöket, nekünk, a biblioterápia – és általában a művészetterápiák – művelőinek is új lendületet adhat.

„A kultúra nem tudás, nem művészi produkció, hanem valami életet szabályozó elv, amely egy embercsoport minden tagjának belső mágnesé, irányítója” (Németh László).

Új lehetőség a neuropszichológiai profil vizsgálatára: WAIS-IV alkalmazása alkoholbetegségben

Gál Bernadett^{1,2}, Andó Bálint¹, Szikszay Petronella³, Kurgyis Eszter^{1,4}, Rózsa Sándor⁵, Janka Zoltán¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

³Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Osztály, Szigetvár

⁴Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

⁵Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest
berni2029@gmail.com

A vizsgálat célja: Alkoholbetegségben számos neurokognitív funkció érintett, melyek többsége az alkoholfogyasztás felhagyását követően a felépülés folyamán fokozatosan normalizálódik. Jelen vizsgálat középpontjában alkoholbetegek neurokognitív profil-elemzése állt, egy hazánkban közelmúltban standardizált mérőeszközzel – a Wechsler Intelligencia Teszt IV verziójával (WAIS-IV), melynek segítségével feltárható az átfogó neurokognitív működés. Az elemzések rövidebb-hosszabb ideje absztinens alkoholbetegek profil-analízisére is kiterjedtek, annak érdekében, hogy feltárjuk, megjelenik-e normalizálódás a kognitív teljesítményben az absztinencia során.

Módszer: A Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Rehabilitációs Osztályról 47 alkoholbeteg pácienszt vontunk be a vizsgálatba. Az utolsó alkoholfogyasztás ideje alapján median-split módszerrel 2 csoportot hoztunk létre – rövid (13 hétnél rövidebb), illetve hosszabb távon (13 hétnél hosszabb) absztinens páciensek. WAIS-IV segítségével profilanalízist végeztünk a leíró statisztikai eredmények alapján. A mérőeszközzel 4 átfogó neuropszichológiai faktort vizsgáltunk meg a teljes mintán, és a képzett két csoportban: Verbális megértés, Perceptuális következtetés, Munkamemória és Feldolgozási sebesség.

Eredmények: A profilelemzés alapján az alkoholbetegek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a perceptuális következtetést mérő alteszteken, a verbális megértéshez viszonyítva ($t(46)=2,327$, $p=0,024$). A két alcsoport összehasonlításában a rövid ideje absztinens résztvevők munkamemória-teljesítménye szignifikánsan gyengébb a Verbális megértés Indexhez viszonyítva ($t(21)=2,574$, $p=0,018$), mely normalizálódik a hosszabb távon józan vizsgálati személyeknél ($t(21)=0,714$, $p=0,483$).

Következtetések: Alkoholbetegek téri-vizuális képességei érintettebbek a verbális funkciókhoz képest. Ennek fontos szerepe lehet a problémamegoldásban is, mivel fokozottabban károsodik az absztrakciós képesség. A munkamemória az információ megtartásában és manipulálásában játszik szerepet, ezen a területen mutatott gyengébb teljesítmény a rövid ideje absztinens csoportban szintén a problémamegoldás és a rövid távú emlékezet problémáira hívja fel a figyelmet, mely azonban normalizálódást mutat a szermentes állapot időtartamának növekedésével. A terápiáknak tehát figyelembe kell venniük a problémamegoldás fejlesztését, mivel e kognitív képesség fokozottabban érintett és kiemelt jelentőségű a betegséggel való megküzdésben.

Tudatelméleti deficit bűnelkövetőknél*Gál Zita¹, Katona Katalin², Németh Dezső²*¹SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged²SZTE Pszichológiai Intézet, Szeged

galzitus@gmail.com

Kutatásunkban bűnelkövetők tudatelméleti, érzelem felismerési képességének vizsgálatát tűztük ki célul. Vizsgálatunkban a csalást és az erőszakos bűncselekményt elkövető, jelenleg szabadságvesztésüket töltő bűnelkövetőket és kontrollszemélyeket hasonlítottunk össze tudatelméleti és érzelem-felismerési feladatok tekintetében. Eredményeink szerint a kontrollcsoportba tartozók magasabb színvonalon teljesítenek a mentális állapotulajdonítást mérő tesztekben, mint a bűnelkövető csoport. A csalás büntetett elkövető személyek magasabb szintű teljesítményt érnek el az erőszakos bűnelkövetőknél az alapérzelmek felismerésében, azonban a bonyolultabb érzelmek tekintetében már nem mérhető ilyen különbség a két bűnelkövetői csoport között. A társalgási baklövések (faux pas) felismerését tekintve az elszólások mögött fellelhető téves vélekedés tulajdonításban az erőszakos cselekményt elkövetők teljesítettek rosszabbul, mind a kontroll, mind a csalást elkövető csoporthoz képest. A negatív érzelmi következmény felismerésében azonban a csalást elkövetők felülmúlják az erőszakos elkövetőket.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a csalást elkövető elítéltek jobb elmeolvasó képességgel jellemezhetők az erőszakos elkövetőkhöz képest. A szemek régiójában és az arcokon megjelenő érzelmeket tekintve különösen az alapérzelmek tulajdonításában múlják felül az erőszakos tettért elítélteket, továbbá a negatív érzelmi következmények felismerésében is jobban teljesítenek. Az erőszakos elkövetők azonban nehezebben jósolják be, hogy egy tett mögött szándékosság feltételezhető-e. Kutatási eredményeink további vizsgálatokat ösztönözhetnek a tudatelméleti működés feltérképezésében, továbbá az elítélt bűnelkövetők rehabilitációjában, szociális készségfejlesztésében is értékes támpontokkal szolgálhatnak.

Antidepresszív kezeléshez társuló hyponatrémia*Gazdag Gábor László, Bognár Zsófia*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet,

Budapest

gazdag@lamb.hu

Az antidepresszívumok hyponatrémiát okozó mellékhatása évtizedek óta ismert. A különböző hatástani csoportba tartozó szerek alkalmazása mellett a hyponatrémia kialakulásának kockázata különböző. Az eddigi vizsgálatok különböző betegcsoportokon is jelentősen eltérő előfordulási arányokról számoltak be. Az irodalmi összefoglalókban a hyponatrémia kockázatát legmagasabbnak 65 év feletti betegek szerotonerg szerrel (SSRI, vagy SNRI) történő kezelésénél tartották.

Esetismertetésünkben rekurrens depresszió miatt ismételt pszichiátriai osztályon kezelt 65 éves férfibetegnél kialakult, intenzív osztályos kezelési igénylő, súlyos tudatzavart és légzési elégtelenséget eredményező hyponatrémiáról számolunk be. A hyponatrémia kombinált venlafaxin-mirtazapin kezelés mellett alakult ki. Az elvégzett vizsgálatok a hyponatrémia okaként szóba jövő szervi okokat kizárták. Pszichiátriai konzílium a mirtazapin elhagyását, a venlafaxin folytatását javasolta szoros szérumszint monitorozás mellett. Venlafaxin monoterápia mellett a beteg depresszív tünetei nem tértek vissza és nátriumszintje is a normál tartományban maradt a követés során.

Összefoglalásként a szérumszint monitorozásának fontosságát hangsúlyozzák a szerzők idős betegek szerotonerg antidepresszív szerrel történő kezelése során.

A képzőművészet egyik paradoxona: öngyilkosság a művészetben vagy öngyilkos művészek

Gerevich József

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar; Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
gerevichj@t-online.hu

Az öngyilkosság és művészet témakörében a filmekről más előadásokban számolunk be (*Zsédél, Gerevich, 2013, Gerevich, 2013*). Ennek az előadásnak a fő hipotézise az, hogy a képzőművészetben megfigyelhető egy paradoxon, mely szerint többségükben nem azok a művészek lettek (befejezett) öngyilkosok, akik megfeszítették az öngyilkosságot. Ha ez a tétel igaz, jelentős művészetterápiás konzekvenciái lehetnek: az öngyilkosjelölt képes „kifesteni magából” az öngyilkossági szándékot, pontosabban ezzel a szimbolikus gesztussal elvégzettnek tekinti eredeti tervét. Van azonban az éremnek egy másik (pesszimistább) oldala is: ahogy *Van Gogh, Gorky, Rothko* sem festette meg az öngyilkosságot, mégis öngyilkos lett, a művész éppen hogy elrejt, eltünteti a világ elől valódi szándékait.

Az amerikai szuicidológiai kutatásokban a művészet és öngyilkosság közötti összefüggések az elmúlt évek egyik kitüntetett tárgya lett (*Stack és Lester, 2009*).

Az öngyilkosságot ábrázoló képek elemzése alapján az öngyilkosságot elkövetők a következő típusokba sorolhatók: 1. bibliai öngyilkosok: a középkort megelőző korszakokban elsősorban bibliai figurákat ábrázoltak öngyilkosként (pl. Judás, Sámson és Saul); 2. heroikus öngyilkosok: a 15. századtól a művészek az öngyilkosságot úgy ábrázolták, mint a hűség és bátorság kifejezését; egy tragikus, de az adott szociális dilemma racionális megoldásaként; 3. stigmatizált öngyilkosok: a 17–18. században az öngyilkosság a festészetben úgy jelent meg, mint a bűnös élet, a gonosz megnyilvánulása; hedonisztikus és immorális célok egyébként értelmes megoldása; extrém élethelyzet adekvát kezelése; 4. irracionális öngyilkosok: a racionális festőművész objektív, a közösségi normát képviselő megfigyelése szerint (1800–1900 között); 5. depresszív öngyilkosok: „beteg” vagy lázadó válasz az embertelen élethelyzetre; a klinikai depresszió jele (1870–1930); 6. ambivalens öngyilkosok: patetikus kísérlet a szubjektíven tűrhetetlennek megélt nélkülözés megváltoztatására; ingás a remény és a reménytelenség között (1930–1960); „cry for help” öngyilkosok: automatikus, a számítógépek által mediált válasz traumára vagy deprivációra egy fokozottan dehumanizált környezetben.

Csáth Géza öngyilkossága és a nők: egy sikertelen Papageno effektus története

Gerevich József¹, Barna Bianka²

¹Addiktológiai Kutató Intézet, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest

²Károli Gáspár Egyetem Pszichológiai Intézet, Budapest
gerevichj@t-online.hu

Jelen előadással *Csáth Géza* (született Brenner József) író életének, betegségének, és műveinek patográfiai és irodalompszichológiai feldolgozásához szeretnénk adalékot nyújtani. *Csáth* nem volt képes élete végéig feldolgozni édesanyja korai halálát. Traumatizációja, amelynek kezdete feltehetően jóval megelőzte anyja halálát, feldolgozatlan gyászra pszichológiai megrekedtséghez, morfinizmus kialakulásához, majd következményes szellemi hanyatláshoz, a kreativitás elvesztéséhez vezetett. Ebben a tragikus végkifejletű folyamatban különleges szerepet játszottak a nők; anyja, mostohaanyja, felesége és a páciensnő, *Gizella* (Egy elmebeteg nő naplója). A nőekkel szemben erősen ambivalens érzéseket táplált. Szexuális tárgyként kezelte őket (promiszkuitás), ugyanakkor büntudatot érzett velük szemben; idealizálta és gyűlölte őket. A nőekkel szembeni agressziója egyrészt novelláiban (pl. Anyagyilkosság), másrészt felesége tényleges meggyilkolásában („Ha akarom, megölhetem őt”) érte el csúcspontját. Ezzel párhuzamosan azonosította is magát a nőekkel („morfinnővérré” vált, azaz a morfin feminizálta; páciense, *Gizella* sorsában sok rokon vonást mutat a szerzővel), öngyilkossága is felfogható az anyjával való végső azonosulásnak. Önmedikalizációs kísérletei (szublimálás az íráson keresztül; pályaválasztása; a morfin önadagolása) sorra kudarcot vallottak. Nem sikerült eljutnia a Moravcsik Klinikára páciensként (bár többször elindult), és *Ferenczi Sándor* analitikus sem vállalta kezelését, bármilyen kézenfekvő lehetett volna *Csáth* pszichoanalízis iránti érdeklődése és vonzódása okán (*Barna, Gerevich, 2012*). Ahogy a Figaró házasságában Papagenót (sikerrel), úgy próbálták barátai megmenteni őt a tragikus végkifejlettől (Papageno effektusról ld. e fórumon *Zsédél, Gerevich, 2013*). Unokabátyja, *Kosztolányi Dezső* írta róla: „Jóskát áldoztatnak látom, a legszomorúbb és legártatlanabb áldozatnak, kit valaha láttam. De sok erőt és szeretetet érzek magamban, hogy megmentsem”. Nem sikerült megmentenie.

“Elveszettek és eszeveszettek”. A szuicídium ábrázolása a moziban – videóprezentáció

Gerevich József

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar; Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
gerevichj@t-online.hu

A nemzetközi (és részben hazai) öngyilkosság-szociológiai kutatásokban (*Stack és Bowman*, 2012) kiemelt jelentőséget kapott az elmúlt évtizedekben az öngyilkosság média-megjelenése, elsősorban a „Copycat-” vagy „Werther-effektusról” eddig szerzett ismereteink bővítése okán. A Papageno-effektusról ugyanezen a fórumon egy másik előadásunkban számolunk be (*Zsédél, Gerevich*, 2013). A filmvásznon öngyilkosság-ábrázolásai az un. etnikai, gender- és geográfiai paradoxonok megfejtésében nyújthatnak segítséget és kiegészíthetik a döntően orvosi-biológiai kutatások eredményeit. Az Internet Mozi Adatbázisban (IMDb) található adatok szerint 1900 és 2012 között 4867 mozifilmben jelent meg az öngyilkosság valamilyen formában, de egyes feltételezések szerint ennél jóval több film foglalkozik az öngyilkossággal. *Stack és Bowman* az öngyilkosság okai alapján a filmben ábrázolt öngyilkosságok két csoportját különítette el, az individuális okokra és a szociális-interperszonális okokra visszavezethető szuicídium-csoportot. Az individuális okok között a tradicionális (depresszió, bipoláris zavar, szervenélybetegség) és a nem-tradicionális pszichiátriai motívumok (az un. pszichopata sorozatgyilkos, aki a film végén szorongatott helyzetében megöli magát), valamint a fizikai betegség (fájdalom, képességzavar stb.) motívumai találhatók. A szociális-interperszonális okok a jelentős másik személy halálával, a kapcsolatokban rejlő feszültségekkel és krízisekkel, valamint gazdasági, egzisztenciális problémákkal vannak összefüggésben. Ugyanebben a kategóriában az altruista öngyilkosság is megjelenik. Az öngyilkosságot ábrázoló filmeket aszerint is csoportosíthatjuk, mekkora hatással lehet a nézőre (mennyire részletesen mutatja be az aktust és milyen szuggesztivitással), az öngyilkosság mekkora teret kap a filmben (kezdve a film címével), és milyen módon befolyásolja a film főáramát. Prezentációmban az egyes mozifilmek kiragadott részletein keresztül mutatom be az öngyilkosság film-típusait, és következtetéseimben kiemelem a filmművészet unikális adalékát az öngyilkosság tudományos ismeretkincséhez.

Az időfaktor szerepe a kényszergyógykezelt betegek gyógyításában avagy határozott vagy határozatlan idejű kényszergyógykezelés jogi polémiája.

Gibiszer Éva

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Budapest
gibi123@t-online.hu

Szalagcímeiken jelent meg, hogy a 2011. május 1-jével bevezetett kormányerejű rendelet alapján elrendelt határozott idejű kényszergyógykezelés „nem vált be”, ezért 2013. június 1-től ismét határozatlan idejű kényszergyógykezelés lesz elrendelhető a bíróságok számára.

Előadásom célja áttekinteni mit jelent az időfaktor a kényszergyógykezelt betegek gyógykezelésében. 20 kényszergyógykezelt nőbeteg elemzése alapján kimutatható, hogy az átlagos kezelési idő 4,5–5 év, mely időtartam a bűnisméltés veszélyét minimálisra csökkenti (1%), a betegségük relapszus rátája is csökken, 20 esetünkben 13 beteg kb. 1 éven belül rendszeres munkaterápiás foglalkoztatásba is bevonhatóvá vált. Adataink megegyeznek a pszichodinamikus pszichiátriai irányelvekkel, a pszichodinamikus pszichoterápiák időfaktorát ezen kutatások is kb. 5 évben vagy még hosszabb időtartamban jelölik meg. Az un. feltáró-támogató pszichoterápiák közül azIMEI kényszergyógykezeltjeinél a feltáró terápia már kevésbé játszik szerepet, ezen betegeknél a cselekményük adja a lenyomatát a patológiájuknak, un. pszichotikus konfliktusuk feltárása és közvetítése a beteg felé betegség tudatot, és betegség belátást jelent, a beteg együttműködésének elnyerése a támogató pszichoterápia alapja. A határozatlan idő a beteg számára szenvedésnyomást is jelent, hogy ép személyiségrészeivel partner legyen a terápiában. Ez biztosítja azt is, hogy tartósan elvannak különítve régi életük „tárgykapcsolataitól”, lehetőség van a terápiában új, egészségesebb tárgykapcsolati minták elsajátítására. Ezt szolgálják a szociális készségfejlesztő tréningek, amelyek a betegség kimenetelét és a munkavállalással kapcsolatos kimenetelt is biztosítják. Ezen célt szolgálják intézetünkben a hozzátartozók bevonásával végzett problémakezelést segítő pszichoedukációs programok, melyek időigényesek. Következtetésünk: a pszichiátriai kezelések szükségszerű velejárója a beteg alávettettsége, nem lehet feloldani a betegek érdekében az önrendelkezés és a terápiában való kiszolgáltatottság ellentmondását.

A munkamemória összehasonlító vizsgálata neuropszichológiai tesztekkel szkizofréniában és bipoláris I. zavarban

Greminger Nóra, Domján Nóra, Drótos Gergely, Szendi István, Janka Zoltán

SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged
gremingernora@gmail.com

Bevezetés: A kognitív funkciók zavara mind szkizofréniában (sch.), mind bipoláris I. affektív zavarban (BP I.) szenvedő betegeknek kimutatható. Eddig kevés vizsgálat hasonlította össze a két betegcsoport kognitív teljesítménymintázatát, ami segít a kórképek fenomenológiájának megértésében.

Módszer: 27 BP I. és 44 szkizofrén betegnél a Wisconsin Kártyaválogatási Tesztet (WCST), Corsi kocka, számterjedelem, sorrendfordítás, vizuális mintázatterjedelem, szemantikus és betűfluencia tesztet vettük fel, és adataikat 20 egészséges kontrollal vetettük össze. Az eredményeket ANOVA statisztikai módszerrel értékeltük.

Eredmény: Wisconsin Kártyaválogatási Tesztben konceptuális szintű válaszok %-ában a szkizofrén, a befejezett kategóriák számában mindkét betegcsoport szignifikánsan eltért az egészséges kontrolltól. A perszeveratív hibák százalékában a szkizofrének szignifikánsan több hibát vétettek a kontrollcsoportéhoz képest. A szkizofrén csoport szignifikánsan gyengébben teljesített a sorrendfordítás ($p=0,01$), a betű ($p=0,04$)- és szemantikus fluencia ($p=0,01$) tesztekben a BP I-hez viszonyítva.

Következtetés: A neuropszichológiai tesztek nemcsak a betegek és az egészségesek elkülönítésére, hanem bizonyos szinten a két betegcsoport közti kognitív eltérések kimutatására is alkalmas pszichológiai eljárás. Mindkét kórképben károsodik a munkamemória – köztük végrehajtó funkciók –, de egyes részfunkciókat másképp érintik, és ennek diagnosztikai, prognosztikai és terápiás jelentősége lehet.

Mentális egészség és munkamegterhelés fiatal orvosnők mintájában

Gyórfy Zsuzsa, Ádám Szilvia

SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
gyorffy@chello.hu

Bevezetés: Az orvosnők testi-lelki egészségére vonatkozó magyarországi vizsgálatok kiemelik a fokozott orvosnői morbiditás problémáját.

Célkitűzés: Jelen vizsgálatunkban két orvosnői csoport, a 24–43 évesek és a 44–76 évesek testi-lelki egészséggel, munkavégzéssel kapcsolatos mutatóit hasonlítottuk össze, és kerestük azokat a potenciális rizikótényezőket, amelyeknek a fiatal orvosnőket veszélyeztetve a későbbi megbetegedések szempontjából kulcsszerepük van.

Módszerek: 2003–2004-ben lefolytatott, reprezentatív, kvantitatív vizsgálat ($N=408$).

Eredmények: Vizsgálatunkban megállapítottuk, hogy a fiatal orvosnők nagyobb arányban dolgoznak fekvőbeteg ellátásban (37,8 % vs. 16,3%, $p=0,000$) és nagyobb arányban látnak el ügyeleti munkát (55,6%, vs. 36,1%, $p=0,001$). A munkával kapcsolatos attitűdök vizsgálata egyértelműen azt mutatja, hogy kevésbé elégedettek munkájukkal (38,8% vs. 55,6 %, $p=0,000$), munkahelyükkel (38,2% vs. 58,8% $p=0,000$), munkakörülményeikkel (41,4 % vs. 58,6% $p=0,000$) és munkájuk anyagi elismerésével (11,4% vs. 20,6%, $p=0,000$). A fiatal orvosnők szignifikánsan magas értéket mutattak a kiegészítő szindróma, magas emocionális kimerülés (43,3% vs. 23,3% $p=0,000$) és magas teljesítményvesztés dimenziójában (57% vs. 38% $p=0,000$). A Beck-féle depresszió pontszámok alapján a fiatal orvosnői mintában az enyhe depresszió szignifikánsan magasabb arányú ($p=0,000$). Fiatal orvosnői többletet találtunk az öngyilkossági gondolatok esetében (26,1% vs. 14,1% $p=0,001$).

Következtetések: A kiegészítő különböző dimenzióit vizsgáló magyarországi kutatásokhoz képest jelen vizsgálatunk fiatal orvosnői magasabb emocionális kimerülést mutatnak. Ennek a jelenségnek minden bizonnyal kulcsszerepe van a fiatal orvosnők testi-lelki jóllétében – szoros összefüggésben a jelenlegi depresszió és öngyilkossági gondolatok mutatóival, valamint a későbbiekben megjelenő megbetegedések esetleges prediktoraként. Az orvosnői mentális morbiditás megelőzése és kezelése kiemelt kérdés nemcsak a gyógyítói, hanem osztálytársadalmi hatását illetően is.

A kognitív szekvenciatanulás összefüggése a mediotemporalis lebeny szerkezetével szkizofréniában

Gyüre Tamás¹, Németh Renáta², Kéri Szabolcs³, Kelemen Oguz⁴

¹BME TTK Budapest

²MTA TTK KPI Budapest

³SZTE ÁOK Élettani Intézet Szeged

⁴Bács- Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Pszichiátriai Osztály Kecskemét
gyuretam88@gmail.com

Elméleti háttér: A kognitív károsodás a szkizofréniában legstabilabb vonása, amely szoros összefüggésben áll a klinikai kimenetellel, valamint a pszichoszociális funkciók alakulásával. A deficit jellege és kapcsolata az agyi szerkezeti eltérésekkel azonban még nem tisztázott teljes mértékben. Jelen vizsgálatunkban a procedurális és a kontextusfüggő tanulás kapcsolatát tanulmányoztuk a hippocampus és az entorhinalis kéreg térfogatával, egy állatkísérletes modell alapján kifejlesztett asszociációs teszttel.

Módszerek: Vizsgálatunkban 22 szkizofrén páciens és 22 nemből, korban és iskolázottságban megfelelő egészséges kontrollszemély vett részt. A procedurális és a kontextusfüggő tanulási folyamatokat a „Kilroy” számítógépes teszt felhasználásával vizsgáltuk, amelynek során egy animált karaktert kellett négy szobából kivezetni. Minden szobában három különböző színű ajtó volt, amelyekből csak egy volt nyitva. A nyitott ajtót kellett megtanulni próba-válasz asszociációk útján. Az agyi struktúrák volumetriás mérésénél Philips Achieva 3T MRI-t használtunk. Az adatokat FreeSurfer szoftverrel értékeltük.

Eredmények: A „Kilroy” feladat procedurális fázisában kizárólag a harmadik asszociatív lépésnél mutatnak szignifikánsan több hibát a betegek. A kontextusfüggő fázisban jelentős károsodás volt megfigyelhető. A hippocampus térfogata negatív korrelációt mutatott a kontextusfüggő fázis hibáival, míg az entorhinalis cortex esetében ilyen összefüggés nem volt. A hippocampus esetében szignifikáns volumencsökkenés volt tapasztalható a szkizofrén betegeknél, míg az entorhinalis kéreg és a neocortex nem mutatott hasonló eltérést.

Következtetés: A kontextusfüggő asszociatív tanulás zavara specifikus összefüggést mutat a hippocampus térfogatával szkizofréniában, amely összhangban van az állatkísérletes fiziológiai modellekkel. Mindez felveti a klasszikus neuropszichológiai vizsgálóeljárások kiegészítését, amely hozzájárulhat a megfelelő klinikai kezelés kialakításához, valamint a terápiás folyamat monitorozásához.

Addikció és szexualitás a szépirodalomban

Hal Melinda¹, Gerevich József^{2, 3}

¹Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológiai Intézet, Piliscsaba

²ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest

³Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

halmelinda1@gmail.com

Addikció és szexualitás viszonyát illetően elsősorban a szerelmi/szexuális addikció (excesszív, kóros érzelmi kötődés) problematikája került előtérbe az elmúlt évtizedek szakirodalmában. Jelen előadás az addiktív spektrumba tartozó kórképekkel küzdő fikatív (szépirodalmi) személyek szexualitásának jellemzőit helyezi vizsgálata tárgyává. Két amerikai könyv, *Charles Bukowski* Tótumfaktum és *John Updike* Nyúlketrec című regénye több szempontból is alkalmas a kérdés megvilágítására. Mindkét mű középpontjában szenvedélybeteg személy (Henry, illetve Jill) áll. A szenvedélybetegség (az első esetben alkoholizmus, a másodikban heroinfüggőség) kialakulása és progressziója jól nyomon követhető a történet főáramában. Mindkét hős a „vándorló”, sodródó, családból kiszakadt deviánsok életét éli, és betegsége – különböző tényezők hatására – fokról fokra válik egyre súlyosabbá. Szexualitásuk is hasonló vonásokat mutat: promiszkuitás, ambivalencia, a tárgykapcsolatok rendkívüli felszínessége jellemzi őket. A szex náluk nem a „találkozás-élmény” része, hanem az öngyógyítás (önértékelés javítása, magányérzés csökkentése), illetve az érzelmi kapcsolat elhárításának eszköze. Henry esetében a szexuális teljesítmény hiánya (erektilis diszfunkció) az egyetlen, számára elfogadható evidencia az alkoholizmus fennállására. A szépirodalmi művekben megjelenő addiktív modellek vizsgálata hozzájárulhat a szakmai horizont bővüléséhez, új, korábban elhanyagolt szakmai szempontok kikristályosodásához.

A személyiség vizsgálatának dilemmái kényszergyógykezelt pszichotikus betegeknél

Halmi Tamás¹, Rózsa Sándor², Tényi Tamás³

¹PTE ÁOK Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola, Pécs, Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Budapest

²ELTE Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Budapest

³PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
tamas.halmi@gmail.com

Elméleti háttér: A személyiség átfogó vizsgálata megbízható és érvényes tesztekkel a pszichológia egyik nagy kihívása, amelyre az egyik újabban kidolgozott mérőeszköz a Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI). A pszichotikus betegek vizsgálata még összetettebb: a betegség és a személyiség premorbid jellemzőit sok esetben nehéz világosan különválasztani egymástól.

Célkitűzés: Kutatásunkba erőszakos bűncselekményt elkövetett pszichiátriai betegeket vontunk be és szociodemográfiai helyzetüket, tünetprofiljukat leíró adatok mellett temperamentum- és karakterjellemzőiket is vizsgáltuk. Az eredményeket az egészséges felnőtt populációtól nyert normatív értékek mellett nem erőszakos fogvatartottak adataival vetettük össze.

Eredmények: Az összehasonlítás alapján a pszichotikus személyek által adott önjellemzés csak csekély eltérést mutat a normatív értékektől, enyhén emelkedett ártalomkerülés-, jutalomfüggőség- és együttműködés-értékekkel. A korábbi vizsgálatok (1, 2, 3,4) eredményei ezek közül csak a magasabb ártalomkerülést erősítik meg. A külső értékelő megítélése és az önjellemzés ugyanakkor rendre alacsony együttjárásokat mutat.

Következtetések: Az eredményeinkben tapasztalt ellentmondások számos kérdést vetnek fel. Vajon viselkedésük megfigyelésével helyesen tudjuk-e megítélni a pszichotikus betegek személyiségét? Maguk a betegek ugyanúgy értelmezik-e a személyiségük jellemzésére vonatkozó kérdéseket, mint a nem beteg személyek? Egyáltalán: valóban személyiségük összetevőit vizsgáljuk, vagy betegségük aktuális állapotát?

Irodalom:

- {1} Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM, Okabe S, Kunugi H. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Res.* 2008 Aug 15;160(2):175-83. Epub 2008 Jul 7.
- {2} Jetha MK, Goldberg JO, Schmidt LA. Temperament and its relation to social functioning in schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry.* 2012 Jan 22. [Epub ahead of print]
- {3} Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Fukumoto M, Yamamori H, Iwase M, Kazui H, Takeda M. Personality traits and schizophrenia: evidence from a case-control study and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2012 Jun 30;198(1):7-11.
- {4} Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG. Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophr Res.* 2008 Sep;104(1-3):198-205.

A kényszergyógykezelés jogszabályi változásának pszichiátriai következményei

Hamula János, Antal Albert

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Budapest
j.hamula@chello.hu

A Büntető törvénykönyv 2010 május elsejével hatályba lépő módosítása maximálta a beszámíthatatlan bűnelkövető pszichiátriai betegek kényszergyógykezelésének idejét. A büntetőjog elvei alapján a maximált idejű kényszergyógykezelés a hatályba lépést követő kriminális magatartás jog következménye lehet. A 2013 június elsejétől érvényben lévő Büntető törvénykönyv 78. paragrafusa a jelenleg hatályos jogszabály 74. paragrafus 3. bekezdését nem tartalmazza, így a kényszergyógykezelés ismétlenül határozatlan ideig tart.

A 3 évig érvényben lévő jogszabály alapján elrendelt kényszergyógykezelés közelítően 60 pszichiátriai beteget érint. Ha a kényszergyógykezelés átlagos időtartalmát (közelítőleg 5 év) figyelembe vesszük a következő 2–5 évben az Egészségügyi törvény 200 paragrafusának megfelelő kötelező kezelés 20–30 pszichiátriai beteget érinthet, ugyanakkor a jelenlegi rendszer a következő 20 évre is hatással bír.

Az elmeállapot megfigyelés gyakorlata az Igazságügy Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézetben

Hamula János, Antal Albert, Horváth Szabolcs, Uzonyi Adél

Igazságügyi Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézet, Budapest
j.hamula@chello.hu

A Büntető eljárás 107 paragrafus szerinti elmeállapot megfigyelést nagyjából az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézet végzi. Átlagosan, évente 55 fogvatartott kerül be elmeállapot megfigyelésre. A pszichiátria szakértői vizsgálatot követő bírósági elrendelés szakmai indikációja az esetek közel harmadában a szakértői vizsgálat kapcsán mutatott ellenállás. A beutaltak egytizede az aktuális kezelési igény miatt kerül beutalásra. Ezen csoportban a vizsgálatot végző szakértő diagnosztikai kétely nélkül a terhelt kezelését kéri. A megfigyelés nem zárja ki a szükséges terápiás beavatkozást, de elsősorban diagnosztikus tevékenység. A diagnosztikus tevékenység a betegségi csoportok szakmai protokolljához idomul.

Az egyéb diagnosztikus pszichiátriai tevékenységtől abban tér el, hogy elengedhetetlen a kriminális előzmény értékelése, az életvezetési adatok integrálása a kriminális cselekmény pszichodinamikájának elemzése.

Elmezavarok képi ábrázolása

Haraszi László

Flór Ferenc Kórház, Budapest
harasla@florhosp.hu

Sok testi betegség korrekt megjelenítése mellett feltűnő az elmebetegségek mellőzése a képzőművészetben. A legtöbb ilyen tárgyú kép tematikájában háritás fedezhető fel. Később, mikor az elmezavart betegeket zárt intézetben különítik el, ez a távolítás ismét több kép motívuma lesz. Az elmebetegségek képi megragadása meglepően ritka szándék, bemutatása sokkal inkább társadalomkritika. Az öngyilkosság ábrázolásának kegyetlen őszinteségében tettenérhető a vádlás, az alkoholizmust bemutató képek a szembesítés erejével hatnak. A romantika érzelmeit felszabadító hatása termékenyítőnek bizonyult a lélektani háttér keresésére, megjelenítésének igényességére. Az előadás több tucat (*Brueghel, Bosch, Wiertz, Goya, Gericoult, Degas* stb.) képen illusztrálja ennek folyamatát.

A neurológia és a pszichiátria főbb kapcsolódási/ütközési pontjai.

Harcos Péter¹, Ágoston Gabriella², Kálmán János³,
Rajna Péter⁴, Póczik Gábor⁵

¹Szt.Imre Kórház Neurológia, Budapest

²Forrás magánrendelés, Budapest

³SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged

⁴SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

⁵Szlovák Neuropszichiátriai Társaság, Sahy
harcospeter@gmail.com

Az affektív zavarok és a testi tünetek szoros kapcsolatával a gyakorló orvosok rendszeresen találkoznak az alapellátástól a legmagasabb szintű progresszív beteg-ellátó intézményekig. Egyrészt ezek a zavarok a neurológiai kórképek leggyakoribb pszichiátriai komorbiditáit, szövődményeit képezik. Másfelől viszont szorongásos állapotokban súlyos testi betegség gyanúját (pl. tranziens ischaemiás attack, collapsus) keltő ún. szomatiform panaszok és tünetek alakulhatnak ki. Számításba kell venni, hogy a szorongás és a depresszió önmagában is kardiovaszkuláris kockázati tényezőt jelent.

A demenciák egyik csoportjában a működészavar körülírt agyi eredetére neurológiai tünetek utalhatnak. Másik részükben csak mentális tünetek észlelhetők, a kezdeti szakaszban gyakran nem kognitív rendellenesség formájában. Korai tünet lehet a cirkadián ritmus és az alvás zavara. Különösen fontos a mentális hanyatlás minél előbbi felismerése. Ez akkor a leghatékonyabb, ha az alapellátásban jól alkalmazható (viszonylag egyszerű, nem időigényes, magas szenzitivitású és specifitású) validált módszer áll rendelkezésre. A kórfolyamat progressziója során a beteg ellátása gyakran a neurológia területéről a pszichiátria ellátási körébe kerül át.

Az epilepsziás betegek körében lényegesen magasabb a pszichiátriai események száma, mint az átlagnépességben. Jelentősen nagyobb a szuicídium kockázata is. A betegség és a kísérő pszichopatológiai tünetek eredete összetett, részben közös bio-pszicho-szociális tényezőkre vezethető vissza. A patomechanizmus hálózati szintű átfedéseit jelzi több antiepilepticum eredményes felhasználása pszichiátriai betegségek kezelésében.

A konferencia lehetőséget kínál a két szakma párbeszédére, az „égető” kérdések megvitatására.

A vonal – a rajz építőteglája

Hárdi István

Nyugdíjas, Budapest
ihardi@freemail.hu

Sokévi megfigyelés kellett ahhoz, hogy a vonal jelentőségével új oldalról foglalkozzunk. Eddig ugyanis a dinamikus rajzvizsgálatban főként a vonalak erőssége, intenzitása, folyamatossága, patológiás változatai (pl. trémor) állottak a feldolgozás előterében.

1. *A vonal szerepe önmagában* – természetesen a sorozatos-összehasonlításban, változásokban és rendszerelmélet kereteiben – pl. az arcon a szem, a száj vonallal való ábrázolása. Ugyancsak, ha pl. az álló alak mögé egy húzott vonallal a talaj, a háttér jelölése, amellyel akár dimenziót is érzékeltethetünk.

Ugyanazt a témát pl. embert lehet sok és lehet kevés vonallal készíteni. A vonal nagyobb hangsúlyt kap, az absztrakt, vagy kontúrrajzoknál

Természetesen nem hanyagolható el a vonal intenzitása, a nyomaték, ahogyan a gyenge vonalból erős válik, vagy fordítva. Hasonlóképpen jelenik meg a tempó: a lassú, nehézkes vonalak láthatók szemben a gyors, „repülő”, dobott vonalakkal, ahogy ezt pl. akut alkoholos intoxikációban látjuk.

A vonal folyamatossága az ember-, vagy állatrajz készítésnél ugyancsak alapvető szempont. Lehet ez „tetőcserépszerűen” építve, „huzigálva”. A folyamatosság hiánya a szaggatottság akár a pointillizmusig is fokozódhat, ahogy ez nem egy alkoholbetegnél tapasztalható.

Ismert a trémor, amely szorongás mellett organikus eredetű is lehet. Alkoholfüggőségben olyan fokot érhet el, amit „jégcsapembernek” lehet nevezni.

Komplex – főként organikus eredetűek, a vonal iránybeli, folyamatosságbeli zavarai (pl. hibás kötések), az ataxia, a fölösleges („értelmetlen”) vonalak.

Az összehasonlító-sorozatos vizsgálatokban az időbeliségről is tájékoztatást kaphatunk.

2. *A vonal mint határvonal* – ahogy tárgyakat körülvesz, elhatárol. Ez lehet gyenge vagy erős, egyszerű vagy összetett, több vonalból álló, esetleg „szőrös” jellegű, ahogy nem egy súlyosabb szkizofréniánál látható.

3. *A vonal mint anyag, szövet*. Itt az ismétlődő vonalaktól (pl. kockás ruha), a satírozásig sokféle a változat. Ez általában aktívabb, részletező tevékenységet fejez ki, főként emelkedő hangulati állapotot.

Természetesen a vonalak minőségi megközelítése más összefüggésben is szerepel, elsősorban a vonal valószínűsítő szerepében, mely a külső – ábrázolási – és belső (pszichikus-kifejező) realitás szívszínvonalában (ld. személyiség szintek) jelentkezik.

A serdülőkori idiopáthiás scoliosis pszichológiai vonatkozásai – legújabb irodalmi adatok

Harkai Viktória

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest
harkai.viktoria@gmail.com

A scoliosis műtéti korrekcióját a szakirodalom gyerekeken végzett legmegterhelőbb ortopédiai beavatkozásként tartja számon (Kotzer, 2000). Mivel a műtetre leggyakrabban serdülőkorban kerül sor, az nemcsak fizikailag, hanem pszichológiailag is jelentős terhelést jelent a gyermekek számára, mintegy próbára téve a gyermek egész személyiségét (Reichel és Schanz, 2001). A diagnózis, illetve a műtétet megelőzően gyakran alkalmazott, hosszadalmas konzervatív kezelés (korzett-viselés) hatására a gyermekek önértékelése csökken, testképük megváltozik, szorongás-szintjük nő, hangulatuk romlik, szociális kapcsolataik beszűkülnek, az érés visszamaradása pedig mind fizikai, mind pszichológiai értelemben megjelenik.

Előadásunkban a legfrissebb szakirodalmi adatokat mutatjuk be a scoliosis-os gyermekek jellemzőivel, ellátásával kapcsolatban. Kitérünk a műtetre kerülő gyermekek esetében leggyakrabban alkalmazott pszichológiai intervenciókra (kognitív-viselkedésterápia, hipnózis), de mivel a konzervatív kezelés és a korrekciós műtét során is fontos a serdülő és családjának együttműködése, a kezelés szükségességének elfogadtatása, említést érdemel a szülők szupportálásának szerepe is. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a scoliosis-sal járó komorbid zavarok jelenlétét, illetve kezelését sem.

Az Országos Gerincgyógyászati Központban 2006 óta folynak scoliosis korrekciós műtétek, a pszichológiai munka a scoliotikus gyermekek ellátásának szerves részét képezi: megjelenik a pre-, peri- és a posztoperatív időszakban is.

A strukturális fókus szerepe a dinamikus pszichoterápiában

Harmatta János

OORI Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztály (Tündérhegy, Budapest)
harmattj@t-online.hu

A fókuszált dinamikus pszichoterápiák története mintegy 50 éves múltra tekinthet vissza. A sok évtizedes tapasztalat alapján azonban világossá vált, hogy a különböző rövid terápiás fókuszkoncepciók alapja a mélylélektani konfliktusra alapozott fókus. A páciens problémája minél inkább az ilyen konfliktusban összegződik, annál pontosabb, élesebb fókuszt és ennek megfelelően célzott terápiát lehet alkalmazni.

Marad azonban a pácienseknek egy másik és nem elhanyagolható csoportja, ahol a konfliktus-fókus nehezen, vagy egyáltalán nem állítható fel, illetve több, egyidejűleg létező fókus is felállítható.

Az újabb vizsgálatok (G. Rudolf, 2008) és az OPD-2-vel kapcsolatos kutatások szerint ilyen esetekben gyakran egy másik fókusztípus állapítható meg. A páciens zavara a személyiség strukturális dimenziójában található, és a strukturális fókus felállítása esetén az itt jelenlévő zavart, illetve működési deficitet tesszük meg a terápia fókuszává. Az ilyen páciensek esetén a terápia célja, módszerei is jelentősen különböznek a konfliktusorientált dinamikus terápiáktól.

Az előadásban ismertetem a kétféle fókus különbségeit és azokat a terápiás technikákat, amelyek a strukturális fókus esetében hatásosak és a pszichoterápiában relevánsak is.

Ezen a módon olyan betegpopuláció fókuszált terápiaja valósítható meg, akik súlyosabb zavarokkal rendelkeznek és a konfliktusorientált fokális terápiára az alkalmasságuk korlátozott volt.

Az Operacionalizált Pszichodinamikai Diagnosztika (OPD) szerepe a pszichoterápia indításában és fókuszálásában

Harmatta János, Bagotai Tamás

OORI Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztály, Budapest
harmattj@t-online.hu

1996-ban 10 német egyetemi tanszék együttműködésében született meg az Operacionalizált Pszichodiagnosztika első kiadása. Ezt hamarosan egy második és átdolgozott kiadás követte. Azóta lefordították angolra, magyarra, kínaira, olaszra, spanyolra és japánra is.

Ez a diagnosztikai rendszer kapcsolódik a BNO diagnosztikához, azt mintegy kiegészíti pszichoterápia szempontjából releváns adatokkal.

A rendszer 5 tengelyt állapít meg, ebből az V. Tengely a BNO-tengely. Az első tengelyen a betegséghez való viszony és a motiváció, a másodikban a kapcsolat zavar szintű eltolódásai, a harmadikban a lélektani konfliktus természete, a negyedikben pedig a személyiségstruktúra aspektusai tisztázhatók. Az interjú alapján véghezvitt diagnosztika segíti a terápiás gondolkodást, segít a terápia kezdeti lépéseinek meghatározásában és a terápiás fókusz meghatározásában. Külön előnye, hogy nem csak dinamikus terápikban használható, és hozzájárulhat a terápia idejének rövidüléséhez.

Hazánkban az OPD-képzés csoportos szemináriumon videóra felvett interjúk segítségével történik. Az előadásban a szemináriumok tapasztalatairól is beszélünk.

A pszichoszomatika intézményesülése

Harrach Andor¹, Dobó Katalin², Eörsi Dániel², Németh Tünde³, Sztanó Flóra⁴, Hirsch Anikó⁴, Sorompó Anett⁴

¹SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

²házi orvos Budapest

³Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

⁴Bethesda Kh. Budapest

harrachandor@mail.datanet.hu

A pszichoszomatika intézményesülése azt a folyamatot hivatott kifejezni, hogy az kiépüljön, elfogadott legyen, bizalmat keltő legyen, társadalmi szinten működési garanciát és biztonságot élvezzen, hasznos lehessen. A gyakorlatból merített előadások a pszichoszomatika egy-egy jelenségét villantják fel, s azt a célt szolgálják, hogy a medicina területén mindennapos lehessen a pszichoszomatika szó használata, miképp a jelenség maga ezt indukálja. A pszichoszomatika Magyarországon is „újraélesztésre” szorul, mint ahogy egy svájci szerző értékes könyvének ezt a címet adta. A pszichoszomatika művelőinek az a legfontosabb feladata, hogy minőségi szinten közvetítsék azt az egész orvostudományban, az összes társszakmában. A pszichoszomatika legfontosabb gyakorlati terepe a házi orvoslás, illetve hozzá csatlakozva a medicina összes ágazata, az ún. specifikus pszichoszomatika. A cél tehát az is, hogy ne egyes felsorolt betegségekkel ábrázoljuk a pszichoszomatikát, hanem hogy egy átfogó modellt, a bio-pszicho-szociális medicina kereteiben jelenjen meg.

Bálint csoport demonstráció*Harrach Andor¹, Ormay István²*¹SE Magartástudományi Intézet, Budapest²magánrendelő, Budapest

harrachandor@mail.datanet.hu

A Bálint csoport az eszmegbeszélő kiscsoport egyik alaptípusa, kiképző jelleggel. *Bálint Mihály* főleg házi-orvosok és pszichiáterek részére fejlesztette ki, de más humán foglalkozásokban is alkalmazható. A tartós és rendszeres részvétel személyiségfejlődést eredményez tanulási, szupervíziós, önismereti és csoportélményi elemekkel. A csoportok vezetéséhez hosszabb részvétel és speciális csoportos kiképzés szükséges.

A bemutató csoport a győri kongresszuson 3 szintű. A belső kiscsoport hagyományos csoportülés. További jelentkezők a kiscsoport körül foglalnak helyet és szakaszonként bevonódnak a munkába. A harmadik szintnek a passzív megfigyelők a résztvevői.

Mélyagyi stimuláció (DBS) terápia-rezisztens kényszerbetegségben: esetismertetés*Harsányi András¹, Csigó Katalin¹, Valálik István², Demeter Gyula³, Németh Attila¹, Racsmány Mihály³, Bender Márta¹*¹Nyíró Gyula Kórház, II. Pszichiátriai osztály, Budapest²Szent János Kórház, Idegsebészeti osztály, Budapest³Budapesti Műszaki Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

harsanyia@hotmail.com

Az előadás egy 23 éves terápiarezisztens kényszerbeteg fiatalember esetismertetése. A páciens korábban számos diagnózist kapott (depresszió, szkizofrénia, bipoláris affektív zavar, kényszerbetegség) és felvételét megelőzően számos kórházi- és ambuláns kezelésben részesült. A felvételekor önállóan étkezni és járni nem tudó, töszavakban beszélő fiatalembernek osztályunkon 6 hónapos komplex farmako-pszichoterápiás kezelése és kivizsgálása történt, eredménytelenül. Terápiarezisztens kényszerbetegséget véleményeztünk, majd mélyagyi stimulációs (DBS: Deep Brain Stimulation) kezelést készítettünk elő. Műtétet követően 12 hónapos utánkövetést végeztünk.

A beavatkozás hatására lassú, de következetes javulás lépett fel. A műtét előtti Y-BOCS (Yale-Brown Obszesszív-Kompulzív Skála) érték 37/40 pontról 19/40 pontra esett le, mely fordulatszerű és igen jelentős klinikai javulást jelez, és időben stabilnak bizonyult. Az előadás során 0/3/6/9/12 hónapos időpontokban végzett klinikai tesztmutatók eredményeit ismertettük.

Emellett a páciens műtétet követő komplex rehabilitációs programjáról és dinamikus rajzvizsgálat eredményeiről is beszámolunk.

„Brain Banking” pszichiátriai megbetegedésekben. Egyes kórképek indikációi. Szki-zofrénia, affektív zavarok, demenciák, függőségek

Havas László, Lőke János, Szűcs Iván

Szent Borbála Kórház, Tatabánya
havas9@gmail.com

A tatabányai Szent Borbála Kórházban 4 éve törekdünk a pszichiátriai kórképek kutatásának céljából a korszerű szövetarchiválásra, a „Brain Banking” technika alkalmazására.

A korábbi, jól követhetőnek ítélt un. alaptéchnika a cerebrum 7 síkjából 21 régiót ért el, amit a poszteren bemutatunk. A technika alapja tanulmányútról származik (Mount Sinai Medical Center és Bronx VA), majd az OPNI-ban (a European Brain Banking Network hálózatában) komplettálódott. Lényege: a szövetnek, az RNS megkímélését célzó folyékony nitrogénnel és isopentánnal történő fagyasztása és -73 fokon történő tárolása.

Ezt a fenti, un. alaptéchnikát jelenleg módosítottuk. Kisebbszámú alaprégiót választottunk ki, amiket valamennyi esetben törekszünk archiválásra kiemelni. Ezek a korábbi 1,4,9,13 blokkok. A további blokkokat a megbetegedési csoportok szerint határozzuk meg.

Adatbázisban rögzítjük a BNO 9 és DSM IV kódokat, a betegadatokat (a korábbihoz hasonlóan), a betegség kezdetét és tartamát, gyógyszerre reagálás mértékét, a főbb egyéb betegségeket, a post mortem időt, a vizsgálati blokkokat és a post mortem intervallumblokkokként.

*Szki-zofrénia*ban kétoldali mintákra törekszünk. A cingulum, a rospenialis cortex, Brodman 8, a fronto-orbitalis cortex, Brodman 9 és 10, valamint az entorhinalis cortex, a planum temporale-k, a magokból a VTA, accumbens, pulvinar thalami fontosak. Szükséges még a hypothalamus és a kisagy, a striatum, a feljebb már említett 13 blokk.

*Demenciák*ban a neuropatológiai protokoll szerint választjuk a kiegészítő blokkokat. Ezek a felvetett kórképek szerint (tauopathiák – Alzheimer-kór, Diffúz Lewy testes Demencia – DLBD, Corticobasalis degeneratio, Pick betegség, Huntington kór stb.) eltérőek. Gyakoriság alapján azonban archiválásonként választottuk az amygdala, a hippocampus, a cingulum, a Meynert mag régióit, Brodman 8, Br. 1-2-3, Br. 22, 30 és 17–18 corticalis régiókat.

*Addikciók*ban a VTA, Accumbens, c. mamillare, Thalamus ant és pulvinar, hypothalamus, amygdala, cerebellum, vermis, pons, raphe dorsalis tüntek ígértesnek.

*Affektív kórképek*ben (Bipolaris zavar esetében is) a raphe dorsalis, locus coeruleus, VTA, accumbens, hippocampus, amygdala, hypothalamus kerültek a magterületekből kiválasztásra, míg a többi régió a szki-zofrénia cortikális terüetei, valamint Brodman 7.

További archiválási technikákat indítottunk, amelyeket ugyancsak röviden bemutatunk. Ezeket részben együttműködésben kezdtük meg az MTA-KOKI munkacsoportjával.

Evészavarban szenvedő betegek internet alapú fenntartó kezelése

Hayriye Gulec

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
hayriye_g@yahoo.com

Az evészavarokat gyakran több betegséggel járó és krónikus lefolyás jellemzi. A terápiás válasz korlátozott, s a lemorzsolódási arány magas. Még a sikeres kezelés után is a betegek magas relapszuskockázattal jellemezhetők, ami különösen a kezelés befejezése utáni első hónapokban kifejezett. A kezelés eredményeinek fenntartása és a folyamatos felépülés elősegítése rendkívül fontos a terápiás kimenetel javításában és a betegség terheinek csökkentésében. Az új technológiákon alapuló intervenciók révén a kezelést nyújtók hatósugara megnő, s a fenntartó támogatás olcsón és könnyen biztosítható.

Internet alapú programot fejlesztettünk ki, amely információt ad, kommunikációs platformot, valamint professzionális online tanácsadást nyújt. A program bulimiás és ahhoz kapcsolódó (máshová nem osztályozott) evészavarban szenvedő betegeket céloz meg. A program központi moduljai: 1. pszichoedukáció; 2. monitorozás és támogató feedback; 3. fórum; 4. chat. A modulok változó intenzitású támogatást nyújtanak, s az egyéni igényeknek és a résztvevők preferenciáinak megfelelően alakíthatóak.

Az előadás a résztvevőknek a programmal való elégedettségére és a különböző komponensekhez való adherenciájukra fókuszál a négyhavi részvételi periódus során (N=48). A résztvevők átlagosan 5,5 (SD=5,3, range: 0–17) csoportos chat-üléssel és átlagosan 6,8 (SD=4,7, range: 0–17) ellenőrző értékelésen vettek részt. A résztvevők egyharmada (33%) legalább egyszer belépett a fórumra, 30% legalább egy egyéni chat-üléssel részt vett, és 90% számolt be arról, hogy a pszichoedukációs oldalakat valamilyen mértékben használta. Az adherencia a mérsékeltől a magas szintig terjedt, ami a kezelés befejezése utáni eltérő igényekre utal. A résztvevők általában elégedettek voltak a programmal, 88% megerősítette, hogy visszatérnének az EDINA-programhoz, ha további támogatásra lenne szükségük. 94% ajánlaná a programot hasonló helyzetben lévő barátjának. A résztvevők a csoportos chat-üléseket értékelték a program leginkább segítő részének (72%). A programban kapott szakértői segítséget 66% különösen hasznosnak találta, 50% pedig azt a lehetőséget, hogy más betegekkal beszélhetett.

Az eredmények arra utalnak, hogy az internet alapú program könnyen alkalmazható és elfogadott lehetőség a kezelés befejezése utáni további támogatás biztosítására. A program hatékonyságát további, randomizált és kontrollált vizsgálatban értékeljük. A kutatást támogatta: European Commission Marie Curie Research Training Network INTACT.

Határtalan szárnyalás határozott keretek között*Hazag Anikó, Borszéki Judit, Ferencz Csaba*Szent Imre Kórház Pszichiátria Budapest
anikoha@gmail.com

Akut pszichiátriai osztályunkon 2011-ben kezdtük a pszichoterápiás csoportok kialakítását. A Szent Imre Kórház Pszichiátriai Osztályán hosszú évek óta nem volt rendszeres csoportos pszichoterápiás ellátás. Olyan, az akut osztály működési feltételeihez illeszkedő rendszert alakítottunk ki, amely a krízisintervenció feladatainak betöltése mellett pszichoterápiára történő szocializálást céloz, előkészítve ezzel a pszichoterápiás rezsimben való esetleges további részvételt is.

Rendszerünk gerincét a hetente egy alkalommal zajló osztályos nagycsoport, valamint a heti két alkalommal megtartott kiscsoportok alkotják. Fentieket kiegészíti egy kreatív csoport, egy relaxációs foglalkozás, egy szabad kreatív műhely, valamint egy csoportos torna gyógytornász kolleganő vezetésével.

Alapvető szándékunk, hogy a gyakran pusztán egy-két hetet az osztályon töltő, és életkorukat, pszichés állapotukat tekintve heterogén csoportokban is legyen lehetőség a pszichoterápiás munka megkezdésére, valamint arra, hogy a páciensek több módszertant is megtapasztaljanak, abban saját élményt szerezzenek.

Vizsgálatunk célja, hogy megismerjük, az akut pszichiátriai osztály speciális feltételei mellett működtetett pszichoterápiás munka hatékonyságát, a gyógyító folyamatban betöltött szerepét, illetve esetleges korlátait, és a további fejlesztési lehetőségeit.

Előadásunk első részében bemutatjuk a betegek körében végzett kérdőíves felmérésünk eredményét, melyben attitűdvizsgálat és tartalomelemzés módszerével igyekeztünk feltárni a páciensek véleményét és a csoportok hatására bekövetkező szubjektíven megélt állapotváltozásukat. Az előadás második részében a kreatív csoport alkotásain keresztül demonstráljuk egy-egy páciensünk figyelemreméltó gyógyulástörténetét.

Meddő kérdések? – Az IVF programban részt vevő párok pszichés támogatásának szakmai dilemmái*Higi Vera, Süli Ágota, Vereczkey Attila*Versys Clinics Humán Reprodukciós Intézet Kft.
psychology@versysclinics.com

Egy ideális világban a gyermekre vágyó párok részletes kivizsgáláson esnének át, ha már legalább egy éve sikertelenül szeretnének szülővé válni. Ugyanebben a világban pszichológushoz fordulnának fogamzási problémájukkal, különösen ha semmilyen szomatikus okot nem találnának meddőségük hátterében. A realitás ezzel szemben még mindig azt tükrözi, hogy a meddőséggel küzdő páciensek úgy érzik, hogy választásra kényszerülnek, és ha egyszer leteszik a voksukat a szomatikus kezelés mellett, akkor nehezen nyílnak meg a pszichés támogatás irányába.

Magyarországon 150.000 pár küzd meddőségi problémával, közülük évente több ezren veszik igénybe meddőségi központ segítségét. A szomatikus beavatkozások mellett a gyermekre vágyóknak számos pszichés nehézséggel is szembe kell nézniük a program során. Ezek közé tartozik a fogamzási probléma felvállalása, illetve az IVF (in vitro fertilizációs) program sikertelenségével való megküzdés is, de gyakori példa, hogy a hosszú évek várakozását követő gyermekáldás is megterhelést jelenthet a párok kapcsolatára.

A külföldi szakirodalom, valamint saját gyakorlatunk is azt igazolja, hogy a pszichoterápiának egyértelműen helyet kellene kapnia az IVF programon belül, ugyanakkor az egyik legnagyobb problémát nemcsak a meddőségi központok, hanem a páciensek ellenállása jelenti. Előadásunkban az IVF programban részt vevők pszichés nehézségeire, valamint egy közös szakmai protokoll kialakításának fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet.

A pszichoszomatikus ellátás szervezeti keretei egy gyermekkorházban - lehetőségek és nehézségek

Hirsch Anikó, Sztanó Flóra, Emmerné Sorompó Anett

MRE Bethesda Gyermekkorház, Budapest
draniko.hirsch@gmx.net

Előadásunkban a Bethesda Gyermekkorházban működő Pszichoszomatikus Részleg kialakulását, indulásának előzményeit és a jelen működési sajátosságait ismertetjük. A gyermekkori pszichoszomatikus zavarok és betegségek széles tárháza jelenik meg nap mint nap kórházunk ambulanciáin és osztályain. Ezen betegek és családjaik számára igyekszünk egy széles körű, holisztikus szemléletű ellátást biztosítani. Röviden bemutatjuk az ellátás lépcsőfokait az első ambuláns találkozástól az osztályos kivizsgálási és terápiás protokollon át az utánkövetésig. Az előadásban igyekszünk kitérni a gyermekkori sajátosságokra, a környezeti prevenció és intervenció fontosságára, illetve a társszakmákkal való kapcsolatok szisztematikus kiépítésének és fenntartásának fontosságára. Néhány eset bemutatásával igyekszünk illusztrálni munkánk specialitásait, a komplex, rendszerszemléletű ellátás lehetőségeit, előnyeit. Ugyancsak eseteink segítségével szeretnénk megvilágítani a gyermekkori pszichoszomatikus zavarok rendkívül változatos és összetett pszichiátriai hátterét, a differenciáldiagnosztika fontosságát.

Előadásunk célja a további együtt gondolkodás elindítása. Szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a jövőben a gyermekgyógyászatban és gyermekpszichiátriában a rendszerszemléletű, szervezett keretek között történő pszichoszomatikus ellátás fontos szerepet tölthet be.

A rheumatoid arthritis pszichoterápiás kezelési lehetőségei

Horváth Dóra¹, Császár Noémi¹, Bagdi Petra², Harkai Viktória², Pataki Natália¹, Stoll Dániel Péter², Varga Péter Pál²

¹Pszichoszomatikus Ambulancia Kft., Budapest

²Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest
thermidori@gmail.com

Az rheumatoid arthritis (RA) és bizonyos pszichológiai faktorok együtt járása régóta bizonyított tény. Az olyan faktorok, mint a depresszió befolyásolja a fájdalomérzetet és rokkantságot, sőt jobban befolyásolják, mint a betegséggel együtt járó biológiai faktorok. A kutatások rámutattak, hogy a coping stratégiák, énhatékonyság és attitűdök meghatározzák a hangulat és a rokkantság kapcsolatát. Ezen kutatások felhívták a figyelmet a pszichológiai intervenciók szükségességére, főként a kognitív viselkedés-terápia bevezetésére ennél a betegcsoportnál. Ennek célja az adaptív coping stratégiák kifejlesztése, az önbizalom növelése. Ezáltal vátozik a fájdalomérzet, a rokkantság foka, az izületi funkciók és biológiai tényezők, mint pl. a vérszécsülyedés. A kezdeti beavatkozás az elmúlt évtizedben még nagyobb hangsúlyt kapott. Több kutatás bebizonyította a terápiás edukáció hatékonyságát, úgy mint mindennapi életvezetéséhez szükséges információadás és a pszichoedukáció pozitív hatása, mely a megküzdés fejlődésével a szorongás, stressz és depresszió csökkentésével jár. Az edukáció kiterjedhet a szokásos információnyújtáson túl a kognitív viselkedés-terápiára. Az egyik módja ennek az ún. Self-Management programok, amelyek a compliance fejlesztését szolgálják (Albano, 2010). Fontos eredmények születtek továbbá a betegség korai fázisában történő beavatkozásoknak. Azt találták, hogy a kognitív viselkedés-terápia csökkenti a depressziót, kimerültséget és a proteinszintet. Az eredmények azt mutatják, hogy a korai RA-ban alkalmazott egyénre szabott kognitív terápia növeli a terápia eredményességét (Sharpe, 2001). A kognitív viselkedés-terápia és a viselkedés-terápiák hatékonyságának tesztelésekor azt találták, hogy csökken a szorongás, ha valamelyiket (kognitív terápia csak, vagy viselkedés-terápia) alkalmazzuk, sőt a kognitív terápia egyedül is hatásos. Előadásunkban bővebben szólunk a rheumatoid arthritis hatékony pszichoterápiájának további módszereiről és eredményéről (Sharpe, 2012).

Autizmus spektrum zavarhoz társuló komorbid kórképek serdülőkorban

Horváth Dóra, Boza Édua

Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
 emu.horvathdora@gmail.com

A kiszélesedett diagnosztikus kategorizáció és az autizmus spektrum zavarok (ASD) érzékenyebb diagnosztikája a felismert esetek gyakoriságának növekedéséhez vezetett (Eü. Min. szakmai irányelve). Tapasztalataink ugyanakkor azt mutatják, hogy az érintettek gyakran csak serdülőkorban kérnek segítséget. A serdülőkori feladatok az ASD-ben érintett fiatalok számára nagyobb kihívást jelentenek, mint típusosan fejlődő kortársaiknak. Ekkor az autizmus spektrum zavarból fakadó tünetek súlyosbodása mellett komorbid kórképek megjelenésével is számolnunk kell. Serdülőkorban diagnosztizált eseteinken keresztül betekintést adunk a differenciáldiagnosztika nehézségeibe.

A 16 éves Máté állapota felső tagozatban egyre romlott: magába forduló lett, sokat számítógepezik. Tanulmányi eredménye hanyatlott. Ingerlékenyebbé vált, időnként fejét verte. A kivizsgálás során csoporthelyzetben zárkózott volt, kortársaihoz nem kapcsolódott. Kétszemélyes helyzetben lehangoltság, magányosság és értéktelenség-érzés, önállótlanág, társas nehézségek, bizalmatlanság került felszínre. Élményvilága beszűkült, örömforrásainak köre lecsökkent. ADOS vizsgálat során elveszettsége a szociális kogníció, saját érzelmeinek megértése területén markánsan megjelent. Tünetei hátterében Asperger-szindróma igazolódott, melyhez depressziós zavar társult.

A szintén 16 éves Dorina gimnáziumi osztályába nem tudott beilleszkedni, utál iskolába járni, már előző este szorong, gyomor- és fejfájást panaszol. Sokat foglalkozik egészségi állapotával, retteg a fertőzésektől. Édesanyja számos kényszeres jellegű, rituális tevékenységről és rugalmatlanságról számolt be, melyeket Dorina nem élt meg problémaként. Osztályunkon az önismereti munkában nem tudott kapcsolódni a mélyebb tartalmakhoz. A pszichológiai vizsgálatok során sem tudta használni a projektív teret. Dorinánál Asperger-szindrómát diagnosztizáltunk, a diagnózisalkotást az édesanyjával felvett ADI-R interjú is segítette.

Több, különböző korosztályokkal végzett keresztmetszeti vizsgálat sugallja, hogy az ASD-hez társuló hangulati zavarok és a kényszerbetegség gyakoribb serdülők és fiatal felnőttek esetén (Bakken *et al.*, 2010; Mazefsky *et al.*, 2010). A szorongásos kórképek megjelenése ASD-ben érintett fiataloknál kétszer gyakoribb lehet, mint az átlagos gyermekpopulációban (Costello, 2005). Az Asperger-szindrómában érintettek tartós szorongása depresszióhoz vezethet (Tantam, 2000), ezért kiemelten fontosnak tartjuk ezen állapotok felismerését és adekvát kezelését.

Nárcisztikus sérülések gyógyítása belső család meditációval

Horváthné Schmidt Ilona¹, Márton Éva²

¹Pszichoterápiás Magánrendelő Győr
²Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakambulancia
 Pszichiátriai Gondozó Pápa
 hsilona@gmail.com

A nárcisztikus patológiák széles spektrumon helyezkednek el. A kiszámíthatatlan környezet, a kapcsolatok bizonytalansága, a szeretett személy elérhetetlensége vagy megbízhatatlansága a nárcisztikus folyamatok felerősödését eredményezheti. A bizonytalan kötődés, a szeparáció, a hiányok, az önértékelést is érintő csalódások, a kapcsolati veszteségek hatására a nárcisztikus kompenzáció felerősödhet. Normál esetben az elhárító mechanizmusok nárcisztikus célja a pozitív önértékelés fenntartása. Nárcisztikus személyiségstruktúrájánál a központban az idealizált szelf agresszióval történő védelme áll (figyelmetlen nárcisztikus személyeknél), vagy a sérülés, a szégyen elkerülése, akár depresszív visszavonulással is (a grandiózus énjüket elutasító túlérzékeny nárcisztikus egyéneknél). *Kohut* szerint a szelf az idealizálható, tükröző, empátiás szelftárgyakkal való kölcsönhatásban fejlődik és ebben a folyamatban válik képessé az egyén az önbecsülésre, önmaga és mások elfogadására, szeretésére. A nárcisztikus pácienseket – *Kohut* szerint – abban kell segíteni, hogy az archaikus szelftárgyak helyett érettebbeket tudjanak találni és a hiányok kielégülésével folytatódni tudjon az elakadt fejlődés. A belső család meditáció strukturált lépései szinkronba állíthatók a fenti terápiás útmutatással. A különbség, hogy a belső család meditációnál a kedvező változást és a nárcisztikus sérülések továbbadásának csökkenését elsődlegesen a belső világ képeivel történő terápiás munka: a megjelenítés és a transzformáció segíti. A kellemes helynek a módosult tudatállapotban történő megtalálása az empátiás környezetnek, az erőhelynek, a lelki otthonnak az átélését jelenti. A szimbolikus segítővel való találkozás az archaikus szelftárggyal hozható analógiába. A belső család meditáció következő fázisában a családi – anyai, nagymamai, apai, nagyapai – szelftárgyaknak olyan jó belső tárgyakká történő áttranszformálódása történik, amelyekkel elérhető a normál nárcizmushoz tartozó igények megadása, így például az elfogadás, a védelem, a megértés, az elérhetőség, a támogatás, a táplálás átélése. Ezt követően a segítővé áttranszformált szelftárgyakkal olyan pszichés gócok oldása történik, amelyek a nárcisztikusok belső világát is uralják. Ezek: a hiányok, a szégyenélmény, a büntudat, a kisebbségi élmény enyhítése, a fájdalom elengedése, a halállal való megbékélés. A belső család meditációnál a lelki munka az integráció erősítésével zárul.

Placebo – deception or indispensable tool?*Cyril Höschl*Prague Psychiatric Centre & Charles University, 3rd Medical Faculty
hoschl@pcp.lf3.cuni.cz

Placebo is a sham or simulated medical intervention, usually a medicament containing no pharmacologically effective substance. The name comes from a part of Psalm in Latin, placebo Domino in regione vivorum. Originally in France this was a label for „simulants“ pretending a grief at funerals and singing „placebo Domino...“ to get some food and drink.

Arguments pro and conuse of placebo in clinical research are coming from three domains: methodological, ethical and technical. From methodological point of view the notion prevails that without placebo-controlled double blind study the proof of efficacy of a new drug is almost impossible. Active comparator may not have had a stable and reliable efficiency, which reduces the value of individual studies. On the other hand the fact that substance B is not superior to substance A and substance A is not superior to placebo does not inevitably mean that substance B is not superior to placebo. Therefore the direct comparison with placebo is often necessary. From ethical perspective the Helsinki declaration is often quoted. Article II.3 says The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best current proven intervention. This condition would not be met with placebo. Moreover, even a new tested drug may not be finally proven „the best current intervention“ (this is only going to be proven). This condition of Helsinki declaration therefore cannot be met unless the whole research of new therapeutics is completely stopped and even the prescription of some old experienced medicaments, efficiency of which is not in certain indications based on enough evidence, is banned, e.g. Vitamin C in flu or acetylsalicylate in cardiovascular attacks prevention. Here the public (to bring new treatments) and individual (to be treated legartis) interests are in clash. This paradox is now solved by diminution of the respective wording: The use of placebo, or no treatment, is acceptable in studies where no proven intervention exists or where for methodological reasons it's use is necessary. In technical terms it is sometimes difficult to ensure blinding of the placebo, especially where the tested drug belongs to a group of substances with known side effects such as parkinsonism in antipsychotics, absence of which indicates that the patient was randomized to the placebo arm. In general, the major problem of clinical pharmacology is a significant increase of the effect of placebo in last years accompanied by considerable fading of a signal between active drug (verum) and placebo. Design of a study, type of institution, patients characteristics, rating factors, type of a rating scale, outcome measure, type of a symptom or a disease (pain vs diabetes), type of medication and dosing schedule (frequency of a contact with carer), sample size, randomization (regression toward

average), sensitivity to placebo (cultural context), and qualification of raters may contribute to the observed decrease of verum-placebo signal.

In addition, the use of placebo in combination with ethical concerns moves clinical studies far away from real environment, particularly because of exclusion of suicidal, severe, aggressive, alcohol and drug dependent or comorbid patients, what is however often a clientele in everyday practice. The results of an academic research thus become hardly applicable in routine clinical practice.

A büntudat szerepe az un. "orvosi műhiba" perekben

Jegesy Andrea¹, Könczöl Franciska¹, Szabó György²,
Tóth Dénes¹

¹PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs

²Háziorvosi Szolgálat Enese

jegesy@citromail.hu

Az igazságügyi orvosszakértő az un. „orvosi műhiba perekben” gyakran találkozik azzal a jelenséggel, amikor a beteg (büntetőperben feljelentő, a polgári perben felperes) vizsgálata, de különösen a hozzátartozó által indított per esetén az iratok áttanulmányozása alapján a szakértő számára vagy egyértelműen kiderül – vagy erős a gyanú arra –, hogy a per indítását elsősorban az motiválja, hogy a pert kezdeményező saját büntudatát másra, e perek esetében, az orvosra, egészségügyi ellátásra vetítse.

(A szerzők először az öngyilkosság utáni hozzátartozókkal készített interjúk után találkoztak ezzel a törekvéssel az 1980-as években TBZ kutatás során, de ez akkor még nagyon ritkán jelent meg perek formájában).

Az utóbbi 20 évben azonban jóval gyakoribb az, hogy pl. az öngyilkossággal veszélyeztetett (azt megkísérelt), majd gyógyintézetben kezelt, és eközben vagy közvetlenül a kezelés után „sikeres” öngyilkosságot elkövető betegek hozzátartozói pert indítanak a gyógyintézet ellen, miközben a vizsgálat során bebizonyosodik, hogy elsősorban a saját felelősségüket, büntudatukat vetítik ki az orvosra, egészségügyi ellátásra.

Az orvos és gyógyintézet ellen indított perek száma azonban jóval gyakoribb más területeken.

A leggyakoribb, un. „szülészeti ügyek” kategóriája is többrejtő (szülés alatti károsodás, fogyatékkal született gyermek, fejlődési rendellenesség „késői felismerése” ezért a terhesség-megszakítás lehetetlensége), de a per már a megszületett gyermek életében történik (akinek egyszer el kell majd magyarázni, hogy miért is nem akarták őt).

Onkológiai vagy sebészeti ügyekben, ahol sokszor a beteg késlekedik („igaz, hogy nem jártam orvoshoz, igaz, hogy nem egyeztem bele a műtétbe, igaz, hogy nem tartottam be az utasításokat, de az orvosnak akkor is segíteni kellett volna, hiszen ő tudja, hogy mit kellett volna tennie, miről kellett volna felvilágosítani/és rábeszélteni”), végül mégis az orvosra vetíti a felelősséget.

Mi lehet a megoldás? A legfontosabb az orvos–beteg viszony megfelelő volta! Ehhez tud hozzájárulni a házi-orvos, aki a legjobban ismeri a beteget és leginkább tudja őt a megfelelő irányba terelni és sokszor azt a tájékoztatást is nyújtani, amiről klinikus kollégáink „megfeledkeznek”, illetve a pszichiáter, akinek kellene kibontani azt, hogy a panaszok hátterében nemcsak a fizikai károsodás, hanem a büntudat is munkál.

A szerzők ennek néhány példáját mutatják be.

A humunculus paradoxon

Jóri Birkás Adrien¹, Pécsi Sándor²

¹Szent István Kórház, Budapest

²Aquarius Studio, Budapest

dradricamino@yahoo.com

Mit jelent a humunculus metafora?

Honnan, miért merült fel a kép, két évszázaddal a mesterséges intelligencia és a génmódosítás előtt?

A Faust szeme előtt lebegő, foszforeszkáló lombikból vigyorgó csodalény a modern idegtudományokban, filozófiában fényes karriert fut be.

A humunculus paradoxon a képzőművészetben jelen van a barlangrajzok óta.

Már az Altamira művésze ismerte a valódi testarányokat. Az állatokat tökéletesen ábrázolták, de az emberalakokat erőteljesen stilizálták, arányaikat gyakran humunculus-szerűvé torzították.

A művészetben minden torzítás szándékos: valamit hangsúlyoz, kiemel.

A belső szépség és spirituális energiák kifejezése a cél, ezért az alkotó lemond a tökéletes arányokról.

Az ember az egyetlen lény az ismert univerzumban, aki önmagát képes tudatosan formálni, kívül-belül alakítani.

Ennek gyakran bizarr példái is vannak korunkban.

A tudomány és a művészet felelőssége az emberléptékű életvilág eszményét visszavinni a kultúrába.

Határok – a megtartó korlátok

Juhász Erzsébet¹, Koncz Ilona², Rosta Teodóra³

¹Kút Pszichoterápiás Rendelő, Szolnok

²ISZKI, Szolnok

³Vaszary Kolos Kórház, Szolnok
rostateo@gmail.com

A határ fogalma főként Freud munkája révén került be a pszichoterápiás irodalomba. Mint Buda kiemeli, Freud politikai és államigazgatási metaforákkal (pl. hatóság, ellenállás, lelki apparátus, különféle struktúrák és szabályok) írta le a pszichés rendszer és a pszichoterápia lényeges folyamatait, melyek közül a határ később különös jelentőséget kapott, mégpedig elsősorban a pszichikus folyamatok és zavarok értelmezésében.

A határ fogalma igen sok mindenre vonatkozatható: az énhatároktól kezdve a kapcsolati határokon át a rendszerhatárokig terjeszthető. A határ fogalmát fókuszba állítva vizsgálhatjuk a kliens lelki szerkezetének sajátosságait, a kliens és a terapeuta mint személy térbeli és szimbolikus határait, saját kompetenciánk határait, sőt a kliens aktuális tűréshatárát is. A határral összefüggő zavarok tárgyalásánál nem hagyhatjuk ki a határ-problémák pszichopatológiai értelmezését sem, mint a borderline személyiségzavart vagy pszichózist.

Mit lehet tenni egy határral? Lehet meghúzni vagy állítani, lehet tágítani vagy szűkíteni, lehet ignorálni vagy megsérteni. Idetartozik még az emberi kapcsolatok konkrét és átvitt értelmű térvizsionainak határ-kérdése is: az érintés, a távolság és közelség.

A továbbiakban leszűkítjük az alkalmazás területét, és a tranzakcióanalízis elméletében fellelhető határfogalmakat mutatjuk be, s az elmondottakat esetrészletekkel illusztráljuk.

Elemezzük a határok szerepét a játszmákban és a sorskönyvekben, illetve az ezekből történő kilépési lehetőségekben.

Pszichiátriai kórképek és pszichiátriai kórképeket utánzó organikus állapotok ellátása sürgősségi osztályon

Kákonyi Zoltán, Zag Levente, Erdélyi Zsuzsanna

Bács-Kiskun Megyei Kórház Kecskemét
zoltan.kakonyi@gmail.com

Az előadásban a Sürgősségi Osztályok megszerveződéssel kialakuló egykapus beléptető rendszerrel kapcsolatos tapasztalatokról szeretnék beszámolni esetbemutatókon keresztül. Azt vizsgáltuk, hogy az egykapus rendszer a pszichiátriai betegek akut ellátása, differenciáldiagnosztikája szempontjából milyen előnyökkel, illetve hátrányokkal jár.

A vizsgált időszakban 13226 beteg ellátása történt meg az SBO-on, ebből 650 betegnél történt a beutalás pszichiátriai kórkép iránydiagnózisával. 115 esetben véleményeztünk a pszichopatológiai tünetek hátterében organikus idegrendszeri (44%) vagy testi (56%) eltérést. A pszichopatológiai tünetek (zavartság, delírium, pánik, akut pszichózis) hátterében 76 esetben igazolódott életet veszélyeztető kórkép (szívbetegség, koponyatrauma, endokrin eltérés, mérgezés). 535 beteget észleltünk pszichiátriai betegség miatt, leggyakoribbak voltak: öngyilkossággal kapcsolatos gyógyszer intoxikáció (40,6%); alkoholabúzus (21%), illetve megvonási szindróma (3%); szorongás, illetve disszociatív zavar (14,3%); akut pszichózis (11,3%); hangulatzavar (4,1%); gyógyszer/drogabúzus (2,7%). 101 betegnél történt kényszerintézkedés, leggyakrabban akut pszichózis, akut intoxikáció, bipoláris affektív zavar mániás fázisa, valamint alkohol és drog okozta viselkedészavar, illetve delírium miatt. A sürgősségi farmakoterápiás beavatkozások között 80%-ban haloperidol-seduxen iv. injekció, 15%-ban midazolam iv. injekció, 5%-ban propofol iv. injekció szerepelt. A kényszerintézkedések során 15 esetben történt személyi sérülés az ellátó személyzet részéről és 3 esetben kellett a beteg ellátásához a rendőrséget is igénybe venni. A beszállítás és a kényszerintézkedés között eltelt idő átlagosan 30 perc volt. 3 esetben fordult elő, hogy a beteg ellátás előtt vagy után az osztályt elhagyta és rendőrség bevonásával kellett kerestetni. Ezen adatokból vontunk le következtetést a személyzet pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatos attitűdjének az ellátás hatékonyságával való kapcsolatáról. Produktív magatartástünetek esetében (etiológiától függetlenül) 70%-ban az impulzív cselekményt követően történt adekvát medikáció, 40%-ban gyors áthelyezés történt pszichiátriai osztályra, 3%-ban azonban nem ez bizonyult a megfelelő kompetenciájú helynek. A sürgősségi osztályon problémát jelent a pszichiátriai beteg ellátásához szükséges attitűdváltás és a kellő rutin hiánya a kényszerintézkedéshez szükséges szervezett beavatkozáshoz. Ennek megoldására házi protokollt dolgoztunk ki.

A határtalan elme korlátairól

Kalmár Sándor

Kalm-R BT Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

A Magyar Pszichiátriai Társaság ismét egy lépéssel közelebb került a holisztikus szemlélethez, amikor a Vándorgyűlés mottójául „A határtalan elme korlátai” című mondatot választotta. Hosszú utat tett meg a lélekgyógyászat az ókortól napjainkig. A Bibliában számos írás található az ördögtől való megszállottságról, ami valójában pszichiátriai zavart vagy betegséget takar. De a Szentlélek fogalomnak már semmi köze nincs a pszichológiához. Kezdetben a psziché és a transzcendens lélek fogalmak teljesen egybeolvadtak, majd később szétváltak, hogy napjainkra ismét közeledjenek egymáshoz. A magyar nyelv sajátossága, hogy a LÉLEK szót ma is több értelemben használja, hiszen ezzel fejezi ki az ember pszichés természetét, de ezzel fejezi ki a spiritualitás lényegét is. Ha a LÉLEK elszáll az emberből, akkor meghal. Akiról azt állítják, hogy lelketlen, annak a mentális állapotáról szólnak. A magyar nyelvben – különösen a népi gyógyászatban és a köznyelvben – ma is szorosan összefonódik a LÉLEK és a SZELLEM fogalmának többértelműsége. Az erdélyi paraszti kultúrában minden rosszaságot, gonoszságot az ördög művének tartanak, így a megszállottságot és az öngyilkosságot is, amelyet kifejezetten az „ördög cimborájának” neveznek, mint olvashatjuk *Vadas Gyula* és *Veres Albert* kitűnő szociológiai könyvében. A szerző több évtizedes tapasztalatai alapján megállapítja, hogy az elme legfontosabb korlátja maga az EMBER, a jellegzetes négyes aspektusával. Az ember valójában (1) fizikai, biológiai, szomatikus; (2) pszichés, mentális; (3) kulturális, szociális, gazdasági; (4) spirituális részből áll. Ezért tragikus, hogy ha a különböző részeket, ellentétbe állítjuk egymással. Ez vonatkozik a HIT és a TUDÁS szembeállítására is. Jól ismert a pszichiátriai tünetek kettőssége, amelyek részben biológiai, biokémiai, szomatikus elváltozásokon alapulnak és objektív, tudományos módszerekkel vizsgálhatóak, részben pszichés, kulturális, szociális, társadalmi, mitológiai, spirituális elváltozásokon alapulnak és nem vizsgálhatóak objektív tudományos módszerekkel, csak indirekt módon. Valamennyi területnek vannak pozitív és negatív oldalai, amelyek az ember életében szorosan összefonódnak és csak didaktikai céllal választhatók szét. Az előadás ezeket a tényezőket elemzi, megállapítva, hogy ha egy orvos nem ismeri önmagát mind a négy aspektusból, akkor ön maga korlátjaként, esélye sincs a hozzáforduló betegek meggyógyítására, maximum csak kezelni tudja őket.

Az öngyilkossági védőfaktorok, és a kockázati tényezők holisztikus megközelítése adolescens korúaknál

Kalmár Sándor

KALM-R BT, Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

A szerző megállapítja, hogy az adolescens korú fiatalok öngyilkossága súlyos népegészségügyi gond Magyarországon, amelynek megelőzésére számos területen lehetne tenni. 2010-ben a 15–24 éves korosztályon belül az öngyilkos halálozás az első helyen szerepelt 21,4%-kal (férfiak: 23,7; nők: 15,6). Hasonlóan rossz a helyzet a fiatal felnőtteknél, a 25–34 éves korcsoportban: 23,4% (férfiak: 26,1%; nők: 13,1). Súlyos gondot jelent a gyermek- és ifjúságpeszichiátriai ellátás hiányossága. A gyermekpszichiátrerek száma radikálisan csökken. A megoldást a szerző az összehangolt, komplex prevenciós tevékenységben látja, amelyben a nevelésnek, az egészségügyi szolgálatoknak és az oktatásban szereplőknek jelentős feladatai és lehetőségei vannak. A szerző megpróbálja holisztikusan osztályozni a védő és kockázati tényezőket, kihangsúlyozva, hogy ezek a tényezők egymással összefüggésben fejtik ki a hatásukat. Ezek a tényezők előfordulnak (1) fizikai, biológiai, szomatikus szinten (amely magában foglalja a fizikai környezetet, a genetikát, a betegségeket és a testi egészséget). (2) Mentális, pszichológiai szinten (beleértve az önértékelést, a konfliktuskezelő módszereket, az érzelmek, indulatok megfelelő kezelését). (3) Kulturális szinten (beleértve a társadalmi, gazdasági és politikai tényezőket, az életminőséget). (4) Szociális szinten (amely magában foglalja a családot, barátokat, szomszédokat, munkahelyet). (5) Spirituális szinten (amely magában foglalja a reményt, a hitet, a szeretetet, a kétségbeesést stb). Részletesen ismerteti azokat a fontosabb tüneteket és jeleket, amelyekre a szülőknek, az egészségügyben dolgozóknak és a pedagógusoknak oda kellene figyelni, hogy egyetlen gyermek se maradjon a megfelelő segítség nélkül. Hangsúlyozza, hogy a megelőzésben ma az egészségnevelés, egészségfejlesztés, az elsődleges és másodlagos megelőzés lehetne a leghatékonyabb megelőzési módszer, ha volna komplex testi, mentális, kulturális és spirituális nevelés kora gyermekkortól a családokban, az óvodákban, az iskolákban és a médiában. Ez sajnos nem mindenkinek adatik meg, annak ellenére, hogy számos kiváló pedagógus dolgozik az országban.

A spiritualitás és a mentális állapot adolescens korúaknál

Kalmár Sándor

KALM-R BT, *Kecskemét*
KALM-R@t-online.hu

Sajnálatos, de ma Magyarországon mind a testi, mind a lelki, pszichés, mentális, mind a kulturális-szociális, de a spirituális/szellemi/vallásos nevelés is elégtelen. Ennek a következményei láthatóak a társadalomban, a médiában, a népesség viselkedésében, magatartásában, a szomatikus és pszichés megbetegedések gyakoriságában és súlyosságában, valamint a magas halálozási mutatókban. Hiányzik a nevelésből és a gyógyításból az ember holisztikus szemlélete. Bár ismételtetjük, hogy az ember a test és a lélek egysége, de azt már nem határozzuk meg, hogy mit is értünk a „LÉLEK”-fogalom alatt. Ez visszatükröződik a mindennapi orvosi gyakorlatban és ez alapján történik a betegek kezelése annak ellenére, hogy a WHO az egészségfogalom meghatározásánál már a testi, pszichés, szociális jólétet felül a spirituális jólétnek is fontosságot tulajdonít. Ideje lenne az ember biológiai-pszichológiai-szociális- spirituális modelljének a széles körben történő elterjesztésére. A holisztikus szemléletű EGÉSZSÉG alapvető emberi érték, ami azonban hiányzik az iskolai értékrendből is. Az utóbbi időben megnövekedett a spiritualitás jelentősége a pszichiátrián belül. Egyre nyilvánvalóbb, hogy az ember nem csupán testből és lélekből áll, hanem egy különleges, egyedi, bonyolult, komplikált kifinomult, többdimenziós fizikai, biológiai, szomatikus, mentális, pszichés, kulturális, szociális és spirituális lény. Az is bizonyított, hogy a spiritualitásnak jelentős védő szerepe van a mentális és a szomatikus egészség fenntartásában, és a megelőzésben, így a depresszió és az öngyilkosság megelőzésében is. Magyarországon a fiatalok körében az öngyilkosságok száma relatíve alacsony, de az öngyilkosság a vezető halálok a 15–24 éves korcsoportban, az aránya 21,4%, férfiaknál: 24,9%. A 25–34 éves korcsoportban ez az arány még magasabb, 21,8%, férfiak: 27,1%. A spiritualitásnak jelentős szerepe van a személyiségfejlődésben, amely nem kapja meg a megfelelő odafigyelést a nevelésben. A szerző beszámol „A személyiségfejlődésben fontos spiritualitás/vallásosság, a pszichés vulnerabilitás, a mentális állapot (pszichológiai immunrendszer, depresszió, szorongás, reménytelenség,) valamint a természetfeletti erővel rendelkező kabalafigurák használata közötti összefüggések vizsgálata adolescens fiatalok és fiatal felnőttek között” című vizsgálatairól.

Átvezetni a tű fokán? Totális intézményből a XXI. századba: lehet-e és ha igen hogyan korszerűvé alakítani Magyarország legnagyobb bentlakásos pszichiátriai intézményét?

Kapócs Gábor

Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
kapocs.gabor@gotthardotthon.hu

A szerző másfél éve vezeti az EU jelenleg legnagyobb bentlakásos pszichiátriai intézményét, így előadásában visszatekintést ad az elmúlt másfél év intézmény-átalakító munkájának tapasztalatairól. A Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthonában Szentgotthárdon jelenleg 734 krónikus pszichiátriai, 73%-ban szkizofrén beteget gondozunk 371 alkalmazottal.

Az elmúlt másfél évben érdemi irányváltás történt, és ez leképeződött a strukturális átalakításokban és a személyi fejlesztésekben is. Megtörtént az intézményben folyó egészségügyi ellátás megerősítése, felülvizsgálatra kerültek a fokozott felügyeletet igénylő, a ún. demens-osztályainkon elhelyezett betegek. Megszüntettük az ombudsman által is súlyosan kritizált, a „deviáns” viselkedésű lakók időszakos elkülönítésre szolgáló ún. Speciális Részleget, és helyette komplex pszicho-művészeti- és mozgásterápiás csoportot hoztunk létre. Ez utóbbi csoport kiemelt szerepet kapott a dolgozók mentálhigiénés ellátásában, a kiégés elleni közdelemben és a körükben megkezdett egészségfejlesztési programban is. A felépülés elősegítésének érdekében – saját fejlesztésű kérdőívekkel – megkezdődött a lakók szűrése a várható rehabilitálhatóság megítélésére (90 lakó esetében nagy valószínűséggel sikerrel indítható el a rehabilitációs felkészítés). Esetvezetési Csoportokat hoztunk létre mind a 10 osztályunkon és a Lakóotthonunkban is, a betegek gondozásában részt vevő minden szakterület képviselőinek bevonásával. Az önállóvá tett Foglalkoztatási Részleg működésének elindításával egyre több lakó szeretne részt venni a kreatív alkotó-, értékteremtő műhelymunkákban, így elmondhatjuk, hogy az intézmény lakóinak egyharmada részt vesz a munka jellegű foglalkoztatás valamilyen formájában. A művészetterápiás tevékenység új lendületet kapott, több kiállítást rendeztünk, és önálló film is született az intézményről, valamint egy-egy szépirodalmi és képzőművészeti kötet is napvilágot látott lakóink alkotásaiból.

Megerősítést nyert az a tétel, miszerint egy ilyen méretű intézmény lakóinak életviszonyain csupán az őket gondozók átfogó szemléletformálásán keresztül lehet változtatni. Az intézményi strukturális és funkcionális átalakítás mikéntjébe, pozitív és negatív tapasztalataiba, az intézményi, a települési, valamint az országos viszonyokba és a jövőbeni szükséges teendőkhöz ad részletes betekintést a szerző.

A szülő-gyerek kapcsolat újraépítése lovak segítségével

Kardos Edina, dr. Kardos Ferenc, Kuritar Eszter, Beke Szilvia

Kapcsolat Alapítvány, Pilisszántó
edikardos@gmail.com

A Kapcsolat Alapítvány idén ünnepli megalakulásának 20. évét. Az elmúlt 20 év a gyermekvédelem, a válás következtében vagy más okból megszakadt szülő-gyermek kapcsolatok rehabilitálása, a gyermekek és az egyedül maradt szülők lelki egészségének védelme jegyében telt. Kidolgozásra került a Kapcsolatügyelet módszertana, amelyet folyamatos nemzetközi tapasztalatcsere kísért. Kialakult egy komoly 58 Kapcsolatügyeletet felölelő országos hálózat, amelynek szakmai szupervízióját ma is a Kapcsolat Alapítvány látja el. Bevezetésre került a mediáció módszere, a felborult családi egyensúly helyreállítása, élhetővé, működőképes tétele érdekében. A családi mediáció a Kapcsolatügyeleteken történő szülő-gyermek találkozások fontos előkészítő eszközévé vált.

2011-ben az alapítvány bevezette a ló által asszisztált kapcsolatügyelet módszerét, olyan családok kapcsolattartási problémáinak a megsegítésére, ahol pszichésen zavart fejlődésű gyermek nevelkedik, illetve, ahol a szülő-gyermek kapcsolat mélyen zavart. A módszer kifejezetten javasolt a szülő-gyermek kapcsolatban keletkezett hosszú kihagyás után, amikor teljesen az alapoktól kell újraépíteni a kapcsolatot, korábbi ellennevelés esetén, kamaszoknál, és a válás következtében megviselt, pszichés problémákat mutató gyermekeknél. A lovasterápiával támogatott kapcsolatügyelet a hagyományos játszószobai találkozási lehetőségekhez képest nagyobb hatékonyságú autista, szorongó, zárkózott, kamaszkori magatartás-problémákkal küszködő, kapcsolatokat nehezen kötő vagy agresszív gyermekek esetében. A ló asszisztált kapcsolatügyelet különlegesebb, magasabb hőfokú élményt nyújt a szülő-gyermek találkozások alkalmával, ezáltal motiváltabbak a gyermekek a következő kapcsolattartási alkalmakra, gyorsabb a kapcsolat fejlődése. A ló a lovasterápiában betöltött szerepéhez hasonlóan hidat képez a gyermek és szülője között, ezekben a helyzetekben a pszichológus lehetőség szerint háttérben marad és észrevétlenül segíti a szülő és a gyermek közötti kapcsolat kialakulását, fejlődését.

Jelen előadásban ennek a módszertani újításnak a kezdeti pozitív tapasztalatait, az állatasszisztált terápiáknak a szülő-gyermek kapcsolat újraépítésében nyújtott lehetőségeit szeretnénk bemutatni, konkrét eseteken, példákon keresztül. A bemutatott két esetben évek óta megszakadt szülő-gyermek kapcsolat újraépítésének lépésről lépésre történő folyamatát láthatjuk, a terápiás lovak, a kapcsolatügyeleti mediátor és a lovas pszichoterapeuta együttműködése révén.

Egy olimpiai bajnok felkészítésének sportlélektani aspektusai

Kárpáti Róbert¹, Faludi Viktória²

¹Fejér Megyei Szent György Kórház Pszichiátriai Centrum, Székesfehérvár
²Városcapu Pszichiátriai Magánrendelés, Budapest
karpatirobert@gmail.com

A sportolók mentális felkészítésére az utóbbi évtizedben kezdenek nagyobb hangsúlyt fektetni. Ennek oka leginkább az, hogy a nagy világversenyekre már szinte – a sportteljesítmény szempontjából – tökéletesen felkészített sportolók érkeznek, és közöttük csupán „apróságok” döntenek. Ezek az „apróságok” többek között: optimális szorongásszint, kellő motivációs szint, lelki formaidőztetés, relaxációs képesség, optimális figyelemkoncentráció stb.

Előadásunkban bemutatjuk annak a másfél évnél sportpszichológiai-sportpszichiátriai lépéseit, azokat a személyre szabott technikákat, amelyek segítségével egy mentális tréningben járatlan sportoló az olimpiai ciklus végére sportszakmai és mentális szempontból is közel tökéletes teljesítményt nyújt – és ennek eredménye az olimpiai bajnoki cím.

Prezentációnk célja az is, hogy ráirányítsuk a hallgatóság és a közvélemény figyelmét arra tényre, hogy a modern élsport manapság már elképzelhetetlen pszichológusok, pszichiáterek, sportot szerető kiegészítő személyzet segítségével nélkülül.

Pszichiátriai rehabilitációról őszintén

Kassai-Farkas Ákos, Kiszely Márta, Galambosi Anna, Bíró László, Szekeresné Gyöngyi, Sallai Nagy Ildikó, Sánta Barbara, Kedvesné Erika, Kricsfalusi Katalin, Barta Aliz, Nagy Zsuzsa, Lugosiné Erzséber, Pop Adina, Andriska Ildikó

Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
akos@kassai-farkas.hu

A szerzők bemutatják a Nyíró Gyula kórház I. sz. Pszichiátriai és Pszichiátriai Osztály rehabilitációs tevékenységének fejlődését, alakulását: kezdetekben elsősorban a krónikus, intézményfüggő betegek institutionális életminőségének javulásától, a „szerződéses” részleg terápiai rezsímjének évein keresztül a jelenig.

Az utolsó két esztendőben homogen betegcsoportok számára hirdettünk meg országosan csoportokat:

- krónikus pszichotikus;
- alkoholbeteg;
- affektív spektrum;
- pszichoszomatikus kliensek részére.

A programok kezdetben 4, majd 8 hetesek voltak, jelenleg 6 hetes blokkokban futnak.

A blokkokban reggeli torna (Tai Chi), önismeret (verbális szabadinterakció, pszichodráma autogén tréning), szocioterápia (aktív és passzív zene-, művészet-, biblioterápia kommunikáció), valamint pszichoedukáció és nagycsoport szerepelt. A betegeknek egészsznapos elfoglaltságot biztosítottunk.

Kezdeti félelmünk, hogy az országosan meghirdetett program túl sok jelentkezőt jelent, hamar elcsúszott. Az első időben nem sikerült homogén csoportokat összeállítani a jelentkezőkből.

A szerzők tapasztalata szerint a pszichiátriai aktív rehabilitáció igénye vélhetően messze alacsonyabb a valóságban, mint azt a felszínen látjuk. Ennek hátterét tárják fel az előadásban.

Pszichoszomatikus családok, avagy ‘a rendszer, ahol elakad az ember lélegzete’

Kékes Szabó Marietta

SZTE JGYPK TÓKI Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Tanszék, Budapest
kszmarietta@gmail.com

A család pszichológiai egységet képez, melyben az egyén fejlődése a rendszerben jelenlévő családtagok egymásra gyakorolt hatásának, illetve a rendszer általános klímájának függvényében történik (Székely, 2008). Amennyiben tehát egy személy működését a maga teljességében kívánjuk tekinteni, úgy őt a rendszerszemlélet segítségével kell vizsgálnunk (Omnis, 1993; Bárdos, 2003; Mentzos, 2003).

Kutatásomban az asztma és pánikzavar lehetséges kapcsolódási pontjait kerestem, melynek során 12 asztmás (életkor: 19,5–28 év között, M: 21,625 SD: 2,2475; 1 férfi/11 nő), 12 – asztmatikus előzménnyel bíró – pánikbeteg (életkor: 19,5–26 év között, M: 21,917 SD: 1,9521; 12 nő) és 35 egészséges személy (életkor: 17,5–29 év között, M: 21,529 SD: 1,8429; 2 férfi/33 nő) családreprezentációját hasonlítottam össze, Gehring (2010) Családstruktúra Tesztjének (Family System Test, FAST) felhasználásával.

A kohézió erősségének családi- és alrendszer szintjén ábrázolt reprezentációinak eloszlása szignifikáns eltérést a család szintjén, tipikus- ($\chi^2=11,497$, $df=4$, $p=0,022$) és a testvéri alrendszer szintjén, ideális helyzetben ($\chi^2=13,694$, $df=6$, $p=0,033$) adott. A hierarchia és a családszerkezet egészségügyi státusz szerinti megoszlása tendenciális változásokat mutatott. A családok rugalmassága a tipikus és ideális helyzetek relációjában, a családi ($F(2)=3,439$, $3,202$, $p=0,039$) és testvéri kohézió terén ($F(2)=3,716$, $4,267$, $p=0,032$), szignifikánsan eltért.

A családi háttér, illetve annak percepciója a pszichoszomatikus tünetképzéssel tehát összefüggést láttat. Az egészséges populációnál a családi kohézió erőteljesebben érvényesül, avagy észlelt. Az asztmás fiatalok inkább szeretnék ugyanezt a testvérükkel való kapcsolatban megélni (talán kevésbé maguk kiegyensúlyozni egy rendszert, mely különben nehézségeivel kellene szembenézzen). A családi- és testvéri kohézió elsősorban asztmás betegeknél mutatott rugalmatlansága pedig a(z) (al)rendszer átalakulásra való képtelenségét, a családi kapcsolati minták megmerevedését jelzi, ami a személyek életterének beszűkülését hozza magával, ezzel veszélyeztetve a tagok jóllétét és egészségét. A pánikbetegek reprezentációi jellemzően az asztmás és egészséges személyek eredményei közti spektrumon helyezkedtek el, mintha ők valamiféle „kítőrési lehetőségre találtak volna a kalitkából”, noha ez csak patológiás formában, „pánik tünetekkel” vált számukra elérhetővé. A téma további kutatása jelentős, miáltal hatékonyabb intervenció tervezésére nyílnak lehetőségeink.

Megküzdési módok pszichoszomatikus-, illetve szomatizációs zavarokban

Kékes Szabó Marietta

SZTE JGYPK TÓKI Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia
Tanszék, Budapest
kszmarietta@gmail.com

Bárdos (2003) komoly jelentőséget tulajdonít a betegségképződéssel összefüggésben az egyén megküzdési stílusának. Míg a szomatizáció alatt tudatos, ún. a beteg aktív közreműködése révén létrehozott rendelkezésre ért, melyben a konverzió az egyén megkönnyebbülését szolgálja, addig a megoldatlan konfliktusok eredményeként létrejövő pszichoszomatikus tünetek háttérben tudattalan, a feszültség csökkentését nem szolgáló tényezőket feltételez.

Ismeretes, hogy a gyermekkori krónikus megbetegedések között az asthma bronchiale magas prevalenciával bír (Ulrik, Backer, Dirksen, Pedersen, & Koch, 1995), miként az is, hogy „az asztmások közt 6,5–24%-os gyakorisággal mozog a pánik” (Szendi, 2009, 71. old.). Vizsgálatomban tehát – Lazarus (1980) Megküzdési MódoK Kérdőívét alkalmazva – asztmás (életkor: 19,5–28 év között, M: 21,625 SD: 2,2475; 1 férfi/11 nő) és pánikbeteg fiatalok (életkor: 19,5–26 év között, M: 21,917 SD: 1,9521; 12 nő) coping stratégiáját hasonlítottam össze a kórképek között feltételezett kapcsolat egy aspektusának megismerését célul tűzve, egészséges kontrollcsoport (életkor: 17,5–24 év között, M: 20,917 SD: 1,7034; 1 férfi/ 11 nő) bevonásával.

Az adatok varianciaanalízissel történt elemzése az érzelmi problémamegoldás terén szignifikáns eltérést adott a csoportok között ($F(2)=8,288, 204,750, p=0,001$), illetve azon belül az érzelmi indíttatású cselekvés- ($F(2)=6,251, 32,250, p=0,005$) és alkalmazkodás faktorok ($F(2)=34,012, 14,083, p=0,028$) magukban is szignifikáns különbséget mutattak.

Bárdos (2003) négydimenziós megküzdés-modelljével összhangban eredményeink pánikzavarban fokozott emocionális konfliktusmegoldást igazoltak, melyet – bár az egészséges kontrollcsoportétól elmaradó – az asztmás személyekhez képest tendenciálisan (a szándékosság, valamint a beteg aktív közreműködése révén) emelkedett problémára-, vagyis kifelé irányultság jellemzett. Ezzel szemben a problémára irányuló coping stratégia, továbbá az érzelmi egyensúly keresése és visszahúzóds faktorok asztmában mutatott alacsonyabb szintje a pszichoszomatikus betegség elfojtással és befelé irányultsággal leírt képét tárták elénk, melyben a nehézlégzéses tünet konfliktuskezelési problémákra beállítódott megjelenése tudattalanul zajlik. A vizsgált zavarok összefüggéseinek mélyebb szintű megértése azonban további elemző munkát kíván.

Családi élményterápiás hétvégék a Vadaskertben

Kenézli Eszter, Labancz Dániel, Vida Péter,
Skaliczky Dávid, Boros Balázs, Gáboros Júlia

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia,
Budapest
labancz.daniel@gmail.com

Mind a gyermekpszichiátriai, mind a családterápiás gyakorlatban ismert, hogy a gyermekeknél, serdülők-nél fennálló lelki zavar visszahat a családi rendszerre, nehezíti annak működését és akár a testvérek, szülők lelki egészségét is veszélyeztetheti, rontja a család életminőségét. A Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban 2009 óta működő élmény- és kalandterápiás munkacsoportunk a kórházi rezsimbe illesztett, serdülők számára szervezett célzott élmény- és kalandterápiás osztályos program tapasztalataira építve kezdett bele új terápiás programba, melynek fókuszában a családok állnak. Rendszerszemléletű, családi együttműködést segítő, havi rendszerességű hétvégi családi csoportjainkon egyszerre négy család vesz részt. A két és fél napos program kalandos, érzelmi, kognitív, vagy fizikai kihívással is járó feladatokból épül fel, melyek során a családtagoknak lehetőségük nyílik arra, hogy tapasztalati úton megélik a családi megküzdési stratégiákban, a családtagok közti kommunikációban, konfliktuskezelésben megjelenő erősségeket, de meglássák azokat a nehézségeket, maladaptív stratégiákat is, amelyek a mindennapokat megnehezítik, és ezekre közösen találjanak megoldásokat. Ebben segítségünkre van a kórházunkban kifejlesztett speciális élményterápiás módszertan: alacsony- és magaskötélpálya-elemek, együttműködést, családi megküzdési stratégiákat fejlesztő játékos feladatok, outdoor-programok. A résztvevők, kilépve a megszokott, berögződött problémamegoldási stratégiákat is jelentő komfortzónájukból adaptívabb megoldások, a közös felelősségvállalás (a hatékonyabb családi együttműködés, empátia, egymás jobb megértése és megismerése) irányába mozdulhatnak el. Cél, hogy az indexpáciensként jelen lévő gyermeket a betegszerepből kimozdítsuk a családi erőforrásokra alapozva. A program során a családokkal közösen, rendszerszemléletű facilitációval dolgozzuk fel az átélteket, a történetek megbeszélésére és megértésére, a családon belüli és családok közötti visszajelzések legalább akkora hangsúlyt fektetünk, mint magukra az emlékezetes élményekre. Ehhez a videotrénings módszerét is segítségül hívjuk.

Előadásunkban bemutatjuk a családi élmény- és kalandterápia módszertanát, gyakorlatát, illetve a program hatékonyságára vonatkozó vizsgálatunkat, melynek az utánkövetés is része (a videoelemzés mellett a kérdőívek, melyeket a program kezdete előtt, a program végén, majd 3 és 6 hónap után veszünk fel: FACES IV., Thomas-Kilman Konfliktuskezelési Kérdőív, elégedettségi kérdőív).

Az Országos Pszichiátriai Központ (OPK) tudományos koordinációs tevékenysége, 2008-2012

Kéri Szabolcs

SZTE ÁOK, Élettani Intézet, Szeged;
Országos Pszichiátriai Központ, Budapest;
Rutgers University, Newark, USA
szkeri2000@yahoo.com

Az OPK a pszichiátriai országos intézet újjászervezésére jött létre az akkori Egészségügyi Minisztérium, a Semmelweis Egyetem, és az ÁNTSZ közötti megállapodás alapján, 2008. december 1-től. Saját specifikus kutatási infrastruktúra és finanszírozás nélkül kapta meg a tudományos kutatások összehangolásának, a fiatal kutatók támogatásának és a tudástranszfer végrehajtásának feladatát (<http://193.225.50.35/opk/>). Mindezeket – a körülmények által determináltak – az OPK-nak külső pályázati forrásokból kellett megoldania, számos résztvevő segítségével. Az előadásban az első, kezdeti próbálkozásnak megfelelő négy év eredményeit mutatjuk be, különös tekintettel a saját infrastruktúra nélküli hálózatszervezés előnyeire és hátrányaira. Tapasztalatunk alapján jelenleg egy 7–8 kutatási csomópontból álló hálózat tartható fenn, amely talajul szolgálhat a fiatal kutatók képzésének elindításához és az ehhez kapcsolódó tudástranszferhez. A rendszer fenntarthatósága, valamint a további bővítés és fejlesztés pályázatképes senior kutatók belépését és saját infrastruktúra kialakítását igényeli.

A kodependencia jelensége a különböző szemléleti keretek tükrében

Knapek Éva, Kuritárné Szabó Ildikó

DEOEC NK Magatartástudományi Intézet, Debrecen
knapek.eva@sph.unideb.hu

Hazánkban a kémiai addikciók, különösen az alkohol-függőség prevalenciája igen magas (a KSH adatai alapján megközelítőleg 9%). Az alkoholbetegség fenntartásáért felelős tényezők között azonban alig vesszük figyelembe az alkoholbeteggel együtt élő, destruktív kapcsolati mintázatokkal és maladaptív sémákkal rendelkező társat. Az előadás ismerteti a kodependencia (társfüggőség) fogalmát, áttekinti legfontosabb ismérveit, valamint bemutatja a különféle etiológiai koncepciókat.

Cermak (1986) meghatározása szerint a társfüggőség korán kialakuló, tartós, stabil diszfunkcionális mintázatnak, lényegében személyiségzavarnak tekinthető, mely a szelf igényeinek elhanyagolásán és a kapcsolati partner kontrollálásának szükségletén alapul. A gyenge határokkal rendelkező személy nem ismeri fel saját szükségleteit, destruktív módon lojális egy függőségben vagy más mentális betegségben szenvedő személyhez, saját problémáit tagadja, érzelmileg beszűkült. Ebben a megközelítésben központi szerep jut a külső fókuszoknak, a rejtőzködő szelfnek, valamint a kóros kontrolligénynek és gondoskodásnak. A kodependens személyek további, nem specifikus jellemzői: bizalomhiány, szexuális diszfunkciók, szégyen és büntudat, felduzzadt harag, kényszeresség, manipulativitás. A medikalizáló szemlélet a viselkedéses addikciók spektrumába sorolja a kodependenciát. A kezelésbevitel további indoka az, hogy a társfüggő személy sokszor depressziós, vagy stresszbetegségben szenved. Mások a kodependenciát a partner függőségéből eredő nehéz helyzet következtében kialakuló reaktív, visszafordítható állapotnak tekintik. A feminista nézőpont elveti a betegségkonceptiót, ahelyett csupán a hagyományos női szerep hipertrófiás megnyilvánulásának tartja.

Etiológiai tényezők: a pszichodinamikus felfogás a diszfunkcionális család szerepét hangsúlyozza, mely szerint az egyik vagy mindkét szülő függősége vagy mentális betegsége, a gyermek parentifikálása, valamint gyermekkori bántalmazás vezethet társfüggőséghez. A kognitív iskola a modellkövetés, a diszfunkcionális kogníciók, valamint a korai maladaptív sémák szerepét emeli ki. Kulturális tényezők is felelhetnek a kodependencia betegségfelfogásáért. Eszerint a hagyományos női, szülői és anyai szerepfelfogás megváltozása eredményezte az önfeláldozó, gondoskodó feleség és édesanya viselkedésének patológiázását.

A kedvezőtlen életesemények, a szkizotípiá vonás és az emlékbetörések összefüggései egészséges mintában

Kocsis-Bogár Krisztina¹, Miklósi Mónika², Perczel Forintos Dóra¹

¹SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Heim Pál Gyermekkorház, Budapest
kocsis.bogar.krisztina@gmail.com

Célkitűzések: A kedvezőtlen életesemények és a szkizotípiás vonások kialakulása közötti összefüggések jobb megértése, valamint annak vizsgálata, hogy a szubklinikus szkizotípiá vonás összefüggésbe hozható-e a posztraumás emlékbetörésekkel és elkerüléssel.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatunkban 198 egyetemi hallgató töltötte ki az Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE, Mason, Claridge and Jackson, 1995), az Események Hatása (Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W., 1979, magyarul: Annus, R., Perczel Forintos, D., Kiss Zs., 2005), valamint a Paykel-féle Életesemény Kérdőívet (Paykel, 1970, magyarul: Tringer és Veér, 1977), más, a szorongásos és depressziós jellemzőket mérő skálákkal együtt.

Eredmények: A negatív életesemények száma szignifikánsan összefüggött az általános szkizotípiával (O-LIFE összpontszám, $\beta=0,205$, $t=2,862$, $p=0,005$) és a pozitív szkizotípiával (Szokatlan Élmények alskála, $\beta=0,251$, $t=3,524$, $p<0,001$). Az életesemények szubjektív súlyossága szignifikáns összefüggést mutatott a kognitív dezorganizáltsággal ($\beta=0,201$, $t=2,807$, $p=0,006$). A pozitív szkizotípiát mérő skálák (Szokatlan Élmények és Kognitív Dezorganizáltság) szignifikánsan összefüggtek az Események Hatása skálával mért posztraumás tünetekkel ($\beta=0,196$, $t=2,688$, $p=0,008$ és $\beta=0,239$, $t=3,039$, $p=0,003$), valamint az annak alskáláin (Emlékbetörés: $\beta=0,177$, $t=2,377$, $p=0,018$ és $\beta=0,264$, $t=3,296$, $p<0,001$, illetve Elkerülés $\beta=0,183$, $t=2,480$, $p=0,014$ és $\beta=0,176$, $t=2,222$, $p=0,027$) kapott pontszámokkal.

Következtetések: Egészséges mintában is fellelhetők az összefüggések a negatív életesemények, a szkizotípiás vonások mértéke és a traumatikus emlékbetörések között. A jelenség hátterében a szakirodalom sok esetben a posztraumás stresszre jellemző mechanizmusok működését feltételezi, amelyet közvetítő tényezőnek tekint az életesemények és a szkizotípiá között – ezt az összefüggést adataink is megerősítik. Ugyanakkor az is feltételezhető, hogy a szkizotípiás vonásokkal jellemezhető személyek stresszesebbnek érzékelik a negatív életeseményeket, különösen magasabb dezorganizáltság esetén ezt adataink szintén alátámasztják. Ennek hátterében az emlékek kontextusba helyezésének deficitje, és az emlékek és az én koherenciájának elégtelensége állhat.

Hipnotikus fogékonyság és figyelmi kontroll

Kondé Zoltán, Szabó Csaba, Szabó Gergely

DE BTK Pszichológiai Intézet, Debrecen
konde.zoltan@arts.unideb.hu

A hipnotikus fogékonyság és a figyelmi beállítódások rugalmas kontrollálásának lehetséges összefüggését tanulmányoztuk. Sztenderd módszerekkel (WSGC) bemért hipnotikus fogékonyság alapján kialakított (alacsony, közepes, magas fogékonyságú) csoportok feladatváltási teljesítményét vizsgáltuk a feladatváltási paradigma egy újszerű változatával. Két kognitív kategorizációs feladatot kellett felváltva teljesíteni reakcióidő helyzetben. Az ingersorozat meghatározott pontjain jelzések határozták meg a releváns kategóriákat (irányított váltás és irányított ismétlés). A sorozat két kiemelt pontján a személyek maguk döntöttek arról, hogy változtatnak-e a feladaton (önkéntes váltás) vagy sem (önkéntes ismétlés). A váltási veszteség (váltási és ismétlési RI-k eltérése) jelentősen kisebb volt önkéntes helyzetben, mely a figyelmi teljesítmény javulását jelzi, ha a figyelmi feldolgozás céljainak önálló meghatározására lehetőség van. A három vizsgálati csoport teljesítménye lényegében egybevágónak bizonyult irányított és önkéntes figyelmi helyzetben is. Az önkéntes váltások gyakorisága jelentősen eltért a két váltási hely között, mindhárom csoportban. A váltási veszteség jelentősen kisebb volt a preferált váltás helyen mindhárom csoportban, ugyanakkor a váltási veszteség különbsége preferált és nem preferált váltási helyek között csak a magas fogékony személyeknél közelítette a szignifikáns mértéket ($p=0,065$). Ez az eredmény azt jelzi, hogy a figyelmi beállítódások stratégiai kontrollálásának lehetősége magas fogékony személyeknél jobb, hatékonyabb figyelmi teljesítményt tesz lehetővé.

Kertész vagyok, fát nevelek! Budapest II. kerületi Közösségi Pszichiátriai Ellátás 10 éve

Kosikné Kukely Éva, Nagy Edit

II. kerületi Közösségi Ellátás, Budapest
nagyedit05@gmail.com

Budapest II. kerületében 2003-ban indult a Közösségi Pszichiátriai Ellátás kötelező speciális alapellátásként, a II. sz. Gondozási Központ mellé integrálva.

2005-től a legnagyobb feladatot és kihívást a közösségi ellátás tartalmi ismertetése és elfogadtatása – lakossággal, az egészségüggyel és a szociális ellátással – jelentette.

Az első lépések megtételében nagy segítséget jelentett a kórház nyitott szemlélete, lehetővé vált a hiteles kapcsolatfelvétel a kliensekkel.

A fejlődés több lépcsőben indult: A közösség szervezése, kapcsolatok kiépítése, szakmai és társadalmi területen egyaránt. Kliensek részére szervezett programok, különböző területen dolgozó szakemberek részére szakmai műhelyek, konferenciák tervezése, kivitelezése a minőségi munka meghatározó eleme volt. Ez plusz időt, energiát igényelt, miközben ez nem szorosan a szakfeladat része.

2009-től pályázati rendszerben, nem kötelező alapellátási formaként működünk, az önkormányzat anyagi és a módszertan szakmai támogatásával.

Protokollok hiányában (még a mai napig is) munkánk a feladat sokszínűségének mindenki számára egyszerű megfogalmazásán alapul (felhasználótól minisztériumig történő kommunikáció).

Az ellátás rugalmasan alkalmazkodik az igényekhez, költséghatékony, alacsony eszközigényű.

Tevékenységeinket szoros együttműködésben, több szolgáltatás képviselőjével együtt végezzük.

Célunk a következő 10 évre: Szakmai programunk színvonalának megtartása, emelése, anyagi és erkölcsi elismerés, elismertetés. Kapcsolataink további kiszélesítése nemzeti, illetve nemzetközi területen egyaránt.

Spirituális kiscsoport pszichiátriai osztályon

Kosza Ida, Bíró P. Tibor

Pomáz, Partiumi Egyetem
kosza@galfi.hu

Az egészség definíciója a WHO szerint biológiai, pszichológiai és szociális jól-lét.

A globalizáció korában, az erkölcsi értékek devalválódása során még fontosabbá válnak a spirituális értékek. Ezért az új meghatározás szerint a biológiai, pszichológiai, szociológiai és spirituális jól-lét jelent egészséget. Ha körülnézünk a világban, egyre több hirdetést találunk különböző ezoterikus tevékenységről. Mindez azt jelenti, hogy az embereket érdeklik a lelki dolgok. Amikor a poszttraumás betegség különböző tünetei már-már epidémiát jelentenek, sürgető a spirituális megoldások felé tekinteni.

Ezért kezdtünk el 88 ágyas pszichiátriai rehabilitációs osztályunkon egy spirituális kiscsoport foglalkozást. A vezetés tagjai pszichiáter, pszichológus – mindketten jungi orientációjúak – rehabilitációs terapeuta és egy fiatal római katolikus lelkész. A pap hallgatott spiritualitással kapcsolatos előadásokat, tájékozott pszichodráma kérdéseiben. Ezért a részvétele nagy nyereség. A csoport tagjai a pszichiátriai betegségek változatos formakörébe tartoznak. Szociális háttérük különböző. Vallási hovatartozásuk keresztény, de előfordul ateista és keleti vallások iránti érdeklődő.

A foglalkozások a spirituális értékekről szólnak, mint szeretet, megbocsátás, az élet nehézségeinek elviselési képessége, családi háttér stb.

A résztvevők egyre inkább közösséggé alakulnak és nagy változások jelentkeznek egymás iránti viselkedésükben.

A hangulati zavarok csökkentése és a személyiségfejlesztés lehetőségei daganatos betegeknél

Kovács Zsuzsa¹, Rigó Adrien², Kökönyei Gyöngyi², Szabó Éva³

¹Semmelweis Egyetem ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

³Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály, Budapest
kovacszs@se-etk.hu

A daganatos betegekre gyakran jellemző szorongással teli, reményvesztett, depressziós hangulat bizonyítottan jelentős egészségkárosodást, életminőség romlást idéz elő, befolyásolja a fizikális komfort állapotát, a testi tünetek megélését, rontja a kognitív funkciókat, beszűkíti a szociális működést – kezelése kulcsfontosságú. Kutatásunkban egy átfogó pszichoszociális intervenció program hatására a betegeknél a kontrollcsoporthoz képest, szignifikáns mértékű testi-lelki állapotjavulás jött létre – csökkent a depresszió $F(1, 72)=4,347$ $p=0,041$, a szorongás $F(1, 65)=6,021$ $p=0,017$, javult az életminőség $F(1, 78)=7,531$ $p=0,008$, a testkép megélése $F(1, 79) = 8,828$ $p=0,004$, a betegség felett érzett kontroll $F(1, 69) = 7,346$ $p=0,008$, és jelentős mértékű lelki-spirituális fejlődés, növekedés $F(1, 31) = 24,186$ $p=0,000$ történt. A program hatékonyan bizonyult, szélesebb körű alkalmazását javasoljuk.

Kéz a kézben a virtuális világban

Kovács Emőd

Eszterházy Károly Főiskola, Eger
emod@ektf.hu

Előadásunkban a virtuális környezetre való nevelésről szeretnénk szólni.

Mint informatikus és tanárképzésben dolgozó szakemberek sokszor hallunk negatív megjegyzéseket az informatika világról, újabban egyre többet olvashatunk az internet és a számítógépes játékok fejlődésben okozott negatív hatásáról, vagy az internetfüggőség egészségkárosító hatásáról. Egyre többször hallunk a tiltás, túlzott szabályozás lehetőségéről, mely a nevelésben (sem) bizonyul hatékonyan, s a gyermekneveléssel más területen foglalkozók sem igazolták kifejezett hatékonyságát. A NAT 2012-es új változata hangsúlyozza a virtuális terekben való jártasság fontosságát. Fontosnak tartjuk, hogy a szülők is tisztában legyenek a legújabb kihívásokkal és meg tudják találni a közös hangot gyermekeikkel.

Egerben a megelőzésre helyzetük a hangsúlyt. Együttműködésben állunk az egeri Mentálhigiénés Csoporttal, ahol már korábban foglalkoztak ezzel a problémával, bár kizárólag a gyermekdráma módszerével. Új módszerként szerveztünk szülőcsoportot az ott kezelt gyermekek szüleinek. Ezt a szülőcsoportot gyermekpszichiáter és két főiskolai oktató tartotta az Eszterházy Károly Főiskola Matematika és Informatika Intézetéből. A szülők meghívás alapján kerültek a csoportba, gyermekeik már terápiában voltak a gyermekdráma, illetve egyéni terápia kapcsán. Tíz családot hívtunk. A szülőknél semmilyen számítógépes ismeret nem volt szükség, megelégedtünk azzal, hogy meg kívánja ismerni gyermeke tevékenységét. A gyermekeknél a számítógép ismerete és fokozott használata tény volt, játékaikban és kortárskapcsolataikban ez megjelent, jó részük magatartásprobléma miatt került ellátásba. Zárt csoportként, öt alkalommal találkoztunk, előre meghatározott tematika alapján. Érintettük a facebook, a számítógépes játékok, a Second Life, a reklámok és a rejtett veszélyek, letöltések témakörét, mind a pozitív mind a negatív oldalról, s kitértünk a jogi kérdésekre is. Nem előadást vagy továbbképzést tartottunk, hanem munkacsoportként dolgoztunk, ahol a szülők egyre több tapasztalatot hoztak, olykor alaptalan félelmeket. Előadásunkban azt kívánjuk röviden felvázolni, milyen nehézségekkel kellett megküzdenünk, hogyan sikerült, milyen terápiás eszközök segítségével együtt dolgozni a szülőkkal, oldani félelmüket, biztosabbá tenni őket a számukra ismeretlen virtuális világban. Nem titkolt célunk volt, hogy az informatika világának értői, gyermekeikkel hiteles párbeszédet kezdeni, illetve folytatni képes szülőkké váljanak.

A nikotinfüggőség súlyosságának és korrelátumainak feltárása alkoholbetegségben

Kovács Ildikó^{1,2}, Andó Bálint¹, Szikszay Petronella³, Kurgyis Eszter^{1,4}, Rózsa Sándor⁵, Janka Zoltán¹, Almos Péter¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

³Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Osztály, Szigetvár

⁴Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

⁵Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest
ildiko.kovacs915@gmail.com

A vizsgálat célja: A dohányzás prevalenciája magasabb alkoholbetegségben, mint a normál populációban, így negatív következményei is fokozottabban jelentkeznek ebben a betegcsoportban. Vizsgálatunk célja ezért annak feltárása volt, hogy a dohányzás és a nikotinfüggőség súlyossága milyen személyiségjellegzetességekkel függ össze alkoholbetegségben. Ezen keresztül azonosíthatók a dohányzás csökkentésére irányuló intervenciók számára további célpontok.

Módszerek: A vizsgálatban 91, a Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Rehabilitációs osztályon kezelt alkoholbeteg vett részt. A nikotinfüggőség súlyosságának meghatározására a Fagerström Nikotin Dependencia Tesztet (FAG) alkalmaztuk. Impulzus kontroll indikátoroknak a következő mérőeszközöket alkalmaztuk: Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI-R), Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (SSS), Barratt-féle Impulzivitás Skála (BIS). Az anxiodepresszív tünetek feltárására a Beck Depresszió Kérdőív (BDI), és a Spielberger-féle Állapot- és Vonás-szorongás Skála (STAI) került felvételre. Az elemzések során Pearson-féle korrelációt, parciális korrelációt, valamint kétmintás t-próbát alkalmaztunk.

Eredmények: A FAG összpontszám szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a SSS Gátolatlanság alskálájával, a BIS Motoros Impulzivitás alskálájával, valamint a TCI-R Újdonságkeresés temperamentum-dimenzióval. Nem volt szignifikáns összefüggés FAG pontszám a BDI és a STAI között.

Következtetés: A dohányzás súlyossága összefüggött a motoros impulzivitással és az újdonságkereséssel, ugyanakkor nem mutatott kapcsolatot az anxiodepresszív tünetek mértékével. Eredményeink alapján megállapítható, hogy alkoholbetegségben a vizsgált dimenziók közül a gyengébb impulzus kontroll áll kapcsolatban a súlyosabb nikotinfüggőséggel. Feltételezhető, hogy az impulzus kontrollt célzó intervenciók – a visszaesés megelőzésén túl – csökkenthetik a dohányzás súlyosságának mértékét is ebben a betegcsoportban.

A párkapcsolati elégedettség és a kötődés vizsgálata Young séma-elmélete tükrében

Kövér Lili¹, Sándor János², Frecska Ede², Égerházi Anikó¹

¹DE OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

²DE Népegészségügyi Kar, Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék, Debrecen

lili.kover@gmail.com

A párkapcsolati stressz következményeként gyakran jelenik meg depressziós és szorongásos zavar, melynek népegészségügyi szempontból nagy jelentősége van. A kognitív nézőpont szerint a sémáink alapján adunk belsőleg jelentést a világnak. Ennek megfelelően értelmezzük a partner viselkedését és ehhez a sémához alakítjuk viselkedésünket. Így a párkapcsolat dinamikáját az egyén élettörténetéből származó sémák, attitűdök, kötődési munkamodellak határozzák meg. Ezen hálózatban működnek a két fél közötti kapcsolati, érzelmi és erőviszonyok. Vizsgálatunk célja, hogy a depressziós-szorongásos zavarokban szenvedő személyek és házaspárok kötődési stílusát, korai maladaptív sémáit, párkapcsolati elégedettségét és ezek egymással való összefüggéseit felmérjük, egészséges kontrollpárok eredményeivel összehasonlítsuk. A kutatásban 122 heteroszexuális pár vett részt. 38, a DE OEC Pszichiátriai Tanszéken gondozott depressziós és/vagy szorongásos zavarokkal diagnosztizált, fekvő- és járóbeteg (n/f:26/12; átlagéletkoruk 51 év; 35–60 év), valamint azok házaspárai (n/f:12/26; átlagéletkoruk 52 év; 35–60 év) vett részt. A kontrollcsoportot 84 pszichiátriai előzménnyel nem rendelkező pár alkotta (n/f:84/84; átlagéletkoruk 48 év; 28–60 év). A vizsgálati személyek állapotának felméréséhez szűrőkérdőíveket, a Beck Depresszió Kérdőívet és a Beck Szorongás Leltárt, a Hamilton Depresszió Skálát és a Hamilton Szorongás Skálát használtuk, továbbá az Elégedettségi Kérdőívet, a Young-féle Sémakérdőívet, Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőívet. A kapott eredmények visszajelzést adnak arról, hogy a betegség hatására csökken a férfiak ($p < 0,001$) és a nők elégedettsége ($p < 0,001$) is. A beteg férfiak párkapcsolati elégedettségét csökkenti, ha érzelmi depriváció korai maladaptív sémával rendelkeznek ($p < 0,001$). Az elszakíttóság sématarományba eső maladaptív sémákkal rendelkező személyek nem képesek biztonságosan kötődni másokhoz. Az elszakíttóság, és autonómia sématarományokba tartozó korai maladaptív sémák negatívan befolyásolják a párkapcsolati elégedettséget. Akinél nem alakul ki megfelelően a biztonságos kötődés korai gyermekkorban, felnőtt korban ez a hiány párkapcsolati problémát okozhat. Ez a párkapcsolati probléma hozzájárulhat a depresszió és szorongás megjelenéséhez és súlyosbodásához.

Evészavarok és a személyiségvonások összefüggései. Evészavarral a felnőttkor küszöbén.

Kövesdi Andrea, Csenki Laura

Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
csenki.laura@gmail.com

Az evészavarok számának növekedése és azok sokszínűsége a kamasz korosztályban a differenciáldignosztika jelentőségére, és a későbbi kezelési lehetőségek illetett megtervezésére hívja fel a figyelmet. Az evészavarok patogenezise a bio-pszicho-szociális modellben válik értelmezhetővé, így a legtöbb esetben komplex (egyéni, család-, csoport- és farmakoterápia) kezelés szükséges. Az evészavarokban bizonyos személyiségjellemzőket tekinthetjük predisponáló tényezőknek (mint pl. anorexiásoknál a perfekcionizmus és a kényszeresség, míg a bulimia esetén az impulzivitás – *Anderluh et al*, 2003).

A fentiek alapján előadásunkban a személyiség olyan vonásait emeljük ki, melyek jelenléte az egyéni kezelés szükségességét is felveti, akár a kamaszkoron túl, a fiatal felnőttkorban is. Esetrészletekkel szemlélítjük a személyiségjellemzőket és a kezelés, továbbküldés folyamatának problémás pontjait.

Egy 16 éves restriktív anorexiás lány esetrészletén keresztül megvilágítjuk az anorexiára jellemző kényszeres vonásokat, és azokhoz kapcsolódó érzelmszabályozási deficiteket. Egy 17 éves bulimiás lány impulzív evészavaros magatartása mögött meghúzódó bipoláris zavart a gondolati beszűkülés fellazulása után lehetett diagnosztizálni. Végül egy 16 éves bulimiás lány személyiségének azon aspektusait hangsúlyozzuk, melyek a terápiás beavatkozást lehetetlenné tették. A személyiség mellett a családi működést is gyakran a kezelést nehezítő tényezőjének látjuk. Két esetrészletben bemutatjuk az édesanya korábbi kezeletlen és diagnosztizálatlan evészavarának következményeit, melyek megnehezítették a kezelést. Mindkét esetben a merev gondolkodási séma és a diffúz érzelmi állapotok jelentek meg. Hangsúlyozzuk az egyéni terápia és a szülők együttműködési hajlandóságának szerepét az eltérő megoldásokban.

A kamaszkori evészavar pontos differenciáldiagnosztikája segítséget ad a terápiás prognózis felállításához. Osztályunkon a diagnosztikai fázis lezárásának részét képezi a szülőkkel és a kamaszokkal történő megbeszélés, ahol kiemeljük, hogy az evési magatartás zavarán kívül, a személyiségben meghúzódó nem adaptív személyiségvonások is jelen vannak, melyek pszichológiai, pszichiátriai komplex kezelést igényelnek esetenként felnőttkorban is. Jelenleg megoldásra váró feladatnak látjuk egy hatékonyabban működő továbbküldési rendszer kidolgozását osztályunk és felnőtt pácienseket kezelő kollégák között.

Depresszió és rokkantsági ellátás

Kristóf Andrea¹, Dósa Ágnes²

¹DEOEC Igazságügyi Orvostani Intézet, Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

²SOTE Igazságügyi Orvostani és Biztosítás-orvostani Intézet, Budapest
kristofandrea@freemail.hu

A depresszió orvosi értelemben vett betegség, és nem azonos a nemkívánatos külső környezeti tényezők által okozott rossz egyéni és társadalmi közérzettel.

Diagnosztikája konkrét és jól körülírt tünetekre épül, a szakmai protokollok pedig részletesen leírják kezelésének menetét.

Ugyanakkor a depresszió orvosszakértői megítélése a rokkantsági ellátásokra való jogosultság szempontjából meglehetősen ellentmondásos. A szakértők elé kerülő betegek dokumentációi sok esetben hiányosak, adataik értékelhetetlenek, kivizsgálási folyamatuk követhetetlen, a diagnózis szakértői szempontból nem támasztható alá, az alkalmazott terápia pedig nem felel meg a szakmai protokolloknak.

A szerzők álláspontja szerint a depresszió diagnózisa akkor alapoz meg értékelhető rész-egészségkárosodást, ha:

1. Az ismétlődő depresszió már korábban is bizonyíthatóan fennálló súlyos személyiségzavar mellett, de attól függetlenül alakult ki, ezzel tovább rontva a vizsgált személynél korábban is fennálló össz-szervezeti egészségkárosodást.

2. Ismétlődő depresszió diagnózisa mellett, éveken át, bizonyíthatóan gyakran fordul elő súlyos depressziós epizód és ez az illetőnél olyan fokú személyiség-torzuláshoz vezet, mely munkavégző képességét tartósan rontja.

3. A terápiarezisztens depresszió fennállása esetén, mely természetesen, akár súlyos mértékű össz-szervezeti egészségkárosodást is megalapozhat. Ennek megállapítására csak akkor van azonban lehetőség, ha kellően alátámasztott a terápiarezisztens depresszió diagnózisa (átvizsgálás, kezelési próbálkozások).

E három esetben a pszichiáter gyakran krónikus depressziót diagnosztizál, hasonlóan ahhoz a helyzethez, amikor az alkalmazott terápia nem megfelelő, vagy nem elég hatékony. Ebben az esetben azonban a megfelelő ellátás, gyógykezelés, a magasabb szintű ellátás megszervezése a szakmai teendő, a vizsgált személynél fennálló tartós, vagy végleges össz-szervezeti egészségkárosodás megállapítása helyett.

Szocioterápiás tevékenységek a Sántha Kálmán Szakkórház rehabilitációs osztályán

Kulja Erika, Hadháziné Kertész Katalin, Hadházi László, Fosztó Zoltánné, Nyilas Sándor, Virág Jánosné

Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagykálló
erika.kulja@gmail.com

A poszter előadás egy képes összeállítás a pszichiátriai rehabilitáció folyamatainak megvalósításáról, kiemelve a pszichiátriai betegek foglalkoztatásának jelentőségét.

Célunk kialakítani egy folyamatos és céltudatos tevékenységeket, amellyel a pszichiátriai beteg számára az optimális pszichés állapotot és a pszichoszociális helyzetet, foglalkozásbeli, valamint szabadidő-kihasználási készségeket kialakítjuk és fenntartjuk, reintegrálva a beteget adott társadalmi környezetébe.

Ennek a komoly szakmai elméleti háttérrel megkövetelő feladatban egy TEAM áll a háttérben, akik külön-külön részesei a fejlesztő folyamatnak.

A kölcsönös egyeztetés, konzultáció biztosítja a fejlesztési folyamat folyamatosságát, ütemezettségét, és értékeli a rehabilitációs tevékenység hatékonyságát. A terápiás termékek egyedisége, az alkotás szabad önmegvalósításának eredményeként sok-sok örömet okoz a kliensnek és az ellátásban résztvevő valamennyi segítőtnek.

Hol a határ? Rekreációs sport vagy testedzésfüggőség?

Kurimay Tamás¹, Urbán Róbert², Berczik Krisztina^{2,3}, Kun Bernadette², Paksi Borbála⁴, Szabó Attila⁵, Mark D. Griffiths⁶, Demetrovics Zsolt²

¹Szent János Kórház, Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola

⁴Budapesti Corvinus Egyetem, Viselkedéskutató Központ

⁵Eötvös Loránd Tudományegyetem, Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

⁶Nottingham Trent University, Psychology Division

tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

Háttér és célok: A rendszeres testedzés hiánya számos egészségügyi probléma háttérében azonosítható tényező, a rendszeres, optimális minőségű és mennyiségű testedzés pedig alapvetően járul hozzá a testi és lelki egészség megőrzéséhez és fejlesztéséhez. A kutatások ugyanakkor azt is jelzik, hogy a testedzés mértéke bizonyos esetekben meghaladja az optimális mértéket, s addiktív mintázatú testedzés alakul ki, ami negatív szomatikus és pszichés következményekkel jár együtt. Jelen előadás célja a rekreációs testedzés és a testedzésfüggőség elkülönítése. Módszer: A vizsgálat a 18–64 év közötti magyarországi lakónépesség korcsoport, településméret, valamint régiók szerint rétegzett reprezentatív mintáján készült (N = 2710 fő). Az alkalmazott vizsgálati battéria különböző viselkedési addikciók (kóros játékszenvedély, evési zavar, problémás internethasználat, testedzés-addikció, munkafüggőség és kényszeres vásárlás) epidémiájának becslésére vonatkozó kérdéssorokat tartalmazott. A testedzésfüggőséget a Testedzés Függőség Skála (Exercise Dependence Scale, EDS; *Hausenblas és Downs, 2002*), illetve a Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory, EAI; *Terry, Szabo és Griffiths, 2004*) kérdőívvel, míg a pszichológiai tüneteket a Derogatis féle tünetlistával (Symptom Checklists, SCL-90-R; *Derogatis, 1983*) mértük. Az adatfelvétel a kérdezettek személyes megkeresésével, és ezen belül ún. „kevert”, – „face to face”, illetve „önkitöltős” elemeket egyaránt tartalmazó – módszerrel, 2007 tavaszán zajlott. Eredmények: Az elemzésbe 418 fő, a legalább hetente sportolók adatai kerültek. A vizsgálati csoportot tünetmentes és problémás használók csoportjára osztva (az EDS alapján) t-próbát alkalmaztunk az összehasonlításhoz. Az SCL-90-R minden tünet-skáláján, a globális súlyosság indexen, valamint a pozitív tünet-skálán a „problémás testedzők” szignifikánsan magasabb értéket mutatnak. Ezzel szemben a pozitív tünet distressz skálán nem különbözött a két csoport. A Cloninger Temperamentum Skálán (TCI) a csoportok összehasonlítása során a problémás testedzők szignifikánsan magasabb átlagot mutattak az újdonságkeresés, az ártalomkerülés és a transzcendencia skálákon, és szignifikánsan alacsonyabban az önrányítottság és az együttműködés jellemzőkben. Megbeszélés: Az eredmények azt jelzik, hogy a túlzott mértékű testedzés a klinikai tünetek széles skálájával járhat együtt. Az ok-okozati viszonyok tisztázása azonban a jövő feladata.

Gyorskocsi utcai Fogdából járóbeteg vizsgálatra beutalt személyek pszichiátriai vizsgálatának retrospektív elemzése 2007-2012 között

*Pásztor Péter István, Sörös Petra, Kiss Dániel
Balázs, Kurimay Tamás*

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak,
Pszichiátriai Osztály, Budapest
tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

Bevezetés: 2007-ben az OPNI bezárását követően a budapesti Központi Fogdán elhelyezettek ellátása osztályunk feladatkörébe helyeződött át. A fogdáról érkező személyek speciális indikációval kerültek járóbeteg vizsgálatra.

A vizsgálat célja: A beutaló és az ellátásunk során kiadott vélemények összehasonlítása.

Vizsgált személyek (VSZ): A letartóztatást megelőző, az előzetes 72 órás fogdai elhelyezésben részesülők: 346 fő

Módszer: A járóbeteg vizsgálati lapok retrospektív elemzése 15 szempont szerint. Beutalás indoka, a vizsgált személy neme, munkaidő/ügyeleti idő, szuicid veszélyeztetettség, heteroagresszió, aggraváció/manipuláció, pszichózis, pszichiátriai anamnézis, személyiségzavar, aktuális szerhasználat (kábitószer, gyógyszer, alkohol), megvonás, elhelyezés, terápia.

A minta jellemzői és eredmények: Beutalón szereplő öngyilkossági veszélyeztetettség 159 VSZ-nél, 41 alkalommal láttuk ezt megalapozottnak (26%). Pszichiátriai anamnézisre 204 esetben történt utalás a beküldéskor, és 82 alkalommal más nem is szerepelt a beutalón (az összes eset 24%). A beutaló, illetve a vizsgálat időpontja 257 esetben a nappali műszakban (08:00–20:00) kívül az éjszakai műszakban történt (az összes vizsgálat 74 %-át teszi ki). Kábítószer intoxikációval 35 fő, 24 fő rendelkezett kábítószer dependens múlttal. Alkohol befolyásoltság 38 alkalom, 11 személy kapott alkohol-dependencia diagnózist. A 346 vizsgálatból 270 esetben (78%) a VSZ visszakerült a fogdára, 25 alkalommal osztályunkon obszerváció történt, 56 alkalommal a területileg illetékes pszichiátriai osztályra küldtük tovább a beteget.

A több éves gyakorlat alapján megállapítható:

- a vizsgálatok döntő többsége éjszakai műszakban, illetve munkaszüneti napon történik;
- az egyetlen indoka a vizsgálatkérésnek a pozitív pszichiátriai anamnézis („bemondás alapján”). A vizsgálatkérés indokainál ez felveti mind az elővigyázatosság, mind az előítéletesség lehetőségeit is;
- az öngyilkossági veszélyeztetettség megítélésében nagy arányban jelentős eltérés van a beutaló és az általunk felállított véleményben.

Összefoglalás: A fogdán tartott személyek pszichiátriai vizsgálatában (2007–2012 között) az öngyilkossági veszély megítélése volt a leggyakoribb kérdés. Ezek kezelése a fogdán történő helybeni ellátás vagy állandó pszichiátriai szakorvossal, illetve az ellátó orvosok továbbképzésével lenne hatékonyabb. Számos esetben forenzikus pszichiátriai osztályon történő megfigyelés lehetne a szakszerű ellátás. A célintézménnyel való kommunikáció, együttműködés javítása is szükséges.

A “Baba-Mama-Papa”- Program: Fókuszban a depresszió és a pszichózis esetbemutatókon keresztül. A szülés előtti, alatti és utáni zavarok kezelése

*Kurimay Tamás¹, Németh Tünde², Hámori Eszter³,
Hédervári-Heller Éva⁴, Babus Eszter⁵, Madarasi
Anna⁵, Tary Vera⁵, Atkari Gizella¹, Kovács
Zsuzsanna¹, Seress Gabriella¹, Fenyves Tamás¹,
Simon Zsuzsa¹, Hegedüs Éva¹, Pelikán Anett¹,
Táncsics Dianna¹, Tunyi Tünde¹, Zalatnai Zoltán¹*

¹Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

³Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Piliscsaba

⁴Fachhochschule Potsdam, Németország

⁵Szent János Kórház Csecsemő és Gyermekgyógyászati Osztály, Budapest

tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

Programunk célja a várandósság ideje alatt fellépő pszichiátriai zavarok kezelése, követése, melyhez ambuláns és szükség esetén kórházi háttérrel biztosítunk. A programban elsősorban a szülés után kialakult gyermekágyi depresszió vagy pszichózis korai kezelése történik, a kezelés idején a szoptatás, illetve a gyermekkel való kontaktus biztosítása érdekében kórházunk Gyermekosztályával közösen. A program egy épületben zajlik: 2007-től folyamatosan működő szupervízió támogatja a hazánkban először megvalósuló ellátást. A programba a perinatális időszakban lévő anyák, apák kerülhetnek, a terápiába bevonjuk a családtagokat, gondviselőket is.

Az ország bármely területéről fogadunk betegeket. A bekerülés önkéntes alapon történik, sürgősséggel illetve előjegyzés alapján. A pre-, peri- és posztnatalis időszakban fellépő pszichés problémák felismerése, szűrése a feladatunk első lépcsője, melyet az akut ellátás során a betegfelvételt követően a gyógyszeres terápia szükségességének elbírálása követ. A farmakoterápia során a szoptatás esélyeit mérlegeljük, lehetőség szerint próbáljuk a szoptatást fenntartani, elsősorban pszichoterápiát alkalmazunk. Kiemelt hangsúly kerül a kapcsolat (szülő–csecsemő, család, támogató hálózatok) kezelésére. Ebben a munkában a videotechnikát és a szülő–csecsemő konzultációt is alkalmazzuk.

Programunk révén az anyai betegség gyorsabb rendeződése, az anyai kompetencia megerősödése, a gyermek szeparációjának elkerülése válik lehetővé, ezzel biztosítva a gyermek későbbi egészséges fejlődését és az anya mielőbbi munkaképességét.

2007 óta 83 páciens vontunk be a programba, ezek közül több olyan páciens is van, akinek több várandósságát, szülését, illetve a posztpartum időszakát menedzseljük. Több „sikertörténetünk” is van, amikor az anya súlyos pszichiátriai betegsége ellenére sikerült a gyermeket a családban tartani, nem került állami gondozásba. Az anya képessé vált a gyermekéről való tartós gondoskodásra:

Programunk alapján szakmai irányelv kidolgozása zajlik.

Workshopunk alkalmával esetismertetések (kazuistikákon) keresztül szeretnénk bemutatni programunk eddigi eredményeit és nehézségeit, valamint bevonni a hallgatóságot egy közös gondolkozásba, mely a program fejlesztését is szolgálja.

1. eset: Depresszió és pszichoterápia
2. eset: Depresszió és várandósság, farmakoterápiás aspektusok
3. eset: Pszichózis és szoptatás, gyógyszeres terápia
4. eset: Pszichózis és a baba–mama kötődés kérdései, videoklipek és videofeedback a programból.

Szülőkkel folytatott munka a gyermekterápiában - lovak segítségével (Szülői hatékonyságfejlesztő lovastréning)

Kurítár Eszter, Kardos Edina

Kapcsolat Alapítvány, Pilisszántó
eszter.kuritar@gmail.com

Mint minden gyermekpszichoterápiás forma, a gyerekekkel folytatott lovasterápia is hatékonyabb, ha a szülőkkel végzett munka hangsúlyossá válik. A terapeuta partnerévé kell, hogy váljanak a gyermekért folytatott munkában, hiszen a gyermekben végbemenő változások mértéke és tartóssága függ attól, hogy a szülők mennyire képesek változni, változtatni, mennyire tudják támogatni a gyermek fejlődését. Ehhez az aggodalmak, félelmek, elvárások felismerése és átdolgozása mellett szükséges, hogy megláthassák jellegzetes szülői működés módjukat és új készségeket sajátíthassanak el.

Az előadás azt mutatja be, hogyan válhatnak mind-ebben segítő társunkká a lovak.

A ló mint kapcsolati partner visszajelzést ad a szülő számára a gyermekével való kapcsolati működése jellegzetességeiről. Egy ló számára biztonságot adni, egyértelmű kereteket kijelölni, vele eredményesen együttműködni, irányadó-jává válni, mindezt agressziómentesen, szeretettel és kölcsönös tisztelettel – éppoly nehéz feladat lehet, mint egy gyermek számára megteremteni mindezt. Az előadás ismerteti, ahogyan a tréning során a résztvevők egy elfogadó és segítő környezetben a gyermeknevelésből ismerős helyzetekkel találkozhatnak, melyekben a lovak által hiteles és igaz tükröt kapnak szülői működésükről. Megtapasztalhatják viselkedésük és belső állapotaik hatásait a másakra, és életszerű, de kockázatmentes helyzetekben új készségeket fejleszhetnek ki. Lehetőséget kapnak arra, hogy fejlesszék a kapcsolati módozataikat, és gazdagítsák a viselkedés-szabályozási eszköztárukat.

Az előadás konkrét példákon keresztül mutatja be a módszertani újítást jelentő szülőkkel folytatott lovas tréninghelyzetet.

Addiktológia-Rendezőpályaudvar

László Krisztina

Nyíró Gyula Kórház, Addiktológiai Osztály, Budapest
laszlo.kriszta@freemail.hu

Előadásomban a rendszerszemléletre épülő, különböző családterápiás megközelítések elméleti és gyakorlati alkalmazhatóságát vizsgálom. Azzal a hangsúlyos különbséggel, hogy itt a család, mint rendszer helyébe az egyént állítom, és a személyt vizsgálom, mely különböző szerepeivel, kapcsolataival, problémáival, önmagán belül képez egy rendszert.

Ebben az egyszemélyes rendszerben az alkohol, mint tünethordozó jelenik meg. Elfedve a rendszeren belüli problémákat. A homeosztázis fenntartója az alkohol. Így annak kiiktatása a rendszerből komoly problémát jelent az egyén számára (ugyanúgy, ahogy a család számára a tünethordozó családtag felépülése, bármely problémából). Gyakran számolnak be az alkoholbetegek félelmeikről, melyben elmondják, hogy nem tudják, hogy hogyan tudnak majd alkohol nélkül élni. A különböző családterápiás irányzatok részben eltérő betegség- és terápiás elméleteinek egyéni terápiában való alkalmazása lehetőséget nyújt az egyénre szabott terápia megtervezésére, miközben a közös rendszerszemléleti alap biztosít egy általános nyomvonalat.

Egy példával zárnam az absztraktot: az általános rendszerszemlélet minden viselkedésformát kommunikatívnak tekint. A családterápia számára lényeges terápiás technika a kapcsolatrendszer deformáltságát fenntartó kommunikációs minták felismerése és megváltoztatása

Satir négyféle kommunikációs mintát különít el konfliktushelyzetben: 1. engesztelő, békítő, aki egyetért és megpróbál a másik kedvére tenni; 2. vádló, hibáztató: dominál és hibát talál; 3. okoskodó: intellektualizál, aminek a segítségével kívül marad; 4. zavarodott, elterelő: félbeszakít, állandóan jelentéktelen témákról fecseg, így nem vesz tudomást a problémáról, úgy csinál, mintha nem lenne semmi gond. Ezeket érdemes azonosítani!

Ezek a kommunikációs stratégiák megfigyelhetők az alkoholbetegek esetében is, melyek segítségével „sikeresen” tudják távol tartani magukat a probléma/be-tegtségbeletés lehetőségétől.

Előadásomban egy-egy rövid példán keresztül igyekszem bemutatni a rendszerszemlélet-családterápia módszertani megfeleltetését, az egyén – mint rendszer – felvetésem kapcsán.

A cselekményre adott pszichés reakciók vizsgálata életellenes elkövetőknél

Lehoczki Ágnes

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Budapest
lehoczki.agnes@gmail.com

Az emberölési cselekményekre vonatkozóan számtalan elképzelés, klasszifikáció, motivációs tipológia létezik, amelyek mind azzal foglalkoznak, hogy milyen szociológiai és személyiségbeli tényezők, pszichopatológiai folyamatok, interperszonális történések vezetnek el egy életellenes cselekményhez. Azzal kapcsolatosan azonban már jóval kevesebb kutatás áll rendelkezésünkre, hogy az elkövető az emberölést milyen fokú stressznek éli meg, milyen emóciókat él át ennek során, és utána milyen lélektani folyamatokon és változásokon megy át, hogyan viszonyul a cselekményhez. Ezzel kapcsolatos pilot kutatásunkban az érzelmi reakciók differenciálatlansága mellett a fiziológiás reakciók túlsúlya, koncentrációs nehézségek, betörő gondolatok és emlékképek, alvási nehézségek, rémálmok jelentek meg jellemző reakcióként. Felvetődik a kérdés: lehetséges, hogy az emberölési történések, nemcsak a szélesebb értelemben vett áldozatokra van traumatizáló hatással, hanem esetenként az elkövetőre is? Vajon az elkövető hogyan éli meg a cselekményét és az utána következő időszakot? Előadásomban ezekre a kérdésekre keresem a választ az ide vonatkozó szakirodalom, kutatási eredmények, és az életellenes elkövetőkkel folytatott munka tapasztalatain keresztül.

Korlátok és lehetőségek ma Magyarországon a pszichiátriában

Lehoczky Pál¹, Emberi Erőforrás
Minisztériumának képviselője²

¹L+L Pszicho-Építészeti Stúdió Bt., Budapest

²Emberi Erőforrás Minisztérium, Budapest
dr.lehoczkypal@upcmail.hu

A kerekasztal résztvevőinek felkérése mögött is már az a szándék húzódik meg, hogy lehetőség szerint minél szélesebben fogalmazódjanak meg a kérdések és a lehetséges válaszok arra: hogyan zajlik ma Magyarországon az ellátás? Melyek azok a kiemelt területek, amelyek támogatását a korszerű ellátás fenntartása érdekében biztosítani kell? Lesznek-e nyertesei és vesztesei az elkövetkezendő időszak változásainak? Milyen lehetőségek vannak a kutatás, fejlesztés területén? Hol jobb ma Magyarországon dolgozni: vidéken, a fővárosban, fekvőbeteg intézményben, a járóbeteg rendszerben, állami szektorban vagy a magánrendelések keretei között? Fiatalnak vagy időseknek jobbak a lehetőségei? A korlátok vagy a lehetőségek az erősebbek, látványosabbak ma Magyarországon? Mik lehetnek a feladatai a korszerű pszichiátria kialakításában az egyes szereplőknek a minisztériumtól, az MPT-n át a fiatal pályakezdőkig?

Depresszió és temperamentum: ambuláns diabéteszes betegek vizsgálata

Leniczki Csilla, Kecskés István

Psz-Med Bt., Budapest
riverioso@gmail.com

A pszichiátriai és szomatikus betegségek kapcsolatát számos alkalommal tanulmányozták már. A személyiségtipológia fejlődése, a modernkori temperamentum-kutatások eredményei felvetették a személyiségvonások és szomatikus betegségek kapcsolata vizsgálatának igényét is. Vizsgálatunkban a depresszió és a diabétesz kapcsolatát, a diabéteszes betegek depressziójának sajátosságait és a jellemző személyiségvonásokat vizsgáltuk.

Módszer: Diabetológiai ambulancián 102 diabéteszes beteggel vettük fel a Beck Depression Inventory kérdőívet a depressziós tünetek meghatározására és az Akiskal-féle TEMPS-A kérdőívet a temperamentumok vizsgálatára, ezen kívül demográfiai és a diabéteszre vonatkozó kérdéseket tettünk fel.

Eredmények: a BDI alapján a vizsgálati minta 29,5%-a bizonyult depressziósnak. A nők szignifikánsan ($p < 0,02$) depressziósabbnak bizonyultak, mint a férfiak; a nem inzulin-dependens (2-es típusú) cukorbetegség szignifikánsan ($p < 0,01$) több depressziós tünetről számoltak be, mint az inzulin-dependensek, illetve az egyedülálló nők szignifikánsan gyakrabban bizonyultak depressziósnak. Legjelentősebb problémának a szexuális zavar, fáradtság, ingerlékenység, elégedetlenség, munkaképesség csökkenés bizonyult, legkevésbé az önvádásokra, sírásokra és étvágycsökkenésre panaszkodtak. A temperamentumok vizsgálatát illetően eredményeink szerint a diabéteszes minta profilja hasonló az egészséges kontrollokéhoz. A diabéteszes mintán belül vizsgálva a hipertim karaktert kivéve az összes temperamentum szignifikánsan erőteljesebben jelentkezik a depressziós betegek között.

Következtetések: eredményeink megerősítik a depresszió és a diabétesz magas együttes előfordulási arányát, hiszen a hasonló környezetben végzett vizsgálatok eredményei között szórnak (20–50%). A diabétesz megjelenésének nincs módosító hatása a depresszió nemi megoszlására. A diabéteszes betegek depresszióját inkább atípusos tünetek uralják, ami az erős szomatikus betegségtudattal együtt nehezíti depressziójuk felismerését és kezelését. Feltűnő, hogy a vizsgálati mintánkban a BDI pontszámok és a temperamentum skálákon (kivéve hipertim karaktert) kapott pontszámok szignifikáns pozitív együttjárást mutatnak. Ezen összefüggés ok-okozati irányának eldöntése további vizsgálatokat igényel.

Elmém korlátainak elismerése - a bizonytalanság, mint a tolerancia alapja és hajtóereje*Lőke János, Havas László*Szent Borbála Kórház, Tatabánya
lokjan@net.sote.hu

Nemcsak divat, de egyenesen követelmény manapság a toleranciáról beszélni, azt alapvető értéknek kezelni. A szótári értelem szerint a tolerancia türelmesség mások véleménye, főleg vallása iránt. A szó értelmezése mára a vallási türelmen messze túlnőtt – általában a különböző normákhoz való kívánatos viszony egyik alapvetésévé vált.

A gyakorlati értelmezésekben azonban implicite benne van, hogy a toleráló fél valamilyen igazságnak teljes, vagy legalább is „teljesebb” birtokában van, mint az, akit tolerál. Ez a gondolatmenet azonban nem számol azzal, hogy az egyes, egymást toleráló felek a tolerancia szempontjából szimmetrikusak. Amennyiben a szimmetritást szem előtt tartjuk, bizonytalanság és kognitív disszonancia keletkezik. Mindkettő feloldható azzal, ha azt gondoljuk, a másiknak nyilván mégsincs igaza. Feloldható azonban azzal is, hogy feltételezzük: a mi álláspontunk is lehet téves, legalábbis tudásunk lehet hiányos.

Akármelyik következtetésre jutunk, annak hatása van az egymást tolerálandó felek párbeszédére mind a vallás terén, mind a profán jellegű területeken. Amennyiben saját álláspontunk, illetve sajátmagunk bizonytalanságát elfogadjuk, nyilvánvaló, hogy a másik féllel szembeni párbeszéd nyitottabbá válhat. Ugyanakkor egyfajta lélektani veszteség is keletkezhet: amiben bizonytalanok vagyunk, arra nehezebben mozgósítunk lelki – és testi – energiákat.

Az előadás konkrét példákon keresztül igazolja és vezet végig a fenti feltevéseket és azok lehetséges következményeit.

Szakértői vélemények ellentéteinek a feloldása – múlt és jelen.*Magyar Iván György, Haszmann Andrea*Kispesti Egészségügyi Intézet, Pszichiátriai és Addiktológiai
Gondozó, Budapest
mivangy@gmail.com

Az ellentétes szakértői vélemények feloldását a Bíróság számára korábban az ETT IB felülvéleménye tette egyértelműen lehetővé. Az IB megszűnését követően az új ETT ISZT véleménye már csak a szakértői vélemények egyikeként jön szóba, nem felülvélemény. Ezt is csak polgári ügyekben adja az ISZT (büntetőügyekben csak kivételes – elsősorban orvosellenes ügyekben ad véleményt). A tárgyaláson akár számos szakértői munkacsoport próbálja feloldani az ellentéteket, illetve alakít ki kompromisszumot, ha az lehetséges.

Esetismertetésünkben egy – amúgy pszichiáterként dolgozó – bipoláris affektív zavarban szenvedő szerződésköti ügyével kapcsolatosan eljáró ügyvéd esetét ismertettük, aki ellen azért indult eljárás – és azt kérdezte a bíróság –, hogy köteles volt-e felismerni az elmebetegséget. A korábban kirendelt szakértők a szerződéskötinél az ügyei viteléhez szükséges belátási képességet teljes mértékben hiányszónak véleményezték a szerződésköti időpontjában is. Erre alapozva indult az eljárás az ügyvéd ellen. Szakvéleményünkben az amúgy szakemberként is kiváló disszimulációs képességű szerződésköti az ügyei viteléhez szükséges legalább minimális belátási képességet véleményeztük. A feltett kérdésre adott válaszuk: a szerződés megkötésében résztvevő ügyvédnek nem kellett kétséget kizáróan felismernie a fennálló elmebetegséget. Ezzel a megállapítással a korábban eljáró szakértők egyetértettek.

Határok közt korlátlanul

Magyar Iván György, Kaszás Nóra Mária, Balkay László

Kispesti Egészségügyi Intézet, Pszichiátriai és Addiktológiai
Gondozó, Budapest
balkaylaszlo@gmail.com

A Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház
eddig 8 éve a Lipótmezőtől a Forrásházig

Konferenciánk idején határtalan boldogságunkról tudunk beszámolni, hiszen új székhelyünkön, a kispesti Forrásházban működik tovább műhelyünk és színházunk.

Az elmúlt évek során mindig azt hittük, hogy az adott hely, ahol éppen dolgozunk, hosszú távú otthont biztosít, ahol lesz időnk és lehetőségünk szakmailag kibontakozni. Az évek során azonban mindig valahová költözködnünk kellett. Minden egyes költözés után egyre szűkebbé váltak anyagi lehetőségeink. Zavartalan működésünk személyi és tárgyi feltételei nem feltétlenül feleltek meg az elvárható szakmai minimum-feltételeknek. Sokszor éreztük úgy, hogy a működésünket korlátozó tényezők, együttesen, egyfajta gazdasági és szakmai vasfüggönyként vesznek körül bennünket.

De talán éppen ezért is, szakmai kreativitásunk az objektív határok ellenére is szárnyalni kezdett. Olyan megoldásokat kellett keresnünk – és találtunk is! –, amelyek időről-időre átlendítettek bennünket, az utólag már pillanatnyinak tűnő nehézségeken.

Munkánkat mindig úgy végeztük, hogy pácienseink, – akiknek pszichiátriai betegségük miatt eleve korlátozottabbak az anyagi, megélhetési, önérvényesítési lehetőségei – minél kevésbé érezzék ezen nehézségeket.

Olyan módszerekkel dolgozunk, amelyek folyamatosan arra inspirálják közösségünk tagjait, hogy küzdjenek meg a hétköznapi kihívásaival és kellő önbizalommal, önismerettel felvértezve, találjanak maguknak alternatívákat azok megoldásához.

Közös munkánk során azonban azt látjuk, hogy a korlátoknak nemcsak a lehetőségeket gátló, hanem sok esetben azt szabályozó, akár védő funkciója is van, pl. összetartja a közösséget, biztosítja együttélésünk alapvető kereteit.

Workshopunk keretében részben vetített képekkel kísért szakmai előadással, részben pedig a Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház néhány jelenlévő tagjával, egy zenés-irodalmi műsor keretében illusztráljuk szakmai módszerpalettánkat, amellyel immár 8 esztendeje napról napra közös erővel dolgozunk.

Forrásház - Megvalósult álmom

Magyar Iván György¹, Simon Lajos¹,
Sárkány-Balogh Csilla²

¹Kispesti Egészségügyi Intézet, Pszichiátriai és Addiktológiai
Gondozó, Budapest

²Forrásház, Budapest
mivangy@gmail.com

A 2012 novemberében végre megvalósuló Kispesti Forrásház magában foglalja a mentális ellátás teljes egészségügyi és szociális spektrumát és az utóbbi évek sikertörténete a krízisekkel szemben. Egy épületben működik (az emeleten) a Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó és Szakrendelő, a szorosán hozzá kötődő Gyógyító Foglalkoztató Művészetterápiás Műhely és a Tárt Kapu Színház (utóbbi az OPNI V. Osztályán jött létre 2005 februárjában, onnan költözött Kispestre). Ide költözik a Gyermekpszichiátriai szakrendelés is. A földszinti szociális ellátásban családsegítő, szociális segítő szolgálat, (perspektivikusan terápiás és rehabilitációs munkalehetőség is), illetve a munkavállalást ismét lehetővé tételére felkészítő programok, szociális készségeket fejlesztő tréningek lesznek elérhetőek. A bővülő terápiás foglalkozásokat (pl. zeneterápia, biblioterápia, mozgásterápia, kerámiázás) több terapeuta tudja majd segíteni. Az intézmény keretein belül közösségi pszichiátriai ellátás is megvalósul. A szociális nappali ellátás 9–16 óra között elérhető. A Forrásház szolgáltatásainak igénybevétele önkéntes, kérelem benyújtásával. Hosszú távú cél a szakmai program szerint, hogy Kispesten olyan komplex szolgáltatás valósuljon meg, amely a pszichiátriai betegek részére – a szociális izoláció megelőzése, az életvezetési képességek erősítése és az alkalmazkodóképesség javítása mellett – több foglalkoztatási formán keresztül ad lehetőséget a nyílt munkaerőpiac elvárásaira való felkészülésre, a munkavégző-képesség fejlesztésére, a munkaerőpiaci reintegrációra.

A szegénység és adósság mentálhigiénés problémái (Egy training for trainers elvű edukatív programsorozat összegzése)

Majoros Márta

Szerencsés Segítség Alapítvány, Budapest
majorosmarta1@gmail.com

2010. január – 2011. december között Pénzügyi Öngondoskodás címmel szegénység- és adósságkezelési továbbképzés zajlott az ország 11 helyszínén helyi diplomás humánsegítő szakemberek részvételével.

Az program inputjaként az adott terepre irányuló szegénység- és adósság problémakataszter felvétele történt, ennek mentálhigiénés vonatkozásait adjuk közre.

Cél: a mutatózó mentálhigiénés (pszichés-szociálpszichológiai) problémák leírása és értékelése.

Módszer: a helyi szegénység- és adósságprobléma fókuszcsoportos feldolgozása összesen 11 alkalommal, 142 fő humánsegítő szakember részvételével. A résztvevők az elemzési egységekhez-indikátorokhoz dokumentumelemzést (esetelemzést); eü. nyilvántartásokat; eü. statisztikai jelentések összesítését, illetve az eü. (mentálhigiénés) ellátás-szervezés adatait használták.

Eredmények: A szegénység és adósság felőrölte a gondozotti kör értékpreferenciájában kiemelt jelentőséggel bíró biztonságot és az egzisztenciális boldogulás reményét. A jövőnélküliség, kilátástalanság, gyenge motiváltság, identitás-bizonytalanság tünetegyüttese mutatkoznak. Így pl. a fel nem dolgozott veszteségek okozta patológiás gyász (társadalmi veszteségként – a kiszámítható megélhetés elvesztése, kirekesztődés a valódi fogyasztói létből, a „tanult tehetetlenek” esélytelensége, stigma, a morális semlegesség érzésének elvesztése, a megszerzett tudás leértékelődése, a családszerkezet megbomlása, kegyeleti jogfosztottság, kriminális kényszerek); az affektív-neurotikus zavarok; a különböző addikciók (kodependencia/párkapcsolati függőség), nikotin és alkohol („szegénydrogozás”), cyber-függőség, valamint bizonyos szociálpszichológiai eltérések (sztereotípiák, kommunikációs szakadékok, analfabétizmus, szubkultúrák) jelentősége emelhető ki.

Következtetések: Az állandó teljesítmény-, teljesítőkényszer kimutathatóan megbetegítő stresszforrás. A 2013.01.02-től a járásokhoz kerülő szociális döntési szint a gondozottak nagymérvű elbizonytalanodását tovább növeli, a segítő kapcsolat eredményességét biztosító bensőséges kapcsolatrendszer sérül. Miközben a megküzdési képesség célzott, átgondolt fejlesztése, a mentális sérültek pszichoszociális funkcióinak építése alapvető szükséglet, felváltandó a túlélés – a vizsgált terepen is megtapasztalt – meglévő, beszűkült érzelmi copingjait.

Az antipszichotikumok hatásosságának vizsgálata a SCHIZOBANK klinikai adatai alapján, különös tekintettel a kombinációra

Makkos Zoltán¹, Kéri Szabolcs^{2,3}, Fejes Lilla¹,
Bai-Nagy Katalin¹, Nuridsány Eszter¹,
Inczédy-Farkas Gabriella⁴, Barta Alíz¹,
Kassai-Farkas Ákos¹, SCHIZO-08
Konzorcium^{5,6,7,8,9}

¹Nyíró Gyula Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet, Szeged, Országos Pszichiátriai Központ, Budapest,

³Rutgers University, Center for Molecular and Behavioral Neuroscience, Newark, USA

⁴Semmelweis Egyetem, Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete, Budapest

⁵DEOEC, Debrecen

⁶Richter Gedeon Nyrt., Budapest

⁷Magyar Klinikai Neurogenetikai Társaság, Budapest

⁸UD-Genomed Kft., Budapest

⁹Astrid-Research Kft., Budapest

zmakkos@t-online.hu

Bevezetés: Előadásunkban a magyar SCHIZOBANK (szkizofrénia biobank) klinikai adatainak vizsgálata során kapott új eredményekről számolunk be. Osztályunk a közreműködő öt hazai pszichiátriai centrum egyikeként vesz részt a projektben. A SCHIZOBANK projekt célja olyan biomarkerek és eljárások kidolgozása, melyek elősegítik a személyre szabott orvoslás alkalmazását. A SCHIZOBANK projektben a biológiai mintákhoz (DNS és RNS minták) részletes, széles körű klinikai adatgyűjtés is kapcsolódik. A nemzetközi és hazai ajánlások a monoterápiák preferenciáját javasolják, de nem megkerülhető a kombinált terápia helye, indikációja. Vizsgálatunkban ennek alapján elemeztük az antipszichotikum terápiai hatásosságát.

Betegek és módszerek: Beválasztási kritérium volt a 18–60 életév közötti életkor, a szkizofrénia diagnózisa és a hospitalizációt igénylő akut pszichotikus állapot. A betegek klinikai állapotának követése két alkalommal felvett PANSS skála alapján történt. Elemeztük az antipszichotikum terápiai hatásosságát mind a pozitív, negatív és általános tünetek tekintetében. Összehasonlítottuk a mono- és a kombinált terápiai jellegzetességeit a PANSS itemekre lebontva. Vizsgáltuk az adatokat a szkizofrénia populáció-sűrűség hipotézisének szempontjából is.

Eredmények: A vizsgált 327 szkizofrén beteg közül 210 részesült monoterápiában, 104 esetében két antipszichotikum került alkalmazásra. A klinikai állapotjavulást eredményező antipszichotikumok átlagos terápiai dózisa a közepes és maximális értékek között mozogtak. A hatásos kombinált terápiai esetén a N1, N2, N4, N6, G11, G13, G15, G16 tünetek szignifikánsan súlyosabbak voltak a hospitalizációt indokló állapotban, a súlyosabb negatív tüneteket mutató betegek esetében történt kombinált terápia alkalmazása. A pozitív tünetek egyaránt nagyobb mértékben redukálódtak a mono- és kombinált terápiai mellett, mint a PANSS többi tünete. A kombinált terápiai szignifikánsan nagyobb javulást eredményeztek a N1, N4, G13, G16 tünetek esetében.

Következtetés: A vizsgálatban szereplő betegek 64%-a részesült monoterápiában, tehát a centrumok ezen kezelési módot részesítik előnyben. A súlyosabb negatív tüneteket mutató betegek esetében történt kombinált terápia alkalmazása arra utal, hogy elsősorban a negatív tünetek súlyossága határozza meg, hogy kombinált terápiát alkalmazunk-e. Az eredmények azt sugallják, hogy kombinált terápia alkalmazása azon betegeknél indokolt, akiknél súlyos negatív tünetek állnak fenn.

Árok vagy mezsgye? A kibontakozó felnőttkor patológiás és kezelési sajátosságai

Mangel Berény, Csáky-Pallavicini Krisztina, Boros Edit, Görbe Katalin, Milák Pirooska, Horváth Klára, Harmatta János, Petrowszki Irén

OORI Tündérhegy, Budapest
milakpiroska@freemail.hu

Az elmúlt évtizedekben jelentősen megváltozott a felnőtté válás folyamata. Míg *Erikson* még a kamaszkor végéhez kötötte a felnőtté válást megelőző normatív krízist, addig *Jeffrey Arnett* úgy véli, hogy mára a kamasz- és a fiatal felnőttkor közé egy mindkettőtől elkülönülő korszak ékelődik: a kibontakozó felnőttkor (emerging adulthood). Ez az életszakasz, amelyet ő a 18. és a 29. életév közé helyez, mind fejlődési feladataiban, mind veszélyeiben elkülönül a másik két korszaktól. *Arnett és munkatársai* úgy találták, hogy a kibontakozó felnőttkor fokozott kockázatot jelent a pszichiátriai problémák tekintetében is. *Kessler és Merikangas* arról számoltak be, hogy a kibontakozó felnőttkorban lévők 50 %-ánál találtak legalább egy pszichiátriai zavart. Egyfelől, számos pszichiátriai probléma éppen ebben az életszakaszban jelenik meg, másfelől, a korábban kialakult problémák is gyakran ebben a korban válnak klinikailag relevánssá. Ezek a kórképek, problémák megnehezítik az érintetteknek, hogy elérjék azokat a célokat, amelyek ehhez az életszakaszhoz kötöttek, és továbbléphessenek a fiatal felnőttkorba.

A kibontakozó felnőttkor, mint fejlődési korszak, hazánkban – az ismert társadalmi folyamatok hatására – némileg később jelent meg, mint a nyugati országokban. Pszichoterápiás osztályunkon magunk is tapasztaljuk, hogy – eltérően attól, ahogyan a korábbiakban jellemző volt – számos olyan páciens jelenik meg, akik kiléptek a kamaszkorból, de életvezetésük nem felel meg a klasszikus értelemben vett fiatal felnőtt működésnek. Ezeknek a pácienseknek az esetében az életkor sajátosságai miatt sajátos szempontok is érvényesülnek mind a problémák megítélésében, mind a terápiás célkitűzésekben. Diagnosztikus nehézségekkel is szembe kell néznünk: ezek a páciensek gyakran mutatják különböző személyiségzavarok tüneteit, borderline, dependens, vagy pszichopátiás vonásokat észlelünk, sokszor pszichotikusan dekompenzálódnak. Ilyenkor azt is el kell döntenünk, hogy személyiségzavar szintű problematikáról, esetleg pszichotikus processzusról, vagy a kibontakozó felnőttkor jellegzetes problémáiról van szó, mindezt az első diagnózis felállításának felelősségével.

Workshopunkban a kibontakozó felnőttkor sajátosságaival foglalkozunk, részben elméleti szempontból, részben esetpéldákon keresztül.

Autizmussal élő személyek pszichokatívyszerhasználat

Marjai Kamilla Diána¹, Gerevich József²

¹ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest

²Addiktológiai Kutató Intézet, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
marjaikamilla@gmail.com

Háttér: Az autizmus spektrum zavarról (a továbbiakban ASD) szerzett ismereteink az elmúlt évtizedekben rohamosan gyarapodtak. Az első leírások *Leo Kanner* és *Hans Asperger* tollából származnak a negyvenes évekből egy olyan szindrómáról, amelyről ma már tudjuk, hogy eltéréseit és a fokozatosságot tekintve széles spektrumon helyezhető el. Autista triász néven ismert a tünetegyüttes, mely eltérésekre utal az alábbi területeken: a társas viselkedés, a kommunikáció és a viselkedésszervezés rugalmassága. Az utóbbi években kerültek reflektorfénybe az autizmus és addikció közötti összefüggések.

Célok: Jelen szakirodalmi áttekintés azt tűzte ki célul, hogy az ASD és addiktív kórképek közötti összefüggések szakirodalmi adatainak feldolgozásával kijelölje azokat a hazai kutatási irányokat, amelyek kiindulási alapot szolgáltatnak egy átfogó interdiszciplináris kutatásnak.

Módszer: A dokumentumok összegyűjtése, kiválasztása és feldolgozása a PubMed, a PsychInfo és a Libgen adatbázisokól történt. A feldolgozás az alábbi tárgyköröket érintette: a két zavar spektrum közötti összefonódások természete; a biológiai és pszichoszociális háttértényezők, a komorbiditás lehetséges következményei, prevenció és intervenció vonatkozások.

Eredmények: Elméleti megfontolások alapján az ASD számos tünete tekinthető rizikótényezőnek addiktológiai zavarok kialakulásában. Ide sorolható a szociális izoláció jelensége, az ingerekkel szemben tanúsított hipo- vagy hiperszenzitivitás, illetve az ASD-hez nagy arányban társuló elakadás az értelmi fejlődésben, amennyiben iskolai kudarcokat eredményez. *Ornitz és Ritvo* az ASD-vel összefüggésben az ingerszabályozás zavarát hangsúlyozta, valamint az elégtelen és túlzott izgalmi szint (underarousal, overarousal) jelenségét, mely az addiktológiai szakirodalomban leginkább az újdonságkeresés, illetve szenzációkeresés fogalmaival van összhangban. A hazai kutatás szempontjából legfigyelemreméltóbb összefüggések az agresszivitással, impulzivitással, bullyinggel és ADHD-vel kapcsolatos eddigi megfigyelésekkel kapcsolatban kerültek elő, amelyek további vizsgálatokat sürgetnek.

Az igazság és annak ügye

Markos Valéria

Vác Jávorszky Ödön Kórház Pszichiátria Osztály, Vác
valeszm@gmail.com

A jogszabályok ismerete és annak megfelelő módon való működés, mindannyiunk feladata.

Az igazságügyi kérdés leginkább a beszámíthatóság, belátási képesség, kényszergyógykezelés és bizonyos fokú jogi korlátozások szempontjából vetődik fel. Ez egy nagyon fontos kérdés, ugyanis ideiglenesen, vagy pedig tartósan előfordulhat, hogy betegségek, vagy pedig nem betegségnek számító elváltozások (pl. öregség, mentális retardációk stb.) nagy mértékben korlátozzák, vagy teljesen meg is szüntetik a belátási képességet és a beszámíthatóságot.

Rövid előadásomban egy másik szempontból is igyekszem a jogszabályok mögött rejlő emberi történeteket megmutatni, és esetlegesen közös elmélkedést, eszmecserét indítani. A teljesség igénye nélkül elemzem a köztudatban, és a jogalkotókban és a jogszabályt alkalmazókban felvetődő kérdéseket, elképzeléseket. Részint szeretnék rámutatni azokra a pontokra, ahol a jogi végzettségű szakemberek és az egészségügyben dolgozók másként vélekednek az adott szabályozásról.

Az előadás részben érinti a korlátozással kapcsolatos kérdéseket, és annak fonákságait.

Másrészt viszont szeretném az egészségügyi dolgozókra/orvosokra vonatkozó egészségügyi törvények egy részét boncolgatni, és ennek a határait keresni.

Ehhez kitérek „Ne árts!” ősi alaptétel és a „legköribb tekintőbb gondosság, pontosság” kérdéseire is.

Mіндеzt egy esetbemutatáson – ami jogi kérdésekben bővelkedik – keresztül teszem meg.

A „COOL-élés törvényei” – egy serdülőkori szociális készségfejlesztő tréning megvalósíthatóságának pilot vizsgálata

Marossy Zsófia, Gregó Enikő, Garas Péter, Kellner-Póta Beáta, Kollár Kristóf, Mészáros Gergely, Nagy Péter, Gáboros Júlia

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest
marossyzsofi@gmail.com

Háttér: A kamaszkorba lépő gyermekek kortárskapcsolati konfliktusai és esetleges bántalmazása, izolációja, alapvető jelentőséggel bírhat számos szomatikus és emocionális probléma kialakulásában. Ezek kezelése során a kognitív viselkedés-terápia mellett egyre inkább szükségesnek tűnik az alapvető szociális készségek célzott fejlesztése is, amelynek segítségével a serdülők hatékonyabbá válhatnak a kezdeményezés, kommunikáció, önvédelem és problémamegoldás terén.

Hipotézis: Előadásunk célja egy kamaszok számára kidolgozott szociális készségfejlesztő csoportmódszer bemutatása. A szociális készség deficit, szociális szorongás mellett depresszió előfordulása gyakoribb. A szülők gyermekeik kapcsolati és proszociális készségeinek értékelésekor több eltérést észlelnek.

Módszer: Csoportunknak a fiatalok könnyebb megszólítása érdekében a „COOL-élés törvényei” nevet választottuk. Célcsoportunk a szorongásos panaszokkal küzdő 10–17 év közöttiek. A program során napi 2 csoportot tartunk, 5 napon keresztül. A csoportok 6–8 főből állnak, amelyen a gyermekek mellett az osztályorvos, pszichológusa és részlegvezető foglalkoztatója vesz részt. A csoport kórházi osztályos felvételi keretében valósul meg a Vadaskert Kórházban. A résztvevőket Gyermek Depresszió (GYD) és SDQ kérdőív kitöltésére kérjük, szülői SDQ-t is felvettünk. A szociális készségfejlesztő program interaktív, vizuális, dramatikus elemeket használ. Az egyes készségek biztos elsajátításához 4 modulba épített feladat és játékkészlet nyújt segítséget. A csoportmódszert eddig 5 alkalommal, összesen 28 résztvevővel vizsgáltuk.

Eredmények: A vizsgált klinikai populáció 28%-ában mértünk küszöb feletti GYD értéket. A szülői és gyermeki SDQ kapcsolati skálájának átlageredménye alapján, az értékelés gyermekeknél határérték felé (3,93), szülőknél kóros tartomány(4,86) felé mutat tendenciát.

Megbeszélés: Tapasztalataink alapján a módszer a célcsoporttal elvégezhető, élményt ad, aktív bevonódást vár el. A megcélzott készségek direkt fejlesztését, katarzisélményt, modellálást nyújt, ami a szociális szorongás csökkentésének hatékony kiegészítője lehet. További célunk az elkövetkező csoportokon további pszichológiai mérőskálák segítségével hangulati, szorongásos tünetek és proszocialitás mérése, kellő számú résztvevőt követően a módszer hatékonyságának statisztikai elemzése. Az így kapott eredményeinkről a későbbiekben beszámolni is tervezzük.

A nikotin és az alkohol együttes használatának összefüggései a fizikai agresszióval és az ADHD tüneteivel magyar serdülők körében

Matuszka Balázs^{1,2}, Bácskai Erika², Egri Tímea³, Gerevich József^{3,2}

¹Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Piliscsaba

²Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
matuszka.balazs@gmail.com

Cél: A fizikai agresszió és az ADHD tüneteinek vizsgálata az alkohol és a dohány együttes használatának függvényében 15 éves serdülők körében.

Módszer: Az iskolai agresszió háttértényezőinek feltárására irányuló keresztmetszeti kutatást a kilencedik évfolyamba járó tanulók körében végeztük. A felmérés 944 tanuló részvételével zajlott Budapesten. A mintavételi keret az állami vagy önkormányzati fenntartású iskolák képezték, melyből szisztematikus, rétegzett mintavétellel választottuk ki a résztvevő osztályokat. A kutatási minta a vizsgált iskolatípusok (gimnázium (n=373), szakközépiskola (n=410), szakiskola (n=161) tekintetében reprezentatívnak tekinthető. Jelen vizsgálat során a következő mérőeszközöket használtuk: A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (AQ) Fizikai Agresszió Alskála, a Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála, a Junior Temperamentum és Karakter Kérdőív Újdonságkeresés Alskála, valamint az EuroADAD dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos tételei.

Eredmények: A dohányzás és az alkoholfogyasztás súlyosságát a legfrissebb CDC definíciók alapján határoztuk meg. Eszerint a diákok 29,5%-a volt jelenlegi dohányos, míg 41,4%-a jelenlegi ivó. A két szer jelenlegi együttes fogyasztása a tanulók 21,6%-ánál volt megállapítható. A tanulmányi eredményre kontrollált Általános Lineáris Modell (GLM) elemzés kimutatta, hogy a jelenlegi alkoholfogyasztás és dohányzás szignifikáns magyarázó változója volt mind a fizikai agresszióknak, mind pedig az ADHD tüneteinek. Az agresszió és ADHD pontszám a jelenlegi dohányzó és egyidejűleg alkoholt fogyasztó fiataloknál volt a legmagasabb. A fizikai agresszió pontszáma önmagában leginkább a jelenlegi dohányzás főhatásával ($p < 0,001$) és a jelenlegi dohányzás és a jelenlegi alkoholvás főhatásának interakciójával ($p = 0,041$) függött össze. Az ADHD pontszám esetén a két főhatás interakciója nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét, de nominális különbség mutatkozott a két szer az elmúlt 30 nap során nem használó és a jelenlegi használók között (12,6 és 18,07).

Következtetések: A két szer együttes használatának prevalenciája jelentősnek tekinthető. A szerek jelenlegi együttes használata és a fizikai agresszió között jelentős összefüggés volt kimutatható, ezért eredményeink arra utalnak, hogy a dohányzás és az egyéb szenvedély-szer-prevenációs programoknak tartalmazniuk kellene az iskolai erőszak kezelésének lehetséges stratégiáit.

Evészavar kontra testedzésfüggőség. Lelki gondok a fitnessteremben

Menczel Zsuzsa¹, Kovács Eszter², Demetrovics Zsolt³

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
menczel.zsuzsa@gmail.com

Bevezetés: A testedzésfüggőség, olyan zavar, melyet a túlzott, a testi, lelki egészségre káros mértékű sporttevékenység jellemez, s amely szoros együtt járást mutat az evészavarokkal.

Célkitűzések: Jelen vizsgálat a fitnesstermeket látogatók pszichés státuszát, evészavarait és testedzésfüggőségét célozta felmérni.

Módszer: Az adatfelvétel 2010-ben, 32 budapesti fitnessteremben zajlott (n=1745). A végleges mintában az az 1439 fő szerepelt, akiknél nem volt azonosítható evészavar. A nők aránya 54,6%, az átlagéletkoruk 32 év (szórás=8,4). A kérdőívben két testedzésfüggőséget mérő kérdőívet használtunk (Testedzésfüggőség Skála, EDS; Testedzés Addikció Kérdőív, EAI).

Eredmények: A résztvevők 30,5%-a heti két, 26,5%-a heti három alkalommal sportol. A versenyszerűen sportolók aránya 6,5% mintánkban. A megkérdezettek 65,6%-a előnyben részesíti a kardio típusú órákat, emellett 56,3% azok aránya, akik elsősorban az alakformáló órákat látogatják. Az EDS segítségével megállapítottuk, hogy a testedzésfüggők aránya 2,2%, míg a veszélyeztetettek aránya 69,3%. Az EAI skála esetében a testedzésfüggők aránya 7%.

Konklúzió: Eredményeink szerint a testedzésfüggőség előfordulása a vizsgált populációban jelentősen meghaladja az átlagnépességben mérhető prevalenciát. A résztvevők közel háromnegyede ráadásul a veszélyeztetett kategóriába került, ami különösen hangsúlyossá teszi a megelőzés fontosságát annak érdekében, hogy a szabad időben és önként vállalt sporttevékenység ne váljék ártalmas tényezővé az egyén életében.

Fiatal szkizofrén betegek kognitív pszichoterápiája

Mersich Beatrix, Bitter István

SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
bmersich@yahoo.com

Az elmúlt évtizedek pszichiátriai kutatásai világossá tették, hogy a súlyos, pszichotikus mentális zavarban szenvedő páciensek számára a farmakoterápiás kezeléssel mellett nyújtott komplex pszichoszociális, pszichoterápiás rehabilitációs kezelések javítják a terápiás együttműködést, növelik a remisszióban töltött időtartamot, csökkentik a relapszusok számát.

Különösen fontos, hogy a fiatal, első epizód utáni pácienseknek komplex kezelést tudjunk nyújtani a minél sikeresebb reintegrálódás érdekében.

A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján 2012 őszétől kognitív pszichoterápiás csoportot indítottunk első epizód utáni fiatal szkizofrén betegek számára. A kognitív terápia pszichotikus betegeknek használt változata elsősorban a betegek által elmondottak normalizálására, az átélt élményekre adott alternatív magyarázatkeresésre, félelmek dekatasztrófizálására épül, valamint segít alternatív viselkedésmódok kipróbálásában, a maladaptív viselkedéses és kognitív válaszok módosításában, valamint metakognitív változtatási stratégiákat is használ pl. a gondolkodási kontroll változtatása, pozitív és negatív tünetekről alkotott hiedelmek változtatása.

A kognitív csoportos és egyéni terápia mellett a betegek művészetterápián, szociális készségfejlesztésen, kommunikációs gyakorlatokon és sportfoglalkozásokon is részt vesznek.

A kezdeti tapasztalataink – összhangban a nemzetközi eredményekkel – azt mutatják, hogy a szkizofrén betegeknek nyújtott kognitív terápia segít nekik a tünetek felismerésében, megértésében, ezáltal csökkenti a betegség által okozott stresszt, és javítja a terápiás együttműködést.

Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban

Merza Katalin¹, Harmatta János², Papp Gábor³, Kuritárné Szabó Ildikó¹

¹DE OEC Népegészségügyi Kar Magatartástudományi Intézet, Debrecen

²Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Osztály, Budapest

³Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet, Debrecen
merza.katalin@sph.unideb.hu

Háttér: A borderline személyiségzavar etiológiájában a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizációnak fontos szerepe van, a páciensek 81%-a számol be gyermekkorában átélt traumáról. Empirikus vizsgálatok jellemző együttjárást mutattak ki a gyermekkori traumatikus élmények és a borderline személyiségzavar súlyossága, valamint számos tünet, közöttük a disszociáció, az öngyilkos és az önsértő viselkedés között.

Az előadás, mely egy nagyobb kutatás része, a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek körében előforduló disszociatív jelenségeknek, az önsértések és szuicid kísérletek jellegzetességeinek, valamint a háttérükben álló gyermekkori traumatikus élményeknek a feltárását ismerteti.

Módszer: A vizsgálati mintát hospitalizált, borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciensek (N=59) vs. depressziós kontrollszemélyek (N=52) alkották. A gyermekkori traumatikus élményeket a TAQ és ETI kérdőívvel tártuk fel, az önsértő és öngyilkossági viselkedés felmérésére az OSI kérdőívet, a disszociáció felmérésére a DISQ-H kérdőívet alkalmaztuk.

Eredmények: A depressziós kontrollcsoporthoz viszonyítva a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek élettörténetében szignifikánsan gyakoribb volt a gyermekkori traumatizáció, a borderline betegek több önsértésről és súlyosabb disszociatív tünetekről számoltak be. A szexuális abúzust elszenvedett és a nem abuzált borderline betegeket összehasonlítva, az abúzustörténettel rendelkezők körében gyakoribb volt az önsértő viselkedés és a disszociáció, valamint a szexuális abúzus súlyosabb borderline pszichopatológiával járt együtt.

Konklúzió: Tudomásunk szerint magyar mintán ilyen típusú vizsgálat még nem történt. Eredményeink szerint a gyermekkori szexuális abúzus a hazai mintában jóval ritkább, mint a külföldi, elsősorban amerikai kutatásokban. Az önsértések gyakoriságának, valamint a disszociáció és a pszichopatológia súlyosságának szempontjából nem az abúzus megtörténte/hiánya, hanem az abúzus súlyossági paraméterei jelentősek.

Tartalomlemezés a telemedicinában

Mezei Ágnes¹, Fritz Adorján¹, Ehmann Bea², Güleç Hayriye¹, Túry Ferenc¹

¹Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²MTA Pszichológiai Kutatóintézete, Budapest
mezei.agnes.psych@gmail.com

A hagyományos orvosi ellátás mellett az elmúlt évtizedben egyre szélesebb körben terjed el a telemedicina is: a telekommunikációs eszközök megelőzésben, gyógyításban és utánkövetésben való alkalmazása. Az interneten előforduló írott szövegek (fórum, e-mail, chat) igen alkalmasak tartalomlemezésre. Az elmúlt években csupán néhány kutatás foglalkozott ilyen szövegek tartalomlemezésével különböző módszerek és szoftverek alkalmazásával. Az előadásban ezeket a módszereket mutatjuk be irodalmi áttekintés formájában.

Az egyik tanulmány egy e-mailos utókezelés eredményeit foglalja össze. A kórházi ellátást követően az érzelme-, személyiség-, viselkedés- és neurotikus zavarral kezelt résztvevőknek kevesebb tünettől kellett megküzdeniük, s a társas beilleszkedés is könnyebb volt, mint olyan betegek esetében, akik nem vettek részt ilyen támogatásban. Néhány tanulmány arról számol be, hogy a tematikus chatek és fórumok résztvevői jelentős társas támogatást érzékeltek a csoporttól, és akik a kérdőíves mérések alapján profitáltak a csoportból, azok jelentősen több pozitív és kevesebb negatív jelentésű szót használtak a kommunikációjukban. Egy közlemény arra világít rá, hogy rákos betegek chates támogató csoportjában magas a komfortérzet, s a tagok könnyebben tudnak egyébként nehezen kifejezhető érzelmekről beszámolni, és a csoport többi tagjába vetett bizalmuk is nő. Érdekes nemi különbségekre is vannak adatok: egy kutatás szerint a nők inkább társas és érzelmi támogatást, míg a férfiak információt keresnek interneten. Vizsgálták az anorexiás szubkultúrát jelentő Pro-ana weboldalak és anorexiából kigyógyuló nők írott szövegeinek hasonlóságait és eltéréseit is, és fény derült arra, hogy a Pro-ana oldalakon több a pozitív, a jelen idejű és az evésre utaló szó, míg kevesebb a szorongást kifejező, kognitív folyamatokra, az önmagukra, a halálra utaló szó. Egy másik tanulmány evészavarral kezelt páciensek utókezelésben részt vevő csoportját és egy ilyen támogatást nem kapó csoportot összehasonlítva azt az eredményt kapta, hogy a folyamatos figyelem szignifikáns növekedést eredményezett a testsúlyban.

Az eddigi adatok alapján a telemedicinális írott szövegek tartalomlemezése előrelépést jelenthet a terápiás folyamat irányának, illetve a prognózis meghatározásában, különös tekintettel az evészavarokra.

Az egészség önértékelése és a kognitív érzelmeszabályozó stratégiák kapcsolatának vizsgálataMiklósi Mónika^{1,2}, Martos Tamás³, Kocsis-Bogár Krisztina^{1,4}, Perczel Forintos Dóra⁴¹Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest²Heim Pál Gyermekkórház, Budapest³Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet, Budapest⁴Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

miklosi.monika@gmail.com

Bevezetés: Az egészség önértékelése (self-rated health; SRH) mint globális egészségindikátor, a kutatások szerint szoros összefüggést mutat az életminőséggel és a mortalitás rizikójával. Bár számos tanulmány foglalkozik a negatív érzelmi állapotok és az egészség önértékelése közötti kapcsolattal, az érzelme szabályozásában szerepet játszó kognitív folyamatok szerepét mindeddig nem vizsgálták. Jelen tanulmány célja a kognitív érzelmeszabályozó mechanizmusok és az egészség önbecslése közötti kapcsolat vizsgálata volt.

Minta és módszer: 257 egyetemi hallható válaszolta meg egy 4-fokú Likert skálán az egészség szubjektív becslésére vonatkozó kérdésünket („Korosztályához viszonyítva milyennek találja egészségi állapotát?”) és töltötte ki a Kognitív Érzelme-Reguláció Kérdőívet. Logisztikus regresszió-elemzéssel vizsgáltuk az egészség önbecslése (jó/nagyon jó vs. kielégítő/rossz) és az érzelmeszabályozó stratégiák (önvád, rumináció, katasztrófizálás, mások hibáztatása, elfogadás, pozitív fókuszváltás, tervezés, átértékelés) kapcsolatát. Elemzésünkbe a vizsgálati személyek nemét, életkorát, szocio-ökonómiai státuszát kontrollváltozóként vettük be.

Eredmények: Az egészség önbecslése szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a tervezés (OR=1,19 p=.02) és a pozitív átértékelés (OR=1,15 p=0,04) használatával. Szignifikáns negatív összefüggést találtunk azonban az egészség önbecslése és a katasztrófizálás (OR=0,82 p=0,02) gyakori alkalmazása között.

Következtetések: Az érzelme szabályozásában szerepet játszó kognitív folyamatok összefüggést mutatnak az egészség szubjektív becslésével. Ezen kognitív tényezők terápiás módosítása fontos szerepet játszhat a prevencióban.

Kognitív tényezők és a stresszre adott reakciók összefüggéseinek vizsgálata hospitalizált gyermekek szüleibenMiklósi Mónika¹, Galambosi Elvira², Perczel Forintos Dóra³¹Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest²Heim Pál Gyermekkórház és Rendelőintézet, Budapest³Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

miklosi.monika@gmail.com

Bevezető: Kórházban kezelt gyermekek szüleinek a stresszre adott reakciói a vizsgálatok szerint befolyásolják a compliance-t, az ellátással való elégedettséget, valamint a szülő és a gyermek hosszú távú alkalmazkodását. A stresszre adott válaszban szerepet játszó kognitív faktorok, mint módosítható háttértényezők vizsgálata ezért elengedhetetlenül fontos. Célunk a kognitív érzelmeszabályozó mechanizmusok és az észlelt szülői hatékonyság szerepének vizsgálata volt a stresszre adott reakcióban, hospitalizált gyermekek szüleinek körében.

Minta és módszer: Tervezett műtéti beavatkozás miatt a Heim Pál Kórházba felvett gyermekek szülei (n=114) töltöttek ki egy kérdőívcsomagot a hospitalizációt megelőzően, mely demográfiai jellemzők mellett a szülő által alkalmazott kognitív érzelmeszabályozó mechanizmusokat és az észlelt szülői hatékonyságot vizsgálta. A műtét után 1–6 órával önkitöltő kérdőívvel mértük a szülő szorongásának szintjét.

Eredmények: Többszörös lineáris regresszió-elemzéssel vizsgálva az észlelt szülői hatékonyság ($\beta=-0,263$ p=0,006), a nem-adaptív kognitív érzelmeszabályozó stratégiák (önvád, rumináció, katasztrófizálás, mások hibáztatása) alkalmazása ($\beta=0,222$ p=0,018), valamint a két független változó interakciója ($\beta=0,256$ p=0,007) a szorongás szignifikáns prediktorának bizonyult.

Következtetések: A szülői kognícióknak fontos szerepe van a szülők stresszre adott reakcióiban. Ezek felmérése és módosítása elengedhetetlen a gyermek betegségéhez, kórházi kezeléséhez való sikeres alkalmazkodásban.

Szakmai közösség reflektív térben

Milák Piroska¹, Gál Béla², Kavetzky Péter², Terenyi Zoltán³

¹OORI Pszichoterápiás és Pszichoszomatikus Rehab. Osztály

²magánpraxis

³Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum

milakpiroska@freemail.hu

A workshop annak a projektnek az egyik eleme, amelynek keretében csoportozásban jártas szakemberekből álló 4 fős team az MPT vándorgyűlésének részeként szakmai nagycsoportot hoz létre. A rendezvény időtartama alatt 3 nagycsoportot szervezünk – ez elegendő ahhoz, hogy a nagycsoportokon átívelő folyamat is érzékelhető legyen.

A szakmai nagycsoport szabad verbális kapcsolódáson és a résztvevők azonos pozícióján alapuló, vezetett, nem strukturált csoport. A kötetlen tematika lehetővé teszi, hogy a témák széles skálája megközelíthető legyen: a személyestől az általános társadalmi szintig terjedhet a jelenidőben érvényes konferencia-közeggel mint realitás háttérrel.

A személyesség a szakmai nagycsoport esetében elsősorban az úgynevezett szakmai személyiség/identitás szintjén jelenik meg. A szakmai nagycsoport a nyilvánosságot jelenti, egyfajta agora szerepét tölti be, ahol a csoportkeretek sajátos funkciókat biztosítanak.

A szakmai nagycsoport több funkciót szolgálhat: megadhatja egy sajátos közegben való szakmai találkozás élményét, lehetőséget teremt a rendezvény egészére történő reflektálásra, a rendezvény különböző szinterein szerzett tapasztalatok megosztására, integrálására és a szakmai közösség belső nyilvánosságának egyedi lehetősége.

A résztvevők számára a „közönség/hallgatóság” státuszánál intenzívebben adhatja a személyes jelenlét élményét és ezen keresztül a szakmához való viszony, a saját szakmai identitás átgondolására nyújt mással nem helyettesíthető lehetőséget. Ezek az alkalmak a résztvevők, pszichiátriában dolgozó szakemberek számára a szakmai szocializáció fontos szinterei. Számos kolléga ilyen szakmai fórumokon találkozik ezzel a csoportformával, és ezek az alkalmak adnak indítást arra, hogy a munkahelyükön, osztályos közegükben elkezdjék alkalmazni, beépíteni a nagycsoportot.

A workshop a szakmai nagycsoport elméleti háttérrel és az aktuálisan megvalósuló nagycsoport-ülésekből kiindulva kognitív szintű feldolgozást – reflexiót a reflexióra – tesz lehetővé, ilyen módon kiteljesítve a résztvevők számára a szakmai szocializációs és tanulási funkciót.

Egészség-szocializáció szerepe a rehabilitációban

Móré E. Csaba

Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagyálló
morecsaba@kallokorhaz.hu

Mi az emberi fejlődés célja?

A felvilágosodás eszméinek hatására a tudományos, gazdasági fejlődés lett a cél. Feltételezték, hogy a fokozódó „jólét” a „jól-lét” jelentős javulásával fog együtt járni. A gazdaság egy bizonyos jóléti szintjéig valóban javul az emberek „jól-léte”, afölött már nem.

A fejlődés központjában az emberi psziché erősségeinek, az érett személyiség támogatásának kellene állnia, az egészségnek = biopszichoszocio(spirituális) egészségnek.

A szerző a szocializáció, majd az egészség és a rehabilitáció összefüggéseinek, egymást segítő tevékenységeinek bemutatásával folytatja. Az egészségre nevelés célja az egészségkultúráltság kialakítása.

A szocializáció folyamatában a biológiai egyedből társadalmi lény alakul ki (érett individuum), melynek során az egyén internalizálja közvetlen környezete kultúráját.

A pszichiátriai rehabilitáció nem a sérülés révén keletkezett veszteségre, hanem a meglévő/ megmaradt kapacitásokra koncentrálnak.

Arra törekszik, hogy mozgósítsa a sérült latens erőit, melyeknek jelentős szerep jut a fogyatékoság kompenzációjában.

A gyakorlati rehabilitációt team-munkának tekinti, melyben különböző típusú szakemberek tevékenykednek.

A rehabilitációt folyamatként fogja fel, melyben egy időben jelen van minden lehetséges hatótényező, így a rehabilitációt csak akkor tekinti befejezettnek (teljesnek), ha a sérültet eljuttatja a társadalmi adaptációig.

A szerző ezen részek összefüggéseit, téziseit vázolja fel előadásában.

Döntés, kockázat- és felelősségvállalás a szorongásos zavarok patomechanizmusában

Mórotz Kenéz

EI-TEAM Humán Szolgáltató BT, Budapest
postmaster@euteam.t-online.hu

Az emberi lét egyik megkerülhetetlen jellemzője, hogy döntéseink meghozatalában sem teljes szabadságot, sem teljes, rajtunk kívül álló determinációkat nem élhetünk meg. Választanunk és döntenünk azonban kell, „szabodon”, s e döntés teljes felelőssége áll az egyik oldalon, szemben a 100%-ig nem befolyásolható, ismeretlen tényezők által is befolyásolt kimenettel, a jövővel. E folyamat szükségszerűen involválja a kockázatvállalást, s egyben természetessé teszi a törekvést ennek a kockázatnak az optimalizálására. Szorongásos betegeknél a kimenettel kapcsolatos kockázat félelme olyan mértékűvé válik, hogy a beteg a szubjektumtól független, külső döntési kritériumokat és algoritmusokat keres (számok, időpontok egyúttállások stb.), amelyeknek az a funkciója, hogy megszabaduljon a személyes felelősségvállalás rémétől. A műhelyfoglalkozás során e folyamat jellemzőit és a korrekciós lehetőségeket esettanulmányok segítségével elemezzük.

The European Mental Health Action Plan

Muijen, Matt

WHO Regional Office for Europe
mfm@euro.who.int

During the last few years the economic crisis has focused attention on the dual need to protect the wellbeing of the population and safeguard the care and treatment of people with mental disorders. Many countries are facing budget cuts, resulting in higher rates of unemployment, which is associated with depression and suicide. Countries are also committed to reform in mental health. This commitment is attributable to a combination of obsolete institutional forms of care, awareness of modern and effective forms of treatment, concerns about human rights and a stronger voice of advocacy groups.

But countries are facing a number of health priorities. At the top of the international agenda are non communicable diseases and their risk factors such as obesity, alcohol and smoking. However, NCDs and mental disorders interact, and there is no health without mental health.

This combination of factors is raising the priority of mental health, and in response the WHO Regional Office for Europe is drafting the European Mental Health Action Plan, outlining strategic objectives to address the need for effective and efficient mental health promotion and for the prevention and treatment of mental disorders. The European Action Plan is developed in close cooperation with the Global Action Plan.

The Action Plan proposes a model that builds on the interactions between social determinants, mental wellbeing, vulnerability to risk factors, prevalence of NCDs and access to health services, which in turn determine quality of life, functioning and productivity. Mental disorders and mental health services interact with all these factors, affected by stigma and discrimination.

The European Mental Health Action Plan puts forward actions that have the potential to improve wellbeing of populations and access and quality of services. Particular emphasis is given to the point that service structure, however excellent, is necessary but on its own insufficient. Safety, effectiveness and absence of stigma as experienced by patients and their families will determine acceptability and outcome of care.

This is an important time to advocate for sustained investment in mental health care. In order for this to be successful, associations and organizations need to stand together, agreeing on principles and priorities in mental health care. The European Action Plan offers a platform for such consensus.

Titokzatos némaság - felnőttkori mutizmus a kombinált terápia tükrében

Nagy Andrea, Tullner Gabriella

Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagykálló
eagi@kallokorhaz.hu

A mutizmus (latin: mutitas némaság) egy olyan kommunikációs zavar, amiben az érintett személy csak egyes személyekhez, vagy senkihez sem beszél, és ez nem megszüntethető halláskárosodással, vagy beszédzavarral. Két típusa van: az elektív vagy szelektív mutizmus, és a totális mutizmus. Totális mutizmusban az érintett elvben tud beszélni, de gyakorlatilag nem, vagy csak szuttogni tud. A szelektív mutista rendszerint csak a családi és baráti körben tud beszélni, de ha úgy érzi, hogy más is hallja, akkor elnémul. Szakirodalomban talált adatok szerint gyermekkorban is ritkán előforduló zavar (szelektív mutizmus 10000 gyerekből 5–8 esetben fordul elő), felnőttkori megjelenéséről szinte alig hallhatunk, szórványosan találunk erre utalást. Hátterében téveszmék által meghatározott viselkedés állhat pszichotikus körkép keretén belül, de pszichogén tényezőket is valószínűsíthetünk – ambivalens szülői viszonyulásmód, pszichotraumák.

Poszterünkön egy jelenleg is kezelés alatt álló totális mutizmus tüneteit mutató fiatal férfibetegünk esetét szeretnénk prezentálni. Első kórházi felvételére mater kíséretében érkezett, anamnézis nem volt nyerhető totális mutizmusa miatt. Heteroanamnézis szerint az elmúlt hónapokban viselkedése megváltozott, izolálódott, érdeklődése beszűkült, egyre kevesebbet kommunikált, felvételét megelőző napokban már egyáltalán nem beszélt. Többszöri antipszichotikum módosítás ellenére állapota hónapokig stagnált, gyakorlatilag csak alapszükségleteit elégítette ki. Ezért döntöttünk úgy, hogy a farmakoterápiát adjuváns pszichoterápiás módszerekkel egészítjük ki (zeneterápia, meseterápia, imaginatív technikák).

A kombinált kezelés hatására állapotában fokozatos javulás következett be, mutizmusa kezdetben szelektív-vé vált, majd verbális képességei helyreálltak. Értekezésünkben hangsúlyozni szeretnénk a kombinált terápia kiemelkedő hatékonyságát egy felnőttkorban unikumnak számító zavarban.

„Bizony, javamra vált a nagy keserűség” – A poszttraumás növekedésről

Nagy Beáta Magda

Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt.,
Szombathely
bea.nagy@freemail.hu

Bár a különböző vallási hagyományokban, filozófiai tanokban és a művészetekben mindig is tudtak a szenvedés transzformatív erejéről (gondoljunk csak a keresztény vallásban a megváltást jelentő kereszthalálra, vagy a buddhista tanításokra a szenvedés szükségességéről), a pszichológia az 1990-es évekig inkább a krízisek negatív következményeire fókuszált. A pozitív pszichológia eredményeire építő, azokat a kognitív lélektan teoretikus keretébe beillesztő poszttraumás növekedés (posttraumatic growth, PTG) elmélete szerint ugyanakkor a traumával való eredményes megküzdés nemcsak a felépülést (recovery), vagyis az emocionális distressz előtti funkcionáláshoz való visszatérést jelenti, hanem a fejlődés lehetőségét is hordozza.

Tedeschi és Calhoun, a PTG elméletének két vezető teoretikusa szerint e növekedés – amely nem a trauma szükségszerű velejárója vagy közvetlen következménye, hanem annak az erőfeszítésnek a gyümölcse, ahogy a traumával megküzdünk – egyaránt érintheti önmagunk észlelését (pl. fokozott személyes erő megélése a sérülékenység egyidejű tudatával), interperszonális kapcsolatainkat (pl. szorosabbá váló kötelek, a bensőségesség növekvő érzése) és egész életszemléletünket (pl. hitünk erősödése, az élet értékének fokozottabb megbecsülése és változások a prioritásokban).

Az előadás célja az elméleti keret áttekintése mellett annak bemutatása, hogyan illeszthető a poszttraumás növekedés koncepciója a PTSD pszichoterápiájába.

Sámánok, táltosok, tudók - Mit tanulhatunk az ősi tudások őrzőitől?

Nagy Enikő Éva

Belvárosi Egészségcentrum, Tinnitus Centrum, Budapest
enikoevana@gmail.com

A sámánizmus nem vallás. A sámán „szó szerinti” jelentése: aki tud, tudós. A sámánnak többféle funkciója van, a legfontosabb a gyógyító tevékenysége. De inkább spirituális gyógyító, mert alapvetően a lelki bajokra koncentrálnak, nem a testiekre. Igaz, ma már senki sem vonja kétségbe, hogy a testi és lelki egészség összefügg. – mondja *Hoppál Mihály* egy interjújában.

A bio-pszicho-szocio-spirituális egység élménye segít a testi és lelki bajjal küszködőnek mélységében megélni önmagát, és mivel az ősi, törzsi társadalmakban a sámán gyógyítás közösségi, az egyén betegsége az egész közösség ügye. Egyszerre sugározzák felé a jó energiát. A közösség védelmező erejét is megélheti a gyógyított.

A sámán történeteket mesél a közösség archaikus gyökereiről, melyek tanítanak, utat mutatnak, s legfőképpen identitást adnak. Mert az identitás a túlélés alapja.

A sámán – és általa a beteg – kapcsolatban van a természettel, annak minden aspektusával, a hagyományos értelemben vett élőkkel él élettelenekkel egyaránt. Az animizmus, melyben lelke van mindennek a körülöttünk lévő világban, élővé varázsolja az élettelenet. Az ember az egység része, és ő, mint rész, egység. „A lelked legmélyén meglátod az Egyet.” – írja *Lao Ce*, és még számtalan bölcséletben látjuk viszont a világegyetem egységének és azon belül az emberi lény létének folytonosságát, folyamatos tükröződését. Az egyén ezáltal közvetlenül találkozik az Istenséggel, mely benne lakozik, általa teljesedik ki. Ebben a sámán csak közvetítő. Míg a később oly elterjedt világvallások kötelezik a hívőt a csak bonyolult „apparátus” által bemutatatható szertartásokon való részvételre, szabályok, kötöttségek betartására, melyben a hívő óriási szakadékot él meg saját maga és az Istenség között, addig a sámánok által közvetített egység-élményben a természet rendje mutatkozik meg.

A sámán dobja, tánca, ritmikus verselése, kántálása, ruháján a csengők, a különféle tudatmódosító anyagok (gombák, növények kivonatai) a sámán és betegei transzállapotának létrehozásában játszanak nagy szerepet. A transzon keresztül áll be a gyógyító tudatállapot.

A közösséghez tartozás, az identitás és a természeti egység-élmény hiánya ott rejtezik minden betegség mélyén, legyen az lelkinék, vagy testinek nevezett. Ha ezeket is szem előtt tartjuk betegeink kezelése, pszichoterápiás vezetése közben, már sokat tanultunk a sámán gyógyítóktól.

A pszichiátriai ellátás struktúraváltása Észak-Magyarországon

Nagy Katalin¹, Cseszkó Géza²

¹Markhot Ferenc Kórház Kft., Pszichiátriai Gondozó, Eger

²Markhot Ferenc Kórház Kft., Főigazgatóság, Eger
nagy.katalin@mfkh.hu

Az egészségpolitika számára már jó ideje ismertek az egészségügy előtt álló kihívások. A Semmelweis terv kísérleteket is tett e nemkívánatos hatások legkülönbözőbb döntések által történő megfékezésére vagy leküzdésére. Sajnálatos módon a törekvések nem mindegyike járt eddig sikerrel. Az előadás megpróbálja görcső alá venni a pszichiátriai ellátás mai és előre látható jövőbeni kihívásait. Az előadás készítői az elmúlt két év döntéseinek eredményeit, a változások legvalószínűbb tendenciáját figyelembe véve, előnyöket és hátrányokat villantanak fel, melyeket a legkülönbözőbb tényezők még befolyásolhatnak.

Nyilvánvaló, hogy a pszichiátriai ellátások jövőjét azok a rendszerrel kapcsolatos alapvető döntések fogják meghatározni, hogy milyen válaszokat kapunk a következő kérdésekre: Állami vagy magán? Nemzeti vagy európai? Proaktív vagy reaktív? Lehet a szolgáltatásokat racionalizálni? Átláthatók az egészségügyi adatok? Le lehet küzdeni a bürokráciát és létezik olyan szabályozás, mely nem eredményez költségnövekedést? Elképzelhető, hogy az erőforrásokat a társadalom legkiszolgáltatottabb tagjainak (idősek, szegények, mentális betegségben szenvedők és etnikai kisebbségek) megsegítése felé irányuljanak? Kaphat-e egyre növekvő szerepet a magánszektor?

Az előadás bemutatja a struktúraváltást követően sajtóságot és különlegesen „kettévágott” Heves megyében zajló erőfeszítéseket a megoldási lehetőségek megtalálására, alapvetően megváltozott ellátási kötelezettséggel, évtizedes szakmai kapcsolatokat aláásó intézkedések elleni védekezéssel. A járó-, fekvő- és gondozói betegellátás adatainak feldolgozásával, mindennapi ügyeskedésekkel, túlélésre „sarkalló” törvényi szabályozással, teljesíthetetlen minimumfeltételeknek történő megfeleléssel, értelmetlennek tartott feltételrendszerrel, a teljesítmények „bűvkörében” rögzült menedzsmentgondolkodás fellillantásával, uniós pályázati pénzek eredményes felhasználásának reményével szeretnénk felvillantani a jelen pszichiátriai ellátását kettősségét a „végeken”.

Az életminőség befolyásoló tényezői – egy multicentrikus kutatás eredményei

Nagy Marietta¹, Égerházi Anikó¹, Frecska Ede¹, Sándor János², Puschner Bernd³

¹DE Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

²DE Népegészségügyi Intézet, Debrecen

³Department of Psychiatry II, Ulm University, Germany
nagy.marietta@med.unideb.hu

Az életminőség megőrzése központi kérdés a hosszú ideje súlyos mentális betegségben szenvedők pszichiátriai gondozásában. Ellenben keveset tudunk arról, hogy valójában mik azok a tényezők, amelyek az életminőségre, annak változására hatással vannak. Ezen ismereteink bővítésére adott lehetőséget a 2008-ban indult CEDAR kutatás az Európai Unió 7. Keretprogramjának finanszírozásával.

A betegek szubjektív életminőségének számszerűsítéséhez a MANSA kérdőívet alkalmaztuk, mely az adatgyűjtés elején és végén történt meg. Rögzítettük a beteg szociodemográfiai adatait (kor, nem), felmértük életkörülményeiket (CSSRI-Eu), szükségleteiket (CAN), a klinikai kimenetelt (OQ-45). A diagnózist a DSM-IV alapján adtuk meg, annak súlyosságát a TAG kérdőív mérte, a mindennapi funkciókat a GAF pontértékkel jellemeztük.

A kutatásban hat országban centrumonként nagyjából 100 beteg vett részt. A 12 hónapig tartó megfigyelési időszakot 548 beteg, és az őket gondozó 212 egészségügyi dolgozó kezdte el, melynek végére – a kutatásból útközben kiesett betegekkel nem számolva – 317 beteg adataival tudtunk dolgozni. A diagnózisok között döntően a pszichotikus, és az affektív spektrumba tartozó betegségek, illetve szorongásos kórképek szerepeltek. Kezdeti eredményeink alapján az életminőséggel a leghatározottabb kapcsolatot a beteg által értékelte klinikai kimenetel mutatja, melyet az életkor, a betegség súlyossága és típusa követ.

A vizsgálat során kapott eredmények segítséget nyújthatnak abban, mire érdemes odafigyelni a súlyos pszichiátriai betegek hosszú távú kezelése során. A több centrumban végzett kutatásnak további fontos üzenete, hogy az Európai Unión belül is jelentős különbségek mutatkoznak a betegellátásban a földrajzi közelség ellenére, melyet nem lehet klinikailag mérhető tényezőkkel magyarázni.

PREDI-NU: A „Kiút a depresszióból” önségítő internetes program bemutatása

Németh Adrienn¹, Tóth Mónika², Cserháti Zoltán², Purebl György², Székely András², Túry Ferenc²

¹Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²SE Magartástudományi Intézet, Budapest
dr.nemethadrienn@yahoo.com

Háttér: A depresszió a WHO előrejelzései szerint 2020-ra a második legnagyobb népegészségügyi problémává válik az Egészségkárosodással Korrigált Életek (DALYs) tekintetében. A depresszió felismerésében és kezelésében, ezáltal az öngyilkosságok megelőzésében az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (EAAD) több sikeres közösségi alapú programot hajtott végre. Ennek ellenére vannak társadalmi csoportok, melyek elérése nehézségekbe ütközik, így pl. a férfiak és a fiatalok számára a világháló teremthet kapcsolódási felületet. A kognitív viselkedés-terápián alapuló módszerek hatékonyak az enyhe és középsúlyos depressziós tünetek kezelésében, valamint internet alapú programokban is megfelelően adaptálhatók. Az internetes beavatkozások akkor hatékonyak, ha megfelelő szakemberi háttér által támogatottak, ezért egy komplex internetes program a háziorvosok, pszichológusok, lelki egészség szakemberek képzésével válik teljessé.

Célkitűzés: A PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) nemzetközi pályázati program keretében egy internetes alapú önségítő program kialakítása enyhe vagy középsúlyos depressziós tünetekkel küzdő felnőttek és fiatalok számára, a meglévő, tudományos bizonyítékokkal alátámasztott tapasztalatok felhasználásával. A konzorcium által közösen fejlesztett programot 6 országban (köztük Magyarországon) adaptálták, a hozzá kapcsolódó információs honlapon pedig 9 nyelven érhető el szakmai anyagok depresszióval küzdő egyének, hozzátartozóik és szakemberek számára.

Módszerek: A szakirodalom áttekintését követően azoknak a kognitív viselkedés-terápiás (CBT) alapú internetes programoknak az elemzésére került sor, amelyek felnőttek vagy 15 év feletti fiatalok számára, enyhe vagy középsúlyos depressziós tünetek esetén nyújtanak segítséget, a kliens számára térítésmentesen. 14 felnőttet és 3 fiatalokat célzó honlap anyagait és tapasztalatait felhasználva a nemzetközi munkacsoport kialakította azokat a modulokat, amelyek a „Kiút a depresszióból” program alapját képezik. A központi modulok az egészséges életmódról, valamint a fiatalok számára a kapcsolatokról, illetve szociális szorongásról szóló fejezetekkel egészültek ki. Az angol nyelvű eszköz adaptációja során elkészült az önségítő program és a hozzá kapcsolódó munkafüzet magyar változata, mely a www.ifightdepression.com weboldalon érhető el előzetes regisztrációt követően. Az eszköz továbbfejlesztése a beavatkozások első évében szerzett tapasztalatok alapján folytatódik.

A MATRICS tesztsomag segítségével kimutatott kognitív deficit összefüggése a hippocampus szerkezetével szkizofréniában

Németh Renáta¹, Gyüre Tamás², Kéri Szabolcs^{3,4,5}, Kelemen Oguz⁶

¹MTA Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, Budapest

²BME Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

³SZTE ÁOK Élettani Intézet, Szeged

⁴Országos Pszichiátriai Központ, Budapest;

⁵Rutgers University, Newark, USA

⁶Bács- Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét
szkeri2000@yahoo.com

Bevezetés: A MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) tesztsomag hatékony eszköz a szkizofréniában alkalmazott terápia hatékonyságának mérésére. Ennek ellenére az agyi szerkezeti eltérésekkel mutatott összefüggése nem ismert.

Módszerek: A vizsgálatban 20 szkizofrén páciens és 20 nembem, korban és iskolázottságban megfelelő egészséges kontrollszemély vett részt. A neuropszichológiai funkciókat a MATRICS kilenc tesztjével mértük fel, öt egységnek megfelelően (az információfeldolgozás sebessége, figyelem, munkamemória, verbális és vizuális tanulás, problémamegoldás). Az agyi struktúrák volumetriás adatait FreeSurfer szoftverrel értékeltük.

Eredmények: A páciensek az összes tesztben szignifikáns károsodást mutattak ($Z=1,1-2,5$), legkifejezettebben a feldolgozási sebességben és a figyelmi folyamatokban. A térfogatmérések szignifikáns bilaterális hippocampus volumencsökkenést mutattak (8,1%). A lineáris regresszió-analízis szerint a hippocampus volumene összefüggött a memóriefunkciókkal és a figyelemmel, míg a klinikai tünetekkel nem. A teljes szürke- és fehérállomány térfogata nem korrelált a neuropszichológiai teljesítménnyel.

Következtetés: Eredményeink szerint a MATRICS tesztsomag szenzitív a szkizofrén páciensek neuropszichológiai eltérések mentén történő differenciálására, valamint specifikus kapcsolatot mutat a hippocampus térfogatával. Ez túlmutat a klasszikus memóriefunkciókon. Vizsgálatunk felhívja a figyelmet a tesztsomag magyar nyelvi környezetre történő adaptálásának fontosságára a klinikai hatásvizsgálatok keretében.

A koragyermekkorai pszichoszomatikus betegségek és ellátási lehetőségeik

Németh Tünde

OGYEI, Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság, Budapest
tunde.nemeth@pszichomed.hu

A viselkedésszabályozás problémái az úgynevezett regulációs zavarok – az excesszív sírás, a krónikus nyugtalanság, az alvászavarok, valamint a táplálkozási és gyarapodási zavarok – klinikai szempontból a csecsemő- és gyermekkorai pszichoszomatikus megbetegedések formáinak tekinthetők. A köztudatban a koragyerekkori regulációs zavarokat elsődlegesen gondozási, nevelési problémának tartották, amelyek megoldásával a családok többnyire magukra maradtak. Ma már ezekkel a tünetekkel a gyermekrendeléseken, a védőnői tanácsadóban, a bölcsődei játszócsoportban, a bölcsődében, a pszichológusoknál egyre több család kér segítséget. Intézményi keretek közt, kifejezetten 0–3 éves korú gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó rendelések itthon ma még nem állnak széles körűen a kliensek rendelkezésére. A szülő–csecsemő konzultáció egy tudományosan megalapozott módszer a regulációs zavarok gyógyítására.

Az előadásban bemutatunk egy esetrészletet, ahol a nagyszülő–szülő–gyermek interakciókban bekövetkezett változás hozott gyógyulást. A Gyermekjóléti Szolgálat – gyerekorvos és a védőnő javaslatára, mivel organikus eltérést nem találtak folyamatos súlycsökkenés mögött – védelembe vette azt a nyolchónapos csecsemőt, akit a szakemberek szerint már csak a nagyszülők tudtak megejteni, gyakorlatilag az anyának már nem engedték meg a gyerek etetését. A szülő–csecsemő konzultáció során készült videófelvételeken látható epizódok – nagyszülő–csecsemő, anya–csecsemő–nagyapapa, anya–csecsemő – szemléltetik a hét alkalomból álló sikeres konzultáció folyamatát.

A témáról részletesen a XII. Családbarát Konferencia 2010. kiadványában olvashatnak, amely letölthető a www.ogyei.hu oldalról.

A transzcendencia elmélyülésének nyomon követése alkoholbetegek önszorgító csoportjában

Németh Viola Luca^{1,2}, Kovács Ildikó^{1,2}, Andó Bálint¹, Szikszay Petronella³, Kurgyis Eszter^{1,4}, Demeter Ildikó¹, Rózsa Sándor⁵, Janka Zoltán¹, Álmos Péter¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

³Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Osztály, Szigetvár

⁴Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

⁵Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest
nvl1989@gmail.com

A vizsgálat célja: Az alkoholbetegség legelterjedtebb kezelési formája az Anonim Alkoholisták (AA) csoportja, ezért is fontos ennek a kezelésmódnak a vizsgálata. Az AA szemléletben hangsúlyosan megjelenik a spiritualitás, ezért jelen vizsgálatban a Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI-R) segítségével vizsgáltuk meg a transzcendencia elmélyülését AA csoportban felépülő alkoholbetegek körében. Azt a hipotézist fogalmaztuk meg, hogy az AA csoportban eltöltött idő hossza együtt jár a magasabb transzcendencia értékkel. A vizsgálattal pontosabban megismerhetjük azokat az alkoholbetegeket, akik képesek fenntartani hosszú távú absztinenciát.

Módszer: A teljes minta 127 főből állt, amit 3 csoportra osztottunk: kezelésük elején álló alkoholbetegek (N=33), osztályos AA szemléletmódú kezelésben résztvevő alkoholbetegek (N=48), valamint olyanok, akik legalább 3 éve részt vesznek AA szemléletű kezelésben (N=46). Vizsgálatunkban a TCI-R Transzcendencia skáláját vizsgáltuk meg, valamint a Megküzdés Stresszhelyzetben Kérdőívet alkalmaztuk.

A változók normalitásának vizsgálata Kolmogorov-Smirnov próbával történt, továbbá elemzéseink során korrelációt, parciális korrelációt és több szempontos ANOVA próbát alkalmaztunk.

Eredmények: Kimutatható, hogy az AA szemléletű kezelésben eltöltött idő hosszával együtt szignifikánsan nőtt a TCI-R Transzcendencia skálájának értéke. Továbbá a Transzcendencia pozitív összefüggést mutatott a Megküzdés Stresszhelyzetben Kérdőív problémafókuszú megküzdés alskálájával.

Következtetések: A Transzcendencia-élmény elmélyülése nyomon követhető AA csoportban felépülő alkoholbetegek körében a TCI-R segítségével. Alkoholbetegségben a transzcendens szemléletmód a felépülést elősegíti, tehát adaptív személyiségvonásnak tekinthető; az absztinencia hosszához, annak fenntartásának képességéhez hozzájárul a fokozott transzcendens szemléletmód és összefügg az adaptívabb megküzdési stratégiák alkalmazásával.

Önismereti munka hozzátartozókkal

Oriold Károly

Oriold Károly Lélekben Otthon Alapítvány, Budapest
karoly.oriold@orioldbooks.com

Már-már közzefogás, hogy a kórházi és pszichoterápiás osztályokon gyógyult beteg, ha ugyanabba a családi közegbe tér vissza, mint ahonnan bekerült, felmerül annak az esélye, hogy újra rosszabb állapotba kerül. A gyógyuláshoz szükséges a családi viszonyokban történő változás. Előadásomban azon tapasztalataimat osztom meg, amit három éve működő analitikus jellegű csoportommal szereztem. Többek között szkizofrén, alkoholbeteg, borderline, depressziós hozzátartozókkal dolgozom. A csoportba a jelentkezők hirdetés útján kerülnek többnyire nem a hozzátartozó kórházi kezelésekor, hanem azután. Azért is alakult ez így, mert a súlyos diagnózis sokszor olyan traumatizáló sokkot jelent, ami szinte lebénítja a hozzátartozót és megakadályozza a közös munkát. A csoportban meglehetősen hosszú időt vesz igénybe az a folyamat, amelyben a csoporttag rájön arra, hogy akár hozzátartozójától függetlenül is lehet hogyléte. Megpróbáljuk azonosítani azokat a patológias játszmákat, amik a gyógyulás útjába állnak, és sokat dolgozunk a felelősség kérdésén, amit a beteg kezelése jelent, s ami a betegség különböző fázisaiban a hozzátartozóra különböző fokban hárul. Meggyőződésem és tapasztalatom, hogy a hozzátartozókkal folytatott önismereti munka javítja a beteg hozzátartozó felépülésének esélyeit.

A pszichiáterré válás nehézségei – a szakmai közösség szerepe a képzés javításában és az identitás fejlesztésében

Osváth Péter¹, Kárpáti Róbert²

¹PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

²Fejér Megyei Szent György Kórház Pszichiátriai Centrum, Székesfehérvár

peter.osvath@aok.pte.hu

Az elmúlt évek negatív társadalmi-gazdasági folyamatai következtében számos kedvezőtlen változás következett be a pszichiátriai ellátásban is. A hazai pszichiátereknek egyre több szakmai, ellátási és egzisztenciális nehézséggel kellett szembenéznük. A fokozott pszichológiai-érzelmi és fizikális túlterheltség következtében sok kollégánk a külföldi munkavállalás mellett döntött. Így mind nagyobb problémát jelent a szakemberhiány, mely – az ellátókapacitás beszűkülésén túl – fokozza az itthon maradók túlterheltségét és a szakmai utánpótlás biztosításban is komoly problémát okoz. Hiszen éppen annak a generációnak a tagjai fogytak el, akiknek kulcsszerepe van egyfajta generációs szerepmodell nyújtásában és a fiatalok képzésében. Vannak olyan régiók, ahol alig néhány szakember dolgozik, ez a fentiekén túl a szakmai marginalizálódás és elmagányosodás veszélyét is magában rejt. Ez nemcsak a szakmai identitás gyengüléséhez, de akár identitáskrisziss kialakulásához is vezethet, mely a fiatal – formálódó identitással bíró – kollégák számára fokozott rizikót jelent hivatásunk feladására.

A fentiek miatt a Magyar Pszichiátriai Társaság kiemelt feladatának tekinti a fiatal szakemberek szakmai közösségünkbe való integrációjának és a közéletben való aktív részvételének elősegítését. Ez a tudományos ismeretek elsajátítása mellett, szakmai identitásuk megalapozásában és fejlődésében is kiemelt fontosságú.

Ennek érdekében szeretnénk ösztönözni a fiatal kollégákat, hogy minél nagyobb számban váljanak Társaságunk tagjává, és így a későbbiekben egy pszichiáter-rezidens szekciót tudjanak létrehozni. Kerekasztalunkon szeretnénk bemutatni legfontosabb céljainkat és ennek elérése érdekében tervezett lépéseinket. Várjuk a fiatal kollégák részvételét, hogy véleményük és visszajelzéseik segítségével meg tudjuk ismerni a legfontosabb problémáikat annak érdekében, hogy ezek megbeszélésével eredményesen tudjuk képviselni közös dolgainkat.

„Az anyanyelv gyilkolása”: Az emigráns lét kritikus tudatállapotai Ágota Kristóf szépirodalmi műveiben

Pálosi Vivien¹, Gerevich József^{2,3}

¹Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Piliscsaba

²ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest

³Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

palosivivi@gmail.com

Ágota Kristóf Magyarországon született, de 1956-ban emigrált, így Svájcban élő és alkotó íróként vált ismertté. Emiatt inkább svájci íróként tartják, hiszen műveit franciául írta. Írásait áthatja egyfajta sötét hangulat, mindenhol megjelenik az emberi kegyetlenség, illetve emellett valamilyen formában az otthon szeretete, vagy az otthon utáni vágyakozás. Trilógiájában az identitás kettőségének problémája is tetten érhető csakúgy, mint Schütz leírása alapján az emigráns személyben. Schütz maga is kikényszerített emigrációja során írta meg az idegen helyzetéről szóló tanulmányát, ezért ez különösen hasznos az író helyzetének megértésében, ezáltal az írásai is megjelenő emigráció megértésében.

Az emigráció során az egyén személyes válságot él át, mely a gondolkodás biztonságos kulturális hátterének megszűnéséből következik (Schütz, 1984). Az egyéni krízis, a trauma olyan feldolgozási módja a művészi, jelen esetben írói elaboráció, melynek számos remekmű megszületését köszönhetjük. Jelen előadás az emigráns helyzetének pszichológiai vonatkozásait mutatja be Ágota Kristóf művein keresztül.

„Több mint harminc éve beszélek, húsz éve írok is franciául, de még mindig nem ismerem. Nem beszélem hiba nélkül, és csak szótár gyakori használatával tudok rajta helyesen írni. Ezért hívom a francia nyelvet is el-lenséges nyelvnek. És van még egy oka, amiért így hívom, és ez az utóbbi a súlyosabb. Ez a nyelv az, amelyik folyamatosan gyilkolja az anyanyelvemet.” (Ágota Kristóf: *Az analfabéta*)

Önéletrajz-írás és javulás a pszichoterápiábanPapp Barbara¹, Harmatta János², Péley Bernadette¹¹PTE BTK Pszichológiai Intézet, Pécs²OORI, Budapest

techert@freemail.hu

Általában az orvosi kezelések – így a pszichoterápiák – célja valamiféle javulás elérése. Azonban a pszichoterápiás javulás megragadása nem könnyű feladat, hiszen számos esetben nem áll elegendő anyag a kutató rendelkezésére.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztályának („Tündérhegy”) gazdag dokumentációja van a pácienseiről. A felvételt követően minden betegnek meg kell alkotnia önéletrajzát, valamint ki kell töltenie egy orvosi anamnézis kérdőívet és egy szociális kérdőívet. Ezek mellett egy MMPI-2 tesztet szintén el kell készíteniük – utóbbit az elbocsátáskor megismétlik.

Jelen kutatásban 105 páciens dokumentációját vizsgáltuk. Feltételeztük, hogy már a bekerüléskor írott önéletrajzok árulkodóak lehetnek a későbbi pszichoterápiás javulás szempontjából, vagyis az eltérő mértékű javulást mutató betegcsoportok önvalomásai más-más nyelvi jellegzetességet mutatnak. Első lépésben az MMPI-2 bizonyos indexeinek (depresszió, szorongás, scutter) kezelés során történő változásai alapján három csoportot különítettünk el: a leginkább, az átlagosan és a legkevésbé javuló páciensekét. Ezután a legkevésbé és a legjobban javuló csoport önéletrajzainak narratív pszichológiai tartalomelemzését végeztük. Ennek révén megállapítható volt, hogy valóban fellelhető bizonyos nyelvi különbségek a két csoport szövegeiben, vagyis a kezelés várható kimenetéről már a terápia kezdetén írott önéletrajzok adhatnak némi támpontot.

Korai Mentális Teszt: az enyhe kognitív zavar szűrésének lehetősége a háziiorvosi praxisban

Papp Edina

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar, Szeged

edipapp@freemail.hu

Bevezető: A Korai Mentális Teszt (KMT) fejlesztése immár négy éve tart. Célunk, egy olyan enyhe kognitív zavar (EKZ) szűrőteszt kidolgozása, mely a háziiorvosi praxisba rutinszerűen beilleszthető: azaz gyors, könnyen felvehető és megbízható. Hiszen a prodromális szakasz időbeni felismerése és az időben megkezdett kezelés által a neurodegeneratív elváltozás folyamata lassítható, az életminőség javítható. Jelen előadásunkban a KMT 7.2 változatának eredményeit ismertetjük.

Módszer: A vizsgálat jelen szakaszában 199 fő (127 nő, 72 férfi) vett részt. Az életkori átlag 66,3 év (SD+7,8), az iskolai végzettség 12,8 év (SD+3,3) volt. A vizsgálatokat első körben a háziiorvosi rendelőkben végeztük el. A vizsgálati személyeket 55 év feletti szubjektív memóriapanasszal önként jelentkezők, valamint a háziiorvos javaslatára beutalt személyek alkották. A következő vizsgálati módszereket alkalmaztuk: Mini Mentál Teszt (MMT), Alzheimer's Disease Assessment Scale kognitív alteszt (ADAS-Cog), KMT 7.2 változat. A kontrollcsoport tagjai az MMT pontszám (29–30 pont) alapján kerültek ki, s velük mindhárom tesztet elvégeztük. A 28 MMT pontszám alatti személyek beutalót kaptak a Memória Ambulanciára. Itt minden személyt a magyar demencia protokollnak megfelelő vizsgálatnak vetettünk alá. A diagnosztikai vizsgálat után a személyeket a következőképpen csoportosítottuk: kontroll (n=138), primer degeneratív EKZ (n=36), vaszkuláris EKZ (n=25).

Eredmények: Iskolai végzettség és nem tekintetében nem találtunk különbséget a csoportok között, az életkori átlagban viszont igen. A KMT 7.2 érzékenysége magas az EKZ betegek kiszűrésében (AUC:0,828, szenzitivitás=86,4%, specifitás=65,2%), s csak kissé marad el az MMT (AUC:0,901), valamint az ADAS-Cog (AUC:0,912) értékeitől.

Következtetés: A KMT 7.2 változata megfelelően érzékeny, gyorsan és könnyen felvehető, így alkalmas arra, hogy a háziiorvosi praxisban mint enyhe kognitív zavar szűrőteszt alkalmazható legyen.

A kutatást a TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052 számú pályázat támogatja.

Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral élő felnőttek klinikai jellemzői és egészséggel összefüggő életminősége

Papp Szilvia¹, Pulay Attila József¹, Bitter István¹, V. Hevér Noémi², Baji Petra², Gulácsi László², Péntek Márta²

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest
pappszilvia@psych.sote.hu

Bevezetés: A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (Attention Deficity Hyperactivity Disorder, ADHD) élő felnőtt páciensekről kevés hazai adat áll rendelkezésre.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja a felnőtt ADHD-val élő betegek demográfiai és klinikai jellemzőinek, egészséggel összefüggő életminőségének felmérése.

Módszer: Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot végeztünk a klinikánkon megjelenő, ADHD diagnózisú felnőtt betegek körében. A demográfiai adatok, kísérőbetegségek, gyógyszerek felmérése mellett a betegség súlyosságát a szakorvosok a Clinical Global Impression (CGI) és vizuális analóg skálán (VAS) értékelték. Az életminőséget az EQ-5D és SF-36 kérdőívvel vizsgáltuk.

Eredmények: Összesen 75 beteget (férfi 77,3%) vontunk be a vizsgálatba, átlagéletkor (SD) 30,4 (10,5) év, a diagnózis 5,9 (6,6) éve ismert. Nőtlen/hajadon 52 (69,3%) beteg, kapcsolatban él 18 (24,0%), elvált 5 (6,7%) és 20-nak (26,7%) van gyermeke. A legmagasabb iskolai végzettség többségüknél középiskola (50,7%), szüleiknél a főiskola vagy egyetem (16,0% illetve 52,0%). A felméréskor (n=72) 46 (63,9%) dolgozik, 18 (25,0%) tanuló, 5 (6,9%) munkanélküli, 3 (4,2%) egyéb státuszban.

Pszichiátriai kísérőbetegségeik: major depresszió 16 (21,3%), bipoláris affektív zavar 3 (4,0%), szorongásos kórképek 12 (16,0%), szerhasználat 4 (5,3%), személyiségzavar 9 (12,0%), egyéb 7 (9,3%). Összesen 51 (68,0%) beteg szed gyógyszert, methylphenidat a leggyakoribb (38 beteg, 50,6%), de bupropion (6), paroxetine (4), clomipramine (2), olanzapine, mirtazapine, lithium, zopiclone, quetiapine, citloprane, venlafaxine is előfordul (1–1 beteg). A CGI (n=70): normál 4,3%, határeset 4,3%, enyhe 42,9%, közepes 32,9%, kifejezett 14,3%, súlyos 1,4%. Az EQ-5D dimenziókban a problémát jelzők aránya: mozgékonyság 12,0%, önellátás 4,0%, szokásos tevékenységek 61,3%, fájdalom/rossz közérzet 54,7%, szorongás/lehangoltság 68,0%. Az EQ-5D index átlag 0,735 (SD 0,223), szignifikánsan alacsonyabb a korra illesztett átlagos lakosságénál (p<0,05). Az EQ VAS 69,6 (19,4), az orvosok értékelése 62,5 (18,9).

Következtetések: A klinikán szakellátásban megjelenő ADHD-s felnőttek döntően fiatal férfiak, és a szülők kétharmada értelmiségi. Életminőségük rosszabb a hazai átlagos lakosságénál, legtöbb problémát a hangulati életben és a szokásos tevékenységek elvégzésében jeleznek. EQ-5D eredményeket nemzetközi viszonylatban is elsők között közlünk, költséghatékonysági elemzésekben való alkalmazhatóságuk miatt kiemelt jelentőségűek.

Emléketörések és kényszerképzetek: poszttraumás jellemzők vagy transzdiagnosztikus jelenségek?

Perczel Forintos Dóra

SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest
perczel@kpt.sote.hu

A poszttraumás stressz betegség egyik fő diagnosztikus kritériuma az „emléketörés”, azaz a traumatikus élet-események képének önkéntelen felidéződése. Ezek a mentális képek tulajdonképpen a trauma emlékének érzékszervi/szenzoros felidéződései, bevillanásai, amelynek során a személy újraéli a kritikus pillanatok szagát, látványát, testérzéseit, hangjait és érzelmi állapotát. Ezeknek a mentális képeknek a megtapasztalása rendkívül megterhelő, nyugtalanító és épp ezért terápiás szempontból nagyon fontos lenne megérteni, hogyan alakulnak ki és miért maradnak fenn. Vannak olyan visszatérő képzetek is, amelyek a valóságban nem történtek meg, ilyenek a fantáziák, nappali álmodozás, hamis emlékek vagy akár a vizuális hallucinációk. A legfontosabb közös elem ezekben az, hogy a képzet szenzoros bemenet híján, a memóriából származik vagy a képzelet szülötte, illetve, hogy önkéntelenül és kontrollálhatatlanul tör be a tudatba.

A PTSD emléketörések a mentális képzetek csupán egyik fajtájának tekinthetők. Negatív életesemények emlékképei a mindennapi életben is gyakran önkéntelenül felötlenek. A páciensek a legkülönbözőbb pszichés problémáknál számolnak be önkéntelenül felötölő képzetekről, pl. szociális fóbiában, depresszióban, hipochondriában vagy kényszerbetegségben, tehát ún. „transzdiagnosztikus” jelenséggel állunk szemben. A kutatások szerint az emléketörések gyakorisága és intenzitása prediktív értékű a visszaesés szempontjából, feltehetően a képek/képzetek intenzív emocionális töltése miatt. Ha ez így van, akkor a PTSD és más pszichés zavarok pszichoterápiájában a verbális módszerek mellett érdemes lenne az eddiginél lényegesen nagyobb hangsúlyt fektetni az emlékképekkel való munkára, ezen belül az emlékképek átstrukturálására.

Az előadásban pszichoterápiás ambulanciánkon jelentkező PTSD-vel diagnosztizált páciensek klinikai példáin keresztül szeretnénk bemutatni a fenti összefüggéseket.

A börtönként megélt női test Frida Kahlo művészetében

Péter Orsolya Márta

SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
peterorsolya@gmail.com

Az apai ágon magyar származású mexikói festőművész, *Frida Kahlo* (1907–1954) nem csupán *Diego Rivera* feleségeként, hanem saját jogán, rendkívül egyéni képi világot teremtő festőként is beírta magát az egyetemes művészettörténetbe.

Művészetének vezérmotívumát jelenti a börtönként megélt női test. Hatéves korában *Frida Kahlo* poliomyelitis-fertőzésen esett túl, aminek köszönhetően egyik lába megrövidült, 18 évesen pedig súlyos közlekedési baleset áldozatává vált, amelynek során gerince, medencecsontja és mindkét lába eltört. A baleset következményeit élete végéig viselte, többek között festeni is ágyhoz kötöttsége miatt kezdett. Művészetének elemzői sokszor minősítik alkotásait szürreálisnak, azonban *Kahlo* szimbolikája – élettörténetének ismeretében – viszonylag könnyen megfejthető. Képein visszatérő motívum a roncsolt női test, amely kínozza és gátolja „lakóját” a fizikai kiteljesedésben; bizarr módon azonban pontosan e roncsolt testnek köszönheti az utókor az átütő erejű alkotásokat, amelyek utat és eszközt jelentettek a művésznek az önkifejezéshez, ezáltal pedig oldották a „bezárt” lelket sújtó korlátozottság-élményt.

Az előadás során a hallgatók betekintést nyerhetnek *Frida Kahlo* alkotásainak világába, elsősorban a test és lélek viszonyára, ezen belül is a roncsolt test által akadályozott női kiteljesedés, a gyermek iránti vágy és a frusztrálódott anyaság képi megjelenítésére koncentrálnak.

Sportolás és depresszió kapcsolata a gyakorlatban: a prevenciótól a terápiáig

Petrika Erzsébet¹, Szabó Pál²

¹Magán praxis, DE Humán Tudományok Doktori Iskola, Debrecen

²Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, Debrecen
petrikaerzsebet@gmail.com

Bevezetés: Napjaink egyre növekvő méretű társadalmi problémáját jelenti a depresszió. Az eredményes, de nem mindig elérhető terápiás lehetőségeken túl, a hatékony prevenció is kiemelt jelentőségű. Ezek között egyre több szó esik a sportolásról, hiszen már az egyszerű sportolás is jó hatással van az ember közérzetére, hangulatára, még önbecsülésére és munkakedvére is. A rendszeres sportolás még ennél is többet ad, ezt gyakorlati tapasztalatok és vizsgálatok is alátámasztják. Jelen előadásban saját kutatásunk eredményeit vetjük össze a szakirodalmi adatokkal. A sportolás mint tevékenység prevenció és adjuváns terápiás hatásait vizsgáljuk fiatal felnőtt populáció (főiskolai hallgatók) rendszeresen sportoló és nemsportoló mintáin.

Célkitűzés és módszer: a depressziós tünetek epidemiológiai vizsgálata sportolás mellett, a sportnak a depresszióval kapcsolatos terápiás hatásáról való ismeretek és attitűdök feltárása, az edzett test és a sportaktivitás hatásának vizsgálata. Kutatásunkban az 1998–2009 közötti időszakban, Zung Depresszió Skálát és a saját kialakítású Testmozgás és Depresszió Kapcsolata Kérdőívet (*Petrika*, 2002) alkalmaztuk.

Eredmények: Rendszeres sportolás mellett a Zung pontátlagok szignifikánsan alacsonyabbak voltak, trendjelleggel is: 35,72 (SD:6,121) vs. 39,19 (SD: 6,669). Trend: 34,65; 38,07; 35,87; 45,29. Sportolók depresszió terápiára nagyobb arányban javasolják és vélik hatékonynak a sportolást, saját maguk és ismerősiük részére is. (Saját: 62,43% vs. 45,40%. Ismerős: 56,18% vs. 35,05%) A testi erőnlétet és hangulatot tízes skálán önértékeléssel mértük. Sportolók nagyobb erőnlét átlagot de hasonló hangulati átlagot jeleztek, mint a nemsportolók. Erőnlét: 6,92 (SD:1,370) vs. 5,62 (SD: 1,635). Hangulat: 6,45 (SD: 1,954) vs. 6,02 (SD:2,129).

Megbeszélés: A sportolás depresszióval kapcsolatos prevenció hatását bizonyítottan találtuk. A sportolás depresszióval kapcsolatos terápiás hatását a sportolók nemcsak felismerik, hanem tudatosan alkalmazzák is, maguk és ismerőseik javára. A depresszió csökkentő hatást a sportolás hordozza, függetlenül a testi erőnlétől. Mivel a depresszió visszatérő epizódokban zajló krónikus betegség, lényeges az első epizódot megelőzően, fiatal korban elkezdett prevenció célú sportolás. További kutatások feladata lehet vizsgálni, a sportoló „kapcsolati hálójában”, személyes életterében hogyan jelenik meg ez a jótékony prevenció és terápiás hatás?

Képi kifejezés gyermekotthonban nevelkedett, érzelmileg sérült identitását kereső fiatal rajzain

Platthy István

Pécsi Gyermekotthon, Pécs
platthy@csontvarystudio.hu

Az eredendő kifejezőmódot és a belső látást előhívó, projektív folyamatokra épülő rajzterápiás műhelyben több éven keresztül alkotásainak sorozatát mutatom be. A fiú rajzainak sorozatában feltárulnak az alkotó szubjektív, verbális, nonverbális, tudatos és tudattalan világa, traumái, érzelmi deficitjei, szelfrészeinek sérülései. Rajzain visszatérő jegyek, motívumok, személyes szimbólumok hordozzák a benne lezajló lelki folyamatokat és annak változásait, mutatják a rendeződés folyamatát, a gyógyulás dinamikáját. Rajzait személyes interpretációkkal egészítette ki. Alkotásai embert próbáló küzdelmet mutatnak be annak érdekében, hogy lelke rendeződjön, traumái elaborálódjanak, érzelmi elakadásai feldolgozódnak, deficitjei pótlódjanak. Mindezt összevetem személyes életútjával, csalódásaival, kapcsolatainak alakulásával.

Hányatott élete során rengeteg traumát élt át, amelyek többségében ambivalenciát hordozó élmények voltak életében. Alkotásaiban egy heroikus küzdelmet látunk saját identitásának keresésében. Szürrealista alkotásai hasításról, kettős személyiségről, disszociatív állapotokról számolnak be. A jó és a rossz küzdelmét látjuk, amelyben úgy tűnik, hogy végül a jó győzedelmeskedik. Serdülőkori viselkedészavarában inkább a tagadás nyilvánult meg, azonban éppen kreatív alkotásai készítettek arra, hogy szembenézzen lelki gyötrelmeivel, szorongásaival. Ez segítette őt a feldolgozásban, a személyes életút keresésében.

Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral élő felnőttek foglalkoztatottsági jellemzői és munkaképessége

Pulay Attila¹, Papp Szilvia¹, Bitter István¹, V. Hevér Noémi², Baji Petra², Gulácsi László², Péntek Márta²

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
²Egészség-gazdaságtani és Egységügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest
pulay.attila@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) kapcsolatos társadalmi terhek hazánkban nem ismertek.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja az ADHD miatt igénybe vett egészségügyi ellátások felmérése és a betegek munkaképességének vizsgálata.

Módszer: A klinikánkon megjelenő felnőtt ADHD diagnózisú betegeket vontunk be a keresztmetszeti kérdőív vizsgálatba. Az elmúlt 12 hónapra vonatkozóan felmértük az igénybe vett járó- és fekvőbeteg ellátásokat. A munkaképességet a Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) kérdőívvel vizsgáltuk.

Eredmények: A résztvevő 75 beteg (férfi 77,3%, életkor átlag 30,4 SD 10,5 év) legmagasabb iskolai végzettsége: általános iskola 7 (9,3%), középiskola 38 (50,7%), főiskola 11 (14,7%), egyetem 19 (25,3%).

Foglalkoztatottság (n=72): 46 (63,9%) dolgozik, 18 (25,0%) tanuló, 5 (6,9%) munkanélküli, 3 (4,2%) egyéb. Vezető beosztásban dolgozik 6 (8,0%) beteg, szakalkalmazott 19 (25,3%), ügyviteli munkatárs 2 (2,7%), betanított munkás 5 (6,7%), segédmunkás 1 (1,3%), 10 (13,3%) beteg vállalkozó, 1 (1,3%) terápiás munkát végez. Részmunkaidőben 14 (18,7%) beteg dolgozik, közülük 2 (2,7%) pszichiátriai problémája miatt. Az elmúlt 12 hónapban a páciensek átlagosan (SD) 1,6 (5,3) napot voltak táppénzen, 4 (16,7) napot fizetett szabadságon, 0,3 (1,0) napot fizetés nélküli szabadságon betegségük miatt.

A WPAI alapján (n=41) az elmúlt hét napban a munkaidő 10,0%-ában (SD 20,7) hiányoztak munkahelyükről és 39,8%-ában (SD 24,7) dolgoztak csökkent hatékonysággal betegségük miatt.

Az elmúlt évben háziiorvosnál 11 beteg átlagosan (SD) 3,8 (6,9) alkalommal járt, szakorvosnál (n=75) 7,6 (5,9) alkalommal. Balesetet (n=11) átlagosan (SD) 1,8 (1,1) alkalommal szenvedtek, közülük 6 szerint ezek összefüggésbe hozhatók betegségükkel. Baleset miatti ellátások: háziiorvos (n=2) 6 (4,2), szakorvos (n=6) 4,8 (3,1), mentőszállítás (n=1) 1 alkalom, kórházi felvétel (n=2) 1 (0) alkalom.

Következtetések: A klinikán szakellátásban megjelenő ADHD felnőttek jellemzően a szakorvosi járóbeteg ellátást veszik igénybe, kórházi ellátás balesettel kapcsolatosan fordult elő. A betegek több mint fele dolgozik, a munkaképességben a teljesítőképesség érintettsége jelentős, az elmúlt hét napra vonatkozóan átlagosan a munkaidő több mint egyharmadában dolgoztak csökkent hatékonysággal betegségük miatt. Ismereteink szerint WPAI eredményeket nemzetközi viszonylatban is elsőként közlünk.

Öngyilkosság és mikroRNS: a végrehajtó funkciók genetikája*Pulay Attila, Réthelyi János*SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
pulay.attila@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: Az öngyilkosság a pszichiátriai betegségek legtragikusabb következménye, a lehetséges rizikófaktorok ezért intenzív kutatás tárgyát képezik. Újabb kutatások szoros összefüggést találtak a végrehajtó funkciók károsodása és az öngyilkossági magatartás között, amely összefüggés pszichiátriai zavartól függetlenül is kimutatható volt. A végrehajtó funkciók genetikai háttere nem teljesen tisztázott, újabb eredmények génexpresszió szabályozása által a szinaptikus plaszticitást nagymértékben befolyásoló mikroRNS molekulák (miRNS) szerepét vették fel. Kutatásunk célja a végrehajtó funkciók szerveződésében meghatározó dorsolaterális frontális kör elmeiben megkülönböztetett expresszálandó miRNS gének és a szuicid magatartás gén alapú asszociációs vizsgálata volt bipoláris és major depressziós mintán.

Módszerek: Az NCBI GAIN bipoláris (kód: phs000017.v3.p1, n=999) és major depressziós (kód: phs000020.v2.p1, n=1753) eset-kontroll mintáit elemeztük. Az öngyilkos magatartást hetente többször ismétlődő szuicid ideáció, konkrét tervek, illetve kísérlet meglétével definiáltuk, a kontrollcsoportot a nem szuicid bipoláris és major depressziós egyének alkották. A miRNS géneket az EBI Gene Expression Atlas segítségével választottuk ki, imputációt követően a kiválasztott 91 génből 53 volt jelen a mintában. A gén alapú statisztikai analízist a VEGAS program segítségével végeztük, a két minta random effekt metaanalízissel elemeztük, egyedi nukleotid polimorfizmus alapú asszociációit felhasználva. A többszörös összehasonlítás korrekcióját 1000.000 ciklusú permutációval végeztük. A populáció stratifikáció hatását a genomikus infláció kontrolljával korrigáltuk.

Eredmények: a vizsgált 53 génből nominálisan szignifikáns p-értéket a DICER1 ($p=0,0042$) és a MIR765 ($p=0,0253$) géneknél észleltünk, többszörös összehasonlítás korrekciója után csak a DICER1 maradt szignifikáns ($p=0,048$).

Konklúzió: A DICER1 gén terméke, a dicer ribonukleáz alapvető szerepet játszik a génexpresszió szabályozó miRNS szintézisben, és újabb állatkísérletek szerint jelentős hatást gyakorol a végrehajtó funkciókra. Vizsgálatunkban észlelt statisztikailag szignifikáns összefüggése a szuicid magatartással újabb bizonyíték a végrehajtó funkciók és az öngyilkosság pszichiátriai diagnózisokon is átívelő kapcsolatára, és segíthet etiológiájának és rizikófaktorainak jobb megértésében.

A kutatást az OTKA-PD 83876 sz. posztdoktori pályázat támogatta.

Létezik-e kétfajta pszichológia? - Az énkoncepció, érzelmek és motívumok kulturális különbségei*Purebl György*SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
purebl.gyorgy@gmail.com

Az emberi személyiséget autonóm, másoktól jól elkülönülő, tulajdonságok egyedi kombinációjából álló konstruktumnak gondoljuk – legalábbis ennek a konstruktumnak a kutatása a pszichológiai egyik fő kérdése. A koncepció axiomatikus értéktelítettsége sokáig fel sem tűnt, annak ellenére, hogy számos kultúrközi konfliktus nehezen volt ebben a keretben értelmezhető, és még az adott kultúrán belüli kutatások is a konzisztencia-paradoxon jelenségébe ütköztek. Számos jelenség, valamint antropológiai és kultúrközi pszichológiai kutatások alapján a személyiség axiomatikus fogalma relativizálódni látszódik: úgy tűnik, a kollektivista (elsősorban ázsiai) kultúrákban az ént egy alternatív személyiségkoncepció ragadhatja meg jobban, mely az autonómia helyett a szociális interdependenciát helyezi középpontjába. Eszerint a személyiséget nem elsősorban saját tulajdonságai, hanem szociális beágyazottsága határozza meg, ezekhez képest az egyéni tulajdonságok másodlagosak.

Miért van szükség többszintű megközelítésre a prevencióban?*Purebl György*SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
purebl.gyorgy@gmail.com

Az utóbbi évtizedekben egyre nagyobb hangsúly kerül a megelőzésre a depresszió és öngyilkosság megelőzésében is. Számos kampány, illetve megelőző program történt az elmúlt évtizedekben, ezek közös jellemzője, hogy átmeneti hatásuk volt – bármerre is tekintünk a világon, végül is a XXI. század első évtizedére a depresszió az egyik vezető népegészségügyi problémává vált. Nürnbergben az ezredforduló táján ugyanakkor elindult egy társadalmi kezdeményezés, amelynek hatása, úgy tűnik, tartósabb – ennek mintájára indultak el Szövetség a Depresszió Ellen programok először Németországban, majd – az EU támogatásával – egész Európában. A programok legfontosabb újdonsága a többszintű megközelítés. Ennek jellemzői: 1. A program egyszerre több csoportot igyekszik befolyásolni. Ezek részben professzionális, részben civil segítők, hozzátartozók, magas kockázatú csoportok, illetve a helyi kommunikáció kulcsfigurái (helyi média, tanárok, rendőrök, lelkészek). 2. A különböző csoportokat célzó beavatkozások egyszerre történnek – szinergikus hatások. 3. A program célja a helyi közösségben a civil-szakmai összefogás erősítése, a kollaboráció fokozása az ellátórendszeren belül, illetve az ellátórendszer és a civil szolgálatok között, valamint a hatékony megelőző készségek minél szélesebb körű oktatása.

A többszintű megközelítés segítségével a különböző nemzetközi, illetve hazai vizsgálatok szerint a beavatkozási közösségekben az öngyilkosságok 57–47%-os csökkenése érhető el.

“Hogyan lehet pszichoszomatikus orvoslás Magyarországon?”*Purebl György¹, Lehóczky Pál², Harrach Andor³, Vizi Janos⁴, Nagy Enikő², Túry Ferenc¹*¹SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest²Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest³Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság, Budapest⁴OPK, Budapest

purebl.gyorgy@gmail.com

A kerekasztal beszélgetés során a pszichoszomatikus oktatás és praxis magyarországi bevezetésének témáját szeretnénk körbejárni.

Miközben a bizonyítékokon alapuló orvostudomány számos hatékony eszközzel rendelkezik ugyan-csak számos betegség kezelésében, a nem kielégítő klinikai javulás, a csak részleges remisszió nagyon gyakori jelenségek.

Az egyik fontos háttértényezőt a krónikus betegségekkel társuló pszichés problémák jelentik. A komorbid pszichológiai tünetek és a pszichiátriai zavarok (leggyakrabban a depresszió) hatékony kezelése nélkül a legtöbb krónikus betegségben nagyon nehéz hosszú távú sikereket elérni.

További fontos és a legtöbb gyakorlati orvostudományi ágban egyre központibb helyet elfoglaló kérdés a beteg-együttműködés (compliance), a terápiahűség (adherencia) és a terápiás összhang (konkordancia) kérdései, hiszen az elmúlt tíz évben világossá vált, hogy a hatékony kezelések hétköznapi akadályait a legtöbb esetben ezek jelentik.

Mindezek miatt paradigmaváltásra van szükség a medicinában, és számos országban meg is indult már a pszichoszomatikus ellátás önálló diszciplínává fejlődése. A pszichiátria ennek a paradigmaváltásnak a kulcszaktárja lehet.

Számítógép függőség: változó trendek. A játékoktól a Facebookig

Rappant György

Fejér Megyei Szent György Kórház Pszichiátriai Centrum,
Székesfehérvár
rappant.gyorgy@gmail.com

A számítógép-függőség a viselkedési addikciókhoz tartozó, jól körülhatárolható fogalom. Előfordulása 1,2% a teljes populációban, a rendszeres használók között 10% körül van.

A számítógép fogalmának átalakulásával, kiterjesztésével a használati szokások is megváltoztak. A mobiltelefonok, táblagépek komplett számítógépként működhetnek. A mindennapi élet szerves részévé vált tárgyakhoz kapcsolódó addikciók is megváltoztak. A hardver változásához a szoftver és a felhasználói szokások változása is társult. A web 2.0, a közösségi hálózatok megjelenése a hordozhatósággal együtt fokozott addikciós potenciált jelent. A jelenlegi trendek szerint a közösségi hálózatok és a mobil eszközök a folyamatos jelenlét érzetét keltik, és egyre inkább beépülnek életünkbe. Mindez egyre inkább az állandó on-line kapcsolat, egyes esetekben információ-függőség irányába mutat.

A számítógép függőség fő formái:

- internet függőség
- felnőtt tartalmak túlzott fogyasztása
- szociális háló és chat
- játékok, online játékok
- vásárlás

Azok a formák, amelyekben a felhasználó nem kap visszajelzést (ahogy pl. a telefonbeszélgetés, chat során igen) erősebb függőségi potenciállal bírnak. Gyakori a komorbiditás depresszióval, szorongásos zavarokkal.

A felnőttek és gyermekek számára különböző megoldási lehetőségek adóttak. Gyermekek számára a hozzáférhetőség, az idő, a tartalmak korlátozása sokszor megoldást jelent. Ez szoftveresen könnyen megoldható. A fejlett operációs rendszerek alkalmasak a szülői kontrollra, de számos egyéb program is alkalmazható. Emellett a prevenció, nevelési minták rendkívül fontosak.

Felnőttek számára egyéni és csoportos pszichoterápia; illetve súlyos esetben, komorbiditás esetén gyógyszeres kezelés jön szóba.

Az előadás áttekinti a témáról szóló szakirodalmat, a megoldási, kezelési lehetőségeket.

Személyiségmérés az internet segítségével – az International Personality Item Pool (IPIP) bemutatása

Reinhardt Melinda, Vass Zoltán

Károli Gáspár Református, BTK, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék, Budapest
reinhardt.melinda@kre.hu

Kulcsszavak: International Personality Item Pool (IPIP), személyiségmérés, internet, Psychogalaxy-projekt

A személyiség vizsgálatának egy új, dinamikus fejlődő, internet alapú lehetőségét teremtette meg az International Personality Item Pool (IPIP) rendszere. Előadásunk ezt a közösségi oldal alapú mérési módszert (Goldberg, 1999) mutatja be: annak nemzetközi és hazai történetét, valamint kurrens eredményeit.

Az IPIP-rendszer megalkotásának alapvető célja a személyiséglélektan kutatói számára egy szabad felhasználású, ingyenes mérőeszköz-gyűjtemény létrehozása és egy intenzív nemzetközi tudományos együttműködési lehetőség kialakítása volt (Goldberg és mtsai., 2006).

Az IPIP weboldalán (<http://ipip.ori.org>) aktuálisan 2413, a személyiség felmérésére alkalmas tétel szerepel, melyek 269 skálába szerveződnek. A honlap tartalmazza az egyes skálák kiértékelését és azok pszichometriai tulajdonságait is.

Az IPIP-kérdőíveket közel 40 nyelvre fordították le, köztük magyarra is. A magyar fordítást Vass Zoltán és Sváb Péter végezte. A hazai változat 2008 márciusától érhető el a világhálón a Psychogalaxy-projekt keretében (www.psychogalaxy.hu). A Psychogalaxy-honlapon elérhető IPIP-kérdőíveket eddig több ezren töltötték ki.

Prezentációnk áttekinti a magyar nyelvű IPIP kérdőívek témáit (pl. Big Five-alapú személyiségmérés (Goldberg, 1999), társas kapcsolatok, érzelmek) és röviden összefoglalja az egyes kérdőívek felépítését is.

Végül bemutatjuk a 2008–2012 között a Psychogalaxy online kitöltött IPIP-tesztek összegzett adatain végrehajtott statisztikai elemzések néhány fontosabb eredményét. Előadásunk a további tervezett kutatási irányok (pl. kultúrközi összehasonlítás) összegzésével zárul.

Közösségi alapú depresszió felismerési és öngyilkosság megelőző programok – A Gotland Study-tól a hazai vizsgálatokig

Dr. Rihmer Zoltán

Semmelweis Egyetem, Kliniaki és Kutatási Mentálhigiénés osztály, Budapest
rihmerz@kut.sote.hu

Az öngyilkossági kísérlet és a befejezett öngyilkosság a népesség szintjén ritka esemény, azonban meglehetősen gyakori pszichiátriai betegek körében, akik az öngyilkossági cselekményüket megelőzően gyakran felkeresik háziorvosukat. Az unipoláris és bipoláris major depresszív epizód pont-prevalenciája a háziorvosi gyakorlatban 8–10%, azonban ezen esetek mintegy fele felismeretlen és kezeletlen marad, vagy a betegeket helytelen diagnózissal kezelik. A major depressziós epizód a leggyakoribb fennálló pszichiátriai diagnózis az öngyilkosságot megkísérlők és elkövetők között (56–87%), és a depresszió sikeres akut és hosszú távú kezelése még e magas rizikójú csoportban is szignifikánsan (több mint 80 %-kal) csökkenti az öngyilkos viselkedés kockázatát. Mivel az öngyilkosságot elkövetők több mint fele felkeresi háziorvosát a halálát megelőző négy hét során, a háziorvosok fontos szerepet játszanak az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettek felismerésében és a szuicidium megelőzésében. Hat nagy, közösségi alapú vizsgálat (Gotland Study 1983, Matsunoyama Elderly Suicide Prevention Study, 1986, Jamtland vizsgálat, 1994, Nürnberg Alliance Against Depression, 2000, a Kiskunhalasi Szuicid Preventációs program, 2000, és az European Alliance Against Depression keretében végzett szolnoki és miskolci vizsgálat, 2005) eredményei egyértelműen arra utalnak, hogy a háziorvosok és egyéb egészségügyi szakemberek képzése a depresszió diagnosztizálásával és megfelelő gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelésével kapcsolatban, különösen pszichoszociális beavatkozások közösségi ismeretterjesztés és „gate-keeper” tréning mellett, lényegesen javítja a depresszió felismerését és kezelésének hatékonyságát, és csökkenti az öngyilkossági kísérletek és befejezett öngyilkosságok gyakoriságát a képzésen résztvevők ellátási területén. A szerző részletesen ismerteti az e tekintetben úttörőnek számító Gotland Study eredményeit és hiányosságait, majd röviden kitér az újabb öt vizsgálat értékelésére.

A mentalizáció, a kötődési stílus, valamint a temperamentum-és karakterdimenziók összefüggéseinek vizsgálata személyiségzavarok esetén

Ritzl Andrea¹, Csukly Gábor², Frecska Ede¹, Égerházi Anikó¹

¹Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen
²Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
andrea.ritzl@gmail.com

A mentalizációs deficitet a személyiségzavarok központi problematikájaként tartják számon, a mentalizációs deficit súlyosságáról azonban az egyes személyiségzavarok tekintetében megoszlanak a vélemények. Számos szerző feltételezi, hogy a mentalizációs képesség a korai anya-gyerek interakciók során alakul ki, és szoros kapcsolatban áll a kötődési stílus minőségével. Ennek ellenére kevés olyan empirikus vizsgálat született, mely a mentalizációs képesség és a kötődési stílus, valamint az egyes specifikus személyiségzavarok és a kötődési stílus összefüggéseivel foglalkozik. A személyiségzavarok mérésére gyakran alkalmazott temperamentum- és karakterdimenziók és ezeknek a mentalizációs képességgel és kötődési stílussal való kapcsolatának vizsgálata egyre nagyobb figyelmet kapnak.

Vizsgálatunk célja, hogy az A, B, illetve C klaszterbe sorolt páciensek mentalizációs képességét, kötődési stílusát, valamint temperamentum- és karakterdimenzióit és ezek egymással való összefüggéseit felmérjük, és egészséges kontrollszemélyek eredményeivel összehasonlítsuk.

A személyiségzavar fennállásának és típusának vizsgálatára a DSM IV. II-es tengely zavarainak felmérésére szolgáló Strukturált Klinikai Interjú (SCID-II), a globális tünetek súlyosságának megállapítására pedig a Derogatis-féle Tünetlista módosított változatát (SCL-90-R) alkalmaztuk mind a vizsgálati, mind a kontrollcsoport esetében.

A mentalizációs képesség mérése az Ekman 60 Faces teszt, az RMET (Reading the Mind in the Eyes Test), valamint a Toronto Alexitímia Skála (TAS-20), a kötődési stílus mérése a Közvetlen Partnerkapcsolatok Élményei (ECR) kérdőív, a temperamentum- és karakterdimenziók mérése pedig a TCI (Temperament and Character Inventory) kérdőív segítségével történt.

A vizsgálatunkban eddig 16 személyiségzavarban szenvedő, pszichiátriai osztályon kezelt páciens (A-klaszter: n=3, B-klaszter: n=9, C-klaszter: n=4; átlagéletkor=38,75±14,73), és 16 egészséges kontrollszemély (átlagéletkor=34,06±11,08) vett részt.

Az eredmények alapján személyiségzavarban az egészséges kontrollcsoportokhoz képest nagyobb valószínűséggel fordul elő mentalizációs deficit és bizonytalan kötődési stílus. A betegcsoport esetén az elárasztott kötődési stílus jelenik meg a leggyakrabban a klaszterbe tartozástól függetlenül. Az Ekman teszt alapján az A klaszterbe sorolt betegek a másik két csoporthoz képest szignifikánsan rosszabb mentalizációs képességgel rendelkeznek.

Az autizmus spektrum zavar megjelenése egy felnőtt pszichiátriai gondozó gyakorlatában

Rocsa Ágota, Kószeg Sára

XII. ker. Pszichiátriai Gondozó - FŐPSZICHE, Budapest
rocsa.agota@gmail.com

Az autizmus spektrum zavar előfordulási aránya 0,6–1%, ennek megfelelően Magyarországon feltételezhetően 60–100 ezerre tehető az érintettek száma. Ezzel szemben az egészségügyi és közoktatási statisztikák jóval kisebb arányszámokat mutatnak. OEP adatok alapján 2007-ben Magyarországon járóbeteg-ellátásban 3260 autizmus spektrum zavarral élő beteg jelent meg, ennek 23 %-a volt 15 és 29 év közötti és csak 2 %-a 30 év feletti.

Az autizmust gyermekpszichiátriai kórképként tanuljuk, ismerjük. A gyerekek felnőnek. A súlyosan fogyatékos autista betegek krónikus intézményekben élnek az életüket. De hol vannak a többiek?

A XII. kerületi Pszichiátriai Gondozóban korábban csak súlyos fogyatékos autista betegekkel találkoztunk. Ők családban élnek, napközibe járnak vagy hetes otthonban laknak. Szorongás, nyugtalanság, indulatkitörések, önsértés és egyéb viselkedési zavarok miatt szükséges gyógyszeres kezelésük, ezt biztosítjuk számukra rendelőkben.

2011-ben találkoztunk először olyan autizmus spektrumba tartozó beteggel, aki nem súlyosan fogyatékos. Egyikük, egy 18 éves fiatalember gyermekklinikai kivizsgálás után, Asperger szindrómásként jelentkezett. Szorongás, aggodalmaskodás, kényszereinek felerősödése, iskolába járási képtelensége miatt kért segítséget.

Másik, 37 éves nőbetegünk 2012-ben kínzó gondolatok és alvászavar miatt jelentkezett pszichotikus állapotban. Pszichológiai vizsgálat vetette fel az autizmus lehetőségét, amit a későbbi explorációk és az édesanyától felvett további anamnesztikus adatok megerősítettek. Az alkalmazott gyógyszeres terápia mellett pszichotikus tünetei lassanként lecsengtek, és megmaradtak a kisgyermekkorától folyamatosan meglévő autizmusra jellemző jegyek. Az új diagnózis a beteg számára megnyugvást hozott és a jövőre nézve új lehetőségeket teremthet.

A felnőtt ellátásban nem vagyunk felkészülve autista betegek megjelenésére, kezelésére. Mi most a betegekkel együtt tanuljuk az autizmus spektrumát.

A fenti két beteg kórtörténetét mutatom be.

A rákbetegség és az öngyilkosság kapcsolata

Rohánszky Léna¹, Katonai Rózsa², Bodoky György¹

¹Fővárosi Szent István és Szent László Kórház és
Rendelőintézet Onkológiai Centrum

²ELTE PPK Pszichológia Intézet, Pszichológia Doktori Iskola
mrohanszky@laszlokorhaz.hu

Bevezetés: Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a rákbetegséget kísérő fizikai és pszichés distressz fokozza az öngyilkosság kockázatát. A rák diagnózisa növeli az öngyilkosság gondolatának, a szuicid kísérletnek és a szuicid tett előfordulásának arányát. Ez az arány befejezett öngyilkosság esetén kétszeres az átlagpopulációhoz képest. A vizsgálatok szerint a férfi rákbetegek gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint a nőbetegek.

Cél: A pszichoonkológiai rendelésen megjelenő rákbetegek öngyilkossági késztetései megismerése.

Minta és módszer: Rákbetegek vegyes csoportja (738 fő, 84% nő). Kérdés: "A rákbetegség diagnózisa óta voltak-e öngyilkossági gondolatai". A kérdésre adott válaszokat az érzelmi állapot (szorongás, depresszió, észlelt stressz) és a megküzdés függvényében elemeztük.

Eredmények: A minta 14%-a számolt be öngyilkossági gondolatokról. Ez az arány a normál populáció hasonló kérdésre adott válaszához („Az elmúlt év során voltak-e öngyilkossági gondolatai?”, Hungarostudy 2006) háromszorosa. Az öngyilkossági gondolat megjelenése mintánkban szignifikáns kapcsolatot mutat a szorongás, depresszió és észlelt stressz emelkedett szintjével, valamint a depresszív copingban adott magasabb pontszámmal és a problémamegoldó coping alacsony értékével, valamint a háritó/elfojtó megküzdéssel. Vizsgálatunkban a férfi betegek öngyilkossági késztetése nem volt erősebb a nőbetegekénél.

Következtetés: A rákbetegség diagnózisára adott, valamint a betegségfolyamatot kísérő érzelmi reakciók és állapotok növelik az öngyilkosság kockázatát. A megküzdés bizonyos formái erősítik a kockázatot. Az öngyilkossági szándék és az érzelmi állapot szűrése fontos hozzájárulás lehet a beteg számára szükséges pszichológiai kezelések és támogatás biztosítása szempontjából a megelőzés érdekében.

Az alvási EEG spektrum magas frekvenciájú aktivitása és a szérumban II-6 szintjének kapcsolata vesetranszplantált betegek körében

Rónai Katalin Zsuzsanna¹, Lázár Sándor Alpár², Szentkirályi András³, Zoller Rezső⁴, Gombos Ferenc⁵, Lindner Anett⁶, Zsolt László⁷, Papp István⁷, Turányi Csilla¹, Szócs Júlia¹, Fornádi Katalin¹, Molnár Miklós Zsolt⁸, Mucsi István⁹, Bódizs Róbert¹, Novák Márta¹

¹Alvásmedicina és Pszichonefrológia Munkacsoport, Magatartástudományi Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Centre for Brain Repair, Department of Clinical Neurosciences University of Cambridge, Cambridge, UK

³Westfälische Wilhelms-University, Institution of Epidemiology and Socialmedicine, Münster, Germany

⁴1. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁵Dept. of Cognitive Science, Budapest Műszaki Egyetem, Budapest

⁶Neurológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁷Dept. of Physics, Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

⁸Division of Nephrology, Department of Medicine, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Canada

⁹Division of Nephrology, McGill University Health Centre, Royal Victoria Hospital, Montreal, Canada
ronaikatalin.fmc@gmail.com

Bevezető: Vesetranszplantált betegek körében gyakoriak a különböző alvászavarok. Több gyulladáscitokin, így az Interleukin-6 (IL-6) és a Tumor Necrosis Factor- α (TNF- α) szintje vesetranszplantált betegekben magas. Számos adat ismert e két citokin alvászabályozásban betöltött szerepéről. Az alvás alatti EEG spektrális elemzésével többek között kimutatható az agykéreg magas frekvenciájú aktivitása (MFA), ami fokozott kortikális tevékenységre (hiperarousal), illetve rosszabb alvásminőségre utalhat. Vizsgálatunkban a MFA és az IL-6, valamint a TNF- α kapcsolatát elemeztük vesetranszplantált betegek körében.

Módszerek: Vizsgálatunkba 56 vesetranszplantált beteget vontunk be (35 férfi és 21 nő, átlagéletkor 49 ± 13 év, a BMI 26 ± 4 kg/m², becsült GFR 50 ± 17 ml/min). Az IL-6 és a TNF- α szérumszintjének mérése ELISA-val történt (R&D Systems, Minneapolis, USA). Éjszakai polyszomnográfias vizsgálat után (SOMNOscreen) meghatároztuk az EEG frekvenciasávokba (beta1, gamma spektrumok a REM és non-REM; 2., 3. és 4. stádiumokban) eső spektrális teljesítményeket. A statisztikai elemzést STATA 8 software-rel végeztük.

Eredmények: Az IL-6 szintje nem mutatott szignifikáns összefüggést sem az alváslatenciával, sem a mély alvás arányával, ugyanakkor az alváshatékonysággal negatív korrelációt találtunk ($r = -0,372$, $p < 0,05$). A TNF- α nem állt szignifikáns kapcsolatban a PSG paraméterekkel. Az IL-6 és a REM alatt mért beta1 spektrum pozitív korrelációt mutatott ($r = 0,284$, $p < 0,05$), és ez az összefüggés többváltozós lineáris regressziós modellben független volt az életkortól, a nemtől, a vesefunkciótól az alvás alatti légzészavartól és a BMI-től is ($\beta = 0,37$, $p < 0,05$, a modellben a kimeneti változón transzformációt végeztünk). A TNF- α szintje az alvás alatti MFA-val nem mutatott összefüggést.

Konklúzió: Megfigyelésünk szerint az IL-6 szintjének emelkedése együtt jár az alváshatékonyság csökkenésével és az alvás alatti fokozott kortikális aktivitással (hiperarousal) vesetranszplantált betegek körében.

Az alvási EEG spektrum magas frekvenciájú aktivitása és a depressziós és inszomniás panaszok kapcsolata vesetranszplantált betegek körében

Rónai Katalin Zsuzsanna¹, Lázár Sándor Alpár², Szentkirályi András³, Zoller Rezső⁴, Gombos Ferenc⁵, Lindner Anett⁶, Zsolt László⁷, Papp István⁷, Turányi Csilla¹, Szócs Júlia¹, Fornádi Katalin¹, Molnár Miklós Zsolt⁸, Mucsi István⁹, Bódizs Róbert¹, Novák Márta¹

¹Alvásmedicina és Pszichonefrológia Munkacsoport, Magatartástudományi Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Centre for Brain Repair, Department of Clinical Neurosciences University of Cambridge, Cambridge, U K

³Westfälische Wilhelms-University, Institution of Epidemiology and Socialmedicine, Münster, Germany

⁴1. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁵Dept. of Cognitive Science, Budapest Műszaki Egyetem, Budapest

⁶Neurológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁷Dept. of Physics, Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

⁸Division of Nephrology, Department of Medicine, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Canada

⁹Division of Nephrology, McGill University Health Centre, Royal Victoria Hospital, Montreal, Canada
ronaikatalin.fmc@gmail.com

Bevezető: Vesetranszplantáltak körében gyakori az inszomnia és a depresszió, sokszor a két kórkép együtt fordul elő. Mind az inszomnia, mind a depresszió kialakulásában felmerül a hiperarousal szerepe, amire az alvás alatti EEG-n látható, ébrenlétre jellemző, magas frekvenciájú aktivitás (MFA) megnövekedése is utalhat. Jelen munkában kvantitatív EEG elemzéssel vizsgáltuk a MFA és az inszomniás és depressziós tünetek kapcsolatát vesetranszplantáltak körében.

Módszerek: Vizsgálatunkba 56 vesetranszplantált beteget (35 férfi, átlagéletkor 49 ± 13 év, BMI 26 ± 4 kg/m², becsült GFR 50 ± 17 ml/min) vontunk be. Az inszomniás és a depressziós panaszok jelenlétét az Athens Insomnia (AIS) és a Center for Epidemiologic Studies-Depression (CESD) skálákkal mértük. A teljes éjszakai polyszomnográfia során nyert alvási EEG-n szerkezetit, illetve kvantitatív elemzést végeztünk, meghatározva a REM és non-REM alvás alatti EEG beta1 (15,25–5 Hz) és gamma (35,25–45 Hz) frekvenciatartományokra eső abszolút spektrális teljesítményét. A statisztikai elemzést STATA 8 software-rel végeztük.

Eredmények: A mintában a CESD pontszám nem mutatott kapcsolatot sem a mély alvás, sem a felületes alvás arányával, sem az alváslatenciával. Az inszomniás panaszok súlyosságát jelző AIS pontszám pozitív korrelációt mutatott az alváslatencia hosszával ($r = 0,274$, $p < 0,05$). Az AIS pontszám pozitív korrelációt mutatott a REM alvás alatt mért beta1 frekvenciasáv-teljesítménnyel ($r = 0,294$, $p < 0,05$), míg a non-REM alatt regisztrált EEG esetében hasonló kapcsolatot nem láttunk. A CESD pontszám pozitívan korrelált a beta1 sáv teljesítményével REM-ben ($r = 0,268$, $p < 0,05$) és non-REM-ben ($r = 0,297$, $p < 0,05$), valamint a gamma sáv teljesítményével non-REM-ben ($r = 0,303$, $p < 0,05$).

Konklúzió: Az alvási szerkezettel szemben az alvási EEG magas frekvenciájú aktivitása érzékeny mutatója a depressziós és az inszomniás panaszok súlyosságának vesetranszplantált betegekben. E panaszok neurofiziológiai háttérmechanizmusában az alvás alatti hiperarousal jelentős szerepet játszhat. Mindazonáltal az inszomniás panaszok vonatkozásában ez az összefüggés csupán a REM alváásra korlátozódik.

Az alvászavarok prevalenciája a fizikailag bántalmazott nők körében

Sándor Imola¹, Dr. Györffy Zsuzsa¹, Dr. Torzsa Péter², Dr. Csoboth Csilla¹, Dr. Kopp Mária¹

¹SE ÁOK Magatartásudományi Intézet, Budapest

²SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest
sanimo@net.sote.hu

Bevezetés: A fizikai bántalmazás egészségre ható következményei jelentősek: a bántalmazás szoros kapcsolatban áll a szomatikus és a pszichés zavarokkal, valamint az életminőség alakulásával.

Cékitűzés: Jelen vizsgálatunkban a fizikai bántalmazás és az egyik leggyakoribb népegészségügyi probléma, az alvászavarok (inszomnia) összefüggéseinek vizsgálata.

Módszerek: Keresztmetszeti elemzéseink mintáját a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés női tagjai szolgáltatták (N=6987). Vizsgálatunkban az alvászavarok méréséhez az Athéni Inszomnia Skála magyar változatát használtuk.

Eredmények: Az inszomnia és a bántalmazás között kimutatható összefüggést találtunk: mintánk fizikailag bántalmazott tagjai szignifikánsan nagyobb arányban érintettek az alvászavarok problémájában. Mind a magasabb inszomnia skála pontszám, mind pedig az athéni inszomnia skála egyes itemjeinek különálló elemzése után megállapítható, hogy az alvászavarok valamennyi mutatója tekintetében a bántalmazott csoport szignifikáns többletet mutatott. A többváltozós elemzés után, az alvászavar potenciális rizikófaktoraira kontrollálva (életkor, iskolai végzettség, dohányzás, váltott műszakban való munkavégzés, fájdalmak megléte, egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága, valamint a kávéfogyasztás, illetve a depresszió) a fizikai bántalmazás az elalvási- (OR=1,707), átalvási- (OR=1,552) panaszok és nappali teljesítménycsökkenés (OR=2,024) tekintetében a fizikai bántalmazás fontos, magyarázó tényezőnek bizonyult.

Következtetés: Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a fizikai bántalmazás jelentős hatással lehet az alvászavarok kialakulására és/vagy fenntartására. A fizikai bántalmazás és a alvászavarok közötti kapcsolat pontosabb megismeréséhez további vizsgálatok szükségesek.

Ki védettebb a kiégés ellen?

Sarudi Katalin, Kóvári Edit

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, III.

Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

sarudikata@gmail.com

A Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórházban minden munkaköri csoportban dolgozóra kiterjedő kérdőíves felmérést végeztünk. A kiégettség mértékének vizsgálata, a kiégés folyamatában szerepet játszó komponensek, a legnagyobb feszültséget kiváltó okok mellett a kiégés ellen ható tényezőket, a megküzdés módjait és a következményes depresszió, szorongás mértékét is igyekeztünk feltárni.

Az átfogó vizsgálat számos szakirodalomból ismert és jó néhány nem várt komponensre, relációra hívta fel a figyelmet. Az eredmények közül a szociodemográfiai változók és a stressz elleni védőfaktorokat mérő skálák összehasonlításából kapott összefüggéseket ismertetem jelen előadásban.

A teljes mintára számolt korrelációs mutatók szoros negatív irányú kapcsolatot igazoltak a kiégettség mértéke (MBI) és az Élettel való elégedettség (RAHE 1), Életcél és kapcsolatok (RAHE 2), valamint a Társas támogatottság (ISEL) skálák között, így bebizonyosodott, hogy e skálák megfelelően mérik a kiégés elleni védőfaktorokat.

Eredményeink szignifikáns eltérést mutattak a nők javára az életcélok és a társas támogatottság vonatkozásában. Mindhárom védőfaktort mérő skála az iskolai végzettséggel mutatott szoros kapcsolatot, vagyis a magasabb iskolázottsággal hatékonyabb stressz elleni védekezés jár együtt. Az életcélok megléte az egészségügyben töltött évekkkel és az életkorral jelzett szignifikáns összefüggést, míg az összes munkában töltött idővel nem.

A magas mintaelemszám (átlagosan 722 teljeskörűen értékelhető kérdőív) révén megköszönhető arra következtetni, hogy az egészségügyben végzett munka és az idősebb kor nagyobb mértékben ad a dolgozóknak életcélokat és fontosabbá teszi számukra az emberi kapcsolatokat.

Vajon, lehet-e ez egy újabb magyarázat arra is, hogy miért öregszik el az egészségügyben a dolgozói stáb?

A neuregulin-1 (NRG1) által indukált AKT-foszforiláció összefüggése a kognitív funkciókkal szkizofréniában

Seres Imola¹, Balog Zsolt², Kelemen Oguz³,
Benedek György², Kéri Szabolcs^{4,5}

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²SZTE ÁOK Élettani Intézet, Szeged

³Bács- Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

⁴SZTE ÁOK Élettani Intézet; Országos Pszichiátriai Központ, Budapest

⁵Rutgers University, Newark, USA
szkeri2000@yahoo.com

Bevezető: Számos adat utal a NRG1 szerepére szkizofréniában, bár az adatok ellentmondásosak. Az NRG1 a Ras-MAPK és a foszfatidylinositol-3 kinase-protein kinase B (PI3K-PKB/AKT) intracelluláris hírvivőrendszeren keresztül fejt ki a hatását, az ErbB receptorokhoz kötődve. Vizsgálatunk célja az NRG1-AKT aktiváció, a klinikai tünetek és a neurokognitív funkciók összefüggéseinek megállapítása volt.

Módszerek: A vizsgálatban 40 DSM-IV diagnózissal rendelkező szkizofrén páciens és 30 kontrollszemély vett részt. NRG1a (65 aminosavból álló fragment az EGF doménből) segítségével stimuláltuk a perifériás vérből nyert B limfocitákat 30 percig. A sejtekből izolált proteint Western blott segítségével értékeltük. A független változó az aktivált p-AKT és a teljes AKT hányadosa volt. A klinikai tüneteket a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) segítségével számszerűsítettük. A kognitív funkciókat (figyelem, rövid- és hosszú távú memória, nyelv, vizuális-téri készségek) a Repeatable Brief Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) tesztcsoporttal mértük.

Eredmények: Az egészséges kontrollszemélyekhez viszonyítva a betegek esetében szignifikánsan csökkent pAKT/AKT hányadost találtunk ($p < 0,001$). Az RBANS generalizált neuropszichológiai deficitet igazolt ($d > 0,8$ minden doménben). Az AKT-aktiváció és a neuropszichológiai deficit között nem volt összefüggés ($r < 0,3$), viszont a teljes PANSS pontszám fordított korrelációt mutatott az aktivációs hányadossal ($r = -0,54$).

Következtetések: A perifériás biomarkerek közé tartozó AKT-aktiváció nem a neurokognitív funkciókkal, hanem az általános pszichopatológiai tünetek súlyosságával függött össze. További vizsgálatokat igényel annak megállapítása, hogy specifikusabb teszteljárásokkal kimutatható-e a jelen vizsgálatban rejtetten maradt összefüggés.

A beszédben mérhető akusztikai jellemzők depressziós hangmintákon

Simon Lajos¹, Vicsi Klára², Fodor Tamás²,
Dér Bálint¹

¹Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, TMIT, Beszédakusztikai Laboratórium, Budapest
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

A beszédtechnológia tudománya az elmúlt években rohamos fejlődésnek indult. Kialakultak olyan statisztikai, mesterséges intelligencia alapú eljárások, amelyek nagyszámú beszédminta akusztikai-fonetikai elemzésével képesek arra, hogy a beszédben megjelenő érzelmet, vagy kóros eltorzulásokat kimutassák. A kialakulóban lévő módszer alapja az, hogy igen nagyszámú, különböző tulajdonságokkal címkézett beszédminta – beszédatadbázis – akusztikai elemzésével jellemző paraméterek kereshetőek, és e jellemző paraméterek statisztikai feldolgozásával, modellépítéssel különbség tehető különböző tulajdonságú, például különböző érzelmi, hangulati tartalmú beszéd között. Ilyenek például a normál, ideges, bánatos, vidám stb. beszéd. De lehetőség nyílik a szervezetben lejátszódó, a beszédben is megnyilvánuló kóros folyamatok kimutatására is.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika a BME TMIT Beszédakusztikai Laboratóriumával együttműködve a depressziós beszéd akusztikai, statisztikai vizsgálatát tűzte ki célul. A Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán felvett beszédminták statisztikai elemzésével számos akusztikai jellemzőt találtunk, amelyek szignifikánsan eltérnek az egészséges és a depressziós beszédmintákon. Ezek a jellemzők két csoportra oszthatóak:

1. csoport – egyes beszédhangok akusztikai-fonetikai paraméterei
 2. csoport – a beszéd általános prozódiai jellemzői
- Előadásunkban e jellemzők leírását, a depressziós beszédben történő eltorzulásokat ismertetjük.

Hang a hangulatban - Hangelemzéses vizsgálat depressziós betegeken

Simon Lajos¹, Dér Bálint¹, Vicsi Klára², Sztahó Dávid²

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, TMIT, Beszédakusztikai Laboratórium, Budapest
balintder87@gmail.com

A beszéd nem csak nyelvi információt hordoz. A hangadás csecsemőkortól kezdve a kommunikáció eszköze, és ezt a funkcióját megtartja a beszéd kialakulását követően is. Egyes érzelmi állapotokra a hangmagasságból, a hangszínből a beszéd tempójából, a hangerőből csaknem ugyanolyan biztonsággal lehet következtetni, mint az arckifejezésből. A hangadás és beszéd három fő anatómiai résznek köszönhető: tüdő (respiráció), gége (phonáció), szájüreg (artikuláció), melyeket befolyásol az egyén érzelmi állapota, így a keletkező hanghullám jellegzetes eltérést mutat. Az agy, a limbikus rendszer befolyásolja (tervezés, irányítás, kivitelezés) a respirációt, a phonációt és az artikulációt.

Kutatásunkban arra keresünk választ, hogy a depressziós betegek beszédében milyen hangtani eltérések igazolhatóak az egészséges populációhoz képest. Vizsgálatunkban a Beck Depresszió Skálán (BDI) 15 pontnál többet elérő pszichiátriai osztályon fekvő depressziós betegek beszédét vesszük fel. A hangminta felvétele két részből áll, 5 perc szabad beszédet és egy standard szöveg felolvasását rögzítjük, majd ezeket a felvételeket elemezzük számítógépes eszközökkel. Az elemzés kapcsán vizsgálni szeretnénk, hogy a depressziós betegek akusztikai jellemzői milyen mértékben térnek el az egészségesekhez képest, vajon a teljesített BDI érték mennyiben befolyásolja a vokális változásokat.

Kutatásunk jövőbeni felhasználhatósága kiterjedhet egy olyan eszközre, amely segítheti a depresszió diagnosztikájának felállítását. Eredményeinknek szerepe lehet a depressziós betegek gondozásában, állapotjavulásának objektív megítélésében, vagy akár telekommunikációs eszközök segítségével történő diagnosztikában.

Géprajzok és technológia szkizofrén pszichózisban

Simon Mária

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
maria.simon@aok.pte.hu

Ha fenomenológiai szempontból átvizsgáljuk az elmúlt 200 év esetközléseit, akkor feltűnő, hogy az ipari forradalom óta a szkizofrén téveszmékben egyre növekvő számban jelennek meg az éppen legkorszerűbb technikai fejlesztések, műszaki újdonságok. A pszichoplaszticitás elmélet szerint ez a jelenség elsősorban a szkizofrén pszichózisokat jellemzi, a paranoid és affektív pszichózisokat kevésbé.

Az utóbbi másfél évtizedben pl. nemcsak az ufókkal, hanem mikrochippel, mobiltelefonokkal, GPS-szel, számítógéppel, internettel kapcsolatos élmények, de a Mátix című film alap gondolata és a Harry Potter féle „boszorkányságok” is a szkizofrén pszichózisokban jelentek meg legkorábban.

A műszaki folyamatok és jelenségek fenomenológiájának alapjellemezői olyan közel állnak a szkizofrén élményvilághoz, hogy strukturális párhuzam érhető tetten a technika és a pszichotikus élmények között. Elsőként: a gép működése a kívülálló számára nem látható, nem érthető, titokzatos, mágikus. Másfelől, a technikai berendezésekkel kapcsolatban megtapasztalható a határtalanság és az intruzivitás. Hiszen miközben a modern technika és természettudomány igyekszik kisöpörni minden irracionális és okkult tant, s egzakt, objektív magyarázatokkal szolgál, ennek a törekvésnek a fonákjaként egy átláthatatlan, kontrollálhatatlan világot hoz létre, mely egész életünket áthatja, és alkalmas a „láthatatlan erőkkkel” kapcsolatos kiszolgáltatottság élmények megfogalmazására is. Harmadrészt, a legújabb technológiák nemcsak a határainkat mossák el, hanem korlátlan lehetőséget kínálnak az alternatív valóságok teremtéséhez is. De (negyedrészt) a legfontosabb párhuzam technika és pszichotikus élményvilág között a szkizofréniában megfigyelhető lelki elgépiesedés szubjektív élménye. A páciensek gyakran beszámolnak arról, hogy életteli (lelki és/vagy testi) folyamataik elveszítik létszerű jellegüket és szintetikussá, mechanikussá válnak. Elvész a testben való otthonlét magától értetődő jellege, és a test egyre inkább elidegenedik. Másrészt a szubjektivitás élménye olyan kvázi-materializált tárggyá válik, mely az agyban helyezkedik el, s fizikális hatásokkal manipulálható, leolvasható, kiközvetíthető stb.

Számos példával illusztrálható, hogy a műszaki analógia jól alkalmazható a szkizofrén pszichózisok fenomenológiai megközelítésekor, valamint a vizuális alkotások megértése során.

Női alkotók a pécsi Reuter-gyűjteményben

Simon Mária

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
maria.simon@aok.pte.hu

A XX. század első felét vizsgálva azt találjuk, hogy a női alkotók/alkotások jelentősen alulreprezentáltak a pszichiátriai betegek műveit felölelő művészeti gyűjteményekben. Ez az arányeltolódás messze nem tükrözi a tartósan intézményben kezelt pszichotikus betegek nemi megoszlását. Különösen jellemző ez a pécsi pszichiátriai klinika Reuter-gyűjteményre, melyben a 40-es évek második felétől archiválták az első női alkotásokat – *Jakab Irén* tevékenységéhez kapcsolódóan. (Írások, főleg levelek, korábról is fennmaradtak.) E két legkorábbi női alkotó közül az egyik eredetileg professzionális művész, a másik képzetlen, s a rajzok mellett számos írást is hátrahagyott (valamennyit papírszalvétán!).

A jelenség hátterében szociokulturális tényezők sejtethők, melyek nemcsak az alkotók tevékenységét, de a gyűjtők szemléletét is meghatározták. Nem arról van tehát szó, hogy a nőbetegek kevésbé törekedtek az önkifejezésre. Sőt, nők esetében sajátos médiumpreferencia volt megfigyelhető (pl. előnyben részesítették a textiliákkal kapcsolatos technikákat, használati tárgyakat). A XX. század első feléből származó feljegyzések szerint azonban a pszichiátrián kezelt nőbetegek legelterjedtebben használt önkifejezési felülete a saját test volt. Ebből adódott jellemző műfajuk, a performansz, mely mulékony, ám spontán, expresszív és alkalmasint igen kreatív, eredeti megnyilvánulásokat tett lehetővé.

A 70-es évekre – társadalmi és kulturális változások mentén, melyek egyébként a pszichiátriát sem hagyták érintetlenül – megszorodtak a női alkotók a betegek körében. Papír alapú munkáik többnyire kifejezett érzelmi töltésűek, s gyakran alkalmaznak vizes technikát. Az archívumból azonban előkerült az egyik alkotó páciensnő anyjának kezelőorvoshoz írt rosszálló levele. Az anya nem tartotta ugyanis kielégítően gyógyultnak azt a leányt, akinek otthon „előbbre való a festés, mint a házimunka”.

A pszichiátriai gyűjtemények női alkotásait – hasonlóan bármely egyéb megnyilvánuláshoz – keresztül-kasul átszövik a mindenkori társadalmi diskurzus láthatatlan szálai. Jelen témak szemszögéből különösen meghatározóak a nők társadalmi helyzetéből, jogából, neveltetéséből, képzéséből fakadó rejtett/nyílt hatások, melyek sajátos változásokat mutattak a XX. század során. Az előadás ezen összefüggések és jelenségek bemutatására tesz kísérletet.

Mindennapossá váltak az egészségügyi dolgozókat érő atrocitások

Somoskövi Csilla, Lelovics Zsuzsanna, Repa Imre

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár
csilla39@msn.com

Míg 2011-ig 17 releváns nemzetközi tanulmány jelent meg (PubMed) az egészségügyi dolgozókat ért atrocitásokkal kapcsolatban, addig egyetlen év alatt (2012-ben) ez a szám több mint kétszeresére nőtt. Munkájuk jellegéből adódóan az egészségügyben dolgozók számos olyan hatásnak vannak kitéve, amelyek veszélyt jelentenek egészségükre. Az őket érintő kockázatok jelentős részével rendszeresen foglalkozunk, mint például a fizikai, kémiai, biológiai, ergonómiai kockázat, elemezzük azokat és próbáljuk a lehető legkisebb mértékre szorítani hatásukat.

Keveset, vagy alig törődünk azonban a pszichoszociális kockázatokkal, ezen belül azokkal az atrocitásokkal, amelyek az egészségügyi dolgozókat érik akár verbális, akár fizikai formában, pedig az Európai Munkakörülmények Szervezet felmérései szerint az egyes szakmák közül az egészségügy a legvesélyeztetettebb a fizikai, valamint a pszichikai erőszak szempontjából.

A statisztikák alapján kb. háromnaponta ért valamilyen támadás – garázdaság vagy testi sértés – orvost vagy ápolónót. Az adatok szerint pszichiátriai, a sürgősségi, a geriátriai, a gyermekosztályokon és a szakrendeléseken dolgozókat éri a leggyakrabban inzultus, de nincsenek biztonságban az orvosi várókban, illetve a folyosókon sem.

2010 decembere óta valamennyi egészségügyi dolgozó közfeladatot ellátó személynek minősül. Aki a feladatát ellátó egészségügyi dolgozót erőszakkal vagy fenyegetéssel akadályozza, esetleg bántalmazza, büntetést követ el, és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. A szerzők előadásukban a szakirodalom adatainak bemutatásán túl – az egészségügyi dolgozókat érő bántalmazásokra vonatkozóan – a jogszabályváltozás hatására is kitérnek.

Bio-pszicho-szociális modell a gyakorlatban - A szociális munkás szerepe a pszichiátriai esetkezelésben

Sorompó Anett, Sztanó Flóra, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest
sorompo.anett@freemail.hu

Sok olyan esettel találkozunk a gyermek- és minden bizonnyal a felnőtt pszichiátriai munka során is, melyek tulajdonképpen nem pszichiátriai megoldást igényelnek. Helyesebben mondván a gyermeknek olyan tünetei, környezetének pedig olyan panaszai vannak, melyek a pszichiátria tárgykörébe tartoznak, ám pusztán pszichoterápiás vagy gyógyszeres kezeléssel nem orvosolhatók. Az ilyen esetekben lesz „visszajáró vendég” a páciensből, aki újból és újból megjelenik az egészségügyben, de tünetei mégsem oldódnak meg egészen addig, amíg nem tájékoztatjuk ki az intervenciók lehetőségeinket. A bio-pszicho-szociális modell, amely – mint az orvosi gondolkodást meghatározó keret – régóta jelen van a köztudatban, a mindennapi gyógyító munkának mégsem vált szerves részévé.

A Bethesda Kórház Pszichoszomatikus részlegén a gyógyító team tagja a szociális munkás is. Fontos szerepet játszik a segítő folyamatban, hisz a szociális munka eszköztára nem csak azt teszi lehetővé, hogy közelebb kerüljünk a pszichiátriai tünetek okainak felderítéséhez, hanem sokszor azok megoldásában is segítséget nyújthat. A kórházi szociális munka a rehabilitációs alapelvek szerint használja fel az egyén megmaradt képességeit, erősíti benne a kompetencia érzését, hozzásegít az önsegítő mechanizmusok beindításához. Kapcsolatot teremt a külvilág és a védett kórházi terápiás tér között, mintegy visszavezeti az egyént és családját a normál élet kerékvágásába. Fontos szerepet játszik a terápiát vállaló egyén felkészítésében, „rászocializálja” a terápiára kliensét oly módon, hogy egy segítő kapcsolaton keresztül kiépíti a bizalmat a gyógyító teammel szemben. A szociális munkás minden esetben a beteg állapotának és terhelhetőségének megfelelően építi fel a segítségnyújtás folyamatát, rugalmasan alkalmazkodik kliense igényéhez, ezek elérésében maga is segítséget nyújt. Kapcsolatot tart az ellátórendszer tagjaival, megszervezi és kiépíti a védőhálót a beteg utógondozása érdekében. A betegek életének minden területére kiható professzionális segítségnyújtás elősegíti a terápia sikerességét, csökkenti a tünetek betegségé alakulásának esélyét. A terápiával párhuzamosan a szociális térben történő segítségnyújtással a problémák komplex kezelésére nyílik lehetőség, egymás munkáját kiegészítve, erőfeszítéseinket összehangolva érhetünk el sikereket a pszichiátriai esetkezelésben.

Előadásunk második felében konkrét példákon keresztül kívánjuk bemutatni a fent leírt interdiszciplináris együttműködés mikéntjét, illetve fontosságát.

“Terápia” egy pszichoterápiás szappanopera magyar szemmel

Dr. Stark András

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
stark@mail.iif.hu

Pár éve készült egy tele-regény Izraelben, Hagai Levi sorozata, a BeTipul, mely egy pszichoterapeuta beszélgetéseit rögzíti legérdekesebb pácienseivel. Az eredeti sorozat az HBO számára végül olyan meggyőző alapanyagként bizonyult, hogy szövegkönyvének egyes részeit, tőlük szokatlanul egy az egyben átvették, amerikai színészekkel, amerikai milióban újrarendelték. Ez év októberében már a magyar változatot kezdte sugározni az HBO Magyarországon. A pszichiátert *Mácsai Pál* alakítja, a szupervízorát *Csákányi Eszter*, a páciensek is a magyar szociokulturális térhez adaptáltak. Milyen e tancélosan hiteles izraeli és amerikai sorozat magyar szemmel? Erről beszélgetünk a munkacsoport keretében.

Pszichológiai indikációbecslés a gerincgyógyászati gyakorlatban

Stoll Dániel Péter, Bagdi Petra, Harkai Viktória, Horváth Dóra, Pataki Natália, Lazáry Áron, Varga Péter Pál, Császár Noémi

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest
danielpeter.stoll@gmail.com

A krónikus derékfájdalom a betegeknek okozott szenvedésen és képességromlason túl komoly társadalmi és gazdasági problémát jelent napjainkban. A derékfájdalomhoz közvetlenül köthető kiadások összessége az Egyesült Államokban éves szinten 12,2 és 90,6 milliárd dollár közé becsülhető, valamint a betegség közvetett költségei is hatalmas terhet jelentenek az egészségügyi ellátásnak.

A gerincsebészeti beavatkozások számos esetben drámai javulás lehetőségét ígérik, azonban a kedvező hatások túlnyomórészt rövid távon észlelhetőek. Megannyi esetben műtéttechnikailag sikeres beavatkozások ellenére fennmaradnak, visszatérnek vagy súlyosbodnak a beteg eredeti tünetei drasztikusan romtva az életminőséget és a munkába való visszatérés lehetőségét. Ezen betegek aránya meghaladhatja az összes gerincsebészeti beavatkozás 40%-át, amely sikertelen műtétek a rossz betegkiválasztásnak, az indokolatlan vagy nem megfelelő vagy inadekvát gerincműtéteknek tulajdoníthatók.

A tisztán orvosi alapú döntéshozatal állandó küzdelme, hogy az közel azonos szomatikus státusszal rendelkező betegek műtési eredményei között gyakorta drasztikus az eltérés. Korábban kérdéses volt, hogy melyek azok a tényezők, amelyek megbízhatóan jelzik előre a műtét sikerét vagy sikertelenségét, de ma már tudjuk, hogy az ideális kiválasztás egyaránt magában foglalja a beteg biológiai (orvosi), pszichológiai és szociális jellemzőinek értékelését.

Előadásunkban bemutatjuk az Országos Gerincgyógyászati Központban alkalmazott multidiszciplináris szemléletet, azt a munkamódot, amelyen keresztül pszichológusaink eredményen segítik az orvosi döntéshozatalt. Megismerhetik *Andrew Block* általunk a gyakorlatban is alkalmazott műtét előtti pszichológiai szűrőrendszerét, annak indikációs kritériumait. Részletes ismertetjük a legfontosabb műtési eredményességet befolyásoló környezeti-lélektani jelenségeket, mint az egészségmagatartás, családi státusz vagy a depresszió és más klinikai állapotokat. Továbbá eseti példával szemléltetjük a műtési rizikófaktorok döntési folyamatban játszott szerepét, az első orvos-beteg-pszichológus konzultációtól egészen a posztoperatív rehabilitációig.

A Hatvan Másodperces Rajzteszt személy-orientált statisztikai elemzései

Surányi Zsuzsanna, Wágner András (hallgató), Vass Zoltán

KGRE Pszichológiai Intézet, Budapest
zsuzsanna.suranyi@gmail.com

Vass Zoltán által kidolgozott online, pár perc alatt kitölthető 60 másodperces rajztesztet, melyben magunkat és hozzánk közel állókat kell körként lerajzolni, Magyarországon immáron közel 3000 kitöltő végezte el. A Psychogalaxy adatbázis a kitöltőkről e rajzteszt mellett többféle pszichológiai kérdőív, személyiségkérdőív adatait is őrzi.

Elemzéseink rámutattak, hogy a hosszú, sokszor hosszú órákat igénybe vevő személyiségtesztek skálapontszámával szignifikáns összefüggést mutatnak a 60 másodperces rajzteszt mutatói. Célunk az volt, hogy a hagyományos, korreláció alapú vizsgálatok mellett, modern statisztikákkal, profilelemzésekkel, neurális háló alapú elemzésekkel is megvizsgáljuk a rajzteszt mutatóiból alkotott profilok és egy új, 2010-ben publikált személyiségteszt profiljainak (Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire, *Aluja*, 2010) az összefüggéseit.

Az előadás emellett, hogy a 60 másodperces rajzteszt validálási eredményeit bemutatja, módszertani útmutatóul is kíván szolgálni a diagnosztikai kutatások számára. Megmutatjuk, hogy a hagyományos változó-orientált elemzések mellett miért fontos a személyorientált megközelítés is abban, hogy a teszteink alapján megbízható profil-értékeléseket tudjunk a vizsgálati alanyainknak adni.

A spirituális fogalma a Valláslélektani Pszichiátriai Osztály gyakorlatában

Süle Ferenc

Dr. Süle Bt., Budapest
sulefdr@gmail.com

Civilizációnk válságában az emberi lélekért leginkább felelősséget érzők két táborának, a pszichiátriának és a történelmi egyházaknak a válsága is részt vesz. A Valláslélektani Pszichiátriai Osztályt ez a szükséglet hozta létre. Betegeink azok voltak, akiknél a pszichopatológiai tünetek valamilyen intenzív vallási, spirituális élettel keveredve jelentek meg, a többségük pszichotikus volt. A nyelvzavar, ami ezen a területen uralkodik, szinte lehetetlenné teszi, hogy egymást értsük. Ez elkerülhetetlen feladatunkká tett, hogy a spiritualitás alapfogalmait és a lélektani kezeléseket célját és útját, amennyire lehet egyszerű fogalmakkal határozzuk meg. Így a mindenkire kiterjedő vezérlő értékrendnek a segítséget, a közösségi hasznosságot találtuk. A terápia legáltalánosabb célját az ember fejlesztésében határoztuk meg. A spiritualitást, mint a nem érzékelhető valóságok egyik formáját írtuk le, ami az egónak az életünk végső kérdéseivel való viszonyában jelenik meg. A projektív vallásosságot a természettudományok fejlődése már lehetetlenné tette, ez a válság egyik összetevője. A spiritualitás az emberi lélek jelensége, tehát benne található, ahogy Jézus mondja: „Az Isten országa tibennetek van.”. A lélekgyógyászat a pszichózisokban az emberi létezés legsúlyosabb zavaraihoz találkozik. A korszerű pszichiátriai ellátás ezt a kezeléseket három dimenziójával a biológiai, a szocioterápiás és a pszichoterápiás módszerekkel igyekszik kezelni. Ehhez mi 4. dimenzióként a spiritualitást is hozzávettük. A személyiség újrafelépítésére van szükség, amit a tranzakcióanalízis reparentálásnak nevez. Ez tapasztalatink szerint a terápiás közösség koncepciójában érhető el, ahol a mélylélektani pszichoterápia integrálja a biológiai, a szocioterápiás kezeléseket és a spirituális szemléletet. Ennek szervezési alapmodellje az egészséges családi élet, melyben a jin és jang princípiumok fejlődést segítő módon illeszkednek egymáshoz. A spiritualitáshoz, mint legfelsőbb rendezőelvhez való viszonyulás, megadja életünk értelmét és célját. Ez a lelki működés szempontjából rendező, integratív tényezőként az entrópiát csökkenti, ami az egónak többletenergiát ad és ökonomikusabb működést tesz lehetővé, azaz több örömmel éli az életét. Az élettelen világ az entrópia uralma alatt áll. A negentrópia növeléssel az ember egyben az élővilág alapműködésébe kapcsolódik be: azaz fejlődik.

Meddő kérdések? - Az IVF programban részt vevő páciensek pszichoterápiája a gyakorlatban

Süli Ágota, Higi Vera, Vereczkey Attila

Versys Clinics Humán Reprodukciós Intézet, Budapest
suliagota@gmail.com

A Versys Clinics Humán Reprodukciós Intézet megnyitása óta eltelt két év során több, mint 150 gyermekre vágyó kliens vett részt pszichoterapeutával, illetve pszichológussal egyéni, vagy páros konzultáción. Azok a páciensek, akik pszichoterápiás támogatásban vesznek részt gyakori problémaként fogalmazzák meg a késői gyermekvállalás miatt érzett időhiánnyal kapcsolatos szorongásaikat, valamint attól való féltelmüket, hogy nem lesznek képesek kihordani gyermeküket, akinek megfogadásához külső segítséget kénytelenek igénybe venni. Speciális, ugyanakkor egyre gyakoribb terület az egyedülálló, donációs programban részt vevő, valamint 40 év feletti páciensek pszichés támogatása az IVF program során.

A klinika pszichoterapeutája esetismertetésen keresztül mutatja be az IVF programban részt vevő páciensek támogatásának speciális nehézségeit, valamint az ezzel kapcsolatos szakmai dilemmákat.

Az antipszichotikumok farmakogenetikája

Süveges Ágnes¹, Llerena Adrian², Berecz Roland¹

¹DEOEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen

²Department of Pharmacology and Psychiatry, University of Extremadura, Badajoz, Spain
suvegesa@yahoo.com

A farmakogenetikai kutatások fontos célja a klinikailag jelentőséggel bíró citokróm enzimek genetikai polimorfizmusának, és a környezeti tényezők (dohányzás, interakciók) hatásának vizsgálata a pszichiátriai gyógyszeres kezelés kimenetelére.

A CYP2D6 gyógyszer-metabolizáló enzim kiemelkedő szerepet játszik a pszichofarmakonok lebontásában, genetikai polimorfizmusának fontosságát számos tanulmány is igazolja.

Az Extremadurái Egyetemmel folytatott közös vizsgálatunk során összesen 290 beteg adatait dolgoztuk fel. Rögzítettük a betegséggel kapcsolatos anamnesztikus adatokat, szociodemográfiai jellemzőket, a gyógyszeres kezelés pontos menetét. A kezelés hatékonyságának megállapításához klinikai skálákat használtunk (PANSS, Intersept, CGI). A mellékhatások értékeléséhez laboratóriumi mintavétel, fizikális vizsgálat és EKG történt, valamint UKU Mellékhatás Skálát rögzítettünk. A farmakogenetikai vizsgálatokhoz meghatároztuk a betegek CYP2D6 genotípusát.

A kutatás jelen fázisában kiemelkedő figyelmet fordítunk a mintában a risperidon kezelésben részesülő páciensekre. A risperidon elterjedt második generációs antipszichotikum, melynek metabolizmusában a CYP2D6 enzim kiemelkedő fontossággal bír, a risperidon 9-hydroxy-risperidone (9-OH-risperidone) átalakulás fő katalizátora. A 9-OH-risperidone szintén aktív antipszichotikus hatással bíró metabolit.

Munkánk során megvizsgáltuk, hogy a risperidon kezelés során alkalmazott dózisa mennyire befolyásolja a steady state plazmakoncentrációt. Az eredményeink alapján gyenge korrelációt találtunk a dózis és a risperidon, 9-OH-risperidone, valamint a risperidon és a 9-OH-risperidone összmenyiségével. Mivel a CYP2D6 enzim a risperidon/9-OH-risperidon átalakítás fő enzime, megvizsgáltuk az enzim aktivitásának és risperidon/9-OH-risperidon hányados kapcsolatát, amely szoros kapcsolatot igazolt ($r=0,8$, $p<0,0001$)

Eredményeink alapján a betegek risperidon/9-OH-risperidon hányadosának meghatározásával pontos képet kaphatunk a CYP2D6 enzim aktuális aktivitásáról. Az enzimaktivitás aktuális mértéke egyrészt a genetikai polimorfizmusból adódó eltérésektől függ, másrészt ahhoz adódnak hozzá az esetenként eltérő környezeti hatások, esetleges gyógyszerinterakciók. Az enzimaktivitás ismerete segítséget nyújthat a farmakokinetikai interakciók kialakulásának valószínűségére, illetve segíthet az egyes mellékhatások megjelenési valószínűségének megítélésében.

ProYouth – Európai kezdeményezés a mentális egészség támogatásában és az evészavarok megelőzésében – első eredmények Magyarországon

Szabó Kornélia, Sándor Imola, Papp Ildikó, Mezei Ágnes, Szumska Irena, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
szabkor@net.sote.hu

Jelen beszámoló a ProYouth nevű, európai kezdeményezés első magyarországi eredményeit mutatja be. Ez a program a mentális egészség szorgalmazása mellett elsősorban az evészavarok megelőzésére összpontosít. A ProYouth egy olyan ingyenes, on-line felület, ahol a regisztrált felhasználók igényüknek, problémáiknak, érdeklődésüknek megfelelő, különböző támogató modulok közül választhatnak. A kezdeményezés fő célkitűzése megbízható információ szolgáltatása és pszichoedukáció a mentális egészséggel és evészavarokkal kapcsolatban, egészségpromóció, a fiatalok segítése a gondot jelentő attitűdök és a rizikós magatartás feltérképezésében, tanácsadás, mellyel a fiatalok maguknak vagy másoknak segíthetnek, professzionális támogatás nyújtása, és amennyiben az on-line támogatás nem kielégítő, úgy a szakellátásba való jelentkezés szorgalmazása. A honlap a következő egységeket tartalmazza: szűrő kérdőív, támogató állapotkövetés és visszajelzés, általános információk evészavarokról, egyéni és csoportos chat, fórum, újdonságok, hírek.

Az online felület minden egysége – a chat-ülések is – pszichológusok irányítása és felügyelete alatt áll. Jelen előadás során beszámolunk a PY felülettel kapcsolatos, 2012 februártól, az indulástól számított tapasztalatainkról. Külön kitérünk majd a felhasználók általános jellemzőire, tüneteik súlyosságára, az oldalon folytatott aktivitásukra, az online modulok használatára, valamint az egyéni és csoportos chattel kapcsolatos tapasztalatokra. A ProYouth kezdeményezés mindenki számára lehetőséget biztosít a hozzáférhetőségre, olyan technológiák kizárólagos alkalmazásával, melyek széles körben elérhetőek. A platform hazai felületével kapcsolatos tapasztalataink alapján, felvetjük majd a hosszú távú alkalmazhatóság lehetőségeit, kihívásait. A ProYouth program többek között a EAHC (European Commission's Executive Agency for Health and Consumers) egészségprogramjának támogatását élvezti.

Kalandor, zenész, filozófus, botanikus. Rousseau a paranoiás zseni

Szabó András

Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
szaboa@nygyk.hu

Mi a közös Robespierre-ben és Tolsztojban? Mi kapcsolja össze a jakobinus diktátort, a forradalmi terror megszallottját a békés prófétával, aki még a rossznak sem akart erőszakkal ellenállni? Egy filozófus: *Rousseau*. Egyiknek bálványa, másoknak pedig egyik példaképe volt. Ellentmondásos alak lehetett, akinek hatása ilyen szélsőségeket váltott ki.

1712-ben született Genfben, tavaly volt éppen 300 éve. Anyja a szülést követően meghalt, 10 éves koráig apja nevelte, iskolába nem járt. Apjának menekülnie kellett, emiatt rokonokhoz került, de így is csak 2 évig kapott rendszeres képzést egy lelkésznél, majd inas lett, a vésnök mesterséget kezdte tanulni. 16 évesen elszökött Genfből, áttért katolikusnak, egy asszony vette pártfogásába. Autodidakta módon folytatta a tanulást, több mesterségbe belekóstolt, úgy folyt az élete, hogy kalandor lesz belőle, ami ebben a században gyakori foglalkozás (a leghíresebbek Casanova és Saint Germain gróf).

30 éves korában szakít ezzel az életmóddal, a zene felé fordul, kidolgozott egy új kottaírási módszert, zenét szerzett, egy operáját bemutatta a párizsi opera, ő írja a híres Enciklopédia zenei szócikkeit.

Sikerei ellenére kerül a embereket, a nőktől különösen fél. Mai diagnosztikai kategória szerint szociális főbiában szenved. Csak egy oligofrén cselédlánnyal tud tartós kapcsolatot kialakítani, aki cselédje, ápolója, majd élettársa lesz, végül kijelenti róla, hogy a felesége. Állítólag 5 gyermekük született, akiket mind lelencházba adtak.

1750-ben jött az újabb fordulat. Egy pályázat jut a tudomására, melyre értekezést ír, első díjat szerez. Ekkor indul rövid, ám annál zajosabb filozófusi karrierje. Az értekezések mellett írt egy nagyszerű regényt, „Julie, avagy az új Héloise”, 40 év alatt 50 kiadása volt! Emellett egy 600 oldalas nevelési „tanácsadót” is alkotott, „Émile, avagy a nevelésről”. Ebben kifejtett vallásfilozófiai nézetei miatt először került összeütközésbe a cenzúrával, menekülnie kell, mivel le akarják tartóztatni. Menekül, és közben egyre jobban elhatalmasodik rajta a paranoia. Ezután írja meg önéletrajzát „Vallomások” címmel, ekkor írásainak témája szinte kizárólag saját maga.

Újra vált: növénytanal foglalkozik, ebben is szakértő lett. De fő foglalkozása az, hogy menedéket keres. Utoljára Ermenonville-ben találja ezt meg. 1778. július 2-án halt meg. Síremléke a Pantheonban van, nagy ellenfele, *Voltaire* mellett.

CDT% (carboanhydrat-deficient-transferrin) értéke fiatalkorúaknálSzabó György¹, Zacher Gábor², Bajnóczky István³, Könczöl Franciska³, Jegesy Andrea³, Frenkel Emil⁴, Dinya Elek⁵, Szabó Gergely⁶¹Táv Kft Enese²Péterffy Sándor úti Kórház³PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Tanszék⁴Kassa Bel Klinika⁵Sote Központi Informatikai Csoport⁶Deutschland Bad Reichenhall Rehabilitacion Klinik

InnereMedicin Abteilung

drszabogyorgy@t-online.hu

Irodalmi adatok és saját vizsgálataink szerint napi 60g alkohol rendszeres és tartós fogyasztása, illetve bizonyos egyéb kábítószeres, teljesítmény-fokozók rendszeres fogyasztása, vagy toxikus gázok rendszeres és tartós belégzése a CDT% (szénhidrátszegény transferrin) tartós megemelkedését okozza – az ilyen szereket nem fogyasztó (toxikus szer expozíciójának nem kitett) személyek átlagához képest. Az összehasonlításához azonban nem állnak rendelkezésre az absztinensek standardjai. Ilyen adatokat a szakirodalomban sem találtunk. (Az alkoholizmus laboratóriumi differenciáldiagnosztikai kritériuma a GGT, az MCV és CDT% hármán alapszik.)

Vizsgálataink célja az absztinensek cut-off értékeinek meghatározása volt.

Vizsgálati anyag és módszer: Vizsgálatainkat immun-turbidimetriával (2nd generation Hitachi) végeztük. A vizsgálati anyagot 300 személytől (14–18 éves gimnazista) vettük, akik absztinensnek mondták magukat. Közülük több, mint 150 soha nem találkozott valamelyik szerrel; a többiek valamelyik szert (legfeljebb 1–2 alkalommal) „kipróbáltak”; 30 személy toxikológiai osztályra beszállított heveny mérgezett volt.

Eredmények: A „biztosan absztinens” („abszolút tiszta”) fiatalok cut-off értékei 1,6–1,8 közötti, a „nem biztosan absztinens” fiatalok értékei 1,8–4,25 közötti értékeken voltak. (Az 1,8 feletti értéket mutatóknál az emelkedés – a felnőtt korúakhoz hasonlóan – szignifikáns.) 6 fiatalkorúnál találtunk 1,5 alatti CDT% értéket; mind a 6 fiatal anamnézisében szerepel kezelést igénylő, pszichiátriai megbetegedés.

Megbeszélés: Az alkoholfogyasztás az utóbbi években a fiatalkorúaknál jelentősen megemelkedett. Eredményeink szerint a CDT% a fiatalkorúak esetében is hasznos diagnosztikus információt jelenthet mind a rendszeres italfogyasztás mind az egyéb (toxikus) szerek fogyasztásának felismerésénél, és – leginkább – az akut segítségre szoruló ellátásánál. A „biztosan absztinens” („abszolút tiszta”) személyek CDT% standardja 1,6–1,8 közötti érték; az ennél magasabb érték toxikus expozíció gyanúját veti fel.

Tisztázásra szorul, hogy a CDT% átlag alatti értékek jellemző-e valamely pszichiátriai betegségre?

A mentalizációs készség szerepe a segítő hivatás iránti tartós elkötelezettség kialakulásában

Szabó József¹, Tóth Szilvia², Karamánné Pakai Annamária³

¹PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központ, Zalaegerszeg

²Zala Megyei Kórház, Pszichiátriai Osztály, Zalaegerszeg

³PTE ETK Ápolástudományi Tanszék, Pécs

testudo@zalasam.hu

Háttér: A napjainkban sokat kutatott mentalizáció pszichopatológiai jelentősége közismert ténynek számít. A mentalizációs készség deficitje figyelhető meg például szkizofréniában (Besche-Richard, C. et al 2012., Bora, E. et al 2010.) depresszióban, demenciában, autizmusban (Gleichgerrcht E, et al 2012) és egyes személyiségzavarokban is (Shamay-Tsoory, S.G. et al 2010.). A segítő kapcsolatok hatótényezőivel, a segítő személyiségével foglalkozó kutatásokban is egyre inkább előtérbe került a mentalizáció és az érzelmek felismerésének képessége a korábban széles körben elterjedt empátiás készséggel szemben, valószínűleg a kognitív idegtudományok ezakt módszereivel történő könnyebb megközelítés miatt (Jankowiak-Siuda, K. et al 2011.). A kutatásokban ma már gyakran alkalmazott fMRI és PET vizsgálatok eredményeiből azt is tudjuk, hogy ezek a készségek mely agyi régiók aktivitásához köthetők (Schulte-Rüther, M. et al 2008.).

A vizsgálat: Azt szeretnénk volna bizonyítani, hogy a segítő hivatás iránti tartós elkötelezettség háttérben kimutatható a mentalizációs készség magasabb szintje. A jelenség összetettsége miatt csak a mentalizáció egyik szűk, de fontos szegmensét vizsgáltuk, az érzelmek arc kifejezésből történő felismerésének képességét, amely egyúttal a vele szoros kapcsolatba hozott érzelmi intelligencia fontos komponenseként is értelmezhető (Qualter, P. et al 2011.). Hipotézisünk az volt, hogy egészségügyi dolgozók körében az érzelmek felismerésének jobb képessége együtt jár a pálya iránti tartós elkötelezettséggel, így a pályát választó, ám még nem dolgozó hallgatók esetében az mérhetően alacsonyabb, mint az egészségügyi végzettséggel rendelkező, szakmájában dolgozó és munka melletti további képzést vállaló kollégáik esetében. Ennek megfelelően egyik vizsgálati csoportunkba első éves, nappali tagozatos, ápolás és betegellátás alapszakon tanuló hallgatók kerültek, míg a másikba az intézményünkben folyó esti és levelező tagozatos egészségügyi szakképzésbe járók, akik eredeti szakmájukban (ápoló) dolgoztak. Vizsgálatukat a Reading the Mind in the Eyes teszt (RMeT), a készítőik által közzétett magyar fordításának segítségével végeztük el (Baron-Cohen, S. et al, 2001). Azt feltételeztük, hogy pontszámaik T-próbával történő összehasonlításában szignifikáns különbség mutatható ki a két csoport eredményei között.

Eredmények, megbeszélés: A vizsgálatban nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatnunk.

Depressziós tünetek és a Minnesota Modell: egy utánkövetéses vizsgálat eredményei

Szabó Katalin^{1,2}, Szikszay Petronella³, Andó Bálint¹, Janka Zoltán¹, Must Anita¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

³Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Osztály, Szigetvár
szabokati87@gmail.com

Elméleti háttér, célkitűzés: A Minnesota Modell (MM) egy elsősorban alkoholbetegek számára létrehozott rehabilitációs kezelési program, melynek célja a teljes és végleges szermentesség. A kezelés időtartama körülbelül 5 hónap, melynek többek között része az intenzív egyéni, családi és csoportterápia, gyógyszeres kezelést csak az elvonási időszakban kapnak a betegek. A depressziós tünetek gyakran járnak együtt alkoholbetegséggel, illetve súlyosbodnak közvetlenül az alkoholfogyasztás felhagyását követően, ezért a kezelés során figyelembe kell venni ezek mértékét. Jelen utánkövetéses vizsgálatunk célja annak feltárása volt, hogy a MM-ben résztvevő alkoholbeteg páciensek depressziós tünetei mutatnak-e változást a kezelés során, illetve az utolsó alkoholfogyasztás idejének növekedésével. Hipotézisünk, hogy a MM szerinti kezelésben eltöltött idővel (és az absztinencia hosszával) csökkennek a depressziós tünetek.

Módszerek: A Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Rehabilitációs Osztályról vontunk be 72 résztvevőt (44 férfi, 28 nő) és velük végeztük el az utánkövetést. A depressziós tünetek súlyosságának meghatározására a rövidített Beck Depresszió Skálát (BDI) alkalmaztuk. Az utánkövetés során 4 időpontban történt adatfelvétel: a bekerüléskor, a kezelés során 2 alkalommal, illetve a kezelés végén. A statisztikai vizsgálat során ismételt mérés varianciaanalízist alkalmaztunk.

Eredmények: A 4 időpontban történő adatfelvétel során szignifikáns csökkenés figyelhető meg a BDI pontszámok esetében ($F=11,66$, $p=0,002$).

Következtetés: A MM szerinti kezelés során, illetve az utolsó alkoholfogyasztás idejének növekedésével, csökkennek a depressziós tünetek, amelynek háttérben leginkább az alkoholbetegség kezelésére irányuló intenzív terápiás beavatkozás állhat. Továbbá körültekintően kell eljárni a depresszió diagnózisának felállításakor alkoholbetegségben, mert felmerülhet, hogy a megváltozott alkoholfogyasztási szokások (fogyasztás felhagyása) állnak a hangulati problémák háttérben. A MM szerinti kezelés alkalmas az alkoholbetegséggel kapcsolódó depressziós tünetek csökkentésére is.

Az élődonoros vese-transzplantációra való alkalmasság pszichológiai szempontjai

Szabó Zsuzsa, Gazdag Gábor

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest
zsuzsa.szabo10@gmail.com

Az élődonoros vese-transzplantáció lehetősége a recipiens túlélési esélyeit jelentős mértékben növeli a várólistás transzplantációhoz képest. A transzplantáció során nagy jelentősége van a donor és a recipiens pszichológiai alkalmasságának egyaránt. A recipiens részéről a compliance hosszú távú együttműködési képességet, szabálykövetést, a kognitív funkciók kielégítő működését jelenti a transzplantációt követő hosszú gondozási időszakban.

A transzplantációt megelőzően az orvosi alkalmasság mellett a donor megfelelőségét illetően számos kérdés merül fel a pszichés alkalmasság vonatkozásában is. A másodlagos előnyökért vállalt donációt ki kell zárni, és kellő körültekintéssel kell felmérni azt is, hogy milyen motiváció vezérli a donort elhatározásában.

Két esetet mutatunk be a vizsgálat összetettségének érzékeltetésére és a legjellemzőbb problémák bemutatására.

Első esetismertetésünkben egy fiatal párt mutatunk be. A 22 éves fiatalember és 24 éves barátnője másfél éve élnek együtt. A lány gyerekkora óta vesebeteg, január óta peritoneális dialízis kezelésben részesül, felmerült a veseátültetés szükségessége. A várólistán több mint kilencvenen vannak a lány előtt, ezért a barátja felajánlotta neki az egyik veséjét.

A pszichiátriai és pszichológiai vizsgálat során a többek közt a következő kérdésekre kerestünk választ: van-e valamilyen pszichiátriai betegsége, személyiségzavara, kognitív deficitje bármelyiküknek, milyen a szociális helyzetük, használnak-e drogot, alkoholt, milyen együttműködésre képesek, mennyire képesek a szabálykövetésre, milyen a kapcsolatuk kohéziója, mi motiválja a donort.

A félig strukturált pszichodinamikus interjú mellett MMPI, Rorschach és kapcsolati leltár (DyAs) készült mindkét féllel. Ezek eredményeképpen alkalmasnak bizonyultak pszichés szempontból a transzplantációra.

Második esetünkben egy középkorú házaspár jelentkezett a vizsgálatra. A pszichiátriai explorációt követően a vizeletvizsgálat a donor részéről THC használatot mutatott. A pszichológiai vizsgálatban nem bizonyultak együttműködőnek. Többszörű időpont-egyeztetés ellenére sem jelentek meg a vizsgálaton. Az első interjú alapján inkább játszmának, mint valódi elhatározásnak látszott a donor donációs szándéka. Véleményünkben az együttműködés hiányát tudtuk csak leírni.

Esetismertetésekkel az élődonoros transzplantáció pszichés vonatkozásainak fontosságára és buktatóira szeretnénk felhívni a figyelmet.

A temperamentum és karakter jellemzők alakulása hangulatzavarokban

Szász Orsolya¹, Györkös Eszter², Lőke János², Rózsa Sándor³

¹Dr. Kenesey Albert Kórház, Pszichiátria, Balassagyarmat

²Szent Borbála Kórház, Pszichiátria, Tatabánya

³ELTE Pszichológiai Intézet, Személyiség- és

Egészségpszichológia Tanszék, Budapest

szasz76orsi@gmail.com

A hangulatzavarban szenvedők személyiségstruktúrájának szerveződése kulcsfontosságú szerepet játszik a pszichodiagnosztikai munkában, a betegség lefolyásában és a hatékony kezelés megválasztásában.

Kutatásunkban a Cloninger-féle átfogó bio-pszicho-szociális személyiségmodell dimenzióinak mintázatait vizsgáltuk 83 hangulatzavarban szenvedő páciens (71% nő) körében, különös figyelmet fordítva a szorongás, a depresszió és az észlelt stressz mértékét meghatározó temperamentum- és karakterjellemzőkre.

A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI-R) felvétele mellett pácienseink az alábbi önjellemző mérőeszközöket is kitöltötték: Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív (DASS-21), Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (PANAS), Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90R), Stresszhelyzetek Megküzdési Kérdőíve (CISS-48).

A lépésenkénti lineáris regressziós elemzéseink alapján a szorongás és a depresszív súlyossági mutatók legfontosabb prediktorai az Önirányítottság, az Ártalomkerülés és az Érzelmi fókuszú megküzdés. Az észlelt stressz mértékét a fentiekén túl a Kitartás is jelentősen befolyásolta. A vizsgálatba bevont személyeink túlnyomó többségét (53%) éretlen karakter jellemezte (alacsony Önirányítottság és alacsony Együttműködési készség), ami valamilyen személyiségzavar meglétét valószínűsíti. A lineáris kapcsolatokon alapuló elemzéseink mellett, a Kitartás dimenzió mentén magas és alacsony csoportba sorolt személyek depresszió és szorongás pontszámait is elemeztük. A kapott eredményeink rámutattak arra, hogy a Kitartás dimenzió jól differenciál a fokozottan szorongó hangulatzavaros páciensek és a kevésbé szorongók között. A fokozott Kitartás ugyanis mind a pozitív, mind a negatív érzelmek mértékét megnöveli. Ennek alapján feltehető, hogy a Kitartás a depresszió protektív tényezője, ami inkább a szorongás rizikóját növeli.

A kapott eredményeink rávilágítanak a hangulatzavarban szenvedők tünetmintázódásainak sajátosságaira, és a személyiségjellemzők konfigurációs elemzésének szükségességére.

Többszintű öngyilkosság-megelőző programok és eredményeik Magyarországon. EAAD, OSPI-Europe

Székely András, Purebl György

SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest
szekely7@gmail.com

A SE Magatartástudományi Intézete által irányított hazai öngyilkosság-megelőző programok több helyszínen zajlottak 2004 óta. Az első program, az European Alliance Against Depression (EAAD) Szolnokon zajlott 2004–2007 között, ezt követte 2010–2011-ben az Optimizing Suicide Prevention programs and their Implementation in Europe (OSPI-Europe) Miskolcon. A programokat az EU támogatta, különböző forrásokból, 17 európai országban.

A programok alapját a Gotland-study és annak továbbfejlesztett változata (Nuremberg Alliance Against Depression) képezték. A többszintű programok az alábbi csoportokat célozták: házi orvosok, lakosság, közösségi segítők, veszélyeztetett csoportok. A programok során tájékoztatást, képzést nyújtunk a résztvevőknek a depresszióról, a kezelési lehetőségekről, kompetencia-határokról, egyben fejlesztjük a segítői hálózat kiépülését.

EAAD eredmények: A program ideje alatt, 2005-ben Szolnokon az öngyilkossági arány 57%-kal, 2006-ban 46%-kal volt alacsonyabb az előző 9 év átlagánál. A férfiak közt nagyobb csökkenés volt megfigyelhető, mint a nők közt, valamint a telefonos lelki elsősegély szolgálatoknál jelentősen megnőtt a férfiak által kezdeményezett hívások száma.

OSPI-Europe eredmények: A program ideje alatt Miskolcon 2011-re a befejezett öngyilkosságok aránya a 2009-es szint 79%-ra csökkent (férfiak: 85,4%, nők 59%), míg a kontrollvárosban (Szeged) 133,3% lett (183,3% és 74,3%). Különösen a nők körében nem volt soha ennyire alacsony (7,72 százalékpont) az érték.

Kísérletek: Az összegyűjtött kísérletek adatait a MONSUE kérdőív alapján soroltuk be. Az eredmények alapján a program elsősorban a férfiak öngyilkossági kísérleteinek a számát csökkentette. Miskolcon a 19–65 éves korosztályban a férfiak közt a 2009-es szint 74%-ra csökkent a kezelt esetek száma (kontroll: 98%). A gyógyszerek által elkövetett kísérletek aránya a férfiak közt 67%-ra csökkent (kontroll: 111%). Szintén a férfiak közt volt megfigyelhető a „Serious intent to die” besorolású esetek csökkenése, 85%-ra (kontroll: 113%).

Értékelés: A programok során a hangsúly a helyi közösségek összefogásának facilitálásán volt, melyet közös programokkal, oktatókkal, képzéssel értünk el. Az összefogás, a probléma felismerésének javítása, a lakosság tájékoztatása során a problémakör különböző szintjeire sikerült hatni a különböző helyszíneken, ami arra utal, hogy a többszintű beavatkozás által keltett szinergikus hatások segítségével érhető el az öngyilkosság hatékony megelőzése.

A meddőség mint trauma

Szigeti F. Judit

SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest
jutkavagyok@yahoo.com

A traumatizáltsághoz vezethető stresszorok súlyosságuk szerint egy skálán helyezhetőek el (*Weathers és Keane, 2007*). Bár szigorúan véve a meddőség nem illik bele a DSM-IV-R 'A' kritériumába, tartóssága és a vele járó kumulatív veszteségek miatt mégis traumának tekinthető (*Rosner, 2012*). A trauma olyan szignifikáns esemény, mely egyrészt nem ignorálható, másrészt inkompatibilis a korábbi mentális reprezentációkkal (*Perczel Forintos, 2005*). Meddőség esetén az egészség, a családalapítás és a társas szerepek betölthetőségének alapsémája kerül veszélybe (*Gibson, 2007*). Továbbá, a meddőségi kezelése során adódó új történések, remények és csalódások akadályozzák a megelőző traumatikus események (pl. a meddőségről való értesítés) feldolgozását (*Lalos, 1999*). Mindezek alapján a meddőség szakirodalmában szűk, de erőteljes vonulaton képez a trauma fogalmaiban való értelmezés (*Paul et al, 2010; Schwerdtfeger és Sheffler, 2009*). Egy friss kutatás szerint a meddőséggel küzdők 46%-ának állapota kimeríti a PTSD kritériumait (*Bradow, 2012*).

Célkitűzés: a reprodukív traumával gyakran együtt járó pszichés megbetegedések feltárása magyar nők körében.

Módszer: hatvanhárom fős kényelmi, keresztmetszeti minta felmérése önkéntes, részben sztenderdizált kérdőívvel.

Eredmények: a vizsgált nők depresszióértékei szignifikánsan magasabbak a Hungarostudy Epidemiológiai Panelvizsgálat országos reprezentatív vizsgálatban talált 2006-os pontszámoknál (BDI-S; $p < 0,05$). Az élet értelmességének mértéke szignifikánsan alacsonyabb körükben az átlagnépesség sztenderdjénél (BSCI-LM-7; $p < 0,05$). Állapot- és vonásszorongás-szintjük azonban nem különbözik ezektől ($p = 0,205$; $p = 0,477$).

Konklúzió: a meddőséggel való szembesülés traumatikus életesemény, melynek következtében a termékenységre várók lényegesen lehangoltabbak és életüket kevésbé érzik értelmesnek a reprodukív nehézségekkel nem küzdőknél. Ez megfontolandóvá teszi a meddőségi kezelése során nyújtott pszichés támogatás beépítését a szakmai protokollba.

Szociológia és spiritualitás

Szilágyi Györgyi¹, Kosza Ida²

¹Partiumi Keresztény Egyetem, Nagyvárad

²Pomáz, Partiumi Egyetem

Laikus, és időnként tudományos körökben is elhangzik, hogy a szociológia tudománya elsősorban materialista szemléletű, melynek főbb vonulatai az objektív mutatókkal mérhető társadalmi adatokra támaszkodnak. Való igaz, hogy a pozitívizmus és az idők folyamán egyre nagyobb szerephez jutó statisztikai elemzési módszerek kelthetnek ilyen benyomást, ám ha a szociológia klasszikus szerzőinek munkásságát vizsgáljuk, számos olyan általuk vizsgált kérdéskört találunk, melyek a spirituális, hitbéli folyamatoknak és jelenségeknek kitüntetett figyelmet szentelnek. Ráadásul ezeket a tényezőket nem önmagukban, hanem ezek társadalomra gyakorolt hatását, hatásmechanizmusait vizsgálva. Munkásságukban a spirituális tartalmak jelentős társadalmi funkciókat látnak el, vagyis alapvetően funkcionális paradigmában vizsgálták a spirituális jelenségeket. Úgy vélték, hogy ezek, illetve az egyének szintjén megjelenő hitbéliség fontos szerephez jut akkor, amikor a társadalmi kohézió megteremtése vagy megtartása forog kockán, amikor az egyéneket integrálja a társadalomba, normarendszert állít fel a közösségek számára és megvédi azok tagjait.

Mindezek lazulása, háttérbe szorulása olyan anómia állapotot eredményezhet, mely értékvesztéssel, öngyilkossággal, céltalansággal fenyegeti a közösség tagjait. Bár a szociológiatörténet során változó, hogy mely szerzők milyen paradigmán keresztül igyekeztek a társadalomtudományok fejlődéséhez hozzájárulni, de a szociológiai kutatásokban a mai napig helye van, és a klasszikusok fogalmi rendszere révén mindig is helye lesz a spirituális folyamatok vizsgálatának, melyek meghatározó erővel bírnak a társadalom jellegére.

Konkrét példa a poszttraumás stressz-zavar, mely a globalizáció korában szinte epidémiának tekinthető a társadalomban megjelenő számos tünetével. Ezek a különböző súlyosságú tünetek gyakran elkísérhetik az embert élethossziglan. A megoldás, a gyógyulás egyetlen lehetősége a spirituális gyógyulás.

Az atópiás dermatitisz pszichológiai korrelátumai

Szilágyi Gabriella¹, Czeglédi Edit², Rigó Adrien³

¹Egységes Református Pedagógiai Szakszolgálat, Kiskunhalas

²SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

³ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és

Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest

czedit@gmail.com

Bevezető: Az atópiás dermatitisz (AD) veleszületett atópiás hajlam alapján kifejlődő, multifaktoriális úton öröklődő, gyakori, viszketéssel, száraz bőrrel járó, recidiváló, idült, esetenként más allergiás betegségekkel kombináltan jelentkező bőrgyulladás. Az AD kapcsán a pszichés és fiziológiai összefüggések feltárására irányuló kutatások a nemzetközi szakirodalommal ellentétben hazánkban csak szórányosan fordulnak elő.

Céltűzés: A vizsgálat célja az AD pszichológiai korrelátumainak feltérképezése volt.

Módszerek: Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkban AD-vel élő felnőttek vettek részt (n=116; 71% nő; átlagéletkor: 30,9 év [SD=13,63 év, terjedelm: 18–83 év]). Mérőeszközök: az AD objektív súlyosságára vonatkozó kérdéssor, a jelen kutatás keretében magyar nyelvre adaptált Bőrgyógyászati Életminőség Index, Észlelt Stressz Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív, Vonásszorongás skála.

Eredmények: Az AD objektív súlyossága pozitív irányú kapcsolatot mutat az észlelt stressz-szel ($r=0,28$; $p=0,003$), a szorongással ($r=0,36$; $p<0,001$) és a depresszióval ($r=0,30$; $p=0,002$); emellett a bőrgyógyászati betegséggel kapcsolatos életminőség romlásával jár együtt ($r=0,65$; $p<0,001$). A mediációs elemzés eredményei szerint az észlelt stressz és a bőrgyógyászati betegséggel kapcsolatos életminőség között az AD objektív súlyossága részleges közvetítő szerepet tölt be (Sobel $z=2,87$; $p=0,004$; $R^2=43,9\%$) a nem, az életkor és az iskolai végzettség kontrollja mellett. A többszörös lineáris regresszió-elemzés eredményei szerint a potenciális háttérváltozók (nem, életkor, iskolai végzettség, észlelt stressz, vonásszorongás) kontrollja mellett a bőrgyógyászati betegséggel kapcsolatos életminőség a depresszió szignifikáns magyarázó változója ($\beta=0,20$; $p=0,043$). A modellben az AD objektív súlyosságának nincs szignifikáns előrejelző értéke a depresszióra nézve ($\beta=-0,05$; $p=0,608$).

Következtetések: Az AD súlyossága kedvezőtlen pszichológiai korrelátumokkal bír. A fokozott stressz-élmény az AD objektív súlyosságának növekedésével és a bőrgyógyászati betegséggel kapcsolatos életminőség romlásával, ez utóbbi pedig a depresszió növekedésével jár együtt. Mindez rámutat a stresszmenedzsment potenciális jótékony hatására az AD-vel élők körében, és intervenciók pontokra derít fényt az e bőrbetegségben szenvedők kezelésének interdiszciplináris megközelítései számára.

Kórházunkban előforduló Creutzfeldt-Jakob betegekkel való tapasztalataink

Szlávik Győző, Kis Barna, Vincze Gábor

Pándy Kálmán Kórház, Pszichiátriai Osztály, Gyula
szlavikg@t-email.hu

Prionfertőzést követően a betegek akár évekig tünetmentesek. A korai tüneteket – mnesztikus zavarok és zavartság – követően demencia és az agykárosodás egyéb tünetei is jelentkeznek, és hónapok-hetek alatt fokozatosan súlyosabb formát öltenek. Ritkán családi halmozódást is leírtak, mely az örökletes genetikai hátteret is felvetette.

Az utóbbi tíz évben kórházunkban tíz igazolt esetet jegyeztek, melyek közül öt esetben álltak fent akut pszichiátriai osztályos kezelést indokló pszichopatológiai eltérések. Egy esetben a Creutzfeldt-Jakob betegséghez Progresszív Supranucleáris Bénulás is társult. A két kórkép együttes fennállása ritka, de a magyarországi prionbetegség gyűjteményben előfordult. Két esetben családi halmozódás is mutatkozott, ami szintén elég ritka.

Rendszerszemléletű gondolkodás a pszichiátria mindennapi gyakorlatában

Szomolnokyi Tímea

Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátria, Budapest
sheldon1@freemail.hu

A rendszerszemlélet egy komplex megközelítési módszer, amelynek alapelve, hogy egy rendszer nem egyszerűen az alkotóelemek halmaza, hanem azoknak együttesként viselkedő egység. A rendszerszemléletű család- és párterápia célja, hogy elméleti téziseket dolgozzon ki arra vonatkozóan, hogy a szociális rendszerekben élő emberek, hogyan alakítsák ki saját valóságukat, gondolkodási sémáikat, és mindazon kognitív és érzelmi viszonyrendszerüket, amelyek gondolkodásukat, képzetáramlásukat, érzéseiket, és cselekedeteiket befolyásolják

A rendszerszemléletű családterápia fenti hitvallása alapján egyértelmű, hogy nem lehet nem hatni egymásra a családon belül, és mindenki aktív részese a családi összjátéknak. Ennek tükrében a problémás viselkedés, például az alkoholfüggőség sem izolált jelensége a családi életnek, hanem a család struktúrájának, és működésmódjának jellegzetes része, a család egészének metaforikus módon megnyilvánuló zavarát, diszfunkcióját leképező jelenség. A rendszerszemléletű megközelítés a családot tekinti a problémák keletkezésének és a terápiás beavatkozás leghatékonyabb színterének, így elengedhetetlen a páciens és családjának rendszerszemléletű terápiás megsegítése a rehabilitáció folyamatában.

A Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriai osztályának egyik alapelve, hogy az intézményes alapellátást kiegészítő, és támogató pszichiátriai rehabilitáció keretén belül a páciens az aktív kórházi kezelést követően a megfelelő pszichiátriai szakorvosi kezelés mellett, rendszerszemléletű családterápiás vezetés segítségével illeszkedjen vissza a családi rendszerbe, illetve a társadalomba. Az osztályunk mindennapi gyakorlatában megvalósuló betegvezetés, és rehabilitációs program e hatékony formáját szeretném egy eset kapcsán bemutatni. Az esetbemutatásban hangsúlyozom a rendszerszemléletű gondolkodásmód szükségességét és fontosságát a klinikai gyakorlatban – a diagnózisalkotás fázisától kezdődően az osztályos terápiás munkán át egészen a rehabilitációs programig.

A pszichoterápia neurogenesisre, neuroplaszticitásra és génextpresszióra kifejtett hatása

Szondy Máté¹, Albu Mónika¹, Kővári Edit²

¹Károli Gáspár Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

²Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, III.

Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

kovari.e@jahndelpest.hu

A humán neurogenesis XX. század végi felfedezése óta egyre szélesebb körben vizsgálják a pszichoszociális tényezők neurogenesisre, neuroplaszticitásra és génextpresszióra kifejtett hatását.

Jól ismert, hogy a korai elhanyagoló környezet és a stresszorok mind állat, mind humán modellekben károsan befolyásolja az idegsejt- és szinapszisképződést. Az utóbbi években – az epigenetika, illetve a pszichoszociális genomika tudományának fejlődésével párhuzamosan – merült fel annak a lehetősége, hogy ennek a folyamatnak a hátterében az aktivitás/tapasztalat függő génextpresszió áll. Az azonnali korai gének (immediate early genes, IEGs) aktivitását a mindennapos események órák, percek alatt megváltoztatják, aminek következtében „olyan fehérjék és növekedési faktorok termelődnek, melyek megváltoztatják a neuronok szinaptikus kapcsolatainak erejét és eloszlását (agyi plaszticitás) és a pluripotens őssejtekből új idegsejtek kifejlődéséhez vezethetnek (neurogenesis) (Nagy és Kovács, 2009).

Poszterünk áttekinti azokat a kutatásokat, amelyek a pszichoterápia neurogenesisre, neuroplaszticitásra és génextpresszióra kifejtett hatását vizsgálják. Az interperszonális terápia (Brody és mtsai, 2001), illetve a kognitív viselkedés-terápia (Goldapple és mtsai, 2004) farmakoterápia alkalmazása nélkül is kimutatható funkcionális agyi változásokat eredményez. A relaxáció (Dusek és mtsai, 2008), a hipnózis (Atkinson és mtsai, 2010) és a tudatos jelenlét (mindfulness) (Creswell és mtsai, 2012) gyakorlása mind igazoltan hatással vannak a génműködésre.

Az olyan pozitív pszichoszociális élmények, mint a pszichoterápia a génműködés módosításán keresztül is befolyásolja az idegrendszer szinaptikus kapcsolatait és így funkcionális és strukturális agyi változásokat eredményezhet.

Intenzív fájdalom-terápiás program a Bethesda Gyermekkorházban

Sztanó Flóra, Major János, Szikszai Andrea, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkorház, Budapest

sz.flora@gmail.com

A Bethesda Kórházban 6 éve működik Pszichoszomatikus Részlegünk, melynek célja, hogy pszichés problémákkal küzdő gyermekek, illetve családjuk segítségére legyünk. Az évek folyamán egyre inkább a pszichoszomatikus zavarok felé fordult figyelmünk, hiszen belgyógyászati, illetve neurológiai osztályunkkal együttműködve időben tudunk beavatkozni az ilyen jellegű problémáknál. Pszichoszomatikus Részlegünk a Rehabilitációs Osztállyal közös infrastruktúrával működik, így nemcsak pszichiáter, pszichológus vesz részt a gyerekekkel való munkában, hanem szociális munkás, gyógytornász, ergoterapeuta, logopédus is segíti munkánkat. Ágykapacitásunk 8 ágy, osztályunkon tervezett módon diagnosztikus kivizsgálás zajlik, illetve a már „ismert” gyerekek számára intenzív egyhetes csoportterápiás lehetőséget biztosítunk.

2011 tavaszán két belgyógyász kollégánk tanulmányúton, illetve egyikük több alkalommal önkéntesként is Németországban járt a Veszfáliai Gyermekklinia Gyermekfájdalomterápiás Centrumában Dattelnben. Az ottani terápiás rezsimről szerzett ismereteket és saját terápiás csoportjaink tapasztalatait gyűrtük össze, és 2012 augusztus végén két hetes Fájdalom-terápiás programot szerveztünk krónikus fájdalommal élő gyermekek számára. A program integrált módon tartalmazta azokat a terápiás elveket, melyek ma a krónikus fájdalom-terápia területén kiemelten fontosak: pszichoedukáció, munka a családdal, konkrét technikák megtanulása a fájdalom kezelésére, kognitív technikák alkalmazása. Programunkban 8 gyermek és családja vett részt.

Előadásunkban áttekintjük, hogy jelenleg a krónikus fájdalom területén milyen terápiás módszereket ajánlanak, részletesebben kitérünk saját programunk mintájául szolgáló német modell ismertetésére. Bemutatjuk saját terápiás foglalkozásunk menetét, illetve a program elején és a három hónapos utánkövetés (2012. december eleje) alkalmával felvett hatékonysági, pszichodiagnosztikai tesztek eredményeit.

Tervezzük, hogy csoportprogramunkat kitérítjük a pszichoszomatikus problémákkal küzdő gyermekek számára. Hosszú távú célunk, hogy ezzel a „pilot” csoporttal elindítsunk egyfajta specializációt, hiszen eddig is sok szomatizációs zavarral küzdő gyermek fordult meg osztályunkon, ám így célzottan, megfelelő struktúrát biztosítva még hatékonyabban tudunk nekik és családjuknak segíteni.

Budapesti ÉLETEK szentgotthárdi KÉPEKBEN

Takács Marianna

Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona,
Szentgotthárd
marianna@freemail.hu

Idén 60 éves a Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek szentgotthárdi Otthona. Az évfordulóra az intézmény alkotó kedvű lakóinak műveiből – ahogy 10 évvel ezelőtt is – Prof. Dr. Hárdi István szerkesztésében képzőművészeti album kiadását tervezzük. A kötetet az otthonban folyó művészetterápiás csoportokon készült művek is gazdagítják. A 734 lakót ellátó intézményben a művészetterápiás tevékenységeket három főállású művészetterapeuta segítségével egységes szemlélet mentén, de különböző módszereket alkalmazva szervezzük. Az egyéni és csoportos terápiákat az egyes betegség típusokhoz, terápiás célokhoz, az aktuális állapothoz igazítjuk. A közel két évtizede működő alkotóműhelyt nyitott csoportként kialakult, önálló alkotóközösség látogatja. Lehetőséget biztosítunk új tagok csatlakozására, a különböző technikák kipróbálására, a meglévő képességek fejlesztésére. Az alkotás során a pszichés energiákat a pozitív változás irányába igyekszünk eljuttatni a belső, önszorgító, gyógyító folyamatok elérése érdekében. Lehetőséget teremtünk, hogy a lakók egy biztonságos, empatikus közegben traumáikat, konfliktusaikat feldolgozzák. A lakók megtapasztalhatják indulataik áttételes levezetését, érzéseik megfogalmazását. Az elkészült képek alapján módunk nyílik az alkotók lelki állapotváltozásainak, az alkotások dinamikájának követésére. Az alkalmazott eljárások fontos támogatói az orvosi eljárásoknak. A Szentgotthárdi Gyűjtemény jelenleg csaknem 500 alkotásból áll és minden héten újabb és újabb művekkel gyarapodik. A képeket mindig a beteg személyiségevel együtt, a betegség történetének függvényében értelmezzük, rendszeres követéssel, összehasonlító-sorozatos rajzvizsgálattal, azaz dinamikus rajzvizsgálattal. Az előadás ebből a hatalmas anyagból kíván néhány érdekes esettörténetet ismertetni az elkészített alkotások képi kifejezés-pszichológiai elemzése alapján. Miként áll saját lábára s talál egyéni stílusára a sokáig féltékeny sok traumát megélt festő? Hogyan tudja tudatalanját páratlanul élményszerűen megjeleníteni a külső ingerekre hiányos érzelmi reakciót mutató magányos művész? Mit rejtene az élettörténetek szimbólumai? Az egyes motívumok különböző összefüggésben történő ismételt előfordulásai? A belső, olykor elrejtett élmények képi kifejezésükkel hogyan válnak megismerhető valósággá? Ilyen és ehhez hasonló kérdésekről, sokszor évtizedekig követett „képi utakról”, emberi sorsokról készült ez a prezentáció.

Lamotrigine alkalmazása hereditár koproporfriához társuló szkizoaffektív zavarban. Esetismertetés és irodalmi áttekintés

Dr. Takács Rozália¹, Dr. Makkos Zoltán¹, Dr. Kassai-Farkas Ákos¹, Dr. Pusztai Ágnes², Dr. Gazdag Gábor³

¹Nyíró Gyula Kórház - I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Országos Porphyria Központ, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest

³Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Ambulancia, Budapest
paleocerebellum@yahoo.com

Bevezetés: a porfíriák változatos, öröklődő, metabolikus betegségecsoportot alkotnak. Egyes vizsgálatok alapján pszichiátriai betegek körében a különböző porfíria típusok előfordulása 0,21%–0,48 % közötti, ami magasabb arányt jelent az átlagpopulációhoz képest. Az akut porfíriás rohamok leggyakoribb kiváltó tényezői a stresszhatás, diéta hibák, hormonális változások, infekciók mellett, a porfirinogén hatású gyógyszerek alkalmazása. A pszichiátriai tünetek kezelése alkalmanként nehézségekbe ütközik, mivel a modern pszichiátriai gyógyszerek porfíriában való alkalmazásáról nem áll rendelkezésre megfelelő mennyiségű információ. A lamotrigine hangulatstabilizáló hatása és különösen depresszív epizódok megelőzésében betöltött szerepe bizonyított. Akut porfíriákban való alkalmazásáról azonban nem áll rendelkezésre megfelelő számú vizsgálat, illetve a különböző nemzetközi ajánlások sem képviselnek egységes álláspontot lamotrigine alkalmazására vonatkozóan.

Célkitűzés: tanulmányunkban egy hereditár koproporfriában szenvedő, szkizoaffektív zavar tünete miatt akut pszichiátriai osztályra felvett beteg lamotrigine-nel történt sikeres kezelését ismertetjük.

Esetleírás: F.M., 38 éves nőbeteg, aktuális, első pszichiátriai osztályos felvételére sürgősséggel került sor, pszichotikus állapot miatt. Hereditár koproporfriáját 9 évvel az aktuális felvételt megelőzően diagnosztizálták. 20 mg olanzapine beállítása után a beteg pszichotikus tünete háttérbe szorultak. Figyelembe véve a hangulati fluktuációra vonatkozó anamnesztikus adatokat és főként depresszív epizódok jelentkezését, lamotrigine alkalmazását kezdtük el, mely mellett a beteg tünetmentessé vált. Az akut fázis lezajlását követően, már lamotrigine alkalmazása mellett végzett kontrollvizsgálat a porfíriát inaktívnak mutatta.

Megbeszélés: A rendelkezésre álló adatok alapján a lamotrigine porfíriában való alkalmazását a különböző nemzetközi ajánlások „valószínűleg biztonságosnak” ítélik meg. Lamotrigine sikeres és komplikációmentes alkalmazásáról porfíriában tudomásunk szerint jelen beszámoló az első az irodalomban.

Rehabilitációs lehetőségek a pszichiátriai betegek otthonában

Takácsné Hargitai Beáta

Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona,
Szentgotthárd
takacsne.beata@gotthardotthon.hu

A Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárdon, a nyugati határ szélén, az ország és Közép-Euróra legnagyobb, pszichiátriai betegek tartós ápolását-gondozását nyújtó intézménye. A mai modern irányelvek szerint az ilyen nagy létszámú otthonok működtetése már nem megfelelő a nagy beteglétszám és a zsúfoltság miatt. Ezen elvekkel összhangban intézményünk is rehabilitációs, rehabilitációs célokat tűzött ki. A célok eléréséhez készült egy program, melynek segítségével kiválasztjuk és felkészítjük a rehabilitációra alkalmas lakókat az elkövetkező „belső” és külső kitagolásra. Az otthon rendelkezik már egy 14 férőhelyes lakóotthonnal, ahol gondozottaink kis segítséggel, de önállóan élnek. A további kitagolási lehetőségekhez pedig forrásokat kell találnunk. Jelenleg az intézményen belül próbálunk nagyobb önállóságot biztosítani lakóink számára egy részleg átalakításával.

A Rehabilitációra Felkészítő Részleg 2012 őszén kezdte meg működését 22 fővel, akik megfelelő felkészítésben vettek és vesznek részt. A részlegbe került lakókat egy rehabilitációs szakember által összeállított ún. rehabilitációs szűrő segítségével választottuk ki az alkalmasnak vélt 98 gondozott közül. Az itt élő kliensek számát és autonómiáját fokozatosan bővítjük.

Előadásomban a részleg kialakításának és működtetésének céljairól és kezdeti eredményeiről szeretnék beszámolni. A program elindítása óta egy jól működő terápiás közösséget sikerült kialakítani a rehabilitációs team segítségével. A kliensek önellátási képességei és szociális készségei javultak. Minden lakó részt vesz munkaterápiában és különböző szocioterápiás foglalkoztatásban, készségfejlesztésben.

A végleges célunk az alkalmas és felkészített kliensek külső lakóotthonokban és védett lakásokban való elhelyezése.

Szakmai nagycsoport az MPT vándorgyűlésén

Terenyi Zoltán, Gál Béla, Kavetzky Péter, Milák Piroška

Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesület, Budapest
milakpiroska@freemail.hu

A szakmai nagycsoport mind hazánkban, mind nemzetközileg sok évtizedes múltra tekint vissza. Az MPT megalakulása például többek között a nagycsoporttal is dolgozó Pszichoterápiás Hétvégéjében születő szerveződésnek köszönhető.

A szakmai nagycsoport szabad verbális kapcsolódáson és a résztvevők azonos pozícióján alapuló, vezetett, nem strukturált csoport. A kötetlen tematika lehetővé teszi, hogy a témák széles skálája megközelíthető legyen: ezek a személyestől az általános társadalmi szintig terjedhetnek. A személyesség a szakmai nagycsoport esetében elsősorban az úgynevezett szakmai személyiség/identitás szintjén jelenik meg.

A szakmai nagycsoport általánosságban több funkciót szolgálhat: megadhatja egy sajátos közegben való szakmai találkozás élményét, lehetőséget teremt a rendezvény egészére történő reflektálásra, a rendezvény különböző szinterein szerzett tapasztalatok megosztására, integrálására és végül a szakmai nagycsoport a szakmai közösség belső nyilvánosságának egyedi lehetősége.

Jelen projektünk célja, hogy az MPT vándorgyűlésének részeként szakmai nagycsoportot hozzunk létre. Ennek előkészítésére, megvalósítására csoportozásban jártas szakemberekből álló 4 fős team vállalkozik a MaCsoport felkérésére. A csoportüléseket a teamből kikerülő páros vezeti. A rendezvény időtartama alatt 3 nagycsoport ülés lesz – ez elegendő ahhoz, hogy a nagycsoportokon átívelő folyamat is érzékelhető legyen. A szakmai nagycsoport nyilvános tér – egyfajta agora – a résztvevők szabadon csatlakozhatnak, illetve dönthetnek a távolmaradás mellett; ezek a döntések is bekerülhetnek a reflektív térbe.

A szakmai nagycsoportnak a programba való beépítése mellett a fentiekben túl további érvek, szempontok is szólnak:

- Újdonságot jelent, színesíti a programot egy szakmailag megalapozott eseménnyel;
- a vándorgyűlés résztvevői számára közelebb hozza a nagycsoport műfaját. A szakmai nagycsoport nem alternatívája a plenáris előadásoknak, a tudományos szekciónak, inkább egy olyan reflektív tér, amelynek tükrében, más oldalról is megnézhető a vándorgyűlés mint esemény és mint a tudományos tudás komplexitása, sűrítőménye. A nagycsoport a résztvevők számára a “közönség/hallgatóság” státuszánál intenzívebben adhatja a személyes jelenlét élményét és ezen keresztül a szakmához való viszony, a saját szakmai identitás átgondolására nyújt mással nem helyettesíthető lehetőséget.

A nagycsoport ülések mellett a tudományos program keretében egy önálló workshopot is szervezünk.

Magyar orvostanhallgatók mentális egészségének követése

Tolvay Katalin¹, Kósa Karolina²

¹Pszichiátriai Magánrendelés, Debrecen

²DEOEC Népegészségügyi Kar, Egészségfejlesztési Tanszék, Debrecen

katalin.tolvay@gmail.com

Bevezetés: Az orvosi tanulmányok egyéb tanulmányokkal összehasonlítva magas krónikus stresszt eredményezhetnek orvostanhallgatók körében. Ez társulhat szorongással, depresszióval, és kiégéshez vezethet. Munkacsoportunk egy követéses longitudinális vizsgálat lebonyolítását kezdte meg 2009-ben a Debreceni Egyetem akkor elsőéves orvostanhallgatói körében tanulmányaik kezdetén, azzal a céllal, hogy felmérje a diákok mentális egészségét, az őket érő stresszt, illetve a rájuk jellemző diszfunkcionális attitűdök mértékét. Teljes körű lekérdézés történt. Jelen előadás e felmérés első három évének eredményeit mutatja be.

Módszerek: A vizsgálatához egy 87 kérdéses, önkitöltős, névtelen kérdőívet alkalmaztunk, először az első tanulmányi év kezdetén, majd ugyanezt a kérdőívet másod-, harmad- és negyedév elején ismét felvettük ugyanebben a hallgatói populációban. A kérdőívben demográfiai adatokat, depresszió-, szorongás-, stresszmérő skálákat, diszfunkcionális attitűd skálát, koherencia érzést mértünk, másod- és harmadéven megkérdeztük az előző év tanulmányi eredményeit.

Eredmények: 2009-ben 201, 2010-ben 156, 2011-ben 197 értékelhető kérdőívet kaptunk, ez 93, 83, illetve 95%-os válaszadási arányt jelent a beiratkozott hallgatók körében. Másodév elejére a mentális egészség valamennyi mutatója szignifikáns romlást mutatott. (GHQ-12: $p=0,002$, PSS4: $p=0,000$, DASS21 stressz alskála: $p=0,000$, DASS21 depresszió alskála: $p=0,002$, DASS21 szorongás alskála: $p=0,003$). Az eredmények harmadév elejére javulnak, de nem érik el a kezdeti értéket, és nem szignifikánsak. A nem teljesített tárgyak és ismételt vizsgák száma összefügg a mentális egészség mutatóival. (A regressziós elemzés p értékei: ismételt vizsgák-PSS4: $p=0,002$, -koherenciaérzés: $p=0,001$, -társas támogatás: $p=0,002$, nem teljesített tárgyak-DASS21 szorongás alskála: $p=0,008$, -DASS21 depresszió alskála: $p=0,002$, -koherenciaérzés: $p=0,001$, -társas támogatás: $p=0,000$).

Következtetés: Az első év során drámai mértékben romlik a hallgatók lelki egészsége. A tanulmányi teljesítmény összefüggést mutat a pszichés stressz mutatóival. Fontosnak tartjuk olyan kurzusok szervezését az orvosképzés első éveiben, amelyek az orvostanhallgatók stresszkezelő technikáit fejlesztik.

Újranyílik a Tárt Kapu Galéria

Tóth Eszter¹, Komáromi Erzsébet Katalin²

¹Merényi Gusztáv Kórház, Budapest

²Gyógyfoglalkoztatásért Alapítvány, Budapest
info@tartkapugaleria.com

Hazánkban először az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (OPNI) 2004-ben megnyílt Tárt Kapu Galéria adott helyet art brut alkotásoknak. Ezt követően a terápiás műhelyek kiállításait a szakma, a közönség, a kortárs művészek és a műgyűjtők nagyfokú érdeklődése kísérte és támogatta Magyarországon is. Az alkotói közösségek jelentős képzőművészeti életművek formálódását segítették; a bemutató kiállítások sorozatát az OPNI bezárása szakította félbe 2007-ben.

5 év kitartó munka, erőfeszítés és 1 éves előkészület után 2013 januárjában újranyílik a Tárt Kapu Galéria Budapest szívében, a IX. kerületi Önkormányzat támogatásával.

Előadásomban a Tárt Kapu Galéria újraindításában rejülő széles körű lehetőségeket szeretném ismertetni.

- A magyarországi art brut művészet most először kap bemutatói lehetőséget a Belvárosban, mely elősegíti integrálását a hazai kulturális és művészeti életbe, szakmai fórumot teremtve a különböző műhelyek együttműködéseinek. Nemzetközi kapcsolatainknak köszönhetően a Galéria európai színvonalra emeli és kapcsolatrendszerbe ágyazza a magyarországi art brut művészetet, s az ehhez kapcsolódó szakmai munkát.

- Otthont ad a különböző diskurzusok termékeny összefűzésének, több szakterületet (művészet, művészetterápia, pszichiátria, orvostudomány, gyógy-pedagógia, művészettörténet, társadalomtudomány, szociális szféra) összefogó rendezvények, előadások, konferenciák, továbbképzések számára, mind hazai, mind nemzetközi viszonylatban.

- Edukációs és közösségi programjaink segítségével a társadalom széles rétegeihez juthat el a mentális zavarokkal élők üzenete a művészet non-direkt, non-verbális csatornáin keresztül.

A Tárt Kapu Galéria méltó körülmények között, a Belső-Ferencvárosban, az Iparművészeti Múzeum és a Ráday utca szomszédságában szolgálja a mentális zavarokkal élők ügyét. A Galéria programját, mind a kiállításokat, a művészeti műhelyt, a szakmai és közösségi rendezvényeket tekintve interdiszciplináris szemlélet alapján szervezzük. Olyan projekteket igyekszünk megvalósítani, melyek a nagyközönségnek szólnak, mégis érzékenyen és beható módon segítenek hozzá egy holisztikus és humánus társadalomszemlélet kialakulásához, és a magyarországi art brut művészetet építő kontextusba helyezve mutatják be.

PREDI-NU: Európai együttműködés a depresszió megelőzésére és a kapcsolódó ismeretek bővítésére. Egy innovatív, e-health alapú intervenció bemutatása

Tóth Mónika Ditta¹, Németh Adrienn², Cserháti Zoltán³, Székely András¹, Purebl György¹, Túry Ferenc¹

¹SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Vadaskert Alapítvány, Budapest

³Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest
tmonika85@gmail.com

Háttér: A depresszió és az öngyilkosság két fontos, nagymértékben átfedő közegészségügyi probléma Európában. A depressziós páciensek ellátásának fejlesztése hatékony megközelítésnek tekinthető az öngyilkosság megelőzésében. A PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) az Európai Szövetség a Depresszió Ellen közösségi alapú intervenció programra épül, és az abban feltárt két fő problémát célozza meg: 1. A depressziós páciensek pszichoterápiához és farmakoterápiához való korlátozott hozzáférése; 2. A korábbi intervenciók eszközei nem illeszkednek kellőképpen a serdülők igényeihez, illetve a jól megalapozott hálózatok hiánya, melyek segítséget nyújtanának serdülők és fiatal felnőttek számára depresszió, vagy öngyilkossági magatartás esetén. Ezért kulcsfontosságú a tudatosság fejlesztés, illetve a fiatalok szükségleteihez illeszkedő innovatív intervenció megvalósítása.

Célkitűzés: A kutatás elsődleges célja egy irányított, internet alapú önsegítő program (Self Management Program, SMP) létrehozása enyhe és közepes depresszióval érintett fiatalok (15–24 évesek) és felnőttek számára. Kitűzött cél a depresszióval és öngyilkossággal kapcsolatos tudatosság növelése kilenc nyelven megjelenő, sokrétű információt nyújtó weboldal szerkesztésével. A PREDI-NU koncepció standard eljárás szerinti megvalósítása és elfogadhatóságának szisztematikus értékelése hat európai régióban történik, beleértve Magyarországot, ahol a program irányítását a SE Magatartástudományi Intézete végzi. Az önsegítő program kifejlesztése a már létező, e-health technológiájú programok alapján történt.

Módszerek: Az intervenció megvalósulásának első fázisában háziorvosok és a lelki egészséggel foglalkozó szakemberek (N=15) átfogó képzésben részesülnek az önsegítő programról. A tréning befejezése után a szakemberek bemutatják a PREDI-NU kutatást és az önsegítő eszközt azoknak a pácienseknek, akiknek előnyük származhat belőle (N=45). A kutatás második szakaszában Train The Trainer (TTT) modell alapján további szakemberek képzése történik, akik saját szakmai körükben terjesztik a PREDI-NU workshopokat.

Kiértékelés: A projekt valamennyi szakasza átfogó kiértékelő stratégiákat foglal magában. Az önsegítő program elfogadottságát a szakemberekkel és a felhasználókkal készült fókuszcsoportok és elégedettségi kérdőívek során mérjük. A depressziós tünetek változását a PHQ-9 és a Globális Klinikai Benyomás skálákkal mérjük a beavatkozási folyamat több pontján.

Interperszonális konfliktusok a szándékos önmérgezés hátterében

Tóth Mónika Ditta, Ádám Szilvia, Székely András, Purebl György, Stauder Adrienne

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
tmonika85@gmail.com

Célkitűzés: Kvalitatív kutatásunk célja az öngyilkossági kísérletek hátterében meghúzódó akut pszichoszociális stresszorok feltárása, nagy hangsúlyt fektetve az interperszonális konfliktusok minőségére, jellegére. Vizsgálatunkat az OSPI – Öngyilkosság Prevenációs Program beavatkozási régiójában (Miskolc), valamint Budapesten végeztük.

Módszer: Kutatásunkban 151 fő (átlagéletkor: 40,7 év SD: 13,5) vett részt, melyből 64% nő (N=98). A vizsgált személyekkel félig strukturált interjú készült, melyben nagy részletességgel kitérünk az öngyilkossági cselekmény okára, körülményére, módszerére. Ezen kívül felvételre kerültek a Rövidített Beck Depresszió, a Társas Támasz, a Reménytelenség Skála, valamint az Élet Értelme kérdőívek.

Eredmények: A teljes minta 60,1%-a (N=91 fő) jelölt meg egy másik személlyel szembeni konfliktust szándékos önmérgezésének okaként. Nemi bontás után látható, hogy a nők szignifikánsan gyakrabban (p=0,016) számolnak be interperszonális problémáról, míg a férfiak anyagi okokat jelölnek meg gyakrabban (p=0,048), mint a nők. Leggyakrabban (43%) a közvetlen partnerrel való probléma a kiváltó tényező. Első helyen mindkét csoportban a szakítást/válást jelölték meg a vizsgált személyek, majd ezt követi egy aktuális veszekedés (leggyakrabban anyagiakon), majd a hűtlenség elszívása és a bántalmazás. Közel négyszer több korábbi kísérlete volt azoknak, akik párjuk hűtlensége miatt kíséreltek meg öngyilkosságot (p=0,003). Az interperszonális konfliktus miatt önmérgezők szignifikánsan kevésbé depressziósak (p=0,011), alacsonyabb a reménytelenségük (p=0,003), nagyobb társas támasszal rendelkeznek (p=0,016), illetve magasabb pontot értek el az Élet Értelme kérdőívben is (p=0,058).

Következtetés: A kutatás eredményeiből látható, hogy a szándékos önmérgezés hátterében igen gyakran valamilyen személyközi konfliktus húzódik meg, mely cselekmény hibás coping mechanizmusként is értelmezhető. Ezt az a megfigyelés is alátámasztja, hogy ezek a személyek jobb pszichés mutatókkal rendelkeznek a minta többi tagjához képest. A preventív munka során a minél jobb megküzdés elősegítése érdekében szükséges figyelembe venni a társas kapcsolatok kezelésének fejlesztését.

Mosoly – több vagy kevesebb, mint egy nemspecifikus hatótényező

Tóth Erika

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház,
Szentés-MASZKPTE
totera@vipmail.hu

A mosoly magyar szó a korai nyelvújítás korából. Az első írásos említés, mely őrzi e szót 1763-ból való. Arc kifejezés, kommunikációs jel és terápiás eszköz egyben. Egy gyermek naponta 400-szor, egy felnőtt mindössze 15 alkalommal mosolyog átlagosan. Tanulmányozása a pszichológia, nyelvészet és a nevetésterápia területére tartozik.

Előadásom célja, hogy a hazai és külföldi szakirodalom áttekintésével és saját tapasztalatom alapján a következőkre keressem a választ:

1. a mosoly "csak" egy metakommunikációs eszköz, vagy egy nem specifikus hatótényező;
2. a mosoly elemzése milyen paramétereit írja le lelkiállapotunknak;
3. használható-e a fenti módszer eredménye előrejelzőként lelki egészségünk tekintetében.

Kutatásom eredménye:

1. a mosoly bizalmat, elfogadást, melegséget fejez ki, így méltán emelkedhet a nemspecifikus hatótényezők sorába;
2. a mosoly intenzitása életünkkel és kapcsolati hálónkkal való aktuális elégedettségi szintünket jelzi, és prediktív jelentősége is van.

A kötődési szorongás temperamentális és környezeti meghatározóinak nemi összehasonlítása

Török Imre András¹, Vincze Gábor²

¹SE ETK Alkalmazott Pszichológiai Tanszék, Budapest
²Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Pszichiátriai Osztály, Gyula
torokia@gmail.com

Cél: A molekuláris genetikai kutatások és kötődési kísérletek a kötődési elkerülés fokozott szintjének és az újdonságkeresésnek az együtt járását valószínűsítik meghatározott genetikai adottságok esetén. Kutatási kérdésünk, hogy a kötődési szorongás vektora a két nem esetében mennyiben függ temperamentális, nevelési és saját aktivitásból származó hatásoktól.

Módszer és eszközök: 380 (244 nő, 136 férfi), 19–26 év közötti, felsőoktatásban résztvevő személlyel végeztünk vizsgálatot. A temperamentum mérésére az SPSRQ-t, (a viselkedés gátló (BIS) és a viselkedés aktíváló rendszer működésének meghatározására (BAS)) és a Sensation Seeking Scale-V-t alkalmaztuk, a szorongásvonást a STAI-val és az FSS-sel mértük fel, a kötődés mérésére pedig az ECR-R kérdőív-et használtuk. A szülői nevelési attitűdre való visszaemlékezést a szülői bánásmód kérdőívvel (EMBU-r), a gyermeki játékaktivitást pedig Játékfelmérő kérdőívvel vizsgáltuk.

Eredmények: A férfiaknál a lineáris regresszió-elemzés a viselkedésgátló rendszer fokozott aktivitásának (BIS) és a szocializált élménykeresésnek a pozitív hatását emelte ki a kötődési szorongásra vonatkozóan. A szorongásvonás hatása is szignifikáns volt. A nevelési hatások közül a túlító apai attitűd erőteljesen hatott a kötődési szorongás kialakulására, míg az aktív kortárs iskolai játéktapasztalatok negatív predikciót mutattak a kötődési szorongásra. A nőknél nem találtunk temperamentális hatásokat. A meleg apai és anyai attitűd negatívan, míg a túlító apai attitűd pozitívan befolyásolta a kötődési szorongás kialakulását. A szülők korlátozó, kontrollra való beállítottsága, szabadidőt korlátozó aktivitása is pozitív hatással volt a kötődési szorongásra. A férfiakkal ellentétben a nőknél az agora- és szociális fóbiás elkerülés is pozitív kapcsolatban volt a kötődési szorongással.

Összegzés: A férfiaknál a temperamentum tényezők erősebben hatottak a kötődési szorongás kialakulására, míg a nőknél a szülők nevelési attitűdje inkább befolyásolta a kötődési szorongás kialakulását. Így a nőknél valószínűleg rugalmasabban érvényesülhetnek a környezeti faktorok hatásai.

Genetikai megalapozottságú temperamentum-faktorok és környezetük hatása a kötődési elkerülés kialakulására evolúciós pszichiátriai aspektusból

Török Imre András¹, Vincze Gábor², Kiss Eszter¹

¹SE ETK Alkalmazott Pszichológiai Tanszék, Budapest

²Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Pszichiátria, Gyula
torokia@gmail.com

Cél: Kísérleti adatok és empirikus megfigyelések alapján a kötődési stílus befolyásolja az explorációs viselkedést és ehhez a társas támogatás igénybevételét. Az explorációs aktivitásra bizonyos nevelési attitűdök és temperamentum tényezők is hatással vannak. Molekuláris genetikai vizsgálatok szerint a DRD4 gén hosszú álléja mind az újdonságkeresés kialakulására, mind a kötődési elkerülés és zavart kötődési formák kialakulására is hatással lehet. Vizsgálatunkban a férfiak és nők elkerülő kötődési stílusa mögötti temperamentum tényezők, szülői attitűdök, továbbá a szorongásvonás, és patológiás fóbiás szorongási formák hatására voltunk kíváncsiak.

Módszer és eszközök: 380 (244 nő, 136 férfi), 19–26 év közötti, felsőoktatásban résztvevő személlyel végeztük el a vizsgálatot. Eszközök: A temperamentum mérésére az SPSRQ-t, (a viselkedés aktiváló rendszer működésének meghatározására – BAS) és a Sensation Seeking Scale-V-t alkalmaztuk. A szorongásvonás mérésére a STAI-t és az FSS-t, a kötődés meghatározására az ECR-R kérdőívet használtuk. Emellett a szülői nevelési attitűd kérdőívvel mértük a szülői hatásokra való visszaemlékezést (EMBU-r).

Eredmények: A lineáris regresszió- analízis alapján a lányok esetében a fokozott BAS aktivitás és a szociális újdonságkeresés temperamentum jellemzői egyértelműen hatással voltak a kötődési elkerülés kialakulására, amit a túlóvó anyai attitűd is erősített. A téri szorongás markánsan negatívan volt jelen, ami megerősíti az ellenőrzött megfigyelések adatait a bátrabb gyermeki explorációs viselkedésről. Az exploráció mellett a nőknél megmutatkozott a felnőttkori téri kompetencia, és a személyes biztonságérzés prediktív hatása is. Fiúk esetében az újdonságkeresés (BAS aktivitás) jelentős mértékben meghatározta a kötődési elkerülés kialakulását, a meleg anyai attitűd hatása mellett. Továbbá enyhe kapcsolat mutatkozott a gyermekkori passzív ingerkereső, média uralta explorációval, szemben a lányok fiús versengő játékpasztalataival.

Következtetések: Az eredmények megerősítették az újdonságkeresés temperamentális hatását mindkét nemnél. A kötődési elkerülés enyhébb szintje nem patológiás eltérés, mint a zavart kötődés, evolúciósan mégis nehezen magyarázható gyermekkorban, hiszen a fiatal emlősöknek szüksége van a gondozó közelségére. Az elkerülés és az újdonságkeresés által motivált fokozott exploráció szülői biztonság hiányában hátrányos lehet a felnövekedésre, melyet azonban a gondoskodó szülői magatartás ellensúlyozhat.

Pillantás az elmén túlra

Tringer László

Semmelweis Egyetem, Budapest
tringer.laszlo@chello.hu

A lélektani, különösen a lélekgyógyászati szakirodalomban egyre gyakrabban fordul elő a „spiritualitás” kifejezés, vagy ennek változatai. Az előadás röviden vizsgálja a fogalom tartalmának változásait. A filozófiai alapokon nyugvó (spekulatív) lélektan az elmúlt évszázadban két nagy „csapást” szenvedett el: a század elején a behaviorizmus szakított a szubjektumot előtérbe állító, „spirituális” lélektannal. A század végén pedig az idegtudományok előtérbe kerülése a pszichológiát szinte természettudománnyá zsugorította. Számos tény szól amellest, hogy a lelki működések mégsem redukálhatjuk pusztán neurobiológiai folyamatokra. A szubjektum kitörni készül materiális börtönéből. Egyes lélekgyógyász gondolkodók (*Jung*) a „határhelyzetek” formájában érzékelik azt a kaput, amelyen keresztül a transzcendencia felé pillanthatunk. Mások az egzisztenciálokon, mint ablakon keresztül engedik szabadjára „intencionalitásukat” (*Yalom*), s tekintetük távoli (metafizikai) horizontokra csodálkozik. Az előadó *Eric Kandel* példáján keresztül mutat rá egy, a pszichoanalízistől a neurobiológián át a metafizikai horizontokig terjedő személyes útra. A szubjektum irányultsága, „intencionalitása” egyik, az idegfolyamatokra teljesen nem redukálható ismerve az emberi léleknek. Ezen belül különös jelentősége van annak, hogy az egzisztencia a jövőre irányul, a Lét önmaga előtt van (*Heidegger*). A jövőbe vetülő intencionalitás a „spiritualitás” egyik lényeges összetevője. Amennyiben az elme az agy működésének eredménye (epifenomén), a spiritualitás azt jelenti, hogy az „epifenomén” a szubjektumban autonóm létre tesz szert azáltal, hogy önmagát meghaladva intencionalitásával a Létbe kapaszkodik.

Az alvásparaméterek és a holdfázisok kapcsolata

Turányi Csilla Zita, Véber Orsolya Ágnes, Zoller Rezső, Dunai Andrea, Szentkirályi András, Czira Mária Eszter, Szócs Júlianna Luca, Rónai Katalin Zsuzsanna, Novák Márta, Muksi István

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest
csillagfenyo@gmail.com

Számos tudományos kutatás foglalkozott a holdfázisok emberre gyakorolt, vélt és bizonyított hatásaival. Alvásvizsgálat azonban nagyon kevés áll rendelkezésre e témában.

Célkitűzés: Tanulmányunkban azt vizsgáltuk, hogy van-e összefüggés egyes objektív alvási paraméterek és a holdfázisok változása között.

Módszerek: Keresztmetszeti vizsgálatunkban 276 beteg adatait elemeztük, akik egy egyéjszakás polyszomnográfias alvásvizsgálaton vettek részt. A hálófülkék ablak nélküliek voltak. A vizsgálatból kizártuk azokat, akik apnoe hypopnoe indexe $>15/h$ volt. A betegek önértékelő kérdőívcsomagot töltöttek ki, valamint rögzítettük a szociodemográfiai adataikat. A statisztikai elemzéseket ANCOVA és Kruskal-Wallis teszttel végeztük.

Eredmények: A vizsgált betegcsoport 57 %-a férfi volt, átlagéletkoruk 45 ± 14 év, a nőké 52 ± 12 év volt. Az alváshatékonyság átlaga 78,2 %. 215 személy aludt fogó, illetve nőző Hold, 30 telihold és 31 személy újhold idején. Nem volt szignifikáns különbség a csoportok között a nemi megoszlás, valamint az életkor tekintetében. Az életkorra való korrekció után nők körében, teleholdkor alacsonyabb volt az alváshatékonyság (átlag% \pm SD, újhold 79 ± 12 , változóhold 79 ± 11 , telehold 73 ± 18 , $p=0,01$), és rövidebb a REM periódus (átlag% \pm SD, újhold 16 ± 6 , változóhold 16 ± 7 , telehold 12 ± 7 , $p=0,005$). Azok a nők, akik teleholdkor aludtak a laboratóriumban, az önértékelő kérdőívben megítélésük alapján is csak később tudtak elaludni ($p=0,04$), viszont a reggeli fáradtság skálán alacsonyabb pontszámot értek el, mint társaik ($p=0,05$). Férfiak körében az alvásidő szignifikánsan rövidebb volt teleholdkor ($p=0,05$), míg a többi alvásparaméternél nem mutatkozott jelentős különbség a holdfázisok között.

Következtetés: Adataink arra utalnak, hogy nők körében egyes alvásparaméterek alakulása összefügg a holdciklusokkal. Ennek megerősítésére további kutatások szükségesek.

Antiszociális jellemzők alkoholbetegségben

Túri Márta¹, Andó Bálint¹, Rózsa Sándor², Demeter Ildikó¹, Kurgyis Eszter^{1,3}, Szikszay Petronella⁴, Janka Zoltán¹, Álmos Péter¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest

³Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

⁴Minnesota Modell szerint működő Szigetvári Addiktológiai Osztály, Szigetvár
turimarta@freemail.hu

Bevezetés: Az antiszociális személyiségjellemzők alapvetően externalizáló tünetekkel korrelálnak, azonban újabb vizsgálatok arra világítottak rá, hogy az antiszociális viselkedés internalizáló zavarokban is előfordulhat, ha azok komorbiditást mutatnak alkoholfüggőséggel. Míg az internalizáló zavarok esetében feltehetően az affektív tüneteik enyhítésére fogyasztanak nagyobb mennyiségű alkoholt a páciensek, addig az externalizáló zavarral küzdő személyek szerhasználatának fő motívuma az újdonságkeresés, illetve nem képesek ellenállni a pozitív megerősítésnek és jutalomnak. Jelen vizsgálat célja az antiszociális személyiségjellemzők korrelátumainak feltárása volt alkoholbeteg populációban; megvizsgáltuk a depresszív, valamint a tartósabb szorongásos tünetekkel és az újdonságkereséssel, illetve az alkoholfüggőség súlyosságával való összefüggéseit.

Módszerek: A vizsgálatba 81 kezelés alatt álló alkoholbeteget vontunk be a szegedi és a szigetvári Addiktológiai Osztályról. Az antiszociális viselkedés mértékének indikátora a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) Pd (psychopathic deviate) klinikai főkálaja volt, az újdonságkeresés meghatározására az átdolgozott Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőívet (TCI-R), alkalmaztuk. A szorongásos tünetek feltárására a Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívet (STAI-T), a depresszív tünetek felmérésére a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI), míg a függőség súlyosságának meghatározására az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőívet alkalmaztuk (SADQ).

Eredmények: Az Alkoholfüggőség Súlyossága és az MMPI-2 Pd skálája ($r=0,337$, $p=0,003$) között szignifikáns pozitív korrelációt találtunk. A Pd skála a STAI-T ($r=0,256$, $p=0,025$), a BDI ($r=0,365$, $p=0,001$), a TCI-R újdonságkeresés ($r=0,383$, $p<0,001$), és a SADQ értékeivel ($r=0,275$, $p=0,014$) szignifikáns pozitív összefüggést mutatott.

Konklúzió: Jelen vizsgálatban egyszerre vizsgáltunk internalizáló és externalizáló jellegzetességeket az antiszociális viselkedéssel összefüggésben alkoholbetegek körében. Alkoholbetegek esetében a fokozott antiszociális vonások együtt jelentkeznek a szorongásos és depresszív tünetekkel, illetve fokozott újdonságkereséssel, gyengébb impulzuskontrollal. Ez a személyiség-konstelláció, tehát a szociális normák megtartásának nehézségei, illetve a tartósabb vonás jellegű szorongásos beállítódás, valamint a depresszív hangulat összefügg a súlyosabb alkoholbetegséggel.

A hagyományok és a spiritualitás preventív aspektusa az egyén megküzdési stratégiáiban

Turjányi Katalin

Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest
turjanyk@freemail.hu

Az egyén identitásának kialakulásában nagy szerepe van az egyéni, a családi és a társadalmi hagyományoknak. Ezekre a tradíciókra a személyiségfejlődésben, az iskolai oktatásban kevés figyelem irányul, így egy jelentős veszteség éri az egyént identitásképzésében.

Eközben a modernség, a fogyasztás, a versenyképes hatékonyság kiemelt hangsúlyt kap, és az ennek talaján kifejlődő fogyasztói szemlélet kikezdheti a morális tartást, megkérdőjelezheti az értékeket, erkölcsi válsághoz vezethet.

Ez együtt járhat az emberek – főként a fiatalok – identitásválságával, értékrendjük megroppanásával, a gyökértelenség és kapaszkodó-nélküliség érzésével. Ezen a talajon nő a pszichés sérülések, a traumatizáció veszélye.

Fontosnak tartom, hogy az oktatásba és a nevelésbe újra kerüljön be a hagyományok szerepének hangsúlyozása, a szülői, nagyszülői generáció értékrendjének ismerete, az anyagi világ értékeinek felmutatása mellett a spiritualitás megjelenítése, énvédő szerepének bemutatása.

Előadásomban arra teszek kísérletet, hogy példákon keresztül bemutassam, milyen erőfeszítéseket tesznek itthon és külföldön a mentálhigiéné különböző területein dolgozók ennek a felismert védőfaktoroknak az erősítésére.

Szociális háló jellemzői öngyilkossági kísérletet elkövetett és egészséges nők körében

Unoka Zsolt¹, Bérdi Márk², Soltész Péter³, Bácskai Anita¹, Somogyi Szilvia¹, Czégényi Boglárka⁴, Pléh Csaba³

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Péterfy Sándor utcai Kórház, Krízis Intervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

³EKF Megismerés és Kommunikáció Kutatóközpont, Budapest

⁴ELTE Pszichológiai Intézet, Budapest
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: Az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél megfigyelték, hogy a társas támogatás lecsökkenése vagy hiánya jelentős kockázati tényező (*Wilcox és mtsai*, 2010). A szociális háló *Dunbar* által meghatározott két belső körét vizsgáltuk, mivel az ide tartozó kapcsolatoktól várható a legtöbb társas támogatás. Feltevésünk szerint az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek körében a szociális háló belső köre kevesebb tagot számlál és tagjait kevésbé ítélik támogatóknak. A diszfunkcionális kötődési modellek befolyásolják a szociális háló méretét és a kapcsolatok minőségét.

Céltűzés: Kutatásunkban a szociális háló méretét, minőségét, és a korai maladaptív sémákkal mutatott összefüggését vizsgáltuk meg, közvetlen szuicid kísérleten átesett, krízisosztályon kezelt betegek, valamint egészséges kontrollszemélyek körében.

Minta: 35 a szocioökonómiai státusz szempontjából illesztett egészséges nő és a Péterfy Sándor utcai Kórház Toxikológiai és Sürgősségi Baleseti Osztályára szállított 66 önmérgezéses öngyilkossági kísérleten átesett nő (átlag=44 év, szórás=14,8 év) a kórházba kerülést követő 24 órán belül interjú és kérdőíves módszerrel vizsgáltunk meg.

Módszerek: SCID-II borderline modul segítségével állapítottuk meg a diagnózist. A szociális háló belső körét *Dunbar* módszerével mértük fel: Kérjük, sorolja fel az összes embert, akikkel az elmúlt 1 hónapban Ön kezdeményezte a kapcsolatfelvételt! A kapcsolatot rokona, szerelme volt-e? Mennyire valószínű, hogy komoly nehézség esetén gyakorlati tanácsért, érzelmi támogatásért fordulna hozzá? A diszfunkcionális kötődési modelleket sémakérdőívvel vizsgáltuk.

Eredmények: A betegek hálózata (2,71, SD: 2,25) szignifikánsan kisebb (7,94, SD: 2,85), volt, és kevésbé támaszkodhatnak az alterekre (beteg: 2,11, SD: 0,65; kontrol: 2,54, SD:0,34). A borderline és nem-borderline szuicidiumot megkísérlő nők csak abban különböztek, hogy az előzőek kevésbé érezték úgy, hogy rokonaikra támaszkodhatnak a bajban. A sémák szignifikáns kapcsolatot mutattak a hálózat méretével és jellemzőivel.

Következtetések: Az öngyilkosságok megkísérelt személyek körében a szociális háló, aktívan működtetett belső körének kisebb mérete és az ego–alter viszonyok rosszabb minősége szoros kapcsolatot mutat az öngyilkossággal. A szociális háló belső körének beszűkülése és a diszfunkcionális munkamodellek esetén nő a kockázata az öngyilkossági kísérleteknek.

A kutatásokat a TÁMOP 4.2.2.C program támogatja.

Az egocentrikus hálózatok kutatásának új szempontjai

Unoka Zsolt¹, Kardos Péter², Soltész Péter³, Rácz Anna³, Pléh Csaba³

¹SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²New School for Social Research, New York

³Eszterházy Károly Főiskola, Megismerés és Kommunikáció Kutatóközpont, Budapest
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Az utóbbi évtizedek hálózati kutatásaiban számos részirányzat alakult ki, melyek hol az átfogó hálózatjellemzők formai elemzésére, hol társadalmi rétegek hálózatainak összevetésére, hol pedig az Ént körülvevő hálózatok meghatározóira összpontosítanak. Kutatásaink az utóbbi csoportba tartoznak. Átlagos egyetemistáknál és szociológiailag reprezentatív mintában vizsgáljuk az egot körülvevő intim-, közepes és nagy hálózatok meghatározóit, pszichopatológiailag érintett mintákon pedig a hálózatalakulás lehetséges köröki szerepét vizsgáljuk. Több éves projektről van szó, melynek néhány előzetes módszertani vonatkozását mutatjuk itt be, 1–3-ig az általános, 4–6-ig a pszichopatológiai mintára.

1. A Dunbar-féle kapcsolati hálók részletes elemzése. Mennyire stabilak a hálózati sávok, milyen statikus és dinamikus mutatóik vannak, mi a rokoni, baráti, intimkapcsolat, munkakapcsolat szerepe. Az utóbbi különösen fontos, mert a Dunbar műhely expliciten elhanyagolja.
2. A kapcsolati hálók pszichológiai meghatározói. Összekapcsoljuk az eddig külön vizsgált emlékezeti, perspektíva-felvételi és személyiségtipológiai meghatározókat. Az ész vagy az érzelem függvénye-e a működtetett háló? Hogyan reprezentáljuk az alterek viszonyát?
3. A kapcsolatminőség szerepe. A mai "idő=erőfeszítés=kapcsolat" logikája eltekint attól, hogy a szoros kapcsolat lehet affiliatív és adverzatív is. *Allen Fiske* kapcsolati modell elméletét használva emeljük be a minőségi mozzanatot a hálózatkutatásba.
4. A kapcsolati hálók leírása nagyobb pszichopatológiai csoportokban. Oksági modelleket keresünk, hogy vajon a kapcsolati zavar a kórfolyamat következménye vagy oka-e, s vajon a kapcsolati sáv milyen kompenzációs és/vagy rehabilitációs lehetőségeket nyújt.
5. A kapcsolati hálók változása terápiás csoportokban. Longitudinális vizsgálatban elemezzük az ego–alter és az alter–alter reprezentációk dinamikus változását bentlakásos csoportterápiás kezelés során. A szociometriai elrendezés lehetővé teszi az alterek kapcsolati reprezentációról alkotott kép pontosodásának folyamatát, ennek prediktorait.
6. A kapcsolati hálók és a személyiség a pszichopatológiában. A személyiség funkcionálásának szintjét a szociális háló kialakításának, fenntartásának és működtetésének mutatóival ragadjuk meg.

A kutatásokat a TÁMOP 4.2.2.C program támogatja.

Egy anorexiás serdülő szimptomatológiájának feltárása a projektív rajzvizsgálat módszerével

Uram Dóra¹, Vass Zoltán²

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest

²Károli Gáspár Református Egyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Általános Lélektani és Módszertani Tanszék, Budapest
uramdori@gmail.com

Esetbemutatásunk során restriktív típusú anorexia nervosa diagnózissal (BNO-10: F50.0) kezelt serdülő nőbeteg szimptomatológiáját kereszt- és hosszmetzeti képből, valamint a pszichodinamikus háttértényezőket járjuk körül fejlődés-pszichopatológiai megközelítésben a hétlépéses képelemzési módszer (SSCA) segítségével. A ház – fa – állat – ember – szabadrajz (HTAPF) tesztben a felszólító jellegek és szimbolikák változatossága okán képet kaphatunk a rajzoló személyiség szerkezetéről, énhatáiról, énkép-összetevőiről, testsémájáról, valamint kötődési és azonosulási mintáiról. A mintázatok azonosítása révén feltárhatóvá vált, hogy a testmérettel és -formával kapcsolatos szorongás hátterében a kontrollfunkciók fokozott igénye, az énvédelem érdekében mozgósított regresszív tárgykapcsolati sémák, valamint kompenzációs elhárítással kezelt alkalmatlansági érzés áll.

Mély agyi stimuláció (DBS) terápiarezisztens kényszerbetegségben: műtéti technika

Valalik István¹, Harsányi András², Csigó Katalin², Demeter Gyula³, Racsmány Mihály³, Németh Attila²

¹Szt. János Kórház, Idegsebészeti Osztály, Budapest

²Nyíró Gyula Kórház, Budapest

³BME - Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest
valalik@parkinson.hu

A szabályozható, reverzibilis mély agyi stimuláció (DBS) új lehetőségeket teremtett a terápiarezisztens pszichiátriai kórképek idegsebészeti kezelésére. Magyarországon 2007 júliusában végeztük az első ilyen műtéti beavatkozást.

Előadásunkban rövid történeti összefoglalót követően bemutatjuk az irodalomban közölt és az általunk alkalmazott agyi célpontok anatómiai elhelyezkedését és pályarendszerét. Részletesen kitérünk a műtéti tervezésre, rámutatunk az általunk alkalmazott determinisztikus és probabilisztikus MR-traktográfias módszerek lehetőségeire és szerepére az egyéni anatómiai célpont meghatározásban. Ismertetjük a műtét menetét, az intraoperatív elektrofiziológiai technika, valamint a korai posztoperatív periódus részleteit. Bemutatjuk a beültetett elektródák elhelyezkedését a posztoperatív CT+preoperatív MR+MR-traktográfias vizsgálati anyagok számítógépes képfúziójának háromdimenziós terében. Megosztjuk egy fiatal férfibeteg egyéves gondozása során szerzett tapasztalatainkat. Hangsúlyozni kívánjuk a posztoperatív neuropacemaker programozás, valamint a szakszerű komplex posztoperatív gondozás és csapatmunka fontosságát a kényszerbetegség DBS műtéti kezelését követően.

A családterápia kihívásai és lehetőségei a pszichiátriai rehabilitációban. Esetbemutató

Valastyán Rita¹, Szondy Máté²

¹Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest

²Károli Gáspár Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
valastyan.rita@t-online.hu

Bemutatott esetünk jól illusztrálja a rendszerszemléletű gondolkodás (és rendszerszemléletű technikák) pszichiátriai rehabilitációban betöltött szerepét, valamint a családterápia és az egyéni terápia egymást kiegészítő jellegét.

Két indexpáciens volt a családban: az osztályunkon (szorongásos, depresszív tünetekkel) kezelt édesanya és az anorexia nervosával kezelt fiatalabb, 14 éves lánygyermek. Az édesanya egyéni rehabilitációja során olyan problémák kerültek előtérbe, melyek szükségessé tették a családi rendszer vizsgálatát, ezért a terápiába bevontuk az édesapát és a 14, illetve 19 éves leánygyermekeket.

A családi rendszer: A családon belül a lélektani (és fizikai) határok rendkívül elmosódtak voltak, sem a szülők, sem a gyerekek nem rendelkeztek magánszférával. A feladatok és szerepek felosztása rendkívül egyenetlen volt: a legtöbb felelősséggel járó, szülői feladatot az idősebb leány végezte. A testvérek viszonya jó volt, azonban a szülői alrendszer „gyenge” volt: a szülők kapcsolatából hiányzott az intimitás, a közelség.

Terápiás célok, keretek: A terápia elején a következő célokat tűztük ki:

- a szülői alrendszer megerősítése;
- a családi alrendszerek közti lélektani (és valóságos) határok megerősítése;
- az otthoni munkamegosztás egyenlőbbé tétele;
- a családi hierarchia helyreállítása, a szülők döntéshozói szerepének megerősítése.

A családdal összesen öt, 1 órás ülésen találkoztunk az osztályunkon.

Alkalmazott intervenciók: A terápiás folyamatban elsősorban a családi struktúrára fókuszáló feladatokat alkalmaztunk (családi szobor, ház alaprajz rajzolás, feladatártyák leosztása stb.). Az ülések közt elsősorban viselkedésterápiás jellegű házfeladatokat (pl. kölcsönös kérések módszere) kapott a család.

A terápia lezárása: A terápia során folyamatosan csökkent az édesapa terápiával kapcsolatos kezdeti ellenállása. A családi határok tisztábbakká váltak, a szülők egyre több szülői feladatot vettek át/vissza a gyerekektől.

Az öt alkalmas, a családi struktúrára fókuszáló családterápia hatékonyan segítette az osztályunkon kezelt indexpáciens rehabilitációját.

Az egészséges étel-függőség viselkedéses korrelátumai

Varga Márta¹, Konkoly Thege Barna¹, Dukay-Szabó Szilvia¹, van Furth Eric F², Túry Ferenc¹

¹SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Center for Eating Disorders Ursula, Leidschendam, the Netherlands

vmarta104@yahoo.com

Az orthorexia nervosa (ON) szakirodalma, illetve a hozzá kapcsolódó empirikus kutatások elsősorban a fokozott kockázatú csoportokat, és a körkép kialakulásához vezető háttértényezőket vizsgálják, azonban háttérbe szorul a tanácsadói gyakorlatban és az esettanulmányokban leírt viselkedéses megnyilvánulások empirikus vizsgálata.

Cél: Jelen előadás az ON-hajlamhoz kapcsolódó életmódbeli sajátosságokat, illetve az ON fenomenológiai és viselkedéses jellemzőit mutatja be.

Módszer: A vizsgálatban 810 személy (átlagéletkor: 32,39±10,37) vett részt. Az online kérdőívcsomagban a szociodemográfiai adatok és az ORTO-15, ON-hajlamot vizsgáló skála mellett tápláléklista, egyes életmód-sajátosságok, illetve a klinikai gyakorlatban megjelenő, ON-specifikus jellemzők kaptak helyet.

Eredmények: A nők magasabb ON-hajlammal rendelkeztek, mint a minta férfi tagjai (23,6±5,64 vs. 20,32±4,62; $z=5,271$; $p<0,01$). Az ON klinikumban tapasztalt jellemzői empirikus megerősítést nyertek a vizsgálatban. Vagyis, az ON-hajlam szignifikáns kapcsolatot mutatott a gyakoribb sporttevékenységgel ($z=-2,66$; $p<0,01$) és a gyakoribb gyógyszerfogyasztással ($z=-1,735$; $p<0,01$). A magasabb ON-hajlamot mutató egyénekre jellemzőbb volt továbbá a diétázás ($z=-5,98$; $p<0,01$) és inkább próbálták meggyőzni környezetüket az általuk egészségesnek tartott táplálkozási irányelvek követésének fontosságáról ($z=5,613$; $p<0,01$). A magasabb ON-hajlam összefüggést mutatott egyes táplálékok fogyasztásával (pl. teljes kiőrlésű gabonafélék, zöldség- és gyümölcsfogyasztás) ($p<0,01$).

Megbeszélés: Az ON lényegét képező egészséges étel-preferencia mellett megjelenő egyéb sajátosságok feltárása segíthet a jelenség pontosabb megértésében, illetve az egészséges és a már patológiássá váló egészségre törekvés elkülönítésében. Az operacionalizálható külső kritériumok pontosabb meghatározása ugyanis jobb mérőeszközök kidolgozását is lehetővé teszi. Mindez hozzájárulhat az ON hajlammal rendelkező személyek könnyebb azonosításához, illetve a megfelelő intervenciók kialakításához.

A közös rajzvizsgálat (Drawing Together Method, DTM) alkalmazása párkapcsolati tanácsadásban

Vass Viola¹, Cserny Virág¹, Vass Zoltán²

¹magánpraxis, Budapest

²Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

jelentkezés@rajzelemzes.hu

Az előadás a közös rajzvizsgálati módszer (Drawing Together Method, DTM, Vass és Vass, 2011) alkalmazását mutatja be párkapcsolati tanácsadás során. A közös rajz a képi elemek projektív értelmezése mellett a pár viselkedésének interakció-dinamikai elemzését is lehetővé tette. A DTM mellett a Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976), a Relationship Scales Questionnaire (Griffin és Bartholomew, 1994) és a Coping and Stress Profile (Olson és mtsai, 1991) kérdőíveket is felvettük a párral. A vizsgálatok választ adtak a következő kérdésekre: (a) mennyire észleli problémának a pár az aktuális helyzetet; (b) mennyire elkötelezettek a kapcsolat mellett; (c) mely problémák osztják meg őket leginkább; (d) milyen további kérdések jelentenek további problémát számukra; (e) melyek az összetartó erők; (f) miben segíthet a tanácsadás. Az előadás összefoglalja azokat a konklúziókat, amelyek az egyedi eseten túlmutatva, más párterápiás helyzetre is általánosítható következtetések.

A képi kifejezés prototipikus szerveződése

Vass Zoltán

Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet,
Budapest
dr.vass.zoltan@gmail.com

Az előadás fő mondanivalója, hogy a képi produktumok nem a pszichiátriai taxonómia egymást kölcsönösen kizáró, éles határú diagnosztikus kategóriáit jelenítik meg, hanem pszichológiai fogalmak prototipikus kifejeződési formáinak tekinthetők. Ebben az elméleti keretben a prototípus a fogalom legjobb példányja. A fogalom (kategória) más példányai is hasonlítanak a prototípusra, de nem egyformán, ezért eltérő mértékben tartoznak a kategóriához is. A prototípus tehát a kép pszichológiai jelentését kifejező, elméleti fogalom, amely nem megfigyelhető entitás, hanem absztrakt fogalmi konstruktum (például „szorongásos rajz”, „depressziós rajz”). A vizsgált személy rajzában sosem a prototípus látható, hanem annak egy esetleges, sohasem „tökéletes” példány, aktuális és egyedi megjelenési formája. Ha viszont a vizsgálatvezető ismeri a rajzok prototípusait, akkor felismerheti, hogy az adott megjelenési forma mely prototípus aktuális kifejeződése. A fenti definíció szerint a genotípusok a prototípus (mint legjobb példány) összes kifejeződési lehetőségeinek gyűjteményei, sűrűtményei. Olyan típusok, amelyek - elméletileg - a prototípus összes megjelenési lehetőségét magukban hordozzák. A prototípushoz hasonlóan, a képi genotípus sem (vagy ritkán) megfigyelhető jelenség, de nem azért, mert csak gondolatilag létezik, hanem egyszerűen abból a gyakorlati okból kifolyólag, hogy kevés esély van az összes prototipikus tulajdonság felbukkanására ugyanazon képen belül. Egy prototípushoz több rajzi genotípus is tartozhat; a prototípust a genotípusok összessége alkotja.

Rendszerünkben a képi genotípusok idiografikus formáit képi fenotípusoknak nevezzük. A fenotípusok tehát azon megfigyelhető képi típusok, amelyek egy-egy adott vizsgált személy rajzait, képeit jellemzik. Egy genotípushoz sokféle (de korlátozott számú) fenotípus tartozik, azaz a genotípus sokféleképpen jelenhet meg a konkrét képi ábrázolásban. Ezek egymáshoz hasonlóak a fogalom-kategorizációban használatos, wittgensteini „családi hasonlóság” értelmében: a fenotípusok úgy viselkednek, mint egy család tagjainak arcai, azaz tulajdonságaikban hasonlóak egymáshoz, de nem teljesen azonosak.

Az előadás ezt a gondolatmenetet illusztrálja egy kutatás eredményeivel, amelyben agresszív pszichiátriai betegek (n=266) és emberölést elkövető személyek (n=81) rajzaiban mutattunk ki fenotípusokat hierarchikus klaszterelemzés alkalmazásával.

Öngyilkossági veszélyeztetettség evészavarokban

Végh Viktória, Ludányi Balázs, dr. Szabó Pál

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
veg.viktoria@gmail.com

A pszichiátriai betegségek közül az evészavarok (EZ) mortalitása a legnagyobb. A betegek életét a gyomor vagy a nyelőcső sérülése, pancreatitis, a szívműködés zavara vagy az újratáplálási szindróma veszélyezteti. Evészavarban az öngyilkossági veszély is fokozott.

Célkitűzés: az öngyilkossági és az EZ kapcsolatának elemzése középiskolás tanulókat vizsgálva. Módszerek: Az EZ meghatározására antropometriai és menstruációra vonatkozó kérdések mellett az Evési Attitűdők Tesztje rövid változata (EAT; *Garner és Garfinkel, 1979*) és az Evészavar Súlyossági Skála (EBSS; *Yager és mtsai, 1987*) szolgált. Az öngyilkossági veszély vizsgálatára az Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ; *Goldberg és Hillier, 1979*) Öngyilkossági gondolatok (Suicidal Ideation) alskáláját használtuk, emellett a kérdőív tartalmazott az öngyilkossági gondolatokra és az öngyilkossági kísérletre vonatkozó tételt is. A kérdőíveket az Egyetem gyakorló gimnáziumában töltötték ki. A részvétel önkéntes és anoním volt. Eredmények: 741 tanuló (311 fiú, 430 lány, 7–12. osztály) vett részt a vizsgálatban. A válaszolási arány 100% volt, a kérdőívek 98,9%-a volt értékelhető. A fiúk 14,7%-a, a lányok 15,8%-a foglalkozott az öngyilkosság gondolatával, a fiúk 2,7%-ának, a lányok 2,4%-ának volt öngyilkossági kísérlete. Az evészavarral rendelkező lányok (n = 11) 45,5%-ának (n = 5) volt öngyilkosság gondolata, az öngyilkossági kísérlet gyakorisága pedig 9,1% volt közöttük. A fiúknál az EZ alacsony prevalenciája miatt nem értékeltük ezeket az adatokat. Az EAT-ban küszöb feletti pontszámot (> 19 pont) elérő fiúk (n = 8; 2,6%) és lányok (n = 41; 9,7%) lényegesen gyakrabban számoltak be öngyilkossági kísérletről (a fiúk 12,5, a lányok 9,8%-a), mint az EZ-ral nem rendelkező kortársaik (fiúk 2,4%-a, lányok 1,6%-a). A GHQ Öngyilkossági gondolatok alskálája és az EAT összpontszáma között szignifikáns pozitív korreláció volt mindkét nemnél (fiúk: $r = 0,285$, $p < 0,01$; lányok: $0,339$, $p < 0,01$).

Következtetés: Az eredmények szerint az evészavar fokozott öngyilkossági veszéllyel jár mindkét nemnél. A kapcsolat jellege azonban különbözik a fiúk és lányok között. Ezen összefüggések feltárására további vizsgálatok szükségesek.

A kávéfogyasztás és az evészavarok kapcsolata

Végh Viktória, Ludányi Balázs, Szabó Pál

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen
dr.szabopal@gmail.com

Kávét gyakran a koffein éberséget, figyelmi teljesítményt fokozó és étvágyat csökkentő hatása miatt fogyasztanak. Ezen hatások miatt az evészavarral rendelkező személyek az átlagnál nagyobb mennyiségű kávét fogyasztanak.

Célkitűzés: a kávéfogyasztás és az evészavarok kapcsolatának elemzése a középiskolás korosztály vizsgálata alapján.

Módszerek: Az evészavarok meghatározására antropometriai adatokkal és menstruációval kapcsolatos tételek mellett az Evési Attitűdők Tesztje 26-tételes változata (EAT; *Garner és Garfinkel*, 1979) és az Evészavar Súlyossági Skála (EBSS; *Yager és mtsai*, 1987) szolgált. A kérdőíveket a Debreceni Egyetem Kossuth Lajos Gyakorló Gimnáziumában töltötték ki. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a kérdőíveket név nélkül töltötték ki. Eredmények: 741 tanuló (311 fiú, 430 lány, 7–12. osztályos tanulók, 12–18 évesek) vett részt a vizsgálatban. A válaszolási arány 100 % volt. 733 kérdőív volt értékelhető (98,9 %). A válaszok alapján az evészavarok prevalenciája a lányok körében 2,6 % (n = 11), a fiúk csoportjában 0,6 % (n = 2) volt. Küszöb feletti pontszámot (> 19 pont) a lányok 9,7 %, a fiúk 2,6 %-a ért el az Evési Attitűdők Tesztben (EAT). Azok, akiknél a válaszok alapján evészavar valószínűsíthető, illetve küszöb feletti pontszámot értek el az EAT-ban, több kávét fogyasztottak, mint kortársaik, mindkét nemnél. A napi kávéfogyasztás mennyisége korrelált az EAT-összpontszámával a teljes vizsgálati mintában (r = 0,252, p < 0,01), a fiúknál (r = 0,321, p < 0,01) és lányoknál is (r = 0,233, p < 0,01). Következtetés: Az eredmények szerint az evészavar és a kávéfogyasztás közötti kapcsolat már a középiskolásoknál igazolható. A vizsgálat korlátai miatt az eredmények mértéktartással értékelhetők, tekintettel arra, hogy a vizsgálat keresztmetszeti és egylépcsős volt, a vizsgálatban a koffein más forrásainak (kóla, energitalok) fogyasztását nem vizsgáltuk. A vizsgált tényezők közötti kapcsolat további tisztázásra vár.

Az életminőség vizsgálata figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban. Áttekintő tanulmány

Velő Szabina¹, Keresztény Ágnes^{1,2,3}, Szentiványi Dóra^{1,2,3}, Balázs Judit^{1,3}

¹ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

²SE Doktori Iskola, Budapest

³Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és szaambulancia, Budapest
szabina.velo@gmail.com

Háttér: A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban előforduló gyermekpszichiátriai körkép, melynek mindennapi hatásaival számos életminőség (QoL) vizsgálat foglalkozik. A QoL az egyén észlelése önmaga állapotáról, mely tartalmazza a fizikális, pszichológiai és mentális működését. *Danckaerts és mtsai* (2010) áttekintő tanulmányukban az 1988–2008 között publikált ADHD és QoL kapcsolatával foglalkozó kutatásokat dolgozták fel.

Cél: Áttekintő tanulmányunk célja 1. Az ADHD hatásának vizsgálata a QoL-re a 2008 és 2012 között publikált cikkek alapján. 2. Az ADHD QoL-re gyakorolt hatása az életkor függvényében. 3. Az ADHD QoL-re gyakorolt hatásának összehasonlítása lányok és fiúk esetében.

Módszer: Vizsgálatunkat a sciencedirect.com és a MEDLINE keresőprogramok segítségével végeztük 2008 és 2012 között megjelent tanulmányok áttekintésével, quality of life, QoL, attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD, gender differences, gender-related, age differences, age-related kulcsszavak felhasználásával. Feldolgozásunkba angol nyelvű cikkeket vontunk be. Azon cikkeket kizártuk jelen áttekintésünkben, amelyek csak az ADHD kezelésének QoL-re gyakorolt hatásával foglalkoznak.

Eredmények: 1. Az áttekintő tanulmányunkba bevett 15 vizsgálatból 12 foglalkozott az ADHD QoL-re gyakorolt hatásaival. Mind a 12 cikk megerősítette, hogy az ADHD-s személyek életminősége rosszabb az egészséges kontroll csoportnál. 2. A 15 vizsgálatból 2 foglalkozott kor szerint az ADHD QoL-re gyakorolt hatásával: a QoL-ben sem az óvodás és a kisiskolás, sem a 8–9 és 10–11 éves ADHD-s gyerekeknél nem találtak szignifikáns különbséget. 3. A 15 vizsgálatból 3 foglalkozott nemek szerint az ADHD QoL-re való hatásával. ADHD-s személyeknél egy vizsgálat a férfiak, egy a nők QoL-ét találta rosszabbnak, egy pedig a férfiaknál a szociális funkciók romlását, míg nőknél az érzelmi kontroll zavarát találta az élettel való elégedetlenség hátterében.

Konklúzió: A frissen publikált eredmények (2008–2012) egybehangzóak a 2008-ig született vizsgálatok következtetéseivel, miszerint az ADHD-s személyek életminősége alacsonyabb az egészséges társaiknál. A kornak és a nemnek az ADHD-s személyek életminőségére való hatásáról további vizsgálatok szükségesek.

Irodalom

Danckaerts és mtsai.: The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Feb;19(2):83–105.

Egy hatékony módszer krónikus szkizofrének szorongásának csökkentésében: hangágy alkalmazása

Vereb-Dér Zsófia¹, Völcssey Mónika¹, Déri Barna²

¹Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd

²magánpraxis
zsafia.verebder@gmail.com

A vizsgálatokat a Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthonában (Szentgotthárd) végeztük szkizofrének betegekkel. A szkizofrének betegeknek állapotuk, tüneteik miatt, jelen esetben pedig életkörülményeiknek köszönhetően is jelentős szorongással kell megbirkóznuk. A szorongás oldására a farmakoterápia nem mindig bizonyul eredményesnek. Pszichológiai és alternatív terápiás módszerekkel azonban ekkor is hatékonyan tudunk segíteni.

A zeneterápia stresszcsökkentő, immunerősítő hatását kutatások igazolták. Több vizsgálat kimutatta, hogy a zeneterápiában részt vevők kortizolszintje szignifikánsan csökken a kontrollcsoportéhoz képest. Más kutatások az Ig-A szint, illetve egyéb immunsejtek emelkedését mutatták ki zeneterápia hatására, ami az immunrendszer fokozottabb működését jelzi. A zeneterápiát daganatos és alvászavarban szenvedő betegeknél is sikeresen alkalmazták már.

Módszer: Jelen vizsgálatban olyan eszköz használtunk, melynek alkalmazása a receptív zeneterápia körébe sorolható. A hangágy hatását eddig leginkább szubjektív élménybeszámolók igazolták, valamint egy kutatás készült, mely HRV analízist alkalmazva mutatt ki pozitív hatásokat.

Jelen vizsgálatunkban pszichológiai tesztek és egy fiziológiai módszert, pulzuszámolást alkalmaztunk. A hangágyas kezelésben résztvevőket összehasonlítottuk Mozartot hallgatók, illetve csendben fekvők csoportjával, a zene, illetve csend 15 percig tartott. A pulzust mértük a negyedóra megkezdése előtt, a nyolcadik percben, a tizenöt perc lejáta után, végül az utóteszteket követően.

Eredmények: A hangágyas kezelés esetén az első méréshez képeset mindhárom mérésnél szignifikánsan csökkent a pulzus ($p < 0,001$). A Mozartot hallgatóknál a második és harmadik mérésnél szignifikáns csökkenést tapasztaltunk az elsőhöz képest ($p < 0,005$), de a negyedik mérésre a pulzus emelkedett, és a különbség már nem volt szignifikáns. A csendben fekvők csoportjánál nem találtunk szignifikáns változást egyik esetben sem. A szorongást DES Állapot és STAI-S kérdőívvel is mértük, mindkét eszköz a szorongás csökkenését jelezte a hangágyas csoportban ($p < 0,001$ és $p < 0,005$), a másik két kondícióban a két skálán eltérő eredményeket kaptunk.

A hangágy csökkentette a szkizofrének állapotsszorongását. Ez a hatás hosszabb távú volt, mint amit egy bizonyítottan szorongáscsökkentő Mozart zenével sikerült elérni.

A FAL – kamerával a stigma ellen

Vitkai Éva, Erdélyi Ágnes

Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft., Nagykovácsi
eagi@kalkorhaz.hu

Az előadásban azt a fejlődést szeretnénk bemutatni – olykor a kamera objektívén keresztül –, hogy helyi szinten milyen pozitív fejlődésen ment keresztül a média, a pszichiátriai betegeket érő stigmatizáció csökkentésében, köszönhetően a velük való közvetlen, tematikus, és a közös gondolkodást segítő attitűdök kialakításával.

„Arra kellene figyelniük, hogy a „furcsák” ne juthassanak abba a helyzetbe, hogy bezárkózzanak, kis külön világból többé ki ne szabaduljanak.

Minden a megelőzésen múlik. „Ne bánts engem, s én se bántalak téged.”

Tolerancia, megértés szükségeltetik ahhoz, hogy el tudjuk fogadni a másikat.

Talán hihetetlennek tűnhet, de mindez a színes és boldog gyerekvilágban elkezdődik. Az otthoni példák megismerése, hogy biztonságban érezzük magunkat az adott környezetünkben, hogy tisztában legyünk önmagunkkal, értékeinkkel pont úgy, mint hibáinkkal. Ha mindezt sikerrel belénk oltották volna, nem lenne szükség arra, hogy egy másik, a lelki bizonytalanságainktól független ember megalázásával önmagunkat erősítsük. Ha nem akarnánk mindig fölülmúlni, állandóan megfelelni, sokkal kisebb lehetne rajtunk a nyomás.”

Ezek a szavak egy olyan középiskolás tollából származnak, aki győztese volt intézményünk vetélkedőjének, ahol a diákok a mentális egészség témakörében mérik össze évről-évre tudásukat.

Szakkórházunk nem csak a média megjelenéseivel, de programjaival is évek óta azt szeretné elérni, hogy a mentális betegségben szenvedők megbélyegzését csökkentse. Ennek érdekében csak az elmúlt három évben több mint ötszáz hír, tudósítás, riport összeállítás, élő vitaműsor szolgálta a teljes körű felvilágosítást. Előadásunkban bemutatjuk azokat a stratégiai lépéseket, amelyekkel, számos PR eszköz felhasználásával mára sikerült elérnünk, hogy csökkenjen a félelem a mentális betegekké és a kezelésekké szemben.

Van még mit tennünk, és talán még csupán az út elején járunk. Bizonyítékul szolgálnak erre azok a sorsok, életutak, küzdelmek, melyek az elkészített dokumentumfilmekben visszaköszönnek.

Hisszük, hogy a média és a szakemberek hatékony együttműködésével, a tárgyilagos, megbízható forrásokkal rendelkező híradások közlésével életet menthetünk meg, továbbá elkerülhetjük a pszichiátriai problémákkal küzdők hátrányos megkülönböztetését. Egyre többen érzik át, bárki könnyen átkerülhet a túlsoldalra, a megbélyegzettek táborába.

A pusztító nő nyomában a klinikai kriminológiától a filmművészetig

Vizi János¹, Kugler Gyöngyi², Hirsh Tibor³

¹OPK Budapest

²PszichoJog Bt. Budapest

³ELTE BTK Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet
Budapest

vizjan@gmail.com

Médeia, a gyermekölő

Még a szakmai közvéleményben is tapasztalható, hogy a „családon belüli erőszak” döntően a férfiak agresszivitása a gyengébb, kiszolgáltatottabb családtagokkal szemben. Az erről szóló kommunikáció, az ellenkampányok is általában ideologikusak, nélkülözik a megbízható adatokon alapuló megközelítéseket. Ezzel szemben a tényalapú megközelítés alapján egyáltalán nem kivételes, hogy a nő abuzálja a nála gyengébbet, a gyermeket, az öreget, a fogyatékkal élőt és krónikus beteget. Az ilyen magatartás kauzális háttere, dinamikája számos ponton megegyezik a férfiak abuzív magatartásáról ismertekkel. Ugyanakkor kimutathatók hangsúlyeltolódások, különbségek, a nőkre jellemző eltérések is. Az előadás ezekkel foglalkozik, paradigmaként a gyermek elleni abúzust felhasználva.

Gaia, a kasztráló nő

Már a mitológiában megjelenik a kasztráló nő archetípusa, aki manipulációval veszi rá gyermekét, hogy kasztrálja apját egy sarlóval. A sarlót Gaia készíti, „gyorsan létrehozta a szürke acélt, éles fogú sarlót csinált belőle és fiahoz fordult.” A feminista áldozatvédelmi irodalom nem szól női erőszakról, a fogalmat kizárólag a férfiakhoz köti. A szakértői munkában és a terápiában is felbukkannak a női erőszaktevők és áldozataik, az erejüktől megfosztott férfiak. Különösen váláskor látható a férfi és női erőszak jól elkülöníthető válfaja. A női erőszak sokban eltér a fizikai bántalmazástól, a manipuláció, rejtett agresszió, lelki bántalmazás formáit ölti, amely éppúgy romboló, esetenként pusztító erejű. A jelenség megvilágításán túl eseteket is bemutatunk, ahol a gyermek szemszögéből látjuk a női erőszakot.

A párkák dicsérete a moziban

A „nő, mint áldozat” toposza ősrégi, a XX. század elejétől a feminista érvrendszerek kiindulópontja. Ugyanebben a században voltak korszakok, amikor a kulturális közbeszédben divatba jött a „pusztító nő” ideája. Ennek a mozgókép is része, néha irányítója: a harmincas évektől a Film Noir irányzat kínált először olyan női hőseket, akik maguk is öltek, tudatos manipulátorként kergettek romlásba férfiakat. A posztmodern korszakváltáskor a „pusztító nő” femme fatale-ból és bűnözőből összegyúrt figurája mítoszi magasságokba jut. Több férfirendező, kortárs filozófiai trendekhez igazodva elfogadja, hogy a férfiközpontú civilizáció végnapjait éljük, melynek (ön)pusztításához a nők aktívan asszisztálnak. Ferreri filmcímével élve „ők a jövő”, ha az új matriarchátusban van jövő egyáltalán. Három filmrendező szentelte életművét részben ennek a témának.

Az új Btk. egyes rendelkezései a forenzikus pszichiátria szemszögéből

Vizi János

Országos Pszichiátriai Központ, Budapest

vizjan@gmail.com

2013. július elsején lép hatályba az új Büntető Törvénykönyv, amely a jelenleg még hatályos Btk.-hoz képest jelentősen eltérő szabályokat tartalmaz többek között a kóros elmeállapottal, illetve a nemi deliktumokkal kapcsolatosan. Álláspontom szerint a kóros elmeállapot új szabályozása forenzikus pszichiátriai szempontból jelentős előrelépésként értékelhető. A nemi deliktumokkal kapcsolatos egyes rendelkezések véleményem szerint részben szintén jobbnak értékelhetők a korábbiaknál. Ugyanakkor elsősorban a szexuális cselekmény fogalmának bevezetése egyes nemi deliktumokkal kapcsolatban tovább fokozza a jelenleg hatályos Btk. rendelkezéseivel kapcsolatosan büntetőjogászok, civil szervezetek, valamint igazságügyi szakértők által is többször felvetett komoly aggályokat. Az előadás összeveti és forenzikus pszichiátriai szempontból értékeli a régi és az új szabályozást, a nemi deliktumokkal kapcsolatos aggályokkal kapcsolatosan vázlatos kitekintést ad az európai megoldásokra.

A Szégyen Élmény Skála adaptációja közvetlen szuicid kísérleten átesett, valamint pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek körében

Vizin Gabriella¹, Bérdi Márk², Hekli Judit Anna³, Hutter Marianna³, Strényer Zsuzsanna¹, Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Péterfy Sándor utcai Kórház, Krízis Intervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

³Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest
vizin.gabriella@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A szégyen egy különösen intenzív, gyakran a cselekvőképességet akadályozó negatív érzelem, magában foglalva a kisebbségi érzést, tehetetlenséget és féltékenységet, valamint a vágyat arra, hogy elrejtőzzünk. A szégyen vizsgálatát az utóbbi években számos kutatás fókuszába helyezte, felismerve jelentőségét a szociális interakciókban, valamint a legkülönbébb pszichopatológiai állapotok kialakulásában, többek között a szorongásos és affektív zavarok, az evészavarok, a személyiségzavarok területén. A szégyen szerepére hívják fel a figyelmet különböző önkárosító magatartásminták hátterében is, különösen borderline személyiségzavar (BPD) esetén.

Célkitűzés: Kutatásunkban a szégyen, mint vonás-faktor szerepét vizsgáltuk meg pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek, közvetlen szuicid kísérleten átesett, krízisosztályon kezelt betegek, valamint egészséges kontrollszemélyek körében.

Résztvevők: A vizsgálatban összesen 189 fő vett részt: 66 fő közvetlen szuicid kísérleten átesett személy (átlagéletkor: 44,1 év, szórás: 14,8), 88 fő pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai beteg (átlagéletkor: 40,6 év, szórás: 13,2), valamint 35 fő kontrollszemély (átlagéletkor: 47,6, szórás: 19,5).

Módszer: Kutatásunkat kérdőíves módszerrel végeztük. A szégyent a Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS) segítségével mértük fel. Az ESS a szégyen három területét különíti el: a karakterológiai, a viselkedési és a testi szégyent. A pszichopatológiai tünetek szűrése a Derogatis-féle tünetlista (SCL-90 R) segítségével történt. A klinikai minta diagnosztizálása érdekében a SCID-I és a SCID-II strukturált pszichiátriai diagnosztikai szűrő-kérdőívet vettük fel.

Eredmények: Az ESS kérdőív reliabilitási mutatói magyar mintán jónak bizonyultak (Cronbach Alfa: 0,657–0,883). Az ESS kérdőív mindhárom faktoránál szignifikáns különbség ($p < 0,001$) mutatkozott a három vizsgálati csoport között. A közvetlen öngyilkossági kísérleten átesett BPD egyének a karakterológiai és testi szégyen faktoraiban szignifikánsan ($p < 0,05$) magasabb értékeket értek el, mint a nem BPD személyek.

Következtetések: Az ESS magyar adaptációja megbízhatónak bizonyult. A pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek, valamint a szuicid kísérleten átesett páciensek ESS eredményei szignifikánsan magasabbak a normál kontrollnál, ami alátámasztja a szégyen kapcsolatát különböző pszichopatológiákkal, valamint az önkárosító, szuicid magatartással.

A mentálisan egészséges társadalom irányában: 1. Öngyilkosság és megelőzése Magyarországon 2013-ban

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

Világszerte mentális megbetegedések jelentik az össz-betegségteher 14%-át, a nem-fertőző betegségek okozta betegségteher 28%-át. A mentális megbetegedések a képességcsökkenéssel súlyozott életévek (DALY) tekintetében felülmúlják a daganatos és a szív-érrendszeri betegségek okozta károkat. A mentális megbetegedések terén számos hatékony megelőző és gyógyító eljárás ismert, melyhez azonban a fejlődő országokban a rászorulóknak 76–85%-a, a fejlett országokban 35–50%-a nem jut hozzá.

Magyarország adottságaihoz képest rosszabb mentális egészségmutatókkal rendelkeznek: az öngyilkossági halálozás a 6., az egy főre jutó alkoholfogyasztás a 3. a világranglistán, az elkerülhető halálokok tekintetében nagyon sok tényező szempontjából (férfiak tüdőrákos halálozása, nők méhnyakrákban történő elhalálozása, szív-érrendszeri halálozás, májbetegségben történő elhalálozás stb.) az első 10 hely egyikén áll. A hatékony társadalmi szintű megelőzéshez ismerni kell a jelen helyzetet, a jövőbeli tendenciákat, valamint az eddigi megelőzési kísérletek tanulságait.

Az előadás-sorozat első előadásában külön kitérek az öngyilkosság kérdésére.

Magyarországon kb. évi 2500 (napi 6–7) ember hal meg öngyilkosság következtében. Az eddigi megelőzési programok (Kiskunhalas, Szolnok, Miskolc, Budapest) mindegyike 10–50%-kal csökkentette az öngyilkossági halálozást a program tartama alatt, azonban e hatás a programok befejeztével halványult. Eddig a leghatékonyabbnak a háziorvosok depresszió felismerésére és kezelésére történő kiképzése, a Lelki Elsősegély Telefonszolgálat tevékenysége, valamint az önkéntes segítség tűnt. Lényeges elemek a hálózatiság, a sokrétűség, az időtartam, a jó gyakorlatok és "bajnokok" azonosítása, a lokális alapú megközelítés.

Rövid távon bizonyítottan hatékony az alapellátásban dolgozók depresszió kezelésére való kiképzése és a halálos eszközök elérhetőségének csökkentése. Hosszú távon lehetséges, hogy hatékony a megküzdési készségek iskolai fejlesztése, a társadalom mentális egészségtudatosságának növelése, a fiatalkori sportolás, valamint az alkohol- és drogfogyasztás és a munkanélküliség csökkentése.

Előadásomban ismertetem a brit és az amerikai nemzeti öngyilkosság-megelőzési stratégia főbb pontjait, majd az EU Joint Action stratégiájának keretében zajló Heves megyei programot, a Lélekben Otthon Alapítvány hozzátartozók gondozására indított programját, illetve utalok a Kecskeméti zajló helyi megelőzési programra.

A mentálisan egészséges társadalom irányában: 2. Környezeti tényezők szerepe a mentális megbetegedésekben

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

Előadás-sorozatomban második előadásában kiemelten foglalkozom az időjárás, az elektromágneses sugárzás, valamint a természeti katasztrófák mentális hatásaival. E helyütt nem térek ki az épített környezet mentális hatásaira.

Rég ismeretesek a napfény és a hangulati állapot összefüggései, az alvás-ébredés napi ritmusának melatonin mediálta változásai, a téli depresszió, valamint a jet lag szindróma ide kapcsolódó kérdésköre. A nyári időszak a depressziók egy másik csoportjának gyakoribb előfordulásával jár, melyet impulzivitás, agresszivitás és violszid magatartás jellemez. Ebben a napsütéses órák száma, a hőség, valamint a magas páratartalom egyaránt szerepet játszhatnak. Ugyanezen tényezők hatására kialakult figyelemzavar miatt a közlekedési balesetek száma is megnő ebben az időszakban. A szárazság és a légszennyezettség ugyanakkor a pánikrohamok valószínűségét növelheti. Hőség és hirtelen légnyomáscsökkenés idején emellett az időskori agyi keringési zavarok mutatnak átmeneti rosszabbodást. Az alacsony légnyomással járó front nem kedvez a krónikus fájdalom-szindrómának sem.

Kiemelendő azonban, hogy különösen a szorongásos zavarok esetében torzító hatású lehet az időjárás-fóbia jelenségkör.

Az elektromágneses sugárzás biológiai hatásaival kapcsolatosan a WHO mintegy 25000 tudományos cikket tart számon (többet, mint a kémiai anyagok hatásaival kapcsolatban). Ennek ellenére teljes bizonyossággal csak azt lehet kijelenteni, hogy a nagy energiájú elektromágneses sugárzás közvetlen expozíciója a hőhatás révén roncsolja a szöveteket. Kevésbé ismert a kis energiájú, de tartós expozíció (mobiltelefon-használat, elektroszmog) kóroki szerepe (elsősorban a daganatképzésben). Egy irányzat ugyanakkor az elektroszmogra vezeti vissza azt a tünetcsoportot, melyet az alvászavar, a krónikus fáradtság-szindróma, a memóriazavar, a fejfájás, és a feszültség együttese képez. Aggályos ennek elkülönítése a szorongásos zavarok egy csoportjától (generaalizált szorongás, kevert szorongásos-depressziós zavar, technológia-fóbia).

Egy mobiltelefon-átjátszóantenna telepítésével összefüggő lakossági reakción keresztül szemléltetem a probléma sokrétűségét.

A természeti katasztrófák okozta poszttraumás stressz-zavarra való felkészülésre nemzetközi példákat hozok. Szintén példákkal szemléltetem azt, hogy a katasztrófák és az öngyilkossági halálozás között negatív összefüggés áll fenn.

A mentálisan egészséges társadalom irányában: 3. A jövő kihívásai

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

Világszerte az össz-betegségteher 14%-át, a nem-fertőző betegségek okozta betegségteher 28%-át a mentális megbetegedések teszik ki, mely a képessécsökkenéssel súlyozott életévek (DALY) tekintetében felülmúlja a daganatos és a szív-érrendszeri betegségek okozta károkat. A mentális megbetegedések terén számos hatékony megelőző és gyógyító eljárás ismert, melyhez azonban a fejlődő országokban a rászorulóknak 76–85%-a, a fejlett országokban 35–50%-a nem jut hozzá.

Magyarország adottságaihoz képest rosszabb mentális egészségmutatókkal rendelkezik: az öngyilkossági halálozás a 6., az egy főre jutó alkoholfogyasztás a 3. a világranglistán, az elkerülhető halálokok tekintetében nagyon sok tényező szempontjából (férfiak tüdőrákos halálozása, nők méhnyakrákban történő elhalálozása, szív-érrendszeri halálozás, májbetegségben történő elhalálozás stb.) az első 10 hely egyikén áll. A hatékony társadalmi szintű megelőzéshez ismerni kell a jelen helyzetet, a jövőbeli tendenciákat, valamint az eddigi megelőzési kísérletek tanulságait.

Harmadik előadásomban külön kitérek a jövő kihívásainak egyes kérdéseire.

Ami a rövid távú kilátásokat illeti, az elhúzódozó gazdasági válság kapcsán az öngyilkossági halálozás emelkedésére kell számítanunk. Görögországban például az öngyilkossági halálozás 2009–2011 között 17%-kal, az öngyilkossági kísérletek száma 39%-kal emelkedett. A másik valószínű veszély a jóléti kiadások csökkentése (pl. Egyesült Királyság: 4 év alatt 20%), illetve ennek révén az egészségügyi ellátás általános színvonalcsökkenése, a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése. Kiút lehet a rendelkezésre álló erőforrások optimális kihasználása a hálózatomunka, a helyi együttműködések, a civil szféra bevonása révén, valamint az önszervezés, a delegálás, illetve az internet adta lehetőségek.

Középtávon kiemelendő a társadalom elöregedése, mely az Alzheimer-kór és az egyéb demenciák drámai előretörését hozhatja. 2050-re a Föld minden 85. lakója Alzheimer-kórban fog szenvedni, és ez az arány a nyugati típusú társadalmakban ennek többszöröse lehet. Röviden ismertetem Magyarországi demencia-stratégiáját, mely a Brit Kormány demencia-stratégiájának tükörképe.

Hosszú távon a globális klímaváltozás mentális hatásaira is fel kell készülni. Az időjárás szárazabbra és szélsőségesebb fordulása az impulzivitással összefüggő, valamint a poszttraumás zavarok magasabb jövőbeli előfordulási arányát vetítheti előre.

Nagyfeszültségű transzmembrán impulzusterápia hatása a depresszív tünettanra ágyéki és nyaki gerincbántalmakban

Zax Ilona¹, Buda Botond², Tóth Gábor³

¹TheraCell Deutschland

²Ideggyógyászati Magánszakrendelés, Szombathely

³Nyugat-magyarországi Egyetem Savaria Egyetemi Központ, Biológia Intézet, Szombathely
ideggyogyaszat@t-online.hu

Nikola Tesla (1856–1943), a Puskás Tivadar nevével fémjelzett budapesti telefonközpont első főmérnöke (aki már 1 évvel Röntgen előtt felfedezte a röntgensugarakat) Edisonval szemben a nagyfrekvenciájú váltóáram alkalmazásának elkötelezett híve volt. Már a 19. század végén foglalkozni kezdett a nagyfeszültségű, nagyfrekvenciájú elektromos áram gyógyászati alkalmazásának számos lehetőségével is.

A TheraCell 100 humán gyógyászati célra kifejlesztett berendezés nagyfeszültségű generátora által előállított nanosecundumnyi, 1–3 Hz frekvenciával ismétlődő, 15–30 ezer V feszültségű transzmembran elektromos impulzusokkal a vonatkozó terápiás ajánlások szerint különböző etiológiájú idült krónikus és fájdalmas állapotokban mintegy 0,18 m szöveti mélységig biztosítható effektív terápia.

A szerzők 46 (26 nő, 20 férfi; átlagéletkor 33,15 év, SD 11,59) olyan idült, illetve subacut lumbosacralis-, illetve nyakigerinc-fájdalmakkal jelentkező beteget kezeltek, akik egyikénél sem állt fenn képzakító vizsgálatlaltal igazolható, a gyököt vagy a durát elérő vagy foramenstenosist okozó discus-hernia, ugyanakkor párhuzamosan mindegyiküknél kórismézhető volt kezeletlen, a DSM-IV-TR szerinti depresszív zavar vagy disztímia (F32, F33, F34), s a kezelés megkezdésekor a páciens Beck-pontszáma ≥ 6 pont.

A fájdalom változását vizuális-analóg skála alkalmazásával követtük, ugyanakkor a kezelése megkezdése előtt a Beck-kérdőívet is kitöltötték a páciensek.

A kezelés megkezdése előtt 34 beteg Beck-pontszáma volt 6–11 közötti (enyhe depressio), 12 betegé 12–15 pont közötti (közepesen súlyos depressio); egy beteg pontszáma sem volt 16 pontos vagy annál magasabb (súlyos depressio). 8 heti kezelés után a betegek 63%-ának fájdalma jelentősen, 29%-ának fájdalma kissé mérséklődött, 1 beteg állapota nem változott, 1 beteg fájdalmai súlyosbodtak. A fájdalomterápiára vonatkozó eredményeink közlése külföldi szakfolyóiratban folyamatban van.

8 heti kezelés után a Beck-pontszámok csökkenése 2–5 pont volt, átlagosan 3,4 pont (SD=1,20). Közepesen depressziós mindössze egyetlen beteg (2%) maradt, ugyanakkor 16 beteg (35%) pontszáma 5 alá csökkent (euthym), míg 11 beteg (24%) hangulati fekvése a Beck-pontszám alapján a közepesen súlyos depresszióból enyhévé változott.

A terápiás effektus pontosabb értékeléséhez az affektív statusznak a Beck-féle önbecslő skálánál érzékenyebb nyomon követése, továbbá kontrollált kettős vak vizsgálatok lennének szükségesek, melyek elvégzését a továbbiakban tervezzük.

Papageno-effektus a filmvászonon

Zsédél Krisztina¹, Gerevich József²

¹Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

²Addiktológiai Kutató Intézet, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
del@bondel.hu

Cél: Az öngyilkosságra irányuló média-kutatások első sorban a Werther-effektust helyezik a figyelem előterébe. A szuicídiumtól való eltérítést magába foglaló Papageno-effektus (Niederkroenthaler, 2009) eddig kevesebb figyelmet kapott, pedig preventív és intervenciós szempontból kiemelkedő jelentősége lehet. Míg egy másik prezentációnkban (Gerevich, 2013) az öngyilkosság film-ábrázolásának átfogó jellegzetességeit vizsgáljuk, jelen előadásban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az öngyilkosság ábrázolására irányuló mozifilmekben megjelenik-e a Papageno-effektus, és ha igen, mennyire eredményesen.

Módszer: Szakirodalmi adatok és az IMDb nemzetközi angol nyelvű filmes adatbázis segítségével kigyűjtöttük és elemeztük az öngyilkosságot valamilyen módon ábrázoló és 1960 után (az új hullám kezdetétől) készült filmek közül azokat, amelyekben az öngyilkosság a film fő áramlatában jelenik meg, illetve azokat, ahol a főhős – vagy valamely szereplő – öngyilkossága okán gyökeresen megváltozik a történet sodrása, és/vagy az öngyilkosság a film címében is szerepel, erős felhívó jelleggel. Ezután került sor a mintába kerülő filmek (65 db) tartalomelemzésére és további szelekciójára a Papageno-effektus megléte vagy hiánya alapján. A Papageno-effektust tartalmazó filmeket adott szempontok alapján tovább elemeztük.

Eredmények: Hét olyan filmet találtunk a mintában, amelynek fontos tartalmi eleme a főhős vagy valamely szereplő öngyilkosságtól való eltérítése (Thelma és Louise, Pankrátor, Maradj!, Az órák, Egyszerű eset, Észvesztő, Elveszettek és eszeveszettek), vagy annak kísérlete. Sajátos módon valamennyi film sikertelen megmentési akcióval zárult (sikertelen Papageno-effektus). A klasszikus Papageno-effektus, amikor a cselekmény elkövetése közben győzik meg a jelöltet egy másik alternatíváról, gyakorlatilag nem jelenik meg az elemzett filmekben. Lényegesen eltérő az öngyilkosságtól való eltérítés mechanizmusa aszerint, hogy a segítők szakemberek vagy laikusok. A szakembereknél a kellő odafigyelés hiánya (Észvesztő), illetve a pszichiáter pszichés problémái (Maradj!) álltak a kudarc hátterében. A laikusok kudarcai esetében árnyaltabb a kép.

Következtetések: A sikertelen Papageno-effektus filmes ábrázolásának dominanciája is hozzájárulhat a Werther-effektushoz, ezáltal nem az öngyilkosság megelőzésében, hanem – inverz módon – annak előidézésében játszhat szerepet.

Érzelmi hullámvölgy és iskolai átmenet: Serdülőkorú fiatalok önértékelése és depresszív hangulata

Zsiros Emese¹, Költő András¹, Németh Ágnes¹, Arnold Petra¹, Kökönyei Gyöngyi²

¹Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

²ELTE Pszichológiai Intézet, Budapest

zsiros.emese@ogyei.hu

Bevezető: Az iskoláskorú fiatalok önértékelését vizsgáló kutatások a serdülőkor elején – az előző életszakaszhoz viszonyítva – jelentős csökkenést, később növekedést találtak (Harter, 1999). Az érzelmi hullámvölgy a középiskolai átmenethez köthető. Az iskolaváltás komoly kihívás, amely önmagában is befolyásolja a serdülők önértékelését és hangulatát (Wigfield et al, 1991; Seidman et al, 1994; Eccles et al, 1996). Azt feltételezzük, hogy a kilencedikes középiskolások önértékelése és hangulata szignifikánsan negatívabb, mint a hetedikes általános iskolásoké, míg az iskolát nem váltó – hat- és nyolcosztályos gimnázium hasonló évfolyamai között nincs eltérés.

Minta és módszer: Elemzésünket az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) kutatás 2010. évi országosan reprezentatív adatain végeztük. Mintánk 7. és 9. évfolyamos, általános iskolás (N=1682), hat- vagy nyolcosztályos gimnazista (N=263), szakközépiskolás vagy gimnazista (N=1528), illetve szakiskolás vagy szakmunkásképzős (N=590) tanulókból áll. Az adatgyűjtés önkitöltős, anonim kérdőívek segítségével történt. A depresszív hangulatot a Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatával (CDI, Kovacs, 1985), az önértékelést Rosenberg (1965) skálájával mértük. A különböző képzési típusban tanuló általános és középiskolások közötti eltéréseket évfolyam szerinti bontásban, variancia-analízissel elemeztük.

Eredmények: A teljes mintában a 9. évfolyamot jellemzi a legmagasabb depresszív érték és a legalacsonyabb önértékelés. A 7. évfolyamon nincs szignifikáns különbség az általános iskolások és a hat-, nyolcosztályos gimnazisták között. Míg az általános és a középiskolások önértékelése és depresszív hangulata szignifikánsan eltér, a hat-nyolcosztályos képzésben tanulóké nem. A középiskolásokat további képzési típusokra bontva a 7-es általános iskolások önértékelése és depresszív hangulata csak a 9.-es szakiskolásokétól különbözik szignifikánsan.

Következtetések: A középiskolába lépés a gyerekek számára egyéni, társas, iskolai szinten is nagy változás. Az eredmények nem támasztják alá egyértelműen azt a hipotézist, hogy a középiskolába való átmenetkor a serdülők önértékelése és hangulata szignifikánsan negatívabb, mint az iskolát nem váltóké. Értelmezési korlát, hogy az adatok keresztmetszeti és nem longitudinális vizsgálatból származnak. Eredményeink ugyanakkor felhívják a figyelmet a szakiskolában továbbtanulók önértékelése és iskolai énképe, tanulmányi aspirációja közötti összefüggésre.

Kettős teher a fordítás – egy pszichiátriai antropológiai terepmunka tapasztalatai Mauritiuson

Lajtai László

SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

lajlasz@net.sote.hu

Mauritius egy 1.2 milliós lakosságú szigetország az Indiai Óceán közepén. Három kontinensről számos, különböző etnikai és vallási hovatartozású népcsoport telepítette be, ezért társadalma kulturálisan rendkívül bonyolultan tagolt. Három fő nyelvet beszélnek napi szinten és vagy egy tucat egyéb nyelvet használnak különböző célokra. Az egészségügy elvileg ingyenes és elérhető az átlagpolgárok számára, de igen nagy a szakadék az állami, a magán és tradicionális szektor között. Az állami rendelésen rendkívül kevés idő jut a betegekkel való beszélgetésekre, de ez a mindenki által beszélt francia alapú mauritiusi kreol nyelven zajlik. Ugyanakkor az írásos dokumentáció é a jelentések angol nyelven történnek, mely a oktatás és az ország hivatalos nyelve is, A magánrendelés, mely csak a gazdagabb népcsoportok számára elérhető, franciául zajlik, mely nyelvre a páciensnek mintegy le kell fordítania gondolatait és érzéseit, noha anyanyelve általában a kreol. A hagyományos gyógyítás többnyire kreolul zajlik, ugyanakkor a vallási megosztottság miatt az egyes etnikai csoportok liturgikus nyelve továbbra is fontos marad. A terepmunka egyik fő konklúziója, hogy a többnyelvűség, mely egy terjedő jelenség a globalizálódó világban, gyakran, mint például a lelki zavarok ellátása területén, a társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődéséhez vezethet.