



Magyar Pszichiátriai Társaság XIX. Vándorgyűlése

Szeged, 2015. január 28-31.



MAGYAR PSZICHIÁTRIAI TÁRSASÁG
XIX. VÁNDORGYŰLÉSE - SZEGED 2015

„A szinapszistól a szintézisig”

ABSZTRAKT KÖTET

A küszöb alatti evészavarok klinikai jelentősége – irodalmi áttekintés esetrészletekkel

Ábrahám Ildikó

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika
Gyermekpszichiátriai Osztály, Budapest
abrahamildiko1@gmail.com

Számtalan beutalás történik, konzíliumkérés érkezik osztályunkra, gyermekorvos kollégák diétázó lányok vizsgálatát kérik, van-e szükségük terápiára, s ha igen, ki, mikor, hol és hogyan foglalkozzon a „betegekkel”.

Az evészavarok kontinuum hipotézise évtizedek óta kutatott terület, több aspektusból is tekinthetünk a témára. A szakirodalom elkülönít statikus, dinamikus, súlyosság szerinti kontinuumot és komorbiditás spektrumot.

Előadásomban elsősorban a súlyosság szerinti spektrumot tekintem át az anorexia nervosa és a bulimia nervosa vonatkozásában, szubklinikai kórképekkel kapcsolatos irodalmi adatokra fókuszálva. A DSM 4-ben a küszöb alatti kórképek a Máshol nem osztályozott evészavarok (EDNOS: Eating disorder not otherwise specified) csoportjában kaptak helyet. Az EDNOS prevalenciája igen széles szórást mutat a diagnosztikus kritériumok bizonytalanságai miatt, klinikai jelentősége azonban több szempontból is kiemelkedő. Előadásomban kitérek a diagnosztikus kritériumokat érintő klinikai kérdésekre, a rizikófaktorokra, a betegség–nem betegség küszöbének nehézségeire, a terápia–prevenció kérdésének komplexitására.

A fenti témák kapcsán kiemelten foglalkozom a perfekcionizmussal, melynek prediktív értéke mellett hangsúlyos az is, hogy hidat képez a komorbid kórképek felé, ezáltal terápiás szempontból is kiemelt jelentőségű.

A fizikai aktivitás és a depresszió gazdasági összefüggései

Ács Pongrác

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet, Pécs

A társadalom rossz egészségi és mentális állapotával az életminőség radikális csökkenése jár együtt. Minden negyedik EU állampolgár küzd pszichés nehézségekkel, a depresszió az egyik leggyakoribb egészségügyi probléma. A hazai kutatások megállapítják, hogy a felnőtt lakosság körében az életminőséget leginkább csökkentő betegségek: mozgásszervi betegségek (11,2%), depresszió (27,3%), szív- és érrendszeri betegségek (39,2%).

Cél: a fizikai aktivitás depresszióra gyakorolt egészségmegőrző hatásának nemzetgazdasági szinten történő számszerűsítése és a fizikai aktivitás által elérhető gazdasági megtakarítás becslése.

Módszer: Vizsgálatunk az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP, 2009), egy saját országos kérdőíves kutatás (n=1158), valamint az Eurobarometer (2010) reprezentatív adatainak felhasználásával készült. Kérdőíves felmérésünket 2010 szeptemberében végeztük, a megtakarítások számszerűsítéséhez a nemzetközi szakirodalomban is használt PAR mutatót alkalmaztuk.

Eredmények: Az Eurobarometer adataiból kiindulva a magyar társadalom 77%-a inaktív, ami számos betegség előidézője. A fizikai inaktivitással összefüggésben lévő betegségek közül 2010-ben a depresszió miatt több mint 1,6 millió beteglátogatás volt hazánkban. A területi különbségeket is vizsgáltuk a Beck Depresszió Kérdőívvel. A depresszió átlagértékénél jelentősen magasabb értékek jellemzik Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék népességét. A legalacsonyabb adatokat Fejér és Győr-Moson-Sopron megyékben számszerűsítettük.

Az OEP adatai szerint az emberek több mint egynegyede (28,51%) a magas vérnyomás tünete (I10), 23, 57 %-a a szív- és érrendszeri betegségek (I20; I21; I22; I23; I24; I25; I26; I61; I63; I66; I672; I674; I70; I74; I771; U9900; I801; I802; I803), 15,3 %-a depresszió (F10; F13; F31; F32; F33; F34; F38; F39; F40; F41; F92; R45) miatt vett igénybe orvosi szolgáltatást. A táppénzen töltött napok 48,9 %-a a depresszió, 20,5 %-a szív- és érrendszeri betegségek, 18,2 %-a magas vérnyomás és szövődményei miatt volt. A legmagasabb költséggel járó betegségtípus a táppénzkiadásokat tekintve a depresszió, mely az összes bruttó táppénzköltség 49,7 %-a.

Evidenciák támasztják alá, hogy a rendszeres fizikai aktivitás egy olyan védőfaktor lehet, amely minden életkorban alapvetően befolyásolja az életminőséget, és az élet szinte valamennyi területére hatást gyakorol. Saját mintánk Beck depressziós index átlagain elvégzett Mann-Whitney próba alapján szignifikáns különbség van a fizikailag aktív és inaktív értékei között.

Szignifikáns különbségek a munkahelyi stressz és a kiégés szintjében az alap-, járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében

Ádám Szilvia, Nistor Anikó, Nistor Katalin,
Cserhádi Zoltán

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
adamszilvia@hotmail.com

Bevezetés, célkitűzés: Az egészségügyi szakdolgozók fontos szerepet töltenek be a betegellátás teljes folyamatában. Ezért az alap-, járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó nővérek mentális egészségének megőrzése és javítása fontos népegészségügyi feladat. A betegellátás különböző szintjeit más és más pszichoszociális tényezők befolyásolják. Emiatt vizsgálatunk a kiégés és a munkahelyi stressz szintjének feltérképezésére irányult az alap-, járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatunkba 1280 budapesti egészségügyi szakdolgozót vontunk be (alapellátás 86 fő, járóbeteg-ellátás 415 fő, fekvőbeteg-ellátás 779 fő). A kiégést a Maslach Kiégés Leltárral, a munkastresszt a Karasek-Theorell Munkastressz kérdőívvel mértük. A munkahelyi stressz és a kiégés átlagának különbségeit az alap-, járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó nővérek között független T-próbával vizsgáltuk.

Eredmények: Az alap- és a fekvőbeteg-ellátás átlagértékei (sd) között szignifikáns különbséget találtunk a kiégés mindhárom dimenziójában (emocionális kimerülés 15,68 [10,83] vs 18,48 [10,92], deperszonalizáció 3,52 [5,10] vs 4,98 [5,13], teljesítmény-csökkenés 34,46 [8,38] vs 31,94 [9,15]), valamint a munkahelyi stressz meghatározó tényezőiben, a munkahelyi követelménnyel (8,50 [1,37] vs 7,98 [1,43]), a munkahelyi kontrollal 9,53 [2,36], vs 10,01 [2,30]), a munkahelyi támogatással (10,38 [2,77] vs 11,31 [2,69]), valamint a munkahelyi stresszrel (0,92 [0,24] vs 0,83 [0,23]). A járó- és fekvőbeteg-ellátás átlagai között szignifikáns különbséget kaptunk az emocionális kimerülésnél, a deperszonalizációnál, a munkahelyi követelménnyel, a munkahelyi kontrollal, a munkahelyi támogatással. Az alap- és járóbeteg-ellátásban dolgozók körében a munkahelyi stressz és a munkahelyi kontroll mutatott szignifikáns különbséget az átlagértékek tekintetében.

Következtetés: Vizsgálatunkban szignifikáns különbségeket találtunk a munkahelyi stressz meghatározó tényezőiben (munkahelyi kontroll, követelmény, támogatás) a betegellátás 3 ellátási szintjén. A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó nővérek körében az alap- és a járóbeteg-ellátáshoz viszonyítva a legmagasabb a munkahelyi stressz és a kiégés szintje, amit célzott intervenció programokkal szükséges csökkenteni.

Recovery – a human right?

Michaela Amering

Department of Psychiatry and Psychotherapy Medical
University of Vienna

The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) for the first time in the history of the disability movement explicitly includes persons with psychosocial disabilities.

The CRPD with its 50 articles cover a wide range of key areas in which effective human rights protection and promotion now necessitate revisions of existing legal, health and social care situations as well as new actions in order to fulfill the principles of the treaty. Newly formulated long-standing rights to non-discrimination include key areas such as health, housing, education, employment, standards of living and social, political and cultural participation as well as the right to be free from exploitation, violence and abuse.

Efforts towards non-discrimination of persons with disabilities are underway and currently strongly supported by international law. The opportunities of a successful development in this direction are dependent on a viable understanding of the concept within the mental health community as well as updated expertise concerning tools of implementation

Sárkányfű – szintetikus kannabinoidok*Andrássy Gábor*Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen
gaborandrassy@hotmail.com

A dizájner drogok jelenleg legnépesebb csoportját a szintetikus kannabinoidok, illetve kannabimimetikumok alkotják. Klinikánkon ebben az évben a droghasználat kapcsán ellátott betegek több mint fele szintetikus kannabinoidok miatt kerül kórházba.

Tekintettel a rendelkezésre álló tesztek hiányára, illetve a felhasználók által nyújtott információk esetleges voltára, az egyes molekulákhoz köthető ismereteink meglehetősen korlátozottak. Jelen előadásomban a nemrégiben feltűnt AB-Chminaca, illetve MDMB-Chminaca nevű szerekkel kapcsolatos esetekről számolok be. A szakirodalomban ezen anyagot nem találtam, élettani hatásairól gyakorlatilag semmit nem tudunk. Mivel a dizájner drogok csupán kis részével kapcsolatban rendelkezünk kutatási eredményekkel, ezért elsősorban esetleírásokra, illetve felhasználói beszámolókra hagyatkozhatunk. A három eset: 27, 28 és 29 éves férfibetegek, anamnézisükben szerabúzusok szerepelnek. Kettőt GM típusú rosszullétet követően szállították kórházba, majd egyikük tudatállapota és fizikális állapota is hullámzott, olykor a kontaktusba vonhatatlan mértékig. A másik esetben hányást követően került sor ellátásra.

A szintetikus kannabinoidot a náluk talált anyagmaradványokból, gázkromatográfiával mutattuk ki. Maguk a használók nem ismerték a szert, JWH-nak, illetve természetes kannabisznak vélték.

Belátóképesség vizsgálata kényszerbetegségben (OCD)*Angi Zoltán, Rajkai Csaba, Csigó Katalin, Harsányi András*Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztály, Budapest
dr.zoltanangi@gmail.com

Pszichiátriai betegségek központi eleme a belátóképesség. Több pszichiátriai kórkép esetében a részleges belátóképesség vagy a belátóképesség hiánya jelentős mértékben akadályozza a gyógyulás folyamatát.

Belátóképességnek azon képességet tekintjük, ahogyan a páciens viszonyul saját vélelmeihez, vagyis a meggyőződés mértékét vizsgáljuk ebben az esetben.

Vélelmeink (hiedelmeink) a fóbiáktól a kényszer-gondolatokon át egészen a pszichotikus tévképzetekig tartanak. Bár tradicionálisan az obszessziókat dichotóm módon szembeállítottuk a deluziókkal, a tudomány jelenlegi állása szerint helyesebb a belátóképesség kontinuumáról beszélni.

A skála egyik oldalán a tünetek jó belátása áll, míg a másik véglet a deluzív gondolkodás, ami teljes mértékben hamis vélelmen alapszik. Az egyes pszichiátriai kórképek, mint az OCD, test diszmorfiás zavar, hipochondria ugyanúgy, mint a hagyományosan pszichotikusnak tekintett szkizofrénia, illetve pszichotikus mánia, eltérő pontot vehetnek fel a belátóképesség kontinuumán. A belátóképesség úgy is koncipiálható, mint a deluzív gondolkodás mértéke. Maga a belátóképesség több dimenziót tartalmaz.

A belátóképességet a BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale), azaz a Brown-féle belátóképességet becsülő skála segítségével határozzuk meg, mely az alábbi dimenziókból áll: 1. Meggyőződés (milyen fokú a meggyőződése a páciensnek a kényszereivel kapcsolatban). 2. Érzékelés (környezet részéről érkező meglátások értékelése). 3. Magyarázat (miért látja másképp a páciens az obszesszióit, mint a környezete). 4. Kényszer-gondolatok állandósága (mennyire vannak berögzülve ezek az obszessziók). 5. Kísérlet a kényszer-gondolatok megcáfolására (milyen gyakran cáfolja meg vagy utasítja vissza a kényszeres gondolatokat). 6. Belátás (mennyire tartja betegségnek tüneteit).

Minden ponton belül értékeljük a meggyőződés fokát 0–4-ig, 0 pontot adunk a betegnek, ha meg van győződve róla, hogy a kényszer-gondolatok saját túlértékelt gondolatai, vagyis van belátása azokkal kapcsolatban, illetve 4 pontot adunk a betegnek, ha az a meggyőződése, hogy kényszer-gondolatai valóságok (pl.: „a kilincs érintésétől AIDS-et kap”; „...hogyan valóban kinyomta a szemét a metrón szembejövő embernek”).

Előadásunkban a tesztet és az azzal szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be.

„Mosolyország”: egy outsider művész belső világa szobrokban és képekben

Antos Zsolt

XIV. Kerületi Pedagógiai Szakmai Szolgáltató Intézet, Budapest
anzsol13@gmail.com

Előadásom célja egyfelől egy válogatást bemutatni egy belső készítésre dolgozó – s közben tudatosan is kísérletező – fiatal outsider művész elmúlt évtizedben készített izgalmas alkotásaiból, másfelől – művészetének feldolgozó és egyben önkereső aspektusát hangsúlyozva – feltárni annak pszichológiai mozgatóit és tágabb, mélyebb kontextusát. Ebben az elmúlt évek során felvett projektív rajzesetek is a segítségemre lesznek az olykor határozottan esztétikus és megnyerő, máskor bizarrnak ható agyagszobrok és egyéb műalkotások mellett. Röviden kitérek a visszatérő szimbólumok és tartalmi-formai elemek lehetséges értelmezésére, az alkotó sajátos viszonyára a halál témakörével és tapasztalatával, valamint kiemelem magas szintű elaborációs hajlamát és megküzdési készségét.

Esettanulmányom módszertani hátterét a Vass Zoltán-féle hétlépéses képelemzési módszer (SSCA) és a Hárdi István-féle Dinamikus Rajvizsgálat (DRV) szolgáltatja.

Érzelem-felismerés és vegetatív reaktivitás kapcsolata kortárskapcsolati problémákkal küzdő serdülőkbenÁspán Nikoletta^{1,5}, Horváth Lili Olga³, Szentiványi Dóra³, Vida Péter^{4,5}, Balázs Judit^{2,5}, Halász József^{5,6}¹Semmelweis Egyetem Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola, Budapest²Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest³Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest⁴Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest⁵Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest⁶Óbudai Egyetem Alba Regia Műszaki Kar, Székesfehérvár
nikoletta.aspan@gmail.com

Bevezető: A szívfrekvencia, illetve a szívritmus variabilitás érzelem-regulációval és -felismeréssel mutatott összefüggését több kutatás alátámasztja. Azonban csak sporadikus irodalmi adatok állnak rendelkezésre az érzelem-felismerés teszt során a vegetatív paraméterek és a tesztben mutatott teljesítmény közötti összefüggésekkel kapcsolatban, klinikai serdülő mintán végzett kutatásról pedig hasonló közlemény tudomásunk szerint nem jelent meg. Jelen vizsgálatunk célja a szívfrekvencia és az érzelem-felismerés kapcsolatának vizsgálata volt kortárskapcsolati problémákkal küzdő serdülő klinikai mintán. Előzetes eredményeinket közöljük.

Minta és módszer: Jelenleg is zajló vizsgálatunkból 23 (10 lány, 13 fiú), 13–17 év közötti serdülő (14,1±1,2; átlag±szórás) adatait elemeztük. A vizsgálatban a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban kezelt serdülők vettek részt, tájékozott beleegyezést követően. A serdülők viselkedési mintázatának jellemzésére a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) szülői és önkitaltós változatát használtuk. A szívritmust és az interbeat-interval-t EmWave2 eszközzel rögzítettük, az érzelem-felismerési teljesítményt pedig Facial Expression of Emotions Stimuli and Test (FEEST) paradigma során monitoroztuk. A statisztikai elemzésben Spearman-féle rangkorrelációt használtunk.

Eredmények: Az SDQ skálaértékek minden nehézség skála esetében a klinikai tartományban voltak. Az átlagos szívfrekvencia a FEEST teszt során 77,3±9,5 (átlag±szórás), míg a maximális szívfrekvencia 99,6±11,2 (átlag±szórás) volt. A FEEST alatt mérhető átlagos és maximális szívfrekvencia szignifikáns pozitív együttjárást mutatott az összesített érzelem-felismerési teljesítménnyel (átlagos szívfrekvencia: r=0,52; maximális szívfrekvencia: r=0,47;p<0,05 mindkét esetben).

Következtetések: Előzetes eredményeink felvetik egy új nézőpont lehetőségét a szociális viselkedés, az érzelem-felismerés és a vegetatív paraméterek közötti kapcsolatrendszer értelmezésében, és alátámasztják a témával kapcsolatos további klinikai kutatások szükségességét.

Közösségi bűn- és konfliktusmegelőző stratégia a szentgotthárdi Pszichiátriai Betegek Otthonában

Bacsák Dániel

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
dani.bacsak@gmail.com

A szentgotthárdi Pszichiátriai Betegek Otthonában 2014 őszén úttörő jellegű kezdeményezésbe fogtunk: a kriminológia elméleti és módszertani ismereteit felhasználva egy olyan komplex közösségi bűn- és konfliktusmegelőző stratégiát készítettünk az otthon lakóinak aktív részvételével, mely mérsékli a lakóink által elkövetett normaszegéseket, a gondozottak között kialakult konfliktushelyzeteket, csökkenti az áldozattá válás esélyeit, növeli a közösség biztonságérzetét, és javítja az életminőséget – mindeközben természetesen tiszteletben tartva az emberi jogok érvényesülését.

A stratégia, melyet egy közel másfél hónapig tartó normaszegéseket és konfliktusokat feltáró kutatás és helyzetelemzés előzött meg, a közösségi bűnmegelőzés alapelveinek megfelelően három szinten avatkozik be:

- elsődleges szint: a közösségi integráció növelése, az egyéni beilleszkedési zavarok csökkentése, a várossal való külső kapcsolatok erősítése;
- másodlagos szint: a veszélyhelyzetek és az ún. hot spotok azonosítása, kezelése;
- harmadlagos szint: a már megvalósult normaszegő magatartások és konfliktusok resztoratív (kárhelyreállító) kezelése, valamint az ismételt előfordulásuk megelőzése érdekében tett differenciált (kezelő, gyógyító, nevelő) beavatkozások.

Előadásomban ennek az újszerű kezdeményezésnek az erős és gyenge pontjait, alkalmazhatóságának előnyeit és korlátait, a módszertani nehézségeket és a stratégia részeként kialakított jó gyakorlatokat mutatom be.

Utazás tudattalanunk tükrében: az ókori görögök pszichomanteumától a modern gyógyszerápiáig

Cserép Edina Edit, Balázs Anett Mária, Frecska Ede Ottó

Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika,
Debrecen
bazsanett@gmail.com

Az antik görög kultúra termékeny talajt biztosított az emberi szellem kibontakoztatására, számos rituálét, kultuszt alkalmazott fantasztikus belső utazások számára. A történeti feljegyzésekből látható, hogy az ókori görögök bizonyos feltételek mellett a gyászoló számára megjelenítették az elhunytakat, és ehhez speciálisan kialakított helyiségeket, a „halottak templomait” használták. Ezek a pszichomanteumok évszázadokon keresztül fennmaradtak – úgy tűnik, ezeken a helyeken kultúrától függetlenül és történelmet átívelően használták a divináció, szellemidézés lényegében hasonló módszerét, a tükörjósást, mely a tükröződő felület mellett megfelelő pszichés előkészítést, ráhangolódást is igényelt. A halálközeli élmények ismert kutatója, *Raymond Moody* a módszer lényegi elemeire koncentrálna megpróbálta mai körülmények közé emelve létrehozni a modern pszichomanteumot.

Moody kutatásai és az ókori görög pszichomanteum tanulmányozása nyomán megkíséreljük a módszer hatásmechanizmusait a pszichológia-pszichoterápia eszközeivel értelmezni, a benne rejlő szerteágazó lehetőségeket megvilágítani. Az általunk kidolgozott módszert a gyászmunka hipnagóg facilitálásaként mutatjuk be.

A kognitív rugalmasság figyelmi folyamatai és neurobiológiai korrelátumai felnőttkori ADHD-ban

Bálint Sára¹, Bitter István¹, Czobor Pál^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research Orangeburg NY 10962, USA

Balint.sara@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A Figyelemhiányos Hiperaktív zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban diagnosztizált gyermekpszichiátriai betegség, amely 30–50%-ban fennmarad felnőttkorban is. Korábbi vizsgálatok igazolták, hogy a betegségben a kognitív funkciók közül leginkább a végrehajtó funkciók (EF) érintettek, melyek egyik alapvető alkotóeleme a kognitív rugalmasság. Kognitív rugalmasság alatt a gondolkodás menetének változtatási képességét értjük; nevezetesen, hogy a beteg mennyire képes rugalmasan váltani, ha a környezet változása miatt új szabály szerint kell végrehajtani egy adott feladatot. Bár a kognitív rugalmassági teszteken mutatott gyenge teljesítményt az ADHD endofenotípus jellemzőjének tekintik, a teljesítmény-romlás neurobiológiai alapjai nem ismertek.

Célkitűzés: Szisztematikus irodalmi áttekintés alapján a kognitív rugalmassági teszteken mért gyenge teljesítmény neurobiológiai alapjainak vizsgálata felnőttkori ADHD-ban, különös tekintettel a funkcionális MRI (fMRI) és elektrofiziológiai korrelátumokra.

Módszer: Keresést végeztünk a MEDLINE adatbázisban a következő kulcsszavakkal: ADHD, set shifting, task switching, EEG és ERP (event related potential).

Eredmények: fMRI vizsgálatok eredményei alapján a kognitív rugalmassági feladatokban mutatott gyenge teljesítmény szempontjából a prefrontális kéreg neurális hálózatai, a kérget a törzsdúcokkal összekapcsoló dorsális frontostriális hálózatok, illetve a frontoparietális régiók érintettek. Áttekintésünk alapján megállapítható, hogy kognitív rugalmassági feladathelyzetben ERP vizsgálat még nem történt ADHD-ban. Egészséges személyeken végzett ERP vizsgálatok alapján a frontális és a parietális régiókban, a P2, a P300 és a késői pozitív komponenseknél jelentős amplitúdó növekedés tapasztalható feladatváltás alatti helyzetben szemben a váltás előtti helyzettel.

Következtetések: A kognitív rugalmasság diszfunkciója az egyik fontos jellemzője a felnőttkori ADHD-nak, melyet eddig csak kevés vizsgálat helyezett a fókuszába. Noha az fMRI vizsgálatok feltérképezték azokat az agyi régiókat, amelyek a betegségben érintettek, a nagy denzitású ERP vizsgálatok teljes mértékben hiányoznak. Ezek jó térbeli, és az fMRI-nél jóval nagyobb időbeli felbontása lehetővé tenné, hogy a feladatváltásos paradigmákban ezredmásodperces nagyságrendben zajló agyi történéseket megfelelő időbeli pontossággal vizsgáljuk. A fent leírt elektrofiziológiai korrelátumok elemzése új lehetőséget nyit a kognitív rugalmasság neurobiológiai alapjainak vizsgálatára ADHD-ban.

Az Alzheimer Demencia kezelésének jelene és jövője

Barabássy Ágota

Richter Gedeon Nyrt, Budapest
barabassy@richter.hu

Az Alzheimer Demencia (AD) egy súlyos neurodegeneratív betegség, amely 60–75%-os előfordulási arányával a leggyakoribb demenciaforma. Világszerte 24,9 millió beteget érint, becslések szerint azonban a betegek száma a jövőben folyamatosan emelkedni fog, míg 2050-ben eléri a 115 milliót. Jelenleg az AD kezelésére csak tüneti terápia áll rendelkezésre: egyrészt achetylcholinesterase inhibitorok, melyek a cholinerg deficitet egyenlítik ki, és másrészt neuroprotektív hatású memantine-nal. Bár ezek a terápiaik, mind hatásuk erősségében, mind hatásuk tartóságában limitáltak, rendkívül jelentős finanszírozási költségterhet jelentenek. A WHO felmérése szerint a jelenlegi globális Alzheimer kezelés több mint 604 milliárd US dollárba kerül, mely összeg 2050-re olyan magasra emelkedne, hogy kivitelezhetlenné tenné mind a betegellátást, mind pedig a kezelések finanszírozását.

Ezért az amerikai National Institutes of Health azt a célt tűzte ki, hogy 2025-re hatásos demencia kezelés váljon elérhetővé. Ennek érdekében együttműködik számos nagy gyógyszercéggel, hogy közösen fejlesszen ki hatásos terápiát. Továbbá a DSM-5 új kiadásával az amerikai pszichiátriai társaság (APA) is próbálja a klinikai kutatást e téren elősegíteni azzal, hogy jól megfogható kritériumokat határozott meg a mild neurocognitive disease és a demencia diagnosztizálásához. A WHO 2017-ben kiadja az ICD-11-et mely a DSM-hez hasonlóan előreláthatólag átdolgozza az organikus és szimptomatikus mentális zavarok fejezetét „neurocognitív betegségek” címszó alatt.

A változások szellemében az európai gyógyszerhatóság (EMA, European Medicines Agency) részéről is törekvés van arra, hogy a klinikai fejlesztési guideline-okat egyszerűsítse, melynek eredményeként most újítja fel az Alzheimer Demencia klinikai fejlesztési guideline-ját. A guideline megvitatására és egyeztetésére egy workshopon került sor 2014.11.24–25-én, széles körű konzultáció segítségével.

Az előadás az Alzheimer Demencia jelenlegi magyar és nemzetközi „state of the art” terápiáját és a fejlesztés alatt álló gyógyszereket mutatja be, majd összegzi az előadó fenti EMA Workshopon szerzett tapasztalatait és a hatósági egyeztetés eredményét, melyen az előadó az EMA meghívására vesz részt.

A biológiai mozgás észlelésének károsodása szkizofrén betegekben: irodalmi áttekintés

Baradits Máté¹, Bitter István¹, Czobor Pál^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research Orangeburg NY 10962, USA

baradits.mate@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A biológiai mozgás (BM) – amin az élőlények mozgását értjük – érzékelése kitüntetett szerepet játszik a társas kapcsolatok alakulásában. A biológiai mozgás neurobiológiai alapját képező, több agyi struktúrát involváló ideghálózati rendszer magában foglalja az okcipitális, parietális, frontális és temporális lebenyek számos struktúráját, különösképpen a temporo-parietális junkciót (TPJ) és a sulcus temporalis superior (pSTS) hátsó területét; diszfunkciója szerepet játszhat a szkizofréniában megfigyelhető csökkent szociális képességek alakulásában.

Célkitűzés: Jelen áttekintés célja szkizofrén betegek BM-észlelésében megjelenő károsodások feltérképezése, és ezen károsodások neurobiológiai alapjainak vizsgálata.

Módszer: Szisztematikus irodalmi áttekintés a MEDLINE adatbázisban közölt összes releváns közlemény alapján.

Eredmények: Megállapítható, hogy az összes közölt vizsgálatban a point-light-display paradigmát alkalmazták, melyben a fő ízületekre helyezett pontok segítségével megjelenített BM érzékelését hasonlították össze véletlenszerűen mozgó (VM) pontok érzékelésével. Azokban a betegekben, akik a Zigler-féle szociális kompetencia skálán gyengébb eredményt értek el, eltérést tapasztaltak a BM és a VM ingerek diszkriminációjában. Továbbá, a háttérzaj fokozatos növelésével nehezített BM feladatban a szkizofrén betegek alacsonyabb zajsztint mellett is többet hibáztak, mint az egészséges kontrollok. A háttérzaj betegek esetén a mozgás irányának megítélését is nehezítette. A BM-érzékelés szkizofréniában tapasztalt károsodásának neurobiológiai hátterét csupán két fMRI és egy elektrofiziológiai tanulmány vizsgálta. Az egyik fMRI vizsgálatban szkizofrén betegekben a pSTS, a másik vizsgálatban a középső prefrontális kéreg és a TPJ területének aktivitásában tapasztaltak szignifikáns csökkenést. Az egyetlen elektrofiziológiai vizsgálat eredménye szerint szkizofrén betegekben a szomatomotoros kéreg felett csökkent mu deszinkronizáció figyelhető meg. Eseménykapcsolt potenciálok (ERP) vizsgálatáról nincsenek publikált eredmények.

Következtetések: A viselkedéses adatok a biológiai mozgás érzékelésének károsodását jelzik szkizofréniában, továbbá arra utalnak, hogy a károsodás mértéke a betegek szociális kompetencia skálán mért alacsony pontszámával pozitív összefüggést mutat. A károsodás neurobiológiai alapjainak tisztázására eddig csupán néhány vizsgálatot végeztek; ERP vizsgálat, mely a károsodás nagy időbeli felbontással történő elemzését tenné lehetővé, még nem történt.

A választójogból való kizárás pszichiátriai és jogi szempontjai

Baran Brigitta¹, Szemán Felicitasz²

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Fővárosi Törvényszék, Budapest

baran.brigitta@med.semmelweis-univ.hu

A választási eljárásról szóló 2013. évi XXXVI. törvény előírja a gondnokság alá helyezési eljárás során a választójogból való kizárás kérdéséről történő bírói döntést. A bíróság tehát a gondnokság alá helyezési eljárás során általánosságban felteszi ezt a kérdést az igazságügyi pszichiáter szakértőnek. Milyen szempontok alapján dönthet a szakértő a választójog gyakorlására való alkalmasságról? A pszichiátriai betegség kizárja-e a választójog gyakorlásához szükséges belátási képességet? Pszichiátriai eszközökkel megítélhető-e az e jog gyakorlásához szükséges belátási képesség megléte vagy hiánya? A pszichiátriai betegségben nem szenvedők esetében mi határozza meg az e jog gyakorlásához szükséges belátási képességet?

A dohányzás abbahagyásának rizikói – egy „külső” elhárítás elvesztése

Barna Bianka, Gerevich József

Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
barna314@gmail.com

Az elmúlt években ugrásszerűen megszorodtak a dohányzástól való leszokás és az öngyilkossági kockázat növekedésének összefüggéseit vizsgáló tanulmányok, elsősorban azon vizsgálatok eredményei miatt, amelyek a leszokást segítő gyógyszerek szedését követő rövid időszakon belül az öngyilkossági kockázat megemelkedését mutatták ki.

A legtöbb, korábbi vizsgálat a leszokás utáni kockázat csökkenéséről számolt be. Az ellentmondásos eredmények tisztázására a legújabb vizsgálatok a dohányzás abbahagyásától számított idő és az öngyilkossági kockázat változásának ez idő alatti változásainak összefüggéseit vizsgálták.

Eredményeik szerint az öngyilkossági kockázat aránya mielőtt lecsökkenne, a leszokást követő kritikus egy éven belül megugrik, függetlenül a leszokást segítő készítmények szedésétől.

Az előadás központi témája a dohányzást és a sikeres leszokást moduláló, feltételezhető pszichés és fiziológiai mechanizmusok részletesebb vizsgálata, azon eredmények tükrében, melyek szerint a leszokás utáni évtől a leszokottak öngyilkossági kockázata a sohasem dohányzókéval azonos mértékre esik vissza.

Ez nem várt eredmény, tekintve, hogy a dohányosok a szakirodalom szerint a rászokást megelőzően is impulzívabbak a később sem dohányzóknál, így nem várnánk már a leszokást követő egy év múlva ilyen nagymértékű visszaesést az öngyilkossági kockázatukban.

A viszonylag váratlan eredményt támogatják azon szakirodalmi adatok is, melyek szerint a P300-as kiváltott potenciál (ERP) a dohányosok és a függőségre hajlamos (de még nem függő) személyek esetében is alacsonyabb amplitúdójú és elnyújtott latenciájú. Ez összefüggésbe hozható például a magasabb vonásszintű impulzivitással és szenzoros élménykereséssel is, a függőségre való hajlamon túl, amelynek az alacsony amplitúdójú ERP a szakirodalmi adatok szerint igen megbízható bejósolója.

A fenti – nem várt – eredményeket egy másik kutatásban az ERP (P300) vizsgálatának eredményei is támogatják, mely szerint a dohányzástól több mint egy éve leszokottak kiváltott potenciálja szintén a sohasem dohányzó ERP-jével azonos, azaz magasabb átlagos amplitúdójú, szemben a dohányzókéval.

Az alacsonyabb amplitúdójú ERP a magasabb öngyilkossági rizikó markere más vizsgált populációkon belül is. Az előadásban az ERP amplitúdójának eme változásait kísérő lehetséges pszichés változásokat igyekszem bemutatni.

A munkával való elégedettség, kiégés és stressztényezők a magyarországi munkavállalók körében. A Pozitív Menedzsment kutatás első eredményeinek bemutatása

Battonyai Tünde¹, Olajos-Szabó Alexandra¹, Gyórfy Zsuzsa²

¹Monday Morning Tanácsadó Kft., Budapest

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
battonyaitunde@gmail.com

Bevezetés: A Pozitív Menedzsment olyan hosszú távú szervezetevezetési és -fejlesztési szemlélet, amely a pozitív pszichológia alapelveit és eszköztárát alkalmazva ér el hatékonyabb, eredményorientált működést. Középpontjában a nyitott vállalati kultúra, az egyéni erősségek kiaknázása és kiegyensúlyozott munkaszervezés áll. A Pozitív Menedzsment az egyik legfontosabb kiégésmegelőző módszer, ezért kulcsszerepe van a munkavállalók testi-lelki egészségmegőrzésében. A hagyományos munkastressz kutatásokkal szemben, amelyek a negatív hatásokra fókuszálnak, kutatásunkban azon erőforrásokat térképezzük fel, amelyek a munkavállalókat elégedetté és egészségesé teszik.

Módszer: Kvantitatív, kérdőíves vizsgálatot végeztünk online és hagyományos módszerekkel. Kutatásunk első fázisának célcsoportja a magyarországi kis- és középvállalatok dolgozói voltak (n=365). A jóllét mérésére a WHO Well-being indexét, valamint a Szubjektív Boldogság Skálát használtuk. A munkastressz pozitív és negatív hatásainak feltérképezésére a Siegrist-féle Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság kérdőívet, valamint a Maslach Burnout Inventory validált magyar nyelvű változatát használtuk. Saját kérdőívet fejlesztettünk a munkavállalói elégedettség egyes aspektusainak mérésére.

Eredmények: A pozitív jóllétre vonatkozó kérdések áttekintésekor elmondhatjuk, hogy a WHO Well-being indexen a válaszadók átlagpontszáma 13,8, amely átlagon felüli „jóllétről” tanúskodik. A Szubjektív Boldogság Skálán elért átlagos pontszám 5,25 amely kis mértékben az átlag alatti „boldogságértéket” jelenti. Az átlagon felüli jóllét pontszámmal szignifikáns kapcsolatban áll a jó munkatársi kapcsolat (p<0,001), ha a munkavállalók úgy érzik, hogy „felettesük meghallgatja elképzeléseiket és javasolataikat” (p<0,018), valamint „és világos feladatokat és célokat fogalmaznak meg számukra” (p<0,003). A munkahelyi való elégedettség legfontosabb tényezői: a képességeknek megfelelő munkavégzés, a megfelelő munkakörülmények, valamint a változatos munka.

Következtetések: A Pozitív Menedzsmenttel jellemezhető vállalati szemlélet egyértelmű összefüggésben áll a dolgozók jóllétével, elégedettségével. Első eredményeink ugyanakkor felhívják a figyelmet a kiégés teljesítmény-csökkenés komponensének magas arányára. E tényező és a Pozitív Menedzsment szemlélet kapcsolatának feltárása további vizsgálatokat igényel.

Férfiak szexuális traumatizációja

Béteczki Zsuzsanna

Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház I. Pszichiátriai Osztály, Nagykálló
dr.belteczki.zsuzsanna@kallokorhaz.hu

A gyermekek fizikális és szexuális bántalmazása évezredek óta megengedett, bizonyos kultúrákban sajnálatos módon bántalmazott gyakorlat volt. A szexuális traumatizáció kutatása nehéz, a cselekményt körbevevő szégyen és titok miatt, különösen vonatkozik ez a fiúkra, férfiakra, akiket önállóságra, függetlenségre szocializálnak. Sokáig azt feltételezték, hogy a fiúk abúza sokkal ritkább, mint a lányoké, és ha be is következik a molesztálás, az kevésbé hat a személyiségfejlődésükre, vagy nem befolyásolja azt. *Pereda és munkatársai* kutatása szerint a gyermekkori szexuális bántalmazás átlagos prevalenciája nőknél 19,7%, míg férfiaknál 9,7%. Áttekintő előadásomban irodalmi adatok és esetek alapján összehasonlítom a nők és férfiak bántalmazásának jellegzetességeit, a családi és egyéb kockázati tényezőket, az elkövetők sajátosságait (szituatív, gyermeket preferáló típus), a bántalmazás elhallgatásának feltételezett okait. Áttekintem a szexuális trauma hatását befolyásoló tényezőket, a közvetlen és hosszú távú következményeket, a megjelenő pszichés zavarokat, betegségeket.

Interperszonális kapcsolati mintázatok változása a hosszú távú pszichoterápiás kezelés során

Berán Eszter¹, Unoka Zsolt²

¹Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, Piliscsaba

²Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
eszter_beran@yahoo.com

Célkitűzések: Vizsgálatunk a terápiás folyamat során bekövetkező változási mechanizmusokra irányul terápiás ülések lejegyzett szövegének elemzése alapján. Ezen belül a kliens kapcsolati történeteit vizsgáljuk. *Luborsky* Központi Kapcsolati Konfliktus Téma (KKKT) módszerével kombinálva az elbeszélői perspektíva kölcsönös szabályozására kidolgozott elemzési módszerünkkel arra keressük a választ, hogy a terápiás üléseken elbeszélte kapcsolati epizódok szerkezete miként változik hosszú távon abból a szempontból, hogy a páciens mit vár másoktól, mások erre hogyan reagálnak (az ő elbeszélése szerint), és a páciens miként reagál mások válaszára. Hipotézisünk szerint a páciens kapcsolati történeteinek konstrukciója a terápiás interakcióban a terapeuta által facilitált perspektíva-váltások során jön létre.

Módszerek: Jelen vizsgálat adatait a Budapest Pszichoterápiás Adatbázis biztosítja. Az adatbázis két pszichodinamikus terápiában résztvevő páciens-terapeuta diád üléseinek 1,5 évig tartó megfigyelése során létrejött hanganyagot és CHILDES módszerrel lejegyzett terápiás ülések szövegeit tartalmazza. Az adatbázisból felhasznált két ülés szövegét két analitikus terápiában járatos gyakorló pszichoterapeuta kódolta le a KKKT kódolási módszerét és standardizált kategóriarendszerét alkalmazva. A NP váltásokat a kapcsolati epizódokban korábbi kutatásainkban alkalmazott, általunk kidolgozott NP modell alapján kódoltuk, és kvalitatív diskurzuselemzési módszerekkel vizsgáltuk.

Eredmények: Elemzésünkben kimutatjuk, hogy a terapeuta által végrehajtott perspektíva-váltások, vagy váltások sorozata hozzájárul a kapcsolati modell elaborált kidolgozásához, a kapcsolati modell szerkezeti átalakulásához, és így az egyes kapcsolati személyekhez fűződő viszony átalakulásához.

Következtetés: A narratív perspektíva-váltás szerepet játszik a különféle KKKT-k elaborálásában és az egyes személyekhez fűződő hasonló KKKT reprezentációk összekapcsolásában, illetve egy kapcsolaton belül új KKKT-k konstruálásában, melyek fontos szerepet játszanak a terápiás változásban.

Az időjárás és az öngyilkosság összefüggése Magyarországon

Bérdi Márk¹, Pongrácz Rita², Czobor Pál³

¹Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Meteorológiai Tanszék, Budapest

³Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
berdimark@gmail.com

Magyarországon évente kb. 25000 öngyilkossági kísérlet és 2200 befejezett öngyilkosság történik. A különböző időjárási tényezők (légnyomás, hőmérséklet, eső, napsütés) és az öngyilkosságok számának kapcsolata a téma 19. századi módszeres (statisztikai) kutatásának kezdete óta vita tárgya a pszichológiában, epidemiológiában és szociológiában.

Az epidemiológiai, statisztikai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az öngyilkosságok száma tavasszal és kora nyáron a legmagasabb. A témában eddig született közel negyven tanulmányban rendre legalább egy-egy időjárási faktor statisztikailag jelentős hatását mutatták ki, azonban ezek gyakorta ellentmondásosak és a vizsgálatok módszertani hiányosságai miatt többször nem meggyőzőek. Az időjárási faktorok és a szezonális (évszaki) hatások interakcióban állhatnak egymással, és ezt a lehetséges interakciót több tanulmány szintén nem veszi figyelembe. Saját vizsgálatunk célja különböző meteorológiai tényezők és a napi öngyilkossági adatok összefüggésének becslése.

1990–2012 közötti időszakra vonatkozó öngyilkossági és időjárási adatokat vizsgáltunk. A vizsgált időszakban összesen 70019 befejezett öngyilkosság történt (átlagéletkor 53,6 év, SD=27,9 év, 75% férfi). Az öngyilkosság módszerét tekintve 80% violens.

A napi lebontású öngyilkossági adatokat a Központi Statisztikai Hivatal adta ki, az adatbázis tartalmazza a tényleges lakóhelyrégió kódját (hét régiós felosztásban), az életkort és az elkövetés violenciáját (violens ICD-9 kód: E950-E952 vs nem violens ICD-9 kód: E953-E958). A szintén napi lebontású időjárási adatokat az ELTE Meteorológiai Tanszékének segítségével az Országos Meteorológiai Szolgálat mérései alapján állítottuk össze.

Előadásunkban áttekintjük a témában született kutatási eredményeket, azok főbb elméleti és gyakorlati következtetéseit, valamint beszámolunk saját vizsgálatunk eredményeiről is.

A munkahelyi mentális egészség és jóllét Európai Program jelentősége

Betlehem József¹, Pék Emese¹, Kurimay Tamás²

¹Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Pécs

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, Budapest

Mára számos tanulmány bizonyítja, hogy a mentális egészségi problémák a munkahelyen komoly hatással vannak a munkavégzésre, és kihatnak a szervezet működésén túl az egyénre és annak otthoni környezetére. A munkahelyi pszichoszociális feszültség növekedése, a mentális betegségek magas rizikója, a mentális betegségek „előszobája” a termelékenységet is kedvezőtlenül befolyásolja. Ugyanakkor a jó munkahelyi légkör, a megfelelően szervezett, a dolgozóra is odafigyelő munkaszervezés a munkavégzés során magabiztosságot és személyes kompetenciát eredményez, csökkentheti a mentális betegségek kialakulásának kockázatát, valamint kedvezően befolyásolja a szervezet működését is.

Annak ellenére, hogy számos ajánlás létezik már a munkahelyi egészség (testi, lelki egység) előmozdítására és fenntartására, ezeket az ajánlásokat a legtöbb európai országban az egyes munkáltatók alig vagy csak részben valósítják meg.

Az Európai Unió és Tagországai Egészségprogramjának keretében (A Közös Akció a Leleki Egészségért Program) dolgozik a munkahelyi mentális egészséggel és jólléttel foglalkozó munkacsoport (ún. workpackage, WP), melynek elsődleges célja, hogy a résztvevő 11 országban feltérképezze a jelenséget nemzeti szinten, és a fejlesztő munka során találjon olyan jó gyakorlatokat, melyek eredményeit érdemes más országok munkahelyi egészségfejlesztő, prevenciós, valamint szűrési munkáiban adaptálni.

Az előzetes eredmények alapján a kis- és középvállalkozók – mint munkáltatók – esetében a feltérképezett nemzeti gyakorlatok nagyon szerteágazóak, és az alkalmazott munkahelyi egészségfejlesztő intézkedések és programok esetlegesen, összehangolatlanok, valamint kevés saját forrással rendelkeznek e tekintetben. Ennek okai elsősorban a megfelelően képzett munkahelyi egészségfejlesztésben járatos szakemberek hiányából, a munkáltatói ismerethiányból és a motiváltság elégtelenségéből, valamint a stigmából fakadnak. A munkahelyi környezet fizikai adottságai is hatással vannak a munkavállalók mentális állapotára.

A további fejlesztőmunka eredményeként várható, hogy a vizsgált országok jó gyakorlatának megismerése során szerzett tapasztalatok segítséget adnak az egyes nemzetek kis- és középvállalkozásainak ahhoz, hogy a saját munkahelyüket a munkavállalók számára egészségesebbé tegyék, s hogy a mentális betegségek felismerése és megelőzése e fontos szektorban is hatékonyabb lehessen.

Agykutatás és pszichiátria

Bitter István

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Budapest
bitter.istvan@med.semmelweis-univ.hu

A pszichiátriai betegségek kezelésében hatékony gyógyszerek felfedezése és fejlesztése igen lelassult, több molekula megbukott a II. vagy akár III. fázisban. Számos gyógyszergyár csökkentette vagy meg is szüntette központi idegrendszeri kutatásait. Egyetlen új pszichiátriai gyógyszer piacra kerülése kb. 900 millió USD befektetést jelentene az alap- és a klinikai kutatásba. A bonyolult ok-okozati rendszerből a pszichiátriát két leginkább érintő ok: 1. A pszichiátriai betegségek jelenlegi felosztása nem segíti az alapkutatókat abban, hogy új felfedezések, „target”-ek és ezzel új gyógyszerek születhessenek. 2. Az alapkutatókon van a sor: felfedezésekre van szükség a pszichiátriai betegségek patomechanizmusairól, jobb esetben okairól ahhoz, hogy új gyógyszereket lehessen fejleszteni.

Mind a két probléma megoldására születtek javaslatok. Az USA NIMH munkatársai a DSM és a BNO alternatívájaként új kutatási kritériumokat alkottak (The Research Domain Criteria [RDoC] project). Az Európai Unió 1milliárd eurót szán agykutatásra (Human Brain Project), Magyarországon elindult 12 milliárd forintos költségvetéssel a Nemzeti Agykutatási Program (NAP), az USA-ban pedig a 3 milliárd dolláros költségvetésű BRAIN Initiative. A cél az agy betegségeinek jobb megértését és kezelését célzó kutatások támogatása. A hazai NAP projekt alap- és gyógyszerkutatást, klinikai, bioinformatikai és társadalomtudományi kutatásokat végző csoportokat és fiatal kutatókat támogat, melyek számos pszichiátriai betegséget érintenek, pl. degeneratív betegségek, szkizofrénia, kényszerbetegség, ADHD.

Végeken. 734 elmebeteg 30 évi szolgálata

Bittermann Évi

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
bittermann.evi@gotthardotthon.hu

Háttér: A 734 ágyas, elmebetegeket gondozó intézmény 1952 óta működik a végeken. A külső működési feltételek változása, a nővérutánpótlás és az anyagi erőforrás hiánya súlyos terhet ró a dolgozókra, miközben ők a kiégés szempontjából az egyik legmagasabb indikációjú beteganyaggal foglalkoznak. 10 év angliai egészségügyi-szociális szférában történt munkavégzés adta háttértapasztalat után mit látni friss szemmel ebben az intézményben?

Cél: A humán- és anyagi erőforráshiány hogyan hat az Otthon operatív működtetéséért felelős középvezetői gárdára? Milyen nehézségekkel kell megküzdniük? Milyen eszközeik vannak a kiégés-prevencióra?

Módszer: Félig-strukturált mélyinterjúkkal, a közösségi struktúra feltérképezésére szociogrammal dolgoztunk.

Eredmények: A kiugró nehézségek csoportjai összefüggnek a változtatás-igény clusterjaival: bér, létszám, innováció, önálló gazdálkodás, nem anyagi jellegű változások. A kiégés magas fokú, annak ellenére, hogy tobzódnak a preventív/védő faktorok lexikális tudásával.

Konklúzió: Az intézmény humán-erőforrás problémáinak – a korszerű képzettség, a kellően megfizetett és erkölcsileg motivált, kipihent szakembergárda biztosításának – megoldása nehéz feladatot jelent a szociális szféra jelenlegi működtetési keretei közt.

En arche en ho logosz – egy kevert diagnózisú, születése óta hátrányos helyzetű fiatalember terápiás lehetősége

Bittermann Évi

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
bittermann.evi@gotthardotthon.hu

Háttér: Sz. András élettörténete generáción átívelő nehézségeket hordoz. Két éve Intézetünk lakója, most 23 éves. Kijátssza a terápiás rendszert, 3 hetente megszökik, foglalkoztatásba nem bevonható, intézetben belül norma- és szabályszegő. Felmerül a prostitúcióban való részvétel gyanúja. A személyzet és a gondnoka tehetetlen. Agresszivitása félelemben tartja betegtársait.

Cél: Egy olyan terápiás közeg létrehozása, amely belső én-erők hiányában megtartja az Ént. A kiábrándító/cserbenhagyó szülői introjekciók túlsúlyát megbontani, a projektív azonosulás, mint énvédő mechanizmus gyakori használatát csökkenteni. A szocializáció, beilleszkedés javítása. Csoport pszichoterápiára történő felkészítés.

Módszer: Pszichodiagnosztika (2 profilos Szondi, Rorschach). Terápiás csoport létrehozása András körül. A multidiszciplináris csoport általi gondozás, projekt jellegű közös cél kitűzése. Szakdolgozók ésszerű beosztása, heti csapatmunka kiértékelése. Heti 8 egyéni foglalkozás és 2 pszichoterápiás óra 12 héten át fenntartva. Saját teherbírási tesztelése. Hosszú távú fenntarthatóság kititralása. Milyen paraméterek mentén mérjük a kliens állapotjavulását? Pszichoterápiás esetvezetés.

Eredmény: E kiemelt terápia kettős tanulságot hordoz: meddig szabad a terápiás kapacitást 1 kliensre fókuszálni; milyen bizonyíték alapján dönt úgy a terápiás team, hogy lazítja a heti 8–10 egyéni kezelést. A másik eredmény a kisgyerek korától intézetekben élő, több (sikertelen) terápiás megközelítést átélt ember oly mélységű és komplexitású terápiás támogatása, amely lehetővé teszi számára az introspekciót, a disszociált énrészek integrálását, a közösségi beilleszkedést.

Az öngyilkossági kockázat elemzése az angol közösségi pszichiátriai gyakorlatban

Blazsek Péter

Community Mental Health Service Ware, Egyesült Királyság
drbpv@chello.hu

Az öngyilkosság háttérében az esetek túlnyomó többségében valamilyen pszichiátriai betegség áll. Hazánkban a szuicid ráta az angolországokét többszörösen meghaladta az 1980-as évekig, és az utóbbi évtizedekben bekövetkezett jelentős javulás ellenére még mindig több mint kétszer akkora. Az Egyesült Királyságban a közösségi pszichiátria bevezetésével az 1990-es években, különös hangsúlyt fordítottak a pszichiátriai kockázatok azonosítására és feltárására, kiemelt tekintettel az öngyilkossági kockázatra. Előadásomban ennek fő szempontjait elemzem a szakirodalom tükrében, és a hazai rövid szuicid becslőskálát ismertetem, mely a mindennapi járó- és fekvőbeteg-ellátás túlterheltsége mellett is alkalmazható lenne.

A bipoláris affektív zavar diagnosztikai nehézségei a közösségi pszichiátriai ellátásban

Blazsek Péter

Community Mental Health Service Ware, Egyesült Királyság
drbpv@chello.hu

A bipoláris affektív zavar olyan komplex betegségcsoportot jelent, amely még az angolszász országokban is aluldiagnosztizált, jóllehet szinte divat ezzel a diagnózissal „büszkélkedni”. Régóta ismertek és jól körülhatároltak a differenciáldiagnosztikai szempontok, mégis a mindennapi gyakorlatban nagy az esély a betegség fel nem ismerésére vagy a téves diagnózisra. Előadásomban szeretném bemutatni a bipoláris zavar diagnosztikájának nehézségeit és szempontjait az angol közösségi pszichiátriai gyakorlatban.

„Lerajzolom az elmondhatatlant” – Miről árulkodnak az alkoholbetegek nemlétező állatrajai?

Bódi-Kiss Zsófia Eszter, Jakab Krisztina Ágnes

Jász-Nagykun-Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház és
Rendelőintézet, Szolnok
zsafia.bodikiss@gmail.com

Témaválasztás: Előadásunkban a dr. *Vass Zoltán* nevéhez fűződő Nemlétező állatrajz-teszt egy esetleges felhasználási módját mutatjuk be szenvedélybetegek rajzain keresztül. A terápia sikerességét a beteg részéről a verbalizációs nehézségek, alacsony színvonalú elhárító mechanizmusok (tagadás, bagatellizálás, háritás), valamint a betegségtudat hiánya vagy kezdetlegessége akadályozhatják. Elképzelésünk szerint módszerünkkel azonban nehezen kifejezhető, vagy tudattalan információk, folyamatok feltérképezése is lehetővé válik.

Módszer: Az osztályunkon kezelt betegek az explorációt követően A4-es lapon saját magukat és betegségüket ábrázolták nemlétező állatok formájában. A rajzfelvételt minden esetben az állatok összetételét és viszonyrendszerét is feltáró utóteszt követte. Előadásunkban az alkoholbeteg énképére, valamint a betegségük képi kifejezésére vonatkozó rajzi jegyek formai és tartalmi sajátosságait gyűjtöttük össze.

Konklúzió: A rajzok értelmezése közben feltárhatóvá vált, hogy az alkoholbetegek hogyan definiálják magukat a betegségük tükrében, rendelkeznek-e betegségtudattal, hol tartanak a felépülési folyamatban, milyen a megküzdési színvonaluk, a terápiás motivációjuk, valamint betegségükről alkotott képük. A Nemlétező Állatrajz alapján nyert információk rendkívül hasznosan beilleszthetőek a szenvedélybetegekkel osztályunkon folytatott terápiás folyamatba.

Virtuális Világok. Érzelmek kiváltása és befolyásolása 360 fokos immerzív videofilm expozíciójával

Brindza Nóra¹, Simon Lajos¹, Takács Barnabás²

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²PanoCAST Inc.

brino911@gmail.com

A Virtuális Valóság egy számítógép által generált szintetikus környezet, amelybe az adott felhasználó képes belemerülni.

Az utóbbi évtizedek fejlesztései során a Virtuális Valóság előállításának új módszerei alakultak ki a klasszikus programozott világok mellett. Ennek egyik formája a 360 fokos kamerával felvett világ. Az új módszerrel kialakított világban vizsgáltuk, hogy milyen mértékben tudnak a résztvevők jelen lenni és belemerülni.

A 2014-es Kutatók Éjszakáján a Virtuális Valóság rövid bemutatása után a résztvevőknek lehetőségük nyílt kipróbálni egy erre a célra kialakított boxban a virtuális környezetbe való belemerülést. Ebben a boxban különböző világokban tudtak jelen lenni a felhasználók. A világok stresszteli helyzetektől a nyugalmat árasztó, relaxáló környezetig terjedtek, miközben monitoroztuk a bőrellenállást és a szívfrekvenciát. Egy webkamerával folyamatosan rögzítettük a vizsgált személy arckifejezést, testtartását és gesztusait. A kiértékelés során azt vizsgáltuk, hogy a Virtuális Valóság által keltett vizuális és hangingerek valóban változtatni tudják-e a vizsgált személy aktuális érzelmi állapotát. Az elemzés azt mutatja, hogy megbízhatóan lehet következtetni a vizsgált személy aktuális stressz- és szorongásos állapotának mértékére.

A Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika újjászervezett Nappali Kórházának bemutatása

Cserép Edina

Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Tanszék, Debrecen
cserepke78@gmail.com

A Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikáján jelentős hagyományai vannak a pszichiátriai rehabilitációnak. Évtizedek óta működő munkaterápia, életmód klub segíti pácienseink felépülését, azonban Nappali Szanatórium keretein belüli kezelésre csak közel 1 éve van lehetőség. 2014 februárjában, kb. 2–3 hónapos előkészítést követően nyitottuk meg képzeletbeli kapunkat a betegek előtt. A 11 férőhelyes részlegünk célcsoportja elsősorban az affektív és szorongásos zavarok és a személyiségzavarok diagnosztikus körébe tartozó páciensek. Eredeti célunk a társadalomba, a munkaerőpiacra való visszatérés elősegítése volt, azonban klinikánkon az ellátási területhez viszonyított alacsony ágyszám miatt szükségessé vált, hogy részben a fekvőosztályos kezelés alternatívájává váljunk, illetve utókezelést is végezzünk. Az alapvető célunknak megfelelően alakítottuk ki a Nappali Szanatórium programját, mely az induláshoz képest jelentősen bővült részben a tapasztalatok, részben a betegek igényének függvényében.

Munkanapokon napi 6 órában, reggel 8 és délután 14 óra között foglalkozunk a betegekkel a bio-pszicho-szocioterápiás szemlélet jegyében. A farmakoterápia és a napi orvosi vizitek mellett egyéni esetkezelés, egyéni és csoportos pszichoterápiás foglalkozások, művészetterápiák, szocioterápiás foglalkozások képezik a napi program részét. Pácienseink számára lehetőség van a Nappali Szanatóriumi kezelést követően a munkaterápiába is bekapcsolódni.

Az előadást esetbemutatóval zárom.

Krónikus betegek gondozása a klinikán

Csernyák Péter

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika,
Budapest
csernyak@freemail.hu

Bevezetés: A klinikán a krónikus beteg gyermekek sokszor elkéseredett harcot vívnak a mindennapokban gyógyulásuk érdekében. A cukorbetegség, a dialízis, a transzplantáció megpróbáltatásai – a betegségükből és a kiszolgáltatottságukból adódóan – folyamatosan emlékeztetik őket a betegségben gyökerező egzisztenciális félelmekre. Fokozottan jelenik meg ilyenkor a halál-szorongás, az életfélelem, az elszigeteltség, a létezés értelmének kérdése. Ekkor nélkülözhetetlen, hogy kapjon a gyermek pszichés támogatást. Így – a szülőket is megnyerve, az ő beleegyezésükkel – tudunk terápiás segítséget nyújtani.

Célunk: A gyermek számára olyan terápiás tér (potenciális tér) biztosítása, ahol félelmeikről, kérdéseikről titoktartás mellett tudnak beszélni. Itt nem az elfojtott ösztöneikkel és nem a környezetükkel szembeni küzdelmeikről beszélünk, és nem is a múlt feltárásáról, hanem a betegségükből fakadó belső konfliktusairól, ahol szembesülnek létük alapvető adottságaival. És ekkor, ahogy *I.D. Yalom* írja: „A terápia legfontosabb igédője a jelenné váló jövő” lesz!

Konklúzió: Tapasztalatom, hogy az egzisztenciális kérdések felismerése gyakran lényeges belső változást katalizál. A betegek motivációja, tenni akarása, együttműködése (adherence) nő. Gyógyulási esélyük javul. Életüknek újra célja lesz! Transzperszonális választ is tudnak így találni, ami túlmutat az egyén élettörténetén, betegségén. De egy olyan spirituális választ is, amely már minden emberre érvényes, ahogy a világban a „helyét” elfoglalja!

A kényszerbetegség pszichoterápiája: pszichoanalízis osztályos keretek között

Csigó Katalin

Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztály, Budapest
katacsigo@gmail.com

A kényszerbetegség pszichoterápiás kezelésében ismert tény a kognitív-viselkedésterápia hatékonysága, míg egyéb pszichoterápiás irányzatokkal kapcsolatban kevés kutatási adat áll rendelkezésre. A magyar pszichiátriai szakmai protokoll a pszichoterápiás módszerek közül egyedül a CBT-t tartja hatékonynak, emellett a családterápia hasznosságát említi. Az APA (American Psychiatric Association) a családterápia és a pszichoanalízis hasznosságát is kiemeli. A Magyar Pszichiátriai Társaság Terápiás irányelvek c. összefoglalója alapján pszichoanalitikus terápia indikálható kényszerbetegségben. Mivel a nemzetközi szakirodalomban pszichoanalitikus kutatások, hatástanulmányok gyér számban jelennek meg, ezért megkíséreltük az OCD kutatási programunk részeként egy pszichoanalitikus eredményesség kutatás megtervezését.

Az osztályunkon évek óta működő OCD terápiás kezelésben a kényszerbetegek komplex programban (farmakoterápia, csoportterápiák; egyéni viselkedésterápiás foglalkozások, egyéni pszichoterápia a kezelő végzettségének megfelelően) vesznek részt. A programban a kezelés mellett etikai bizottsági engedéllyel kutatást is végzünk. Jelen előadásban kis létszámú beteganyagunk (5 fő) pszichodinamikus terápiás válaszkészségének nyomon követését fogom ismertetni.

A betegek egy része kezelése során pszichodinamikus egyéni terápiában részesült. A pszichodinamikus pszichoterápia indikálása az első interjú alapján dönt el. A 3 hónapos kezelés hatásosságát klinikai tünetbecslő skálák (Y-BOCS, STAI, DAS, VOICI, PSWQ) és személyiség kérdőív (Séma-kérdőív) segítségével mértük. Eredményeink közül előadásomban a tünetek javulására vonatkozó és a Séma-kérdőívben mért változásokat fogom kiemelni. A betegek kényszeres tünetei (kezelés előtti átlag Y-BOCS érték: 21,8; kezelés után 10,2); és a szorongásuk mértéke (kezelés előtti átlag STAI: 55,3; kezelés után: 44,2) a kezelés hatására jelentősen javult. A Séma-kérdőívben az OCD-re jellemző sémaként az elhagyatottság, a csökkentértékűség, a dependencia, a könnyörtelen mércék és a büntető készenlét magas értéke jelent meg, mely értékek a terápia hatására csökkentek.

Eredményeink értelmezésénél az előadásban kitérek a limitációkra is (kis elemszám, komplex terápia).

Reményeink szerint az OCD tüneteinek gyógyításával kapcsolatban a jövőben minél több pszichoanalitikus-pszichodinamikus kutatás lát napvilágot, segítve ezen terápiás irányzat helyét megtalálni az osztályos kezelési lehetőségek között.

Szubsztitúciós kezelés és az UPSZ használata

Csorba József¹, Pataki Zoltán²

¹Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum, Budapest

²Mátrix Egyesület, Budapest
drcsojoko@gmail.com

Bevezetés: A kutatás célja a szubsztitúciós kezelésben lévők UPSZ érintettségének feltárása, az ismereteik a szerekről, szerhasználati szokások, pszichés és fizikai hatások/ártalmak, UPSZ használat által indukált kezelési igények.

Minta: A résztvevőket két vidéki (Szeged, Miskolc) és két budapesti kezelőhelyen (N484) válogattuk.

Módszer: Önkéntes, részben anonim kérdőíves felmérés.

Eredmények: A teljes minta 90%-a hallott már a dizájner drogokról, 87%-uk legalább egyet meg tudott nevezni, 16,4% négyet vagy négyenél több szert nevezett meg, összesen 48 szert említettek, de 83%-uk egyik szer hatóanyagát sem tudta megnevezni. A használat módja elsősorban intravénás: 78,7%.

A szerek használatának közvetlen hatásaként a következőket említik leggyakrabban: kiélesedett érzékelés (68,9%), szexuális vágy fokozódása (60,1%), alvászavar (51,2%), mintha figyelnének (40,9%).

A szer kiürülési időszakában a következő tüneteket említik: alvászavar (55,6%), agresszivitás (35,9%).

Egészségügyi ártalmak, szövődmények: hirtelen testsúlycsökkenés (52,2%), nehézlégzés (42,5%), gyomorpanaszok (39,5%), sebesedés (38,3%), érgyulladás (29,5%).

A szociális ártalmak szempontjából a családi, párkapcsolati problémák és az összeütközés a „törvénnyel” emelendő ki

Kezelés/ellátás UPSZ drog használata miatt: túcsere (31,4%), akut pszichiátriai ambuláns vagy kórházi kezelés (30%).

Konklúziók: A szubsztitúciós kezelésben lévők jelentős arányban használnak UPSZ-t, az információik a szerekről meglehetősen hiányosak, magas kockázatú használati mód (iv), komoly pszichiátriai és szomatikus tünetek, szövődmények, jelentős szociális problémák, új kezelési igények-kihívások.

A vizsgálat korlátai: Nem teljes minta, az adatok részleges feldolgozása, részletes összefüggések feltárása nem történt meg.

A hippocampusz GABAerg interneuronjainak változása egy depresszió állatmodellben

Czéh Boldizsár¹, Kalangyáné Varga Zsófia¹, Wiborg Ove²

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

²Translational Neuropsychiatry Unit Department of Clinical Medicine Aarhus University, Denmark
cze.h.boldizsar@pte.hu

A major depresszió egy súlyos, gyakori és komplex pszichiátriai betegség, melynek pontos kóroka mindmáig tisztázatlan. A megbetegedés kóreltani folyamataihoz egyes elméletek szerint a GABAerg rendszer zavara is hozzájárul, amit depressziós betegekből nyert adatok is bizonyítanak. Kísérleteinkben egy depresszió állatmodell segítségével vizsgáltuk a hippocampusz GABAerg interneuronjainak számbeli változását. Állatmodellként a krónikus enyhe stressz modellt használtuk (CMS, Chronic Mild Stress), mely az egyik legkidolgozottabb és legelismertebb depresszió állatmodell.

Felnőtt, hím, Wistar patkányok kilenc héten át, naponta véletlenszerűen változó stressznek voltak kitéve. Az állatok stressz reaktivitását egy anhedóniát vizsgáló magatartási teszttel ellenőriztük. A patkányok szukróz fogyasztása alapján választottunk szét egy anhedóniás és egy stressz rezisztens csoportot.

A formalinnal fixált agymetszeteket immun-hisztokémiai módszerekkel festettük és különböző típusú GABAerg interneuron populációkat jelöltünk: parvalbumin, calretinin, kalbindin, kolecisztoxinin, szomatosztatin, neuropeptid-Y pozitív. Ezután megszámláltuk a jelölődött sejteket a hippocampusz különböző alrégióiban (gyrus dentatusz, CA3, CA1), valamint a dorzális és ventrális régióiban egyaránt.

Krónikus stressz hatására a jelölődött neuronok száma több esetben is szignifikánsan csökkent. A PV+ és CR+ sejtek száma a dorzális áréakban mindenütt szignifikánsan csökkent, míg ventrálisan csak a CA1 régióban. A legkifejezettebb hatás a SOM+ és az NPY+ interneuronoknál látszott, melyek mind a dorzális, mind a ventrális területeken szignifikáns csökkenést mutattak. A CCK+ és a CB+ neuronoknál nem volt megfigyelhető szignifikáns elváltozás.

A sejtek számának változása nem minden esetben mutatott korrelációt a megfigyelt viselkedéssel (szukróz fogyasztás). Az anhedóniás és rezisztens állatok sejt számolási eredményei között szignifikáns eltérést csak a SOM+, NPY+ és CR+ interneuron populációk esetében találtunk, bizonyos alrégiókban.

Eredményeink szerint a krónikus stressz strukturális elváltozásokat okoz a hippocampusz GABAerg interneuronjaiban.

Miért kerülnek pszichiátriai kivizsgálásra olyan gyermekek, akiknek a tünetei egyik pszichiátriai betegség diagnosztikus kritériumait sem merítik ki?

Dallos Gyöngyvér^{1,2}, Keresztény Ágnes^{2,3}, Miklósi Mónika^{2,3,4}, Gáboros Júlia¹, Balázs Judit^{3,1}

¹Vadaskert Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

³Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

⁴Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest
gyongyver.dallos@gmail.com

Háttér/Cél: Gyakori klinikai tapasztalat, hogy olyan gyermekek is gyermekpszichiátriai kivizsgálásra kerülnek, akiknek a tünetei egyik pszichiátriai betegség diagnosztikus kritériumait sem teljesítik. Előadásunkban azt szeretnénk bemutatni, milyen tényezők vezethetnek az előbbi esetekben a pszichiátriai kivizsgáláshoz.

Módszerek: Vizsgálatunkba a Vadaskert Gyermekekpszichiátriai Kórházba első alkalommal kivizsgálásra került gyermekeket (klinikai csoport) és kontroll gyermekeket vontunk be. Mind a klinikai (n=418, átlagéletkor=10,82 év, SD=3,81), mind a kontrollcsoportot alkotó gyermekekkel (N=48, átlagéletkor=10,38, SD=3,77) felvettük a Mini International Neuropsychiatric Interview Gyermekek változatát (Gyermekek M.I.N.I.) és az Invertar zur Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen (ILK) életminőség kérdőívet. A klinikai csoportot további két alcsoportra osztottuk: Gyermekek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek (n=61) és Gyermekek M.I.N.I. alapján diagnózist kapott gyermekek (n=357). A vizsgálatba kerülés kritériuma volt: 18 év alatti kor, alsó korhatár nem volt. Kontrollcsoportba olyan gyermekek kerülhettek, akik nem álltak pszichológiai és/vagy pszichiátriai kezelés alatt.

Eredmények: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) tünetei szignifikánsan növelik a gyermekpszichiátriai kivizsgálásba kerülést, míg a szociális fóbia tünetei szignifikánsan csökkentik. A kontrollcsoport életminősége szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a klinikai csoporté, a klinikai csoport két alcsoportja között pedig nem találtunk szignifikáns különbséget.

Következtetések: Az ADHD tünetei – még a diagnosztikus küszöb alatti szint is –, valamint a csökkent életminőség kockázati tényezőt jelentenek a gyermekpszichiátriai kivizsgálásra kerülést illetően. Vizsgálatunk felhívja a figyelmet, hogy a másodlagos prevenció során fontos az ADHD és a szociális fóbia tüneteinek felismerése, valamint az életminőség mérése.

Vizuális-téri emlékezeti funkciók vizsgálata kényszerbetegségben eye-tracker segítségével

Demeter Gyula^{1,2}, Pajkossy Péter^{1,2}, Szöllösi Ágnes², Harsányi András³, Csigó Katalin³, Racsomány Mihály^{1,2}

¹Magyar Tudományos Akadémia–Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Nemzeti Agykutatási Program-B, Frontostriális Zavarok Kutatócsoport, Budapest

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

³Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet – Nyíró Gyula Kórház II-es számú Pszichiátria, Budapest
demetergy@hotmial.com

Obszesszív-kompulzív zavarban (OCD, kényszerbetegség) a klinikai tünetek egyik lényeges kognitív háttérfaktoraként legtöbb szerző a végrehajtó rendszer diszfunkcióját emeli ki (Kuelz és mtsai, 2004; Abramovitch és mtsai, 2013). A végrehajtó deficit mellett számos kutatás számol be ugyanakkor vizuális emlékezeti nehézségekről (pl. Moritz et al., 2003). Az előadás részletesen tárgyalja az emlékezeti és a végrehajtó funkciók közti lehetséges összefüggéseket, bemutatva az ide kapcsolódó legfontosabb elméleti modelleket, elképzeléseket. Egy korai neuro-pszichológiai modell azt feltételezi, hogy a frontostriális rendszer és a végrehajtó működése zavara együtt járul hozzá a vizuális-téri emlékezeti problémákhoz OCD-ben (Savage, 1999). Ebből a feltételezésből kiindulva saját kutatásunkban elsősorban az alábbi kérdésekre keressük a választ: Van-e vizuális-téri emlékezeti deficit OCD-ben az egészséges, korban és végzettségben illesztett kontrollcsoporthoz viszonyítva? Milyen összefüggés van a tünetek súlyossága, a végrehajtó feladatokon nyújtott teljesítmény és az emlékezeti teljesítmény között? A szemmozgás-regisztráció alkalmas-e biológiai markerek elkülönítésére OCD-ben? Vizsgálatunkhoz egy vizuális-téri emlékezeti paradigmát dolgoztunk ki, melyben a vizsgálati személyeknek egy 5x5 mátrixban megjelenő ingereket (sötét négyzetek) kellett megjegyezniük, majd 3,5 másodperces késleltetést követően felidézniük. Az ingerek bemutatása 2 kondícióban történt (szeriális és szimultán), a szemmozgás regisztrációjára pedig az ingerek bemutatása, a késleltetés és a felidézés szakaszaiban került sor. Előzetes eredményeink alapján azt látjuk, hogy a késleltetés alatt a betegek kevesebb időt töltenek (dwell time) a feladat szempontjából releváns területeken (ingerek helye), mint az egészséges kontrollok. Eredményeink támogatják elképzelésünket, mely szerint az eye-tracking technológia alkalmas lehet biológiai markerek azonosítására OCD-ben.

A kutatást a KTIA_NAP_13-2-2014-0020, Demeter Gyula munkáját pedig a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatta.

A mentalizáció vizsgálata szkizofréniában Cartoon-tesztel

Katonai Zoltán Zsolt¹, Ritzl Andrea², Frecska Ede²,
Égerházi Anikó²

¹Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Debrecen

²Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinika, Debrecen

A szkizofréniát összetett pszichiátriai betegség, melyben a gondolkodás és az érzékelés zavarai mellett a szociális kogníciók károsodása is megfigyelhető. Az utóbbi években, a kognitív pszichológiában egyre nagyobb figyelmet kapott a tudatelmélet (Theory of Mind, ToM), vagy más néven a mentalizáció, melynek segítségével képesek vagyunk mások és saját magunk mentális állapotának felmérésére. Korábbi kutatások kimutatták, hogy a szkizofréniában a mentalizáció képessége csökken és a szociális funkciók is jelentősen romlanak.

A szkizofrén betegek mentalizációjának mérésére több módszer is rendelkezésünkre áll. Célunk az volt, hogy az eddig Magyarországon a leginkább elterjedt, Reading the Mind in The Eyes Test (RMET) és a *Martin Brüne* által kifejlesztett Theory of Mind Picture Stories Task (Cartoon-teszt) érzékenységet összehasonlítsuk és korrelációját vizsgáljuk a betegek Pozitív és Negatív Tüneteskálán (PANSS) elért értékeivel.

Vizsgálatunkban 10, a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikán benn fekvő szkizofrén páciens és 10, életkorban, nemben és iskolázottsági szint alapján illesztett kontrollszemély vett részt. A kontrollcsoport tagjainak anamnézisében nem szerepelt pszichiátriai megbetegedés. A szkizofrén betegek megfeleltek a DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) kritériumrendszerének és tüneteik súlyosságának felmérésére a Pozitív és Negatív Tüneteskálát használtuk. A vizsgálatban résztvevő személyekkel az RMET vizsgálatot, és a Cartoon-tesztet végeztettük el.

Eredményeink szerint a mentalizáció csökkenése a negatív tünettannal kifejeződéssel jelentős összefüggést mutatott. Míg az RMET elsősorban a kognitív érzelmek azonosításának képességét méri, a Cartoon-teszt érzékenyebben jelzi, hogy a személy hogyan képezi le mások mentális állapotát, és milyen következtetéseket von le mások szándékaiból. Szenzitivitásának köszönhetően a tudatelméleti készségek különböző szintjeiről kaphatunk pontosabb információt.

A mentalizáció különböző klinikai terápiás módszerek alapjául is szolgál (pl. mentalizáció alapú terápia [MBT], szociális kogníció és interakció tréning [SCIT]). Ennek köszönhetően, a tudatelméleti készségek hiányosságainak részletes felderítésével képesek lehetünk célirányos terápiát felépíteni az eredményesebb kezelés érdekében.

Segítő szakemberek körében végzett kutatás az iskolai agresszió problémájáról

Egri Tímea¹, Marjai Kamilla Diána², Bácskai Erika³, Matuszka Balázs⁴, Gerevich József³

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv

Gyógynevelési Kar, Budapest

²Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd

³Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

⁴Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és

Társadalomtudományi Kar, Piliscsaba

egritimea@gmail.com

Háttér, célkitűzés: Az iskolai agresszió vizsgálatára az „Az agresszió feltárása, megelőzése és kezelése” című projekt keretén belül került sor. A kutatás a diákok érintettségének a felmérésén túl hangsúlyt fektetett a szakemberek iskolai agresszióval kapcsolatos véleményének a vizsgálatára, valamint a témával kapcsolatos szükségleteik feltérképezésére is.

Vizsgálati minta, mérőeszközök: A kvalitatív mérés mintája több almintát tartalmazott. Jelen vizsgálat a szakemberek: iskolaigazgatók, pedagógusok, gyógynevelési pedagógusok, iskolapszichológusok, szociálpolitikusok és szakmapolitikusok (N=245) válaszait elemzi. A kutatás kvalitatív és kvantitatív mérőeszközöket alkalmazott. Jelen vizsgálatban az interjúk és a kifejlesztésre került kvalitatív kérdőívekre adott válaszok elemzését végeztük el.

Eredmények: A pedagógusok a bántalmazással összefüggő specifikus problémák kapcsán a motiváció hiányára hívták fel a figyelmet, az iskolai agresszió előfordulásának legfőbb felelőseit a szülőkhöz látják, míg a saját szakmai hiányosságukat alig említik, ennek elfedésére az eszköztelenséget használják. A gyógynevelési pedagógusok 80%-a nem tartja kompetenciájába tartozónak az iskolai agresszió feltárását, prevencióját, adekvát kezelését. Ezzel mutat összefüggést az iskolaigazgatók 91,5%-ának véleménye is, mely szerint a külső szakemberek általi segítséget a probléma prevenciójában vagy kezelésében elsősorban az iskolapszichológusoktól várják. A megkérdezett pszichológusok közel 80%-ára is jellemző a társszakmákban megfigyelhető problémahárítás, a kompetenciahatárok indokolatlan beszűkítése, az iskolai viselkedési problémák leválasztása saját kompetenciakörükről. A szociális munkások munkájuk során leginkább a bántalmazott diákokkal találkoznak. Specifikus háttérproblémaként a családot, az iskolát említik.

Következtetések: A szociális segítő szakma mindennapi gyakorlatában nincsenek olyan specifikus programok, amelyet a kortársbántalmazás kezelésére fejlesztettek volna ki, a válaszadók 65%-a nem is tervezte szakmai repertoárja bővítését a témában. Az iskolai agressziót évek óta kiemelten kezelő oktatási ombudsman tapasztalatai szerint az elmúlt 10 évben mintegy tízszeresére nőtt az iskolai agresszióval összefüggő esetek, panaszok száma, a szakemberek tehetetlenek, ennek ellenére a megkérdezettek mindössze 5%-a érzi szakmailag felkészületlennek magát. Kutatásunk egyik legfontosabb tapasztalata, hogy ebben a témában szükséges a szakemberek probléma iránti érzékenységének fokozása.

Quetiapine indukálta Pisa-szindróma*Ekler Katalin*Mohácsi Kórház Pszichiátria, Mohács
lecler@freemail.hu

54 éves nőbetegünk történetével ritka gyógyszer mellékhatást mutatok be.

A páciens először 2014 februárban vizsgáltuk ambuláns depressziós panaszok miatt, majd pár nap múlva pszichotikus dekompenzáció miatt felvételre került. 2 hónapos hospitalizálás alatt kombinált antipszichotikumot, antidepresszívumot, anxiolitikumot kapott, quetiapine-t is, 1 hónapig, napi 125 mg adagban.

3 hónapos kompenzált otthonlét után ismét felvettük, emelkedő dózisban quetiapine-t kapott alap gyógyszerelésként (100 mg/d–300 mg/d). Állapota ennek ellenére fokozatosan romlott, inaktív, gátolt lett, 2 hónap múlva önellátási képtelenséget, bizarr, ferde testtartást észleltünk. Jobb válla extrémén felhúzott volt, törzse balra hajlott, hangja alig hallhatóvá vált, nagyon lassan mozgott, egész tartása, arckifejezése merev volt, bár valódi rigor nem alakult ki. (Korábbi rossz periódusaiban is lassú, alig hallható, inaktív, összmegjelenésében merev volt.)

Differenciáldiagnosztikailag katatónia-tardív diszkinézia merült fel.

Az előbbi valószínűsítése alapján parenteralis haloperidolt, klonazepamot adtunk, állapota akutan nem változott, majd 1 nappal később étkezés közben trizmus jelentkezett, amit haloperidol okozta EPS-nek gondoltunk. Az antipszichotikumot leállítva, parenteralis biperiden, klonazepam, folyadék terápia mellett oldódott, meglepetésünkre azonban nemcsak a trizmus szűnt meg, hanem a ferde testtartás is fokozatosan lazult, „felegyenesedett”, össz-mozgása harmonikusabbá, hangereje erőteljesebbé, érthetőbbé vált.

Ennek alapján az akut haloperidol okozta EPS mellett késői quetiapine mellékhatást, Pisa-szindrómát véleményeztünk.

Jelenleg olanzapint, venlafaxint és klonazepamot kap, állapota tovább javult.

Munkánkkal a 15 éve ismert, de ritkán jelentkező quetiapine okozta tardív diszkinézia esetét mutatjuk be, ami Pisa-szindrómának felel meg. Emellett azonban nem elképzelhetetlen a haloperidol/vagy a szomatikus vészhelyzet által oldott katatónia lehetősége sem.

A tünetek hasonlósága alapján nehéz a katatóniát és az EPS diszkinéziás eseteit elkülöníteni, különösen, ha EPS szempontjából biztonságosnak tartott hatóanyagot használva kevésbé jelenik meg a gondolkodásunkban.

Metamorfózisok, avagy a sürgősségi pszichiátria meglepetései*Ekler Katalin*Mohácsi Kórház Pszichiátria, Mohács
lecler@freemail.hu

A konzultatív pszichiátria minősített esete az SBO-n törtéző akut pszichiátriai konzílium.

Sajátossága:

- nem halasztható, gyorsan kivitelezendő;
- gyors döntést kívánó;
- az induló diagnózis, terápia meghatározása mellett az elhelyezés is fontos;
- a páciens szomatikus kórelőzménye és aktuális státusza gyakran (még) ismeretlen.

Ennek illusztrálására néhány esetet ismertetek.

(a) Szuicid krízis vs LII. compressio

76 éves nő, többször kezeltük osztályunkon depresszió, szuicid kísérlet, enyhe kognitív hanyatlás, alkohol abúzus miatt. Szuicid krízis kórismével küldték – LII csigolyatörése van, jelentős fájdalommal.

(b) Tumor vs szomatizált, időskori depresszió

Szintén 76 éves nőbeteg, diffúz fájdalmai miatt neurológusként hívtak. Emellett 20 kg-s fogyás, erőtlenség, alvászavar került felszínre. Feszültséget, hangulatzavart negált a beteg és a család is. Alapvizsgálatok negatívak voltak.

Pszichiátriai hospitalizálásra került.

(c) Stroke vs alkohol abúzus

72 éves nő, stroke kórismével hozták orvos barátnői. Otthonában nem kelt fel, beszéde megváltozott, nehezen teremtett kontaktust.

Negatív koponya CT eredményével, időközben végzett detoxikálás mellett javuló, éberré váló tudattal pszichiátriára vettük fel.

A férj és a beteg elmondása alapján a zugivó életmód megerősítést nyert a diagnosztika után.

(d) Commotio cerebri és THC intoxikáció

28 éves, atletikus férfi, fényes nappal a busz lépcsőjéről leesett, fejsérülés, commotios tünetek miatt hozta OMSZ az SBO-ra. Koponya CT negatív, de miért esett le? THC intoxikált volt.

Eseteink az akut döntési helyzetben fokozott jelentőséggel bíró interdiszciplinaritás fontosságát hangsúlyozzák. Az időprés ellenére szükséges alaposítást, szakmai párbeszédet, illetve a tünetek, teendők súlyosságának szükségességét emeljük ki.

A szó bennszakad, a dob kiszakad

Erdélyi Ágnes¹, Vitkai Éva²

¹Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház, Nagykálló

²Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza
dr.erdelyi.agnes@szszbmk.hu

Egy olyan serdülő lány családterápiáját szeretném bemutatni, akinek családja tipikusan leképezi a mai kor egyre terjedő családszerkezeti összetételét. Az eset érdekességét viszont az adta, hogy a holtpontra jutó terápiában a művészetterápia alkalmazása hozta meg az áttörést. Az inexpresszív Linda, a Nevelési Tanácsadó pszichológusához került először egyéni terápiába. Az újrarázódó édesapa és az új feleség Linda számára egy olyan helyzetet teremtett, amellyel szemben a serdülőkor ellenállását már a szülők számára elviselhetetlen mértékűre fejlesztette. Az egyéni terápia viszont egy szinten elakadt, ekkor keresett meg a terápiát vezető pszichológus, próbáljuk meg bevonni a családot.

Az első interjún történtek is indokolttá tették az egyéni terápia kiterjesztését az egész családra, ugyanis itt derült arra fény, hogy Linda viselkedése olyan mértékben tehetatlenné tette a szülőket, hogy kiszakítva a családból egy időre az apai nagyszülőkhöz költöztették a kislányt, hogy gondolkodjon el viselkedéséről. A családterápiás módszerek alkalmazása sem segítette azonban a családot abban, hogy a holtpontról elrugaskodjanak. Linda a teljes némaságot választotta az ellenállás eszközeként, amely olyan helyzetet teremtett, melyet bár a szülők szégyelltek, de mégis meglépni készültek: végleg a nagyszülőkhöz akarták költöztetni a lányt, teljesen kizárva a családi életükből.

Ezen a ponton hívtam segítségül a zeneterápiát, amely katartikus változást hozott a terápiás folyamatban. A nonverbális kifejezési forma felszabadította a gátakat, a torok újra hangot engedett ki, és az akadozó beszéd egyre összefüggőbb mondatokká fejlődött. Linda először a hangszerek segítségével tudott az apja felé fordulni, és bánatát, elveszettségének érzését elmesélni neki.

Megváltozott igények

Erdélyi Ágnes, Tullner Gabriella, Antal Edit,
Scapinyák Brigitta

Sántha Kálmán Egészségközpont és Szakkórház, Nagykálló
dr.erdelyi.agnes@szszbmk.hu

Az elmúlt 1 év alatt megsokszorozódott az egészségügyi ellátást kereső drogfogyasztók száma. A járó- és fekvőbeteg-ellátó egységeinkben jelentkező betegek jelentős része dizájner drogokat használ. Jellemzően a 20-as éveikben járnak, a szerfogyasztást tizenéves korban kezdték. A személyiségtesztek jellegzetességeket mutatnak. Fekvőbeteg-ellátó osztályunkon számos egyéni és csoportterápiás módszer közül választhatnak. Az osztályunk akut és rehabilitációs részleggel rendelkezik. Csoportjaink nagyobb része nyitott csoport, ami nehezíti a struktúrát, haladást. Tapasztalataink szerint az utógondozás, a kórházi elbocsátás utáni kapcsolattartás jelentősen befolyásolja az absztinens időszak hosszát.

Gond(olk)ozzunk szinapszisokban!

Erdélyi Kálmán, Nagy Tamás, Kuritár Eszter, Pálos Anna, Pecze Anita

Újpesti Mentálhygiénés Gondozóintézet, Budapest
erdelyikalman@yahoo.com

Hogyan is értelmezhető a szinapszis fogalma egy gondozó életében? Az idegsejtek közötti összeköttetések képe érzékletesen illusztrálja azt a kapcsolati rendszert, amely megjelenik gondozónk működési rendjében mind belső szerkezetét tekintve, mind külső kapcsolati hálójának épülésében.

Az Újpesti Mentálhygiénés Gondozóintézetben az elmúlt években kialakított komplex terápiás ellátórendszer alapvető célkitűzését a páciensek egyensúlyi állapotának megteremtése, szociális alkalmazkodó képességének erősítése mentén a társadalmi reintegráció segítése jelenti. Multifokális rendszerünk lehetővé teszi, hogy egyrészt a betegek összetett rehabilitációs programját megtervezzük, másrészt biztosítja számukra, hogy az általuk egyedileg vállalható terápiás ellátási formákban vegyenek részt. Lényeges szempontként fogalmazódott meg részünkről a beteg önkéntes, aktív szerepvállalása, a szubjektív hasznosság érzésének révén az ellátórendszerbe való bekötődése, illetve a pozitív élményérték által megerősített biztonságérzete.

A hagyományos gondozói ellátás működésében tapasztalható izolált pozíció feloldásaként szolgálhat az egyre több szinapszis kialakítása, a rendszerelemek mind külső, mind belső irányban történő integrálása. Az elszigeteltség számos szinten megjelenhet: egyéni lélektani, gondozói, valamint tágabb intézményi szinten. Ennek orvoslásaként már meglévő külső és belső „axonokat” erősítettünk meg, és továbbiakat képeztünk. Mindez olyan bővülő lehetőségeknek nyitott utat, amelyek közvetlenül megszólítják a szakmai és lakossági közösséget (áldozatsegítés, előadások, ismeretterjesztés, cikkek, külső szervekkel, intézményekkel való kapcsolaterősítés), illetve tovább differenciálják a belső terápiás alrendszerek működését a hatékonyabb integráció céljából (önszerveződés, csapatépítés, dinamikus rajzvizsgálat, pszichoedukáció, foglalkoztató csoportok). A fentiek bemutatása mellett részletesen kitérünk művészetterápiás eszköztárunk gazdagodására (filmklub, Art Brut csoport) is. A gyógyító munka egyik alternatív dimenziója a művészetterápiás csoport, mely alkalmat ad arra, hogy sajátos kapcsolat jöjhessen létre a terapeuta és a kliens között. A megszülető kép, mint szinapszis, ennek a kapcsolatnak a találkozási pontja, illusztrálja a csoporton megjelenő terápiás eszközök működését.

Munkacsoportunk a gondozónkban zajló munkát, valamint a változások során tapasztalt eredményeket, nehézségeket, érdekességeket hivatott bemutatni.

Pszichiátriai gondozói kerekasztal – Gondozás az ajtón innen és túl

Árkovits Amaryll¹, Bagi Mária², Csomós András³, Englert Timea⁴, Erdélyi Rita⁵, Fenyvesi Andrea⁵, Silling Tibor⁶, Váradi Enikő⁷

¹Pécsi Tudományegyetem Klikai Központ Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Mentálhygiénés Járóbetegrendelés és Gondozó, Pécs

²Jász-Nagykun-Szolnok megyei Hetényi Géza

Kórház-Rendelőintézet Pszichiátriai Gondozó, Szolnok

³Egészségügyi Központ Pszichiátriai Gondozó, Füzesabony

⁴Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.

Pszichiátriai Centrum, Veszprém

⁵Bács-Kiskun megyei Kórház Pszichiátriai Szakrendelő és Gondozó, Kecskemét

⁶Váci Pszichiátriai Gondozó, Vác

⁷XVI. kerületi Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelő, Budapest
dr.erdelyir@freemail.hu

A gondozói kerekasztal alcíme az lehetne, hogy „a betegségtől a felépülésig”, hiszen a pszichiátriai gondozás az a folyamat, amivel mindvégig segítjük a beteget a betegség fázisaiban. Magában foglalja az egyén segítése mellett a család terápiáját és a tágabb környezet támogatását is. A korábbi évekhez hasonlóan ez évben is az asztal mindkét oldalára hívjuk azokat a szakembereket, akik a pszichiátriai gondozást fontos ügyüknek tekintik. A tavaly szerepeltetett „jó gyakorlatok” mellett idén is szeretnénk újabb metódusokat bemutatni, amelyek a gondozói gyakorlatot színesítik, vagy egyáltalán lehetővé teszik.

Az elmúlt évek tendenciái a gondozási tevékenység leépülését, szakrendelés szintűvé válását jelzik, amelynek következtében a pszichiátriai gondozás lényege, szelleme veszik el. Jelenleg az ország különböző területein a helyi adottságokat figyelembe véve valószínűleg meg úgy mond „jó gyakorlatok”, melyek ismertté válásával akár egész országra kiterjedő megoldások születhetnének. Az is fontos, hogy a fél évszázados múltra visszatekintő gondozói vívmányokat miként tudjuk megtartani, egyáltalán a gondozói hálózatot hogyan tudjuk megőrizni.

A gondozó kerekasztal teret szeretne adni az ország különböző területein folyó „jó gyakorlatok” bemutatásának, amelyen keresztül megtörténik a pszichiátriai gondozás szemléletének terjesztése is.

Megmutatják, hogy csekély lehetőségek mellett hogyan lehet fenntartani és továbbfejleszteni a pszichiátriai gondozás vívmányát önerőből, vagy szövetségben. Ehhez a munkához milyen segítőtársakat és hogyan találhatunk? Hogy kapcsolódhat be ebbe a munkába egy közösségi ellátó és vagy egy családsegítő? Mik az integráció előnyei és hátrányai? Hogy lehet együtt működtetni a gondozói és a nappali kórházi ellátást? Hogy működtethetünk a gondozóval együtt egy közösségi ellátót?

Emellett egyéni betegsorsokon keresztül igyekszünk bemutatni, miként is lehetséges megvalósítani a pszichoterápiás vezetést – a beteg szükségleteihez igazítva – ajtón innen, és túl.

Az asztal képletes 3. oldala mögötti, speciálisan a gondozót érintő olyan kérdésekkel is foglalkozunk, mint a finanszírozás, és jogi kérdések és más hivatali oldalról elvárt „szak-szakértői” véleményezések. Mindeközben számítunk a hallgatóság aktív részvételére.

A Katatím Imaginatív Pszichoterápia alkalmazása a pszichoterápiás gyakorlatban

Fadgyas Ildikó¹, Andriska Ildikó²

¹Szent Kristóf Szakrendelő, XI. Kerületi Pszichiátriai Gondozó, Budapest

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

Célkitűzés: A pszichoterápiás magánrendelés szűkös időkeretében kevés idő jut a lelki harmonizálásra, így célszerű olyan terápiás módszert választani, amely hatékony, jól strukturált, kellőképpen kidolgozott terápiás eszköztárral rendelkezik

Módszer: 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 történet. Ezt az egész terápiás folyamat során szisztematikusan és célzottan alkalmazzuk. Az imaginációkkal való munka a terápiás össz történetbe ágyazódik be.

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 meg tapasztalhatjuk a katatím szimbólumok csodás világát. A sajátélményhez hozzátartozhat a csoport igényeinek megfelelően a szimbólumok üzenetének feldolgozása, esetleg egy egyéni pszichoterápiás ülés modellezése. Igény esetén bemutatjuk egy szkizoaffektív zavarral élő páciens kombinált terápiáját, melynek során antipszichotikus terápia, pszichoterápia és hipnoterápia is zajlott, a terápiás történet fő áramvonalát a katatím imaginatív terápia mentén bontakozott ki.

Eredmények: A KIP, a Katatím 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. Ezáltal csökken az ellenállás, és a terápia során bekövetkező mélypszichológiai változás az imaginált képben leolvasható és a terápiás történetek nyomán követhető.

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.

Szerhasználati hiedelmek szubsztitúciós kezelésben lévő opiátfüggők mintáján

Farkas Judit¹, Kapitány-Fövény Máté¹, Pataki Patrícia Andrea², Kiss Anna², Horváth Janka², Szabó Tünde¹, Rigó Péter¹

¹Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest
judit.farkas@t-online.hu

Háttér: A kognitív nézőpont (pl.: *Marlatt*, 1985; *Beck*, 1990) az addiktív kórképek fennmaradásában kulcsfontosságú szerepet tulajdonít a pozitív elvárásoknak, hiedelmeknek. Szubsztitúciós programban résztvevő kliensek esetében jogosan felmerülhet, hogy a szubsztitúciós szer addiktív potenciálja mellett a korábbi, kábítószerekhez kapcsolódó hiedelmek (KH) szintén befolyásolják a szubsztitúciós szerhez kapcsolódó pozitív hiedelmeket (SzH) – ezen keresztül a leszokási motiváltság mértékét. A kutatás célja az addiktív hiedelmek háttérében álló pszichés és demográfiai tényezők azonosítása, melyek hosszú távon meggátolhatják az absztinenciára törekvést.

Minta és módszer: A mintát a drogambulanciánkon az adatfelvételkor (2014 nyarán) aktuálisan szubsztitúciós kezelésben (Metadon és Suboxone) résztvevő összes kliens képezi (202 fő; 71,4% férfi; átlagéletkor: 39,7; SD: 6,7). Felmérés során használt kérdőívek: BASA (kábitószer-használati hiedelmek: *Wright*, 1993); DAST (kábitószer súlyossága szűrőteszt: *Gavin*, 1989); BSI (rövid pszichopatológiai tünetlista: *Derogatis*, 1975); LEQ (életeseemények kérdőív: *Paykel*, 1991).

Eredmények: Lineáris regressziós számítások igazolják, hogy leginkább a korábbi KH ($\beta=0,329$; $p<0,001$), valamint az elmúlt egy hét során tapasztalt pszichopatológiai tünetek súlyossága ($\beta=0,316$; $p<0,001$) jósolják be az SzH mértékét. Szignifikáns hatása van továbbá a függőség fennállása óta bekövetkezett traumatikus eseményeknek ($\beta=0,17$; $p=0,028$), míg a függőség kialakulása előtti traumatikus eseményeknek nincs ilyen hatása. Emellett, a várttal ellentétben, sem a droghasználat súlyossága, sem a kezelésben töltött évek száma nem mutatott szignifikáns bejósoló erőt. További érdekes eredmény, hogy az SzH mértéke szignifikánsan eltérő ($t=2,52$; $p<0,001$) aszerint, hogy a kliensek Metadont (átl: 64,2, SD: 26,2) vagy Suboxonet (átl: 48,9; SD: 18,9) kapnak.

Következtetések: Szubsztitúciós kezelésben lévő betegek hajlamosak a szubsztitúciós szerhez addiktív hiedelmeket és elvárásokat kapcsolni, mely befolyásolhatja a leszokási motivációt. Fontos eredmény, miszerint a szubsztitúciós szer öngyógyítás (*Khantzian*, 1979) elemeként is szerepelhet az aktuálisan elszennvedett traumák és pszichopatológiai tünetek enyhítésére. Eredményeink a szubsztitúciós programban résztvevő betegek gyógyszeres kezelését kiegészítő pszichoterápiás foglalkozások fontosságára mutatnak rá.

The SUMPPS (University Service of Preventive Medicine and Health Advancement): a French way of organization for students' health

Bereny Sophie¹, Rebouillat Carine², Feberey Jean-Yves³

¹SUMPPS (Nice)

²Manager of the SUMPPS and of the personnel preventive medicine department (University of Nice-Sophia)

³Public hospital psychiatrist (Breil-sur-Roya), Collaborator of the SUMPPS (Nice)

jean-yves.feberey@wanadoo.fr

The French SUMPPS have been created by law in 1984, but their missions have been specified by a decree only in 1988. A report of the French National Assembly in 2007 has described those structures as „seriously ill persons”, especially because of a low rate of medical examination among students, a lack of financing and a weak status for the employed physicians.

The situation in 2014 looks quite different and I would like to present you our work organization in the department of the University of Nice-Sophia.

The team is composed of a head doctor, five general practitioners, two nurses, one psychologist, four social workers and one psychiatrist.

Our missions are:

- Obligatory medical examinations for the students ;
- Consultations in general medicine with health insurance ;
- Consultations for nutrition ;
- Consultations for gynaecology and contraception ;
- Free consultations with the psychologist, groups for stress management ;
- Free consultations with the psychiatrist, for prevention and treatments (drugs, psychotherapy);
- Last but not least, close cooperation with the CAEH (Cell for reception of handicapped students).

This activity will be the main part of my lecture: I would like to explain how disabled students can get significant helps to carry on their studies at the University. The first stage is to contact the CAEH, to fill up a certificate with the family doctor and to make an appointment with the physicians of the SUMPPS, who will recommend and validate the appropriate adjustments. These measures are a direct application of the French law for disabled persons and equality of opportunity (2005).

The SUMPPS takes care for students with physical, sensorial and psychological difficulties. The psychiatrist's advice may be asked for any situation, for instance severe view problems, dyslexia-dysgraphia, and of course characterized psychiatric syndromes like severe OCD (obsessive compulsive disorder) or Asperger's syndrome.

A reelin rs2299356 polimorfizmus vizsgálata Alzheimer-kórban

Fehér Ágnes, Juhász Anna, Pákáski Magdolna, Janka Zoltán, Kálmán János

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Pszichiátriai Klinika, Szeged
feherag@gmail.com

A neurodegeneratív Alzheimer-kór (AK) a demencia leggyakoribb formája, melynek kialakulásában genetikai, epigenetikai és környezeti tényezők is fontos szerepet játszanak. A reelin gén (RELN) által kódolt fehérje egy extracelluláris glikoprotein, mely szerepet játszik az embrionális fejlődés során a neuronális migrációban és felnőttkorban a szinaptikus funkciók fenntartásában. AK-ban szenvedő betegek cortexében magasabb reelin szintet mértek az egészséges kontrollokhoz viszonyítva, továbbá transzgenikus AK egér modellben a reelin fehérje szintje korrelált az amyloid plakkok mennyiségével. Vizsgáltuk a hipotézist, hogy a RELN gén rs2299356 polimorfizmusa önmagában, illetve a demenciákban rizikótényezőnek tekintett apolipoprotein E (APOE) ε4-es alléllal interakcióban összefüggésbe hozható-e a késői kezdetű AK kialakulására való fogékonysággal.

A vizsgálatba 398 AK-ban szenvedő beteg és 265 egészséges kontrollszemélyt (K) vontunk be. Az AK diagnózis felállításában a NINCDS-ADRDA kritériumait vettük alapul, a kognitív funkciókat a Mini-Mental Teszttel ellenőriztük. Az RELN rs2299356 polimorfizmus genotipizálását TaqMan qPCR módszerrel, míg az APOE ε2/ε3/ε4 polimorfizmus genotipizálását PCR-RFLP módszerrel végeztük.

A vizsgált polimorfizmusok genotípus gyakoriságai Hardy-Weinberg egyensúlyban vannak mind az AK, mind a K csoportban ($p > 0,05$). A nemek és az életkor megoszlásában nincs szignifikáns különbség a két vizsgált csoport között ($p > 0,05$). A RELN rs2299356 polimorfizmus esetében nem találtunk szignifikáns eltérést a genotípusok megoszlásában az AK és K csoportokban (A/A: AK: 25,2%, K: 23,8%; G/A: AK: 49,4%, K: 47,7%; G/G: AK: 25,4%, K: 28,5%; $p = 0,759$). Az rs2299356 allélok előfordulási gyakorisága szintén nem mutatott szignifikáns különbséget a két vizsgált csoportban ($p = 0,861$).

Az APOE ε3/ε4 és ε4/ε4-es genotípusok, valamint az ε4-es allél statisztikailag szignifikánsan gyakrabban fordult elő AK-ban a kontrollcsoporthoz viszonyítva ($p < 0,001$). A logisztikus regressziós modellben nem találtunk szignifikáns interakciós hatást a két vizsgált polimorfizmus között az AK kialakulására vonatkozóan ($p = 0,373$).

Eredményeink alapján a RELN gén 2299356 polimorfizmusa nem társítható az AK-ra való fogékonysággal sem önmagában, sem az APOE ε4-es alléllal interakcióban, azonban a RELN gén AK-ban betöltött szerepének tisztázásához ezen lókuszt további genetikai variánsainak vizsgálata szükséges.

A vizsgálat a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.

Fejlődés a szexuális problémák kezelésében*Fekete Ferenc*Mr Clinic Kft, Budapest
feketedoktor@gmail.com

Korábban a szexualitás orvosi megközelítésében a pszichés (analitikus–kognitív–behaviorista) és a szomatikus (neurovaszkuláris–hormonális) szemlélet párhuzamosan fejlődött. Ezek egységes szemléletmódba integrálódásának hiánya nehezítette a szakemberek együttműködését és a páciensek komplex kezelését.

Az utóbbi évtizedekben jelentős ismeretek halmozódtak fel az emberi szervezet szexuális működésével kapcsolatban és ezzel párhuzamosan jelentkezett az igény a szexualitást más és más szemszögből ismerő területek tudásának integrálására. Így jött létre egy új szakterület a szexuális medicina, amely 2012 óta európai szintű képzéssel és vizsgalehetőséggel rendelkezik.

Az előadás összefoglalja szexuális medicina nemzetközi és hazai fejlődésének legutóbbi történéseit és aktuális helyzetét. Ennek kapcsán röviden ismerteti az elmúlt években kifejlesztett innovatív kezelési lehetőségeket, így többek között a merevedési zavarok kezelésében használt PDE5 gátlók, valamint a korai magömlés javítására alkalmazott szerotoninerg szerekkel kapcsolatos ismereteket.

Mindezek alapján a szexuális gyógyítás terén az ismereteknek a korábbinál egységesebb szemléletmódba integrálása és ezáltal a betegek egyre komplexebb kezelése tűnik a fejlődés útjának.

A szkizofréniában jelentkező szociálkognitív deficitek kezelési lehetősége Magyarországon – A Metakognitív Tréning*Fekete Zita, Vass Edit, Kancsev Alexander*Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak–Jósa András
Oktatókórház Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály,
Nyíregyháza
fekete.zita4@gmail.com

Az utóbbi időben a szkizofórm megbetegedésekben tapasztalható kognitív deficiteket övező egyre nagyobb érdeklődés számos – elsősorban a neurokognitív deficitet célzó – terápiás program megjelenését eredményezte. Bár ezen tréningprogramok nagy része igen jó eredményeket tud felmutatni a neurokognitív funkciók javítása terén, az említett hatások hétköznapi életre történő generalizációja nem egyértelmű. Ennek hátterében az – a szkizofréni elméleti megközelítéseiből – jól ismert tény áll, hogy a neurokognitív funkciók és a funkcionális kimenetek között egy további igen releváns tényező, a szociális kogníció játszik mediátor szerepet. Ennek nyomán egyre több szociálkognitív funkciókat célzó, illetve egyidejűleg mind a neuro-, mind a szociálkognitív deficitek javítására irányuló terápiás program jelent meg. A farmakoterápiás kezelések melletti kiegészítő terápiás eljárások bevezetését emellett az is indokolja, hogy a klinikai gyakorlatban gyakran tapasztalható noncompliance attitűd és csekély terápiás adherencia hátterében többek között a nem megfelelő betegségbelátás és hiányos ismeretek állnak. A Metakognitív Tréning egy olyan újfajta beavatkozási mód, mely a már említett szociálkognitív remediáció mellett éppen a tünetek, főként a deluziók kialakulásában és fenntartásában szerepet játszó kognitív torzítások korrekcióját tűzi ki célul úgy, hogy azok a betegek számára meg- és felismerhetővé váljanak, ezáltal növelve a szkizofrén páciensek önreflexióját, morbusztudatát és ezen keresztül együttműködési hajlandóságát. A tréning úgynevezett hibrid eljárásként a kognitív-viselkedésterápia, a kognitív remediáció, a szociálkognitív tréningek és a pszichoedukáció ismeretanyagára támaszkodik. A két ciklusból, ciklusonként nyolc modulból álló program részletesen foglalkozik a szociális kogníció elméletéből ismert attribúciós torzításokkal, theory of mind deficitekkel, ezeken keresztül indirekt módon az emocionális percepció és szociális percepció területeivel. Emellett kitér a szkizofrén megbetegedésekben gyakran megfigyelhető depresszív torzításokra és memóriadeficitekre. Munkatársaimmal arra vállalkoztunk, hogy az Universitátsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinikai Neuropszichológiai Munkacsoportja által kifejlesztett eljárást a szerzők szíves engedélyével és közreműködésével magyarra ültessük át. Jelen előadásunk célja ennek a – rövidesen a magyar szakmai közönség számára is elérhető – terápiás programnak az ismertetése.

The new paradigm of medicine and psychotherapy: the bio-psycho-socio-spiritual(BPSS)model

Frecska Ede

University of Debrecen, Clinical Center, Psychiatry, Debrecen
efrecska@hotmail.com

There has been a growing interest in and urge for the incorporation of spirituality within the framework of contemporary medicine. Crisis in health care is a worldwide phenomenon, which may indicate the need for a paradigm shift. The recommended bio-psycho-socio-spiritual model of medicine is the extension of the current biopsychosocial paradigm by the spiritual dimension. On one hand, the presentation calls the professionals' attention to work out the details of a theoretical model and to lay down the basic rules of its practical implementations. For this purpose, developing common terminology, establishing a set of scientific-methodological tools, and setting guidelines are the necessary requirements.

On the other hand, the presenter recommends approaching the concept of spirituality within the framework of identification. In this perspective, spiritual orientation results from identification on a meta-level, when the individual transcends the culturally set bonds of her/his particular community and extends those with values of a broader organizational level or some higher entity. A transpersonal experience may facilitate the process of identification. By being enabled for meta-identification one can find more values, meaning and purpose in life. Faith is an important motivational factor in the process, which may be advanced further by spiritual-transcendental experiences.

A viselkedésfüggőség és viszonya a szerfüggőségekhez

Funk Sándor, Molnár Beáta, Gazdag Gábor

Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Budapest
sandorfunk@gmail.com

Kérdés: Azt tapasztaljuk, hogy a jobb híján „viselkedésfüggőségeknek” nevezett kórállapotok diagnosztikája nem egyértelmű, és ennek megfelelően, terápiája sem az. Más szóval, az addiktológiában többé-kevésbé elfogadott, hogy a viselkedésfüggőség, mint kórkép, analógiát mutat a „szer”-függőségekkel – nem csupán az illegális, hanem a ma legálisan fogyasztható szerekre kialakult függőségekkel is. Ennek azonban azt kellene jelentenie, hogy a betegség etiológiája, lefolyása, jellegzetes tünetei és kimenetele is analóg. Számos olyan különbséget tapasztalunk azonban, amelyek megfigyelhetők a diagnosztikában és a terápiában is, amelyek kétségeket vetnek fel az analógia megalapozottságát illetően.

Anyag és módszer: Az Addiktológiai Profil Akut Addiktológiai Részlegén és Addiktológiai Rehabilitációs Osztályán kezelt betegeink vizsgálata, explorációja és a kezelések – gyógyszeres- és pszichoterápia, jórészt pedig csoportpszichoterápia – során összegyűjtött anyagot dolgoztuk fel, az előadás az idők során kialakított nézeteinket és tapasztalatainkat tartalmazza.

Eredmények: Míg a drogfogyasztás minden esetben egy jól definiált külső ágens bejuttatását jelenti, mégpedig az agyba, a viselkedésfüggőségek során ez nem történik meg, vagyis, míg az első eset kórtanilag mérgezés, a második semmiképpen sem lehet az. Ez nagy különbség – szinte megfeleltethető annak, hogy vajon találunk „kórokozót”, vagy nem? Ha azonban elméletileg vizsgálódván az anyag-függőségek mögött nem anyagot, hanem az anyag hatására megjelenő belső mechanizmust (?) keressünk, az ellentmondás akár feloldhatóvá válik. Ez azt is jelenti, hogy a kórfolyamat középpontjába nem a drogot, az esetleges „impulzuskontroll-zavart”, vagy kompulzív mechanizmusokat tételezünk, hanem addikciót, amely kialakulván, és fennállván, a személyiség egyértelmű, mélyreható és súlyos kórállapota, mégpedig elkerülhetetlen biológiai és szociális kóros következményekkel.

Következtetés: Szer- és viselkedésfüggő betegeink kórállapota alapvetően analóg. A kóroktani különbség, amely számos más különbözőséget is okoz, a pszichiátriában megszokott módon, a bio-pszicho-szociális tényezők sokfélesége és sokféle együtthatása miatt, nehezen felismerhetővé teszi ezt az analógiát, de ha a megfelelően értelmezett függőség-kórállapotot helyezük diagnosztikai és terápiás tevékenységünk középpontjába, akkor talán eredményesebbek lehetünk.

A „kizökkent idő” – a temporalitás élménye az irodalomban és a pszichiátriában

G. Tóth Anita

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Sántha Kálmán Szakkórház, Nagykálló
gtothanita@gmail.com

A lineáris történetmondás, amelyben a történet eleje, közepe és vége egymás után következik, a szubjektum rend utáni szüntelen vágyakozásának a megjelenése, ezáltal a szépprózában is évezredek óta meg-megújuló hagyomány. A hamleti „kizökkent időt” az események oksági láncolatát illesztésével igyekeznek a mesélő és a hallgató/befogadó is „helyre tolni” (Shakespeare: Hamlet, I. felvonás, 5. szín). Ezzel a szövegalkotással azonban már a homéroszi szövegalkotás is szembe-ment: az in medias res kezdés figyelemfelkeltő, és a történet elemei között átrendezi a hangsúlyokat. A XX. századi időtapasztalat még több újítást ösztönöz a prózai szövegek idősíkkézelésében: idősorok, a múlt és a jövő felcserélődése, a múlt rekonstrukciójának lehetlenségére való utalások, a múlt jelenné válása, a folyamatosság megszűnésének érzékelése arra hívja fel a figyelmünket, hogy az idő megalkotott (Bergson), és megalkotásra vár. Az elveszett emlékek megtalálásáért az „eltűnt idő nyomába” eredő hős szükségszerűen mást talál, mint amiért elindul. A kronológiai rend felborulása, szaggatottá válása elkerülhetetlenül kölcsönhatásban van a történet szereplőinek én-tudatával.

Az idő megélése nekünk, történetolvasóknak és köz-napi történetek mesélőinek identitásával is szorosan összefügg. Az idő múlása az emlékezetünkben élő történeteket is folyamatos alakulásnak teszi ki, ezáltal is hatva az önazonosság-tudatra, újra- és újraépítve azt, legtöbbször fenntartva az élet elbeszélte egységének (MacIntyre) a látszatát. Az egységre törekvés a fejlődést hordozó életűtörténetekben a legnyilvánvalóbb. Meg-rázó, kiemelkedő jelentőségű életesemények a linearitásra való igényt éppúgy felülírhatják, mint az irodalom szövegalkotó intenciói. A pszichiátriai munka során gyakran találkozhatunk a múlt és a jövő felcserélődésével, a lineáris haladási irány helyett a leg-főbb vezérelvvé váló cirkularitással, az idősíkok egymás-ra vetülésével, a mindent eluraló, torzuló emlékekkel vagy éppen eltűnésükkel, és nem utolsósorban a fiktív időtapasztalattal. Az irodalom és a pszichiátria „tapasz-talatai” egymással jól összevethetőek és korrelálnak.

Placebo sebészet a pszichiátriában – a SANIP (szemi-asszisztált non-invazív pszichodráma) lehetőségeinek bemutatása

Gajdos Ágoston, Mór E. Csaba

Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika, Debrecen
gostidoki@gmail.com

Napjaink evidencia alapú orvoslásában a placebo terápiás felhasználása problematikus. Pedig a placebo egyik speciális ága, a placebo sebészet az 1930-as évek óta ismert, alkalmazásának csak kevés precedensével találkozunk a szakirodalomban. Lényege, hogy egy ismert sebészeti beavatkozást valójában nem végeznek el a páciensen, azonban elvégzését a páciens testén imitálják. Az eredmény bizonyos esetekben szignifikáns: az eredeti sebészeti beavatkozással közel megegyező terápiás hatás lehet.

Jelen pszichiátriai esettanulmány tárgya – a placebo sebészet használata pszichiátriai keretek között – olyan kérdések felvetését kísérli meg, melyek ez idáig kevésbé voltak részei az etikai diskurzusnak. A bemutatott eset ösztönzés kíván lenni az általunk szemi-asszisztált non-invazív pszichodráma módszernek nevezett eljárás standardizálásának megkezdésére.

A placebo hatás kiaknázása nem újdonság a mentális zavarok klinikai kezelésében és a tünetek mérséklésében. Esetünk újszerűsége abban van, hogy elméletileg és technikailag is két meglehetősen különböző megközelítés határterületén valósult meg, név szerint az evidencia alapú sebészeti technológia és az „egzisztencia alapú” placebo filozófiai tartományának találkozásában. Mivel a pszichiátria manapság is szenved a lobotomia, inzulin kóma és elektrokonvulzív terápia múltbeli visszaéléseinek árnyékától, az új ötletek szakmai elbírálása és köztudatba való átvitele meglehetősen nehézségekbe ütközik. A SANIP a klasszikus biológiai terápiákra rezisztens páciensek kezelésében elakadt pszichiáterek számára jelenthet terápiás alternatívát, melyeknél a kombinált antipszichotikus kezelés közismerten súlyos mellékhatásokkal jár rövid és hosszú távon egyaránt. Ez egyben a SANIP alkalmazásának jelenlegi etikai alapvetése is. Ugyanakkor a pszichodráma elemeket is alkalmazó SANIP kapcsán felmerülő kérdések a pszichológia, antropológia, filozófia, bioetika területére kalauzolnak. Felléphet-e nocebo hatás a SANIP során? Milyen mentális zavarok esetén volna sikerrel alkalmazható? Milyen formában lehetséges klinikai vizsgálatot tervezni a SANIP hatékonyságának mérésére, illetve szükséges-e ez? Megtéríthető-e a páciens egy ilyen beavatkozással „egész”-sége érdekében? További kérdések felvetésével és körüljárásával az előadó felkínálja a SANIP alkalmazását, mint új terápiás lehetőséget a pszichiátriában.

Gyermekgyógyászok és a gyermekpszichiátria team együttműködése a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinikán

Gallai Mária

Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
gallai.maria@gmail.com

10 éve alakult meg a SE I. Gyermekgyógyászati Klinikán a Gyermekpszichiátriai osztály. Az erősen szomatikus beállítottságú klinikán kitűzött cél volt a szemléletváltás: az organikus szemléletmód mellett meghonosítani a bio-pszicho-szociális szemléletet.

Nem könnyű a váltás! Az együttgondolkodás és közös nyelv megtanulása lassú folyamat. Mindkét szakma részéről tanulás, odafigyelést igényel.

A hagyományos gyermekgyógyászati szemlélet elsődlegesen a testre és nem a lelki működésekre irányul. Az orvostudomány egyre nagyobb fokú specializálódása maga után vonja, hogy a fókusz az adott szervre irányul és kiszorulhat az ember egészének figyelembevételére. A gyermekgyógyászok elsődlegesen gyorsan, klinikailag releváns információk alapján tünet fókuszán gondolkodnak. A gyermekgyógyász a problémára, a megoldásra, a beavatkozásra koncentrálnak. A pszichés vizsgálat ezzel szemben időigényes, a folyamatokra fókuszál, annak megértését helyezi előtérbe, hogy miért alakultak ki a betegnél a tünetek az adott élethelyzetben és fejlődési szakaszban. A pszichiáter gyakran reflektál a páciensre és a kollégára is, nyelvezetében is a tünetek megértését fejezi ki. Ebből adódnak időnként nehézségek is: a pszichiátertől is bizonyos helyzetekben a gyors döntést, a gyors változást várják, miközben sem a diagnosztikai, sem a terápiás folyamatok nem így működnek.

Ha kölcsönösen megértjük és elfogadjuk egymás gondolkodását, ha sikerül kiépíteni a szövetséget, az hosszú távon mind a betegek, mind az orvosok és a képzésben lévő orvostanhallgatók számára is kifejezetten előnyös. Ha kialakult a szövetség, akkor már nem is kell feltétlenül jelen lenni ahhoz, hogy a tágabb pszichoszociális szemlélet is jelen legyen a gyermekgyógyászati ellátásban és hamarabb érvényesüljön a biológiai gondolkodás a pszichiátriai ellátásban. Ezen a kölcsönösségen dolgozunk a klinikánkon.

A legtöbb közös beteg a pszichoszomatikus körképek, az évszavarok, a neurológiai körképek, a súlyos szomatikus tünetekkel járó konverziós zavarok közül kerül ki, de jelentős az együttműködés a krónikus testi betegek lelki gondozása terén is. Szekciónkban ezt az együttműködésen alakuló pszichiátriai munkát szeretnénk bemutatni.

Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között

Braun Eszter¹, Gazdag Gábor László²

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Budapest

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórház-telephely Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Budapest
gazdag@lamb.hu

Bevezetés: Hajléktalanok körében az irodalmi adatok alapján magas arányban fordulnak elő pszichiátriai betegségek, ami fokozhatja a bűnelkövetés kockázatát. Magyarországon ezeknek az összefüggéseknek a feltárására eddig nem történt vizsgálat. A kutatás célkitűzése a hajléktalanszállón élők között a pszichiátriai zavarok előfordulási arányának felmérése, az érintett személyek demográfiai jellemzőivel való összefüggéseinek, továbbá a vizsgált mintában a pszichiátriai zavarok és a bűnelkövetés összefüggéseinek vizsgálata volt.

Módszerek: Három hajléktalanszálló önként jelentkező lakóival egészségügyi és bűnügyi előzményekre vonatkozó strukturált interjú készítettünk, majd a fennálló pszichiátriai zavarok diagnosztizálására SCID-I és SCID-II került felvételre.

Eredmények: A vizsgált személyek 86%-ánál volt pszichiátriai diagnózis felállítható. Férfiaknál leggyakoribb a személyiségzavar és az alkoholfüggőség, nőknél a személyiségzavar és szorongásos zavarok voltak. Komorbid állapot fennállása az esetek 72%-ában volt igazolható. A DSM diagnózissal rendelkezők 37%-a állt aktuálisan is pszichiátriai gondozás alatt. Major depresszióban volt a legmagasabb az ellátatlanok aránya (69%). A korábbi – violens és nem violens – bűnelkövetéssel a drog- és gyógyszerfüggőség mutatott szignifikáns összefüggést ($p=0,023$ és $p=0,024$), más diagnózis nem.

Következtetés: A hajléktalanok körében a súlyos mentális zavarok aránya Magyarországon is igen magas. A hajléktalan populáció pszichiátriai gondozásban való alacsony részvétele mutatja, hogy a hagyományos ellátó modell számukra nem megfelelő, a probléma komplex megoldást igényel. A vizsgálat azt is igazolta, hogy a pszichiátriai betegségben szenvedő hajléktalanok között nem gyakoribb a violens és nem violens bűnelkövetés, kivéve a drog- és gyógyszerfüggőségben szenvedőket.

A konzultációs-kapcsolati pszichológia lehetőségei az egészségügyi ellátásban

Gazdag Gábor László¹, Perczel-Forintos Dóra², Szabó Zsuzsa¹, Milán Flóra¹, Vincze Ágnes³

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. Belgyógyászati Klinika, Budapest
gazdag@lamb.hu

A konzultációs-kapcsolati pszichiátriai tevékenység – ami a kórházak szomatikus osztályain, illetve az alapellátásban előforduló pszichiátriai zavarok ellátásának hatékony módja – több mint 90 éves múltra tekint vissza. A magyar ellátórendszerben az utóbbi években a kórházi pszichiátriai kapacitás csökkenésével párhuzamosan alkalmazására egyre több pozitív példa található. A konzultációs-kapcsolati ellátásnak ígéretes új területe az ilyen szemlélet szerint szervezett pszichológiai ellátás. Az egészségügy szomatikus területein végzett konzultációs-kapcsolati pszichológiai munka jelentősen tudja csökkenteni a betegség és a kezelések okozta szenvedés pszichés terheit, és ezáltal javítja a beteg életminőségét. Másfelől a pszichiátriai ellátórendszer egyre súlyosbodó működési elégtelenségére is részben megoldást nyújthat.

Kerekasztalunkban áttekintjük a konzultációs-kapcsolati pszichológiai munka elméleti lehetőségeit az alapellátás és a kórházi ellátás keretei között, majd három konkrét szakterület, az általános belgyógyászati, a HIV pozitív és a hematológiai betegek ellátásán keresztül mutatjuk be a modell konkrét működését a gyakorlatban.

Függőség és rehabilitáció

Gazdag Gábor László, Funk Sándor, Molnár Beáta, Erős József, László Krisztina

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest
gazdag@lamb.hu

Azt tapasztaljuk, hogy a függőség gyógyításában, illetve kezelésében eddig is nagy szerepet játszó rehabilitáció (visszaesés-megelőzés) szokásos lefolyása az utóbbi években megváltozott. A változás(ok) háttérében valószínűleg a betegség (függőség) lényegi változásai állnak, de feltehetően szerepet játszanak más tényezők is: a betegek viselkedése, a betegek állapotában történt hangsúlyeltolódás – részben a szomatikus megbetegedések felé, részben pedig egzisztenciális értelemben. Kérdésünk, hogy tartható-e ma is az akut elvonás (detoxifikáció) és az ezt követő helyreállító kezelés (rehabilitáció) egysége, egymást kiegészítő jellege.

Anyag és módszer: Az ESZSZK Addiktológiai Profiljának Akut Addiktológiai és Addiktológiai Rehabilitációs Részlegein kezelt betegeink anyagainak áttekintése, a betegek vizsgálata, explorációja, és a kezelések (gyógyszeres- és pszichoterápiák, illetve csoportpszichoterápia) elemzése, eredményesség, illetve egyéb (gazdaságosság) szempontok alapján.

Eredmények: Az utóbbi néhány év igen jelentősen megváltoztatta betegeink eddigi szokásos viselkedését, illetve kezeléshez való viszonyát. Ez az újabban fogyasztott dizájner drogok minden mértéken túli elterjedésével lehet kapcsolatban. Ennek következménye, hogy a „függőség”, - ami dizájner drogok esetében kevésbé jellemző – ritkult, viszont a viselkedési és alkalmazkodási zavarok, - melyek dizájner drogok fogyasztása esetén gyakoribbak – előtérbe kerültek. Az alkoholfüggőség kezelésében történt változások azonban inkább a ténnyel hozhatók kapcsolatba, hogy az alkoholfogyasztók szomatikus – és pszichés – állapota sokkal rosszabb manapság, sokkal gyakrabban találunk szomatikus kísérőbetegségeket és szociális problémákat. Mindezek a gyógyszeres kezelések jelentőségét növelik – de nem a pszichoterápia fontosságának rovására.

Következtetés: A függőség sokarcú és szemléletváltozásokban formálódó jelenség, amelyet árnyaltabban, a személyiséghez magához képest talán szorosabban kapcsolódva képzelünk el, továbbra is akut és rehabilitációs osztályok együttműködésével gyógyítható a legeredményesebben.

Személyes motívum a művészetben

Gerevich József

Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
gerevichj@t-online.hu

Butad leányának története címmel tette közzé *Giorgio Vasari*, az olasz reneszánsz művészeti írója azt a legendát, amely szerint a festészet gyökerei a mitikus őskorig nyúlnak vissza. Ekkor egy fiatal lány nagy bánatba esett, mert szerelmese elhagyta őt. Úgy próbálta bánatát oldani, hogy körberajzolta a falon a férfi árnyképeinek kontúráját. E történet arra enged következtetni, hogy a művészetnek a célja az érzelmek kifejezése, a rideg valóság megszelídítése, egy érzelmileg fontos vágy kielégítése. A művészet tehát személyes motívum által születik.

Butad leányának története a művészetpszichológia egyik alapkérdésére világít rá: van-e személyes motívum a műalkotások hátterében, és ha igen, mennyire leplezetlenül vagy áttételesen jelenik-e meg magában a műben. Képzőművészeti és szépirodalmi példák, dokumentumok elemzése arra enged következtetni, hogy a személyes motívum különleges, a műélvező által hol könnyen, hol nehezebben, szimbólumok megfejtésén keresztül azonosítható érzelmi többletet ad a művészi produktumnak. A személyes motívum traumatikus élményekben, a modellhez vagy más érzelmileg fontos személyekkel való kommunikációban (gyász, csalódás, bosszú, gyűlölet, rivalizáció, lázadás stb.), önkeresésben, önelemzésben található meg. Az érzelmek kifejezése közvetlenül, vagy áttételek útján jut érvényre a művészi tevékenységben. A művész-identitásból táplálkozó szándék (Kunstwollen) a spontán önkifejezés útjába állhat, rejteketukra terelve azt. Az alkotó bizonyos körülmények hatására a műélvezőben – tudatosan vagy tudattalanul – magáról illuzionisztikus, megtévesztő képet kelthet. A személyes motívum vizsgálata a művészetterápia egyik fontos kutatási területe.

Szentségtörés Bohémiában: találkozásélmény és műalkotás

Gerevich József

Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
gerevichj@t-online.hu

„A mű funkciója a művész életében sokoldalú és többértelmű; jelentheti az elviselhetetlen feszültség feloldását s egyszersmind új feszültség megteremtését is a létezés eltompultsága és beteljesületlensége közepette; a művész lényének részévé válhat, sokkal fontosabbat, értékesebbet jelenthet számára, mint maga az élet; a biztosított önérzet, a büszke önfelmagasztalás és önmagán túllépés forrása, de lehet az örök önvádé is, retentő kudarcok bizonyossága; pótolhat asszonyt, családot, barátokat, de jöhet ellenség képében is, kielégíthetetlen vámpírként, mely áldozata eleven erejét, vérét és velejét szívja ki, megfosztja életétől, ifjúságától, boldogságától. A műalkotás lehet védekezés a félelem ellen, mert félhetünk, hogy elveszítjük az élet és önmagunk felett az uralmat; segíthet azonban abban is, hogy a világnak áldozzuk életünket, lemondjunk önmagunkról”.

*Hauser Arnold*nak az alkotó szemszögéből átgondolt funkcionális művészetfelfogásából kiindulva ebben a workshop-ban arra teszek kísérletet, hogy a művészet történetének egyes, önkényesen kiválasztott jeles alkotásait vizsgálat tárgyává tegyem. Arra a kérdésre keresem a választ, van-e a festményeknek, szobroknak személyes története; mi volt a funkciójuk az alkotójuk számára; az egyes művek megjelenítettek-e valamilyen személyes kommunikációs üzenetet. Szükséges-e a művek megértéséhez háttértörténetük ismerete? Olyan alkotásokat választottam elemzés tárgyának, melyek valamilyen jelentős, ihlető találkozásélményhez kapcsolódtak.

Kétórás prezentációmban a következő inspiratív találkozásokat mutatom be: Oskar Kokoschka és Alma Mahler, Vincent Van Gogh és Paul Gauguin, Edvard Munch és Tulla Larsen, Camille Claudel és August Rodin, Amadeo Modigliani és Beatrice Hastings, Artemisia Gentileschi és Agostino Tassi, Paul Gauguin és Tehura, Frida Kahlo és Diego Rivera, Salvador Dalí és Gála, Henri de Toulouse-Lautrec és Suzanne Valadon, Pablo Picasso és Fernande Olivier, Edouard Manet és Victorine Meurent, Andy Warhol és Jean-Michel Basquiat, Marie Laurencin és Guillaume Apollinaire, Dante-Gabriel Rossetti és Elizabeth Siddal, Max Ernst és Dorothea Tanning, és ha az idő engedi, sokan mások.

Bizonytal kéj az örület: affektív zavarok és affektív temperamentumok evolúciósan adaptív aspektusból

Gonda Xénia

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

Annak ellenére, hogy a pszichiátriai zavarok reprodukciós és egyéb szempontokból is kevésbé adaptívak, a betegségek és a megjelenésükért felelős gének nem tűntek el az evolúció során. Ennek legtöbbször vizsgált és legelfogadottabb magyarázata, hogy a pszichiátriai zavarok emelkedett kockázatáért felelős gének olyan vonások háttérében is szerepet játszanak, melyek a normális eloszláson belül a nagyobb adaptációs és evolúciós sikerrel is összefüggésben állnak, s mely vonások gyakran megfigyelhetők a pszichiátriai betegek elsőfokú egészséges rokonainál, akik esetében a genotípus részleges átfedést mutat a pszichiátriai betegével a releváns fenotípusok attenuált megnyilvánulása mellett. Az affektív zavarok által keletkező jelentős teher mellett e gének és a hozzájuk kapcsolódó (endo)fenotípusok előnyei az egyén és a csoport szintjén is gyakran megfigyelhetők, mivel ezek számos esetben több szempontból is előnyösek lehetnek a túlélés és a reprodukció szempontjából. A hangulatzavarok adaptív és diszadaptív oldalának és aspektusainak megismerése érdekében e betegségek felbontása olyan kisebb és könnyebben körülírható jelenségekre, mint az affektív temperamentumok, könnyebbé teszi annak felismerését, hogy az e betegségek háttérében meghúzódó mechanizmusok mitől adaptívak. Emellett nemrégiben egy hat ország adatain végzett kutatás során párhuzamos eloszlási mintázatot írtunk le egyes domináns affektív temperamentumok relatív gyakorisága és a Hofstede-féle kulturális indexeken elért pontszámok között. Ez az affektív temperamentumok és a kulturális dimenziók közti fontos összefüggésekre világít rá, arra utalva, hogy e jelenségek ugyanazon genetikailag meghatározott predispozíciók különféle formában való megnyilvánulásai, valamint, hogy az affektív temperamentumok, melyeket a hangulatzavarok prekurzorainak is gondolunk, a szociokulturális evolúcióban és adaptációban is szerepet játszanak.

Köszönetnyilvánítás: Gonda Xénia az MTA Bolyai János Ösztöndíjában részesül.

Depresszió előfordulása sclerosis multiplexes betegek körében az alkalmazott megküzdési stratégiák tükrében

Hegedűs Katalin¹, Kárpáti Judit¹, Szombathelyi Éva¹, Simó Magdolna¹, Gonda Xénia²

¹Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinika, Budapest
²Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest
kendermagos@yahoo.com

Bevezetés: A sclerosis multiplex a leggyakoribb neuroimmunológiai megbetegedés Magyarországon, amelyet a központi idegrendszeri multifokális és diffúz gyulladáshoz, valamint neurodegeneratív elváltozások jellemeznek. A betegség szomatikus tünetei mellett gyakran észlelhető fáradékonyság és depresszió. A felépő hangulati zavarok jelentősen befolyásolják a szociális kapcsolatokat, a munkaképességet, az életminőséget, függetlenül a fizikai korlátozottságtól.

Céltűzés: Vizsgálatunk célja a fáradékonyság és a hangulati működésben történő változás felmérése volt. Az alapvető kérdésfeltevésünk, hogy a depresszió gyakoribb előfordulása kimutatható-e sclerosis multiplex esetén összehasonlítva a normál populációval.

Módszer, betegek: A Semmelweis Egyetem Neuroimmunológiai Ambulanciáján gondozott 40 sclerosis multiplexes beteget vizsgáltunk (16 férfi, 24 nő). A kontrollcsoport 42 főből (16 férfi, 26 nő) állt; nem, életkor és iskolai végzettség szerint illesztve az SM csoport tagjaihoz. A depresszió és a fáradékonyság mérésére a Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála önbeszámoló kérdőívet töltötték ki.

Eredmények: Az SM betegeket negatívabb hangulat és fokozott fáradékonyság jellemezte a normál populációval összehasonlítva, azaz érvényes a különbség 1%-os szinten a két csoport között a Zung kérdőív depresszió pontszámainál ($u[448]=0,00$; $p<0,01$) és fáradékonyság pontszámainál ($u[284]=0,00$; $p<0,01$). Tehát a beteg csoport depresszió ($M=42,50$; $SD=8,40$), illetve fáradékonyság ($M=2,80$; $SD=0,88$) értékei magasabbak, mint a kontrollcsoporté ($M=36,43$; $SD=5,09$; $M=1,67$; $SD=0,65$).

Megbeszélés: Vizsgálatunk eredményei megegyeznek az irodalomból ismert korábbi tapasztalatokkal, mely szerint a depresszió és a fáradékonyság előfordulási gyakorisága nagyobb a sclerosis multiplexes populációban. Az eredmények tükrében a hangulati zavarok korai felismerése és klinikai kezelése hozzájárulhat a hatékonyabb gondolkodáshoz és életvezetéshez, így az életminőség jelentős javulása érhető el.

További kutatási lehetőségek: További vizsgálatokat tervezünk a sclerosis multiplexes betegeknél előforduló hangulati zavarok részletesebb, a háttérben meghúzódó okainak feltárására, amelynek során felmérjük a szorongás mértékét, a harag és düh kifejezési módját, illetve a betegség feldolgozását segítő megküzdési stratégiát, valamint egy mindennapi, megterhelő helyzetre adott coping választ. Célunk megerősíteni a betegek adaptív megküzdési stratégiáját és az érzelmek hatékony kifejezését.

Néhány logikai hiba a DSM 5. kiadásában

Döme Péter, Demeter Zoltán, Gonda Xénia,
Rihmer Zoltán

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

Poszterünkben arra a tényre szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a DSM nemrégiben megjelent 5. kiadása bosszantó logikai hibákat tartalmaz, amelyek a szöveg „kritikai olvasása” kapcsán könnyen azonosíthatóak. Ezek a hibák kétségtelenül csak a szerzők/szerkesztők figyelmetlensége miatt maradhattak a szövegben, hátterükben nem állhattak más okok (pl. konceptuális – szakmai – nézeteltérések a szerzők között). Mivel a hibák többnyire logikai jellegűek, így könnyű felismerni és – a következő kiadásokban – orvosolni őket.

Köszönetnyilvánítás: Döme Péter és Gonda Xénia az MTA Bolyai János Ösztöndíjában részesülnek.

Az ivóvíz arzéntartalma és az öngyilkossági ráta közötti lehetséges összefüggés vizsgálata: előzetes eredmények

Rihmer Zoltán^{1,2}, Hal Melinda³, Kapitány Balázs⁴,
Gonda Xénia^{1,2}, Vargha Márta⁵, Döme Péter^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Klinikai és
Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

²Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Öngyilkosság
Megelőző és Kutató Laboratórium, Budapest

³Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológia Intézet,
Piliscsaba

⁴Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

⁵Országos Környezetegészségügyi Intézet Vízhigiénés Osztály,
Budapest

kendermagos@yahoo.com

Bevezető: Az ivóvíz arzénszennyezettsége globális közegészségügyi kihívást jelent, hiszen a krónikus arzén (As) expozíció számos szomatikus betegség kialakulására hajlamosít. Továbbá néhány korábbi vizsgálat az arzénszennyezett víz fogyasztása és a depresszió kialakulásának emelkedett kockázata közötti összefüggésre hívta fel a figyelmet. Mivel a depresszió a befejezett öngyilkosság legfontosabb rizikófaktora, így érdemesnek láttuk megvizsgálni, hogy hazánkban, ahol az öngyilkosságok területi (országon belüli) eloszlása időben igen stabil (közel másfél évszázada változatlan) mintázatot mutat, van-e összefüggés a két változó között.

Módszer: A 2005 és 2011 közötti időszakot véve hazánk minden településére (n=3145) kiszámoltuk a korra standardizált, a hét éves időszakra vonatkoztatott és 100 000 főre vetített átlagos éves szuicid rátát (sSR). A településeket az ivóvíz arzénszennyezettségének megfelelően 4 csoportba soroltuk: I. alacsony szennyezettség (10 µg/l ≥ As); II. közepes szennyezettség (As = 11-30 µg/l); III. magas szennyezettség (As = 31-50 µg/l) és IV. igen magas szennyezettség (51 µg/l ≤ As). Metodológiai okokból kizártuk azokat a településeket, melyek lélekszáma 500 fő alatt volt, vagy nem volt elérhető arzén adatuk a 7 éves időszakból. A kizárások utáni végső minta 1639 települést tartalmazott. ANOVA-t használtunk a 4 csoportba tartozó települések sSR átlagainak összehasonlítására.

Eredmények: A legtöbb település (n=1249) az „alacsony”, míg a legkevesebb (n=15) az „igen magas” szennyezettségű csoportba tartozott. Ahogy haladunk az I-től a IV-es csoport felé, úgy emelkedik a csoportokban észlelhető átlagos sSR. Az ANOVA modell eredménye szerint a csoportok sSR-jei szignifikánsan eltérnek egymástól (F=16,83; p<0,001; df=3). Ugyanakkor az alkalmazott post-hoc teszt csak az I-es vs II-es csoport és az I-es vs III-as csoport közötti sSR különbséget találta szignifikánsnak (míg az I-es vs IV-es csoportok közötti különbséget nem).

Megbeszélés: Az előzetes eredmények megerősíteni látszanak hipotézisünket, miszerint az ivóvíz arzéntartalma és a szuicid rizikó között pozitív irányú összefüggés áll fent, azonban jelen vizsgálati elrendezés nem alkalmas ok-okozati összefüggések igazolására. Természetesen a vizsgálat egyes metodológiai buktatóival mi is tisztában vagyunk, ezeket részletezzük is a poszteren.

Psychosocial Rehabilitation in Spain

Guinea, Ricardo

Hospital de Dia Madrid, Spain
guinea@rguinea.info

Psychosocial rehabilitation is emerging as an important field in mental health. In Spain as in many different places of the world, an increasing number of new services are being implemented, in addition if the old „medical” oriented ones. The new services (often called „recovery oriented” services, have incorporated a new approach in the relationship with the patient user.

This new approach is simple to describe, but not so easy to implement, since it requires a different approach in the scope of the relationship with the user (from a paternalistic to a partnership style). Recovery oriented services’ philosophy is based on the following simple principles:

- Users involvement at all levels.
- Real possibility of choice and self determination.
- Oriented to the person (not to the illness)
- A realistic hope.

This orientation is challenging in different ways: the experienced professional may feel they are losing their professional role towards a highly uncertain new one. And in all cases (including trainees and new professionals) they may feel disoriented and anxious when facing the need to reach a real horizontal communication with patients.

The paper will describe the experience of 4 year of working with different services in Madrid, in a „supervision” programme, helping them in improving their communication skills and attitudes in working beside users. Methodology, usual problems found and results of the programme after 4 years will be detailed in the paper.

Kiegészítés a magyarországi orvosok körében: lehetséges okok és potenciális következmények

Gyórfy Zsuzsa¹, Girasek Edmond²

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ,
Budapest
gyorffy@chello.hu

Bevezetés: A gyógyítók jólléte a XXI. század egészségügyének meghatározó kérdése. A pszichés distressz és a kiegészítés befolyásolhatja a műhibákat, a szövődmények alakulását és tágabb perspektívából tekintve jelentős hatással az osztályos morbiditás alakulására is.

Célkitűzés: Jelen vizsgálatunkban a magyarországi orvosok kiegészítésének háttértényezőit és lehetséges következményeit kívánjuk áttekinteni.

Módszerek: 2013-ban lefolytatott, reprezentatív, online, kvantitatív vizsgálat (N=4784). A kiegészítést a Maslach Burnout Inventory validált, magyar változatával vizsgáltuk.

Eredmények: A kiegészítés szignifikánsan magasabb értéket mutat fiatal orvosok (<35) és a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében. A több munkahely megléte (49% vs 56,1%, p<0,001), a heti 40 óránál több munkavégzés (48,5% vs 65,2%, p<0,000) valamint az ügyeleti munka vállalása (41,7 % vs 52,6% , p<0,001) szintén meghatározó faktorai a kiegészítésnek. Ugyanakkor a gyermekek száma (58,4% vs 48,8%, p<0,001) protektív tényezőként jelenik meg. A kiegészítés szoros összefüggést mutat a magasabb arányú pszichoszomatikus tünetekkel (8,8% vs 32 %, p<0,001), a nagyobb arányú észlelt stressz pontszámokkal (25,3% vs 62,3%, p<0,001) valamint a depresszió (1,7% vs 13,8 %, p<0,001) magasabb arányával.

Következtetések: kiegészítés és a mentális egészség vizsgálata esetében az ok-okozati összefüggések hiánya nehezen kimutatható; feltételezhető, hogy a kiegészítés és a mentális egészségmutatók alakulása között cirkuláris oksági kapcsolat van. A kiegészítés és a depresszió és a pszichoszomatikus tünetek fontos kockázati tényezője, amely negatívan befolyásolhatja a pszichés egyensúlyt, ugyanakkor a pszichés distressz előfordulása fokozhatja a kiegészítés megjelenését. A megelőzésnek az orvosi jóllét alakulásában van kulcsfontosságú szerepe, hiszen számos vizsgálat megerősíti, hogy a kiegészített gyógyító nem tud hatékony orvosi munkát végezni. Eredményeink tovább erősítik a prevenció és az intervenció kiemelkedő szerepét a gyógyítók körében.

Nők az orvoslásban. Hogyan segít a Gyógyító Nőkért Alapítvány?

Gyórfy Zsuzsa¹, Papp-Zipernovszky Orsolya²,
Barabás Katalin³, Csabai Márta²

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Intézet, Szeged

³Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Szeged
gyorffy@chello.hu

Az orvosi hivatást választó nők száma világszerte emelkedő tendenciát mutat. Míg a kilencvenes évek jóslatai azt prognosztizálták 2010-re, hogy minden harmadik gyógyító szakember nő lesz, mára egyértelművé vált, hogy az orvosi pályát választók és gyakorlók már több mint 50 %-a tartozik a „gyengébbik” nemhez. Ez a fajta átstrukturálódás azonban számos kérdést vet fel mind az egyetemi képzés idején, mind a rezidens évek alatt, mind pedig a hivatás gyakorlása során.

Kutatások igazolják, hogy a nők hivatásgyakorlása számos konfliktussal terhelt, tekintettel a velük szemben megfogalmazott többszörös szerepeltvárásokra, valamint a jobbára a férfiak szempontjait figyelembe vevő, azokra épülő struktúrákra. A hazai kutatások egyértelműen jelzik a magyarországi orvosnők magas testi-lelki morbiditását, az ún. „magyarországi orvosnő-paradoxon” jelenségét. Mind korábbi, mind pedig friss vizsgálataink azt mutatják, hogy a magyarországi orvosnők körében egyes krónikus betegségek gyakrabban és halmozottabban fordulnak elő, mint a más diplomás szakmában dolgozóknál. A gyógyító munka mentális terheinek feldolgozásához, s így az egészség megőrzéséhez szükséges segítő tevékenység Magyarországon eddig nem jutott elegendő támogatáshoz.

A „Gyógyító Nőkért” Alapítvány ezeket a problémákat felismerve, a megoldásban való aktív közreműködés szándékával jött létre 2012-ben. Céljaink között szerepel a szakmai tudatosság, az érdekérvényesítés és önszerveződés facilitálása, továbbá szakmai rendezvények, kutatások, prevenció programok szervezésének támogatása. Az Alapítvány mindezen tevékenységek számára háttérrel és fórumot kíván biztosítani a nyilvánosság bevonásával, honlapján keresztül.

Számos tevékenységünk mellett szervezetünk anonim, on-line tanácsadó szolgálatával igyekszik professzionális segítséget nyújtani a mentális problémákkal, kiegészítve, kimerültséggel küzdő fiatalabb és idősebb doktornőknek. Bízunk benne, hogy az „elnőiesedő orvoslás” területén mind több hasonló kezdeményezés lát majd napvilágot, hiszen a gyógyítók jólléte az egészségügyi ellátás egyik legfontosabb pillére.

A kéttannyelvű oktatási forma hatása a tanulók szorongására, hangulatára, alkalmazott megküzdési mechanizmusaira és főbb személyiségvonásaira

Gyóri-Dani Dóra¹, Bárányné Jámbori Szilvia²

¹Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Intézet, Szeged
doragy.d@gmail.com

Napjainkban az emberek többsége élete során nem csak egy nyelvet használ. A több nyelvet használó személyek között egy speciális csoportot képeznek azok, akik többnyelvi környezetben, magas vagy anyanyelvi szinten sajátítanak el és használnak két vagy akár több nyelvet is. Ebbe a kategóriába sorolhatjuk a kéttannyelvű oktatásban (mely oktatási forma egyre népszerűbb hazánkban) részesülő fiatalokat is, így érthető, hogy számos vizsgálat született annak feltárására, hogy milyen hatással van a kétnyelvűség a kognitív fejlődésre. Ennek köszönhetően ma már tudjuk, hogy a kétnyelvű és az egynyelvű személyek kognitív jellemzői számos eltérést mutatnak, így például a kétnyelvű személyek bizonyos előnyökkel rendelkeznek a végrehajtott (frontális) funkciók terén (pl. gátlás, monitorozás, mentális váltás stb). Mivel a hatékonyabban működő végrehajtott funkciók olyan jellemzőkkel is együtt járnak, mint a szorongás kisebb mértéke, a jobb hangulat, az adaptívabb megküzdési stratégiák birtoklása vagy a nyitottság és az érzelmi stabilitás, érdekes lehet annak feltárása, hogy megjelennek-e ezek a hatások kéttannyelvű oktatásban részesülő fiataloknál is. Ennek feltárására kilenc, 30 fős vizsgálati csoportot alakítottunk: három életkori csoportot (a gimnáziumi tanulmányok elején, közepén és végén) választunk ki három oktatási forma (kéttannyelvű, speciális angol, humán tagozat) tanulóiból. Ezen elrendezés segítségével lehetőség nyílik mind az oktatási formákon belüli életkori változások, mind az oktatási formák közötti különbségek felderítésére. A szorongás mértékének mérésére a Spielberger-féle vonás- és állapotszorongás tesztet (STAI-A és STAI-T), a hangulat feltárására a Beck Depresszió Indexet (BDI), a megküzdési mechanizmusok feltérképezésére a Coping Inventory for Stressful Situations-t (CISS-48), illetve a személyiségjellemzők megállapítására az Eysenck-féle személyiségtesztet (EPQ) választottuk. Jelen vizsgálat nagyban hozzájárul ahhoz, hogy képet kaphassunk a kéttannyelvű oktatási forma hatásainak feltárásáról gimnáziumi tanulóknál, mely tudományos relevanciája mellett fontos információval szolgálhat a fiatalok pályaválasztási döntéseinek meghozatalához. Kiemelkedően fontos ez napjainkban, hiszen jelenleg a különböző oktatási formák kognitív előnyeinek túlhangsúlyozása folyik – hasznos lenne azonban, hogy emellett olyan egyéb tényezők mérlegelésével is választhassanak a serdülők, amelyek hozzájárulhatnak pszichés egészségük megőrzéséhez is.

Hang a hangulatban

Hajduska-Dér Bálint¹, Fodor Tamás², Kulja András³, Vicsi Klára², Simon Lajos¹

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Távközlési és Médiainformatikai Tanszék, Budapest

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Budapest
hajduskader@gmail.com

A Budapesti Műszaki Egyetemen közösen folytatott kutatásunkban depressziós páciensek hangelemzését végezzük, hangtani eltéréseket keresve az egészséges populációhoz képest. A vizsgálatban mind kórházban fekvő, mind ambuláns – Beck Depressziós Index alapján depressziósként diagnosztizálható – páciensek hangtani paramétereit hasonlítjuk össze, depressziós tüneteket nem mutató kontrollcsoporttal. Eddigi eredményeink alapján több szignifikáns különbséget is találtunk a depressziós és egészséges beszédhang között, az alapfrekvencia, első formánsfrekvencia, felolvasás időtartama, beszédtempó, artikulációs tempó, alaphang tartomány tekintetében.

A kutatásunk jövőbeni felhasználhatósága sokrétű. Mind az alapellátás, mind a pszichiátriai szakellátás számára nagy segítséget nyújthat egy objektív, egyszerűen elvégezhető vizsgálat bevezetése, ami a depresszió felismerésében, korai diagnosztizálásában, hosszú távú követésében nagy jelentőségű. Mindezek mellett az egészségügyi felhasználáson túl, a telekommunikáció és telemarketing területén is nagy az igény egy korszerű hangelemző program megalkotására.

Öngyilkosság Magyarországon a KSH 1990-2012-es adatai alapján

Hajduska-Dér Noémi

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest
noemi.hajduskader@gmail.com

A WHO 2014-es adatai alapján világszerte évente közel 1 millió ember vet véget önkézüleg életének. Magyarország régóta az első tíz ország között szerepel az öngyilkossági listák alapján.

Habár az öngyilkosság legfőbb kockázati tényezőjeként a pszichiátriai betegségeket tartjuk számon (depresszió, drog-, alkoholfogyasztás, szkizofrénia) az öngyilkosság multikauzális (pszichiátriai– szociális–kulturális–demográfiai) problémaként ragadható meg leginkább. Nem véletlen tehát, hogy az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kap az öngyilkossági kutatások kapcsán többek között a 2008 óta fennálló gazdasági világválság, a munkanélküliség emelkedése, vagy éppen devizahitel-válság.

Vizsgálatom során arra voltam kíváncsi, hogy a gazdasági világválság hogyan befolyásolta a befejezett öngyilkosságok számát. A KSH 1990–2012-es adatainak elemzése során azt láthatjuk, hogy bár mind a népesség száma, mind a befejezett öngyilkossági ráta folyamatosan csökken hazánkban, azonban kisebb hullámok figyelhetők meg például 1996 és 2000 között, illetve 2008-tól kezdődően. A nemek aránya változatlan a korábbi kutatások eredményével összevetve, a befejezett öngyilkosságok elkövetői között háromszor több a férfi, mint a nő, átlagéletkoruk 40–50 év között van.

Előadásomban a KSH adatainak elemzése alapján tekintem át a befejezett öngyilkosság rátáinak alakulását Magyarországon a rendszerváltástól egészen 2012-ig – kitekintve a korábbi évek nagyobb társadalmi, gazdasági válságaira, párhuzamba állítva más országok öngyilkossági számarányait feldolgozó kutatásokkal.

Explicit mentalizációs képesség vizsgálata borderline személyiségzavarban

Hajnal Luca¹, Berán Eszter², Radics Dóra¹, Rácz Anna¹, Soltész Péter³, Pléh Csaba³, Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Piliscsaba

³Eszterházy Károly Kollégium, Eger
haluci_91@hotmail.com

A mentalizáció képessége a hétköznapi élet „elmeolvásóivá” tesz minket, segít mások vélekedéseinek, szándékainak, vágyainak, érzéseinek felfogásában, és ezáltal fontos szerepe van a társas helyzetek alakításában. A borderline személyiségzavarban (BPD) megfigyelhető súlyos és átható kapcsolati problémák hátterében a BPD mentalizációs zavar elmélete szerint részben az explicit mentalizációs készség sérülése áll. Vizsgálatunk célja az explicit mentalizációs készség vizsgálata BPD-ben szenvedő betegek és illesztett egészséges személyek körében.

Módszerek: A vizsgálatban 25 – DSM IV. diagnosztikus kritériumainak megfelelően SCID-II klinikai interjúval diagnosztizált – BPD (átlagéletkor 31 év, nők aránya 93 %), és 30 egészséges (EK) (átlagéletkor 32 év, nők aránya 93 %) személy vett részt.

Az EK személyek beválasztása a vizsgálatba az SCL-90-R kérdőív alapján történt. Az explicit mentalizációs készségeket a *Kindermann* által kidolgozott Imposing Memory Task-teszt módosított változatával vizsgáltuk. A kísérlet során öt rövid történetet hallgattak végig a résztvevők, majd ezekhez kapcsolódóan egyenként 20 igaz-hamis jellegű kérdésekből álló tesztet töltöttek ki.

A kérdések két csoportját különíthetjük el annak alapján, hogy megválaszolásukhoz mentalizációs képességre, vagy pusztán memóriára van szükség, tekintve, hogy a mentalizációs képességet a mentális zavarokhoz társuló figyelemzavar, memóriazavar befolyásolhatják. A kérdések nehézségük szerint tovább oszthatóak, egy 1–5-ös skálán. Növekvő nehézség esetén, a memória-feladatok több memóriaelemet tartalmaztak. A mentalizációs feladatokban, a történetekben szereplő személyek egymás mentális tartalmaira vonatkozó feltételezéseit kellett megítélni növekvő nehézségben (pl. Pista haragszik Évára, vagy Sándor szerint Pista félreértette, hogy Éva mit hisz István vele kapcsolatos érzéseiről). A csoportok közötti különbségek elemzésére GLM módszert alkalmaztuk.

Eredmények: Az adatokat feldolgozva, nem találtunk szignifikáns eltérést a két csoport között sem a memória, sem a tudatelméleti feladatokban.

Diszkusszió: BPD mentalizációs zavar elméletét eredményeink alapján finomítani kell, mivel az explicit, tudatos erőfeszítést igénylő mentalizációs feladatban BPD csoport az illesztett egészséges csoportnak megfelelően teljesített. BPD-re jellemző társas viselkedés zavara eredményeink szerint nem jár együtt az általunk vizsgált explicit tudatelméleti készség deficitjével.

Kötődés és szülői bánásmód vizsgálata pszichotikus betegek két csoportjában

Halmai Tamás¹, Tényi Tamás²

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Kútvölgyi Klinikai Tömb Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

²Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
tamas.halmai@gmail.com

Bevezetés: Míg a szorongásos, hangulati és személyiségzavarok kialakulásában meghatározónak tartjuk a szülői bánásmód szerepét, addig a pszichotikus zavarok kialakulásában hosszú ideig egyoldalúan a biológiai tényezőkre helyezték a hangsúlyt, a korai traumatizáltság és a szülő-gyermek kapcsolat jelentőségét elhanyagolták.

Vizsgálat: Pszichotikus betegek két csoportjánál vizsgáltuk visszamenőlegesen a gyermekkorban megélt szülői bánásmódot. Mérőeszközként a hazánkban is bevált Szülői Bánásmód Kérdőívet (Parental Bonding Instrument, PBI) alkalmaztuk. Az első csoport tagjai emberölésért vagy annak kísérletéért kényszergyógykezelés alatt álltak, míg az egyéb tényezők szempontjából illesztett kontrollcsoport tagjai nem követtek el erőszakos cselekményt. Abból indultunk ki, hogy a pszichotikus állapot erőszakba fordulása súlyosabb patológiát jelez; a feltevésünk tehát az volt, hogy az erőszakos csoport a szülői bánásmód kedvezőtlenebb mintáját mutatja, mint a kontrollcsoport.

Eredmények: Várakozásainkkal ellentétben, az erőszakos csoport valamivel magasabb Szeretet-törődés és alacsonyabb Túlvédés pontszámokkal kedvezőbb profilt adott, mint a nem-erőszakos csoport.

Megbeszélés: Eredményeink fényében a kérdőív megbízhatóságán túl az erőszakos viselkedés előrejelzésében szerepet játszó biológiai, érzelmi, kapcsolati tényezők szerepét vizsgáljuk.

A szerzők a Nemzeti Agykutatási Program – KTIA – 13 - NAP-A-II/12 támogatásával dolgoznak.

Biológiai markerek a későbbi pszichózis és az erőszakos viselkedés előrejelzésében

Halmi Tamás¹, Csábi Györgyi², Antal Albert³, Benke Bálint³, Jeges Sára⁴, Tényi Tamás⁵

¹Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Idegtudományok Doktori Iskola, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

³Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Budapest

⁴Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs

⁵Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
tamas.halmi@gmail.com

Bevezetés: A minor fizikális anomáliák apró, klinikailag nem jelentős, prenatális eredetű morfogenetikai hibák. Tekintettel arra, hogy mind a kültakaró, mind az agy ektodermális eredetű, ezeket az anomáliákat a neurális fejlődési zavarok markereinek tekinthetjük.

Módszer: Vizsgálatunkban szkizofréniával diagnosztizált személyek két csoportját: 44, emberölést vagy annak kísérletét elkövetett, illetve 22, erőszakos előzménnyel nem rendelkező beteget hasonlítottunk össze 21 egészséges kontrollszeméllyel.

Eredmények: Azt találtuk, hogy az erőszakos csoport tagjainál gyakrabban fordulnak elő minor fizikális anomáliák, mint a nem erőszakos csoport, illetve az egészséges csoport tagjainál. Az eredmények arra utalnak, hogy az erőszakos cselekményt elkövető betegek esetében jelentősebb a betegség idegfejlődési összetevője, a fej és a száj környékén található nagyobb számú anomália egy súlyosabb idegfejlődési aberráció lehetőségét veti fel.

Megbeszélés: Nemzetközi szinten is úttörő vizsgálatunk eredményei a pszichiátriai és pszichológiai kutatás preventív megközelítését támasztják alá; célunk a pszichotikus zavarok és az erőszakos viselkedés megjelenését előrejelző biológiai, kognitív, érzelmi és társas tényezők széles körű azonosítása.

A kutatás a Nemzeti Agykutatási Program (NAP) támogatásával folyik.

Miért hazudik orvos, beteg?

Haraszti László

Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa
harasla@florhosp.hu

A hazugság általános erkölcsi tilalom és elítélés alá esik, az orvos–beteg kapcsolatban mégis évezredek óta deklaráltan elfogadott a használata. A diagnózis, a döntések „becsomagolása”, a terápiás kapcsolat megőrzése sokszor kívánja meg a hazugság kifinomult alkalmazását. Megjelenhet ez elhallgatásban, paradoxonok felépítésében, reframing és egyéb területeken.

A kegyes hazugság lényege: önérdek nélküli, nem a saját, hanem a másik ember javára szolgál. A betegek hazugságai saját vélt vagy valós érdeküket szolgálják, ennek megértése az esetek dinamikus feltárásának alapja.

Szinapszis és szintézis: a depresszió neuro-pszichiátriai vonatkozásai

Harcos Péter¹, Ferencz Csaba¹, Hidasi Zoltán², Kálmán János³

¹Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

²Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

³Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika, Szeged
harcospeter@gmail.com

A múlt század első felében neuropatológusok több esetben a kisagy teljes hiányát állapították meg annak ellenére, hogy a kórtörténetben nem volt cerebelláris károsodásra utaló panasz vagy tünet. Egy esetben beszámoltak olyan paralízis progresszívában szenvedő betegről, akinek a halála előtt kisagyi működészavar tünetei alakultak ki, de az autopszia cerebelláris agenezist igazolt. Ezekben az esettanulmányokban feltételezték, hogy a kisagyi működéseket a mozgások szabályozásában szerepet játszó más szerkezetek (főleg a frontális lebeny és a bazális ganglionok) együttese, mai szóval kifejezve hálózata helyettesítette. Napjainkban a korszerű agyi képalkotó vizsgálatok igazolták a neuronális hálózatok szerepét a magasabb rendű idegtevékenységben, többek között a normális és a kóros hangulat kialakításában. A szinapszisok és a működésüket biztosító neurotranszmitterek alapvető alkotó elemek, amelyek szintézise a hálózat működésében valószínűleg meg.

Több neurológiai betegségben (cerebrovascularis kórképek, sclerosis multiplex, Parkinson-kór, epilepszia stb.) az átlagnépességhez képest jelentősen magasabb a hangulatzavarok aránya. E kórképekben egyes agyi régiók közvetlenül károsodnak. Primer (endogén) depressziós betegekben hasonló lokalizációban funkcionális képalkotó vizsgálatok a helyi anyagcsere, perfúzió és/vagy a neurotranszmisszió megváltozását igazolták. A hangulatzavar kialakulása azonban számos más tényezőtől is függ (genetikai, környezeti, pszichoszociális, neurokémiai stb.). A regionális agyi működészavar a depresszió kialakulásának valószínűségét növeli, bár a kapcsolat nem törvényszerű. Mindez alátámasztja azt a feltételezést, hogy a normális hangulat számos – hálózatba rendeződött – agyi régió fiziológias működésének eredményeként jön létre. A depresszió kifejlődését elősegítő neurológiai és belgyógyászati kórképekben egyes agyi régiókban megváltozik a neurotranszmitterek (elsősorban a szerotonin, a noradrenalin és a dopamin) mennyisége és aránya.

Az agyi plaszticitásnak köszönhetően a hatásos pszichoterápiás eljárások képesek a szinaptikus működések megváltoztatására, amelyeknek eredménye a hálózat kapcsolatainak átrendeződése. Funkcionális képalkotással igazolható, hogy depresszióban a pszichoterápia hatására elsősorban a prefrontális és az elülső cinguláris agykéreg aktivitása változik meg. A sikeres pszichoterápiát követően az agyi működészavar hasonlóan rendeződik, mint a biológiai kezelések hatására.

A dinamikus rajzvizsgálat elméletéről

Hárdi István

ihardi@freemail.hu

A dinamikus rajzvizsgálat (DRV) (összehasonlító-sorozatos rajzvizsgálat) lényege rajzok sorozatán keresztül a pszichiátriai kórképek, pszichopatológiai állapotok vizsgálatával a kóros és a gyógyulási folyamatok kutatása. Erre az összegyűjtött nagy anyag és az ezzel eltöltött 64 év ad lehetőséget. A heterogén jelenségkör elméleti háttérrel összefoglalni nem könnyű feladat. Az eddigiekben az egyes képeket, vagy képcsoportokat állomásként, mintegy állóképeknek, s a sorozatokat mozgófilmnek tekintve – az elmélet mindkét jelenségkörre vonatkozhat. A szemlélet eklektikus, az egyes rajzok eddigi projektív, pszichológiai megközelítését megtartva a folyamatokra és az időbeliségre helyezi a hangsúlyt. A rajzsorozatok változásai az őket létrehozó lelki folyamatok eredményei, amely a belső szabadságról, annak jellegéről, intenzitásáról, illetve akadályairól ad tájékoztatás. Mindez a személyiség szintek keretében és időben zajlik. Az időbeliség – akut állapotok és kronicitás – egyes kórképek (pl. alkoholfüggőség, szkizofrénia helyzete, előrehaladása stb.) ugyancsak tenge-lyét képezi az elméletnek. Az előadást példák kísérik.

Egyetemi oktatás és pszichoszomatika

Harrach Andor

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
harrachandor@mail.datanet.hu

A bio-pszicho-szociális medicina értelmében a pszichológiai és szociális faktorok alapvetően hatótényezők a betegségek keletkezésében, lefolyásában, prognózisában, kezelésében, rehabilitációjában. Az egyik legnagyobb probléma ebben, hogy a tézis elfogadottsága mind a kliensek oldalán, mind a medicina berkeiben korlátozott mértékű. A pszichoszomatika oktatási koncepciójának egyik alaptétele, hogy az orvosi szocializáció értelmében a pszichoszomatika alap gondolatai mind longitudinálisan, tehát az egyetemi tanulás teljes ideje alatt, mind keresztmetszetben, tehát az összes orvosi szakmában integráló módon jelen legyenek. Sok oka van annak, hogy ez így csak részben valósul meg. Nyolcadik éve folyamatosan tartok kötelezően, illetve szabadon választható pszichoszomatika kurzusokat német nyelven a Semmelweis Egyetemen. Ennek eredetét, tartalmait, struktúráját és tapasztalatait szeretném vázolni előadásomban, továbbá a tipikusan felmerülő gondokat is érintve utalok a nemzetközi adatokra is.

A pszichoszomatikus tartás és identitás globális jellegű

Harrach Andor

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
harrachandor@mail.datanet.hu

A pszichoszomatikus munka személyes feltételei egy hosszabb fejlődési folyamat révén alakulnak ki. Ez bármely gyógyító foglalkozásban megtörténik, amennyiben a személy a szükséges tanulási, tapasztalati és tevékenységi folyamatban azonosul annak tartalmaival és céljaival, s azokat alkalmazza saját tevékenységében. A tartalmakat ma a bio-pszicho-szociális medicina fogalmazza meg. Ez elsősorban azt jelenti, hogy a pszichés és a szociális faktorok a szomatikus faktorokhoz illeszkedve kerek egészet alkotnak. A tartalmak és az arányok természetesen igen különbözők lehetnek, de alapvetően mindig mindhárom faktor jelen van. Nincsen tehát gyógyító jellegű elméleti vagy gyakorlati tevékenység, melyben ez eleve kiiktatható lenne, ez határozza meg a humán medicina humánus jellegét. Ez nem esetlegesség, nem romantikus elképzelés, hanem szakmai alapkövetelmény. A három faktor együttesen határozza meg a betegségek keletkezését, lefolyását, prognózisát, a gyógyítás menetét és sikerét. Ez minden orvos vagy egyéb gyógyító személy életminőségének is kifejezője. Az elvek megfogalmazása és bevetésének támogatása a pszichoszomatikus szakemberek feladata, ez is meghatározza többek között a pszichoszomatikának – mint szakmának – a viszonylagos önállóságát a medicina egészén, illetve a pszichiátrián belül. *G. Engel* ezekkel a gondolatokkal fogalmazta meg a bio-pszicho-szociális medicina mikéntjét (*Science*, 1977) és ezek a gondolatok ma minden medicinális alapkoncepció részei, gigantikus idézettségi számokkal.

A gondolatok ma már széles keretekben az egész világon elérkeztek a gyakorlati megvalósításhoz, aminek része a pszichoszomatikus szakemberek célzott képzése és integrált tevékenysége. Az előadás ezen gondolatok további részleteit fejti ki.

Együtműködés házon belül két indikációs terület között

Harrach Andor

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
harrachandor@mail.datanet.hu

A jelen szekció egy nagy gyógyító-oktató-kutató intézmény – egy gyermekgyógyászati klinika – szomatikus, illetve pszichiátriai-pszichoszomatikus indikációs területei közötti együtműködést mutatja be. A pszichiátria-pszichoszomatika területéről nézve ez a feladat a konzultáció-liaison-pszichiátria-pszichoszomatika (angolul CLP) nevet kapta, mely az utóbbi évtizedekben fejlődik csak igazán. Az osztályos ellátásban a szomatikus és a pszichiátriai-pszichoszomatikus ellátás szempontjairól, integrációjáról van szó azon betegek esetében, akiknél a betegség komplex jellegű. Együtműködést, megszervezett munkamódot jelent, mely tervszerűen, megbízhatóan működik és integrálja az eset, illetve az ellátás különböző oldalait, gyakran kifejezett sokrétűségét. Az eredmény mindig túl is mutat az egyes beteggel való munkán. A résztvevők, a csapatok látszólag külön világában tanulási folyamatként előkerülnek az esetek és a megoldások komplex összefüggései, de a kölcsönös vakfoltok is. Ez a jobb betegellátás előnyei mellett a munkatársak magasabb elégedettségi fokát is jelenti. Az előadó, aki egyébként a szóban forgó osztály külső szupervizora is, s aki évtizedekig dolgozott osztályos környezetben Németországban, a pszichiátria-pszichoszomatika oldaláról írja le részletesebben ezt a folyamatot. A szemlélet, a bio-pszicho-szociális koncepció érvényesítése a gyógyító munkában mára nem csak elmélet, hanem megvalósítható gyakorlat és a legkülönbözőbb minőségi mutatók javulásával jár.

Az időskori kötődési típusok lelki egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata

Hatta-Szilágyi Orsolya

Csolnoky Ferenc Kórház Pszichiátriai Centrum, Sümeg
pszichologus.hatta@gmail.com

Napjainkban az idős kora foglalkozó pszichológiai elméletek és vizsgálatok az öregedésre mint komplex folyamatra tekintenek és a kutatók integrált szemléleti keretben gondolkodnak. Kutatásommal én is ezen soktényezős folyamat integrálódásának bővítéséhez szeretnék hozzájárulni.

Az időskorral kapcsolatos külföldi szakirodalmak az idősök különböző kötődési típusait az érintettek lelki egészségének és életminőségének egyik meghatározó tényezőjeként tartják számon. Ezzel a témával foglalkozó kutatások már az 1990-es évek óta fellelhetők a külföldi szakirodalmakban. Hazánkban azonban eddig nem végeztek még olyan kutatást, ami az időskori kötődési típusok lelki egészségre gyakorolt hatásait vizsgálta volna. Célul tűztem ki, hogy a különböző kötődési stílusok függvényében olyan egészségpszichológiai fogalmakat – mint életminőség, étellel való elégedettség, szubjektív jóllét, pszichés distressz és társas támogatás – vizsgáljak. A különböző kötődési stílusok függvényében feltérképezem olyan pszichés zavarok fennállását is, mint a depresszió, szorongás és egészséggel kapcsolatos szorongás.

A vizsgálati minta 126 főből állt, életkoruk 60–94 éves korig terjedt.

Vizsgálati módszerek: Elővizsgálati anyagként demenciában szenvedők kiszűrésére az MMSE tesztet alkalmaztam, aki ezen a teszten akárcsak az enyhe kognitív zavarba tartozó pontértéket mutatott, annak válaszait nem használtam fel a vizsgálatban.

Felhasznált kérdőívek: SWLS-kérdőív, Társas Támogatás Kérdőív, Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív-ECR, Egészség-szorongás Kérdőív, WHO-Jóllét Kérdőív, SF-36, GHQ-12, STAI, CESD. A vizsgálati személyek különböző kötődési típusokba (biztonságos, félelemteli, elárasztott, és elkerülő kötődési típusokba) való besorolását a Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőíven elért eredmények alapján végeztük el témavezetőmmel dr. Nagy Lászlóval (PTE-BTK egyetemi adjunktus). Feltételezéseim szerint a különböző kötődési stílussal rendelkezők csoportjai szignifikáns mértékben különbözni fognak az egészségi állapot szubjektív mutatóiban (mint életminőség, étellel való elégedettség, szubjektív jóllét, pszichés distressz és társas támogatás), illetve olyan pszichés zavarok fennállásában is, mint a depresszió, szorongás és az egészséggel kapcsolatos szorongás.

Eredmények: Elvárásaim szerint szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között az életminőség, a társas támogatás, a pszichés distressz, a depresszió, a szorongás és az egészséggel kapcsolatos szorongás mértékében.

Hollywood (és mindenki más) pávatánca a pedofília szűrkezőnájában

Hirsch Tibor

Eötvös Loránd Tudományegyetem Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet Filmtudományi Tanszék, Budapest

Az érett férfi, ha ártatlan lánykát csábít el, nem egyszerűen maga a réges-régi Don Juan-i toposz, hanem bizonyos kulturális értelmezések szerint az esztétikum felől nézve, az egyetlen igazán poétikus férfivágyakozás, aminek az ártatlanság is a tárgya. Mit csináljon a XXI. századi ember ezzel a bőséges, patinás kulturális örökséggel, ha tudja, hogy az egyben évezredes kacérkodás a pedofíliával. Olyan időkből, mikor nagyon más volt az életkori tolerancia, amelyben a nyugati civilizáció emblémafigurái is gyanúba keveredhetnek Petrarcától Chaplingig? Ami a mozgóképet illeti, az amerikai film, születésétől fogva éppen úgy hajlamos arra, hogy gyanús fiatal színésznőkkel, gyereklány-szerepekkel növelje nézőszámát, mint az ellenkezőjére. Megteremtette például a rape-revenge, az „erőszakbosszú” női műfaját. Egyszer Lolita-kultuszt teremt, máskor szörnyeteget csinál a pedofilokból, harmadszor, mint ellenszenvesnek beállított „életkor-fetisizmust”, vagy mint pusztán jogi csűrés-csavarást közeli meg ugyanezt. A női kiskorúságot a férfiaknak állított csapdaként, netán a női pedofíliával kapcsolatos társadalmi értékszavarrá építő, polgárpukkasztásként ábrázolja.

Önsértő magatartás vizsgálata budapesti serdülőknél

Horváth Lili Olga¹, Bálint Mária², Dallos Gyöngyvér^{3,4}, Farkas Luca³, Gáboros Júlia³, Keresztény Ágnes^{1,4}, Mészáros Gergely³, Szentiványi Dóra⁵, Velő Szabina⁵, Sarchiapone Marco⁶, Carli Vladimir^{6,7}, Wasserman Camilla⁸, Hoven Christina⁸, Wasserman Danuta⁷, Balázs Judit^{1,3}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

²Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XII. kerületi Tagintézménye, Budapest

³Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

⁵Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

⁶Department of Health Sciences, University of Molise, Molise, Olaszország

⁷Karolinska Institutet, Stockholm, Svédország

⁸Child Psychiatric Epidemiology of Columbia University, New York, USA

lilio.horvath@gmail.com

Bevezető: A jellemzően serdülőkorban induló nem-szucidális önsértés (nonsuicidal self-injury, NSSI) nemzetközileg sokat kutatott, hazánkban azonban alig vizsgált jelenség. Az NSSI számos pszichopatológiával járhat együtt, a DSM-5-ben pedig már önálló szindrómaként szerepel. A Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) projekt továbbgondolásaként a SEYLE-ben felmért gimnazista serdülők mellett a szociálisan hátrányosabb helyzetűnek tekinthető szakiskolás diákokat vizsgáltuk, hogy pontosabb képet kapjunk az NSSI-ről az életprevalencia, nemi különbségek, illetve egyes pszichopatológiákkal (szorongás, depresszió,) és az öngyilkos magatartással való kapcsolat tekintetében.

Módszer: Randomizált budapesti szakiskolák 9–10. osztályos tanulóit (N=140) vontunk be a vizsgálatba. Az önkitaltós kérdőívcsomagot a SEYLE projektből vettünk át: az NSSI-t a SEYLE vizsgálathoz létrehozott 6 ítemes kérdőívvel, az öngyilkos magatartást a Paykel Öngyilkosság Skálával, a depressziós tüneteket a Beck Depresszió Kérdőívvel, a szorongást a Zung-féle Önértékelő Szorongás Skálával vizsgáltuk. A szakiskolás és a gimnazista diákok eredményeinek összehasonlításához a SEYLE projektben felmért budapesti gimnazisták (N=1009) adatait is felhasználtuk. Az adatokat az IBM SPSS Statistics 20.0 programmal elemeztük.

Eredmények: A gimnazisták 17,1%-a (n=170), a szakiskolások 29,4%-a (n=37) jelzett NSSI életprevalenciát, amely különbség szignifikánsnak tekinthető ($X^2(1) = 11,282$, $p < 0,001$). A szakiskolás fiúk 25,6%-a (n=12), a lányok 35,41%-a (n=15) számolt be arról, hogy élete során az NSSI valamely formája megjelent nála, ez a nemi különbség nem szignifikáns ($X^2(1) = 1,37$; $p = 0,242$). Az NSSI-ről beszámoló szakiskolás csoportban szignifikánsan magasabb volt a szorongásos ($t = -2,97$; $df = 108$; $p < 0,01$), a depressziós ($d = -2,938$; $df = 48,495$; $p < 0,01$) és az öngyilkos magatartáshoz tartozó tünetek ($t = 4,54$; $df = 121$; $p < 0,01$) száma, mint az NSSI-ről nem beszámolók között.

Következtetések: Az önsértő fiatalok több szorongásos, depressziós és az öngyilkos magatartáshoz kötődő tünetről számolnak be, mint nem önsértő társaik, ami felhívja a figyelmet az önsértő fiatalok egyéb pszichológiai problémákkal kapcsolatos veszélyeztetettségére. A nemi különbségek hiánya alapján – bár a módszerek különbözhetnek –, mindkét nem veszélyeztetett NSSI szempontból. A szakiskolás serdülők körében megjelenő magasabb NSSI értékek a szociálisan hátrányosabb helyzetű fiatalokat megcélzó prevenció és intervenció szükségességére utalnak.

A harcművészetek mozgásvilágának alkalmazási lehetőségei a fogyatékkal élők közösségi rehabilitációjában

Hullám István

Praxis Rendelő, Budapest
hullam.istvan643@gmail.com

A mai modern harcművészetek gyökerei az időszámításunk előtti évezredekig és az ősi indiai kultúra harcművészetéig (vadszramutthi és a kalaripajattu) vezethetők vissza. Az ősi harcművészetek mozgás- és technikai anyaga indiai buddhista szerzetesek révén terjedt el Kínában (Kung fu) és Japánban (Iaido, Ju jitsu-jutsu, Aikido, Karate, Kendo), majd egész Ázsiában (Taekwondo, Muay thai, Arnis, Eskrima). A ma ismert stílusok színes palettájának számos ága a VI. századtól a japán szamuráj harcművészetek bázisán fejlődött ki, és mintegy 100 éve kezdett elterjedni a nyugati világban, így Magyarországon is. Több évtizedes az a felismerés is, hogy a különböző harcművészeti stílusok mozgásrendszerének felépítése és annak oktatása nem csupán az egészséges emberek mozgásának koordinációját, harmóniáját és lelki stabilitását fejleszti, hanem a fogyatékkal élők mozgására, pszichikai állapotára is pozitívan hat. A judo közel két évtizede paralimpiai sportág, *dr. Harnos Imre*, a zen bu kan kempo alapító mestere Ausztráliában alkalmazta harcművészeti stílusát Down-kóros, és más sérült gyerekek mozgásának javítására, önbizalmának és beilleszkedésének erősítésére. Más stílusok mesterei is oktatnak mozgássérült, érzékszervi, illetve mentális fogyatékkal élőket. A fogyatékkal élőknel mindig személyre szabottan zajlanak a foglalkozások, alkalmazkodva a fogyatékoság természetéhez, súlyosságának fokához és a terhelhetőséghez. A harcművészeti mozgásformák elsajátítása során fontos szerepet játszanak: a figyelem fókuszálási képességének erősítése, az egyes izomcsoportok működtetése során a finom koordináció fejlesztése, összetettebb mozgásformák kialakítása, a tájékozódási képesség, az érzelmi és mentális kontroll, valamint az adaptációs készség erősítése. A foglalkozások további célja az együttes, ritmusos és dinamikus mozgás élményének kialakításával a résztvevőknél a rendszeres testmozgás iránti igény felkeltése. A Magyar Nihon Tai Jitsu és Nihon Ju Jitsu Sportegyesület instruktora mintegy fél éve tartanak rendszeres foglalkozásokat a Nyírmadai Humán Szolgáltató Központban működő, Fogyatékkal Élők Nappali Intézménye (40 fő ellátására biztosít lehetőséget) gondozottjai részére az Egészségügyi Szolgálat szoros együttműködésben. Az előadás a foglalkozások módszertanát és az eddigi tapasztalatokat kívánja bemutatni.

A mentalizációs működés szkizofrén és drog- (kannabisz) indukálta szkizofrénia spektrum betegeknél, a szociális kapcsolati háló szerepe

Jakab Judit, Makkos Zoltán, Kéri Szabolcs

Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest
juccker@gmail.com

Bevezetés: Előadásunkban a szakirodalom áttekintése mellett saját vizsgálati adatokról is beszámolunk. A szkizofrén betegek kb. 50%-ánál állítható fel a komorbid szerhasználat diagnózisa. A használt drogok mindegyike a szkizofrénia patofiziológiában is szerepet játszó dopaminerg, glutamaterg és GABAerg transzmissziót támadja. Egészséges egyének esetében mind az akut/egyszeri, mind a hosszú távú kannabiszhasználat csökkenti a kognitív teljesítményt, szkizofrén betegeknél számos vizsgálat ennek ellenkezőjét találta. *Sanches-Torres és mtsai* a hosszú távú kannabisz- használat negatív hatását tárta fel egy szociális kogníciót vizsgáló feladat esetében szkizofrén pácienseknél. *Mancini-Marie és mtsai* szkizofrén betegek vizsgálata során azt az eredményt kapták, hogy kannabiszt és/vagy alkoholt használó páciensek agyi aktivitása megtartottabb volt a szociális kognícióért felelős mediális prefrontális cortex területén, mint az egy-diagnózisú társaiké. A szociális agy-hipotézis (*Dunbar*) alapfeltevése, hogy a főemlősökre jellemző nagyméretű neocortex kifejlődésére a komplex szociális interakciók kivitelezéséhez volt szükség. *Heide és mtsai* összefüggést találtak az amygdala és a paralimbikus régiók, valamint bizonyos orbitofrontális kérgi részek mérete, illetve az adott személy szociális hálózatának nagysága között. Akiknek tágabb a szociális kapcsolatrendszerük, fogékonyabbak a szociális stimulusokra, könnyebben idézik fel a különböző arcokat.

Betegek és módszerek: Előadásunkban várhatóan 60 beteg adatairól számolunk be. Vizsgálatunkban szkizofrén és drog- (kannabisz) indukálta szkizofrénia spektrum betegeket mentalizációs képességeit hasonlítjuk össze az Eyes-teszt (*Baron-Cohen*: Reading the mind in the eyes test) eredményei alapján. A teszt felvételekor PANSS skála és Hamilton Depresszió Skála is felvételre kerül a pácienseknél, az adatokkal összevetjük az egyénre jellemző szociális hálót.

Előzetes eredmények: A kannabisz használóknak nagyobb a szociális hálójuk és jobban mentalizálnak, a két változó erősen korrelál ($r=0,53$). A részadatok arra utalnak, hogy ez az összefüggés látható a PANSS globális pontszám figyelembevételével is.

Afrodiziákumok, avagy vágyalom-e a vágyfokozás?

Janka Zoltán

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai Klinika, Szeged
office.psych@med.u-szeged.hu

A kultúrtörténeten végigvonul a végtelen kutatás, hogy a szexuális vágy, készlet és teljesítmény növelése céljából természetes vagy mesterséges anyagokat találjunk. A hindu, az egyiptomi, a kínai és a görög-római civilizációk írásos dokumentumai tanúskodnak állati, növényi kivonatok hatásairól. Még az orvos-filozófus *Maimonidész*nek is volt ilyen receptje. Az afrodiziákum név Aphroditére, a szerelem és a szépség görög istennőjére utal. A lista hosszú az ambreintől a cantharidinig, az *Allium tuberosum*tól a *Turnera* diffúsáig, azonban – ahogy az a hosszú listáknál szokásos – ezek a szerek nem állják ki a tudományos igényű vizsgálatok próbáját. További állatkísérletek és kontrollált humán tanulmányok szükségesek annak eldöntésére, hogy a már eddigiekben sugallt vagy újonnan szóba jövő szerek valóban képesek-e a szexuális vágy, az izgalom felkeltésére, szexuális teljesítőképesség fokozására, avagy mindez vágyalom marad.

Eseménykapcsolt potenciál (ERP) változások felnőttkori ADHD-ban: az N200 komponens vizsgálata nagy denzitású EEG-rendszer segítségével

Kakuszi Brigitta¹, Papp Szilvia¹, Tombor László¹, Balogh Livia¹, Bitter István¹, Czobor Pál^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Nathan Kline Institute for Psychiatric Research Orangeburg NY 10962, USA

kakuszi.brigitta@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A Figyelemhiányos Hiperaktív Zavar (ADHD) egy gyermekkorban kialakuló pszichiátriai zavar, amely jelentős arányban folytatódik a felnőttkorban, becslés szerint 1,5–5% között van. Egyes elméletek szerint a betegségre jellemző magtünetek, különösképpen az impulzivitás és hiperaktivitás tünetek mögött neurokognitív károsodás, valamint a végrehajtó folyamatok és az adaptív kontroll deficitje áll. Ezen károsodások neurobiológiai háttere még nem tisztázott.

Célkitűzés: Az ADHD-ban megfigyelhető neurokognitív károsodások, valamint adaptív deficitkontroll neurobiológiai hátterének jellemzése agyi eseménykapcsolt potenciálok (ERP) vizsgálata segítségével. Tanulmányunkban az N200-as ERP komponens vizsgálatát tűztük ki célul, mivel számos irodalmi adat alapján az N200 a kognitív kontrollfolyamatok érzékeny mutatója.

Módszer: A vizsgálatba klinikai interjú és DSM-IV tünetlista alapján ADHD diagnózist kapott személyeket (n=33), valamint életkor, nem és iskolai végzettség alapján egyénileg illesztett egészséges kontrollszemélyeket (n=29) választottunk be. Az EEG jelek rögzítésére nagy denzitású, 128-csatornás BioSemi erősítőrendszert használtunk, 1024Hz-es mintavételi frekvencia mellett. Ingerlési feladathelyzetként Go/NoGo paradigmát alkalmaztunk. Az N200-as komponens vizsgálata az ingert követő a 240–290 ms időablakban történt. Az ADHD tüneti súlyosság jellemzésére a Conners's Adult Rating Scales tünetbecslő skálát használtuk. A végrehajtó folyamatok vizsgálata Stroop-teszt segítségével történt.

Eredmények: ADHD-ban szenvedő személyeknél egészséges kontrollokhoz viszonyítva az N200-as ERP komponens statisztikailag szignifikáns, régió-specifikus amplitúdó-növekedést mutatott. A legnagyobb mértékű növekedés a frontális régióban, a középilonali agyterületeken figyelhető meg. A növekedés mértéke az ADHD tüneti súlyosságával, valamint a Stroop-teszt inkongruencia-feladatban mért hibázási arány mértékével szignifikáns pozitív összefüggést mutatott.

Következtetés: Az N200 komponens amplitúdó-növekedése, a növekedés topográfiai eloszlása, valamint a tünettől és a Stroop-tesztben mért hibázási aránnyal való összefüggése a kognitív kontroll és végrehajtó folyamatok alapjául szolgáló frontális idegi hálózatok kórosan megnövekedett aktivitását jelzik ADHD-ban.

A kutatás megvalósítása a Nemzeti Agykutatási Program (KTIA_NAP_13-1-2013-0001 projekt) támogatásával történt.

Krónikus hipokortizolizmus psoriasisban. Egy stressz-indukált bőrbetegség biológiai háttere?

Kálmán L. János¹, Márta Zoltán², Havancsák Rózsa³, Kui Róbert³, Gaál Magdolna³, Drótos Gergely⁴, Gonda Xénia⁵, Szabó Pál², Kemény Lajos³, Rihmer Zoltán^{5,6}, Janka Zoltán¹

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

²Magyar Tudományos Akadémia Természettudományi Kutatóközpont Szerves Kémiai Intézet, Budapest

³Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged

⁴Magyar Tudományos Akadémia Természettudományi Kutatóközpont Agyi Képpalkotó Központ, Budapest

⁵Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

⁶Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest
janos.kalman@med.uni-muenchen.de

A psoriasis (PSO) egy autoinflammátoros bőrbetegség, melynek kialakulásában és exacerbációjában a stressz az egyik legfontosabb etiológiai tényező. A hipotalamo-hipofizeo-adrenális (HPA) axis fiziológiás működése esszenciális a stresszel való sikeres megküzdéshez, diszregulációja pedig a stressz percepciótól a PSO bőrtüneteinek megjelenésig vezető pszichoneuroimmunológiai folyamatok egyik fontos mediáló faktora lehet. Az eddigi, elsősorban akut stresszhelyzeteket vizsgáló kutatások relatív HPA-axis hipofunkciót sejtettek PSO-ban, azonban a stressz-tengelynek a betegség krónikus lefolyása miatt hasonlóan fontos longitudinális működéséről eddig nem állt rendelkezésünkre információ.

Kutatásunk során ezért a kumulatív bazális kortizolszintek retrospektív meghatározását lehetővé tevő módszerrel, a haj kortizol koncentrációjának (HKK) LC-MS/MS analízisével határoztuk meg a PSO-beteg (PSO-B) (n=29) és a kontrollszemélyek (K) (n=56) egyhónapos kortizolszintet tükröző hajszegegenségének HKK-ját. A populáció pszichológiai és szomatikus feltérképezése és a HKK-t potenciálisan befolyásoló tényezők szűrése érdekében a PSO-B bőrtüneteinek objektív (PASI) és szubjektív (DLQI) súlyosságát, a PSO-B és K vizsgálati időszakra jellemző szubjektív stressz expozícióját (PSS) és affektív státuszát (HADS), továbbá a bazális kortizolszintet befolyásoló μ -opiát receptor (MOR) A118G és szerotonin transzporter (5-HTTLPR) génpolimorfizmusok genotípus gyakoriságát is vizsgáltuk.

A PSO-B HKK értékei alacsonyabbak voltak a K populációban mértéktől ($p < ,03$) és a HKK értékek negítvan korreláltak a betegség súlyosságát mérő DLQI és PASI pontszámokkal. A PSO-B magasabb átlagpontszámot értek el a HADS szorongás alsóskáláján ($p < ,003$) és magasabb észlelt stresszről számoltak be ($p < ,03$), míg az 5-HTTLPR és MOR polimorfizmusok allél és genotípus gyakoriságában nem volt különbség a két csoport között.

Eredményeink szerint PSO-ban a már korábban leírt, akut stresszhelyzetekben jelentkező HPA-axis hipofunkció mellett a bazális kortizoltermelés is elégtelen. Ez magyarázhatja a PSO-ban megfigyelt krónikus, autodestruktív gyulladásozó folyamatokat, illetve a bőrtünetek fokozott stressz érzékenységét, hiszen az immunmechanizmusokat reguláló kortizol hiányában stressz hatására túlzott gyulladásozó válasz alakulhat ki.

Esendő TEST + esendő LÉLEK = esendő ÉLET?

Kálmán Sára, Pákáski Magdolna, Bíró Edit,
Kálmán János

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Pszichiátriai Klinika, Szeged
kalmansara@gmail.com

Az esendőség szindróma (ES) fokozott stresszérzékenységgel, csökkent alkalmazkodási képességgel járó állapot, mely fizikai, mentális és szociális dimenziókban jelentkezhet. A depresszió, a demencia és az ES között kétoldali kapcsolat áll fenn. Az ES megbízhatóan előrejelzi a depresszív tünetek megjelenését, progresszióját, a depresszív tüneteket mutató időseknél pedig 3,2-szeres az ES rizikója. A fizikai funkciócsökkenés már az Alzheimer-kór preklinikai stádiumában jelentkezik, párhuzamos a globális leépüléssel és korrelál a kognitív hanyatlás mértékével. Ugyanakkor a kognitív deficit is hozzájárulhat az ES kialakulásához, az önállóság elvesztéséhez. Diagnosztikai kihívást jelenthet a kognitív ES-komponens, az affektív zavarok, az enyhe kognitív zavar és a demencia prodróma elkülönítése.

Az ES leginkább a krónikus betegségekkel élőket és az időskorúakat érinti: a 65 év feletti lakosság 4–60%-ánál fordul elő. Jelentőségét az adja, hogy a nyugati társadalmak minden második polgára krónikus betegséggel él, a 65 éven felüliek száma 2050-re világszerte meghaladhatja a 2 milliárdot. A kronológiai életkornál jobb prognosztikai értékkel bír: 3–4-szeresére növeli az adverb egészségügyi kimenetel (fertőzés, elesés, delírium, (re)hospitalizáció, institucionalizáció), 6–7-szeresére a mortalitás kockázatát, csökkenti a rehabilitációs potenciált és gyorsítja a társbetegségek progresszióját.

A szindróma hátterében komplex immun- és neuroendokrin diszreguláció állhat. A fenotípus modell szerint kritériumai az izomgyengeség, kimerültség, meglassultság, fogyás, aktivitáscsökkenés, míg a kumulatív modell szerint az egészségügyi problémák száma határozza meg. Az enyhe és mérsékelt ES személyre szabott gondozási tervvel potenciálisan reverzibilis. Összefoglaló előadásunk a alap- és szakellátásban alkalmazható, egyszerű, gyors szűrőeszközöket is áttekinti, melyek vizsgálják a fizikai, mentális, affektív és szociális komponenseket is.

Hazánk krónikus betegségek okozta halálozási rátája a második legmagasabb az EU-ban, és minden negyedik személy időskorú. Ennek ellenére Magyarországon az ES előfordulását vizsgáló felmérés még nem történt, magyar nyelvű esendőség skálák nem állnak rendelkezésre. Munkacsoportunk jelenleg ilyen szűrőeszközök validálását végzi, melyek alkalmasak lehetnek a krónikus pszichiátriai betegségek és ezek hosszan tartó gyógyszeres terápiájának a fizikai és metabolikus esendőségre gyakorolt hatásának vizsgálatára is.

microRN-S-tressz alatt: milyen a depressziós derma?

Kálmán Sára¹, Garbett Krassimira A², Vereczkei Andrea³, Wang Lily², Korade Zeljka², Shelton Richard C.⁴, Janka Zoltán¹, Mirnics Károly^{1,2}

¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Vanderbilt University Kennedy Center Nashville TN, USA

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi
Vegyteni, Molekuláris Biológiai és Patobiokémiai Intézet,
Budapest

⁴Department of Psychiatry University of Alabama Birmingham
AL, USA

kalmansara@gmail.com

A stresszdiatézis modell alapján a major depressziót (MD) ma már az egész testet involváló maladaptációs folyamatnak tekintjük, melyet környezeti stresszorok és genetikai predispozíció kölcsönhatása formál. A metabolikus – és ezen belül az oxidatív – stressz indukált celluláris adaptációhoz elengedhetetlen a génextpresszió komplex, koordinált szabályozása, melynek a microRNS-ek is résztvevői. „Finom hangolónként” működnek a központi idegrendszer (pato)fiziológiai folyamataiban is, így a szinaptogenezis, transzmisszió, tanulás, neuroregeneráció és -degeneráció jelenségeiben. Különösen az első epizódok során a stresszes életesemények összefüggnek a MD megjelenésével és súlyosságával, így feltételezhetjük, hogy a háttérben meghúzódó genetikai rizikófaktorok akkor manifesztálódnak klinikai betegségeként, mikor a szervezet nem tud megfelelően válaszolni a környezeti kihívásokra – többek között a génszabályozás és a sejt jelátviteli anomáliái miatt.

Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy a MD beteg perifériás szöveteinek mRNS és microRNS stresszválasza eltér-e a kontroll (CNT) személyektől?

MD és CNT személyektől (n=17–17) származó bőrbioptziából nyert primer fibroblaszt sejtenyészeteiket metabolikus stresszkezelésnek vetettünk alá (1 hét): galaktózban gazdag (GAL); lipid csökkentett (RL) és standard (STD) médiumban tenyésztett csoportokat különítve el (n=4–5). A mintákból RNS-t izoláltunk, majd miRNome PCR array-el és DNS microarray-el mértük a mRNS és microRNS mennyiségeket. Az adatok kiértékeléséhez pathway és génmintázat analízist végeztünk.

Eredményeink szerint az oxidatív stresszel járó GAL-kezelés 63 microRNS és 1196 mRNS expresszióját, míg a RL 147 microRNS és 312 mRNS szintjét módosította a MD fibroblasztokban. Kiemelendő, hogy a stresszindukált változások jelentős része csak a MD sejt kultúrákban volt megfigyelhető (a mRNS-ek 26–33%-a és a microRNS-ek 81–90%-a). Ez a sejt ciklus, apoptózis, túlélés, gyulladáscsökkentés, migráció és energiaháztartás jelenségeiben szerepet játszó géncsoportok diszfunkciójára, egy a MD-ra jellemző, genetikailag determinált patológiás stresszválasz mintázatra utal. Eredményeink hozzájárulhatnak egy új humán in vitro stresszdepresszió modell kidolgozásához, melyben a stresszválaszban kimutatható genetikai profil potenciális vulnérabilitási marker is lehet.

A munka az R01MH067234 és R01MH079299 NIMH grantok támogatásával készült.

A pszichiátria objektív és szubjektív gyökerei I. Az idegrendszer ismeretének fontossága

Kalmár Sándor

KALM-R Pszichiátriai Bt., Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

A pszichiátria krízise foglalkoztatja a világ pszichiátereit. A hagyományos pszichiátria és az új irányzatok között nehéz a helyes út megtalálása. A szerző megállapítja, hogy az orvostudományon belül a pszichiátria tartalmazza a legtöbb szubjektív elemet, de ez nem zárja ki az objektív tényezőket, elsősorban az idegrendszer szerepét. A pszichiátrián belül foglalkozni kell a természettudományos megközelítésen alapuló, objektív, idegrendszeri elváltozásokkal ugyanúgy, mint a csak hermeneutikai módszerekkel megközelíthető szubjektív tünetekkel és zavarokkal. Ma Európában és hazánkban is rendkívül gyorsan változik és növekszik a pszichiátriai problémák, a sérülékenység, a pszichiátriai zavarok és betegségek száma. A korszerű pszichiátria tankönyvek részletesen foglalkoznak az idegrendszer szerepével az emberi magatartás, a mentális zavarok és tünetek kialakulásában. A pszichiátriai betegségek genetikájában, etiológiájában, a tünetek kialakulásában, prognózisában és terápiájában az idegrendszer szerepe kulcsfontosságú. A mindennapi gyakorlatban a pszichiátria önállósodásának elmúlt fél évszázada alatt számos pszichiáter megfélekedett erről. A pszichiátria egyik legnagyobb tévedése volt, amikor a pszichiátria önállósodása során megkísérelte azt leválasztani az idegrendszer működésétől, létrehozva a szociálpszichiátriát és a biológiai pszichiátriát, szembe állítva a kettőt egymással. A két terület nem ellentétes egymással, hanem egymást kiegészíti a korszerű pszichiátrián belül. A szerző példákkal bizonyítja, hogy minden pszichiátriai betegségnek idegrendszeri elváltozás az alapja. A központi idegrendszer sérülése (1) organikus agyi károsodás, (2) toxikus állapotok, (3) pszichoaktív anyagok használata, (4) monoton énekek, (5) bójt, (6) tánc következtében percepciózavarokat, szomatikus, mentális, kulturális és spirituális tüneteket okoz. Ez a felismerés nem új keletű. Az ókori civilizációkban felismerték, hogy számos olyan anyag van, amely hatással van az idegrendszeren keresztül az emberek tudatára, magatartására, viselkedésére, közérzetére, hangulatára. Ezek az ismeretek képezik a mai korszerű neuropszicho-farmakológia alapjait. Az ősi indiai Rauwolfia alkaloidák még pár évtizede hasznos gyógyszereink voltak mind a hypertensio mind a mániás állapotok kezelésében. A pszichiátria a neurobiológia (objektív) talajából nőtt és fejlődött ki. A neurobiológia gyümölcse a gondolkodás, az érzelmek, a viselkedés, magatartás és ezeknek a zavarai.

A pszichiátria objektív és szubjektív gyökerei II. Holisztikus megközelítés

Kalmár Sándor

KALM-R Pszichiátriai Bt., Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

Ma a változó és növekvő pszichés zavarok, pszichiátriai megbetegedések előfordulása és a pszichiátriai ellátás hiányosságai jelentik az egyik legnagyobb társadalmi és gazdasági kihívást egész Európában. A pszichiátriai betegségek jelentős terhet jelentenek az egyéneknek, a családoknak, az egészségügyi, gazdasági, társadalmi, oktatási, büntetőjogi, igazságügyi intézményeknek. A szerző ismerteti a fontosabb javítanivaló tényeket a mentális nevelés és prevenció, valamint az egészségtan tanítás hiányától a pszichiátriai betegek ellátási-ellátatlansági problémáin keresztül a mentális-kulturális és spirituális műveletlenségig. Különösen veszélyeztetettek a gyermekek és a fiatalok, akiknek a pszichiátriai ellátása rendkívül elégtelen az országban. Megállapítja, hogy a pszichiátriai betegségek egyidősek az emberiséggel. A egyes történelmi korokban különböző betegségek jelentik a legsúlyosabb problémákat, ezt példákkal illusztrálja az ókortól napjainkig. Részletesen ismerteti azokat a fontosabb tényezőket, melyek figyelmen kívül hagyása vagy mellőzése a fejlődést leginkább akadályozza és a legtöbb félreértést okozza (a neurológiai elváltozások, valamint a pszichiátriai zavarok és a testi betegségek közötti összefüggések figyelmen kívül hagyása, a holisztikus szemlélet mellőzése). A megoldási lehetőségek közül kiemeli a szemléletváltoztatást, a holisztikus szemléletet, az egészségnevelést, az egészségtan tantárgy visszaállításának a fontosságát, valamint a „Kopp Mária Középtávú Nemzeti Lelki Egészség Stratégia” kidolgozását és megvalósítását.

A háziiorvosi szolgálat szerepe és lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében

Kalmár Sándor

KALM-R Pszichiátriai Bt., Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

A szerző ismerteti azokat a fontosabb tényeket, amelyek miatt nincsen ma Magyarországon hatékony öngyilkosság-megelőző munka. Számos kezdeményezés ugyan folyamatosan történik, de a hatékonyságuk erősen megkérdőjelezhető. Részletesen elemzi, hogy miért a háziiorvosi szolgálat munkatársaira kell támaszkodni elsősorban a hatékony megelőzés érdekében, majd részletesen ismerteti azokat a feladatokat, amelyek elvégzése esetén a háziiorvosi szolgálat munkatársai tudnák csökkenteni az öngyilkosságok számát a körzetükben. Külön kiemeli a körzeti ápolónő lehetőségeit. Az öngyilkosságok áldozatai valójában nem akarnak meghalni, csak az aktuális életkörülményeik között már nem képesek tovább élni. Ha ebben a döntő, kritikus pillanatban valaki képes meghallani a segítségkiáltást és reményt tud nyújtani a szenvedőnek, akkor az egyén nem fog öngyilkosságot elkövetni. A háziorvos a depresszió felismerésével és adekvát kezelésével tud legtöbbet tenni az öngyilkosságok csökkentése érdekében. Valamennyi öngyilkosságot ma még nem tudunk megakadályozni, de a megelőzés érdekében a meglévő ismereteinket sem használjuk ki.

Az öngyilkosság-megelőzés kihasználatlan lehetőségei Magyarországon

Kalmár Sándor

KALM-R Pszichiátriai Bt., Kecskemét
KALM-R@t-online.hu

A nyolcvanas évek közepétől megindult öngyilkosság-szám csökkenés az utóbbi években megtorpant. A jelentős csökkenés ellenére Magyarország még mindig a második az Európai Unióban, első a 65 <öngyilkosságok esetében. A fiatalok körében a korcsoporton belüli halálozást vizsgálva az öngyilkosság Magyarországon a vezető halálok. A szerző megállapítja, hogy bár számos kezdeményezés történt és történik az öngyilkosság-megelőzés területén, még sincs egységes, szervezett, hatékony megelőzés. Pályázati pénzek felhasználásával történnek próbálkozások, amelyek eredménye nem mindig meggyőző. Ismerteti a megelőzés kihasználatlan lehetőségeit, a hazai öngyilkosság-megelőzési stratégia kidolgozásához szükséges Alapdokumentum fontosabb elemeit, valamint a még nem létező Magyarországi Szuicid Prevenációs Stratégia kidolgozásához szükséges feladatokat, annak fontosabb részeit. Bemutat egy lehetséges tervezetet, amely kiindulópontja lehet az első, végleges, hatékony stratégia kidolgozásának, s amelynek megvalósítása végre jelentősen csökkenthetné a magyarországi öngyilkosságok számát.

A sürgősségi pszichiátria szerepe a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei betegellátásban

Kancsev Alexander, Fekete Zita, Vass Edit

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak Jósza András Oktatókórház, Nyíregyháza
kancsev@josa.hu

A XXI. századi pszichiátriai ellátás előtt két új jelentős kihívás áll. Az egyik a sürgősségi pszichiátriai ellátás megszervezése, a másik a közösségi pszichiátria fejlesztése. Az Európai Unió a közelmúltban a WHO-val együttműködve olyan, valamennyi európai országot érintő egészségügyi programot fogadott el, mely „az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának célkitűzéseit” (Zöld könyv, 2005) fogalmazza meg. A mai interdiszciplináris szemlélet jegyében a sürgősségi pszichiátria integrálása a szomatikus medicinához azt jelenti, hogy feladatunk nem csupán betegeink szomatikus állapotának kivizsgálása, hanem a pszichés problémák feltárása is, melyet még inkább indokoltá tesz az a tény, hogy a közkórházak különböző osztályain kezelt betegek közel fele valamilyen pszichopatológiai alterációt is mutat, tehát az ellátás szerves részévé kell válnia a konzultatív pszichiátriának is. Ez azt jelenti, hogy ez a fajta multidiszciplináris gondolkodásmód nem feltétlenül csak a pszichiátriai hospitalizációt jelenti, hanem egyéb ellátási formák megjelenésének is teret ad. Ezen gondolatok jegyében indítottuk el 2010. május 1-jén megyénkben a sürgősségi pszichiátriai ellátást. Ezzel egy időben meghatároztuk a kompetenciaszinteket és racionalizáltuk a betegutakat, melynek értelmében az ellátási forma működéséhez elengedhetetlenül szükséges az SBO kapu, az állandó konziliáris és intenzív háttér, a 24 órán keresztül elérhető képalakító diagnosztikai és laboratóriumi támogatás. Azaz, a pszichiátriai beteg ellátása interdiszciplináris team feladata, ahogy azt tudományos terminológiáink változása is jelzi, hiszen az utóbbi időben világszerte idegtudományokként említjük a pszichiátria, neurológia, pszichológia területeit. A különálló entitásként létező diszciplínák és szakmák idejét fel kell váltania a közös ismeretek és a közös munka korának.

Jelen előadás célja az e területen szerzett közel öt-éves tapasztalatunk bemutatása.

Dizájner drogot használók pszichiátriai tünetprofilja szubsztitúciós kezelésben részesülő opiátfüggők körében

Kapitány-Fövény Máté^{1,2}, Farkas Judit^{1,3}, Pataki Patrícia Andrea³, Kiss Anna³, Horváth Janka³, Szabó Tünde¹, Winter Zsuzsa¹, Rigó Péter¹

¹Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Addiktológia Tanszék, Budapest

³Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest
kapitanymate@vipmail.hu

Bevezetés: Az elmúlt években a drogpia radikális átalakulását követően az opiátfüggők a heroin helyettesítésére dizájner drogokat és elsősorban katinon-származékokat kezdtek nagy arányban intravénásan használni. A szubsztitúciós kezelés mellett dizájner drogokat injektáló betegek körében megnő a komorbid pszichiátriai zavarok előfordulási aránya, jelentősen romlik a terápiás együttműködés, illetve csökken a kezelés hatékonysága.

Módszer: A Nyíró Gyula Kórház OPAI Drogambulanciájának szubsztitúciós (Metadon/Suboxone) kezelésben részesülő opiátfüggő betegeinek 185 fős mintáján vettük fel az általunk szerkesztett Kezelési Kérdőívet. Jelen eredményeink a kérdőív dizájnerdrog-használatra vonatkozó tételein, illetve a BSI (Brief Symptom Inventory) tünetletár tételein alapulnak.

Eredmények: A minta (70,8% férfi, átlagéletkor=39,6, SD=6,8) 33%-a kipróbált valamilyen dizájner drogot, a kipróbálók 45,9%-a leggyakrabban a pentedront használta, 63,9%-uk pedig intravénásan adminisztrálta valamelyik dizájner drogot. A kipróbálás legjellemzőbb okának a kíváncsiság (2,44, SD=1,6), a heroin helyettesítése (2,18, SD=1,7), és a könnyű hozzáférhetőség (2,16, SD=1,7) bizonyult. A demográfiai adatok terén a dizájner drogot próbáló (DDP) és az azokat nem próbáló (DDNP) betegek között szignifikáns különbséget az életkor tekintetében találtunk (DDP: 37,7, SD= 6,2; DDNP: 40,6, SD=6,9, $t=2,743$, $p<0,01$). A két csoport között a BSI által mért 9 pszichiátriai tünetskála közül az Interperszonális Szenzitivitás (DDP:1,18, SD=0,9; DDNP:0,79, SD=0,8, $t=-2,919$, $p<0,01$), az Obszesszív-Kompulzív Zavar (DDP:1,21, SD=0,9; DDNP:0,88, SD=0,8, $t=-2,469$, $p<0,05$), a Szorongás (DDP:1,37, SD= 0,9; DDNP:0,92, SD=0,9, $t=-3,165$, $p<0,01$), a Depresszió (DDP:1,75, SD=1,1; DDNP:1,14, SD=0,9, $t=-3,770$, $p<0,001$), a Fóbia (DDP:1,08, SD=1,1; DDNP:0,66, SD=0,8, $t=-2,978$, $p<0,01$), a Paranoid Ideáció (DDP:1,19, SD=0,8; DDNP:0,85, SD=0,7, $t=-2,956$, $p<0,01$) és a Pszichotizmus (DDP:0,83, SD=0,8; DDNP:0,49, SD=0,6, $t=-3,200$, $p<0,01$) esetében találtunk szignifikáns eltérést. Az életkort – mint kovariánst – a modellbe emelve (ANCOVA elemzés) a csoportosító változó magyarázó ereje a pszichiátriai tünetskálák varianciájában minden esetben szignifikáns maradt.

Diszkusszió: A dizájner drogokat használó opiátfüggő betegek megemelkedett pszichiátriai tünetprofilja indokoltá teszi ezen betegek fokozottabb szűrését és pszichoedukációját, illetve addiktológiai ellátásukon túl számos esetben a pszichiátriai osztályos kezelést is.

Helyzetjelentés a nyugati végekről: a legnagyobb hazai pszichiátriai betegotthon átalakításának tapasztalatai (2011-2014)

Kapócs Gábor, Takácsné Hargittai Beáta

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
kapocs.gabor@gorthardotthon.hu

2011 közepe óta tart az ország legnagyobb bentlakásos pszichiátriai betegotthonának átalakítása. Az otthonban 734, döntő többségükben krónikus szkizofrén beteget gondoz 375 dolgozó. Ennek a mintegy 1100 fős közösségnek az elmúlt bő három és fél évről számol be az intézmény vezetése.

Sikerekben és kudarcokban egyaránt bővelkedő időszakot ível át az elvégzett munka részletes bemutatása. Ismertetjük a munkatársakkal megkezdett stratégiai tervezés eredményeit, az eddigi strukturális átalakításokat, a TÁMOP keretein belül zajló 24 hónapos képzési/továbbképzési projektünk tapasztalatait és az új szakmai megközelítések kezdeti eredményeit is.

Bemutatjuk a fenntartóváltás intézményi tapasztalatait és szót ejtünk a következő évek lehetséges további fejlődési irányairól is.

Anozognozia felülírása közösségi hatásra

Kappéter István

Pest Megyei Önkormányzati Hivatal Pszichiátriai Otthona,
Tápiógyörgye
kappnov@yahoo.com

Az anozognozia (a saját hibák automatikus jelzésének hiánya) mind a szkizofréniában, mind az Alzheimer-kórban szenvedőknél megjelenhet. A gyógyulásban és a rehabilitációban dolgozó segítők és a betegek együttműködését ez, és a betegségbelátás hiánya is megnehezíti.

Az egységes gyógypedagógia magyar kialakítói már a 18. század végén felismerték, hogy nem a hiányosságok ellensúlyozása a fontosabb, hanem, hogy a fogyatékosokat minél teljesebb értékű emberi életre tegyük képessé. Ehhez családis szeretet és megértés kell. E szemléletet *Babarczy Schwarzer Ferenc*, a magyar pszichiátria alapítója gyógypedagógus nagybátyjától tanulta, majd a 19. század elejétől terjesztették a magyar pszichoanalitikusok, az 1950-es évektől pedig a dinamikus pszichiátria kialakítói. 1933 óta az elektrokonvulzív terápia, majd az ötvenes évektől a pszichofarmakonok alkalmazásával a súlyos feszültségek mérsékelhetőkké váltak. Azóta ezen szemlélet segítségével a pszichiáterek számos szkizofréniában szenvedőt meg tudtak győzni, hogy megfelelő életmódot és a rendszeres gyógyszereszedést válasszák. Így javuló munkateljesítménnyel, és családi funkcionálással teljes értékű életet élhetnek. Mióta felfedezték a Léwy-féle demencia és az Alzheimer-kór folyamatát jelentősen lassító szereket, az idejekorán megkezdett kezelés mellett a szellemileg hanyatló páciensek munkaképes állapota is megőrizhető. Ebben sokat segíthet a közösségi gondozás, mely jelentősen növeli a páciensek életminőségét.

Sajnos ma még ezen szemlélet elfogadottsága korlátozott, sok szakember és a közvélemény sem bíz abban, hogy a szkizofréniában és a szellemi hanyatlásban szenvedők jól kezelhetők lennének. Pedig ez nemcsak szakmai és szociális, de gazdasági szempontból is lényegesen előnyösebb helyzetet eredményezne. Néhány pszichiátriai otthonban az elmúlt évtizedekben sikerült olyan közösségi szemléletet kialakítani, hogy – a korábban másutt deviánsan viselkedő – lakók is zökkenőmentesen beilleszkedtek a terápiás keretek közé, még akkor is, ha legtöbbjük számára az önálló, tünetektől mentes élet már nem volt remélhető. Éppen ezért különösen fontos a közösségi szemlélet elterjedése annak érdekében, hogy a pácienseink számára mind teljesebb értékű és boldogabb élet reményét tudjuk biztosítani.

Impulzivitás vizsgálata OCD-ben

*Kara Borbála, Rajkai Csaba, Csigó Katalin,
Harsányi András*

Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztály, Budapest
bori.kara@gmail.com

Az impulzivitás – mint személyiségvonás – gyors, spontán reakciókban mutatkozik meg, melyek véghezvitelkor az egyén a negatív következményeket nem veszi figyelembe. Az impulzív tevékenységek általában kevésbé átgondoltak, túl korán végrehajtottak, illetve indokolatlanul kockázatosak, esetleg a helyzetnek nem megfelelőek.

Impulzus-kontroll zavart észlelhetünk az impulzív-kompulzív spektrumon: kóros játékszenvedélyben, piro-mániában, kleptomániában, addiktológiai betegségekben, antiszociális és borderline személyiségzavarokban, ADHD-ban és bipoláris zavarban szenvedő betegek-nél. Az impulzivitás jelensége emellett szerepet játszhat a kényszerbetegség pszichopatológiájában is.

Az impulzivitás mérőeszközeként neurokognitív tesztek és kérdőívek állnak rendelkezésünkre. Az impulzív tendenciákat mérő neurokognitív teszt az Iowa Gambling Teszt, mely az azonnali jutalom előnyben részesítésének preferenciáját vizsgálja, szemben a hosszabb távú hasznoszerzéssel. Emellett kérdőívek segítségével is vizsgálható az impulzivitás, mint viselkedési jelenség. Ilyen mérőeszköz például az általunk is alkalmazott Barratt-féle Impulzivitás Skála (BIS). A BIS három alskálája a motoros és a figyelmi impulzivitást, illetve a tervezés hiányát vizsgálja.

Jelen kutatás célja az impulzivitás vizsgálata volt kényszerbetegségben.

Hipotézisünk szerint a kényszerbetegség pszichopatológiájában szerepet játszik az impulzivitás. Emellett a kényszeres tünetek súlyosbodásával az impulzív viselkedés nagyobb mértéke jelenik meg.

Előadásunkban saját vizsgálati eredményeinket mutatjuk be.

Sportoló gyerekek jogainak sportpszichológiai aspektusai

Kárpáti Róbert

Fejér Megyei Szt. György Egyetemi Oktatókórház,
Székesfehérvár
rkarpati@yahoo.com

18 éves korukig a sportolók is gyerekeknek tekintendők, így vonatkozik rájuk az ENSZ Gyerekjogi Szerződése, azaz speciális védelmet kell élvezniük. Előadásomban a nemzetközi szakirodalom, valamint statisztikai adatok alapján próbálom elemezni a gyermekek sportolással kapcsolatos motivációját, attitűdjeiket. Külön kiemelem a patológiás agresszió megjelenési formáit sportoló gyerekek között, illetve a kóros edzői kommunikáció jellegzetességeit.

Ezzel együtt előadásomban azt is szeretném demonstrálni, hogy minden, a sporttal kapcsolatos mentális veszélyeztetettség ellenére a fizikailag aktív, sportoló fiatalok egészségesebben táplálkoznak. Szabadidejüket hasznosabban töltik, általában nem túlsúlyosak, ezért jobb a közérzetük és egészségügyi állapotuk, kevésbé hajlamosak káros szenvedélyekre és addikciókra. A stresszt jobban tűrik és szorongásaik hamarabb oldódnak, így a rendszeres testmozgás – aktív sportolás – mentálhigiénés szempontból egyértelműen preventív tényezőnek tekinthető.

The role of coping self-statements in psychosocial rehabilitation

Keleti András

Pomáz

The main aim of psychosocial rehabilitation is enabling people with chronic mental illness to achieve improved functioning and social integration. The interventions focus on reducing the decapacitating impact of the illness, developing behavioural skills and increasing the environment's support.

The interventions targeting the living and coping skills training of the individual cultivate the sense of self-worth and self-efficacy. The sense of enhanced self-efficacy is of crucial importance in the rehabilitation process. Teaching the use of coping self-statements facilitates (1) the learning of the actual behavioural skill, (2) overcoming difficulties in the process (internal and external) and also (3) directly and indirectly enhances the sense of control and self-efficacy.

In this presentation, I describe:

1. The theory and evidence behind the use of coping-self-statements, building upon Donald Meichenbaum's (1977) seminal work on self-instruction training. The approach is rooted in Vygotsky's work on private speech and early cognitive development.
2. The different types of self-statements: (a) Self-instructions that guide mainly voluntary behaviours. (b) Autosuggestions that bring on „non-voluntary” responses in the internal states, (e.g. confidence, relaxation). (c) The combination of the two.
3. Coping self-statement training itself, through the case of a patient with chronic mental illness. A: Evaluation of: Problem situation; Skills that need to be improved; Existing self-talk. B: Generation of more helpful, coping self-statements. C: Modelling and coaching of coping self-statements and behaviour. D: Application in vivo. E: Anticipation of future difficulties; Generalization; „Coping Cue-Card”.

The training took place at the V. Psychiatric Rehabilitation Department of the Gálfi Béla Psychiatric Hospital that provides a work therapy opportunity. Therefore, the coping self-statement method could be practiced in an actual work environment. The feedback from the staff included improved concentration and less breaks. The patient reported an increased sense of self-worth, and self-efficacy (measured by the GSE scale). This resulted from the experience of controlling his own improvement during work, in terms of duration, quality and internal state.

Main reference: Meichenbaum D (1977) > Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach. New York: Plenum Press.

Életminőség figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarban szülői beszámoló és a gyermekek önbeszámolója alapján

Keresztény Ágnes^{1,2}, Dallos Gyöngyvér^{1,3}, Miklósi Mónika^{1,2,4}, Velő Szabina², Szentiványi Dóra², Gádos Júlia³, Balázs Judit^{2,3}

¹Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

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

³Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

⁴Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

agnes.kereszteny@gmail.com

Háttér: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakoribb pszichiátriai kórkép gyermekek és serdülők körében. A zavar súlyos fejlődési, tanulmányi és társas funkcióromlással járhat együtt. Számos tanulmány támasztja alá, hogy az ADHD diagnosztizált gyerekek az életminőség különböző területein alacsonyabb mutatókat jeleznek, mint a nem érintett kortársaik.

Vizsgálatunk célja az életminőség vizsgálata olyan ADHD diagnosztizált gyermekekénél, akik a vizsgálatot megelőzően nem részesültek kezelésben. Ezen kívül célunk volt az is, hogy további adatokkal járjunk hozzá ahhoz a kérdéskörhöz, hogy vajon a gyermek vagy a szülő-e a megfelelő forrás az életminőség felmérésekor.

Módszer: 178 szülő-gyermek diád adatait vontuk be az elemzésbe. Többszörös regressziós elemzéssel vizsgáltuk, hogy milyen kapcsolat van az életminőség, az ADHD jellemzői és a komorbid pszichopatológiák között.

Eredmények: Az önbeszámoló alapján alacsonyabb életminőséggel járt együtt a női nem, magasabb életkor, több szorongásos/traumával összefüggő tünet és a komorbid traumával összefüggő diagnosztizációk, vagy az oppozíciós zavar/viselkedési zavar jelenléte. A szülők által megbecsült, gyermekeikre vonatkozó alacsonyabb életminőség kapcsolatban állt az idősebb életkorral, és egyrészt a hangulati és szorongásos tünetek jelenlétével, másrészt a hangulat- és szorongásos zavarok, oppozíciós zavar és viselkedési zavar meglétével.

Következtetések: Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy az ADHD diagnosztizált gyermekek életminőségének mérésekor figyelembe kell vennünk a gyermek életkorát, nemét, a komorbid zavarok jelenlétét, valamint mind a szülői, mind a gyermekek saját beszámolóját.

Mentalizáció („theory of mind”) részkomponenseinek vizsgálata*Kopacz Erika, Makkos Zoltán, Kéri Szabolcs*

Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

A mentalizáció mások belső állapotainak a reprezentációja, az a képesség, hogy mentális állapotokat – elképzeléseket, szándékokat, vágyakat – tulajdonítunk magunknak és másoknak, és ezt felhasználjuk a saját vagy mások viselkedésének megértésében, magyarázatában és a döntéshozatalban. Ezen képesség károsodása számos pszichopatológiai tünetet magyaráz. A kezdeti feltételezések szerint különösen érvényes ez, az „endogén” pszichotikus (szkizofrénia-spektrum) zavarokra. Az utóbbi évek egyik fontos felismerése, hogy a mentalizáció érintettsége megjelenik organikus kórképekben is (pl. Alzheimer- és Parkinson-kór), tehát a specificitása korántsem olyan magas, ahogy azt korábban gondolták.

A mentalizáció nem egységes jelenség, kognitív és affektív mentalizációt különíthetünk el. Mindezek miatt elengedhetetlen a mentalizáció részkomponenseinek pontosabb vizsgálata. Mi a képkalkotó technikák és a „Reading the Mind in the Eyes Test” segítségével az affektív mentalizációs eltérések specificitását vizsgáltuk. A betegeknek érzelmeket kifejező szemet ábrázoló képeket mutattunk, s nekik a képen szereplő személy mentális állapotáról kellett nyilatkozniuk.

Először is megállapítható, hogy az affektív mentalizáció zavara jól funkcionáló, magas intellektusú pszichotikus pácienseknél is kimutatható, ellentétben az Alzheimer-kórral, ahol a súlyos általános kognitív károsodás ellenére a betegség előrehaladott stádiumáig megkímélt marad. A képkalkotó technikák (funkcionális MRI vizsgálatok) lehetőséget teremtettek számunkra annak bizonyítására, hogy a mások mentális állapotának felismerését lehetővé tevő képesség egy idegi hálózatrendszer összjátékának köszönhető. Bár a kognitív és az affektív mentalizáció pszichológiai és neurobiológiai szinten is eltérő, a medialis prefrontalis cortex mindkét esetben aktivitást mutat, tehát elmondható, hogy a két komponensnek vannak átfedő agyi reprezentáció. Összességében megállapítható, hogy az affektív mentalizáció a pszichotikus kórképekben megjelenő szociális diszfunkciók szenzitív markere.

„Túlzásba vitt hit?” – Vallásfüggőség, mint új viselkedéses addikció*Kovács Eszter¹, Pikó Bettina²*¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest²Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet, Szeged

kovacs.eszter@emk.sote.hu

A vallásfüggőség egy új fajtája a viselkedési addikcióknak, ami a vallásgyakorlás patológiássá válását, a személy fókuszának beszűkülését jelenti a vallási tevékenységekre. Vajon a vallásfüggőség megjelenik-e serdülőkorban, együtt járhat-e más addikciókkal, illetve hogyan hat az egyén pszichés jóllétére?

Kérdőíves adatfelvételünk során (N=656 átlagéletkor = 16,5 év, 49,1% lányok) a vallásosságot több változó mentén mértük (pl. vallásosság mértéke, templomba járás, imádkozás gyakorisága), a vallási addikcióra egy rövid szűrőkérdőívet vettünk fel (General Addiction Screening Tool). A szerfogyasztásnál a szerhasználat gyakoriságára kérdeztünk rá, a pszichés jóllétet az optimizmus, étellel való elégedettség, depressziós tünetegyüttes, és az agresszió változóival mértük.

Serdülőkorban a vallásosság szintje elég alacsony, így a vallásfüggőség mértéke is alacsony maradt. A minta közel 1%-a jellemezhető vallásfüggőként, valamint további 16,2% tartozott a veszélyeztetett szimpomatikus csoportba, míg 83% tünetmentes volt. A vallásfüggőkre jellemző, hogy szignifikánsan vallásosabbnak tartják magukat, a vallás szerepét fontosabbnak tartják, többször imádkoznak és járnak templomba. Lineáris regresszió-analízissel megvizsgáltuk a vallásfüggőség prediktorait, amelyek a következők: a vallásosság mértéke, a templomba járás gyakorisága, a felekezethez tartozás és a vallás mindennapi életben elfoglalt helye. Az összefüggések elemzésekor megállapítottuk, hogy a vallásfüggőség a marihuána és az amfetamin gyakoribb és nagyobb mértékű használatával függ össze. A pszichés jóllét kapcsán alacsonyabb az optimizmus és az agresszió szintje, magasabb a depressziós tünetek megjelenése, az étellel való elégedettség.

A vallásosság kiváltképpen bonyolult jelenség, ezért fontos feltárni, hogy mely szintjei funkcionálnak egészségvédő, és mely szintjei egészségkárosító módon. A fiatalok egészségmegőrzése és az egészségkárosítás ártalomcsökkentése szempontjából fontos lenne kiaknázni azokat a szociokulturális lehetőségeket, amelyek körülveszik a serdülőket.

Hermann Imre, a pszichobiográfiai kreativitás-kutatások hazai úttörője*Kőváry Zoltán*Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Szeged
kovary.zoltan@gmail.com

A pszichobiográfia, a kreativitás személyiség-háttérnek idiografikus megközelítésű kutatási módszere a 20. század elején kezdett emancipálódni az alkotók vizsgálatában a betegséget és a diagnózist középpontba helyező patográfiától. A folyamatban fontos szerepet játszott a pszichoanalízis; élettörténeti elemzésekben ennek nyomán a fókusz a pszichopatológia felől a személyiségfejlődés és a pszichodinamika irányába mozdult el. A narratív pszichológia sikere nyomán az elmúlt évtizedekben a pszichobiográfia ismét az érdeklődés homlokterébe került a lélektani kutatásokban, és immár letisztult, episztemológiailag, elméletileg és módszertanilag egységes eljárásaként definiálja önmagát, elhatárolódva a pszichopatológiai érvelésektől. Magyarországon a történeti adottságok következtében ez a differenciálódási folyamat sajátosan alakult, amit akkor tudunk leginkább megérteni, ha a műfaj(ok) fejlődését két nézőpont egyidejű figyelembevételével próbáljuk meg elemezni. Egyrészt a második világháború és a rendszerváltás által behatárolt korszakokat kell szemügyre vennünk, másrészt a diszciplináris megközelítést is alkalmazva külön egységként kell kezelnünk a pszichoanalitikus, pszichiátriai és pszichológiai perspektívákat. Az előadásban központi szerepet szánok a korai időszak kiemelkedő pszichoanalitikus kutatójának, *Hermann Imrének*, aki nemzetközi színvonalú, módszertani reflexiókat is tartalmazó pszichobiográfiai tanulmányok sorát publikálta 1924 és 1927 közt. *Hermann* megközelítésének eredetisége abban áll, hogy már igen korán foglalkozott a művészi mellett a tudományos kreativitás pszichológiájával, és személyiséglélektani kérdések mellett az általános pszichológia nézőpontját is alkalmazta. Ezen a területen nagy hatással volt rá a kísérleti lélektan hazai megalapítója, *Révész Géza*, aki ugyancsak jelentős eredményeket ért el a kreativitás kutatásában. *Hermann* pszichobiográfiai munkássága a II. világháborút követően is folytatódott, *Bolyai János* matematikai felfedezéseit vizsgálta pszichoanalitikus szemszögből.

Disszociatív zavar az anorexia álarcában... (esetbemutató II.)*Kövesdi Andrea, Várnai Nikoletta, Böhm Mónika, Gallai Mária*Simmelweis Egyetem I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest
kovesdi.andrea@med.simmelweis-univ.hu

A pszichoszomatikus megbetegedések széles spektrumú problémakört ölelnek fel a lelki megbetegedések között. Sajátos dinamikai jellemzők mentén a tüneti kép számos esetben hasonlóságot mutat. A differenciáldiagnosztikai szempontok hozzásegítenek a lelki konfliktus pontos tisztázásához és a kezelés megtervezéséhez.

2014 tavaszán került osztályunkra egy fővárosi kórház gasztroenterológiai osztályáról, igen leromlott fizikai állapotban egy 12 éves kislány, aki szájon át ekkor már semmilyen folyadékot és táplálékot nem vett magához. 2014 áprilisában fogalmazódott meg a pszichoszomatikus tünetképzés lehetsége kezelőiben, ekkor küldték osztályunkra kivizsgálás céljából, felvetve a szomatiform zavar diagnózisát. A szomatikus diagnózisok mellett a felmerülő pszichés diagnózisok a következők voltak: szomatiform zavar, anorexia nervosa, egyéb disszociatív (konverziós) zavar.

A viselkedés megfigyelése és a pszichológiai vizsgálatok eredményeképpen disszociatív (konverziós) zavar igazolódott. A tünetekben – és orvosi beavatkozásokban is – gazdag eseten keresztül a differenciáldiagnosztikai szempontokat, családi hátteret és a compliance nehézségeit mutatom be az előadásban, illetve a családi rendszer patológiájának megjelenését a kezelői rendszer szintjén.

Oidipusz létbeteljesítése

Krékits József

Lélekszínvonal Kft., Kecskemét
krekitsj@gmail.com

Előadásomban az Oidipusz Kolónoszbán című *Szophoklész* dráma alapján szeretném bemutatni a főhős útját sorsa méltósággal való vállalásáig. Oidipuszt látóként elvakítja a gazdagság és a hatalom, míg a későbbiekben vakként meglátja az addig láthatatlan lényeket, hogy nem mások, hanem önmaga felett kell kontrollt nyernie, amely az önismereten keresztül valósulhat meg. Míg önmaga eljut sorsa vállalásáig, addig gyerekeinek nem tud segíteni megbélyegzettségük levetésében, így azok közül három tragikus halált hal. Két fia egymás kezétől esik el, mivel a testvér-rivalizáció kiéleződik köztük, leánya – Antigoné – pedig öngyilkos lesz. Azaz, nem tudja felmenteni őket a származásuk miatt bennük élő bünszorongás alól, sőt negatív jóslatai velük kapcsolatban önbeteljesítőkké válnak, hasonlóan, mint apja Laiosz esetében. Kezdetben maga is azonosul a közösség kirekesztő, stigmatizáló attitűdjével, és gyerekeibe áldozat identitást táplál, ami egyfajta apai átokként érvényesül. Idegeneknek azonban képes segíteni és áldást hozni azokra, mivel az istenek megbocsátanak a szenvedő hérosznak, és azt jövendőlik, hogy szerencsét hoz azon vidék lakosaira, mely befogadja porhüvelyét. Ekkorra már ő maga is képes önmagának megbocsátani, mert megérti sorsa jelentését és jelentőségét, hiszen tudattalanul vitte végbe tettét. Ez a tudattalan azonban nem azonos a Freud által leírt tudattalannal, mert nem elfojtásról, azaz tudni nem-akárásról, hanem valódi nem-tudásról van szó. A befogadás szimbolikusan sorsa tanulságának befogadását jelenti, amely segít a közösségnek a túlélésben a veszélyek elkerülése által. Hiszen minden szenvedésnek jelentése van a közösségek számára, melyet saját túlélésükért kell megérteniük és értelmezniük.

A kocsmai flörtöktől az incesztusig

Kugler Gyöngyi

Pszicho-Jog Bt. Igazságügyi Szakértői Iroda, Budapest

A fiatalágát megőrizni kívánó apa kamaszlányokkal flörtöl a kocsmában, így elégti ki titkos vágyát a velük való lelki (és testi) egyesülésre. Feleségnek is vékony, bakfis alakú nőt választ. Két gyerekük születik, egy lány, egy fiú. A férfi a kocsmai udvarlások során kiéli rejtett hebefil vágyait. Örömezését ajzószerekkel fokozza, tudatmódosító szereket használ vágyai beteljesüléséhez. Lánya cseperedni kezd, eléri a 10 éves kort. Nagyon magasra nyúlik, értelmileg, lelkileg is fejlettebb koránál. Az apa furcsán kezd viselkedni vele. „Véletlenül” bemegy a fürdőszobába, mikor Noémi magát ápolja, végül eljut odáig, hogy megfogdossa a mellét. Azt is tudni akarja, hogy lánya nagylány-e már, sőt a részletekre is kíváncsi. A következmény két éve folyó válóper, rendőrségi feljelentés, majd a nyomozás megszüntetése és két éve tartó terápia. Noémi egyre rosszabb állapotba kerül, rémálmai vannak, képzeletbeli, ijesztő figurákkal társalog. A család még mindig egy fedél alatt lakik...

A labdapontok közötti idő a Game Face rutin (4 R's) videoelemzése élsportoló asztaliteniszezők és teniszezők játéka alapján

Kurimay Dóra, Budapest

Mi különbözteti meg a legsikeresebb játékosokat a kevésbé sikeresektől? Hogyan képesek a világklasszis játékosok a legjobbat kihozni magukból, amikor hatalmas nyomás és stressz alatt állnak? A legjobb játékosok a pontok közötti szünetet az emocionális stabilitás és a fiziológiai egyensúly fenntartására és visszanyerésére használják (Loehr, 1994). Ezeknek a látszólag üres szüneteknek nagy jelentősége van lélektani szempontból. Ettől a rutintól a klasszisok nem térnek el, akármilyen nyomás alatt is állnak. Ez a rutin segíti őket az optimális arousal szint megtartásában, ami segíti a flow állapotában való játékot és biztosítja a maximális teljesítményt. Továbbá ez a rutin segítheti a játékosok versenyszorongásának a kezelését.

A workshop a labdamenetek közötti rutin videoelemzését mutatja be világklasszis asztaliteniszezők és teniszezők játéka alapján. Ugyanez – a labdamenetek és játékok közötti rutin – figyelhető meg más sportoknál is. Valamennyi sportágban megtalálható szünet a játék alatt. Minden sportnál különböző idő áll rendelkezésre a labdamenetek és játékok között a sportolók számára, de ennek kulcsjelentősége van.

A depresszió és az öngyilkosság megelőzése a munkahelyen. A fizikai aktivitás, a sport és a „családbarát” munkahely prevenciók lehetőségei az egészségügyi munkában

Kurimay Tamás¹, Székely András², Tóth Mónika Ditta¹ Betlehem József², Purebl György¹

¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Pécs
tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

Az előadás röviden összefoglalja azokat az európai jó gyakorlatokat, amelyeket a munkahelyi lelki egészség megőrzésében, a depresszió és az öngyilkossági rizikó munkahelyi szűrésében alkalmaznak. A megelőzésnek kormányzati, regionális, nagy-, valamint közép- és kisvállalati szintjei vannak. A kormányzati, regionális, valamint a nagyvállalati szinteken a hatékonyan működő gazdaságokban a prevenciót, a mentális rizikófaktorok szűrését, és a kiszűrt vagy érintett dolgozók segítségét, szükség szerinti terápiáját gazdasági megfontolásokból is támogatják. A kis- és középvállalatok szintjén központi segítség, külső forrás is szükséges lehet. A hatékony vállalati kultúrában a foglalkozás-egészségügy a fizikai és a lelki egészséget, az addikciókat kölcsönösen és egységben kezeli, valamint szorosan együttműködik a pszichiátriával és a klinikai pszichológiával is.

Európában változó mértékben, de a prevenciók programokban a szervezett, rendszeres fizikai aktivitás a munkahelyeken és a munkahelyen kívül is zajlik, a munkahelyi prevencióban, és a stressz oldásában, az enyhe depresszív állapotok terápiájában potenciáljalja többnyire kiaknázatlan.

A Magyar Lelkiállapot felmérései azt támasztják alá, hogy elsősorban a munkahely képezi legfőbb stresszforrást, valamint ugyancsak felelős a betegség miatt munkahelytől távol töltött napok 50–60%-áért. (Magyar Lelkiállapot 2013, szerk.: Susánszky, Szántó, 2013). A folyamatos és krónikus munkahelyi stressz jelentős szerepet játszik a mentális zavarok kialakulásában és fennmaradásában.

Az előadásban röviden kitérünk az egészségügyi dolgozók hátrányos helyzetére és arra, hogy a nemzetközi modelleket alkalmazva hogyan lehetne a egészségügyi munkahelyi stresszkezelés tudatos átalakításával a depressziót, a szuicid kockázatot, a kiégést és az addikciós spektrum problémáit hatékonyabban megelőzni.

Komplex gyermekkori traumatizációt elszenvedett beteg szubjektív élménye

Kurítár Eszter

Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft., Budapest
eszter.kuritar@gmail.com

Az előadásban egy komplex gyermekkori traumatizációt elszenvedett fiatal nőbeteg pszichoterápiáját a beteg terápiás folyamat során írt feljegyzései alapján, a beteg perspektívájából mutatjuk be. Az írások érzéletesen ábrázolják a traumatizált páciens szubjektív élményeit önmagával, a bántalmazó és elhagyó édesanyával és a gyógyuláshoz vezető fájdalmas út élményeivel kapcsolatban.

Márta nem kívánt gyermekként született egy nagyon szegény családba. A korai családon belül elszenvedett bántalmazás és elhanyagolás miatt egy éves korában állami gondozásba került, majd örökbe fogadták. Feldolgozatlan traumájával diszfunkcionális módon próbált megküzdeni: kiskamasz korában alkohol- és droghasználóvá vált, majd anorexiás lett.

A több mint 4 éve tartó egyéni pszichoterápia a trauma-fókuszú terápia három fázisban történő megvalósulása során épült fel. A jelentős fejlődési károsodások miatt sokáig az első szakasz feladataira kellett fókuszálnunk, melynek során bizalomépítés, stabilizálás, tünetcsökkentés és az alapvető életviteli és lélektani készségek (kontaktusteremtés, érzélemfelismerés, érzelmek megosztása, érzélemszabályozás, mentalizációs képességek) kialakítása történt. A második szakaszban a trauma feltárás és feldolgozás zajlott, melynek során az anya általi elhagyatottság élménye jelentette a legfájdalmasabb sebet. Az elárulás és eltaszítottság elviselhetetlen érzéseit aktuális tárgyvesztéses élmények is triggerelték. A beteg által írt feljegyzések, levelek érzéletesen ábrázolják a legszélsőségesebb érzelmek által történő elárasztottság állapotait és ezeknek változásait, a frusztrált vágyódás, a gyűlölet, a félelem mély hullámvölgyeit, melyet a folyamat előrehaladtával a megbékélés, valamint a poszttraumás kogníciók visszaesésekkel kísért, de lassanként adaptív irányú módosulásai váltottak fel. A leírásokból kirajzolódnak a traumatizált önkép sajátosságai, és napvilágra kerülnek a különféle regresszív poszttraumás személyiségérzések, valamint a súlyos disszociatív állapotok jellegzetességei és a velük való terápiás munka. A harmadik fázisban a jelenhez való visszakapcsolódás és a múlt árnyaitól megszabadult élet megteremtésére irányuló próbálkozások figyelhetők meg.

A családon belüli gyermekkori traumatizáció mentális és szomatikus következményei

Kuritárné Szabó Ildikó

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Magatartástudományi Intézet, Debrecen
szabo.ildiko@sph.unideb.hu

A családon belüli gyermekkori traumatizáció súlyos mentális, viselkedéses és szomatikus következményekhez vezet, mivel fejlődésben levő személyiséget érint, a bántalmazás általában komplex és hosszan tartó, s tipikusan a kötődési személy az elkövető. A gyermekkori traumatizáció mentális következményei sokfélék lehetnek, melyek messze meghaladják a klasszikus trauma-spektrum zavarok körét. A betegek gyakran olyan diagnózisokat kapnak, melyek nem fejezik ki a traumatikus eredetet és patomechanizmusokat. Ugyanakkor a gyermekkori traumatizáció egészségkárosító magatartásformák és szomatikus megbetegedések kialakulásában betöltött szerepe viszonylag kevésbé feltárt terület.

Az „Adverse Childhood Experiences” (Ártalmas Gyermekkori Élmények) kutatás az első nagy volumenű követéses epidemiológiai vizsgálat, mely több mint 17 ezer fős középosztálybeli amerikai mintán mérte fel az ártalmas gyermekkori élmények gyakoriságát és ennek a felnőttkori egészségi állapotra gyakorolt hatását. Az eredmények a tágabb értelemben vett intrafamiális gyermekkori traumatikus élmények (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, elhanyagolás, diszfunkcionális családi működés) járványterületként igazolják. A gyermekkorban elszenvedett averzív élmények és az egészségi állapotot illető valamennyi kimeneti változó tekintetében dózis-hatás összefüggés igazolódott. Többek között az alábbi mentális és szomatikus betegségek kockázatát fokozzák a korai traumatikus élmények: dohányzás, alkohol- és droghasználat, elhízás, diabétesz, depresszió, öngyilkossági kísérletek, promiszkuitás, nem kívánt terhesség, szexuális úton terjedő betegségek, krónikus obstruktív tüdőbetegség, májbetegségek, ischaemiás szívbetegség. A súlyos következményekért az idegrendszer fejlődését károsító korai hatások, az érzelmi, kognitív és társas készségek sérülése, és a patológiás megküzdési módoként értelmezhető korán kezdődő, tartósan fennmaradó egészségkárosító magatartásformák a felelős közvetítő tényezők. A súlyos egyéni és társadalmi-gazdasági következmények felhívják a figyelmet a gyermekkori traumatizáció megelőzésének, korai felismerésének és az áldozatok megfelelő kezelésének szükségességére.

„Mit egyen a gyerek?” A családterápia elméleti és gyakorlati nehézségei anorexia nervosa kezelése során

Laczkó Katalin

Princess Margaret Hospital Perth, Western Australia
katalin.laczko@gmail.com

A serdülőkorra jellemző viharos testi és lelki változások kedveznek a lelki betegségek kialakulásának. Az anorexia nervosa megjelenése 14 és 17 éves kor körül a leggyakoribb.

A serdülő egyik feladata az őt a családhoz kötő érzelmi szálak lazítása és leválás a családról. Az anorexia nervosában szenvedő betegek családi szerkezete azonban merev, nem támogat semmilyen változást, így módon – tudattalanul bár, mégis valósággal – ellene dolgozik a hőn óhajlott gyógyulásnak. Az anorexia nervosa sikeres kezelésében ennél fogva a család bevonása elengedhetetlen.

18 éve létesült részlegünkön (Eating Disorders Program, Princess Margaret Hospital, Perth, Western Australia) súlyosan lesoványodott betegekkel foglalkozunk, és gyógyulásukig vagy 18 éves korukig kísérjük őket a gyógyulás útján. Betegeink időnként kórházi kezelésre is szorulnak táplálkozási rehabilitáció céljából, mely általános gyermekosztályon történik napi 4 támogatott étkezés és heti 5 alkalommal foglalkoztató terapeuta és/vagy klinikai szakpszichológus által vezetett csoportfoglalkozás biztosításával. A járóbetegek ellátása nappali szanatórium keretében (Day Program), valamint szakambulanciánkon történik.

A pszichológiai kezelés alappillére a családterápia, amelyet minden betegünknek javasolunk és biztosítunk.

Sajnos a betegség komplex jellegéből adódóan gyakran hónapok telnek el, mire a beteg és családja beleegyezik a családterápiába, és meg is jelenik egy megbeszélte időpontban.

Előadásomban a betegség kialakulásában szerepet játszó pszichodinamikai szempontok tárgyalása mellett munkacsoportunk tapasztalatait hasznosítva kitérek a családterápia számos nehézségére is.

A pszichés jóllét, az életmód és a termékenység összefüggései

Lakatos Enikő, Balog Piroška

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
lakatoseniko_@hotmail.com

Bevezetés: Hazánk termékeny népességének 10–15%-a reprodukciós problémával küzd. Irodalmi adatok bizonyítják, hogy az egyén pszichés jólléte, valamint életmódja szerepet játszik a termékenységgel szorosan összefüggő általános egészségi állapot alakulásában.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja a pszichés jóllét és az életmódtényezők termékenységgel való összefüggéseinek elemzése magyar mintán.

Módszer: Vizsgálatunkban 274 nő (115 meddő és 79 termékeny) vett részt. A pszichés jóllétet sztenderdizált, validált, önkitöltős kérdőívvel, az életmódtényezőket saját összeállítású kérdésekkel mértük.

Eredmények: A meddő nők fiatalabbak (33,9 [4,89] vs 36,4 [5,81], $p < 0,005$), és pszichés jóllétük szignifikánsan rosszabb, mint a termékenyeké. Magasabb a depressziós tüneteik száma (BDI 14 [12,21] vs 7,8 [9,17], $p < 0,005$) és jobban szoronganak (STAI-T 48,5, [10,56], vs 40,3 [10,65], $p < 0,005$), mint a termékenyek. Az életmódtényezőket vizsgálva azt találtuk, hogy a meddő nők kevesebb folyadékot fogyasztanak (1,7 [0,67] vs 1,9 [0,68], $p < 0,05$) és közülük többen tartanak valamilyen diétát (31,3% vs 18,4 %, $p < 0,05$), mint a termékenyek. Mintánkban a nagyobb mennyiségű folyadékfogyasztás a testtömegindextől és az életkortól függetlenül is előre jelezte annak valószínűségét, hogy egy nő a termékeny csoportba tartozzon (OR=1,653; CI=2,584–1,058).

Következtetések: Eredményeink egybecsengenek a nemzetközi kutatási adatokkal, miszerint a reprodukciós problémával szembesülő rosszabb pszichés állapotban vannak termékeny társaikhoz képest. Eredményeink utánkötését, valamint a folyadékfogyasztás termékenységgel való összefüggésének további elemzését feltétlenül indokoltnak tartjuk.

A hiszékenység pszichológiája

Lakatos László

Forum Humanum Pszichiátriai Magánrendelés, Budapest
forumhumanum.szfv@gmail.com

Elsősorban az embereket megtévesztő, hamis illúziókat, csalárd megoldásokat árusító embereket, szektaként működő közösségeket akarom pellengérré állítani, számomra nevelés, elszomorító vagy éppen felhőborító példákkal megmutatni, hogy én mennyi butaságot látok a világban. Az előadásban elsődlegesen kiemelt terület a hamis elméleteken alapuló alternatív medicina növekvő sikerének megértése, és az ebből levonható tanulságok alkalmazása a tudományos orvoslásban.

Az előadásban részletezett információk:

1. A hiszékenység alapja evolúciós és kognitív pszichológiai szempontból. 2. A tudományos megismerésen és a szubjektív hiten alapuló véleményalkotás. 3. A véleményalkotást befolyásoló pszichológiai tényezők tudományos vizsgálatainak ismertetése. 4. A vakhiten alapuló társadalmi rendszerek, pl. vallási szekták működési elvei és gyakorlata. 5. Az alternatív medicina nem bizonyított, általában placebo hatáson alapuló működési elve, ennek jellemző példái.

Tanulságok:

Nekünk „hagyományos” orvosoknak jó volna azt elérni, hogy a mi hozzáállásunk, stílusunk, nyitott, őszinte és érthető kommunikációnk is elindítsa az alternatív gyógyítók által elért pozitív pszichológiai változásokat, és ezzel segítse a tudomány által bizonyított magyarázatok elfogadását és a kuruzslókkal szembeni kritikai szemlélet erősödését! Véleményem szerint ennek egyik titka a valódi tudomány közérthetővé tétele és az őszinte párbeszéd bátorítása az orvos–beteg kapcsolatban. Úgy tűnik ezen igen sok múlik. Az orvos stílusa, kinézete, öltözködése stb. befolyásolja az általa nyújtott kezeléshez való viszonyulást, a kedvező értékelést az endogén opiát- és a dopaminrendszeren keresztül indítja be a pozitív változások sorozatát. Nekünk is meg kellene találnunk azokat a titokzatos erőket, aminek segítségével a javasasszony vagy a füvesember, esetleg a mindentudó kedves szomszéd szava többet nyom a latban, mint a valószínűleg sokszor fásult, a betegellátást futószalagon végző orvosé. Mit csinálunk mi rosszul? Valamiért lehet, hogy a mi szavunk el sem jut a betegek tudatáig, előfordulhat, hogy valamiért rosszul kommunikáljuk a tudásunkat, vagy hiányzik belőlünk a gyógyítók hite, bizonyossága, esetleg meg sem halljuk egymást a betegekkel, akik félnek kérdezni, és végül úgy mennek haza, hogy nem tudják mi a bajuk, és mi mit, miért javasoltunk nekik, és úgy érzik csak a pénzükre hajtunk? Érdemes volna erről megkérdezni őket!

Terapeuta–páciens, betegség–gyógyulás. Kapcsolat és összefüggés

Lehoczky Pál

Magánpraxis, Budapest
dr.lehoczkypal@upcmail.hu

Minden terápiás munkában felmerül az igény egy olyan rendszer kialakítására, mely „előre megijósolja” a terápia eredményét, a gyógyulás esélyeit, illetve segítséget nyújt a terápia megtervezésében, a terápiás célok és eszközök megválasztásában. Több ezer órás terápiás tapasztalat, valamint 1. 1993. március 1. és 1996. december 31. közötti időszak, Nap utcai ambulancia, 295 beteg; 2. 2000. január 1. és 2001. december 31. közötti időszak, magánrendelés, 186 új beteg; 3. 2008. március 1. és 2010. február 28. közötti időszak, magánrendelés, 365 beteg elemzése alapján fogalmazódott meg bennem egy olyan osztályozási rendszer, mely segíthet a lehetőségek, irányok, hatékony megközelítések könnyebb megtalálásában a pszichoterápia keretein belül. A rendszer a páciens betegségéhez, gyógyulásához való viszony feltárására épít. Ez az elem a terápiát megalapozó szakaszban szinte mindig előke-
rül. A megismeréséhez nem kell különleges eszköz, csak néhány célzottabb kérdés és erre irányuló figyelem. A kategorizálási rendszer szempontjai:

Két fontos dimenzió:

- I. viszonyulási dimenzió: asszociált – disszociált;
- II. alaki dimenzió: összehangolt(kongruens) – kialakulatlan, ellentmondásos, töredezett, szétesett.

Tartalmi jellemzők: Kognitív struktúra; viselkedés-változás; szimbólumok; álmok; személyiség-szerkezet; önreflektivitás; biológiai, genetikai adottságok.

A két dimenzióval elem a páciensek terápiás alkalmasságát, érettségét mutatja a betegség és gyógyulás koncepció struktúráltsága alapján. A tartalmi jellemzőben pedig az jelenik meg, hogy milyen változásban, problémában, zavarban azonosítja, éli meg a páciens betegségét, és milyen terápiás út áll legközelebb a saját öngyógyító mechanizmusához.

Az előadás a kategorizálási rendszer kapcsán több megállapítást is tesz:

1. A betegek jelentős részének van a saját betegségéről koncepciója, amire érdemes figyelni.
2. A gyógyulást könnyíti, ha a terápia – és így a gyógyító munka – koncepciója illeszkedik a beteg betegség-koncepciójához, mert ez a beteg öngyógyító erőit könnyebben mozgósítja.
3. A gyógyítás könnyebb, ha a betegnek egységes betegség-koncepciója van, mert ilyenkor az ehhez illesztett terápia (ha a terapeutának van több terápiás megközelítése) viszonylag gyors javulást eredményezhet.
4. Nehezebb az olyan betegek gyógyítása, ahol a betegség-koncepció nem egységes. Az ilyen betegeknek a több terápiás technika, illetve az „élményekben integráló” megközelítés hatékonyabb.

Gondozás, szakrendelés, közösségi ellátás a Forrásházban*Magyar Iván György, Haszmann Andrea*Kispesti Egészségügyi Intézet Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó és Szakrendelő (Forrásház), Budapest
mivangy@gmail.com

2012 októbere óta működik az egészségügyi ellátás Kispesten a Forrásházban.

A kispesti Családsegítő keretében a Forrásház szociális ellátást biztosít a kerületi lakosság számára (85 fő). A két típusú szolgáltatás együttműködve lehetőséget biztosít közösségi ellátásra. Mind a kerületi Szakrendelő Intézet, mind a kerületi Önkormányzat támogatja a szolgáltatásokat.

Pszichiátriai szakrendelés mellett a gondozás feltételei lényegesen javultak a Forrásházban. Kijárás, a kliens otthoni környezetében is biztosítható gondozás, szociális munkás segítsége, foglalkoztatás (csoportok, művészetterápia, biblioterápia, Tárt Kapu Színház, kiállítások, Müpa, Operaház stb. látogatások).

Kispest lakossága kb. 60700 fő, kapacitás függvényében területen kívüli betegek is fogadhatók. A betegmegjelenések száma fokozatosan emelkedik, 2013-ban 18000 esetben jelentkeztek klienseink. Több, mint 400 új felvétel történt.

A Forrásház működése nagy érdeklődést vált ki a magyar pszichiáterek körében és több külföldről érkezett delegáció is meglátogatta az Intézményt (WHO, olasz – cataniai vendégek).

Magatartási és pszichés tünetek neurodegeneratív és vaszkuláris demenciában*Majer Réka*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Pszichiátriai Tanszék, Debrecen
majer.reka@med.unideb.hu

Háttér és cél: A különböző eredetű demencia szindrómákat pszichológiai szempontból három fő tünetcsoport alkotja (kognitív, affektív és viselkedési). A demenciához társuló kognitív tünetek felismerése egyszerűbb feladat, mint a BPSD tünetek felismerése és kezelése. A demenciával járó magatartási és pszichés tüneteket (BPSD) két fő csoportba sorolhatjuk. A viselkedési tünetek közé az agresszív magatartás, agitáció, kóborlás, gátlástalan viselkedés tartozik, a pszichés tünetekhez pedig a különböző hallucinátoros élmények, doxazmák, irritabilitás, alvász- és étvágyzavarok sorolhatók. Kutatásunkban megpróbáljuk feltérképezni, hogyan alakulnak a magatartási és pszichés tünetek demenciával járó neurodegeneratív és vaszkuláris kórképekben, és ezek milyen kapcsolatban állnak a kognitív funkciókkal, a betegek életminőségével, és a hozzátartozó terhével.

Módszer: Kutatásunkban a Debreceni Klinikai Központ Neurológiai Klinikáján és Pszichiátriai Klinikáján gondozott demens betegek neuropszichológiai vizsgálatát végezzük el. A vizsgálatok során arra keressük a választ, hogy kimutatható-e demenciaspecifikus kognitív tünetmintázat, kimutatható-e demenciaspecifikus BPSD tünetmintázat, van-e hatása a BPSD tüneteknek a betegek és a hozzátartozók életminőségére. A neuropszichológiai vizsgálat a következő módszerekből áll: SCID-I, ischémiás pontozó skála, Rövid geriátriai depresszió Skála, MMSE, MMMS+C, ADAS-Cog, BEHAVE-AD, NPI, WBI-5, IIRS, ADL I-II.

Eredmények: A kutatásban eddig 72 beteg vett részt, átlagéletkor 74 év. Közepesen súlyos demens populáció MMSE átlag 19. Eddigi eredményeink alapján azt tapasztaljuk, hogy hasonló kognitív funkciók mellett eltérő a neurodegeneratív és a vaszkuláris demens betegek BPSD tünetmintázata. Emellett erős korrelációt látunk az életminőség, a betegségteher és a BPSD tünetek közt, illetve a kognitív funkciók és az eszközhasználat között.

Következtetések: A magatartási és pszichés tünetek jelentős részei a demens betegek tüneteiként, meghatározzák a betegek életminőségét, és hozzájárulnak a hozzátartozó terhének alakulásához. Úgy tűnik, hogy van különbség a magatartási és pszichés tünetek megjelenésének gyakoriságában és súlyosságában az egyes demencia szindrómák esetében.

Pszichés és szomatikus segítők együttműködése a gyermek- és serdülőkori evészavarok diagnosztikájában és terápiájában

Major Melinda

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika
Gyermekpszichiátriai Osztály, Budapest
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
major_melinda@yahoo.com

A bio-pszicho-szociális megközelítésmód szükségessége az evészavarok diagnosztikájában és terápiájában elengedhetetlen. Ez a régóta hangoztatott szemlélet az anorexia nervosa esetében gyakran azáltal vívja ki a maga létjogosultságát a klinikai gyakorlatban, hogy az életveszélyessé váló testi tünetek halaszthatatlanná teszik a szomatikus és pszichés segítők együttműködését. A SE I. Gyermekgyógyászati Klinika Gyermekpszichiátriai Osztályán – tekintettel a gyermekgyógyászati intézményben való működésünkre – a teammunka megvalósítható, és lehetővé teszi a legsúlyosabb állapotú gyerekek ellátását, valamint a kifejezetten ritkán előforduló evési problémák többszempontú megsegítését.

Az előadásban kitérünk a gyermekkori és serdülőkori evészavarok szélesebb spektrumára (obezitás, bulimia, étel elutasítással járó érzelmzavar, szelektív evés, fóbiás típusú evészavar), a legaktuálisabb szakirodalmi adatok tükrében. Kiemeljük azokat a beavatkozási pontokat, ahol az interdiszciplinaritás elengedhetetlen az általános gyakorlatban, valamint olyan ritkán előforduló határhelyzeteket is bemutatunk, ahol a gyermekgyógyász és pszichiáter, pszichológus együttműködésének szükségessége fokozottabban indokolt.

Vonás-agresszió és autizmus spektrumzavar

Marjai Kamilla^{1,2}, Egri Tímea^{3,4}, Gerevich József³

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest
²Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
³Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest
⁴Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest
marjaikamilla@gmail.com

Háttér: Az autizmus spektrumzavarról (a továbbiakban ASD) szerzett tudáskészlet az elmúlt évtizedekben kiemelkedő módon gyarapodott. Mindenekelőtt az orvostudomány, a pszichológia, a gyógypedagógia emelte be kutatási és klinikai tevékenység-repertoárjába az ASD kérdését. Ugyanezen diszciplínák tudnak információt biztosítani azzal kapcsolatban, hogy az agresszió jellemzők tekintetében milyen jellegzetességek kapcsolhatóak az ASD-hez, illetve a jellemzők milyen hasonlóságot és eltérést mutatnak a tipikusan fejlődő, illetve más fogyatékosági csoporthoz tartozó személyek agresszió jellemzőihez képest.

Célok: Az ASD-hez kapcsolható autista triász, majd autista diád fogalma a DSM-V-ben feltüntetett változásokhoz képest is összefoglaló keretben rendezi el az ASD-re jellemző tüneteket. A szakirodalmi áttekintés célja, hogy az autista triász/diád keretében vizsgálódva, a tünetekhez és diagnózisspecifikus viselkedési sajátosságokhoz tartozó agresszió jellemzőket szisztematikusan leírja. Ezzel párhuzamosan az autista triász koncepciót ért nemzetközi diagnosztikai változások bemutatása is célunk volt.

Módszer: A dokumentumok összegyűjtése, kiválasztása és feldolgozása a PubMed, a PsychInfo és a Libgen adatbázisok segítségével történt. A feldolgozás fókuszában az autista triász koncepciójának változása, valamint a triász/diád keretein belül az agresszió jellemzők állnak.

Eredmények: Az autista triász korábbi meghatározása értelmében a kommunikáció, a képzeleti működés és rugalmas viselkedésszervezés, valamint a szociális viselkedés zavarai foglalták össze az ASD tüneteit. A DSM-V értelmében kialakul az autista diád fogalma. Az agresszió jellemzők mindenekelőtt a szociális viselkedés szintjén nyernek érvényt, az agresszív megnyilvánulások háttérében húzódo okok közé tartozik a kommunikációs szándék inadekvát eszközeinek megválasztása indulati töltet nélkül, a kommunikációs elakadásból és megértés hiányából fakadó feszültség, a biztonságot jelentő állandóság és bejósolható rend felbomlásából fakadó feszültség, az öningerlés motivációja és a szenzoros élménykeresés.

Az iskolai terrorizálás komplex mérése kérdőíves eljárásokkal

Matuszka Balázs^{1,2}, Bácskai Erika², Barna Bianka³, Egri Tímea⁴, Gerevich József^{2,4}

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

²Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

³Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Budapest

⁴Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
matuszka.balazs@gmail.com

Háttér: Az iskolai terrorizálás világszerte elterjedt jelenség, mely mind az általános, mind pedig a középiskolások körében megfigyelhető. Prevalenciáját a kutatások viszonylag széles tartományban (10–20%) jelölik meg az egyes országokban. A WHO legfrissebb adatai szerint átlagosan a 15 éves fiúk 16% és a lányok 5%-a keveredik verekedésekbe a megkérdezést megelőző 12 hónapban, és ugyanebben az időben a fiúk 10%-a és a lányok 7%-a válik az iskolai terrorizálás áldozatává. A bullying súlyos probléma, mely hatással van az iskolai hatékonyságra, jelentős nemi különbségeket mutat, valamint számos negatív következménnyel jár az elszenvedőire nézve: kapcsolatban állhat a gyermekkori stresszel összefüggő tünetekkel, az iskolafóbiával vagy akár az öngyilkossággal is. Ezért az iskolai terrorizálás formáinak és súlyosságának feltárása kiemelten fontos. A probléma mérésére kifejlesztett mérőeszközök közül a nemzetközi gyakorlatban az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, valamint az Agresszió és Viktimizáció Skálák használata terjedt el. A probléma szülői támogatottságának mérésére a Verekedés Szülői Támogatása Skála szolgál, míg a proszociális viselkedési formákat a Pozitív Viselkedési Skálák mérik. E komplex kérdőívcsomag használatával a probléma súlyosságának feltárásán túl a meglévő erőforrások is azonosíthatók.

Módszer: A mérőeszközök hazai validálását – ami a négy kérdőív esetén a nyelvi és a pszichometriai validálást egyaránt magában foglalta – az Addiktológiai Kutató Intézet végezte. Valamennyi mérőeszköz validálása 9. évfolyamos serdülők budapesti mintáján történt, mely az iskolatípusok szempontjából reprezentatív volt tekinthető (n=944).

Eredmények: Mind a négy mérőeszköz megbízhatónak és érvényesnek bizonyult a vizsgálatok során. A Cronbach-alfa értékek magasnak és az érvényesség mutatói is jónak bizonyultak. A terrorizálás prevalenciája 21,8% volt, míg a diákok 20,3%-a vált diáktársai terrorizálásának áldozatává. Az Olweus-kérdőív skáláinak értelmezése – az alkalmazott statisztikai megközelítés függvényében – eltérő eredményességű volt, ami a kérdőív mérési eredményeinek értelmezését megnehezítheti.

Következtetések: A vizsgálatok eredményei alapján valamennyi kérdőív alkalmas eszköze az iskolai terrorizálás és az azt támogató jelenségek mérésének a hétköznapi gyakorlatban. Az kutatás a mérési eredmények értelmezésének potenciális nehézségeire is felhívja a figyelmet.

A testtömegindex változása pszichiátriai rehabilitációban antipszichotikus terápia mellett különböző kórképekben

Nagy Judit

Cholnoky Ferenc Kórház Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Doba
juditbigest@hotmail.com

Bevezetés: A második és harmadik generációs antipszichotikumoknak kedvezőbb a mellékhatásprofilja, de a fokozott étvágy és súlygyarapodás különböző problémákat okozhat.

Célkitűzés: A Dobán bevezetett pszichiátriai rehabilitációs program mellett az antipszichotikus terápiában részesülő betegek testtömegindexének és derékkörfogatának követése 6 hónapon keresztül, majd összevetése az irodalmi adatokkal.

Módszer: Dobán a pszichiátriai rehabilitációs programban résztvevő 200 betegből 105 beteg részesült antipszichotikus terápiában, akiket 2013. november elejétől 2014. április végéig követtünk: hetente mértük a testtömegindexüket és a derékkörfogatukat átlagos étkezés mellett. A rehabilitációs program a gyógyszeres terápián túl a betegek egész napos foglalkoztatására kiterjedt – különböző pszichoterápiás, művészetterápiás, szocioterápiás, munkaterápiás lehetőségek és gyógytorna foglalkozások keretében.

Eredmények: 105 betegből 68 beteget tudtunk követni a teljes idő alatt. A betegek 5,8%-ánál észleltünk súlygyarapodást, ami lényegesen alacsonyabb az irodalmi adatokból ismerteknél. 68 betegből 44 beteg szenvedett szkizofréniában, akiket végig is tudtunk ellenőrizni, közülük 4 betegnél észleltünk súlygyarapodást (9%), és ez alacsonyabb a szakirodalomban találhatóánál. A hízás mértéke 2,3 kg/12 hét, ami kevesebb, mint a fele az ismert adatoknak.

Következtetések: Dobán a pszichiátriai rehabilitációs program hangsúlyt fektet a betegek egész napos foglalkoztatására és a testmozgásra, amely hatékony a mellékhatásként jelentkező testsúlygyarapodással szemben.

A korai maladaptív sémák jelentősége a felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarban

Máté Orsolya^{1,2}, Somogyi Klára^{1,3}, Miklósi Mónika^{1,4}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

²Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Pedagógiai Szakszolgálat Nyíregyházi Tanintézménye

³Váci Piarista Gimnázium

⁴Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Központ, Budapest
miklosi.monika@ppk.elte.hu

Háttér és célkitűzés: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakoribb, krónikus neuropszichiátriai kórkép, mely kora gyermekkorban indul, és 30–60%-ban a felnőttkorban is fennmarad. A genetikai és környezeti tényezők együttjárásai következtében az ADHD-ban szenvedő gyermeket több adverzitás éri, ami maladaptív sémák kialakulásához vezethet. Empirikus vizsgálatot azonban e témában nem találtunk. Célunk ezért a korai maladaptív sémák összefüggéseinek vizsgálata volt a felnőtt ADHD tüneteivel, a mentális jóllét mutatóival, és a szülői működéssel.

Módszer és minta: Vizsgálatunkba 150 szülőt vontunk be (életkori átlaguk 41,59 év, SD=6,09; gyermekek életkori átlaga 10,38 év, SD=3,88, ADHD diagnózis a gyermekek 21%-ánál volt felállítható), akik a tájékozott beleegyezés után egy kérdőívcsomagot töltöttek ki, mely többek között a felnőtt ADHD tüneteire, a korai maladaptív sémákra, az észlelt szülői kompetenciára, az általános jóllétre, és az észlelt stresszre kérdezett rá.

Eredmények: A felnőtt ADHD tüneteinek negatív összefüggést mutattak a mentális jólléttel ($\rho = -0,34$ $p < 0,001$), és pozitív összefüggést az észlelt stresszrel ($\rho = 0,37$ $p < 0,001$). Továbbá, a felnőtt ADHD tüneteinek közepes/erős, pozitív összefüggést mutattak az érzelmi depriváció ($\rho = 0,43$ $p < 0,001$), az elhagyatottság/elutasítottság ($\rho = 0,51$ $p < 0,001$), a bizalmatlanság-abúzus ($\rho = 0,46$ $p < 0,001$), a társas izoláció ($\rho = 0,50$ $p < 0,001$), a csökkentértékűség/szégyen ($\rho = 0,48$ $p < 0,001$), a kudarc ($\rho = 0,49$ $p < 0,001$), illetve az elégtelen önkontroll ($\rho = 0,54$ $p < 0,001$) sémákkal. A korai maladaptív sémák mediálták a felnőtt ADHD és az észlelt stressz, valamint a mentális jóllét kapcsolatát. A felnőtt ADHD tüneteinek szignifikáns negatív összefüggést mutattak az észlelt szülői kompetenciával ($\rho = -0,35$ $p < 0,001$), és ezt a kapcsolatot az elhagyatottság-abúzus és az elégtelen önkontroll sémák mediálták.

Következtetések: Eredményeink arra utalnak, hogy a korai maladaptív sémáknak fontos szerepe lehet a felnőtt ADHD és az érzelmi-hangulati zavarok, a magasabb észlelt stressz, és az alacsonyabb észlelt szülői hatékonyság együttjárásában. A felnőtt ADHD kezelésében ezért fontos lehet a korai maladaptív sémák feltérképezése, módosítása. Az ADHD-val diagnosztizált gyermekek kezelésében javasoljuk a szülői ADHD rutinszerű szűrését, valamint a szülői hatékonyságot célzó speciális intervenciók alkalmazását.

Felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, mindfulness, és szülőség

Somogyi Klára^{1,2}, Máté Orsolya^{1,3}, Miklósi Mónika^{1,4}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

²Váci Piarista Gimnázium

³Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Pedagógiai Szakszolgálat Nyíregyházi Tanintézménye

⁴Heim Pál Kórház, Mentálhigiéniai Központ Budapest
miklosi.monika@ppk.elte.hu

Háttér/célkitűzés: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai kórkép gyermek- és serdülőkorban, mely 30–60%-ban felnőttkorban is fennmarad, és az élet számos területén funkcióromlást okoz. Az ADHD magas családi halmozódást mutat. A szülői ADHD nehézségekhez vezethet a családi és a szülői működésben, ami további környezeti kockázatot jelent az utódra nézve. Fontos ezért foglalkozni az ADHD tüneteinek mutató szülők sajátos problémáival. Mivel a tudatos jelenlét (mindfulness) alapuló terápiák biztató irányt mutatnak az ADHD kezelésében, célunk a „mindful készségek” szerepének vizsgálata volt a szülőség és a felnőtt ADHD kapcsolatában.

Minta és módszer: A mintavétel a Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulanciáján, valamint fővárosi és vidéki iskolákban történt. A mintát 150 szülő alkotta (életkori átlag 41,59 év, SD=6,09; gyermekek életkori átlaga 10,38 év, SD=3,88, ADHD diagnózis a gyermekek 21%-ánál volt felállítható). Keresztmetszeti vizsgálatunkban a szülők – a tájékozott beleegyezés után – egy kérdőívcsomagot töltöttek ki, melyben többek között a Szülői Stressz Skála (PASS), a Házastársi Stressz Skála (MSS), az Ötfaktoros Jelentudatosság Kérdőív (FFMQ), és a Felnőtt ADHD Önértékelő Skála (ASRS) szerepeltek.

Eredmények: Az FFMQ összpontszám szignifikáns negatív korrelációt mutatott a szülői stresszrel ($\rho = -0,372$; $p < 0,001$) és a felnőtt ADHD tüneteivel ($\rho = -0,520$; $p < 0,001$). A súlyosabb szülői ADHD alacsonyabb házastársi elégedettséggel ($\rho = -0,220$, $p < 0,01$) volt összefüggésben. A szülői ADHD és a szülői stressz szignifikáns pozitív összefüggést mutatott ($\rho = 0,27$ $p < 0,01$), és ezt a kapcsolatot a mindfulness tudatos cselekvés faktora mediálta.

Következtetések: Eredményeink arra utalnak, hogy a felnőtt ADHD tüneteinek a „mindful készségek” zavarával járhat együtt, mely hozzájárulhat a komorbid zavarok kialakulásához és az élet számos területén tapasztalható rosszabb működéshez. A tudatos cselekvés zavara fontos szerepet tölthet be a szülői ADHD és a szülői stressz közötti összefüggésben. Eredményeink alapján javasoljuk a mindfulness alapú terápiák alkalmazását a felnőtt ADHD kezelésében, illetve ADHD-val diagnosztizált gyermek esetében a szülői ADHD rutinszerű szűrését, szükséges esetben adekvát kezelés felajánlását, és a tudatos jelenlét alapuló szülői-intervenciók alkalmazását.

A kognitív érzelem-szabályozás szerepe az észlelt stressz és szorongás kapcsolatában

Miklósi Mónika^{1,2,3}, Perczel Forintos Dóra³

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

²Heim Pál Gyermekkorház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

³Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest miklosi.monika@ppk.elte.hu

Háttér és célkitűzés: A kontrollálhatatlan stressz a végrehajtó funkciók alulműködésével jár együtt, az érzelem-szabályozásban szerepet játszó kognitív folyamatok működésére tett hatását azonban keveset vizsgálták. Célunk a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok szerepének vizsgálata volt az észlelt stressz és a szorongás jól ismert kapcsolatában. Feltételeztük, hogy az észlelt stressz magasabb szintje a végrehajtó funkciók alulműködésével jellemezhető kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok gyakoribb, és a végrehajtó funkciók működését igénylő kognitív stratégiák csökkent működésével jár együtt, ami magasabb szorongást eredményez.

Minta és módszer: Keresztmetszeti vizsgálatunkban 165 egyetemista töltött ki egy kérdőívcsomagot, mely többek között az Észlelt Stressz Skálát, a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőívet, és a Spielberger Szorongás Skálát tartalmazta.

Eredmények: A többszörös mediátor elemzés eredménye szerint a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák összességében mediálták az észlelt stressz és a szorongás kapcsolatát (Módosított $R^2=0,672$, $F(12,152)=28,932$, $p<0,001$). Az észlelt stressz magasabb szintje a nem-exekutív stratégiák (önvád, rumináció, katasztrófizálás) gyakoribb, és az executív stratégiák (pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés) ritkább használatával járt együtt. Az önvád, a rumináció, a katasztrófizálás és a perspektívába helyezés a szorongás magasabb, a pozitív fókuszváltás és a pozitív átértékelés a szorongás alacsonyabb szintjével mutatott összefüggést. Szignifikáns mediátornak az önvád (95%-os bootstrap konfidencia intervallum: 0,01–0,08), a rumináció (95%-os bootstrap konfidencia intervallum: 0,01–0,07), a perspektívába helyezés (95%-os bootstrap konfidencia intervallum: -0,07–0,01), és a pozitív átértékelés (95%-os bootstrap konfidencia intervallum: 0,03–0,13) mutatkozott.

Megbeszélés: Eredményeink arra utalnak, hogy a kontrollálhatatlan stressz növekedésével – éppen akkor, amikor talán a legnagyobb szükség lenne rá – az érzelmek kognitív szabályozása veszít hatékonyságából. A jelentős környezeti stressz káros pszichés következményeinek elkerülése érdekében ezért fontos a kognitív érzelem-szabályozó mechanizmusok feltérképezése, és a top-down folyamatok pszichoterápiás eszközökkel való megtámogatása.

Családkonzultáció helye és szerepe a közösségi pszichoterápiás rezsimben

Harmatta János, Horváth Klára, Görbe Katalin, Boros Edit, Kiss Tibor Cece, Dávid József

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Pszichoterápiás és Pszichoszomatikus Rehabilitációs Osztály, Budapest milakpiroskamarta@gmail.com

A Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály története során a családkonzultáció helye és szerepe nagymértékben változott. Míg korábban inkább kivételnek számított, az elmúlt években egyre gyakrabban képezi részét a terápiának – ma inkább az a rendhagyó, ha nem kerül sor rá.

Pácienseink komplex kapcsolati rendszerek tagjaként érkeznek az osztályra – ezek egyike, talán a legfontosabb a család, ahol élnek. Amikor bekerülnek az osztályos rezsimbe, az itt kialakuló kapcsolataikba magukkal hozzák rögzült mintáikat. A terápia során éppen ezeknek a rögzült mintáknak a megértése, flexibilitásuk növelése a célunk. Noha a pszichoterápiás rezsim egyfajta külön világ, zárt rendszer, amely éppen ezáltal alkalmas arra, hogy benne rekonstruálódjon pácienseink működése, mégis több ponton is fontos lehet a családdal történő kapcsolatfelvétel. Ennek időpontja, témája, célja a terápiában felmerülő problémáktól függően többféle is lehet.

A pszichoterápiás osztályon alkalmazott családkonzultáció tehát sajátos műfaj, sajátos szabályokkal, ugyanakkor az ezzel kapcsolatban szerzett tapasztalatok túlmutathatnak az osztályos kereteken. Ezeket a tapasztalatokat szeretnénk megosztani hallgatóinkkal. Esetillusztrációinkat az elmúlt másfél év tapasztalatából válogattuk.

Nagycsoport az MPT Vándorgyűlésen

Gál Béla¹, Kavetzky Péter¹, Milák Piroska², Rácz Lajos³, Terenyi Zoltán⁴

¹magánrendelés

²Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Pszichoterápiás és Pszichoszomatikus Rehabilitációs Osztály, Budapest

³Pszichiátriai Gondozó, Monor

⁴Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged
milakpiroskamarta@gmail.com

Az elmúlt két évben az MPT Vándorgyűléseken megtartott nagycsoportok sokféle tapasztalatot hoztak. Egyik oldalról a témák széles skálája jelent meg, ezek a személyestől az általános, társadalmi szintig terjedtek, miközben reflektáltak a konferencia eseményeire.

A személyesség a konferencia-nagycsoport esetében elsősorban az úgynevezett szakmai személyiség/szakmai identitás szintjén reprezentálódik. A résztvevők számára lehetőséget teremt az ezzel kapcsolatos dilemmák kibontására, ugyanakkor alkalmat nyújt a rendezvény különböző szinterein szerzett élmények megosztására.

Másik oldalról az is megjelent, hogy a csoportozás a mai magyar pszichiátriai szcénában kevesek számára ismerős műfaj – már-már „rendszeridegen”. Azt reméljük, hogy kísérletünk segíthet abban, hogy a csoportterápia teret nyerjen, ahogy a nyolcvanas évek „csoport-boom”-ja idején remélni lehetett. Úgy véljük, hogy a nagycsoport sajátos módon járulhat hozzá ahhoz, hogy a Vándorgyűlésen résztvevő szakemberek foglalkozhassanak személyes és szakmai kérdésekkel. A nagycsoport biztosította reflektív tér arra is lehetőséget nyújt, hogy az egészségügy hierarchizált világából szabadabban pillanthassunk rá magunk és mások működésére. Ezen keresztül a nagycsoport nem csak a szakma belső nyilvánosságának lehet jó színtere, de hozzájárulhat ahhoz, hogy több figyelem irányuljon a pszichiátria területén dolgozó kollégák érzelmi túlterhelődésére, a kiegészítés megelőzésére, a hitelesebb jelenlétre. Ma, amikor a szakma nem csak a csökkenő létszámmal, hanem a fragmentálódással is küzd, abban a reményben tartunk konferencia-csoportokat, hogy a csoportidentitás a szakmai szolidaritást is erősítheti.

Mindfulness mint tényeken alapuló kezelés a rehabilitációban

Ljavinyec István, Mile Andrea

Gálfi Béla Nonprofit Gyógyító és Rehabilitációs Kft., Pomáz
atlantinn@gmail.com

Osztályunkon a pszichiátriai rehabilitáció alapelveinek (Lieberman, 2010) megvalósításával igyekszünk segítséget nyújtani a mentális zavarral élő személyek számára. A személyek természetes környezetükbe való visszatérését olyan tényeken alapuló hatékony kezelési módszerekkel igyekszünk biztosítani, amelyek lehetőséget teremtenek és támogatják személyes céljaik elérését. Ezek közül említhetjük az edukációt, készségfejlesztést, kognitív viselkedésterápiás stratégiákat, zene- és mozgásterápiát, progresszív relaxációt és mindfulness meditációt.

Az osztályunkon alkalmazott csoportos mindfulness meditáció célja, hogy az automatikus gondolkodási hurkokat, gépies cselekvéseket megtörve nagyobb tudatosítást vigyen a jelen pillanat megélésébe. A 12 ülésből álló, hetente 2 alkalommal tartott csoportfoglalkozások során a különböző technikák – mint például a légzésfigyelés, a testtudatosítás, az imaginációs elemek – a „megfigyelő én” kialakítását és fejlesztését szolgálják. A „megfigyelő én” álláspontja a szemlélődés: ítélkezés és reagálás nélkül észleli a tudatban felbukkanó gondolatokat, érzelmeket, testi érzéseket, nevesíti, majd elfogadja őket a maguk teljességében olyannak, amilyenek. A légzés horgonyként funkcionál a csapongó elme számára: az elkalandozásokat követően visszatereli és fókuszálja a figyelmet a jelen pillanat történéseire, ezáltal a meditáló megtapasztalhatja egyrészt a gondolatok és érzések mulékony természetét, másrészt kellő gyakorlást követően a mély belső csendet.

A mindfulness meditáció hozzásegíti a pácienseket ahhoz, hogy nagyobb intenzitású negatív érzelmek elviselésére legyenek képesek, fokozza a frusztrációtűrő képességet, és a „megfigyelő én” objektívebb rálátásának köszönhetően nagyobb belső kontrollra tehetnek szert az érzelmeik, gondolataik és végső soron a cselekedeteik felett (Kabat-Zinn, 2009).

Mindfulness meditáció által a páciens az állapotát, betegsége tüneteit magasabb szintű tudatossággal képes elfogadni, amelynek eredményeképpen gyógyulásában nagyobb felelősségvállalásra, önfogadásra lesz képes, és több önismeretre tesz szert (Segal et al, 2013).

Hangulat és féltékék egyensúlya: a vestibuláris rendszer és a hangulati élet kapcsolatai – irodalmi áttekintés és esetismertetés

Nagy Attila István, Frecska Ede Ottó

Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika,
Debrecen
nagy.attila.1984@gmail.com

Bipoláris affektív zavarban ismert jelenség a féltékék közötti figyelmi átkapcsolás lassulása. Könnyen alapozható erre a betegség olyan elmélete, amelyben a féltékék rivalizálása összefüggésbe hozható a hangulati szélsőségek közötti váltásokkal. Irodalmi áttekintésünk célja az ezzel a jelenséggel összefüggésbe hozható módszerek, eredmények áttekintése, különös tekintettel azok lehetséges diagnosztikai vagy terápiás alkalmazására.

Figyelmünket egy első epizódos mániás betegünk-nél fül-orr-gégészeti indikáció alapján végzett kalorikus vestibuláris stimuláció (CVS) hatására megfigyelt átmeneti állapotjavulás keltette fel. A vonatkozó szakirodalomban egy 2004-es esetismertetést találtunk, melyben egy terápiareszisztens mániás epizódban írtak le esetünkhöz hasonlóan a bal fülön végzett CVS hatására bekövetkezett azonnali, drámai mértékű javulást (YMRS 32 vs. 10). A hatás kb. 3 nap után megszűnt, azonban a stimuláció ismételt volt. Csábító lehetőség egy gyakorlatilag veszélytelen eljárással gyors tünetcsökkenést elérni, különösen, ha a hagyományos módszerek súlyos mellékhatásokat okoznak a betegnél – ennek tükrében meglepő, hogy nagy létszámú, szisztematikus klinikai vizsgálat mindaddig a módszerrel kapcsolatban nem történt.

Előadásunk további részében esetismertetés formájában bemutatjuk az említett beteg kezelésével kapcsolatos tapasztalatainkat, valamint megvizsgáljuk a kalorikus ingerlés és a féltékék rivalizáció potenciális összefüggéseit, kitérve az ezek vizsgálatára alkalmas kísérleti módszerekre is. Távlati célunk egy, a fenti eredmény megismétlését célzó szisztematikus klinikai vizsgálat, melynek kutatásetikai engedélyeztetése folyamatban van.

A hála szerepe a traumák feldolgozásában – a Hála Kérdőív hazai adaptációjának bemutatása

Nagy Beáta Magda, Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest
bea.nagy@freemail.hu

A hála leggyakrabban átélt pozitív érzelmeink egyike, melynek szerepe egyre inkább hangsúlyozódik a nehézségekkel való megküzdés kapcsán is. Jellemzően olyan helyzetekhez kötődik, amikor azt tapasztaljuk, hogy a másik ember szándékosan és önzetlenül tesz valamit, ami számunkra kellemes, hasznos vagy bármilyen szempontból kedvező következménnyel jár. Tágabb értelemben azonban a hála az életszemléletünk része, azt az attitűdöt jelenti, hogy felismerjük, megbecsüljük, és nem tekintjük magától értetődőnek mindazt, ami jó van az életünkben.

Számos kutatás igazolta, hogy a hálataltság általában is pozitív kapcsolatot mutat a jóllét mutatóival, és védőfaktorot jelent számos pszichopatológiai tünet megjelenésével szemben, kiemelt fontossággal bír ugyanakkor traumák átélése után. A hála mint a pozitív világlátás eleme támogatja a negatív érzelmi állapotokkal járó emlékeink átkeretezését, és adaptívabb, a problémára irányuló megküzdési stratégiák választásával jár együtt. A traumatikus események lerombolják mindazon kognitív stuktúráinkat, amelyek mentén addig a világot értelmeztük – a hálataltság segíti önmagunk, kapcsolataink, egész életünk pozitív keretben történő (újra)értékelését, így nemcsak csökkenti a hangulatzavarok és a poszttraumás stressz-zavar előfordulását, de a poszttraumás növekedés fontos prediktora is egyben.

Az előadás során bemutatjuk a Hála Kérdőív (GQ-6) hazai adaptációját és validálási eredményeit. A kérdőív érvényességét és megbízhatóságát egy 406 fős mintán vizsgáltuk, a validáláshoz a WHO Jóllét Kérdőív rövidített változatát (WBI-5), a Spielberg-féle Vonás-szorongás kérdőívet (STAI-T), az Élettel való elégedettség kérdőívet (SWLS) és Pozitív és Negatív Affektivitás Skálát (PANAS) használtuk. Eredményeink a külföldi adatokkal egybevágóan alátámasztják, hogy a Hála Kérdőív érvényes és megbízható mérőeszköze a diszpozicionális hálának.

EMDR a tinnitus kezelésében

Nagy Enikő Éva

Mensana Egészségcentrum pszichiátra magánrendelés,
Budapest
enikoevana@gmail.com

A komplex pszichoszomatikus tünetek hátterében gyakran húzódnak meg feldolgozatlan pszichotraumák, melyek zárványként, a tudatos én számára hozzáférhetetlen emlékként úgy záródnak körbe, mint borostyánban a bogár. Köbefalazottak, de ha az eredeti trauma bekövetkező kiváltóhoz hasonló érzés jelenik meg a páciensben egy friss trauma, esemény hatására, öntudatlanul aktiválódnak, sokszor újra meg újra érthetetlen szenvedést okozva ezzel a páciens számára.

Ezen traumatikus emlékek negatív érzelmi tartalmának deszenzitizálása, valamint újrafeldolgozása lehetővé válik az EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – vagyis szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás) terápiás módszer segítségével. A szerző saját terápiás gyakorlatából mutat be olyan eseteket, ahol a páciensek vezető panaszja a tinnitus volt.

„A kapufa is majdnem mellé, csak egy kicsit közelebb...”

Nagy Katalin, Cseszkó Géza

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger
nagy.katalin@mfkh.hu

Az előadás előkészítése során szemünk előtt gyakran lebegett *Hajdú B. István* sportriporter már-már klasszikusnak nevezhető mondata.

Bemutatónk az öt évvel ezelőtt megrendezett, MPT Kongresszuson elhangzott, „Súlyponti, aktív pszichiátriai ellátás” avagy az ellátás súlytalansága...? című előadás továbbgondolása. Az akkor készített elemzés a 2007. évben kezdődött szerkezetátalakítás, „reform”, és a finanszírozási változások által előidézett, lassan kezelhetetlen pszichiátriai betegellátás helyzetét mutatta be, különös tekintettel arra a tényre, hogy az akkor meghatározott ágyszámok és a súlyponti intézetek és ágyszámok kijelölése során az egyik legnagyobb vesztes a pszichiátria szakmacsoport volt.

Hol tart a közfinanszírozott pszichiátriai ellátás öt év elteltével, napjainkban?

Beváltotta a kitűzött célokat a felháborodásokkal, szakmai ellenvéleményekkel, bírálatokkal kísért „átalakítás”? Napjaink pszichiátriai ellátását jellemző adekvát fogalmak a következők lennének: aktív fekvőbeteg-kapacitás csökkenés, rehabilitációs kapacitás növekedés, TVK értékek csökkenés, fekvő- és járóbeteg-forgalom csökkenés, finanszírozásban rejtett bevételcsökkenés, minimumfeltételeknek sem megfelelő személyi háttér, a szakma „agonizálásának” aktív szemlélőjeként, követhetetlenül megváltozott ellátási területről érkező, egyre több, egyre inkább elégedetlen és egyre öntudatosabb betegek?

A szerzők az előadás során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által nyilvánosságra hozott 2008–2013 évekre szóló országos, illetve a Markhot Ferenc Oktatókórház ellátási adatait, elemzéseit, kimutatásait dolgozták fel, melyek segíthetnek az elmúlt évek folyamatai alapján a következő – még talán az is lehet, hogy – évekre utat mutatni.

Az International Affective Picture System (IAPS) pszichometriai validálása pszichiátriai kórképek vizsgálatához

Németh Kornél¹, Bitter István¹, Czobor Pál^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Nathan Kline Institute for Psychiatric Research Orangeburg New York 10962, USA
nemeth.kornel@med.semmelweis-univ.hu

Háttér: A hatékony interperszonális kapcsolatok egyik alapja az érzelmet kifejező, illetve érzelmeket kiváltó ingerek feldolgozásában részt vevő központi idegrendszeri funkciók egészséges működésűje. Ezek a funkciók számos neuro-pszichiátriai kórképben (pl. szkizofrénia, borderline személyiségzavar, demencia, ADHD) károsodást mutatnak. Az IAPS kép-tár egy, az érzelmi feldolgozási folyamatok vizsgálatához elterjedten használt eszköz. Az ingerkészslet egyik várhatóan nagy előnye a laboratóriumi kísérletekben alkalmazott ingerekkel szemben a magas ökológiai validitás; a képek többsége a való életből származó pillanatképek benyomását kelti. Csupán elvétve azonban találkozunk olyan vizsgálattal, mely az IAPS mutatók pszichometriai elemzésére, illetve a képhalmaz korábban nem vizsgált dimenzióinak feltárására irányult.

Célkitűzés: Az IAPS képek értékelésével összefüggő kutatási eredmények, nevezetesen a különböző pszichometriai értékelési dimenziók (pl. valencia, arousal, alapérzelmek), skálák szisztematikus áttekintése és összehasonlítása. Az értékelési rendszerek megbízhatóságának ellenőrzését korreláció-analízissel végezzük. Továbbá, az egyes dimenziók mentén önálló Intra-Class Correlation Coefficient (ICC) elemzéseket végzünk.

Eredmények: Az IAPS képkészlet különböző értékelési rendszerek összevetése alapján sok tekintetben megbízható, de főleg szemantikai, tartalmi szempontok szerint heterogén ingerkészsletnek bizonyult. A szemantikai tartalom és a pszichometriai értékek függetlensége nehezen biztosítható. A képek valencia és arousal mutatói szoros összefüggést mutatnak.

Következtetés: Tekintettel arra, hogy a központi idegrendszer, ezen belül különösen a magasabb szintű vizuális feldolgozásban részt vevő agyterületek az inger tartalmát illetően erősen ingerfüggők, bizonyos kutatási eredmények és következtetések validitása megkérdőjelezhető. Mivel a képek valencia és arousal mutatói összefüggenek, e két dimenzió experimentális szétválasztása nehezen kivitelezhető. Továbbá, e dimenziók mentén az IAPS nem teljes ingerkészslet: nem találunk benne pl. valencia szempontjából alacsony értékű képeket, melyek arousal értéke is alacsony lenne. A további fejlesztések egyik fontos iránya ennek a hiánynak a leküzdését célozhatná meg olyan képek bevonásával, melyek a kép vizuális tartalmától függetlenül mind a valencia, mind az arousal mentén a teljes dimenziót lefedik.

A kutatást a Nemzeti Agykutatási Program (KTIA_NAP_13-1-2013-0001 projekt) támogatása teszi lehetővé.

Asszociációs memória-folyamatok és döntéshozatali funkciók vizsgálata major depresszióban

Németh Viola Luca¹, Greminger Nóra¹, Drótos Gergely², Janka Zoltán¹, Must Anita¹

¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Magyar Tudományos Akadémia Természettudományi Kutatóközpont, Budapest
nemeth.viola.luca@med.u-szeged.hu

Bevezetés és célkitűzés: Korábbi tanulmányokból már ismert a major depresszióban kimutatható memória-deficit. Jelen kutatás szemmozgás-követés (eye-tracking) segítségével vizsgálja közvetlen módon az asszociációs memóriát, jutalmazásra/büntetésre való érzékenységet és az érzelmi arckifejezések felismerését. Eddig ilyen komplex és objektív módon még nem tanulmányozták ezen tényezőket major depresszióban. Célunk az érzelmi feldolgozás és a jutalmazás/büntetés memóriára gyakorolt hatásának feltérképezése.

Módszer: Jelen vizsgálatban 22 DSM-IV alapján major depresszióval diagnosztizált páciens (életkor M=50,35, SD=11,06) és 22 egészséges kontrollszemély (életkor M=44,50, SD=11,87) vett részt. A kontrollcsoportot korban, nemből, iskolázottságban illesztettük a betegcsoporthoz. A tünetek becslése kérdőív módszerrel történt. (HAM-D, Beck Reménytelenségi Skála Rövidített változata, Mánia Tünetbecslő Skála, GAF) Az intelligencia becslésére NART magyar változatát alkalmaztuk. Az asszociációs tanulást, jutalmazási kontingenciát és az arckifejezések érzelmi feldolgozását szemmozgás-követéssel vizsgáltuk. A tesztelés során a résztvevőknek arc-háttér párosításokat kellett memorizálni, melyet követően egy virtuális jutalom/vesztés képe jelent meg. Az érzelmi feldolgozás vizsgálatára szomorú-neutrális-boldog arckifejezések szolgáltak.

Eredmények: Az asszociációs memória explicit vizsgálata során azt találtuk, hogy a major depressziós (MD) páciensek szignifikánsan alacsonyabb szinten teljesítettek az egészséges kontrollszemélyekhez (HC) képest. (MD: 53,33%, HC: 83,33%, $p < 0,01$) Az explicit feladaton elért teljesítmény negatívan korrelált a depressziós tünetek mértékével (HAM-D: $R = -0,520$, $p < 0,01$). Az eye-tracking során vizsgált fixációs idő hossza is negatívan korrelált a depressziós tünetek súlyosságával tendenciaszerűen (HAM-D: $R = -0,331$, $p = 0,081$). A jutalmazási rendszer implicit vizsgálata esetében a major depressziós betegek szignifikánsan kevesebbet nézték a virtuális büntetéshez társult arcképeket az egészséges kontrollokhoz képest ($t = -3,17$, $p < 0,01$).

Konklúzió: Ezen tanulmány egy újszerű bizonyítékul szolgál specifikus memóriabeli deficit jelenlétére depressziós betegcsoportban. Vizsgálatunk alapján a depressziós betegcsoportban a döntéshozatalt inkább a büntetésre való érzékenység befolyásolja az érzelmi arckifejezésekhez képest.

Szervezeti tényezők és kiégés a szuicid gondolatok jelenlétét mutató rezidensek körében. A HOUPE vizsgálat eredményei a Semmelweis Egyetem klinikai dolgozói körében

Nistor Anikó¹, Nistor Katalin¹, Tevik Lovseth Lise², Friedner Ann³, Ádám Szilvia¹

¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

²St Olavs University Hospital Department of Research and

Development Division of Psychiatry Trondheim, Norway

³Department of Psychology Stockholm University Stockholm, Sweden

aniko.nistor@gmail.com

Bevezető: A nemzetközi vizsgálatok eredményei felhívják a figyelmet az öngyilkossági gondolatok magas prevalenciájára mind az orvosok (29%), mind a rezidensek (33%) körében. Az öngyilkossági gondolatok szempontjából a szakirodalom számos munkakörnyezethez kapcsolódó rizikótényezőt nevesít, ilyen például a szerepkonfliktus vagy a munkavégzés feletti alacsony kontroll.

Vizsgálati minta: A vizsgálatban a Semmelweis Egyetemen dolgozó rezidensek vettek részt (N=84 fő). A vizsgálati csoportot azon rezidensek képezték, akik öngyilkossági gondolatok jelenlétéről számoltak be (N=24 fő). A vizsgálati csoport átlagéletkora 24 év (SD=30,7). A kontrollcsoport átlagéletkora 28,4 év (SD=3,1). Nemi bontás: 58,3% nő, 41,7% férfi.

Módszer: Keresztmetszeti kérdőíves felmérés. A szervezeti tényezőket (vezetés minősége, emberi tőke értéke, munka üteme feletti kontroll, innovatív környezet, szerepkonfliktus) a QPSNordic kérdőív skáláival vizsgáltuk. A kiégés, kimerülés és a kiábrándultság dimenzióját az OLBÍ kérdőívvel mértük fel. A szervezeti tényezők és a kimerülés kapcsolatát Pearson (rp), míg a kiábrándultságot Spearman (rs) féle korrelációval vizsgáltuk. Az öngyilkossági gondolatok jelentéről beszámoló csoport és a kontrollcsoport összehasonlítását Student féle t-próbával, illetve Mann-Whitney féle U-teszttel végeztük.

Eredmények: A teljes mintán (N= 84) mind a kimerülés, mind a kiábrándultság negatív kapcsolatot mutat az emberi tőke értékével (rp=-0,341**, rs=-0,327**), a munka üteme feletti kontrollal (rp=-0,357**, rs=-0,287**) és az innovatív környezettel (rp=-0,353**, rs=-0,323**), illetve pozitív kapcsolatban áll a szerepkonfliktussal (rp=0,401**, rs=0,317**). Az öngyilkossági gondolatokról beszámoló rezidensek körében szervezeti szinten szignifikánsan alacsonyabb az emberi tőke értéke (U=489, x1=1,83, x2=2,67, p=0,021), illetve kevésbé innovatív munkakörnyezetben dolgoznak (t[82]=-1,992, p=0,05, x⁻¹=2,555, σ1=0,966, x2=2,955, σ2=0,772) a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. Az öngyilkossági gondolatok jelenlétét mutató rezidensek körében szignifikánsan magasabb mind a kiégés, kimerülés dimenziója (t[82]=3,867, p=0,000, x1=15,88, σ1=3,06, x2=13,25, σ2=2,71), mind a kiábrándultság (U=502, x1=12,5, x2=11, p=0,029) a kontrollcsoport pontszámához képest.

Következtetések: Az innovatív szervezeti klíma kialakítása, az emberi tőke értékének elismerése és a kiégés célzott prevenciója kiemelt fontosságú a rezidensek mentális egészségének megőrzése szempontjából.

A szekálás kapcsolata a depresszív és szomatikus tünetekkel az egészségügyi dolgozók körében. Az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés eredményei

Nistor Katalin, Nistor Anikó, Ádám Szilvia, Stauder Adrienne

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
nistorkata@yahoo.com

Bevezetés: Az utóbbi két évtized nemzetközi kutatási eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy a munkahelyi pszichoszociális stressztényezők közül a szekálás a depresszív és szomatikus tünetek kockázatát másfélszereséről akár közel ötszörösré növelheti.

Célkitűzés: A szekálás, valamint a depresszív és szomatikus tünetek kapcsolatának vizsgálata az egészségügyi dolgozók körében.

Módszerek: Keresztmetszeti vizsgálat, online alapú kérdőív kitöltéssel. Vizsgálati mintánkat a 2013-as Országos Munkahelyi Stresszfelmérés humán egészségügyben dolgozó (N= 899) aktív munkavállalói (N=750 nő [83,4%], N= 149 férfi [16,6%]) képezték. Az átlagéletkor nők: 44,4 év, SD: 12,7, férfiak:40,3 év, SD:19,6. Súlyozási eljárással biztosítottuk a minta nemre, korra, iskolai végzettségre és ágazatra vonatkozó reprezentativitását. A Szekálás prevalenciáját (52,23%) a COPSQ II kérdőívvel vizsgáltuk, mely feltárja, hogy a munkavállalót a támadó magatartásforma kinek a részéről éri (Munkatárs/ Vezető/Beosztott/Páciens). A depressziót a rövid Beck Depresszió kérdőívvel (BDI-9), míg a szomatikus tüneteket a PHQ-15 szomatikus tünetlistával mértük fel. Az összehasonlító vizsgálat során Mann-Whitney U-tesztet alkalmaztunk a különböző eredetű szekálás elszenvedő dolgozók egészségi mutatóinak összehasonlítására.

Eredmények: A munkahelyen szekálást elszenvedett egészségügyi dolgozók közel fele (45,12%) depressziós tünetek jelenlétét mutatja (BDI≥19), továbbá több mint kétharmada (70%) súlyos és közepesen súlyos szomatikus tünetekről (PHQ≥15) számol be (PHQ≥15). Az egészségügyi dolgozók 20,2%-át a munkatársa, 29,2%-át a felettese, 4,5%-át beosztottja és 20,1%-át pedig a páciensek részéről éri szekálás. A szekálás kumulatív hatását szemlélteti az, hogy azok a férfiak, akik több, különböző eredetű szekálás elszenvedői, szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a szomatikus tünetlistán (U=302,5, x1=13 x2=6, p=0,000), szemben azokkal, akik egy lehetséges választ jelöltek meg. Azon női egészségügyi dolgozók esetében, akiknél jelen van a szekálás kumulatív hatása, mind a depresszió (U=17161, x1=17,76, x2=,11,1 p=0,000), mind a szomatikus tünetlista pontszámai (U=18343, x1=13, x2=10, p=0,000) szignifikánsan magasabbak, mint azon női kitöltők esetében, akik egy típusú szekálásról számoltak be.

Következtetések: A munkahelyen elszenvedett szekálás kérdésének tudatos kezelése kiemelt fontosságú a dolgozók mentális és fizikai egészségének megőrzése szempontjából.

A sámsoni öngyilkosság a transzkulturális búcsúlevél elemzés tükrében

Oravecz Róbert

Ormoszi Pszichiátriai Kórház, Szlovénia
robert.oravecz@amis.net

A kulturológiai paradigmát az elmúlt évtizedek öngyilkosság-kutatása sajátos módon mellőzi. Ez alól kivétel a *Kézdi Balázs* nevével fémjelzett diszkurzív szuicidológia, valamint a 80-as évek óta artikulálódó, a kulturantropológia talaján születő koncepciók, melyek az öngyilkosságot úgy kezelik, mint a kultúrába mélyen beágyazott jelenséget.

A „sámsoni szuicídium”, avagy az „ártó szándékkal elkövetett öngyilkosság” jelensége sajátos módon manifesztálódik a világ számos kontinensén, a természeti népek között. A jelenség lényege, hogy valaki öngyilkosságával adja közössége tudtára mindazokat a sérelmeket, melyeket valaki elkövetett ellene.

Felvetődik annak a kérdése, hogy vajon az európai civilizáció mentes-e az öngyilkosság ilyen, kulturális jelrendszerek, ritusok által jól definiált módozatától.

Az előadás bemutatja egy angol, szlovén és magyar nyelvű búcsúlevél-minta elemzésének eredményét, mindenekelőtt az „ártó szándékkal elkövetett szuicídium” szempontjából. Mivel a három minta között jelentős eltérés tapasztalható, a szerző interpretációjában a szociokulturális vonatkozások figyelembevétele kiemelt szerepet kap.

A mentális felkészülés szerepe a versenysportban

Paál Emőke

Magánrendelés, Budapest
emokepaal@hotmail.com

Terápiás munkám egyik gyöngyszeme a sportolókka való foglalkozás. 30 éve versenyszerűen sportolok, kezdetben atlétaként, majd válogatott tájfutóként, jelenleg hazai és nemzetközi versenyeken eredményes terepfutóként, 20–80km-es versenytávokon. Felkészüléseim, versenyeim során szerzett és gyűjtött tapasztalataimmal hatékonyan tudom segíteni a sportolókat, akiknél a megfelelő önismeret, a félelmek leküzdése, a szorongások csillapítása, a koncentráció növelése alapvetően fontos a megmérettetések során a lehető legjobb teljesítmény érdekében.

Előadásomban egy pályacsúccsal nyert, 60 km-es hazai terepfutóversenyre való mentális felkészülésem lépéseit, elemeit mutatom be. Ezek olyan – könnyen elsajátítható és alkalmazható – technikák, melyek a tudat összpontosító erejét a fizikai teljesítmény mellé rendelik, megsokszorozva azt.

A versenypálya, mint ÚT, konkrétan és szimbolikusan is az életúttal megfeleltethető. Az „eleje” és „vége” között sűrítve tartalmaz olyan tapasztalásokat, melyek életutunk során is megjelennek. Ezek kezelése, megértése szabadabb, bátrabb és alázatosabb jelenléthez segíti a sportolót, összességében a harmonikusabb személyiség ééréséhez járul hozzá. Nem meglepő, hogy a felvázolt szemlélet és technikák eredménnyel alkalmazhatóak szorongásos zavarok esetén, ahol a félelmek, szorongás leküzdése, kezelése alapvető fontosságú a testi-lelki egység helyreállítása szempontjából. A megjelenő párhuzamok terápiákban való használhatóságára – különösen pánikbetegség esetén – előadásomban több alkalommal kitérek.

Figyelmi váltás OCD-ben – egy eye-tracker vizsgálata

Pajkossy Péter^{1,2}, Szöllösi Ágnes², Demeter Gyula^{1,2}, Harsányi András³, Csigó Katalin³, Racsomány Mihály^{1,2}

¹Magyar Tudományos Akadémia – Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Nemzeti Agykutatási Program-B Frontostriális Zavarok Kutatócsoport, Budapest

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

³Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet – Nyírő Gyula Kórház II-es számú Pszichiátria, Budapest
ppajkossy@cogsci.bme.hu

A végrehajtó funkciók egy fontos aspektusa a figyelmi szett-váltás: az a képességünk, hogy a figyelmünket egy összetett ingerhalmaz vagy egy bonyolult esemény irrelevánssá vált aspektusáról egy másik, releváns dimenzióra irányítsuk. Mérésére gyakran alkalmazott eszköz az Intradimenzionális/Extradimenzionális Figyelmi Szett-Váltás Feladat (IED-feladat).

Számos vizsgálatban igazolták, hogy az Obszesszív-Kompulzív Zavarral (OCD) diagnosztizált betegeknél deficit mutatható ki az IED-feladatban (Chamberlain és mtsai, 2006; Veale és mtsai, 1996; Watkins és mtsai, 2005), összhangban az OCD-ben általában is megfigyelt exekutív diszfunkcióval. Chamberlain és mtsai (2007) azt is kimutatták, hogy a deficit az OCD-vel diagnosztizált betegek tünetmentes rokonaiban is jelen van. Ez felveti annak a lehetőségét, hogy a figyelmi szett-váltás az OCD kognitív endofenotípusa. Ezen támogató empirikus adatokat azonban több kutatócsoport nem tudta replikálni (Nielsen és De Boer, 2003; Simpson és mtsai, 2006). Mivel ezen kutatások jellemzően kisebb elemszámú csoportokat alkalmaztak, az eredmények ilyen mintázatát okozhatja az alacsony statisztikai erő is, mely részben fakadhat az IED-feladat viselkedéses mutatóinak nem megfelelő érzékenységből.

Kutatásunk célja az volt, hogy az IED-feladatnak elkészítsük egy olyan verzióját, ahol a figyelmi folyamatokat online rögzíteni tudjuk egy szemmozgáskövető berendezés (eye-tracker) segítségével. A kutatás keretében 18 OCD-vel diagnosztizált beteg és 18 illetett kontrollszemély teljesítményét hasonlítottuk össze egy eye-trackerre adaptált IED-feladatban. A statisztikai elemzés során a viselkedéses és szemmozgás-mintázatokban megjelenő eltéréseket vizsgáltuk. Néhány korábbi vizsgálattal összhangban (ld. pl. Nielsen és De Boer, 2003; Simpson és mtsai, 2006), a viselkedéses teljesítményben nem találtunk eltérést a két csoport között. A szemmozgás-mutatókban található finom eltérések azonban jelezték az OCD-vel asszociált figyelmi szett-váltás deficitet.

Az eredményeink tehát alátámasztják, hogy az OCD-ben a figyelmi szett-váltás deficitje kimutatható, és felhívják a figyelmet arra is, hogy kis elemszámú neuropszichiátriai kutatások esetében a kognitív folyamatok eye-trackerrel történő monitorozása a viselkedéses adatoknál érzékenyebb mutatókkal szolgálhat.

A kutatást a KTIA_NAP_13-2-2014-0020 pályázat, Demeter Gyula munkáját a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatta.

Csendes gyilkos: a szén-monoxid

Pap Csaba Zsolt

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórháza, Budapest
pap.csaba@ktox.hu

A szén-monoxid (CO) színtelen, szagtalan, alattomosan támadó gáz, mely széntartalmú anyagok tökéletlen égésekor keletkezik. Nagy affinitással kötődik a vastartalmú fermentekhez (hemoglobin, mioglobin, citokrómok), emellett fokozza a nitrogén-monoxid (NO) szintézisét és a kiserekben a leukocita-adherenciát, gyulladásozó kaszkádot aktivál. Ezek által a hipoxémia mellett direkt módon károsítja a szív- és vázizomzatot, a sejtek anyagcseréjét és a sejt-légzést, szisztémás és cerebrális vazodilatációt okoz, szabad gyökök képződését, lipid-peroxidációt, demielinizációt vált ki. Mérgezés kapcsán az akutan kialakuló klasszikus tünetek (fejfájás, hányinger, szédülés, gyengeség) mellett késleltetett módon, az expozíció után 2–40 nappal neuropszichiátriai károsodás szerteágazó tünetei alakulhatnak ki. Ezt a kórképet DNS-ként (delayed neuropsychiatric sequelae) jelöli a szakirodalom. Gyakran, de nem feltétlenül MRI-eltérésekkel is jár. A DNS oki terápiája jelenleg nem ismert, az irodalmi adatok szerint az esetek kb. 75%-a reverzibilisnek tűnik. Osztályunkon évente 180–200 akut CO-mérgezett beteget kezelünk. A terápia sarokköve 100% oxigén adása, illetve speciális indikációkkal túlnyomásos (hiperbárikus) oxigénterápia (HBOT). A kórházunkban közelmúltban indult projekt során célunk a közepes súlyos és súlyos mérgezetek utánkötése és szűrése DNS tekintetében, valamint a károsodás előrejelzésére alkalmas paraméterek keresése.

Az ágencia nyelvi jegyeinek változása mint a pszichoterápia hatékonyságának lehetséges mérőszöke

Papp Barbara, Láng András

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Intézet, Pécs
techert@freemail.hu

Az ágencia a hatékony cselekvés képességét jelenti: azt, hogy az illető célokat tűz ki és ezek elérése érdekében működik; környezete alakítására törekszik. Feltételezésünk szerint a pszichoterápiás kezelés nyomán beálló állapotváltozással párhuzamosan alakul a páciens függetlensége, autonómiája, kontrollja, teherbírása is – vagyis mindazok a jelenségek, amelyekben az ágencia képessége megmutatkozik.

2013 márciusa óta végzünk pszichoterápiás hatásvizsgálatot a Pécsi Tudományegyetem és az OORI együttműködésével, az Intézet Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztályán („Tündérhegy”). Egy-egy terápia során három alkalommal készítettünk interjúkat a kezelésben részt vevő páciensekkel – jelenleg összesen 127 interjú áll rendelkezésünkre. Az elemzés során ezek narratív pszichológiai tartalom-elemzését végeztük, és az eredményeket a változás objektív mutatóival (MMPI tesztek) összevetve igazolódott, hogy a terápia során bekövetkező változások a páciensek saját szövegeinek alakulásában – többek között az ágencia vonatkozásában – is megmutatkoznak.

Az előadásban az ágencia és a pszichoterápia hatékonyságának összefüggéseit esetpéldákon keresztül mutatjuk be.

Mentődolgozók mentális egészségi állapotának vizsgálata – PTSD a sürgősségi ellátásban

Pék Emese, Betlehem József

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi
Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Pécs
emese.pek@etk.pte.hu

Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük a kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozók mentális leterheltségét, körükben a poszttraumás stresszbetegség előfordulásának arányát, súlyosságát, kialakulásának lehetséges körülményeit. Ezen felül a káros szenvedélyek megjelenését kutattuk a stresszel való megküzdés tekintetében.

A kutatás 121 fő részvételével, Győr, Székesfehérvár, Kecskemét, Pécs, Szekszárd, Szeged, Veszprém, Tapolca és Ajka mentőállomásain zajlott, 18. életévüket betöltött, kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozók körében. Vizsgálatunkat a 2009. szeptember – 2010. január közötti időszakban végeztük. A megkérdezettek egy saját készítésű kérdőív kitöltésével önkéntes alapon, anonim formában segítettek munkánkat, melynek szerkesztését képezte a Trauma Symptom Checklist-40. Kérdőívünk emellett tartalmazott szociodemográfiai, gyógyszer- és illegális drogfogyasztásra, valamint egyéb káros szenvedélyekre vonatkozó kérdéseket. A kapott adatokat SPSS 13.0 szoftverrel elemeztük, melynek során Chi-négyzet próbát, T-próbát, ANOVA elemzést és korreláció-analízist végeztünk.

A kutatási mintába 10 nő és 111 férfi került be (N=121). A megkérdezettek közül 86 fő élt át az elmúlt két évben a kivonulások során valamilyen megrázó eseményt (71,1%). Legtöbbször a gyermekeket érintő balesetek voltak nagy hatással (p=0,002). A mintában szereplő dolgozók közül többen beszéltek meg a problémájukat a kollégáikkal (p=0,003) vagy a családjukkal (p=0,002). A PTSD teszten átlagosan 18 pontot értek el a válaszadók (0–61). A megkérdezettek több mint felének fontos a mentálhigiéne (92fő, 76%). Ők nagyobb arányban vennék igénybe szakember segítségét a stressz leküzdésének érdekében (p<0,001). A válaszadók közül 8 fő (6,6%) használt stresszoldásra gyógyhatású készítményt. Ez összefüggésben volt a PTSD skálán elért pontszámokkal (p<0,001), valamint a betegség enyhébb kategóriájában kevesebb volt a szerhasználó (0,001). A vizsgálatunkban 28 fő (23,1%) fogyasztott már élete során illegális kábítószert, közülük 1 fő volt rendszeres használó. Akik még nem próbáltak illegális szereket, azok nagyobb arányban nem nyhítenék a jelenlegi törvényi szabályozást (p=0,001). A családi állapot befolyásolta a drogfogyasztást (p=0,001) és a törvény enyhítését is (p=0,002).

A prehospitalis ellátást végző segítő személyzet pszichoszociális megterhelését vizsgálva bebizonyosodott, és az eredmények alapján kijelenthető, hogy körükben nagy a poszttraumás stresszbetegség kialakulásának veszélye.

Mit üzennek a hangok? A korai traumák, disszociáció és hallucinációk jobb megértése felé

Perczel Forintos Dóra¹, Kocsis-Bogár Krisztina^{2,3},
Mészáros Veronika¹

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyerekkórház és Rendelőintézet, Budapest

³Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

perczel_forintos.dora@med.semmelweis-univ.hu

Elméleti háttér: A szkizofrénia kezelésében számos alkalommal szembesülünk az ún. „terápiarezisztencia” kérdésével. Noha multikazuális problémáról van szó, a hanghallások és téveseszmék kialakulásának és fennmaradásának megértése egyre inkább a kognitív pszichológiai kutatások fókuszába került. Az ún. traumatogén elmélet (Read, 2001) szerint a korai életévben elszenvedett fizikai és/vagy szexuális bántalmazás, elhanyagolás önmagában is kialakíthat olyan sérülékenységet, amely a genetikaihoz hasonló veszélyeztetettséget jelent a későbbi pszichotikus tünetek kialakulása szempontjából. Egyes szerzők (pl. Turkington et al., 2006) egyenesen trauma-pszichózisról beszélnek, mint a szkizofrén megbetegedések egy jól körülírható alcsoportjáról, mely esetekben diagnosztizálható poszttraumás állapot is fennáll. A kutatási eredmények a poszttraumás élményfeldolgozás lehetséges közvetítő szerepére utalnak a korai traumatikus élmények és a szkizofrén tünetek között.

Cél: Igazolni a poszttraumás stressz közvetítő szerepét a pszichotikus tünetek és a gyermekkori szexuális és fizikai bántalmazás, elhanyagolás között.

Módszerek: 102 személy vett részt a vizsgálatban. Beválasztási kritériumok: szkizofrénia és szkizoaffektív zavar; kizárási kritériumok: akut pszichotikus állapot, borderline személyiségzavar, szerfüggőség. Kérdőívek: SCID-I. (First és mtsai, 1997/2006), SANS és SAPS (Andreasen, 1984) tünetbecslő skálák, Korai Trauma Kérdőív (Bernstein és Fink, 1998), Események Hatása Kérdőív (IES), Disszociatív Élmények Skála (DES-II, Carlson és Putnam, 1993). A statisztikai elemzést Mplus 6.1 útvonal elemzéssel végeztük.

Eredmények: Várakozásainkkal ellentétben az eredmények a disszociáció közvetítő szerepét erősítették meg a korai traumatikus életesemények és a pszichotikus tünetek között, szemben a poszttraumás stresszbe-tegséggel. A korai fizikai bántalmazás és a disszociáció szignifikáns prediktora volt a hallucinációk megjelenésének.

Következtetések: A korai fizikai traumatizáció a maladaptív, disszociatív módon történő élményfeldolgozás révén pozitív tünetek, elsősorban hallucinációk megjelenéséhez vezethet. A disszociatív tartalmak azonosítása és integrálása lehetőséget nyújthat az ún. „terápiarezisztens” pszichotikus állapotok jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

A lelkiismeretesség és az érzelmi instabilitás alakulása egy- és kétpetéjű ikerpárok esetében

Pethő Ildikó¹, Rózsa Sándor², Ledneczky Anikó³,
Endrődi Renáta³, Tárnoki Ádám Domonkos⁴,
Tárnoki Dávid László⁴, Fehér Ágnes¹, Janka Zoltán¹

¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Department of Psychiatry Washington University School of Medicine in St. Louis, US

³Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest
pethoildiko@gmail.com

Bevezetés: A személyiségvonások ötfaktoros modellje a növekvő empirikus eredmények alapján ma már széles körben elfogadott. Előadásunkban a személyiségjellemzők független dimenziói közül a lelkiismeretesség és az érzelmi instabilitás genetikai és környezeti meghatározottságát a nemi különbségek és az életkor kontextusában mutatjuk be. A vizsgált személyiségjellemzők fontosságát az adja, hogy ezen dimenziókat a nyomkövetéses kutatások alapján a testi- és lelki egészség, valamint a hosszú élet legfontosabb prediktorainak tekintjük.

Minta és módszer: Egy komplex hazai ikerkutatási programhoz csatlakozva 2013–2014 között a Magyar Ikerregiszterből 66 egy- és 40 azonos nemű kétpetéjű ikerpárral (átlagéletkor 56 év) vettük fel a NEO PI 3 Személyiség-kérdőívet (Costa és McCrae, 1985), valamint egészségmagatartást és kreativitás feltáró önjelölés teszteket.

Eredmények: Az additív és nem-additív genetikai hatásokat becsülő egy- és kétpetéjű ikerpárok személyiségvonásain végzett korrelációs eredmények csak részben erősítették meg elvárásainkat. A lelkiismeretesség esetében az egypetéjű ikrek személyiségvonásai jóval szorosabb együttjárást mutattak, mint a kétpetéjűek (rMZ: 0,59, rDZ: 0,27), ugyanez azonban nem teljesült az érzelmi instabilitás esetében, mivel ennél a személyiségvonásnál a kétpetéjűek közötti korreláció volt szorosabb (rMZ: 0,28, rDZ: 0,49). A személyiségdimenziók alszállainak korrelációs mutatói szintén hasonló mintázatot adtak az egy- és kétpetéjű ikerpárok összehasonlításakor. Az ikerpárok személyiségvonásainak pontszámkülönbségeit elemezve azt kaptuk, hogy egypetéjűek esetén a lelkiismeretesség skálák pontszámai közötti különbség az életkor előrehaladtával nem változik számottevően (r=-0,03), ezzel szemben kétpetéjűek esetében a különbség az életkorral csökken (r=-0,36). A fenti hatások mindkét nem esetében közel hasonlóak. Az érzelmi instabilitás esetében is hasonló korrelációs mintázatokat kaptunk, itt azonban a férfi és nő ikerpárok között eltérés mutatkozott. Míg az egypetéjű ikerpárok esetében a nőknél és férfiaknál az életkor előrehaladtával a különbség egyaránt csökken, addig a kétpetéjű férfiaknál a különbség szignifikánsan növekszik (r=0,31), a nők esetében viszont csökken (r=-0,51).

Következtetés: Eredményeink a biológiai és környezeti faktorok egymásra hatásának komplex mechanizmusát mutatják, melyben a nemi különbségek és az életkor fontos közvetítő mechanizmus.

Mi folyik itt? Ellátás – és annak szervezése – az OPAI Addiktológiai Osztályán

Petke Zsolt¹, Schmidt Judit¹, Steinbach Zsolt¹,
Oláh Péter², Gelsei Bernadett³, Olasz Anna¹

¹Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztály, Budapest

²Megálló Csoport Alapítvány a Szenvedélybetegekről, Budapest

³Félúton Alapítvány, Budapest
petkezs@gmail.com

Bevezetés: Az OPAI Addiktológiai Osztályán a szerfogyasztási problémával, illetve a viselkedési addikciókkal küzdő kliensek ellátása négy részlegesen folyik, ennek ellenére az addiktológiai ellátások teljes palettájáról – együttműködő partnereink közreműködésével – szelektálhatóak olyan szakellátások, amelyek főleg szociális intézmények végeznek, emiatt az egészségügyi és szociális intézmények között tapasztalható aszinkronitás miatt a kliensek gyakran elvesznek a labirintusban. Ezen intézmények egymással együttműködő, mátrix-szerű szervezése jövőbeni terveink között szerepel.

Módszerek: Fekvőbeteg-osztályunkra a bekerülés minden esetben a kliens személyes előjegyzése alapján szervezett első, motivációs interjúval kezdődik, amikor a hozzátartozókkal, segítőkkel jelenik meg egy első találkozáson, ahol addiktológiai konzultáns, szociális gondozó, pszichológus és orvos közreműködésével történik az első állapotfelmérés, illetve a motiváció feltekerése.

Aktív szerhasználat esetén a megvonási és előgonдозási – kb. 2–3 hétig tartó – szakaszt ambulanciáink, illetve droghasználók esetén a Megálló Csoport Alapítvány segítségével, a Félúton Alapítvány segítségével pedig alkoholbetegek felkészítését látjuk el, delírium ellátását a pszichiátriai osztályok végzik. Az osztályos kezelés átlagosan 3 hónapot tart, ezalatt a kliensek egy személyre szabott terápiás terv alapján, belső és külső munkatársak segítségével vesznek részt a kezeléseken intézményen belül, de nem kizárólag.

Az osztályos kezelés végeztével, klienseink számára további, folyamatos ellátást szervezünk, figyelembe véve igényeiket és céljaikat, „visszajáró” csoportjainkra hetente szívesen látjuk őket, hozzátartozóiknak a szakmai segítséget szintén biztosítjuk.

Eredmények: A terápiás közösségben történő működés embert próbáló feladat kliens és terapeuta számára egyaránt, az elmúlt években ennek számos előnyét és hátrányát egyaránt tapasztaltuk. Megállapíthatjuk, hogy a klienseink nehezebben kerülnek be, mint régebben, de aktívabbak a terápiás foglalkozásokon, az osztályról való távozásukat követően is visszajárnak. Nehézséget jelent, hogy a motivált, nehéz szociális helyzetben lévő felépülők számára a rendszer nem biztosít bejáratott kitorési lehetőségeket, ez első sorban hajléktalan klienseinket érinti rosszul.

Disulfiram implantáció indirekt hatásai a józanság megtartásában

Olasz Anna

Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztály, Budapest
petkezs@gmail.com

Bevezetés: Az 1950-es években Franciaországban kifejlesztett módszert napjainkban már csak néhány európai országban alkalmazzák az alkoholbetegek kezelése során. Osztályunkon évtizedek végzünk beültetést, évente kb. 300 beteg kéri ezt az eljárást.

Módszerek: 100 Esperal implantáción átesett beteget kontrolláltunk önkéntes, előre egyeztetett telefonos, vagy levélben történő megkeresés alapján 1–1,5 évvel a beültetést követően. Az egységes 20 kérdésből álló kérdőívben az elért absztinencia időtartama mellett számos más, indirekt hatásra is rákérdeztünk, pl. sóvárgásra, a kliens szociális kapcsolataira, munkavállalás alakulására.

Eredmények: A disulfiram implantáció félelmet keltő, averzív hatása mellett számos indirekt hatással is számolhatunk az alkohol absztinencia magtartásában. A betegek jelentős része számol be sóvárgáscsökkentő hatásáról, illetve a korábbi „családi béke, a bizalom” helyreállításáról, pozitív munkahelyi elbírálásról. Eredményeink validitását befolyásolja a vizsgálati minta alacsony elemszáma, az önkéntes válaszadás hitelességének kérdése, illetve a beültetést megelőző, előkészítő pszichoterápia is jelentősen hozzájárul az indirekt hatások zajlásához.

Terápiás rendszer az Addiktológián

Arzenovits Livia¹, Mészáros Piroska¹, Gelsei Bernadett², Oláh Péter³, Nagy István Miklós¹

¹Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztály, Budapest

²Félúton Alapítvány, Budapest

³Megálló Csoport a Szenvedélybetegekért, Budapest
petkezs@gmail.com

Osztályunk elsődleges célja az egymásra épülő csoportterápiák mentén folyó gyógyítás, az átlagosan 3–4 hónapig bentfekvő betegek „100 nap, 100 csoport”-on történő részvétele.

Jelenleg 16 féle csoportfoglalkozást tartunk, melyek munkamódjukban, terápiás folyamatukban vezetőikben-vezetőségükben is eltéréseket mutatnak. Ebben a terápiás sokszínűségben olyan terápiás rezsímet kívántunk felépíteni, mely figyelembe veszi a betegségbelátás eltérő szintjét, az absztinenciára motiváltság fázisait, a szenvedélybetegek személyiségvonásait – beleértve a személyiség-patológiákat –, valamint szem előtt tarja a terápiára szocializáltság különbözőségeit is.

A terápiás folyamat megalkotásakor egy egymásra épülő, magasan integrált terápiás tér kidolgozására törekedtünk, melyben a különböző csoportmódszerek egységes terápiás folyamatává állnak össze, a felépítési folyamatnak megfelelően lépcsőzetesen épülnek egymásra.

Az egyes szakaszfordulókban a kliens – a teammal együttműködve – döntést hoz továbblépéséről, saját részvételének mélységéről és elköteleződhet a felépülés következő szakasza mellett. A kórházi kezelés során elkezdődik saját józanságmunkáját, melyet a kezelés befejezését követően felépülő közösségben, rehabilitációs intézményekben folytathat. A kórházi kezelést befejezett klienseink csoportjainkra visszajárhatnak, tapasztalataink szerint részvételük a még bentfekvő kliensek számára komoly motiváló erővel bír.

Előadásunkban az osztályunkon működő különféle terápiás csoportok jellegzetességeit, a terápiás folyamat működésének sajátosságait mutatjuk be.

A változás mérése Minnesota-modellben: spiritualitás vagy tudományosság?

Tóth András¹, Tremkó Mariann¹, Fazekas Zsolt¹, Zsély Anna², Golenya Éva¹, Petke Zsolt³

¹Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztály Minnesota részleg, Budapest

²Önkéntes segítő, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai osztály Minnesota részleg, Budapest

³Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztály, Budapest
petkezs@gmail.com

A Nyíró Gyula Kórház – OPAI lassan két éve új szelvényben átszervezett Addiktológiai Osztályának másfél éve működő Minnesota részlegén napról napra megtapasztaljuk a pszichoterápia és a spiritualitás segítségével végbemenő, sokszor váratlan és megdöbbentő változásokat. A munka és az eredmények szépsége mellett is meg kell őriznünk azonban a szakmaiságot, meg kell felelnünk a tudományosság kritériumainak is, noha tudjuk, hogy az emberi psziché nem írható le egzakta egyenletekkel.

Éppen ezért fontosnak gondoljuk, hogy szubjektíve mind a páciensek, mind a stáb részéről megélt mélyreható változások ne maradjanak pusztán a szubjektív élmények szintjén. Egyrészt azért, hogy bizonyosságot nyerjünk a munkánk értékéről, eredményességéről, illetve, hogy tanulni tudjunk a hibákból, pótoljuk a fennálló hiányosságokat vagy éppen tovább erősítsük a hatékony elemeket. Másfelől azért is fontos az elért változások objektiválása, hogy a szűkebb és tágabb szakma számára is meggyőző bizonyítékei legyenek a nálunk folyó terápiás munka eredményességének.

Mindezek érdekében kétféle módon mértük fel a hatásokat. Első megközelítésben a terápia kezdetén és végén felvett önkítöltő BSI kérdőívvel vizsgáltuk a pácienseink által szubjektíve megélt változásokat. A teljes mintát figyelembe véve a 10 alskála mindegyike esetében szignifikáns javulást észleltünk. Ezen túlmenően utánkövető kérdőívvel térképeztük fel a terápia hosszabb távú hatásait a szerhasználat, valamint a páciensek életében bekövetkezett változások tekintetében: az absztinencia időtartamát, a 12 lépéses csoportok látogatását, valamint az élet különböző területein megélt változásokat (általános közérzet, emberi kapcsolatok, munkateljesítmény stb.) vizsgáltuk. Az utánkövetés sajátosságaiból következően jelenleg még alacsony mintaszám miatt statisztikai elemzésre csak a későbbiekben lesz módunk, a rendelkezésre álló adatok hozzávetőleges tájékozódásra adnak lehetőséget.

New challenges for Psychosocial Rehabilitation in Brazil: the same on the world?*Pitta Ana Maria*

University of Montreal

The new model of Psychosocial Rehabilitation based on the concept Recovery cannot be seen as mere administrative project deployment services, but as a project of overcoming and emancipation of the socially disadvantaged aimed at producing new subjects, capable of new socially relations. Thus, such a project requires multipleactors of his articulation of new forms of knowledge, leadership and psychosocial inclusion.

To do this requires the articulation of a Network for Psychosocial Care where the room for discussion of the place of the subject in the production of subjectivity. Add to that a new conception of care and its coordination with building, absolutely own habits and characteristics of sick people, like they are singular citizenship.

The process of psychiatric reform in Brazil, in dialogue with the international panorama in its theoretical and operational bases, builds a network with 2,300 Psychosocial Care Centers, 800 residential therapeutic services, hundreds of beneficiaries of aid Monthly Psychosocial Rehabilitation – back Home and Labor initiatives, seeking enable the „Caring for Freedom”, the basic characteristic of the Brazilian Psychiatric Reform movement for three decades. A brief reflection of the difficulties and achievements that Brazilians facing to create decent chances of survival for an army of chronically in psychiatric institutions and charting new destinations for those who fall ill in the new times will be made.

Érzelmi elhanyagolás, hospitalizáció, szimbiotikus állapotok*Platthy István*Pécsi Gyermekotthon
platthy@csontvarystudio.hu

A csecsemőotthonokban fellépő hospitalizációs ártalmakat szeretném bemutatni, illetve az ebből adódó érzelmi elhanyagolás nyomán kialakuló felnőttkori személyiségzavar által fellépő bizonyos szimbiotikus állapotokat. Mindezt a művészetterápiás folyamat során keletkezett rajzok és a kisgyermekkorú firkák tükrében teszem, mint művészetterapeuta. A csecsemő számára normális körülmények között nem probléma, hogy szétválasztottan észlelje önmagát és a másikat, mert rendelkezik az ehhez szükséges képességekkel. Ha azonban érzelmi elhanyagolás következik be élete korai szakaszaiban, az olyan mértékű hiány állapotokhoz vezet, amely későbbi kapcsolataiban a szelf és a tárgy közötti határok elmosódását eredményezi. Erre mutatok be példát gyermekotthoni praxisomból. Továbbá azokat az erőfeszítéseket mutatom be, hogy mit teszünk csecsemőotthonunkban a hospitalizációs ártalmak csökkentésére.

Gondolkodási keretek fellazulása, pszichotikus tünetek és a dopamin szerepe Parkinson-kórban

Polner Bertalan^{1,2}, Nagy Helga^{3,4}, Takáts Annamária⁴, Kéri Szabolcs^{1,2,5}

¹Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Természettudományi Kar Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

²Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

³Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinika, Budapest

⁵Szegedi Tudományegyetem Élettani Intézet, Szeged polner.b@gmail.com

Bevezető: A Parkinson-kór (Parkinson's disease; PD) dopaminerg terápiája során mellékhatásként előfordulhatnak téveszmék és hallucinációk. Szerencsésebb esetben a gyógyszeres kezelés mellékhatása lehet még a kreativitás fokozódása, melynek hátterében a gondolkodási keretek fellazulása húzódnak meg. A központi idegrendszerben a dopamin kulcsszerepet tölt be a világról alkotott belső modellek ellenőrzésében és hangolásában. Ennek a rendszernek a felborulása vezethet a valóságkontroll zavarával járó pszichotikus tünetekhez. A dopaminerg rendszerek genetikai hátterét, szerkezetét és működését több vizsgálat kapcsolatba hozta a kreatív gondolkodási képességekkel. Jelen vizsgálat a gondolkodási keretek feltörésének képessége, a szkizotípiás jegyek és alapvető asszociatív tanulási mechanizmusok közötti kapcsolatokra irányul, a Parkinson-kór dopaminerg terápiájának keretében.

Betegek és módszer: A vizsgálatban 26 PD-vel diagnosztizált beteg, és 24 kor, nem és intelligencia szerint illesztett kontrollszemély vett részt. A dopamindózisok betegek közötti összehasonlíthatóságát Levodopa Ekvivalens Dopamin Dózis (LEDD) számításával tettük lehetővé (LEDD tartomány a mintában: 0–1340). A gondolkodási keretek feltörésének képességét egy anomáliás kártya paradigmával, a szkizotípiás jegyeket az O-LIFE kérdőívvel, az alapvető asszociatív tanulási mechanizmusokat pedig egy látens gátlási kísérlettel mértük fel.

Eredmények: A PD csoport tendenciaszinten jobban volt képes a gondolkodási keretek feltörésére, mint az illesztett egészséges kontrollok. A dopamindózis a gondolkodási keretek feltörésében megjelenő variancia 37 %-át magyarázta. A dopamindózisban megfigyelhető variancia 54 %-át egymástól függetlenül magyarázták a pozitív szkizotípiás jegyek és az asszociatív tanulási folyamatok eltérései.

Következtetések: Az eredmények szerint PD-ben a dopaminerg terápia hatásaként dózisfüggően fokozódott a gondolkodási keretek feltörésének képessége. A hatást alapvető asszociatív tanulási mechanizmusok (látens gátlás) alterációja magyarázta. A dopaminerg rendszer eltérései kapcsolatban álltak a hallucináció- és téveszmeszerű élményekkel is. Az eredmények gazdagítják a pszichózis-spektrum és a kreativitás összetett és ellentmondásos viszonyának megértését. Kutatásunk illeszkedik azon elképzeléshez, miszerint a dopamin kulcsszerepet tölt be a világról alkotott belső modellek kezelésében.

Az addiktív online lét – a problémás mértékű internethasználat pszichológiai háttértényezői

Prievara Dóra Katalin¹, Pikó Bettina²

¹Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet, Szeged

dora.prievara@gmail.com

Bevezető: Az internettel kapcsolatban számos kutatás látott már napvilágot, melyek arra keresik a választ, milyen következményekkel jár a túlzott mértékű használat, egyes nézetek szerint egy újfajta pszichés betegség jelent meg, az internet addikció (Young, 1998). A vizsgálatokat indokolja, hogy a magyar fiatalok a napjuk egy jelentős részében, átlagosan 2–3 órát töltenek online tevékenységekkel (Kitta, 2013). Ráadásul a problémás mértékű internethasználat különféle pszichológiai tényezőkkel mutat korrelációt, mint például az étellel való elégedetlenség, szenzoros élménykeresés és a magányosság (Cao, Sun, Wan, Hao, & Tao, 2011; Rahmani, & Lavasani, 2011; Esen, Arktas, & Tuncer, 2013).

Minta és módszer: A kutatásban 381 lány adata került elemzésre, mivel a fiú válaszadók száma mindössze 10 %-át tette ki a résztvevőknek. A 14–24 éves fiatalok feladata egy online, anonim kérdőív kitöltése volt, ami tartalmazta a Problémás Internethasználat Kérdőívet (Demetrovics, Szeredi, & Nyikos, 2004), az Étellel Való Elégedettség Skálát (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), a 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skálát (Mayer, Lukács, & Pauler, 2012), valamint az UCLA Magányosság Skálát (Russel, Peplau, & Cutrona, 1980). Emellett rákérdeztünk az interneten eltöltött idő mennyiségére is, valamint, hogy az egyes online tevékenységeket milyen gyakorisággal végzik.

Eredmények: Negatív korrelációt találtunk az étellel való elégedettség mértéke és a problémás internethasználat között ($p < 0,01$), mint ahogyan a szenzoros élménykeresés unalomtűrés alfaktorával egyaránt ($p < 0,01$). A magányosság ezzel ellentétben pozitív kapcsolatot mutatott a problémás internethasználattal ($p < 0,01$). A fiatalabbakra jellemző volt, hogy több időt töltenek el online, mint idősebb társaik, valamint számukra nehezebb feladatot jelent az interneten eltöltött idő kontrollálása. A tizenéveseknek fontosabb az új élmények megélése, ugyanakkor viszont magányosabbnak is érezték magukat.

Következtetések: A magyar lányok esetében igazolódott az a nemzetközi tendencia, hogy az offline életükkel való esetleges elégedetlenség és a magányosság elvezethet egy fokozottabb, akár addikcióvá is válható internethasználathoz. Hiszen a hiányzó impulzusokat próbálják egy online közegben megtalálni, így pótolni mindazt, amit a környezetükben nem tudnak megélni.

Bizonyítékokon alapuló öngyilkosság-megelőzés Európában

Purebl György¹, Kurimay Tamás², Székely András¹, Tóth Mónika¹

¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

purebl.gyorgy@gmail.com

Az öngyilkosságok megelőzése mind az Európai Unió, mind a WHO kiemelt egészségcéljai közé tartozik. Bár számos bizonyítékokon alapuló öngyilkosság-megelőző stratégiával rendelkezünk, és bár több országban az öngyilkosságok csökkenése figyelhető meg, igazi áttörést hosszú távon még nem sikerült szuicid-prevencióban elérni.

Célkitűzések: A Közös Akció a Lelki Egészségért program keretében, nyolc uniós tagállamban vizsgáltuk, mennyire jelenik meg az öngyilkosság-prevenció az adott ország egészségpolitikai céljaiban, illetve azt, milyen bizonyítékokon alapuló szuicid-prevenációs jó gyakorlatok működnek a vizsgált tagállamokban.

Módszer: Az adatgyűjtést a résztvevő országok szakemberei segítségével online strukturált kérdőív segítségével végeztük.

Eredmények: A vizsgálattal kapcsolatban az absztraktrakt megírásakor előzetes eredményekkel rendelkezünk. Ezekből megállapítható, hogy az összes vizsgált tagállamban jelentős diszkrépancia van az öngyilkosság-megelőzéssel kapcsolatban megfogalmazott egészségcélok és a mindennapi gyakorlat között. Megállapítható az is, hogy a rendelkezésre álló, bizonyítottan hatékony öngyilkosság-megelőző stratégiák lehetőségeit csak részlegesen használják ki a vizsgált európai országokban.

Precongress: pszichoszomatikus integratív esetmunka csoportban

Dobó Katalin¹, Eörsi Dániel², Harrach Andor³, Purebl György³

¹VIII. kerületi Felnőtt Háziiorvosi Rendelő, Budapest

²IX. kerületi Felnőtt Háziiorvosi Rendelő, Budapest

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, Budapest
purebl.gyorgy@gmail.com

Gyakran megállapítják, hogy a medicinában háttérbe szorul a klasszikus esetmunka, azt kiszorítja a technikai kazuisztika. A modern bio-pszicho-szociális szemlélet másrészt megköveteli a komplex és integratív gyakorlatot is, melyben az eset előadása és megvitatása fontos szerepet játszik. A csoportos esetmegbeszélés iskolázza a résztvevőket a komplex gondolkodásra és a verbális kapcsolatra, mely a beteggel történő munka alapja.

Módszerünk az „integratív medicina” szülötte, mely tudatosan törekszik a biológia, a pszichés és a társas-társadalmi faktorok integrálására. A módszer a Bálint-csoport egyik továbbfejlesztett variációja, melyben a modern gyógyító gyakorlat nagyobb szerepet kap. A résztvevő „személyiségváltozása” (M. Bálint) inkább háttérbe szorul. A csoportos eljárás a multikonkondicionálisan meghatározott tartalmak (betegség, betegkörnyezet, diagnosztika, gyógyító gyakorlat, gyógyítási környezet, ellátók kooperációja és kompetenciája, tudományok állása) integratív szemléletére, feltérképezésére helyezi a hangsúlyt. Alapvető elem a holisztikus szemlélet, mely a biológiai, pszichés és szociális rendszerek regulációját, illetve egyensúlyát centrális témaként kezeli. Az eljárás másik központi fogalma a „Passung” (Uexküll), a kliens és a segítő „közös valósága”, mai fogalmaink szerint az orvos–beteg–adherencia világa. A csoportdinamika szintén lényeges eleme a módszernek.

A szociális segítő munkában az integratív kazuisztika („reflektív kazuisztika”) klasszikus munkamód, természetesen a megfelelő tartalmi és terminológiai adaptációval.

Az integratív kazuisztika évtizedes gyakorlat és fejlesztés eredménye. A workshop résztvevői rövid ismeretű után a csoportos munka gyakorlati résztvevői lesznek, a résztvevők számától függően esetleg az un. akvárium formában, remélhetőleg az esethozás bátor-ságával, bármely tevékenységi területről is.

Megbízhatóság, dominancia és nem megítélése arcvonásokból borderline személyiségzavarban

Radics Dóra, Várhelyi Klára, Hajnal Luca, Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
radics.dora@iocs.hu

Bevezetés: Más arcára tekintve egy pillanat alatt ítéljük meg, mennyire tartjuk megbízhatónak, dominánsnak az illetőt, és kapunk benyomást róla arcának női vagy férfi vonásai alapján.

Felmerül a kérdés, hogy borderline személyiségzavarral (BPD) diagnosztizált pácienseknek ez mekkora problémát jelent, hiszen a BPD egyik vezető tünete a társas kapcsolatok kialakításának nehézsége.

Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk borderline pácienseink képesek-e felismerni és rangsorolni különböző arcokon a megbízhatóságra és dominanciára utaló jellemzőket.

Módszer: 30 BPD-vel diagnosztizált páciens és 30 hozzájuk illesztett kontrollszemélyt vizsgáltunk. Mindannyian kitöltöttek egy megbízhatóságra, megbízhatatlanságra, paranoiára és szubmisszív viselkedésre vonatkozó kérdőívet és pontozták a tesztben szereplő arcokat megbízhatóság, dominancia és nemi vonások alapján. A Karolinska adatbázisból vett arcokat felhasználva alkottunk morfokat e három dimenzióban és létrehoztunk egy 7 fokú finom átmenetet ezek között.

Eredmények: A morfolás technikája által vonzóbbá tett arcok befolyásolták a megbízhatóság megítélését mindkét csoport számára. BPD páciensek felismerték az átmenetet az arcok között, de a kontrollcsoporthoz képest azokat kevésbé ítélték megbízhatónak. Dominancia és nemi vonások tekintetében azonban nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között. A paranoia- és bizalmatlanság-skálán több pontot elért BPD páciensek az arcokat kevésbé találták megbízhatónak, a szubmisszivitás skálán több pontot elért páciensek a női arcokat a többiekhez képest dominánsabbnak pontozták.

Konklúzió: Borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciensek képesek a megbízhatóság, dominancia és nemi jelleg arcon megjelenő finom különbségeinek felismerésére. A vizsgált BDP páciensek kevésbé találták megbízhatónak az arcokat, azonban a kontrollcsoporthoz hasonlóan értékelték a dominancia és nemi jellegek tekintetében. A BDP pácienseket befolyásolhatják szubmisszív jellemvonásaik és bizalmatlanságuk az információk kognitív feldolgozásában.

Az OCD hematopoetikus hipotézise: a Hoxb8 gén kifejeződése perifériás limfocitákban

Rajkai Csaba¹, Szabó Csilla², Csígyó Katalin¹, Németh Attila², Kéri Szabolcs^{2,3}, Harsányi András¹

¹Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet II. Pszichiátriai Osztály, Budapest

²Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

³Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest
csrajkai@gmail.com

Az obszesszív-kompulzív zavar (OCD) genetikai háttere még nem teljesen feltérképezett. Állatkísérletes eredmények szerint a Hoxb8 gén szerepet játszhat a viselkedési eltérések kialakulásában, amely hematopoetikus sejtek transzplantációjával normalizálható. Vizsgálatunk célja a Hoxb8 gén expressziójának nyomon követése volt az OCD tekintetében.

A vizsgálatban 26 DSM-IV szerint diagnosztizált OCD páciens és 20 korban és nemben illesztett egészséges kontrollszemély vett részt. A Hoxb8 gén expressziójának meghatározására valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakció (real-time qPCR) segítségével került sor (AB 7500 Fast System, QuantiTect SYBR Green PCR kit). Az adatok értékelése Real-Time StatMiner szoftverrel történt.

Eredményeink szerint a Hoxb8 gén szelektíven csökkent kifejeződést mutatott OCD-ben a kontrollcsoporthoz viszonyítva ($p < 0,001$, Bonferroni szerint korrigált érték). A többi Hoxb8 gén esetében nem találtunk különbséget ($p > 0,5$).

Előzetes adataink megerősítik az állatkísérletek eredményeit, felvetve a homeobox-gének szerepét az OCD patogenezisében, különös tekintettel a perifériás limfocitákban és az agyi mikroglia-sejtekben egyaránt kifejeződő Hoxb8 génre.

Úttalan utakon – a projektív útrajzzal szerzett tapasztalatok

Reinhardt Melinda, Vass Zoltán

Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet,
Budapest
reinhardt.melinda@kre.hu

Az alkotás segítségével egy olyan ősi önkifejezési formán keresztül vetülhetnek ki belső tartalmaink, mely a tudattalan világához természeténél fogva közelebb van. A rajzokon keresztül a személyiség szimbolikusan, vizuális mintákon át nyilvánulhat meg. Az előadás egy olyan speciális projektív rajzteszt, a projektív útrajz módszerét (Hanes, 1995, 1997; Vass, 2006) és az azzal szerzett tapasztalatokat mutatja be, mely különösen alkalmas az önmagunkkal kapcsolatos tudás mélyítésére. A technika széles körben alkalmazható a személyiség és a társas kapcsolatok vizsgálatára, mind a tudatos, mind a nem tudatos összetevőket tekintve. Amit életéről, életútjáról verbális úton talán vonakodva közölne a személy, a projektív útrajzban képi formában manifesztálódhat. A projektív útrajz megalkotása során a rajzoló gyökerei, életének története, a múlt időhöz való viszonya és a jövőjével kapcsolatos törekvései, szándékai vetülnek ki a rajzlapra. Az ábrázolt emelkedők vagy az út javításai pedig a személy változásra és felépülésre vonatkozó kapacitásának metaforáiként értelmezhetők. A személyiség életútjának grafikus reprezentációjában olyan tényezők válnak azonosíthatóvá, mint nehézségek, miliókonfliktusok, vagy az arról való képzetek, hogy a rajzoló milyen perspektívá(ka)t lát maga előtt, s mit gondol azok elérhetőségéről.

A projektív útrajz történetének, valamint módszertanának (a tesztfelvétel sajátosságai, a pszichológiai értelmezés általános és specifikus aspektusai) ismertetése előtt részletezzük az út és az utazás szimbolikáját, archetipikus jelentésrétegeit (az út mint életszimbólum, mint transzcendentális és transzperszonális jelkép, mint a személyiségfejlődés és az önismeret szimbóluma, illetve az utazás mint a felfedezés, a keresés, illetve az elvágyódás metaforája). Végül a technika pszichodiagnosztikai alkalmazási lehetőségeit ismertetjük esetpéldák segítségével.

A menstruáció lelki vetületei egy kérdőíves kutatás eredményei alapján

Reinhardt Melinda

Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet,
Budapest
reinhardt.melinda@kre.hu

A menstruációs ciklus meglétében minden nő osztozik élete időben viszonylag hosszabb szakaszában. A ciklus biológiai megalapozottsága kétségtelen, azonban érdemes az azzal kapcsolatos pszichés vonatkozásokat is figyelembe venni. Kutatásunk a menstruációra vonatkozó attitűdöket, tapasztalatokat, a menstruációs tünetekkel kapcsolatos érzéseket, vélekedéseket tárta fel 274, 18 év feletti nő körében (á=32,76 év, s=8,45, min. 18,max. 55 év). A menstruáció attitűdinális komponenseit továbbá a személyiségvonások, a fájdalomkatasztrófizáció, valamint az emocionális, a pszichológiai és a szociális jóllét fényében elemeztük. Kérdőíves módszertannal dolgozó vizsgálatunk Magyarországon első ízben alkalmazta a Menstruációs Attitűd Kérdőív és a Menstruációs Tünetlista (Brooks-Gunn és Ruble, 1980) magyar változatát. A Menstruációs Attitűd Kérdőív négy nagy alapterületen vizsgálja a menstruációval kapcsolatos gondolkodást, érzéseket és viselkedési komponenseket: (1) a menstruáció mint természetes vagy mint kellemetlen esemény; (2) a menstruáció mint legyengítő esemény; (3) a menstruációra irányuló figyelem; (4) szégyenérzés a menstruációval kapcsolatban.

Eredményeink közül kiemeljük, hogy a menstruáció alatt észlelt tünetszám, a tünetek erőssége és a menstruáció alatti szubjektív teljesítményérzés egyaránt együttjárást mutat a szubjektív jóllét szintjével, a depresszív tünetek számával, valamint a fájdalomkatasztrófizálásra való hajlammal, illetve az emocionális stabilitással, mint személyiségvonással. Minél szorongóbb, érzelmileg instabilabb valaki, annál több és erőteljesebb menstruációs tünetet észlel. Lineáris regresszió-elemzés segítségével kimutattuk, hogy a menstruáció alatt észlelt tünetek heterogenitását a fájdalomkatasztrófizálás, az általános testi tünetek, valamint a tünetcsökkentésre használt szerek együttesen 41,5%-ban magyarázzák (F=65,56, p=0,000). A menstruáció alatti teljesítményt ezzel szemben 14,2%-ban a mentális egészség (komplex szubjektív jóllét, depresszív tünetek) és az általános testi tünetszám határozta meg (F=23,51, p=0,000). Az életkornak és a gyermekek számánaka egyik esetben sem volt magyarázó ereje.

Vizsgálatunk felhívja a figyelmet arra, hogy a menstruációs ciklus megélésében, kezelésében a pszichológiai szempontok nem elhanyagolható tényezők: mind a személyiségjellemzők, mind a mentális egészség aspektusai összefüggésben állnak azzal, hogyan viszonyul valaki a női identitása fontos részét képező természetes ciklikus folyamatokhoz.

Pszichiátriai betegségek in vitro modellezése humán pluripotens őssejtek hippocampalis szemcsesejt és előagyi GABAerg interneuron irányú differenciáltatásával

Hathy Edit^{1,2}, Buchan Gyöngyi^{3,2}, Vőfély Gergő^{3,2}, Homolya László^{3,2}, Sarkadi Balázs^{3,2}, Apáti Ágota^{3,2}, Réthelyi János^{1,2}

¹Magyar Tudományos Akadémia Nemzeti Agykutatási Program Molekuláris Pszichiátriai Kutatócsoport, Budapest

²Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

³Magyar Tudományos Akadémia Természettudományi Kutatóközpont Molekuláris Sejtbiológiai Kutatócsoport, Budapest
rethelyi.janos@med.semmelweis-univ.hu

A humán embrionális őssejtek (ES) és az indukált pluripotens őssejtek (IPS) széles körben alkalmazott és egyedülálló biológiai modellrendszereket jelentenek. A pluripotens őssejt alapú módszerek fontos kutatási eszközökké váltak a fejlődésbiológia és a molekuláris orvostudomány területén, így az idegrendszer fejlődése molekuláris hátterének vizsgálatában is. Ezek az önmegújító képességgel bíró sejtvonalak alkalmasak különböző neuronális sejtípusok in vitro előállítására, illetve ezek differenciálódási folyamatainak tanulmányozására. Ezek alapján egészséges és pszichiátriai betegségekben szenvedő egyedekből létrehozott sejtvonalak is összehasonlíthatóakká válnak. Munkánk során hippocampus gyurus dentatus szemcsesejteket és előagyi GABA interneuronokat hozunk létre korábban publikált protokollok felhasználásával. A hippocampalis differenciálás során a pluripotens sejtekből dual SMAD inhibícióval, Wnt- és SHH gátlással embryoid testet állítunk elő, amelyekből előagyi Sox2 és Nestin pozitív neuronális progenitor sejtek (NPC) hozhatók létre. Ez a köztes sejtípus tovább differenciálható Prox1-expresszáló érett neuronokká. Ezt a protokollt használva összehasonlítottuk a Wnt-antagonista rekombináns Dkk1 és a XAV939 – más protokollok által alkalmazott, DKK1 helyettesítésére szolgáló kis molekula – hatását. Az előagyi GABA protokollban kihasználjuk a SMAD gátlás és SHH jelátviteli rendszer kombinációját, ezzel Nkx2.1-kifejező mediális ganglionáris eminence prekursorokat generálva, amelyek további differenciálódás során GABAerg interneuronokat hoznak létre. Többféle technika (immuncitokémia, Ca-imaging, egysejtes elektrofiziológia, qPCR) segítségével karakterizáljuk az in vitro létrehozott prekursorokat és neuronokat.

Eredmények: Célkitűzéseink között szerepel neuropszichiátriai betegségekben (szkizofrénia, bipoláris zavar, autizmus) szenvedő páciensekből nyert szomatikus sejtek átprogramozása IPS sejtekké, valamint ezen sejtek differenciáltatása. Az in vitro betegségmodellezési kutatások eddig több pszichiátriai betegségben tudták reprodukálni és vizsgálhatóvá tenni a betegségek különböző aspektusait. Távolról a bemutatott protokollok és eredmények alapján kívánjuk felállítani in vitro pluripotens őssejt alapú betegség-modelljeinket.

A kutatást a Nemzeti Agykutatási Program NAP-B 888812 számú pályázata támogatta.

Referenciák:

LIU et al, 2013. Nat Prot 8, 1670–1679.

YU et al, 2014. Stem Cell Rep 2, 295–310.

A különböző országok/régiók eltérő szuicid mortalitásának lehetséges okai

Rihmer Zoltán

Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest
Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest
rihmerz@kut.sote.hu

Régóta ismert, hogy a különböző országok/régiók öngyilkossági rátája egymástól nagyon eltérő lehet, de az ezzel a kérdéssel foglalkozó szakirodalom meglepően szegényes. Általános magyarázat szerint ezek a különbségek klimatikus és kulturális tényezőkre vezethetők vissza, de a számtalan szöbajöhető ok részletes elemzése a szakirodalomban eddig még nem történt meg. Jelen előadás ismereteink mai állása alapján foglalja össze azokat a földrajzi-geológiai (szélességi és hosszúsági fok, szezonális, tengerszint feletti magasság, az ivóvíz lítium- és arzéntartalma), klimatikus (fotoperiódus, hőmérséklet stb.), kulturális (vallás szerepe, szuicidiummal kapcsolatos attitűdök, táplálkozás, mint pl. ómega-3-zsír, folsav, triptofán, alkohol stb.), pszichiátriai (depresszió és alkoholizmus prevalenciája, a kezelt betegek aránya, az orvosi ellátás elérhetősége stb.) és gazdasági (munkanélküliség, GDP stb.) tényezőket, amelyekben megnyilvánuló különbségek magyaráz(hat)ják ezeket – az esetenként igen nagy – különbségeket.

Risk Taking Behaviors among european adolescents: result from european studies*Marco Sarchiapone*

Medicine and Health Sciences Department University of
Molise Campobasso, Italy
marco.sarchiapone@me.com

According to the WHO data, the suicide is a serious problem of public health that affects all countries of the world, with very high rates among adolescents. At least 100,000 adolescents commit suicide every year and suicide rates in male adolescents (15-19 years) range from less than 5 per 100,000 in some Southern European countries to rates of around 25-40 per 100,000 in Northern and Eastern European countries.

The risk-taking behaviours, as substances use/abuse, psychiatric diseases, smoking, fighting, sexual behaviors that contribute to unintended pregnancy and sexually transmitted diseases, frequent exposure to victimization or bullying, unhealthy dietary behaviors and physical inactivity may be considered as suicidal equivalents and several studies showed a link between unhealthy behaviours and suicidal behaviour.

Moreover, the health-risk behaviors are strong predictors of future health diseases, development of psychiatric disorders and antisocial and deviant behaviors.

Since these the behaviours are established during childhood and adolescence it is necessary to promote strategies for the early screening and adequate treatment of these behaviours in order to avoid that they extend into adulthood.

SEYLE, WE-STAY and SUPREME are three European projects aimed to promote mental health and to prevent suicide and risk behaviours among young. They have involved 14 different European Countries and almost 26000 European adolescents.

Through the data obtained from these projects, it was possible to obtain important results among the rate of risk taking behaviours and suicidal behaviours among youth and about the effectiveness of different prevention programs of these behaviours.

Metabolikus, hormonális és immuntényezők szerepe a mentális zavarok kialakulásában: az agy és attól „délre”...*Sarnyai Zoltán*

Laboratory of Psychiatric Neuroscience James Cook University,
Ausztrália
zoltan.sarnyai@jcu.edu.au

A modern tudomány számára evidencia értékű, hogy az agyműködés jelentősen befolyásolja az emberi test működését. Mentális eltérések alapvetően módosítani képesek szervi funkciókat, miként ez a pszichoszomatikus megbetegedések esetén jól tetten is érhető. A közelmúlt kutatásai arra engednek következtetni, hogy ennek a fordítottja hasonlóképpen igaz. Szisztémás hormonális hatások, az energia-metabolizmus változásai és általános immun-aktiválódás egyaránt módosítani képesek az agyi funkciókat és feltételezhetően lényeges szerepet játszanak – genetikai/epigenetikai tényezőkkel együtt – a mentális megbetegedések kialakulásában. A bél baktériumflórája (mikrobiota) – ami az összes testi sejtünk tízszeresét, és az összes bennünk lévő gén 150-szeresét teszi ki – olyan szisztémás folyamatokra van hatással, mint az energiaháztartás és az immunrendszer szabályozása. Ezen felül egyre inkább nyilvánvaló, hogy a bélflórának jelentős szerepe lehet az agyműködésre is, ezáltal befolyásolva hangulati, kognitív és egyéb magatartási funkciókat.

Az előadás saját kutatási eredményeken és a tématerület legújabb felfedezésein keresztül mutatja be, hogy a szisztémás változások miként befolyásolják az agyi funkciókat szinaptikus és kognitív/viselkedési szinten, és ezek hogyan vezethetnek mentális megbetegedésekhez. Az előadás részletesen tárgyalja (1) a glükóz anyagcsere és agyi energiaháztartás szerepét a szkizofrénia szinaptikus patológiájában; (2) a pszichoszociális stressz immunrendszeren keresztül megnyilvánuló hatását a depresszió kialakulásában, valamint (3) a nyugati típusú, zsírokban és szénhidrátokban dús étrend hatását a hippokampusz által közvetített kognitív funkciókra, a bélflóra átalakításán keresztül. A biológiai pszichiátria ilyen rendszerszintű kiterjesztése közelebb vihet bennünket ahhoz, hogy jobban megértsük azokat a mechanizmusokat, amelyek a mentális zavarok kialakulása során a gének és a környezeti hatások interakciójában szerepet játszanak és kóros hangulati-magatartási, valamint kognitív változásokat hoznak létre.

A „PsychArt24 képzőművészeti maraton” szerepe, jelentősége a pszichiátriai betegséggel élők rehabilitációjában

Simon Lajos¹, Kovács Emese²

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Moravcsik Alapítvány–Budapest Art Brut Galéria, Budapest
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

A bio-pszicho-szociális rehabilitáció célja, hogy a pszichiátriai betegségük következtében sérült emberek megmaradt képességeikkel, illetve azok fejlesztésével ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben, családban, munkában. A Moravcsik Alapítvány a pszicho-szociális fogyatékkal élők közösségi ellátásában kialakított komplex rehabilitációs modell keretében interprofesszionális együttműködés során lehetőséget biztosít a klienseknek a Budapest Art Brut (BAB) Galériában a felépülésüket szolgáló művészi alkotó tevékenységre és a létrehozott művészi alkotások bemutatására, az alkotók szakmai és társadalmi elismerése, elismertetése céljából.

Nemzetközi viszonylatban kezdenek teret nyerni a sajátos klinikai környezetben működő művészcsoportok, melyek keretében teljes értékű művészegyenlőségek fejlődnek ki (pl.: Ausztria). A közösségi alapú rehabilitáció gyakorlatának megfelelően Magyarországon a BAB Galéria alkotóműhelyeiben az alkotó nem elzárt klinikán, hanem családi, társadalmi környezetben él, együttműködve közösségi segítőjével. Egyre gyakoribb – hazánkban is – a „beteg” és „egészséges” művészek kreatív együttműködése.

A PsychArt24 művészeti maraton keretében 24 órán keresztül folyamatosan biztosítjuk, hogy együtt alkotassanak professzionális művészek, art brut művészek, outsider és amatőr művészek, felnőttek és gyerekek. Mindenki a tehetségét, művészetét hozza és mutatja meg alkotásában és erről kommunikálnak is a résztvevők tevékenységük közben, tiszteletben tartva a másik művészetről, alkotásról kialakított nézeteit.

Az előítéletek csökkentésének egyik leghatékonyabb módja a személyes megtapasztalás. A rendezvényen résztvevőknek lehetőségük van munkájuk és alkotásuk közben találkozni és beszélni pszichoszociális fogyatékkal élő alkotókkal. A művészeti alkotás, mint közös nevező jelenik meg az egészséges és beteg személyek között. Ez adja a közös munka alapját, ez az a közös pont, aminek megvalósítása érdekében a résztvevők együttműködnek egymással és személyesen átélve a történéseket nyitottabbá válnak egymás iránt.

A pszichoszociális fogyatékkal élők nemcsak mint art brut alkotók, hanem mint az esemény szervezői, lebonyolítói is aktívan részt vesznek a projektben. Az elmúlt 5 év tapasztalata szerint klineseink, a rendezvény idején segítettből segítővé válnak, ami javítja szociális kompetenciájukat, erősíti önértékelésüket, önbizalmukat, megtapasztalják, hogy egy bonyolult munkafolyamatban is fontos a részvételük és sikeresen képesek a feladataikat teljesíteni.

A transzszexualitás pszichológiai és viselkedéses korrelátumai

Déri Judit¹, Berán Eszter², Simon Lajos¹

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar Pszichológiai Intézet, Piliscsaba
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

Háttér: A transzszexualitás a nemi identitászavar szélsőséges jelenségét képviseli, ahol a személyek többnyire a nemi átalakító műtetet is igénybe veszik. A transzszexualitás pszichológiai korrelátumai nem utalnak feltétlenül kauzalitásra, de lehetővé teszik, hogy rá lássunk a nemi identitászavar etiológiájára, valamint a transzszexualizmus összefüggéseire más nemi identitászavarokkal, mint például a transzvesztitizmus, vagy a drag művészet.

Módszerek: A nemi átalakító műtet előtt álló transzszexuális személyek kitöltötték a Transzszexuális Kérdőívet. A kérdőív célzottan vizsgálta a társadalomban betöltött helyzetet, a szociális kapcsolatok alakulását, az eddig alkalmazott egészségügyi beavatkozásokat, a transzszexuális állapot felismerésének módját, a megjelenést, a párkapcsolattal és a szexuális élettel kapcsolatos kérdéseket. FTM és MTF transzszexuális személyek adatait vetettük össze a serdülőkorú és későbbi szexuális viselkedés, választott nemmel kapcsolatos attitűdök, családi háttér, és társas-kulturális beilleszkedés szempontjából.

Eredmények: Eredményeink azt mutatják, hogy a transzszexualitás korai felismerése, és a családi támogatás együtt jár a jobb társadalmi beilleszkedéssel, valamint, hogy az FTM és MTF transzszexuális személyek eltérést mutatnak a fenti dimenziókban.

Közösen a pszichiátriai betegek felépüléséért – Egészségügyi és szociális segítők céljai és eszközei a közösségi pszichiátriai ellátásban

Simon Lajos¹, Pucsek József²

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
Integrált Közösségi Pszichiátriai Csoport, Budapest

²Moravcsik Alapítvány Integrált Közösségi Pszichiátriai
Csoport, Budapest
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

A közösségi pszichiátria történeti összefoglalóját követően áttekintjük a hazai közösségi alapú pszichiátriai ellátás egészségügyi és szociális területen megvalósuló gyakorlatát, módszereit. A pszichiátriai egészségügyi ellátás fejlődésével párhuzamosan megjelent a rehabilitációs szemlélet a szociális ágazatban is és egyre gyakoribbá vált a közösségi pszichiátriai szemléletű ellátás a komplex pszichiátriai egészségügyi-szociális rendszerben. Megjelentek az interprofesszionális közös gondozások és ellátások.

A különböző segítői modellek bemutatása mellett kitérünk az esetmenedzselés szempontjaira, az esetfelelős tevékenységi körére és az esetviteli feladatok ismertetésére, illetve az esetfelelős munkát kiegészítő kísérő támogató feladatainak és kompetenciáinak összegyűjtésére. Kiemelten fontos szempont a pszicho-szociális fogyatékossgal élők rehabilitációs célú foglalkoztatása, összefoglaljuk a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztathatóságának lehetőségeit. Bemutatunk egy jó gyakorlatot az egészségügyi és szociális területen, a Moravcsik Modellt, ami a Semmelweis Egyetem PPK Integrált Közösségi Pszichiátriai Csoport tevékenységét jelöli. Ebben a modellben megtörténik a komplex pszicho-szociális rehabilitációban szükséges egészségügyi és szociális ellátások összehangolása, a szakemberek képzése, továbbképzése és a kliensek szükségleteinek, képességeinek és preferenciáinak megfelelő foglalkoztatása.

Végül érintjük azokat a különböző országokban már működő és jó tapasztalatokat nyújtó ellátási formákat, amelyeket hazánkban a közeli és távolabbi jövőben érdemes adaptálni és bevezetni.

A kronotípus és az alvásminőség szerepe a mentális megbetegedések tünettárában és prognózisában

Simor Péter¹, Demeter Gyula^{2,3}, Dobó Zsófia³,
Lázár Alpár⁴, Csigó Katalin¹, Racsmány Mihály^{2,3},
Harsányi András¹

¹Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai
Intézet, Budapest

²Magyar Tudományos Akadémia – Budapesti Műszaki és
Gazdaságtudományi Egyetem Nemzeti Agykutatási Program-B,
Frontostriatális Zavarok Kutatócsoport, Budapest

³Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Kognitív
Tudományi Tanszék, Budapest

⁴Cambridge Center for Brain Repair, Cambridge
petersimor@gmail.com

Az alvás és ébrenlét időzítésének ritmusát meghatározó napszaki preferenciák kognitív és affektív folyamatokkal való összefüggésének vizsgálata az elmúlt években a pszichiátriai kutatások terén is egyre nagyobb hangsúllyal jelentkezik. Mindez nem meglepő, hiszen a napszaki preferenciák (kronotípus) az aktivitás és passzivitás ritmusának meghatározása mellett a pszichés egyensúlyban, vagy éppen egyensúlyvesztésben szerepet játszó faktorokkal is szoros összefüggést mutatnak. Az elmúlt években számos vizsgálat kimutatta, hogy az esti kronotípus összefügg a pszichés sérülékenység holdudvarába tartozó személyiségjellemzőkkel (neuroticizmus, újdonságkeresés), valamint egyes maladaptív viselkedésformák (pl. egészségkárosító magatartások) fokozott kockázatával. Az esti kronotípussal jellemezhető személyek ráadásul gyakrabban számolnak be különböző alvászavarokról, amelyek szintén növelhetik a pszichés problémák kialakulásának kockázatát. Habár a kronotípus hátterében egy rendkívül bonyolult idegrendszeri apparátus működése áll, a napszaki preferenciák mégis könnyen mérhetők kérdőíves eszközökkel is. Korábbi vizsgálatok alapján a kronotípus kérdőíveken alapuló mérése hitelesen tükrözi a napszaki ritmussal kapcsolatban álló biológiai folyamatok működését (pl. egyes hormonok szekréciójának ritmusát). Mivel a kronotípus jelentős szerepet játszik a kognitív teljesítmény és a hangulat napi ingadozásában, a napszaki preferenciák figyelembevétele a rutin pszichiátriai gyakorlatban, például a mentális funkciók vizsgálata során is fontos szempont lehet. Újabb kutatások pedig arra hívják fel a figyelmet, hogy az esti kronotípus, a pszichiátriai körképekben gyakorta tapasztalható napszaki ritmuseltolódás és alvásproblémák fokozzák a relapszus kockázatát, így e faktorok figyelembevétele az optimális beavatkozás kiválasztását is elősegítheti. A fentiekben vázoltak mellett az előadásban bemutatjuk, hogy milyen szerepet tölthet be a kronotípus a hangulat- és szorongásos zavarok tünettárában, majd röviden ismertetjük a kronotípus mérésére alkalmas kérdőívvel, a Morningness-Eveningness Questionnaire hazai adaptációjával (MEQ-H) kapcsolatos tapasztalatainkat, valamint a Nyíró/OPAI II. Pszichiátriai Osztályán induló kutatásunk jelenlegi állását.

Az evészavarok szomatikus és pszichés kivizsgálásával kapcsolatos tapasztalataink – határterületi kérdések, komorbiditások, testképzavar-vizsgálat

Sonnevend Mária

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Gyermekklinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest
maria.sonnevend@gmail.com

Klinikánkon törekszünk arra, hogy az evészavar diagnózisát a komplex (diéta, alakkal, étellel, súllyal kapcsolatos viselkedés, kognitív, érzelmi-hangulati eltérések, kortárs kapcsolatok) tünetek alapján, a család jelenlétében, velük együtt haladva alkossuk meg.

Evészavar gyanújával érkező betegnél célunk, hogy a fogyáshoz és amenorrhéához vezető főbb szervi okokat az első jelentkezésnél kizárjuk. Ehhez a fizikális vizsgálat elvégzése mellett laboratóriumi (vérkép, kémiai vizsgálatok, endokrin vizsgálatok) és radiológiai (mellkas röntgen, hasi és kismedencei ultrahang) vizsgálatokat rendelünk.

Az EKG vizsgálat szintén az első találkozás alkalmával történik – BMI: 16 alatt már gyakran tapasztalunk bradycardiát, mely azonnali kórházi felvételt, monitorizálási igényt is vonhat maga után, ha a nyugalmi szívfrekvencia 45/perc alatti. Fontos kérdés bradycardia esetén a szívfrekvencia-variabilitás, mely a szív teherbírását mutatja.

A kezelés során megjelenő sajátos problémák: hangsúlyozottan szomatikus jellegű betegségelméletek a páciens vagy a család részéről, szondatáplálás szükségessége, refeeding szindróma, gasztrointesztinális fájdalom vagy diszkomfort kezelése, ritka betegségek vagy társuló anyagcserezavarok, önhánytatás.

A pszichés kivizsgáláshoz tartozik a komorbid pszichiátriai betegségek feltérképezése (depresszió, kényszer, szorongás), a személyiség működésének becslése, és a családi rendszerre vonatkozó hipotézisek megfogalmazása. Ehhez használhatunk strukturált interjút, klinikai becslőskálákat, projektív tesztek.

Hasznos eszköz a kezünkben az Anamorphic Micro szoftver, mely segítségével a testképzavar láthatóvá tehető, számszerűsíthető, de ennek hiányában ágy melletti vizsgálat is megmutathatja a testképzavar mértékét.

Osztályos kivizsgálást, pszichológiai vizsgálatot rutinszerűen – nagyfokú leterheltségünk miatt – elsősorban azoknál végzünk, akiknél súlyos állapot áll fenn, vagy az ambuláns terápia elakad.

Az előadásban ismertetek kutatási adatokat a komorbiditások és a testképzavar összefüggéseivel kapcsolatban.

Budapesti Központi Fogdából 2007–2014 között pszichiátriai szakvizsgálatra beutalt esetek retrospektív elemzése

Sörös Petra¹, Kiss Dániel Balázs¹, Kovács Petra¹, Pásztor Péter István², Kurimay Tamás¹

¹Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Páva-Medic Bt., Érd
petra.soros@gmail.com

A 2007 májusában bekövetkezett egészségügyi ellátó területek átszervezésének következményeként, osztályunk feladatkörébe került a budapesti Központi Fogda (Gyorskocsi utcai fogda) ellátása pszichiátriai szempontból. A 72 órás őrizetben lévő személyeket a fogdaorvos utalja valamilyen speciális klinikai kérdés-sel ambulanciánkra.

Retrospektív vizsgálatunkkal az elmúlt közel 8 év eseteit dolgoztuk fel.

Célunk volt felmérni a leggyakrabban előforduló problémákat és klinikai kérdéseket, melyekkel a beutaló orvosok fordulnak hozzánk. Elemzésünkben összehasonlítottuk a beutalók és az ellátásunk során kiadott vélemények tartalmát.

A vizsgált személyeket azok a 72 órás fogdai elhelyezésben részesülők tették ki, akiket a fogdaorvos pszichiátriai szakvizsgálatra utalt. A minta elemszáma 529.

A beutalók, valamint a járóbeteg vizsgálati lapokból és zárójelentésekből kinyerhető adatok retrospektív elemzését végeztük el 15 szempont alapján. Beutalás indoka, nem, hétköznapi nappali műszak/éjszakai és munkaszüneti időben lévő műszak, öngyilkossági veszélyeztetettség, heteroagresszió, aggrváció/manipuláció, pszichózis, pszichiátriai anamnézis, személyiségzavar, aktuális szerhasználat (kábitószer, gyógyszer, alkohol), megvonás, betegirányítás, terápia.

2007–2014. szeptember között 529 beutalás történt. A beutalás leggyakoribb oka az öngyilkossági veszélyeztetettség felmérése és az akut pszichiátriai osztályos felvétel szükségességének megítélése volt. 2012 óta az évente beutalt esetek száma átlagosan 80–90. A beutalások 29%-a volt pszichiátriai szempontból indokolt, 26%-ra csak a pozitív pszichiátriai anamnézis miatt került sor. A vizsgált személyek 37%-ánál diagnosztizált osztályunk személyiségzavart.

Szükségét látjuk egy budapesti Forenzikus Pszichiátriai Egység létrehozásának, ahol ezen személyek vizsgálata és ellátása erre alkalmasabb körülmények között történhetne rendőri jelenlét nélkül. Osztályunk szempontjából a rendőri jelenlét az osztályos betegek gyógyulását is megzavarhatja. Emellett a Központi Fogdán dolgozó orvosok pszichiátriai ismereteinek bővítése is indokolt lenne, hogy például hatékonyabban el tudják különíteni a személyiségzavart a nagy pszichiátriai kórképektől.

Drog-indukálta pszichotikus állapotok előfordulása a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályán 2010–2014 között

Kovács Petra, Sörös Petra, Kiss Dániel Balázs, Arányi Viktória, Kurimay Tamás

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
petra.soros@gmail.com

A dizájn drogok előretörése az elmúlt években komoly kihívást jelent a magyarországi pszichiátriai ellátórendszereknek. Ezeknek a drogoknak az összetétele, illetve biológiai hatása a legtöbbször ismeretlen a klinikusok számára, jelenleg nem áll rendelkezésre olyan módszer, mellyel biztonságosan kimutathatók lennének, így az észlelt pszichotikus állapotok differenciáldiagnosztikájában csak a beteg által elmondottakra, illetve a klinikai képre hagyatkozhatunk. A drogok fogyasztása egészséges egyéneknél is pszichotikus állapotot provokálhat, valamint a pszichiátriai betegséggel élő páciensek tüneteit fokozhatja. Osztályunkon is tapasztaltuk a kábítószeres használatával, köztük az új típusú szerekkel kapcsolatos pszichiátriai problémák számának növekedését, emiatt a 2010–2014 közötti időszak retrospektív elemzését végeztük el.

Vizsgálatunk célja az adatbázisunkból az elmúlt öt év során a 30 év alatti pszichotikus betegek adatainak elemzése, különös tekintettel a kábítószer-használat előfordulási gyakoriságának felmérésére.

Mintánkat az osztályunkon 2010–2014. szeptember között pszichotikus állapot miatt hospitalizált 30 év alatti páciensek tették ki. A vizsgált minta elemszáma 261.

Adatainkat a zárójelentésekben pszichotikus állapot, valamint a drog-indukálta pszichózis diagnózissal (F20-F29, F19.50.) szereplő esetek kigyűjtésével nyertük, ezután anamnéziseiket kábítószer-használat/dependencia irányában elemeztük.

A vizsgálatok elvégzését követően tapasztaltuk, hogy a 30 év alattiak körében 2010-től 2014-ig a pszichotikus állapot miatt történt hospitalizáció több lépésben keresztül megkétszereződött. Ezzel párhuzamosan az anamnézisben fellelhető kábítószer-használat is a kezdeti érték négyszeresére emelkedett. Mintánkban a férfiak körében a droghasználat kb. kétszer olyan gyakran fordul elő, mint a női páciensek körében. A minta 38%-ában fordult elő droghasználat az anamnézisben.

A kapott adatok alapján a 30 év alatti populáció körében a pszichiátriai osztályos kezelést indokoló pszichotikus állapotok számának növekedésében feltételezhetően jelentős szerepet játszhat a kábítószer-használat elterjedése és a drogfogyasztási szokások megváltozása.

A WÉK stresszkezelő program 10 éves tapasztalatai

Stauder Adrienne¹, Susánszky Éva¹, Kiss Zoltán²

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, Budapest

²E-motion Bt, Budapest

stauder.adrienne@med.semmelweis-univ.hu

A Williams Életkézségek (WÉK) komplex, standardizált stresszkezelő és szociális készségfejlesztő programot (www.eletkeszsegek.hu) 10 éve, 2004 ősz óta alkalmazzuk Magyarországon. A kulturális adaptáció óta a program egyre szélesebb körben terjedt el, többek között egyéni pszichoterápiás kezelés kiegészítéseként.

A 16 órás, kiscsoportos (8–12 fő) WÉK alaptréning célja a pszichoszociális stresszhelyzetekkel való megküzdést segítő hatékony stratégiák elsajátítása. A program kognitív viselkedésterápiás módszereken alapul, mint pszichoedukáció, negatív gondolatok és érzelmek kezelése, rövid relaxációs technikák, konfliktuskezelés, problémamegoldás, kommunikációs készségek fejlesztése.

A kiscsoportos tréningek hatékonyságát féléves, illetve egyéves követéses vizsgálatok igazolták különböző célcsoportokban. Kérdőíves vizsgálataink a megküzdőképességek javulásával egyidejűleg az észlelt stressz szint, a szorongás és a depresszió pontszámok, illetve a szubjektív testi tünetek csökkenését igazolták.

A program használhatóságát a mindennapi gyakorlatban jól jelzi, hogy a csoportvezetői (WÉK facilitátor) képzést a 10 év alatt már több mint 150 szakember végezte el, számukra rendszeres csoportos szupervízió és belső továbbképzések, illetve szükség esetén egyéni szupervízió lehetőségét biztosítjuk. Az ország különböző pontjain tartott kiscsoportos tréningeken 10 év alatt több mint 3200 fő vett részt. A célcsoportok egyrészt olyan páciensek voltak, akiknél a megküzdőképességek és a szociális készségek hiányosságai szerepet játszottak tüneteik kialakulásában, fennmaradásában, pl. szorongásos zavarban szenvedő páciensek, kardiológiai betegek. A tréningeken részt vesznek továbbá egészségmegőrző céllal különböző, fokozott stresszterhelésnek kitett csoportok, mint pl. egészségügyi dolgozók, tanárok, rendvédelmi szervezetek dologozói, hátrányos helyzetű csoportok, illetve diákcsoportok. A program a különböző célcsoportok körében minimális változtatásokkal jól alkalmazható volt. A WÉK program önsegítő változata (70' DVD és Munkafüzet) is rendelkezésre áll 2008 óta, míg a diák verziót 2009, a pedagógus és a szociális munkás változatot pedig 2010 óta alkalmazzuk.

Az elmúlt 10 év tapasztalatai azt igazolják, hogy a Williams Életkézségek kiscsoportos készségfejlesztő tréning hazai körülmények között széles körben, sikeresen alkalmazható.

Javult-e a társadalom önértékelése? A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának elemzése a Hungarostudy felmérések (1988-2013) alapján

Susánszky Éva¹, Szabó Gábor², Szántó Zsuzsa¹

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
susanszky.eva@med.semmelweis-univ.hu

A Hungarostudy (HS) adatbázisok másodelemzése során azt vizsgáltuk, hogy az elmúlt 25 évben történt-e átrendeződés a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített (9 tétel) változatával mért depressziós tünetegyüttesen belül.

A HS felmérések 1988 óta 7, illetve 3 évente (1995, 2002, 2005/2006, 2013) adnak számot a magyar népesség egészségi állapotának alakulásáról. Az epidemiológiai vizsgálatok során a hangulatzavarok feltárására a kutatók a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát használták. A mérőeszköz tételei: szociális visszahúzó-dás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetek miatti túlzott aggodás, munkagéptelenség, elégedetlenség és az örömképesség hiánya, pesszimizmus, önvádolás. A válaszadók egy négyfokú skálán fejezték ki az egyes állapotjellemzőkre vonatkozó önértékelésüket; a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozottabb előfordulását jelzi. Az 5 lakossági felmérésben 51820 személy vett részt.

A lakosság körében a depresszivitás összpontszáma 3,52 ponttal csökkent a vizsgált időszakban (1988–2013), ez tendenciaszerű változást jelez ($p < 0,10$). A tételek többségében a jelentős csökkenést 1988 és 2002 között figyelhetjük meg. A teljes vizsgált populációra vonatkozóan szignifikáns csökkenés ($p < 0,05$) az önhibáztatás, tendenciaszerű csökkenés pedig a testi tünetek miatti túlzott aggodás területén volt tapasztalható. A tételenkénti elemzéseket korcsoportok szerinti és nemi bontásban is elvégeztük. Az összpontszámot figyelembe véve csak a 65 éven felüliek esetében nem mutatkozott jelentős változás. A középkorostálynál (35–64 évesek) tendenciaszerű, a fiatal felnőtteknél (18–34 évesek) pedig szignifikáns csökkenést mértünk. A fiatalok körében egyrészt szignifikánsan csökkent a munkagéptelenségre és az önhibáztatásra, másrészt nőtt a döntésképtelenségre adott pontszámok átlaga a pesszimizmus tendenciaszerű csökkenése mellett. A középkorú népességben belül tendenciaszerűen csökkent a munkagéptelenség, jelentősen ($p < 0,05$) az önhibáztatás. Az időskorú népesség körében szignifikánsan csökkent a pesszimizmus és az elégedetlenség, közömbösség, tendenciaszerű csökkenés az alvászavar és az önhibáztatás területén mutatkozott. Az önhibáztatás mind a férfiak, mind a nők körében szignifikánsan csökkent. A munkagéptelenség mindkét nemnél, a reménytelenség csak a férfiaknál mutatott tendenciaszerű csökkenést.

Az Alzheimer-kór, az alvászavar és a Zn^{2+} homeosztázis közötti kapcsolat

Suvanjeiev Róbert Gábor¹, Suba Dóra-Ildikó², Penke Botond³, Datki Zsolt László⁴, Gábor Grecu Iosif⁺, Brassai Attila Miklós⁵

¹I. Pszichiátria Klinika, Marosvásárhely

²Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Marosvásárhely

³Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Vegytani Intézet, Szegedi Tudományegyetem Doktori Iskola, Szeged

⁴Délalföldi Neurobiológiai Tudásközpont, Szeged

⁵Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem Farmakológia Tanszék, Marosvásárhely
suvanjeiev@yahoo.com

Bevezető: Az Egészségügyi Világszervezet és az „Alzheimer’s Disease International” alapítvány 2014-es felmérése alapján több mint 44 millióan szenvednek Alzheimer-kórban, 2012-től 2014-ig mintegy 6 millió új esetet diagnosztizálnak. A WHO szerint ez a szám kétszeresére fog emelkedni 2030-ra, és megháromszorozódik 2050-re, ezért nagyon fontos egészségügyi és szociális feladat a diagnózis korai felállítása és a kezelés.

Céltűzés: REM-fázis megvonással előállított állatmodell segítségével vizsgálni az Alzheimer-kór patomechanizmusát.

Anyag és módszer: Szakirodalmi áttekintés, REM-fázis megvonás kísérlet, valamint az eredmények szövettani feldolgozása. 5db, 5 hetes hím Wistar patkányt 7 napra, saját tervezésű REM-fázis megvonására alkalmas ketreche helyeztünk. Az állatoknak elegendő táplálékot és ivóvizet, valamint megfelelő higiéniai és fényviszonyokat, biztosítottunk. A 7. napon az állatokat feláldozva, szövettani vizsgálatokat végeztünk, a hippocampusra fókuszálva. Az állatok hippocampusát különböző fluoreszcens festékekkel vizsgáltuk, emellett mértük akut (még élő) hippocampus szeletek Zn^{2+} -ürítését és visszavételét.

Eredmények: Szakirodalmi adatok alapján az Alzheimer-kóros betegek álmatlanságban szenvednek. Meno-/andropauza után az alvászavar súlyosbodik, és ez már a betegség diagnózisa előtt fennálló probléma. A betegek nappal fáradtak, kialvatlanok, aluszékonyak és figyelmetlenek. A Alzheimer-kór patomechanizmusa rávilágít, hogy kialakulásában fontos szerep jut a Zn^{2+} homeosztázis zavarának. A REM-fázis megvonó állatok vizsgálata kimutatta, hogy az alváshiány fiatal, teljesen egészséges állatokban is felborítja a Ca^{2+} és a Zn^{2+} homeosztázist. A kísérletben résztvevő állatok hippocampusában a kontrollcsoporthoz viszonyítva a Zn^{2+} és Ca^{2+} mennyisége látványosan csökkent, a Zn^{2+} ürítés és visszavétel pedig felére csökkent.

Megbeszélés: Eredményeink rávilágítanak arra, hogy fontos a cirkadián ritmus lehető legjobb megőrzése, valamint arra, hogy az Alzheimer-kór kezelésében fontos lenne egy megfelelő Zn^{2+} modulátor kifejlesztése, amely visszajuttatja az amyloid plakkokban megkötött cinket a keringésbe. A kísérletek alapján elmondhatjuk, hogy a homeosztázis fenntartásának érdekében, embereknél – és főként az idősödő korosztály esetében – igen fontos a megfelelő alvásidő és alvásmínőség.

Abszurd végkifejlet, a műalkotás mint ellenség – gondolatok Gogol életéről

Szabó András

Nyíró Gyula Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
szaboa@nygyk.hu

Nyikolaj Vasziljevics Janovszkij 1809. március 20-án született Ukrajnában. A *Gogol* családja ragadványneve („kerceréce”). Apja földbirtokos, szerelmi házasságban él feleségével. 12 gyerekük született, ebből csak 5 érte meg a felnőttkort.

A későbbi író érzékeny, magába forduló kisgyerek. Nagyon megrázta öccse, kedves játszótársa halála. Hiába a birtok, a családnak pénze nincs, csak úgy tanulhat, hogy protekcióval ingyenes helyet kapott egy gimnáziumban. Szenved a gazdagabb társak lenézése miatt, előnytelen külsejéért és ukrán kiejtéséért sokat gúnyolják. Egyetlen sikere, amikor egy színdarabban kiválóan eljátszott egy női szerepet. Már iskolás korában is rendszeresen ír, diáklapot ad ki.

A középiskola után csak egy hivatalnoki állást kapott, de írónak készül. Első műve egy poéma, hatalmas bukás, a kinyomtatott példányokat elégeti. Hamarosan rátalál saját hangjára, népies elbeszéléseket ad ki, amivel már sikert arat.

Mint oly sok alkotónál, nála is bipoláris jegyeket látunk, a depresszió ideje alatt az írás is szenvedés, a hipomán fázisban pedig sorra születnek a novellák, kisregények, majd a színdarabok. Nem kisebb szerzővel és művel akar versenyezni, mint *Homérosz* Iliászával. Ez a mű a „*Tarasz Bulba*”, egy vad, férfias regény, amiben a nőknek csekély szerep jut, akárcsak az író személyes életében.

Egyre hosszabb depressziós időszakok akadályozzák a munkáját. Éppen Bécsben van (éveket töltött külföldön, nagyon szerény körülmények között), amikor annyira gátolt lett, hogy nem is táplálkozott, egy ismerőse erővel Itáliába vitte, így lassan oldódott a mély hangulati nyomottsága.

Újabb terve, hogy *Dante* Színjátékával vegye fel a versenyt. Ez a műve a „*Holt lelkek*”. Nehéz munkával az első rész (*Pokol*) elkészült, a folytatással még több a gondja. Ráadásul az első változatot elégette, majd előlőről kezdte a munkát.

Őt sem kerülte el az orosz messianizmus gondolatköre, könyve azonban bukás.

Az íróra egy pópa van egyre nagyobb befolyással, hatására büntudata még jobban elmélyült, az írás pedig alig haladt.

1852 februárjában elégeti a *Holt lelkek* második részének egész anyagát. Többé nem eszik, az orvosok beavatkozása ellenére 10 nap múlva meghalt.

A klasszikus evészavarok rizikójának online eszközökkel történő felismerése és megelőzési lehetőségei

Szalai Tamás Dömötör¹, Salavecz Gyöngyvér¹, Palik Éva², Szlankó János³

¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem III. Belgyógyászati Klinika, Budapest

³Saneidos Innovációs Zrt., Budapest

szalai.domotor@gmail.com

Célkitűzés: A 15–29 éves korosztály egészséges életmódját segítő, online prevenció rendszer kidolgozása és működtetése, melynek része a klasszikus evészavarok – az anorexia nervosa és bulimia nervosa – rizikójának szűrése. Az evészavar-veszélyeztetett fiatalok betegségeivel és terápiás lehetőségeivel kapcsolatos hiteles információkkal és hivatalos kezelőhelyek elérhetőségeivel való ellátása.

Módszer: Online kérdőíves rendszer, melyben a személy egyéni egészségfejlesztő célokat választhat – amelyek többek között a testképhez, evéshez, evészavarokhoz kapcsolódnak. A személy céljainak megfelelő kérdőíveket tölt ki, melyekhez válaszainak megfelelő tanácsokat kap a kérdőívek standardjainak cutoff pontjai alapján. A testmagasság és testtömeg adatok megadása kötelező, amely alapján a rendszer automatikusan kiszámolja a testtömegindexet. Az evészavarok rizikójának szűrésére a SCOFF kérdőívet, az Evési Zavar Kérdőív (EDI) két alsó részét, és a BMI kalkulátort alkalmaztuk. Ha a BMI és/vagy a SCOFF pontszámok alapján veszélyeztetettség áll fenn, a személynek javasolt még az EDI Karcúság Iránti Készítés és Bulimia alsó részének kitöltése. A rendszer automatikusan értékeli az eredményeket. A veszélyeztetett fiatalok számára sürgeti a szakember felkeresését, hivatalos kezelőhelyek elérhetőségeinek és további tanácsok biztosításával.

A rendszerben továbbá rövid videók, és közérthető, összefoglaló cikkek találhatóak az evészavarok kialakulásáról és főbb kezelési formáiról, prevenció céljával.

Eredmények: A rendszer fókuszcsoporthoz tesztelése lezajlott, 2014 novemberében megtörtént a széles körű (kb.1000 fő) tesztelése az „E-gészség-háló: Fiatalok egészségfelmérése és egészségre nevelés az eHealth eszközök segítségével” projekt keretében.

Konklúzió: A telemedicina jelentőségének növekedésével, hatékony hazai és nemzetközi előzmények (EDINA, ProYouth) után a rendszer segíthet a klasszikus evészavarok – az anorexia nervosa és bulimia nervosa – rizikójának online módszerekkel történő szűrésében. Továbbá információk, személyre szabott tanácsok, és kezelőhelyek elérhetőségeinek biztosításával prevenció értéke jelentős a 15–29 éves korosztály számára, elősegítve a veszélyeztetett fiatalok szakellátásba jutását.

Gyermekkorai traumatizáció megjelenése Katatím Imaginatív Pszichoterápiában

Szántó Eszter

Magánrendelés
estersanto@freemail.hu

A pszichoterápiás gyakorlatban mind gyakrabban találunk traumatizált páciensekkel, ezért rendkívül fontos, hogy a pszichoterápiás munka során rendelkezünk a trauma felismerésére és kezelésére szolgáló eszközökkel. Előadásomban a Katatím Imaginatív Pszichoterápia (KIP) nyújtotta terápiás lehetőségeket mutatom be traumatizált páciensek pszichoterápiájában. Esetrészletek tükrében ismertetem a tipikus képeket, a traumára utaló jegyeket, a képek főbb jellemzőit, a trauma kezelésének KIP-es technikáit, a terápiás folyamat során felmerülő nehézségeket, az ellenállásra, elhárításra utaló jegyeket és azok kezelésének KIP által kínált eszközeit.

A traumafeldolgozás első fázisában a cél a terápiás kapcsolat és bizalom megalapozása és a páciens teherbírásának megerősítése. A KIP terápiában az alapfokú képek segítségével stabilizáljuk a páciens, építjük a terápiás kapcsolatot, mobilizáljuk a páciens erőforrásait, önmagáról való gondoskodás képességét. Ezt szolgálják az alapfokú képek során használt rezsizelvények, és hívóképek (Biztonságos hely, Virág, Rét, Patak, Hegy, Ház, Erdőszéle)

A második terápiás szakaszban kerülhet sor a trauma feldolgozásra: a történetek rekonstrukciójára, a traumához kapcsolódó érzelmek újraélésére és egy új értelmezési keret megalkotására. A trauma gyakran szimbolikus formában jelenik meg a KIP képekben, ezzel csökkentve a páciens terhelését, előfordulhat azonban, hogy „berobban” a traumához kapcsolódó kép. A feltárás ütemét a beteg teherbírásához kell igazítani, esetenként buzdítjuk a traumával való konfrontációt, máskor óvjuk a páciens túlterhelődéstől. A traumafeltárás hatékony eszköze a KIP terápiában a közép fokú hívóképeken túl az életkor-regresszió, ami elvezeti a páciens a trauma emlékéhez, és lehetővé teszi az öngondoskodás megélését (self mothering), az események kognitív újrastrukturálását, a trauma új értelmezési lehetőségeinek kidolgozását, végül a traumatikus emlék integrálását.

A KIP terápia során a terapeuta bátorító, elfogadó jelenlétével, elkötelezett kísérelésével érzelmi támogatást nyújt a páciensnek az imagináció során, amit módosult tudatállapotban – a terapeuta és a páciens közti mély összehangolódásnak köszönhetően – rendkívül intenzíven képes megélni a beteg. A képalkotás során a terapeuta hitelesíti is a történeteket, ezzel is segítve a trauma integrálását.

Előadásomban olyan esetrészleteket ismertetek, melyek a gyermekkorai traumafeltárás és -feldolgozás fentebb leírt lépéseit mutatják be.

Orvoskép és pályaválasztás: az orvosegyetemre jelentkezés motívumai

Szántó Zsuzsa

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest
szanto.zsuzsa@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: Kutatásunk orvostanhallgatók pályaválasztási jellegzetességeire irányult. Vizsgáltuk a pálya iránti elköteleződés időpontját, a pályamotivációkat, valamint a család és tágabb környezet hatását.

Módszer: Felmérésünkben 175 elsőéves orvostanhallgató vett részt, akiket arra kértünk, hogy megadott szempontrendszer alapján írják le pályaválasztásuk történetét. A szövegek feldolgozása kvalitatív (tartalomelemzés) és kvantitatív (spss.pc 20.1) módszerrel történt.

Eredmények: A hallgatók több mint fele (61,1%) középiskolás évei alatt döntötte el, hogy az orvosi egyetemre jelentkeznek. A középiskola első, illetve második két évében pályát választók aránya közel azonos. A férfiak háromnegyede (75,3%), a nőknek alig több mint 50 %-a (51%) középiskolás évei alatt döntötte el, hogy az orvosi egyetemen kívánja folytatni tanulmányait. A tradicionális pályaválasztási motiváció-típusok – az altruizmus és a szolgálat-eszmény – háttérbe szorultak, a két leggyakrabban említett motiváció a természettudományos érdeklődés (54,3%) és a tágabb környezet hatása (47,3%) volt; a súlyozott rangpont átlagok alapján pedig a saját, személyes tapasztalatok és a tudásvágy szerepe fontosabbnak bizonyult a környezeti befolyásánál is. Ezeket az indokokat, valamint az előnyök/lehetőségek szerepét egyaránt a férfiak említik gyakrabban és nagyobb súllyal. A pályaválasztás klasszikus elemeit a pályára egyre nagyobb arányban belépő nők tartják fenn.

Megbeszélés: Az eredmények egyrészt az orvosi hivatás deprofesszionizációjának, másrészt az orvosi hivatás elnöiesedésének az orvostanhallgatók pályaválasztásában való megjelenéseként értelmezhetők.

Gondolatok a gyermek- és kiskorú bűnelkövetők szakértői vizsgálatáról (biológiai kor – lelki érettség)*Baraczká Krisztina, Németh Rita, Magyar Lóránt*Simmelweis Egyetem Igazságügyi és Biztosítás-Orvostani Intézet, Budapest
kbaraczk@yahoo.com

A 2012. évi C. törvény 105§-a fiatalkorúak fogalmát a korábbi Btk-tól eltérően határozza meg. A 12. életévét betöltött, de a 18. életévét még be nem töltött személyek belátási képességének megítélése számos diszciplína ismeretét és közös munkáját igényli. A fejlődépszichológia nélkülözhetetlen elem a személyiség kialakulásának elemzéséhez. Forenzikus pszichiátriai szempontból elsősorban a személyiség egyes összetevői és a cselekmény közötti összefüggések feltárása szükséges. A szakértői és bírói kompetencia különválasztása ezekben az esetekben különösen fontos – szem előtt tartva, hogy a szakértő feladata a lelki tényezők feltárása, a jog kompetenciájába tartozik a külső tényezők (szociális helyzet, neveltetés, csoporthatás stb.) megítélése.

Az előadásban egy eset elemzésén keresztül kívánjuk bemutatni a szakértés nehézségeit, buktatóit.

A súlyos, életellenes, anyagi motivációjú cselekményt egy 14. életévét éppen betöltött terhelt követte el. A cselekmény kis értékre elkövetett lopásként indult, majd – nem a terhelt elgondolásának megfelelően alakuló körülmények miatt – gyilkosság történt. Terhelt a tett elkövetését a sértettek házának felgyújtásával kívánta eltitkolni.

Terhelt kognitív képességei a tőle elvárhatónak minden tekintetben megfeleltek. Szociális ismeretei (morális-etikai) a várhatótól elmaradtak, és nem internalizálódtak. Az emocionális-indulati szabályozás készségei gyakorlatilag hiányoztak. Összességében személyisége prekonvencionális fejlettségi szintnek felelt meg. Cselekményét részben ismerte el (lopás), a gyilkosságot és a ház felgyújtását véletlenül tüntette fel. A cselekmény motivációja (olyan tárgy megszerzése, ami terhelt számára igen értékesnek tűnt), a gyilkosság és a ház felgyújtása, valamint a terhelt cselekmény elkövetése utáni viselkedése tudatos volt. A bíró értékelte a büntetés kiszabásakor a szakértő által feltárt egyéb, külső tényezők szerepét, valamint a terhelt morális-etikai és indulatszabályozási készségeinek alulfejlettségét.

A fiatalkorúak esetében (amennyiben a kóros elmeállapotot a pszichopatológiai tünetek elemzése alapján nem igazolható) azt kell bizonyítani, hogy az elkövető személyisége elég érett-e ahhoz, hogy a jogellenességet belássa és ennek a felismerésnek megfelelően cselekedjék.

Multi-level programok a depresszió és az öngyilkosság megelőzésében*Székely András¹, Purebl György¹, Kurimay Tamás², Tóth Mónika Ditta¹*¹Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
²Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
szekely7@gmail.com

Az elsődleges beavatkozási programok többféle fajtáját különböztethetjük meg, lehetnek általánosak, az egész lakosságot érintőek, szelektívek, amelyek a magasabb kockázatú csoportokra koncentrálnak, illetve célzottak, amelyeknek a célcsoportját azok képezik, akik még ellátást nem, vagy csak elvétve kapnak, de tüneteik alapján súlyos kockázattal rendelkeznek.

A depresszió- és öngyilkosság-megelőzés területén alkalmazott EAAD program egyszerre négy szinten avatkozik be a nagyobb hatás érdekében, egyesítve a háromféle elsődleges beavatkozást. Ezzel a módszerrel felerősödnek a szinergikus hatások, lehetővé válik az ellátási hiányokat legalább részben helyettesítő megoldások alkalmazása, illetve a különböző megközelítések integrálása, megvalósul a civil és államilag finanszírozott ellátási formák együttműködése. A többszintű beavatkozás célja a helyi közösségben a minél szélesebb körű társadalmi együttműködés elérése, valamint a hatékony megelőző készségek minél szélesebb körű oktatása, a kompetenciák, kompetenciahatárok tisztázása.

Ezzel a megközelítéssel a hazai és nemzetközi tapasztalatok szerint hatékonyan, egyes esetekben 50–60%-kal csökkenthető a befejezett öngyilkosságok száma. A hazai tapasztalatok szerint (Szolnok 2005–2006, Miskolc 2010–2011) a sikeres programok feltétele a megfelelő üzenet (a kezelés sikereire koncentráció a lehetőség helyett), a motivált, elkötelezett helyi szakembergárda, a rendszeres találkozás lehetősége, tapasztalat- és információcsere a helyi szakemberek közt, az információk célzott eljuttatása a kockázati csoportokhoz. A programokban kulcsszerepet töltenek be a bármikor bárhol elérhető, alacsony küszöbű szolgáltatások, mint a Leleki Elsősegély Telefonszolgálat (116–123).

A szkizofrénia új alcsoportosításával az asszociációs kérgi mezők kiterjedt, kétoldali károsodása tárult fel

Szendi István¹, Szabó Nikoletta², Domján Nóra¹, Kincses Zsigmond Tamás², Racsmány Mihály³, Palkó András⁴, Vécsei László², Janka Zoltán¹

¹Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika, Szeged

³Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

⁴Szegedi Tudományegyetem Radiológiai Klinika, Szeged
szendi.istvan@med.u-szeged.hu

A szkizofrénia patofiziológiai jelenségrendszerének tisztázásához a fenomenológiai heterogenitás csökkentésére van szükség, melynek egyik útja neurobiológiailag valid alcsoportok meghatározása. Jelen vizsgálatunknak kettős célja volt, egyrészt alternatív alcsoportosítási módszerek alkalmazásával a lehető legtöbb agyszerkezeti eltérést feltárni szkizofrén betegeknek, másrészt a strukturális MR eredmények tükrében vizsgálni az alcsoportosítási módszerek érvényességét. Nagy felbontású T1 súlyozott felvételeken optimalizált voxel-alapú morfometriával határoztuk meg a szürkeállomány lokális térfogati eltéréseit 21, a társadalomban integráltan élő, járóbeteg-ellátásban kezelt betegnél, és 13 egészséges kontrollszemélynél. Két konkurens módszer – Deficit és Nemdeficit felosztás (*Carpenter és mtsai*, 1988), valamint az S- és Z-klaszterekre bontás (*Szendi és mtsai*, 2010) – segítségével két-két alcsoportra bontottuk a betegek vegyes csoportját, és így hasonlítottuk szürkeállományi térfogati viszonyait egymáshoz és az egészséges kontrollszemélyekéhez. Mindkét alcsoportosításban több térfogati eltérés tárult fel, mint a betegek vegyes csoportjában, a legtöbb károsodás az S-klaszter és az egészségesek között volt azonosítható. A betegek robusztus, szisztematikus neurokognitív vizsgálatával elkülönített, kedvezőtlenebb, ún. S-klaszterében kiterjedt kétoldali, és specifikusan az asszociációs kérgi mezőket érintő eltéréseket mutattunk ki, leginkább a heteromodális és kisebb mértékben az unimodális asszociációs területeken. Bár az irodalomban teoretikusan kapcsolatba hozzák az asszociációs kérgi területek feltételezhető károsodását a betegség etiológiájával, ilyen mértékű agyszerkezeti eltérést specifikusan ezeken a területeken korábban kimutatni nem sikerült, és erre a megfelelőbbnek tűnő alcsoportosítás adott lehetőséget.

A serdülőkori internethasználat, az ADHD és a depresszió tüneteinek kapcsolata

Szentiványi Dóra¹, Bálint Mária², Dallos Gyöngyvér^{3,4}, Farkas Luca⁴, Gádos Júlia⁴, Horváth Lili Olga⁵, Keresztény Ágnes^{3,3}, Mészáros Gergely³, Velő Szabina¹, Sarchiapone Marco⁶, Carli Vladimír^{6,7}, Wasserman Camilla⁸, Hoven Christina⁸, Wasserman Damuta⁷, Balázs Judit^{4,5}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai

Kar Pszichológia Intézet Pszichológia Doktori Iskola, Budapest

²Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XII. kerületi

Tagintézménye, Budapest

³Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

⁴Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

⁵Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai

Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

⁶Department of Health Sciences University of Molise Molise, Olaszország

⁷Karolinska Institutet Stockholm, Svédország

⁸Child Psychiatric Epidemiology of Columbia University New York, USA

szentivanyidori@gmail.com

Bevezetés: Az utóbbi évtizedben egyre több vizsgálat foglalkozik az internet életünkre gyakorolt hatásaival, azonban még kevés adat áll rendelkezésünkre a felnövekvő korosztályok fejlődésére gyakorolt befolyásáról. Kutatásunk célja hazai szakiskolákban felmérni a fiatalok internethasználatának prevalenciáját, valamint a depresszió és ADHD tüneteinek kapcsolatát a maladaptív internethasználattal.

Módszerek: "A Fiatalok Életének Megmentése és Szerepvállalásuk/önállóságuk Növelése Európában" vizsgálat metodikáját követve 3 budapesti szakiskola érettségis nem adó osztályaiba járó diákjait (n=140) vontunk be a vizsgálatunkba. Használt eszközök: Young Diagnosztikus Kérdőív az Internetfüggőségről (YDQ), a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) és a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ). A YDQ pontszámai alapján a diákokat a következő csoportokba osztottuk: adaptív használó: 0–2 pont, maladaptív használó: 3–4 pont, patológiás használó: > 5 pont. Az adatok feldolgozásához az SPSS 20 programot használtuk.

Eredmények: A vizsgálatba bevont diákok átlagéletkora 15,00 év (SD=0,76) volt. A diákok 77,7%-a (n = 108) naponta használja az internetet, 17,3%-uk (n= 24) néhány alkalommal egy héten, 3,6%-uk (n=5) egyszer egy héten, és n=1 diák egyszer sem. A diákok 82,9%-a (n = 116) használja a mobiltelefonját is internetezésre. A diákok átlagosan 4,23 (SD= 3,84) órát töltenek az interneten. A diákok 80,7%-a (n=113) használja adaptívan az internetet, 13,6%-uk (n=19) maladaptívan, és 2,1% (n=3) patológiás használó. A problémás (maladaptív és patológiás) használók szignifikánsan magasabb pontszámokat (M=4,70 SD=4,56) érnek el a BDI-n, mint az internetet átlagosan használók (M=10,00; SD=8,42) (U [124] = 585,00; z = -3,107; p = 0,002). Szignifikánsan magasabb pontszámot (M=5,22 SD=1,77) értek el a problémás internetezők az SDQ hiperaktivitás skáláján, mint azok, akik megfelelően használják az internetet (M=3,57 SD=2,07) (U [135] = 651,00; z = -3,564; p < 0,001).

Következtetések: Budapesti szakiskolás diákok között magas a rendszeres internethasználat, és ez egyötödüknél már a nem adaptív tartományba esik. A problémás internethasználók között magasabb az ADHD és depresszió tünetek előfordulása. Fontos, hogy legyenek a fiatalok internethasználati szokásainak kialakítására irányuló prevenció programok.

Jelenthet-e sokat a kevés? Avagy a krízisosztály krízise

Szilágyi Simon

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai
Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Krízisintervenció
és Pszichiátriai Osztály, Budapest
szilagyi.simon@gmail.com

Dr. Csiszér Nóra főorvos asszony és *dr. Fűri Anna* pszichológus kollégák hozták létre kórházunkban 1983 februárjában a Krízisintervenció Osztályt, azzal a szándékkal, hogy a szuicid kísérletet elkövetett páciensek krízisterápiás ellátást kapjanak. Ezzel létrejött a szuicid krízisben lévő betegek igényeihez igazodó speciális ellátás.

Az OPNI bezárását követően, majd a területi ellátás régiókba szervezése kapcsán osztályunk a 31 éve folytatott krízisellátás és öngyilkosság-megelőző munka mellett feladatul kapta egy 230 ezres populáció általános pszichiátria ellátását is. Az elmúlt évek folyamán osztályunkat alkalmassá kellett tennünk általános pszichiátriai betegek kezelésére is. Ez a krízisbetegek, a szuicid kísérleten átesett páciensek kezelését megnehezítette. Ma a kapacitás szűkülés ellenére képesek vagyunk a krízisterápia fenntartására, sőt terápiás repertoárunkat bővíteni is tudtuk. A krízisterápia egy korlátozott célokat megfogalmazó, a pillanatnyi helyzetre koncentrálnó, elsősegély nyújtó beavatkozás. Szolgáltatásaink ezeken a szűkebb körű törekvéseken már túlmutatnak. A pszichiátriai, pszichoterápiás diagnosztika, a szociális háló feltérképezése, a gyógyszeres kezelés mellett törekszünk közép és hosszú távú terápiás célok megfogalmazására, a páciens segítésére, irányítására ezen az úton. Feladatainkat a Klinikai Toxikológiai Osztállyal szoros együttműködésben látjuk el. Napi munkánkat három konkrét eset ismertetésével szeretném bemutatni, melyek jól illusztrálják komplex terápiás megközelítésünket.

A szuicid-prevenció munka során különösen fontos a páciensre szabott pszichiátriai, illetve pszichoterápiás, valamint szociális jellegű diagnosztika. A rendelkezésre álló terápiás lehetőségek különböző hangsúlyú hadrendbe állítása szükséges. Páciensként változó, hogy a krízisterápia, öngyilkosság-megelőző munka a célokat illetően, illetve időben meddig terjedjen. Minden esetben kiemelt hangsúlyt kap a különféle terápiás megfontolások párhuzamos, egymást erősítő alkalmazása. Ez csak úgy valósulhat meg, hogy betegeinkel ún. mikroteamben dolgozunk, vagyis a pszichológus, pszichiáter, szociális munkás – különböző hangsúlyokkal – közösen, egymást támogatva vesz részt a munkában. Pszichológusaink a szuicid konzíliumok végzésében a pszichodiagnosztikában, a krízisterápiában, illetve a pszichoterápiás kezeléseknél is teljes értékűen vesznek részt.

A gondnokság alá helyezés új szabályozása – avagy a szakorvos és a szakértő felelőssége

Szilágyi Simon^{1,2}

¹Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Igazságügyi és Biztosítás-Orvostani Intézet, Budapest szilagyi.simon@gmail.com

Az új Ptk. hatálybalépésével a gondnokság alá helyezés szabályozása is módosult. Változott a nomenklatúra. Az új Ptk. mentális zavarról, a cselekvőképesség részleges és teljes korlátozásáról szól. A részleges korlátozás nem lehet általános, az ügycsoportok példálózó felsorolása is elmaradt. A legfontosabb változás talán a szubszidiaritás jogelvének hangsúlyozása. A cselekvőképesség részlegesen sem korlátozható, ha az érintett jogainak védelme más módon biztosítható. Új jogintézmény a támogatott döntéshozatal. A fentiekkel összefüggésben megnőtt a szakorvos felelőssége. Az ügycsoportok meghatározása – lévén ez jogi kérdés – bírósági kompetencia. Ugyanakkor a döntés megfelelő megalapozása minden szereplő kötelessége. Szakorvos a belátási képességről nem nyilatkozhat, de a kezelés folyamán fontos információk birtokába kerülhet, amelyekről véleményében nyilatkozhat. Előadásomat az új törvény alkalmazása kapcsán szerzett tapasztalataim alapján vitaindítónak szánom.

A pszichiátria „igazságügyi” kihívásai

Szilárd János

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai Klinika, Budapest szilard.janos@med.u-szeged.hu

Az igazságügyi pszichiátria gyakorlata nem mentes felzárkózásos véleményektől. Sok szakértői vélemény nem elégteleníti ki a „tankönyvi” követelményeket. Ennek oka: időhiány, és az, hogy sokan „mellékesen” végzik ezt a tevékenységet, ami sem a konkrét ügyekhez, sem saját továbbképzésükhöz nem ad elegendő időt és energiát. Sokan elégnak érzik az évtizedek előtti dogmákat. Aligha lehet az igazságügyi elmeorvosi tevékenységet (csak) hagyományos módon, leegyszerűsítő szemlélettel folytatni. Sok az új ismeret, de sok korábbi kérdés sincs megválaszolva.

Célkitűzés, dilemmák:

- a) Értelmi fogyatékoság–aluliskolázottság elhatárolása. A kettő nem azonos. Az intelligencia-tesztek haszna és korlátai (ld. simuláció). Az értelmi fejlődésben elmaradt fiatalok többsége mutat genetikusan, „organikus” de egyben szociokulturális handicapot is. Mekkora ezek relevanciája? Az élettapasztalatok, a befolyásolhatóság, megfontolatlanúság szerepe. Korábban vagy később lesz felnőtte a mai fiatal? IQ-EQ. Az akceleráció és az inger-infotömeg kölcsönhatása.
- b) A szkizofrén kórisméjének kritériuma. Szkizofrén epizódok nem alapozzák meg a szkizofrénia diagnózisát (ld. halottal beszélgetés, hallucinációk, félelmi állapotok.) Nem jogos a tartósan pszichésen egyensúlyban levő személyt egész életére megcímkezni, de exkulpálni sem. „Tényleges életfogytiglan?”
- c) Személyiségzavarok. Számptalan felosztás, divergáló nézetek. A jog kérdései: szenved-e személyiségzavarban, ez korlátozta-e? Tünetei eléri-e a betegségi szintet? Milyen kritériumok szerint? Ki nincs érintve? (Milyen szempontból?) Mi a „betegség szintű” állapot? Ha betegség szintű a személyiségzavar, az már nem csupán személyiségzavar. Hol a határ? Lényeg: Életvezetésben, tetteiben mekkora és tartós-e a kóros jegy hatása (pl. kényszerek, hangulati ingadozások, irritabilitás, kverulancia stb.)
- d) Komorbiditás (szomatikus károsodás, borderline, emocionális zavarok, hipermotilitás)
- e) Gyógyszerek és drogok mellék- és kölcsönhatásai. Új drogok hatása. Az úgynevezett önhiba ebben. Tudatzavarok (kóros–nem kóros) Pl. nyugtatók, új drogok hatása.
- f) Lehet-e „mellékesen” végezni a szakértést?
- g) Sokszor szükséges lenne intézeti megfigyelés. Hol, mikor?
- h) Utánpótlás–továbbképzés.
- i) Rendszeres visszajelzés és konzultáció szükségessége. (A klinikopatológiai megbeszélés analógiája.)
- j) A szociális és egészségügyi szempontok összemossa.
- k) A szakértői tevékenység anyagi és szervezeti megbecsülése. Ki a gazda?

22q11.2 deléciók azonosítása a magyar szkizofrénia biobank mintáin multiplex ligációs alapú próba amplifikáció (MLPA) módszerrel

Szöcs Katalin¹, Klein Isabella¹, Hermán Levente¹, Benkovits Judit¹, Kiss Eszter², Réthelyi János¹

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem II. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
szocs.katalin@med.semmelweis-univ.hu

A szkizofrénia súlyos pszichiátriai betegség, amelyet heterogén klinikai tünetek – hallucinációk, téveszmék, érzelmi elsvárosodás, szociális izoláció és dezorganizált viselkedés – jellemeznek, élettartam prevalenciája világszerte 0,5–1,2 %. Jelenlegi tudásunk szerint a betegség genetikai hátterére magas, 0,8 körüli heritabilitás, valamint komplex architektúra jellemző, többféle típusú genetikai variációnak lehet jelentősége a betegség kialakulásában. Az elmúlt évek kutatásai nyomán több ismerettel rendelkezünk a szkizofrénia genetikájáról, de az eredményeket egyelőre nem lehet egységes oksági modellbe rendezni. A gyakori variánsok, az egynukleotidos polimorfizmusok (SNP-k) mellett a szkizofrénia genetikai hátterében fontos szerepet játszanak a ritka variánsok, elsősorban a gén kópiaszám változatosság (copy number variation, CNV). Ezek 1–2 Mb méretű mikrodélációk vagy mikroduplicációk. Előfordulásuk a páciensek körében 1% alatti, de esélyhányadosuk rendkívül magas, 5–20 közötti.

A leggyakoribb szkizofréniahoz köthető CNV, amely korábbi vizsgálatok alapján a betegek 1%-ában fordul elő, a 22q11.2 deléció. A többi CNV-hez hasonlóan ennek a deléciónak is pleiotropikus a hatása, változatos fejlődési rendellenességekkel és neuropszichiátriai fenotípusokkal, hiperaktivitással, szubnormális intellektussal vagy szkizofréniaival járhat. Az eltérő megjelenési formákat korábban különböző szindrómákként írták le, (*DiGeorge*, *velo-cardio-faciális [VCFS]*, *Shprintzen*, *Sedlackova*, *conotruncal anomaly face szindróma*), azonban ezeknek ugyanaz a genetikai variáns az alapja.

Jelen vizsgálatunkban a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika biobankjában szereplő, szkizofréniaival diagnosztizált páciensek (n=450) DNS mintáit vizsgáljuk a 22q11.2 deléció szempontjából. A vizsgálathoz multiplex ligációs alapú próba amplifikációt (MLPA) használunk, amely egy polimeráz láncreakció (PCR) alapú technológia. Ennek előnye az alternatív fluoreszcens in situ hibridizációs (FISH) vizsgálatokkal szemben, hogy gyorsabb, olcsóbb, egyszerre sok minta vizsgálható és DNS mintán is elvégezhető. Távolilag felmerül a módszer klinikai szűrésben való alkalmazhatóságának kérdése, melyet bemutatunk a poszterben.

A kutatást az Nemzeti Agykutatási Program NAP-B 888812 számú pályázata támogatta.

Pszichoterápiás kompetenciák az ambuláns pszichiátriai gyakorlatban: csapda, segítség vagy akadály?

Bokor László, Szőnyi Gábor

MentalPort Kft, Budapest
szonyi@pszichoterapia.hu

Szokványosan közelítve „a pszichoterapeuta urizál; csak egyszer próbálna ki, milyen a rendelésen 30–40 beteggel kezdeni valamit”. A másik oldalról „a pszichiáter diagnózisokat lát maga előtt, s szakmánya’ írja fel a gyógyszer; csak egyszer próbálna ki, milyen a mélységekkel szembeülni”. A pszichoterapeutaként is dolgozó pszichiáter pedig ide-oda billen a két állapot között.

A munkacsoport résztvevőit arra invitáljuk, hogy vegyünk komolyan a kérdést, s nézzük meg együtt: Mi történik, ha pszichoterápiás munkamóddal vetnénk be magunkat a pszichiátriai rendelésbe? Mi történik, ha pszichiáteri attitűddel ülnénk a pszichoterápiás órákon? A munkacsoport vezetőiként ehhez néhány dimenziót különítünk el, hogy eltérhessünk bejáratott elképzeléseinktől.

Az idő-dimenzió: *Bálint Mihály* és munkatársai vizsgálatának egyik eredménye szerint egy interjúban nagyjából kialakul a szakemberben a pszichiátriai diagnózis és/vagy a pszichodinamikai hipotézis. Az interjú fennmaradó része többnyire a megerősítést szolgálja. Hogyan hat rám, ha sorozatban, egy-egy betegre 15 percet szánva pszichiáteri beállítódással folytatom az interjúkat? Mi lesz velem, ha ezt pszichoterapeuta-munkamóddal teszem?

Milyen, ha pszichiáteri kontroll stílusban egyszerre csak egy teljes órán át kell hallgatnom a beteget? Két-három naponta egy-egy órán át? Hónapokon, éveken keresztül?

A kompetencia-dimenzió: A pszichiáter-képzés tartalmaz bizonyos pszichoterápiás ismeretet, módszert, gyakorlatot; a pszichoterapeuta-képzés valamennyire felvértezi a jelölteket diagnosztikai és biológiai terápiás tudással. A szakmai életpálya-kutatások azonban komoly problémákra hívják fel a figyelmet. Egyrészt kellő mennyiségű gyakorlat nélkül nem alakul ki alkalmazási kompetencia, másrészt a megszerzett kompetencia kellő gyakorlásának hiánya frusztrációs körökhöz, kiegészhez, szakmai elbizonytalanodáshoz vezet. Hogyan kap helyet pszichoterápiás kompetencia a pszichiáter működésében, pszichiáter-kompetencia a pszichoterapeuta munkájában? Mi van, ha a páciens pszichoterápiás figyelmet vár a pszichiátertől? Pszichiáteri vonalvezetést a pszichoterapeutától?

A beállítódás-váltás dimenzió: A pszichiáteri és a pszichoterápiás munkamód néhány vonása eltér egymástól, mint például a kapcsolat hangsúlya, keretének kezelése, az orvos, a terapeuta önreflektivitásának használata. Hogy megy a váltás, ha mindkettő része a szakmai munkának?

„Férfi klimax”, avagy amiről nem beszélünk, az nem is létezik?*Takács Éva Judit*

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ II. Belgyógyászati Osztály, Budapest

A nőkhöz hasonlóan az életkor előrehaladtával a férfiaknál is végbemegy egy bonyolult hormonális változás. Az ezzel kapcsolatos ismeretek nem olyan kiterjedtek, mint a női hormonális változások esetén. Ennek oka, hogy a női klimax, a ciklus elmaradásával „szembetűnőbb” és drasztikusabb tünetekkel jár. Míg a nőknél ez a folyamat átlagosan 5 év alatt végbemegy, a férfiaknál mindez fokozatosabb. A tesztoszteron szint már 30 éves kor körül elkezdhet észrevétlenül csökkenni, és 50–55 éves kor körül jelennek meg a tünetek. Csökkent nemi vágy, erektilis diszfunkció, a fizikai és szellemi teljesítőképesség csökkenése, alvászavar, hangulatváltozások, ingerlékenység, testösszetétel változás, vérszegénység, krónikus fáradtság, csontritkulás, vegetatív tünetek mutatkoznak. A klinikai tünetek és a hormonhiány felveti a hormonpótlás lehetőségét. Ennek előnyei-hátrányai azonban jelenleg vita tárgyát képezik (kardiovaszkuláris biztonságosság, prosztata daganatképződés stb.). Ugyanakkor bizonyított, hogy az életmódváltás (testsúlycsökkentés, testmozgás stb.) emeli a tesztoszteron szintet. Mi tehát a teendő?

A képi kifejezés-pszichológia különböző módszereinek alkalmazása pszichiátriai betegek ellátásában*Takács Marianna*Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
marianna@freemail.hu

A hazai ellátásban is egyre gyakrabban alkalmaznak rajzvizsgálati módszereket a diagnosztikában és az egyes terápiákban. Az előadásban a képi kifejezés-pszichológia olyan módszereit mutatom be, amelyek lehetőséget adnak pszichiátriai betegekben zajló pszichés folyamatok új szempontú megismerésére (ház-, fa-, állat-, ember-, szabadrajz-teszt (HTAPF), Firkatesztek, Projektív anya-gyermek rajz, Élettér-teszt, Körök-teszt [SSDT], Ötlépéses-modell stb.).

A rendszerszemléletű képelemzéssel (SSCA) lehetővé válik a személyiség nehezen feltárható rétegeinek vizsgálata. Az eredmények többletjelentéssel egészítik ki a meglévő ismereteket, ezáltal az aktuális állapothoz igazodva tervezhetőbbé, hatékonyabbá válhat a betegellátás. Az esetismertetésekkel betekintést nyerhetünk az egyes betegségtípusok esetén eredményesen alkalmazható tesztek gyakorlatába is.

Demenciában szenvedő páciensek akut pszichiátriai osztályra történő felvételének okai

Takács Rozália, Gazdag Gábor

Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Merényi Gusztáv Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Budapest
paleocerebellum@yahoo.com

Bevezetés: a 65 év feletti népesség kb. 10–15 %-át érinti a demencia valamely formája, a 85 év felettieknek pedig már kb. 30%-át. Hazai adatok alapján a betegség 60 éves kor felett a férfiak több mint 8 %-át, a nők több mint 17%-át érinti. Magyarországon jelenleg 150–300 ezer közöttire tehető a demens betegek száma, ebből kb. 30 ezer él Budapesten. A betegség, illetve a társuló pszichiátriai tünetek jelentős terhet rónak az ebben a kórképben szenvedő betegekre és hozzátartozóikra. A szindrómához társuló delírium, pszichotikus tünetek, magatartásváltozás, alvás-ébredés ciklus változása gyakran képezi kórházi beutalás tárgyát.

Célkitűzés: Pszichiátriai osztályra, demencia szindróma miatt felvett betegek leggyakoribb, beutalási indokot képező tüneteinek feltérképezése.

Anyag és módszer: 2014. 08. 01.–2014. 10. 30. között az Egyesített Szent István és Szent László Kórház (ESZSZK), Merényi Gusztáv Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumba, demencia szindróma miatt felvett betegek adatainak retrospektív vizsgálata, ezek statisztikai feldolgozása, különös tekintettel a pszichiátriai osztályra történő felvétel okát képező tünetekre, a felállított diagnózisra, korra, nemre és a páciensek további sorsára.

Eredmények: Az adott időintervallumban felvett 450 beteg 32%-ánál lehetett felállítani a demencia valamely formájának diagnózisát. A pszichiátriai osztályra felvett betegek többsége nő volt. Az akut felvételt indokló leggyakoribb ok a zavartság, pszichomotoros agitáció, agresszivitás, otthonról való céltalan elkóborlás és a szuicid kísérlet volt. Az esetek 41 %-ában kevert etiológiájú (vaszkuláris és primér neurodegeneratív komponensű) demencia fordult elő, ezt követte a vaszkuláris típusú demencia. A vizsgált betegek közel 30%-át lehetett otthonába bocsátani megfelelő felügyelet mellett, további 26%-ának felvételt követően belgyógyászati jellegű problémája alakult ki, ami miatt szükségessé vált áthelyezésük belgyógyászati osztályra. A betegek 12%-át sikerült megfelelő szociális otthonba helyezni.

Következtetések: Az akut pszichiátriai osztályos felvételek jelentős hányadát képezi a demens betegek el látása. A felvételt indokló leggyakoribb tünetek a pszichomotoros agitáció, agresszivitás, szuicid kísérletek, otthonról történő elkóborlás. A betegek jelentős hányadánál a tünetek háttérben belgyógyászati probléma volt feltárható. A betegek kis hányada került be a szociális ellátórendszerbe.

Családállítás a pszichiátriai megbetegedésben szenvedők pszichoterápiájában

Angster Mária, Tar Zsuzsa

Mensana 2004. Kft., Budapest
tarzsuzsa2@gmail.com

A transzgenerációs traumákat és a tudattalan sorsköteket felderítő családállítás a pszichiátriai megbetegedések kezelésében is újat hozott. Bert Hellinger – a módszer atyja és a környezetében élő aktív pszichiáterek egybehangzó tapasztalata – szerint sokszor a családi titoknak számító transzgenerációs traumák, a nehéz sorsú családtagokkal vállalt szolidaritás, a történetek áldozataival és a tetteivel való egyidejű azonosulás is áll a megbetegedések háttérben. Ezek a történetek az esetek nagy részében a traumát elszenvedők utáni második, illetve harmadik generációban bukkannak felszínre egy-egy családtag betegségének formájában. Ha a családállítás során sikerül a felszínre hoznunk a megbetegítő dinamikát, a tünetek is enyhülhetnek, illetve meg is szűnhetnek. Ezekre a történetekre, mivel nem a beteg sajátjai, és sem a nehéz sorsú személy, sem maga a történet nem ismert sem a maga, sem a családja számára, a pszichoterápiában nem derül fény.

Célom és törekvésem, hogy megtaláljam a pszichiátriai megbetegedéseket okozó dinamikákat. Sokszor tapasztalom, hogy a beteg és családjának ismert élettörténete nem magyarázza teljesen a beteg állapotát, ugyanakkor érzékelem a gyógyulás útjában álló akadályt. Ennek felderítésére fordultam a családállítás módszerére, amely mára az erre alkalmas betegek kezelésében fontos kiegészítő eszközzé vált. A megoldhatatlannak látszó elakadások megszüntetése, az egyes tünetek gyors javulása, illetve megszűnése indított bennünket arra, hogy példákkal illusztráljuk együttműködésünk eredményeit. Ismertetjük sikertörténeteinket, ahol a családállítással is megtámogatott terápia során a betegek teljesen rendeződtek, és szó lesz azokról az esetekről is, ahol világossá és érthetővé vált ugyan a betegséget okozó dinamika, ám a gyógyulás elmaradt.

A családállítás módszerének rövid ismertetését követően vázoljuk együttműködésünket, a közös munkánkban a magunk számára leszűrt szabályokat, tapasztalatokat. A fennmaradó időben pedig egy a résztvevők által hozott eset kapcsán demonstráljuk a családállítás szempontjai szerint való vizsgálódás és az állítás menetét.

Minor fizikális anomáliák szkizofrén betegek hozzátartozói között. Szisztematikus áttekintés

Tényi Tamás¹, Hajnal András^{1,2}, Halmai Tamás², Herold Róbert¹, Simon Mária¹, Trixler Dániel², Varga Eszter², Fekete Sándor¹, Csábi György³

¹Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem Klinikai Idegtudományok Doktori Iskola, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
tenyi.tamas@pte.hu

A minor fizikális anomáliák olyan enyhe, klinikailag és kozmetikailag nem jelentős morfogenetikai hibák, melyek prenatális eredetűek és diagnosztikai, prognosztikai és epidemiológiai szempontból egyaránt jelentős információkkal rendelkeznek. Mivel mind a kültakaró, mind az agy ektodermális eredetű, a minor fizikális anomáliák gyakrabban jelennek meg neurodevelopmentális zavarokban. Újabban szaporodnak a vizsgálatok, amelyek a minor fizikális anomáliák gyakoriságát szkizofrén betegek tünetmentes hozzátartozói körében is vizsgálják. A szakirodalom áttekintése során 11 eredeti közleményt és egy meta-analízist azonosítottunk, amelyek szkizofrén betegek tünetmentes hozzátartozói körében vizsgálták a minor fizikális anomáliák prevalenciáját, a vizsgálatok eredményei azonban ellentmondásosak. Úgy véljük, a minor fizikális anomáliák tanulmányozása szkizofrén betegek hozzátartozói esetében, a minor malformációkat és a fenogenetikai variánsokat pontosan differenciáló Méhes-skálával, további lehetőséget biztosít majd a szkizofréniára specifikus minor anomália profil, mint lehetséges endofenotipus körülhatárolására.

A szerzők 2014-től a Nemzeti Agykutatási Program – KTIA – 13 - NAP-A-II/12 támogatásával dolgoznak.

Irodalom

Tényi T, Hajnal A, Halmai T, Herold R, Simon M, Trixler D, Varga E, Fekete S, Csábi Gy: Minor fizikális anomáliák szkizofrén betegek hozzátartozói között. Szisztematikus áttekintő közlemény. *Psychiatr Hung*, 2014;29, 208–213.

Szociális kognitív eltérések szkizofrén páciensek első fokú hozzátartozói között. Szisztematikus áttekintés

Hajnal András^{1,2}, Herold Róbert¹, Varga Eszter², Simon Mária¹, Halmai Tamás², Németh Nándor², Fekete Sándor¹, Trixler Dániel², Tényi Tamás¹

¹Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem Klinikai Idegtudományok Doktori Iskola Pszichiátria Program, Pécs
tenyi.tamas@pte.hu

A szociális funkciók károsodása, a szociális illeszkedés nehézségei gyakori eltérések szkizofrén páciensek esetében. Befolyásolhatják a páciensek életminőségét, így ezeknek az eltéréseknek a hátterében meghúzódó mechanizmusok feltárása alapvető fontosságú. A szkizofrén páciensek mellett azok első fokú rokonainál, illetve az un. magas pszichóziskockázatú (ultra high risk for psychosis) csoportba tartozó személyeknél is találkozunk a szociális kognitív funkciók károsodásának leírásával. Ebben a dolgozatban szkizofrén betegek első fokú rokonai körében folytatott olyan vizsgálatokat ismertettünk, amelyek a hozzátartozók esetében tanulmányozták a szociális kognitív területén észlelhető esetleges eltéréseket. A szakirodalom áttekintése során 2 meta-analízist és 15 eredeti közleményt azonosítottunk. Az áttekintett vizsgálatok során különféle szociális kognitív vizsgálatot végeztek szkizofrén páciensek első fokú rokonainak bevonásával, az eredmények ellentmondóak, mind pozitív, mind negatív eredmények is leírásra kerültek, illetőleg nem szociális jellegű kognitív eltérések is észlelhetőek voltak. A különbségek hátterében eltérő módszertani eljárások is valószínűsíthetőek. Összességében azonban az első fokú rokonok szociális funkcióinak érintettsége körvonalazódott, melynek alapján felmerül a szociális kognitív funkciók lehetséges endofenotipikus szerepe szkizofréniában.

A szerzők 2014-től a Nemzeti Agykutatási Program – KTIA – 13 - NAP-A-II/12 támogatásával dolgoznak.

Irodalom

Hajnal A, Tényi T, Varga E, Simon M, Halmai T, Németh N, Fekete S, Trixler D, Herold R: Szociális kognitív eltérések szkizofrén páciensek első fokú hozzátartozói között. Szisztematikus áttekintő közlemény. *Psychiatr Hung*, 2014;29, 301–307.

Demencia-kutatás a déalföldi idős populációbanTill Zsolt^{1,2}, Nyári Tibor³, Barabás Katalin¹¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, Szeged²Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest³Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet, Szeged
zsolt.till104@gmail.com

Bevezetés: A demenciával, illetve annak szövődményeivel minden orvosi szakterület találkozhat. Saját vizsgálatunk csatlakozott a TÁMOP-4.2.2.A-11/1/Konv-2012-0052 számú pályázatban vállalt feladatok sorához. A 65 évnél idősebb korosztály vizsgálatával megpróbáltuk feltárni a déalföldi régió idős populációjának szociodemográfiai helyzetét, életmódbeli jellemzőit, a demencia előfordulási gyakoriságát, illetve kíváncsiak voltunk, van-e kapcsolat jelenlegi betegségek és a demencia között.

Minta és módszer: A vizsgálatban 277 fő válaszait vettük értékelhetőnek (75% nő, 25% férfi). Az átlagéletkor nők esetében 75,3±5,1; férfiak esetében 73,6±7,0 év volt. A vizsgálat elvégzéséhez összetett tesztbateriát használtunk, amely a Minimal Mentál Tesztet, a Brink-féle időskori depresszió skálát, a Mossey-Shapiro szubjektív egészségi állapot mérő skálát, az étellel való elégedettség mérését, illetve a koherencia érzést vizsgáló kérdőívet tartalmazta. A normál és a demens csoportok összehasonlítására χ^2 próbát és Wilcoxon-tesztet alkalmaztunk. A demencia kockázati faktorait logisztikus regresszióval elemeztük.

Eredmények: Az általunk vizsgált populáció 59,21%-a normál kognitív állapotú, míg 40,79%-a demenciára jellemző tüneteket mutatott. Az életkor (OR: 1,1) és az alacsony iskolai végzettség volt jelentős rizikófaktora a demenciának. A demencia a vizsgált populációban leggyakrabban a pszichiátriai ($p=0,001$) és egyéb központi idegrendszeri megbetegedésekkel ($p=0,01$), illetve a diabéteszrel mutatott ($p=0,001$) komorbiditást. Egyéb krónikus betegségekkel nem mutatott szignifikáns összefüggést. Számos statisztikai próbával erősítettük meg, hogy markáns szignifikáns kapcsolat van a demencia és a depresszió között ($p=0,001$). Az általunk vizsgált idős betegek önértékelési, elégedettségi válaszai nem mutattak különbséget a demens és normál csoportot illetően. Az egészségi állapot szubjektív megítélésében sem volt különbség a két csoport között.

Konklúzió: A pályázat lehetőséget nyújtott egy olyan adatbázis létrehozására, amely alapjául szolgálhat egyéb analitikus, újabb összefüggéseket kereső munkáknak. Eredményeink továbbá felhívták a figyelmet arra, hogy az antidepresszív pszichoterápia, illetve gyógyszeres kezelés, különösen az intézményekben élő idősök esetében a demenciát megelőző, illetve a folyamatot esetleg lassító hatású lehet. A diabéteszrel talált összefüggés további kutatásra inspirál.

Olvadási nehézség spektrum melletti komorbid pszichiátriai zavarok gyermekeknélTárnokiné Törő Krisztina^{1,2}, Pers Kovács Gábor³, Horányi Eszter³, Miklósi Mónika^{3,4}, Balázs Judit^{3,5}¹Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest²Vecsés Város Önkormányzat Családsegítő és Gyermekejóléti Szolgálat, Vecsés³Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet Fejlődés- és Klinikai

Gyermekejóléti Tanszék, Budapest

⁴Heim Pál Gyermekkorház Mentálhigiéniai Központ, Budapest⁵Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

torokrist@hotmail.com

Bevezető: Az olvasási zavar (RD) egyik leggyakoribb pszichiátriai probléma gyermekeknél, élettartam prevalenciáját 5–17,5% között találták definíciótól és vizsgálati eszköztől függően. Nemzetközi kutatások beszámoltak arról, hogy az RD ritkán áll fenn komorbid zavarok nélkül. Vizsgálatunk célkitűzése az volt, hogy hazai mintán felmérjük RD diagnózisú gyermekeknél a komorbid pszichiátriai zavarok előfordulási gyakoriságát.

Módszer: A vizsgálatba a Vecsési Családsegítő és Gyermekejóléti Szolgálat ellátási területéről vontunk be gyermekeket. Az RD diagnosztizálására a „Dyslexia Differenciáldiagnóza Maastricht” (3DM-H) tesztet, a komorbid zavarok felmérésére a Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview kérdőívet használtuk.

Eredmények: Vizsgálatunkba 212 gyermeket vontunk be, az RD csoportba 130 fő (40,0% lány, átlagéletkor 10,23 év, SD=2,12; tartomány: 6–12 év), a kontrollcsoportba 82 gyermek tartozott (39,0% lány, átlagéletkor: 9,66 év, SD=2,12; tartomány: 7–15 év). A két csoport nem különbözött a nemek arányában ($\chi^2(1)=0,020$ $p=0,888$) és az életkor tekintetében ($t[212]=1,912$ $p=0,057$). A pszichiátriai zavarok közül mind az externalizáló ($\chi^2[2]=10,873$, $p<0,001$), mind az internalizáló ($\chi^2[2]=7,086$, $p<0,008$) zavarok szignifikánsan gyakrabban fordultak elő az RD csoportban, mint a kontrollcsoportban. Major depresszív epizód 4,6%-ban, dystímia 5,4%-ban, szeparációs szorongás 16,2%-ban, specifikus fóbia 6,2%-ban, generalizált szorongásos zavar 5,4%-ban, figyelemhiányos hiperaktív zavar 25,4%-ban és oppozíciós zavar 7,8%-ban fordult elő az RD mellett.

Következtetés: Vizsgálatunk felhívja a szakemberek figyelmét, hogy fontos az RD mellett az esetlegesen fennálló internalizáló és/vagy externalizáló zavarok felismerése és adekvát kezelése.

Az erotofóbia kockázati tényezőinek nemi eltérései

Török Imre András, Vincze Gábor

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula
torokia@gmail.com

Cél: Az erotofóbia a szexualitás humánétológiai szerepénél fogva feltehetően elsősorban nem genetikai meghatározottság alapján alakul ki. Háttérben nevelési hatásokat, identitással kapcsolatos zavarokat, életeseeményeket feltételezünk. Genetikai tényezők azonban a szorongásosságon keresztül fejthetnek ki hatást. Célunk, hogy a két nem esetében eltérő etiológiát feltételezve a meghatározó nevelési és temperamentumváltozókat megtaláljuk.

A kötődési intimitás és a kötődési függés szerepét is eltérőnek feltételezzük az erotofóbia kialakulásában a két nem esetében. Az intimitás inkább szeretetkapcsolati igény testi és lelki viselkedéselemekkel. A függés inkább megfelel az egyedfejlődésben is szükséges biztonságigénynek, amely inkább a tartós kapcsolatok jellemzője.

Módszer és eszközök: Vizsgálati mintánkba 380, felsőoktatásban résztvevő (244 nő 136 férfi), 19–26 év közötti hallgató került. A kötődés mérésére az ECR-R kérdőívet használtuk. A temperamentumot az SPSRQ-val, a vonásokat a SSS-V-tel és a Spielberger kérdőívvel mértük. Az erotofóbiás elkerülést az FSS-sel, a szülői nevelési attitűdre való visszaemlékezést a szülői bánásmód kérdőívvel (EMBU-r) mértük fel.

Eredmények: A férfiak esetén a regresszió-elemzés az apai túlóvó- és az anyai meleg attitűd pozitív értékét mutatta ki. A pozitív kötődési függés védőfaktornak bizonyult, míg a szociális fóbiás elkerülés növelte az erotofóbia kockázatát. A nők eredményei a büntetés érzékenység temperamentum-jellemzőt is kiemelték. A visszautasító apa negatív hatása érvényesült. A kötődési intimitás és függés negatív átélése pozitív hatást mutatott az erotofóbiára.

Összegzés: A férfiaknál elsősorban a szülői nevelési hatások, az apa túlóvása jelent meg a szociális fóbiás elkerülés mellett. A nőknél komplexebb hatást találtunk. A szorongásosság temperamentum növelte az erotofóbia kialakulásának kockázatát, és az apai visszautasítás a női identitásra való negatív hatáson keresztül tovább növeli a kockázatot. A szociális fóbiás elkerülés mellett az agressziótól való fokozott félelem is veszélyeztető faktor volt.

IfightDepression – az első hazai, depresszió ellenes weboldalrólTóth Mónika Ditta¹, Németh Adrienn², Székely András¹, Purebl György¹¹Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
²Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest
tmonika85@gmail.com

Háttér: A PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) Program 2012 októbere és 2014 szeptembere között zajlott egy multientrikus kollaboráció keretében. A projekt fő célja a depressziós páciensek kezelése, illetve a betegséggel kapcsolatos ismeretek bővítése E-health technológia segítségével.

Célkitűzés: Fő cél egy internet alapú, kognitív viselkedésterápiás elemekre épülő önségítő eszköz kifejlesztése, illetve egy bárki számára hozzáférhető, ismeretek bővítésére alkalmas, szakmailag megbízható weboldal létrehozása. Mindkét felület 9 különböző nyelven – köztük magyarul – egységes struktúrával és tartalommal jött létre, a téma nemzetközileg elismert szakembereinek közreműködésével. Az első évben a háziorvosok és mentálhigiénés szakemberek képzése történt az önségítő programmal kapcsolatban, akik saját pácienskörükben ajánlották az eszközt, a már meglévő kezelés kiegészítéseként. A tesztfázisban történt az önségítő eszköz felhasználhatóságának és elfogadhatóságának kiértékelése mind a páciensek, mind a szakemberek körében.

Módszerek: A projekt valamennyi szakasza átfogó kiértékelő stratégiákat foglalt magában (folyamat- és eredményértékelés). A felhasználó páciensek, a programban résztvevő szakemberek, illetve a weboldal látogatói is elégedettségi kérdőívet töltöttek ki. A tesztfázis második szakaszában standardizált fókuszcsoportos interjúk történtek, egészséges internethasználók, szakemberek és páciensek körében.

Eredmények: A képzésben összesen 53 szakember vett részt, akiknek a segítségével az önségítő eszközt összesen 42 páciens használta (17–60 éves). Értékeléseik alapján az önségítő program témaköreit rövidítettük, több grafikus elem került be, illetve strukturáltabbá vált a program. Nagyobb hangsúlyt kapott az alvás modul, melyet a leghasznosabbnak vélték a felhasználók. A bárki számára hozzáférhető weboldal látogatói közül 81 fő töltötte ki az elégedettségi kérdőívet. A weboldalt 66%-uk információért, 33%-uk segítségért kereste fel, és 38%-uk meglehetősen, míg 58%-uk teljes mértékben hasznosnak tartotta.

Megbeszélés: A 6 országban lezajló fókuszcsoportok és elégedettség vizsgálatok alapján a program és a weboldal optimalizálása lezajlott. További célunk a weboldal és az önségítő eszköz további népszerűsítése szakmai, illetve nagyobb nyilvánosságban, hogy minél több felhasználó tudomást szerezzen erről a megbízható, interneten hozzáférhető segítségről.

A hirtelen szívhalál lelki kockázata

Tringer László

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Budapest
tringer.laszlo@chello.hu

Számos megbízható vizsgálat tanúsítja, hogy a szív működés akut zavarainak és a hirtelen szívhalálnak a hátterében pszichológiai tényezők is szerepet játszanak. A szerző sorra veszi azokat a szívparamétereket, amelyek a központi idegrendszer szabályozó struktúráinak működésére, közvetve a személyiség egyes vonásaira utalnak. Majd részletesen tárgyalja azokat a vizsgálatokat, amelyek a különféle emocionális állapotoknak a szív működésre kifejtett hatását igazolják.

Végül a hirtelen halállal kapcsolatos nézetek alakulásán keresztül a mai embernek a halálhoz való viszonyát elemzi. A régi korok embere azért imádkozott, nehogy hirtelen haljon meg, s így ne legyen ideje felkészülni a halálra. A mai korban inkább a hirtelen elmúlást választanánk, nehogy – mint Epiktétosz – találkozzunk a halállal.

Középiskolások és fiatal felnőttek egészségtudatosságának és mentálhigiénés ismereteinek fejlesztése

Turjányi Katalin

Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest
turjanyk@freemail.hu

Napjaink paradigmaváltása, hogy a már kialakult betegségek gyógyítása mellett, egyre nagyobb hangsúlyt kap a megelőzés, a felvilágosító munka, az edukáció.

A leggyakoribb testi betegségekkel kapcsolatos felvilágosító tevékenység már komoly múltra és eredményekre tekinthet vissza, de nem mondható ez el a pszichés megbetegedésekről.

Előadásomban a fiatalok körében végzett mentálhigiénés ismereteket átadó és elsődleges prevenciót nyújtó oktató-nevelő tevékenységről adok rövid összefoglalót.

Trauma, tudatos jelenlét, empátia

Unoka Zsolt, Vizin Gabriella, Strényer Zsuzsa,
Birchner Julianna

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Budapest
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

A korai traumatikus élmények, valamint a testi, az érzelmi és a szexuális bántalmazás az érzelemszabályozás és a társas megértés zavaraihoz vezethet biológiai és lélektani mechanizmusok révén. Bántalmazás okozta érzelemszabályozási zavarok megnehezíthetik a tudatos jelenlétet, illetve az empátikus rendszert aktiváló helyzetekben felmerülő distressz szabályozását. Vizsgálatunk célja a korai bántalmazás és a felnőttkori tudatos jelenlét és empátia közötti kapcsolat elemzése.

Minta: 152 egészséges személy (70% nő; átlagéletkor: 37,35 év, SD:13,9), 176 mentális zavarban szenvedő személy (74% nő; átlagéletkor:40 év, SD:13,48), akik major depresszióban, szorongásos zavarokban és személyiségzavarokban szenvednek.

Módszerek: A korai traumák, testi, érzelmi, szexuális bántalmazás súlyosságának vizsgálatára az ETI-SR kérdőívet (Bremner és mtsai, 2007) használtuk. A tudatos jelenlét mértékét, azaz hogy valaki mennyire képes nyitott, ítélkezésmentes módon figyelni a jelen pillanatra, a Tudatos jelenlét és figyelem (MAAS) kérdőívvel (Simor és mtsai, 2011) mértük. A Társas Reaktivitás Index kérdőívvel (Davis, 1980) mértük az empátiás törődés, az empátiás distressz, a perspektíva-váltás és a fantázia dimenzióit.

Eredmények: Korai traumatikus élmények és bántalmazási formák szignifikáns és pozitív kapcsolatban álltak az empátiás distresszrel és negatív szignifikáns kapcsolatban a tudatos jelenléttel. A tudatos jelenlét szignifikáns pozitív kapcsolatban van a perspektíva-váltás készséggel és negatív kapcsolatban az empátiás distresszrel.

Diskusszió: Korai traumatizációval szoros kapcsolatban álló fokozott empátiás distressz megnehezíti, hogy társas helyzetekben megfelelően reagáljunk. A tudatos jelenlét készsége csökkent empátiás distresszrel és fokozott perspektíva-váltási készséggel jár. A korai traumatikus élmények és a bántalmazás átélése szoros kapcsolatban van a tudatos jelenlét alacsony fokával, ami felveti a lehetőségét, hogy a traumát átélt személyek tudatos jelenlét kezelése terápiás lehetőségeket rejt magában.

Neuropszichológiai deficit borderline személyiség-zavarban. Az együtt előforduló mentális zavarok és más moderáló hatások vizsgálata: egy meta-analízis

Unoka Zsolt¹, Richmann Mara Joy²

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Budapest
²Department of Psychology Kalamazoo College Kalamazoo,
Michigan USA
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

A borderline személyiségzavarra jellemző hangulatin-gadozás, impulzivitás, társas kapcsolatok zavarai hátterében álló deficitek azonosítására irányuló neuropszichológiai vizsgálatok eredményei ellentmondásosak. *Ruocco* 2005-ben a témában elsőként közölt meta-analízisében vizsgálta ezt a kérdést, azonban az akkoriban rendelkezésre álló vizsgálatok száma nem tette lehetővé az eredmények heterogenitása hátterében álló tényezők feltárását. Jelen meta-analízisünk célja, hogy az azóta közölt neuropszichológiai kutatások eredményeivel kiegészített adatokon vizsgáljuk a BPD-ben megfigyelhető károsodások mértékét, illetve az együtt előforduló mentális zavarok eredményeket befolyásoló hatásait. Célunk volt továbbá a gyógyszerelés, képzettség (vizsgált személyek és szüleik), kor, nem moderáló hatásainak vizsgálata is.

Módszerek: 1990–2014 terjedő időszakra vonatkozóan a PubMed, PsychINFO, és MEDLINE Web of Science adatbázisokban végeztünk keresést olyan kutatásokra, melyekben BPD és egészséges mintát vetettek össze neuropszichológia tesztek segítségével. 25 megfelelő vizsgálatot találtunk. A meta-analízist a Comprehensive Meta-Analysis Version 2.0 program (Borenstein, 2005) segítségével végeztük.

Eredmények: Publikációs torzítás vizsgálat szerint 8785 különbséget nem mutató tanulmányt kellene bevenni a meta-analízisbe, hogy a talált főhatás eltűnjön. Nagy hatáserősség volt megfigyelhető döntéshozatalban ($d = -1,41$, 95% CI = $-0,91 < d < -1,91$) emlékezet ($d = -,57$, 95% CI = $-,644 < d < -,483$) és végrehajtó funkciók terén ($d = -,54$, 95% CI = $-,64 < d < -,43$); kis szignifikáns hatáserősség volt a feldolgozási sebesség ($d = -,22$, 95% CI = $-,37 < d < -,07$), verbális intelligencia (VIQ) ($d = -,38$, 95% CI, $-,612 < d < -,15$), vizuospatialis képességek ($d = -,41$, 95% CI, $-,56 < d < -,25$), és a figyelem terén ($d = -,39$, 95% CI, $-,48 < d < -,31$). A páciensek és a szüleik képzettsége és a komorbid mentális zavarok jelentősen befolyásolták az eredményeket.

Diskusszió: BPD-ben neuropszichológiai vizsgálómódszerekkel jelentős funkciózavarok figyelhetők meg, mely eltéréseket jelentősen befolyásolja az együtt előforduló mentális zavarok jelenléte. A klinikailag jelentős eltérések további kutatásokra vonatkozó következményeit is tárgyaljuk előadásunkban.

Ép implicit tanulás borderline személyiség-zavarban

Bjelik Anna¹, Radics Dóra¹, Janacsek Karolina²,
Németh Dezső², Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Borderline személyiségzavart (BPD) a krónikus szuicidalitás, a hangulati labilitás, az impulzivitás, a társas megismerés és viselkedés zavarai jellemzik. BPD-ben a döntéshozatal, a memória és a végrehajtott funkciók neuropszichológiai tesztekkel azonosított eltérései a kognitív rendszer működészavarára utalnak. Keveset tudunk azonban arról, hogy az implicit kognitív folyamatok érintettek-e a BPD kialakulásában szerepet játszó etiológiai folyamatok által. Kutatásunk célja az implicit szekvencia tanulás vizsgálata BPD-ben szenvedő, és nemben, korban, képzettségben illesztett egészséges személyek körében.

Minta: A vizsgálatban 12 borderline és életkorban, nemben és iskolázottságban illesztett kontrollszemély vett részt.

Módszerek: A betegeket SCID-II féligstrukturált interjúval diagnosztizáltuk. Az egészséges személyeket, akik nem álltak pszichiátriai kezelés alatt, korban, nemben, képzettségben illesztettük páronként.

Az implicit szekvencia tanulás mérésére az Alternáló Szeriális Reakcióidő (ASRT) feladatot használtuk. A vizsgálati személyek két alkalommal végezték el az ASRT feladatot, így a tanulás mellett az elsajátított tudás konszolidációját is mérni tudtuk.

Eredmények: Az eredmények azt mutatják, hogy a borderline személyiségzavarral diagnosztizált személyek a kontrollcsoport szintjén teljesítettek mind a tanulási, mind pedig a konszolidációs szakaszban, a pontossági és reakcióidő mutatók esetében is.

Diszkusszió: Az eredményekből nemcsak arra következtethetünk, hogy az implicit tanulás és annak konszolidációja ép a BDP-ben szenvedő betegeknél, hanem arra is, hogy ők kifejezetten jók a környezetük rejtett mintázatainak nem-tudatos feltérképezésében és „ráérzésében”. Feltételezhető, hogy a kontroll- (explicit) és automatikus (implicit) folyamatok disszociálódnak ennél a személyiségzavarnál. Eredményeink hozzájárulhatnak a BDP neurokognitív hátterének jobb megértéséhez, valamint terápiás módszereinek pontosításához és fejlesztéséhez.

Krónikus lítiummérgezések kezelése – azaz: legyünk-e invazívak?

Urbán Ildikó, Elek István

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórháza, Budapest
drurban.ildiko@gmail.com

A lítium pszichiátriai betegségek kezelésére használatos gyógyszer. Véletlen, vagy szándékos túladagolás gyakran előfordul. A krónikus intoxikáció gyakoribb, lefolyása súlyosabb, maradandó neurológiai deficittel gyógyulhat, felismerése gyakran késik. Központi idegrendszeri, gasztrointesztinális, kardiális és renális manifesztációja van, de endokrin, hematológiai, bőr- és egyéb érzékszervi tüneteket is találhatunk. A terápiás lehetőségek szűkösek, mert fehérjéhez nem kötődik, szén nem köti meg, antidotuma nincs, forszírozott diurézis nem hatásos. Marad a megfelelő folyadék resuscitáció, tüneti terápia, eliminatív célú HD kezelés. HD kezelés indikációjának meghatározása nem egyszerű, a szérumszintek nem segítenek. Két eset bemutatásával szeretnénk demonstrálni a különbséget a mérgezés lefolyásában, HD kezeléssel és anélkül.

Betegeink pszichiátriai anamnézissel rendelkeztek, lítiumterápiában részesültek. Osztályunkra kerülésükkor szérumszintjük magas volt, 1,91 illetve 3,07 mmol/l., mely már csökkenő tendenciát mutatott. Mindkét esetben neuropszichiátriai tünetek domináltak. Kardiális, renális tünetek, ionzavar, endokrin eltérések is színezték a klinikai képet. Parenterális folyadék- és ionpótlást, tüneti terápiát mindkét beteg kapott. HD kezelést a magasabb szérum szintű betegnél végeztünk. A szérum lítiumszint HD kezeléssel és anélkül is csökkent.

Tapasztalataink: HD kezelésben részesült betegünk HD utáni szérumszintje 0,35 mmol/l, HD után 6 órával levett szérumszintje: 0,85 mmol/l (rebound hatás), majd másnap 0,57 mmol/l. Ismételt HD kezelésre nem volt szükség. HD utáni napon tudatállapota javult, majd erőnléte jobb lett, mobilizálódott. Felvétele 5. napján pszichiátriai elhelyezés lehetővé vált, neuropszichiátriai tünetei jelentős regressziót mutatnak. Szövődményt nem észleltünk, HD után új intoxikációs tünet nem alakult ki. A korábbi normális PM funkció helyett TSH emelkedést, alacsony T3 szintet találtunk klinikai relevancia nélkül.

HD kezelésben nem részesült betegünk szérumszintje is csökkent, felvétele utáni 2. napon 0,29 mmol/l volt. Az alacsony szérumszint ellenére klinikai tünetei csak lassan javultak, neurológiai tünetei, EKG eltérése napokon át stagnált, és új tünetként ápolása 3. napján diabetes insipidus, majd szemtünetek jelentek meg. Masszív folyadékpótlást, NSAID, hypothiazid terápiát, tüneteinek szerekét igényelt.

Közösségi felelősség és terápiás folyamat a Thalassa Ház terápiás közösségében

Valkó Lili, Zalka Zsolt, Kenézlői Eszter

Segély Helyett Esély Alapítvány – Thalassa Ház, Budapest
valkolili@hotmail.com

A Thalassa Ház terápiás közösségében a páciensek személyes terápiás folyamatát végigkísérik a különböző felelőségek. A második naptól már mindenki kap valamilyen részfeladatot a közös terek tisztántartásában vagy az étkezések biztosításában, s ahogy egyre több időt tölt el egy páciens nálunk, úgy egyre több szerepben próbálhatja ki magát. Mentorként segítheti az új páciensek beilleszkedését, betekintősként válaszolhat az első interjú után az érdeklődőknek, fejlesztő delegáltként részt vehet a működésünk csiszolásában, a lehetőségek szélesítésében. S ha valaki vállal a közösségen belül valamilyen kiemelt funkciót, akkor fő felelőse lesz reggelijeinknek és vacsoráinknak, a mentorrendszernek, a fejlesztés munkacsoportnak, a hétvégék rendezésének, a csütörtöki sütiknek, a szabadidő vagy a betekintősök szervezésének. De hogyan kapcsolódnak ezek a feladatok egy-egy páciens személyes útjához? Miért releváns ez a fajta performatív tér a selfpatológiai terápiájában? Hogyan jelenik meg a különböző feladatok vállalásában és nem vállalásában, elvégzésében vagy mellőzésében az a probléma, diszfunkció, elakadás, amivel ki-ki érkezik hozzánk? A Thalassa Házban féligstrukturált interjúkat készítettek önkénteseink olyan páciensekkel, akik már túl voltak kezelésük felén. Egy biográfiai interjút követően arról beszélgettek el velük, hogy hogyan élték meg a különböző közösségi tereket. Előadásunkban ezekre az interjúkra támaszkodva vizsgáljuk, hogy a személyes történetek milyen kapcsolatban vannak a terápiás közösségben megélt élményekkel. Bemutatjuk, hogyan ismétlődhet kinek-kinek személyes traumája a különböző terekben, s milyen korrekciós lehetőséget kínál az, ha valaki megéli, hogy ér a szava, mondhat nemet a túlterhelődésre vagy kérhet segítséget, amikor nehezzé válik a feladata. Előadásunkat interjúrészekkel és rajzokkal illusztráljuk.

A pszichiátriai betegek EGÉSZ-sége

Vályi Péter, Kapócs Gábor

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd
tabage@kabelnet.hu

Az ember sajátos testi felépítésű és működésű biológiai lény, aki meghatározott fizikai, gazdasági és társadalmi környezetben céltudatos, értékteremtő tevékenységet folytat a saját és a társadalom jóléte érdekében. Ennek megfelelően az ember egészsége a teljességet, a valódi EGÉSZ-séget, azaz az emberi szervezet anatómiai és funkcionális épségét, a betegség és a korai halál kockázatától mentességet, a teljesítőképességet, és ezen belül a családi, a munka- és a társadalmi feladatok ellátása, a fizikai, biológiai és a társadalmi hatásokkal megküzdésnek a képességét, a személyes értékeket és a jólét érzését egyaránt kell, hogy jelentsen. A modern EGÉSZ-ség-szemléletnek megfelelően Európa egyik legnagyobb pszichiátriai betegotthonában – Szentgotthárdon – arra törekszünk, hogy a pszichiátriai és a szomatikus betegségekkel kapcsolatos károsodásokat kvantifikáljuk, azok kölcsönhatásaként meghatározzuk az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét, ennek a mindennapi megszokott tevékenységet korlátozó, a közösségi és társadalmi szerep betöltését akadályozó hatását. Figyelmet fordítunk a kontextuális tényezőkre is, azaz igyekszünk olyan környezetet teremteni, amely között érvényre juthat és akár fejleszthető is a betegek megmaradt képessége, elősegítve a reintegrációjukat. Külön figyelmet fordítunk a pszichiátriai betegség kezelésére szolgáló gyógyszereknek a szomatikus állapotra, betegségek lefolyására, terápiájára gyakorolt hatására, a gyógyszerkölcsönhatásokra. Fontos teendőknek tartjuk, hogy a szomatikus betegségek kezelésével foglalkozó orvosok megértsék a pszichiátriai betegek ellátásának a sajátos szempontjait, valamint, hogy a pszichiátriai betegek ugyanolyan joga van az EGÉSZ-ségüket helyreállítani célzó beavatkozásokra, mint a „szomatikus” beteg társainak. Ezt az átfogó szemléletet a BNO-nak várhatóan 2017-ben megjelenő 11. revíziója is szükségessé teszi, amely már nem csak a betegségeknek, de azoknak a funkcionális állapotra gyakorolt hatásának a minősítését, osztályozását egyaránt meg fogja követelni.

Almodóvar filmjeinek pszichoanalitikus megközelítése

Varga Éva Júlia, Tényi Tamás

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
vargajulia87@gmail.com

Pedro Almodóvar karaktereinek szexuális hajlamai szinte mindig kívül állnak azokon a határvonalakon, melyeket a társadalom konvencionálisan megrajzol a szexualitás és a nemiség fogalomkörében. Szereplőinek ábrázolásakor arra törekszik, hogy a közönség azonosulni tudjon azokkal eltérő szexuális viselkedésük ellenére is. Történeteit több szálon sajátos költőiséggel szövi, melyeket egy központi motívum tart össze: a titok. *Raymond Murray* hívja fel a figyelmet *Almodóvar* homoszexuális érzékenységére, mely véleménye szerint abból a készségből származik, hogy a rendező a nemet és a szexualitást nem szükségszerűen az anatómiai adottságok által meghatározottként értelmezi. Ez egy ún. hermafroditikus pozíciót jelent, ahol a maskulin és feminin jegyek szerteágazása jelenik meg. Míg *Jung*nál az ilyen értelemben vett hermafroditizmus egy hosszú pszichológiai fejlődés eredménye, addig *Almodóvar* munkáiban ez egy adott állandó nézőpontként jelenik meg. *Jung* és *Murray* alapján a homoszexuális érzékenység olyan adottságként értelmezhető, melyet a hermafrodita archetípusának mozgósítása határoz meg. Így *Almodóvar* egyaránt otthonosan bánik a feminin és maskulin pszichológiai jellemzőkkel és képes érzékeltetni velünk, hogy számára megtalálható a férfiban a nő és a nőben a férfi (*Wyly*, 1999). A spanyol rendező – az alkotásain keresztül való kapcsolatteremtés céljából – olyan szélsőséges elemeket is ábrázol filmjeiben, mint a perverzió. Az elmúlt évtizedekben a Szelf-pszichológia elterjedésével a perverziót a pszichoanalízisben inkább a kapcsolatok egy különleges formájaként definiálják, szemben a tradicionális freudi felfogással. A rendező egyik legjelentősebb érdeme, hogy filmjeiben a perverziót közelebb hozza a nézőhöz, megszüntetve ezzel a társadalom által kiépített falakat (*Almodóvar & Yanof*, 2005). *Almodóvar* mindig emlékezteti közönségét – minket – arra, hogy karakterei a bennük rejlő sötétség és titkok ellenére/vagy épp ezért, sokban hasonlítanak ránk. Az előadásban a pszichoanalitikus elméletek ismertetésén túl, részleteket villantunk fel egy befogadás-lélektani vizsgálatból is, melynek során a rendező filmjeinek részleteit pszichiátriai betegekkel közösen értelmeztük, ezzel igyekezve gazdagítani a spanyol művész alkotásainak interpretációs lehetőségeit.

Bemutatkozik a Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Evészavar Részlege

Varga Rita, Boross Viktor, Fialáné Szabó Judit

Nyíró Gyula Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
ritavarg@gmail.com

2013-ban a Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben megkezdte működését az Evészavar Részleg. Az Evészavar Részleg funkcionális részét képezi az Intézmény I. Pszichiátriai Osztályának. A kritikusan alacsony testtömegindexű páciensek specifikus osztályos ellátása országos szinten hiánypótló. A terápiába bevont betegek ellátásában nemzetközi protokollok (APA, NICE) szempontjait igyekszünk érvényesíteni. A kórházi felvételt megelőzően az Evészavar Ambulancián zajlik egy előzetes vizsgálat, első interjú, melynek során feltérképezzük a páciens motívációját, az esetleges terápiás lehetőségeket, a hospitalizáció szükségességét. Ez idáig több mint negyven beteg fordult meg az ambulanciánk heti egy alkalmas rendelésén. A betegfelvétel során a szomatikus állapotfelmérést modern betegspecifikus kérdőívek (Beck Szorongás Leltár, Beck Depresszió Kérdőív, Reménytelenség Skála, Rosenberg Önértékelés Kérdőív, Paykel Életesemény Skála, Diszfunkcionális Attitűd Skála, Evési Zavar Kérdőív) is kiegészítik. A kezelés során a páciensek szomatikus állapotát a protokolloknak megfelelően folyamatosan monitorozzuk, mindamellett csoportterápiában, szupportív terápiában és bizonyítottan hatékony egyéni kognitív pszichoterápiában részesülnek. Intézetünk Evészavar Teamjében nem csak pszichiáter, pszichológus és pszichiátriai szakápoló vesz részt, hanem dietetikus, valamint az intenzív ellátásban és gasztroenterológiában járatos kollégák is szerepelnek. Az evészavarban szenvedő páciensek kezelésének nehézségeivel és szépségeivel is találkozhatunk a részleg indulása óta eltelt bő egy évben. Osztályunkon eddig kezelt 15 beteg kórlefolásának adatai a nemzetközi statisztikák adataival többé-kevésbé összecsengenek, nevezetesen közel egyharmaduk meggyógyul, egyharmaduk állapota hullámzik – esetünkben ez 'drop out'-ként, a terápiából való kilépésként jelent meg –, és egyharmaduk állapota romlik, krónikussá válik, illetve kb. 8 %-ukat elveszítjük. Ez utóbbi – irodalomban szereplő – negatív kimentelek szerencsére osztályunkat ez idáig elkerülték.

The road to recovery in psychosocial rehabilitation

Varga-Tana Ünige

Gálfi Béla Teaching University Hospital Pomáz-Kiskovácsi III Rehabilitation Dpt., Pomáz
tanaunige@yahoo.com

A number of quality changes should be implemented at service and organizational level in mental health services according to support personal recovery for people living with mental disorders in rehabilitation. A process mentioned before begins with the formulation of values, affects the communication both within the organization, and on the professional-patient level and also touches on the subject of collaboration as well as the quality of services provided.

Based on the current knowledge on recovering so far four core values have been identified which support recovery. (Farkas, 2007) Having defined the service's recovery values, the next step is to adapt them to the daily practice, used and owned by both staff and service users. The recovery values do emphasise the person taking more responsibility for itself even if it means the professional having to be much more flexible indeed and taking more risk in the recovery journey (Harangozó and Bodrogi, 2009).

Supporting recovery demands the experts many changes in their behaviour and attitude. There is a need of openness and flexibility, which allow the specialists to concentrate particularly on the person and his needs. In addition, it is important to awaken hope and to support people in making their own decisions and to take responsibility for their recovering. (Slade, 2009)

In this collaboration we should emphasize the importance of specialist communication skills and his partnership relationship with the people living with mental disorder.

The recovery concept cannot be used as an indicator without realizing them in practice, it must be supported by evidence based practice. (Lieberman, 2010)

Planning an innovative rehabilitation seek to introduce the evidence-based practice just as to strive the staff to involve the users, their natural supporters and peer supporters as active participants. In addition to this, it is also useful to lean on the work of self-help organizations (Lieberman, 2010).

Undoubtedly, the transformation of any mental health care service from traditional to recovery-oriented type is a long and hugely challenging procedure, involving the change at all organizational and individual levels. (Harangozó et al, 2011).

This process still remains a considerable challenge for the national mental health care providers

Pszichoterápia a műtőasztalon?

Várnai Nikoletta, Kövesdi Andrea, Böhm Mónika, Gallai Mária

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyerekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest
varnainiki@gmail.com

Judit 12,5 éves leány, akit pszichoszomatikus tünetképzés gyanúja miatt vettünk át Heim Pál Kórház kérésére. Már az anamnézis felvételekor előkerülő bizarr, nehezen megfogható tünetek, történetek nem állnak össze klinikai képpé. A betegség indulásakor 2013 decemberében, az appendectomiát is sok bizonytalanság övezi. Az utána kezdődő, majd egyre fokozódó hányások hátterében még invazív vizsgálattal sem sikerül kimutatni okot. Judit csak egyre fogy, teszi mindezt mosolyogva. Márciusban megszédül, elesik, fejfájása kezdődik. Számos vizsgálata történik ismét (neurológiai, szemészeti, fülészeti). Sok negatív lelet után az MR vizsgálaton arachnoidealis cysta ábrázolódik, bal temporalis szarvban és hátsó skalában. Ellentmondásos idegsebészeti véleményeket követően neuroophthalmológiai vizsgálata jobb oldali abducens paresist észlel. Idegsebészeti döntésre 24 órás intracranialis nyomásmérés történt, mely nyomásfokozódást nem igazolt. Judit tünetei amilyen rohamos gyorsasággal érkeztek, éppolyan gyorsan tűntek el. Mikor mondhatjuk ki egy ilyen súlyos állapotú betegre, hogy tünetei hátterében nem szomatikus ok áll? Judit esetének pszichés hátterét Kövesdi Andrea előadásában hallhatjuk.

Addison-kór az anorexia álarcában

Várnai Nikoletta, Kövesdi Andrea, Szónyi László,
Halász Zita, Gallai Mária

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyerekgyógyászati Klinika,
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest
varnainiki@gmail.com

2014 nyarán egyik budapesti gyermekpszichiátriai osztályról vette át klinikánk belgyógyászati osztálya a 16 éves, anorexia nervosa diagnózissal hospitalizált, korábban gasztroenterológián és neurológián vizsgált nagylányt, markáns szomatikus panaszai, erős hasfájás, gyengeség miatt. A nagylány az elmúlt 2 évben 30 kg-ot fogyott. A háttérben családi patológia, testsúlyjal kapcsolatos aggodalom megjelent. A hasfájásokat megelőzően egy alkalommal eszméletlen állapotban szállították kórházba, alacsony vércukor értékkel és tenzióval. Miután a gasztroenterológiai kivizsgálása korábban teljes volt, akut teendő nem merült fel, a belgyógyászat pszichiátriai áthelyezését kérte. Ezt követően stabil állapotban a küldő pszichiátriai intézménybe visszahelyeztük. Néhány hét elteltével szomatikus állapota jelentősen romlott, pszichés státusa is egyre aggasztóbbá vált, fluktuáló tudatállapot jellemezte. Emiatt ismételt Klinikánkra került, ahol újabb belgyógyászati és neurológiai, képalkotó vizsgálatok következtek.

Az aggasztó szomatikus és pszichés állapotban lévő serdülő diagnózisát közös erőfeszítéssel sikerült tisztázni. A diagnózist alátámasztó laboratóriumi eredmény már zajló Addisonos krízis pillanatában érkezett. Kortizol substitúció után rohamos javulás lépett fel.

Új megközelítések a szkizofrénia kezelésében – szociál-kognitív remediáció

Vass Edit, Fekete Zita, Kancsev Alexander

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi
Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza
vass.edit84@gmail.com

A szkizofrénia az alkalmazott medikáció nyilvánvaló előnyei mellett máig az egyik leginkább erőt próbáló betegség; akadályozza a mindennapokban való eredményes boldogulást, gyakran tartós izolációhoz és munkanélküliséghez vezet. Ennek nyomán a szkizofrénia kezelésében az utóbbi évtizedekben szemléletváltás volt megfigyelhető: a figyelem a tünetredukcióról a funkcionalitás átfogó javítása felé fordult.

A háttér folyamatok között azonosított neurokogníció sokáig szinte a kutatók kizárólagos figyelmét élvezte, és a remediációs programok tervezésénél is központi szerepet kapott. Felismerték azonban, hogy a neurokogníció terén jelentkező deficiensek nem magyarázzák kielégítően az élet számos területén igen változatos mintázatokban megnyilvánuló működészavarokat. Ezt a megállapítást a remediációs programok funkcionális kimenetekre irányuló hatékonyságára vonatkozó ellentmondásos vizsgálati eredmények is erősítik, a figyelem pedig a fentiek hatására új lehetséges háttér- és közvetítő tényezők feltárása felé fordult. A keresés sok vitát gerjesztő és kutatókat inspiráló új fogalom bevezetését eredményezte, mely a vizsgálatok tanúsága szerint egyfajta mediátor, moderátor szerepet tölthetne be a neurokogníció és a funkcionális kimenetek között, de utóbbival lényegesen erősebb kapcsolatban állhat. A későbbiekben a szociális kognícióra vonatkozó ismereteink bővülése és a kognitív remediációs programok relatív sikeressége új, a szociális kogníció javítását célzó intervenciók fejlesztéséhez vezetett. Az eddig megszületett programok sokfélesége, az alkalmazott mérőeszközök terén tapasztalt egységesség hiánya, valamint a vizsgálatok csekély száma egy meta-analízis állóképességét megkérdőjelezi, így bár korábban végeztünk ilyen irányú vizsgálatot, a felmerült módszertani problémák miatt a narratív szintézist megfelelőbbnek találtuk a szociál-kognitív remediációk bemutatására. Kollégáimmal arra vállalkoztunk, hogy áttekintjük és értékeljük a szociális kogníció fejlesztését célként kitűző programok hatékonyságát vizsgáló tanulmányokat, választ keresve arra, hogy miként befolyásolják a jelzett intervenciók a szociális kogníciót, illetve annak területeit, a tüneteket, valamint a funkcionális kimeneteket. Tapasztalataink igen biztatóak, felvetik a szociál-kognitív remediáció magyarországi bevezetésének lehetőségét, azonban a jelenség alaposabb megismerése és a minél optimálisabb hatékonyságú programok kifejlesztése még sok munkát és számos további vizsgálatot tesz szükségessé.

Bálint-csoportok szerepe a burnout megelőzésében

Veress Albert, Moldovan Csilla, Veress Éva

Csíkszereda
alveress@clicknet.ro

Az orvostudomány nagyfokú fejlődése a sok pozitívum mellett egy negatívumot is hozott: a medicina elidegenedését, elszemélytelenedését. E jelenségnek olyan kártékony hatását érezkelhetjük nap mint nap az orvosi munkában, amit már a technika továbbfejlesztése nem, csak a pozitív orvos–beteg kapcsolat ellensúlyozhat.

A kölcsönös elégedettséget eredményező orvos–beteg kapcsolat működtetéséhez és a nehézségek leküzdéséhez hasznos támpontot mutat a bálinti elmélet és módszer.

Bálint Mihály szerint az orvos–beteg kapcsolat minősége jelentősen hozzájárul a gyógyszeres terápia hatékonyságához, sőt, azzal együtt egy egységes egészet alkot.

Az orvos személyiségével és viselkedésével maga is gyógyszernek tekinthető.

Mint minden gyógyszer alkalmazásánál, az orvos–beteg kapcsolat során is figyelembe kell venni az „orvos-gyógyszer” tulajdonságait.

A hipnózis terápiás lehetősége szomatikus kórképekbenVértés Gabriella¹, Bányai Éva², Bíró Gyula³, Császár Nagy Noémi⁴, Dávid Tamás⁵, Molnár Judit⁶¹Mensana 2004. Kft., Budapest²Eötvös Loránd Tudományegyetem Affektív Pszichológia Tanszék, Budapest³Aktív-Transz NLP Hungaria, Budapest⁴Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest⁵Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest⁶Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest
vertesg@t-online.hu

Az utóbbi évtizedekben jelentős tudományos ismeretekkel gazdagodott az orvosi hipnózis, és ennek eredményeként – köszönhetően a gyógyításban elért újabb tapasztalatoknak – önálló pszichoterápiás módszerre fejlődött. Ezt bizonyítja a hipnoterápia egyre szélesebb körű alkalmazása a mindennapi gyógyító munkában.

A módosult tudatállapotban végzett pszichoterápiás munka során az elsődleges folyamat-gondolkodás szintjén történik a beavatkozás. A szimbólumalkotás, a szimbólumokkal való műveletek a mögöttes affektív struktúra változását eredményezve az állapotrendező, gyógyító lélektani munkát szolgálják.

Kerekasztalunk résztvevői különböző diagnosztikusan pszichoszomatikusnak értékelt betegségek területén szerzett gyógyító tapasztalataikról számolnak be. Így a daganatos betegségekkel, a kardiovaszkuláris kórképekkel, a bőrgyógyászati és allergiás jelenségekkel, a krónikus fájdalommal, valamint a szülészet-nőgyógyászat témakörével kapcsolatos hipnopszichoterápiás lehetőségeket ismertetjük.

A daganatos betegségeket az emberiség több évezrede a rosszindulatú betegségek körébe sorolja. A tumor csökkentését műtéttel, sugárkezeléssel és/vagy kemoterápiával elősegítő biológiai terápiák mellett kiegészítő terápiaként alkalmaznak különböző pszichológiai beavatkozásokat, amelyekkel „nem-specifikus immunerősítést” kívánnak előidézni. Egyrészt a rákbetegség kialakulása, természete, másrészt a rák diagnózis közlése által kiváltott erősen beszűkült módosult tudatállapot, valamint a rák diagnosztizálásával és kezelésével kapcsolatos kellemetlen mellékhatások együttesen szinte „hívják” a hipnózis alkalmazását.

A kardiológiai betegek körében végzett hipnoterápia tapasztalatainak ismertetése két miokardiális infarktust elszenvedett klienssel való lélektani munkavégzés élményeinek felelevenítésével történik. A pszichodermatológia a pszichiátria és bőrgyógyászat határterületén lévő betegségekkel foglalkozik: a bőrtünetként jelentkező pszichiátriai kórképekkel, és a bőrbetegségek pszichoszomatikus vonatkozásaival. *Anzieu* „bőr-én”-nek nevezi a fizikai tapasztalatokból születő szelfet, melyből kialakul a gondolkodó én. A bőr-ént olyan, közös bőrnek is nevezett határfelületnek tartja, melynek külső rétege az anyai környezet, belső rétege a csecsemő teste.

A termékenységi zavarok előfordulása egyre nő, akár férfi, akár női oldalon van elakadás. A funkcionális mellett a szomatikusnak mondott eredet is mélyen gyökerezik a személyiségben.

Irregularis zöngéképzés gyakorisága depressziós beszédben

Vicsi Klára¹, Tulics Miklós¹, Wágner László²,
Simon Lajos³

¹Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Távközlési és Médiainformatikai Tanszék Beszédakusztikai Laboratórium, Budapest

²II. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Orvosi Rendelő (Lotz Károly utca), Budapest

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
vicsi@tmit.bme.hu

A normál beszéd közben is előfordul, hogy a hangszalagok nem állandó, hanem periódusról periódusra nagymértékben változó időközönként csapódnak össze, egyes periódusok „kimaradoznak”. Akkor beszélhetünk irregularis hangszalagrezgésről, azaz irregularis zöngéképzésről, ha a periodicitástól való eltérés jóval meghaladja a normális jitter vagy shimmer értékeket. Ilyenkor a beszélőhöz viszonyítva időben hirtelen és jelentősen csökken, ezáltal megváltozik az érzékelhető hangszínezet, recsegő, nyikorgó lesz. Ezáltal az irregularis zöngék alapperiódusának a hossza lehet akár 20–40 ms.

Az irregularis zöngé képzését a hangszalagok szoros összeszorításával magyarázzák, ami a rezgést instabillá teszi. Ilyenkor a reguláris zöngéhez képest kevesebb levegő préselődik ki a tüdőből. Mások a jelenség személfüggőségét hangsúlyozzák, például a mondatok végén megjelenő irregularis fonációt.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika a BME TMIT Beszédakusztikai Laboratóriumával együttműködve a depressziós beszéd akusztikai, statisztikai vizsgálatát tűzte ki célul. A depressziós beszéd akusztikai-fonetikai kutatási munkálataink egy részéről már a korábbi évben beszámoltunk. Most a depressziós és egészséges beszéd esetére az irregularis zöngék előfordulásának gyakoriságát vizsgáltuk depressziós és egészséges személyeknél.

Hipotézisünk, hogy bár az irregularis zöngék jelenléte a magyar beszéd részét képezi, depressziós hangokban a glottalizáció előfordulása gyakoribb.

Depressziós beszédet a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán vettünk fel, nem depressziós, de a depresszióhoz hasonló koreloszlású beszédet pedig a Lotz Károly utcai Felnőtt Házi Orvosi Rendelőben, valamint a Budapesti Műszaki Egyetemen. A vizsgálatok jelenleg azokon a felvételeken alapulnak, amelyek csupán kötött szöveges részt tartalmaznak, az Északi Szél és a Nap című mesét olvasták fel.

A felvett beszédminták statisztikai elemzésével világosan látszik, hogy az irregularis zöngé szakaszok előfordulási gyakorisága mind a nők, mind a férfiak esetében szignifikánsan nagyobb a depressziós, mint az egészséges beszédmintákon. Továbbá az irregularis zöngé szakaszok gyakorisága nő a depresszió súlyosságának függvényében. Kivételt képeznek a súlyosan depressziós esetek, ahol az irregularis zöngé szakaszok gyakorisága kissé visszaesik a mérsékelt depressziós esetekben mért értékekhez képest, de még mindig szignifikánsan eltér az egészséges mintáktól.

Szükség van-e Magyarországon korszerű igazságügyi pszichiátriára?

Vizi János

Nyíró Gyula Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
Szexuális Medicina Ambulancia, Budapest
vizjan@gmail.com

A hazai gyakorlatban főszabályként a szakértő az, akitnek „papírja” van erről. A spektrum másik szélén talán az amerikai gyakorlat áll, ahol a szakértő tanú – az expert witness – a bíróság előtt ugyanolyan kemény keresztkérdéseken esik át, mint bármely más tanú. Ennek során nyilatkoznia kell, hogy az eljárás tárgyát képező ügyszemély hasonló esetekkel kapcsolatban milyen klinikai gyakorlata, tudományos, publikációs, oktatási tevékenysége van. Ha nem tud értékelhető, szakértelmét igazoló teljesítményt felmutatni ezeken a területeken, akkor nem fogadják el szakértőként az eljárásban. Az európai szakirodalom szerint is a szakértői tevékenységhez szükség van némi klinikai tapasztalatra, a szakértőnek tudományos munkával, publikációkkal, oktatási tevékenységgel kell igazolnia azt, hogy valóban szakértőnek tekinthető az adott kérdésben. Az utóbbi időben hazánkban is hasonló irányú változások szükségességéről nyilatkoztak mind az Igazságügyi Minisztérium vezető tisztségviselői, mind pedig az alapvető jogok biztosa is. Vajon van-e szükség, és ha igen, milyen lépésekre ahhoz, hogy a hazai gyakorlat megfeleljen a korszerű szakmai elvárásoknak?

A pedofília darázsfészkei: a gyomorforgatás aktualitásai, valamint a nyálcsorgatás kultúrtörténete

Vizi János

Nyíró Gyula Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
Szexuális Medicina Ambulancia, Budapest
vizjan@gmail.com

A DSM-V a pedofília zavarnál általánosságban meghatároz egy 13 éves korhatárt, ugyanakkor leszögezi, hogy annál állítható fel ez a diagnózis, aki pubertás előttiéi iránt vonzódik szexuálisan. A BNO 10. ezzel szemben a pedofília diagnózisát kiterjeszti a pubertáskorúakhoz vonzódó felnőttekre is. A kutatók egy része amellet érvel, hogy létezik hebefília, serdülőkorúak iránti szexuális vonzalom is. A szakirodalomban heves vita zajlott arról, hogy a hebefília bekerüljön-e a DSM-V-be, végül ez nem történt meg. Másik végletként egyes kutatók megkérdőjelezzik a pedofília diagnózisának létjogosultságát is. Kikről beszélünk hát? Parafilias zavarban szenvedőkről? Gazemberekről? Az egészséges szexualitás változatáról?

Szexuálfarmakológia – puha ágyak, kőkemény evidenciák

Vizi János

Nyíró Gyula Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
Szexuális Medicina Ambulancia, Budapest
vizjan@gmail.com

Hazánkban jelenleg négy foszfodieszteráz-gátló molekula van forgalomban, az avanafil, a sildenafil, a tadalafil és a vardenafil. Hatásmechanizmusuk megegyezik, mégsem mindegy, melyiket választjuk. Különböző a farmakokinetikájuk, szelektivitásuk és mellékhatás-profiljuk. Használatuk tehát nem történhet taláalomra, részletes anamnézis felvétele szükséges. Ennek során kiemelt hangsúlyt kell fektetni az egyén, illetve a pár kapcsolati, szexuális szokásainak feltárására, mert ennek alapján lehet kiválasztani az adott esetben optimális szert. Ez nem csak terápiás jelentőségű, hiszen ezek a készítmények viszonylag drágák, a nem megfelelő gyógyszerválasztás az érintettek számára anyagi veszteséget is jelenthet.

Precongress: State of art – a merevedészavar diagnosztikája és kezelése

Vizi János¹, Takács Éva Judit²

¹Nyíró Gyula Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Szexuális Medicina Ambulancia, Budapest

²Magyar Honvédség Egészségügyi Központ II. Belgyógyászati Osztály, Budapest
vizjan@gmail.com

A férfi szexuális funkciózavarok közül az egyik leggyakoribb a merevedészavar. Ugyanakkor a DSM-V diagnosztikus kritériumainak megfelelő, legalább hat hónapja fennálló merevedési zavarok elsősorban többségében valamilyen szomatikus betegség és/vagy mentális zavar mutatható ki lényeges oki tényezőként. Az előbbieket közül a legfontosabbak a növekvő életkor, a diabétesz mellitusz, a dohányzás, a kardiovaszkuláris zavarok, a diszlipidémia, a hipogonadizmus és a LUTS. Utóbbiak közül a depresszió és a szorongásos zavarok a leggyakoribbak. A krónikusan alkalmazott gyógyszerek az esetek legalább 15–20%-áért felelősek, elsősorban az antihipertenzívumok, diuretikumok, antidepresszánsok, anxiolitikumok, az antiandrogének és a kemoterápiás szerek. Az alkohol és az illegális drogok rendszeres fogyasztása is gyakran vezet erekciós zavarhoz. Ugyanakkor más szexuális diszfunkció is sokszor okoz szövődményes merevedési zavart, ideértve a partner diszfunkcióit is. A merevedési zavar tehát leggyakrabban „csak” egy tünet, a háttérben meghúzódó okok feltárása nélkülözhetetlen az adekvát diagnózis megállapítása és az oki terápia alkalmazása érdekében. A workshop célja a PLISSIT modell szem előtt tartásával, gyakorlati példákkal illusztrálva olyan interdiszciplináris ismeretanyag átadása, amely segíti a gyakorló pszichiátert abban, hogy megfelelő biztonsággal kezelhesse a „rutin” eseteket, és felismerje, mikor szükséges specialista igénybe vétele. A workshop mindkét vezetője szexuális medicina szakember (FECSM). Az interdiszciplináris megközelítést emellett az biztosítja, hogy egyikük a pszichiátria, másikuk a belgyógyászat, diabetológia, endokrinológia, labororvoslás felől érkezett a szexuális medicina területére.

„Szégyelld magad!” – A krónikus szégyen kapcsolata a szóbeli bántalmazással és temperamentum-vonásokkal

Vizin Gabriella¹, Urbán Róbert², Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest
vizin.gabriella@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: Vizsgálati eredmények szerint a krónikus szégyen kialakulásában szerepet játszó tényezők lehetnek bizonyos temperamentum-vonások, valamint kora gyermekkorban elszenvedett traumák, mint például a verbális, fizikai vagy szexuális abúzus. Feltételezésünk szerint a krónikus szégyen mértékével, valamint a magyar mintán is jól elkülöníthető karakterológiai, viselkedési és testi szégyen faktorokkal kifejezett kapcsolatban állnak a gyermekkorban elszenvedett különböző bántalmazások, valamint az ártalomkerülés temperamentum-vonás.

Célkitűzés: Kutatásunkban a Szégyen Élmény Skála (ESS, Andrews és mtsai, 2002) magyar mintán történő faktorelemzése mellett a krónikus szégyen élmény mértékét vetettük össze a gyermekkorban elszenvedett traumákkal és a temperamentum-vonásokkal, pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek és normál kontrollszemélyek körében.

Résztvevők: A vizsgálatban összesen 296 fő vett részt: 148 fő pszichiátriai beteg és 148 fő normál kontroll személy. (Átlagéletkor: 37,32 év, szórás: 13,00).

Módszer: Kutatásunkat kérdőíves módszerrel végeztük. A krónikus szégyen felmérésére az ESS skálát (Andrews és mtsai, 2002), a korai traumák vizsgálatára az ETI-SR kérdőívet (Bremner és mtsai, 2007) használtuk. A temperamentum-vonásokat a TCI-56 (Cloninger, 1999, Rózsa és mtsai, 2005) kérdőívvel vizsgáltuk. A pszichopatológiai tünetek szűrése Derogatis-féle tünetlistával (SCL-90, Derogatis és mtsai, 1973) történt. Statisztikai elemzés során item-analízist és konfirmatorikus faktorelemzést (MIMIC) végeztünk.

Eredmények: Az ESS belső megbízhatósága jó (Cronbach's α : 0,842–0,924), a kérdőív faktorai magyar mintán jól illeszkednek az eredeti elméleti modellhez ($\chi^2 = 683,7$, $df = 251$, $CFI = 0,978$, $TLI = 0,973$, $RMSEA = 0,077$ [0070–0,084]). A MIMIC modell eredményei alapján az ESS faktorai, több vizsgált kovariáns közül pozitív, szignifikáns korrelációban állnak a gyermekkori verbális abúzussal, valamint az ártalomkerülés temperamentum-vonással.

Következtetések: Vizsgálatunkban alátámasztást nyert, hogy magyar mintán az ESS faktorai jól illeszkednek az eredeti elméleti modellhez, valamint a kérdőív megbízható mérőeszköze a krónikus szégyennek. A krónikus szégyen megjelenésében a fizikai és szexuális abúzusnál lényegesebb tényező a gyermekkortól elszenvedett megszegényítő, kritikus verbális bántalmazás. Mindez összefügghet a magas krónikus szégyennel küzdő személyek – elsősorban ártalomkerülő – temperamentumával is.

A krónikus székelyen és a megsékelyenítő helyzetekre adott érzékenység vizsgálata borderline és elkerülő személyiségzavarral küzdő egyének körében

Vizin Gabriella¹, Bircher Julianna², Strényer Zsuzsanna¹, Unoka Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest
vizin.gabriella@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A borderline személyiségzavar (BPD) és a krónikus székelyen kapcsolatát több korábbi kutatásban megvizsgálták. Más személyiségzavarokat tekintve viszonylag kevés vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre. Feltételezésünk szerint a krónikus székelyen és a megsékelyenítő helyzetekre való érzékenység mértéke kifejezettebb BPD, valamint elkerülő személyiségzavarral (APD) küzdő egyének körében, mint személyiségzavarral (PD) nem küzdő pszichiátriai betegek és egészséges kontrollszemélyek körében.

Célkitűzés: Kutatásunkban a krónikus székelyen és a megsékelyenítő helyzetekre adott reakciók mértékét vettük össze BPD-vel, APD-vel küzdő, valamint nem PD-vel diagnosztizált pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek és normál kontrollszemélyek körében.

Résztvevők: A vizsgálatban összesen 228 fő vett részt: 44 fő BPD-vel, 11 fő APD-vel, 18 fő BPD-vel és APD-vel is küzdő pszichiátriai beteg, 41 fő PD-vel nem diagnosztizált pszichiátriai beteg és 114 fő normál kontrollszemély (átlagéletkor: 38,08 év, SD: 13,70).

Módszer: Kutatásunkat kérdőíves módszerrel végeztük. A krónikus székelyen és a megsékelyenítő helyzetekre adott reakciók mérésére az ESS skálát (Andrews és mtsai, 2002), és az SPD-t (Gilbert és mtsai, 2000) használtuk. A személyiségzavarok diagnosztizálásához a SCID-II Strukturált Diagnosztikai Interjú-t vettük fel (First és mtsai, 1997, Szádóczky és mtsai, 2004). A statisztikai elemzést ANOVA-val végeztük.

Eredmények: A megvizsgált öt csoport varianciái között szignifikáns eltérést találtunk ($p < 0,01$). A post-hoc teszt alapján mindhárom PD-vel küzdő csoport szignifikánsan különbözik a nem PD-vel diagnosztizált pszichiátriai betegek, valamint az egészséges kontrollszemélyek csoportjaitól a krónikus székelyen mértékét tekintve ($p < 0,05$). A BPD-vel és APD-vel is küzdő személyek megsékelyenítő helyzetekre erősebb depresszív reakciót adnak a többi csoporthoz képest ($p < 0,05$), míg agresszív reakciót megalázó helyzetekre nagyobb valószínűséggel adnak a csak BPD-vel küzdő személyek ($p < 0,01$).

Következtetések: Eredményeink szerint PD-vel diagnosztizált páciensek körében kifejezettebb a krónikus székelyen mértéke. A vizsgált csoportok között különbség mutatkozik a megsékelyenítő helyzetekre adott reakciókban is. Mindez arra utalhat, hogy a PD-k inkább összefügghetnek a krónikus székelyennel, mint más pszichiátriai kórképek, valamint az APD-vel szövődött BPD inkább depresszív reakcióra, míg a BPD önmagában agresszív reakcióra hajlamosít megsékelyenítő helyzetekben.

Heurisztikus hibák az öngyilkossági kockázat felmérése során és leküzdésük strukturált kockázatbecslés segítségével

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

A heurisztikus lépések azok az energiatakarékos gondolkodásbeli egyszerűsítések, amelyek segítségével a túlterhelt klinikus felgyorsítja a döntéshozatal folyamatát. Ezek a kognitív „kanyar-átvágások” néha segítenek, sokszor azonban jellemző döntéshozatali hibákhoz vezetnek.

A klinikai döntéshozatalban jelentkező legjellemzőbb hibák:

1. Az elérhetőségi hiba: amikor a közelmúltbeli információ torzítja az ismereteket.
2. A reprezentációs hiba: amikor a klinikus a „tipikus esetet” keresi, függetlenül annak tényleges előfordulási gyakoriságától.
3. A korai lezárás: amikor a szakember elégtelen mennyiségű információ birtokában meghozza a döntést, és befejezi az adatgyűjtést.
4. A lehorgonyzás: amikor a klinikus figyelmen kívül hagyja azt az információt, amely ellentmond az első benyomásának.
5. A többségi álláspont iránti lojalitás.
6. Attribúciós hiba: amikor a szakember figyelmen kívül hagyja a súlyos kimenetel lehetőségét.
7. Érzelmi befolyásoltság: amikor a páciens iránti szimpátia torzítja a klinikai döntést (pl. kellemetlen vizsgálatok vagy témák kerülése).
8. Cselekvési kényszer: ha a szakember a saját feszültsége csökkentése érdekében avatkozik be.
9. A páciens, illetve környezetének, kezelőszemélyzetének bünbaknak tartása.

A fenti torzítások elkerülésének legjobb módja az önreflexió, a klinikai döntésekkel kapcsolatos szókratészi párbeszéd. „Mi szól mellette, mi szól ellene?” „Ha nem ez a diagnózis, akkor még mi jöhet szóba?” „Biztos?” „És még?” „Mi lehet a legrosszabb kimenetel?”

Ezt a folyamatot igyekszik szabványosítani a strukturált klinikai kockázatbecslés. Ennek folyamatába szeretnék bepillantást nyújtani néhány szuicidológiai példán keresztül. Az interaktív workshop során a résztvevőknek lehetőségük nyílik az esetismertetésekben felbukkanó heurisztikus hibák azonosítására, és a kockázatbecslési folyamat számára fontos kérdések megfogalmazására.

Válaszd az életet! A Heves megyei életvédő és öngyilkosság-megelőzési program bemutatása

Wernigg Róbert¹, Slezák Adrienn Ilona², Papp Zoltán¹

¹Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger

²Heves Megyei Kormányhivatal, Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

2014 novemberében, hosszas előkészítés után, Heves megyében öngyilkosság-megelőzési program indult az European Alliance Against Depression (EAAD) tevékenységének részeként. Az EAAD alapelvei szerint a hatékony öngyilkosság-megelőzés négy lépése: 1. az alapellátás felkészítése a depresszió és a krízis felismerésére és kezelésére; 2. a depresszióval kapcsolatos lakossági tudatosságot formáló kampány; 3. a civil „kapuőrök” képzése; 4. a speciális veszélyeztetett csoportok kiszűrése és segítése.

A program a 2014. november 5-én Egerben megtartott programindító konferencián „ilyen volt – ilyen lesz” jellegű helyzetelemzéssel kezdődött. Megállapítottuk, hogy bár az 1980-as évek közepe óta hazánkban felére csökkent az öngyilkossági halálozás, az EU-n belül Magyarország még mindig a második, világviszonylatban pedig a kilencedik helyen áll e tekintetben. Országosan ez jelenleg mintegy 2200, Heves megye lakosságára lebontva 70–80 halálesetet jelent évente. A megyén belül jelentős arányeltolódás van a megye alföldi részének irányában, ahol az öngyilkossági halálozás férfiak körében jelentősen meghaladja az országos átlagot is.

A probléma megoldásába bevonható emberi erőforrás adta lehetőségek azonban biztatóak. A konferencián mintegy 160 résztvevőt (alap- és szakellátó orvosok és egészségügyi dolgozók, népegészségügyi szakemberek, mentés, szociális ellátók, pedagógusok, civilek, egyházak képviselői, egyenruhások, önkormányzatok, közigazgatás, sajtó) sikerült mozgósítani és hálózatba tömöríteni. Az előadás-kivonat írásakor aktuálisan előkészítés alatt álló következő lépések a levelezőlista és a honlap felépítése voltak, a hálózat tagjainak kommunikációját elősegítendő. Ezután terv szerint az egyes járássokban roadshow indul a helyi érdekeltek mozgósítása, a 116–123 (Lelki Elsősegély Telefonszolgálat), és 116–111 (Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány) segélyhívószámok tudatosítása, a TTT („train the trainers”) típusú háziorkosképzés, valamint az egyéb segítők TTT képzésének előkészítése céljából. Még 2014 decemberére tervezzük a Predi-Nu online önségítő honlap használatát oktató továbbképzés megtartását.

Az előadás során beszámolunk a kezdeti lépések eredményeiről, valamint a programmal kapcsolatos további tervekről.

A siratóéneklés a magyar népi hagyományban és annak mentálhigiénés szerepe

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger
wernigg72@gmail.com

Gazdag népi kultúránk egyik kereszténység előtti hagyománya a siratóéneklés. A közelmúltig eleven szokás volt a teljes magyar nyelvterületen. Rokon- és szomszédnépi párhuzamai fellelhetők Eurázsia jelentős részén.

A siratóéneklés során a halott kiterítésekor, majd a sírba helyezésekor, az elhunyt legközelebbi (nő-)rokonra rögtönzött énekkel búcsúztatja őt. Ennek elemei: 1. köszöntés; 2. a halott szólongatása; 3. érzelmkinyilvánítás (jajszó, sírás); 4. a halott életének, halálának narratív bemutatása; 5. jellemző metaforák és képek: „elvitt a fekete vonat”, „abba a házba mész, amin se ablak, se ajtó”; 6. a személyes veszteségélmény: „be gyászos, be keserves az árváknak” „nincs már nekem édesanyám”, a jövő elsiratása; 7. az elhagyott családtagok felsorolása; 8. a halott kéréselése: szólaljon meg, térjen vissza; kérdezgetése: „hová menjek, merre forduljak, hogy megtaláljalak?”; 9. a realitással való szembenézés: „nem találom én már csak azt a hideg tetemedet, még azt sem, csak a fejfádat kinn a temetőben” „álmomban jöjj el hozzám”; 10. búcsú.

Formailag a sirató kötetlen, recitált, beszédszerű ének. Általános a diatonikus sirató, melynek létezik kis és nagy hangterjedelmű formája. Jellemzői: sor eleji ereszkedés; néha kitarított „tuba”; esetleg kis domború formula; végül két lehetséges, egymás melletti záróhang egyikén megállapodó kadencia. Nagy siratónál 3–4 ilyen záróhang is lehetséges (teraszos ereszkedés). Moldvában és Gyimesben ezen kívül előfordul a „zsolnározó” (pszalmodizáló) sirató, amelynek jellegzetessége a dó-ré-mi magra épülő dallam, a kis hangterjedelem, a félhang nélküli lá- és/vagy szópentatónia.

Ezen éneklésmód célja nem az esztétikai élmény, hanem a személyes átélés elősegítése. A szövegben nincs előtérben a transzcendencia: pogány halotti mágia már csak siratáshoz nem kötődő, szórványos töredékek alapján azonosítható, a keresztény gondolatkör pedig itt nem jelenik meg, ellentétben az egyházi halottas énekekkel. Funkciója tehát nem a halál transzcendentális megközelítése, hanem a személyes gyászfolyamat elősegítése, az érzelmek kanalizálása, később szociális alkalmakhoz kötése, a realitásba való visszatérés.

A sirató stílusrokonsága átszővi zenei kultúránkat (menyasszonysiratók, katonabúcsúztatók, históriás énekek, egyházi népénekek, gúnydalok és paródiák, keservesek, bujdosóénekek, betyárnóták, népies mődalok). Mindezek jellemzője a személyes történet és/vagy a negatív érzelmi állapot zenei megjelenítése, az érzelmi feldolgozás előmozdítása.

Liquordiagnosztikai vizsgálatok Alzheimer-kórban

Zádori Dénes, Klivényi Péter, Szalárdy Levente, Vécsei László

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Neurológiai Klinika, Szeged
zadorid@gmail.com

Háttér: Alzheimer-kór esetében definitív diagnózis csak a post mortem neuropatológiai vizsgálattal adható. Ugyanakkor számos próbálkozás történt már liquorból, vagy vérből (szérumból) olyan biomarkerek kimutatására, amelyek rutin diagnosztikai módszerekkel vizsgálhatóak, továbbá segítséget adhatnak a körkép klinikai diagnosztikájához, illetve alkalmasak lehetnek a betegség progressziójának megítélésére. Neuropatológiailag az extracellulárisan elhelyezkedő szenilis (neuritikus) plakkok, valamint az intracellulárisan elhelyezkedő abnormális rostok (neurofibrilláris kötegek) jelentik a legjelentősebb markereket a kór post mortem azonosításához, így a legkiterjedtebben alkalmazott liquordiagnosztikai tesztek a fentiek képződési patomechanizmusához szorosan kapcsolódó β -amiloid peptidek, illetve TAU/foszforilált-TAU (pTAU) fehérjék mennyiségi meghatározására irányulnak.

Célkitűzések és módszerek: A nemzetközi 'Alzheimer's Association' külső minőségkontroll programjába bekerülve az Innostest kitjeit használva a β -amiloid1-42, TAU és pTAU fehérjék liquorból történő vizsgálatát tűztük ki célul. A szendvics ELISA módszerét alkalmazva a fenti anyagok liquorban mérhető koncentrációját a szigmoid standardgörbék matematikai egyenleteinek segítségével határoztuk meg. További célkitűzéseink között szerepelt, hogy minőségkontrollált liquordiagnosztikai vizsgálatainkkal segítsük a demens betegek differenciáldiagnosztikáját.

Eredmények: A nemzetközi szervezet által megküldött liquormintákból történt mérések eredményei mindhárom vizsgált fehérje, illetve peptid esetén a vizsgálatban részt vevő közel 40 labor eredményeinek átlagértékeihez viszonyítva nem mutattak számottevő eltérést. A magyarországi betegellátó intézményekből 2010 februárjától 2014 májusáig küldött 171 demens beteg liquormintájának vizsgálata során a kapott eredmények 54 esetben valószínűsítették, míg 33 esetben lehetségesé tették az Alzheimer-kór diagnózisát.

Megbeszélés: Az előre meghatározott referenciaértékekhez viszonyítva a mért értékeket, egy ötfokozatú skálán értékelhetők az eredmények, amelynek alapján organikus központi idegrendszeri betegség hiánya (0 pont), valószínűleg nem Alzheimer-kór (1 pont), lehetséges Alzheimer-kór (2–3 pont), illetve valószínű Alzheimer-kór (4 pont) esetei véleményezhetők. Bár a fenti diagnosztikai séma nem ad definitív diagnózist, liquordiagnosztikai laborunk a jövőben is igyekszik minőségkontrollált módon biztosítani a magyarországi demens betegek fenti vizsgálatát.

A kettősség szimbolikája József Attila életében és öngyilkosságában

Zsédél Krisztina¹, Gerevich József^{2,3}¹Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet, Budapest²Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest³Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
krisztina.zsedel@gmail.com

Háttér és cél: Tavalyi előadásunkban (Zsédél, Gerevich, 2013) József Attila vonás-agresszióját és költői tudatosságát vizsgálva arra a kérdésre kerestük a választ, hogy azok együttesen hogyan járulhattak hozzá a költő életének tragikus végkifejletéhez. Vizsgálataink során sajátos kettősséget találtunk költői önkifejezése (versei) és szabad asszociációs munkái (pl. Szabad ötletek jegyzéke, Átmentem a Párisiba, Neurótikus spekulációk) között.

József Attila életét egyfajta kettős identitás jellemzi, mely mind emberi és költői léte, mind öngyilkossága szempontjából hangsúlyos tényező. Előadásunkban e kettősség vetületeit bemutattva arra a kérdésre keressük a választ, hogy azok hogyan járulhattak hozzá öngyilkosságához.

Módszer: József Attila életrajzának, művei különböző verzióinak, személyes jelentőségű írásainak és a hozzá közel állók (Vágó Márta, Németh Andor, József Jolán, Szántó Judit, Illyés Gyuláné, Bak Róbert) róla szóló visszaemlékezéseinek tartalomelemzése.

Eredmények: József Attila maga vall kettős identitásának kezdetéről: „lényegében fogalmam sincs arról, hogy mi történt velem a Makaiéknál – nekem volt azelőtt egy valamennyire valószínű világom, ebből kiestem a Makaiéknál s nem jött helyébe másik” – vagyis a ferencvárosi otthonából kiszakított, és egy másik társadalmi osztályba erőszakolt fiú kettős kulturális identitásának gyökerei a makói történésekben keresendők.

Ez a kettősség későbbi életében tárgykapcsolati kötődéseit (nők mint tárgyasult anyapótlékok), kiforratlan nemi identitását (családtagjai és idegenek, nők és férfiak is szereplői szexuális fantáziáinak), életét végigkísérő agresszióját (auto- és heteroagresszió), és gyógyulási folyamatát (analitikus kezelése mellett öngyógyító kísérleteket tesz, melyek paradox módon az analitikusnővel való rivalizáláshoz vezettek) egyaránt jellemzi.

Következtetések: A feminin környezetben nevelkedett József Attila egész életében a gyermekkorában rögzült viselkedési mintákat követte. Kétségbeesett próbálkozásai a férfiként való érvényesülésre rendre kudarcot vallottak. Analitikusának, Rapaport Samunak maga írta: „engem azóta nem szeretnek, amióta felnőtt vagyok”. Az életére jellemző kettősséget a szeretetre és kapcsolódásra való állandó törekvése indukálhatta. Öngyógyító kísérletei, magas intellektusa által vezérelt hárító mechanizmusai álmegoldásnak bizonyultak. Csakúgy, mint később öngyilkossága, mely valójában az anyai szimbiózisba visszavágyó örök gyermek Mamához való megtérése.

A fájdalomcsillapító abúzusról. Fájdalomcsillapítók mint drogok

Zsombók Terézia

II. kerületi Egészségügyi Központ Fejfájás Szakrendelés,
Budapest
zso6370@gmail.com

Ismert adat, hogy világszerte nő a fájdalomcsillapító fogyasztás (is), és a fejfájás az egyik leggyakoribb panasz, amivel orvoshoz fordulunk.

Úgyszintén ismert az is, hogy nagyon sok sportág sportolói mind a versenyen mind azon kívül rendszeresen nagy mennyiségben szednek fájdalomcsillapítókat. Ezáltal képesek az edzésteljesítményüket javítani, mert a kemény edzésszak után a gyógyszerek használata mellett nincs szükség olyan hosszú gyógyulási időre, mint a gyógyszerek nélkül. Szaklapokból ismert, hogy a sportolók által használt fájdalomcsillapítók (leggyakrabban használt diclofenac származékok) a doppingszerként definiált anyagok összes követelményének megfelelnek (*Dr. Hans Geyer, Kölni Sportegyetem, 2005*).

Kevésbé közismert azonban az, hogy a fejfájások kezelésére alkalmas fájdalomcsillapítók rendszeres használata (a fájdalomcsillapító abúzus) fejfájást okoz. Ez a fejfájással foglalkozó orvosoknak is rémálma, mivel nagyon nehezen lehet kezelni. Paradox állapot, amely a speciális fejfájás szakrendeléseket felkereső betegeknek legalább 15 %-át érinti, és a mindennapi orvoslásban is egyre gyakoribb jelenség.

A Nemzetközi Fejfájás Társaság (IHS) állásfoglalása szerint már kb. 20, bármiféle fájdalomcsillapító tabletta rendszeres és tartós fogyasztása esetén kialakul az addikció és ennek velejárója a krónikus mindennapos fejfájás.

Ambulanciánkon megjelent fejfájós beteg esetismertetése alapján szeretném felhívni e krónikus, mindennapos fejfájás jellegzetességeire és kezelhetőségére a figyelmet.