



# **A Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Nemzeti Kongresszusa**

**Budapest, 2014. január 22-25.**



**Ép lélekben ép test**  
**Corpus sanum in mente sana**

***ABSZTRAKT KÖTET***

## A problémamegoldó megküzdési stratégiák kapcsolata a hallgatói kiegészéssel

Ádám Szilvia<sup>1</sup>, Nistor Anikó<sup>1</sup>, Nistor Katalin<sup>1</sup>, Hazag Anikó<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Szent Imre Kórház, Pszichiátria, Budapest  
adamszilvia@hotmail.com

**Bevezetés:** Nemzetközi adatok alapján az orvostanhallgatók körében közel 50%-os a kiegész prevalenciája. A kiegész patogenezisében a krónikus stressznek fontos szerepe van, így a stresszt csökkentő megküzdési stratégiák – pl. a tervezés, a belenyugvás, a humor – célzott kiválasztása és tudatos alkalmazása csökkenthetik a kiegész prevalenciáját. Magyar orvostanhallgatók körében a kiegész és a megküzdési stratégiák, valamint az egészségkárosító magatartás közötti kapcsolatról kevés adat áll rendelkezésre.

**Célkitűzés:** Kutatásunk célja a kiegész prevalenciájának feltárása, valamint a kiegész és a megküzdési stratégiák, valamint az egészségkárosító magatartásformák összefüggéseinek vizsgálata orvostanhallgatók körében.

**Módszerek:** Keresztmetszeti vizsgálat önkitöltős kérdőíves felméréssel 512 orvostanhallgató körében. A kiegészzt a Maslach Kiegész-leltár Hallgatói Változata (MBI-SS), a megküzdési stratégiákat pedig a Folkman-Lazarus Megküzdési MódoK Kérdőív felhasználásával mértük. Az egészségkárosító magatartást a dohányzást és a sportszegény életmódot vizsgáló kérdésekkel fedtük fel. A kiegész és a megküzdési stratégiák közötti kapcsolatot korrelációs analízissel tártuk fel.

**Eredmények:** A kiegész előfordulási gyakorisága magyar orvostanhallgatók körében közel 50%-os volt (rendre 43,7%, 44,4% és 55,3%). Az érzelmi kimerülés az érzelmi indíttatású cselekvéssel, az alkalmazkodással, a visszahúzóddással, valamint az érzelmi egyensúly keresésével mutatott szignifikáns pozitív kapcsolatot. Szignifikáns inverz kapcsolatot találtunk a kiegész és a céltudatos cselekvés között. A cinizmus szignifikáns összefüggést mutatott az érzelmi indíttatású cselekvéssel, az alkalmazkodással, valamint az érzelmi egyensúlykereséssel. Ugyanakkor szignifikáns inverz kapcsolatot találtunk a kiegész és a céltudatos cselekvés, valamint a segítségkérés között. A személyes hatékonyság szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott az érzelmi indíttatású cselekvéssel, és szignifikáns negatív kapcsolatban állt a problémaelemzéssel, a céltudatos cselekvéssel, valamint a segítségkéréssel. A személyes hatékonyság és a dohányzás között szignifikáns pozitív, az érzelmi kimerülés és a fizikai aktivitás között pedig szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk.

**Következtetés:** A problémamegoldó, a stressz forrásait célzó megküzdési stratégiák inverz kapcsolatban, míg az érzelmi központú, a stressz szintjét célzó megküzdési stratégiák pozitív kapcsolatban állnak a kiegész dimenzióival.

## Életesemények és problémamegoldó képességek a szuicid veszélyeztetettség hátterében

Ajtay Gyöngyi, Perczel Forintos Dóra, Enzsöl Flóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológiai Tanszék és Szakambulancia, Budapest  
ajtay.gyongyi@gmail.com

Az életesemények megélésének meghatározó szerepe van a szuicid veszélyeztetettség kialakulásában is. A stressz-diatézis modellben a diatézis (genetikai faktorok, korai tapasztalatok, egyes személyiségjegyek, kognitív tényezők, mint pl. a problémamegoldó képességek hiányosságai) az önsértő magatartásra való hajlamot jelöli, amely meghatározza az egyén stresszre adott reakciójának formáját és intenzitását (Mann, Currier, 2008).

Stresszorok lehetnek a különböző negatív életesemények: pszichoszociális nehézségek, veszteségek. Számos vizsgálat utal arra, hogy a problémamegoldó képességek alacsony szintje és a traumatikus életesemények egymástól függetlenül is képesek bejósolni a szuicid magatartást a negatív problémaorientáció közvetítésével, amikor a személy megoldhatatlannak tartja helyzetét.

Vizsgálatunk célja az életesemények, a megküzdési módok, problémamegoldó képességek és szuicid magatartás összefüggéseinek bemutatása öngyilkossági kísérletet elkövetett páciensek esetében.

**Módszer:** A vizsgálatban öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek (N=127) vettek részt. A szuicid kísérletet követően 28 páciens standard kórházi ellátásban részesült, 42 páciens problémamegoldó tréningben vett részt.

**Kérdőívek:** Beck Depresszió Kérdőív, Reménytelenség Skála, Beck Szorongás Leltár, Megküzdési MódoK Kérdőív, Mean-Ends Problem Solving Test, Életesemény Kérdőív.

**Eredmények:** Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek életében is nagyon hasonló negatív életesemények fordulnak elő, mint a normál populációban: fontos személyek elvesztése/halála, elválás/szeparáció, konfliktusok, a személy testi vagy pszichés fenyegetettsége, pénzügyi nehézségek, komoly változások/kulcsélmények. A maladaptív megküzdés, a negatív problémaorientáció és a problémamegoldó képességek alacsony szintje azonban reménytelenség és szuicid veszélyeztetettség kialakulásához vezet. Összehasonlítva a rutinellátásban, illetve a problémamegoldó tréningben részesülő csoportot azt találtuk, hogy a standard kórházi ellátás hatására a páciensek depresszió és reménytelenség szintje szignifikánsan csökkent, azonban a problémamegoldásban nem mutatkozott jelentős változás. A problémamegoldó tréningben résztvevők esetében szintén jelentős csökkenést tapasztaltunk a depresszió és a reménytelenség mértékében, ugyanakkor a problémafókuszú megküzdésük szignifikánsan javult.

Az előadás az eredmények részletes bemutatásával foglalkozik.

## A neuronális glükóztranszporter genomi régiójának vizsgálata

Álmos Péter<sup>1</sup>, Janka Zoltán<sup>1</sup>, Gross Cornelius<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>2</sup>EMBL Mouse Biology Unit

almos.peter@med.u-szeged.hu

**Bevezetés:** A neuronális glükóztranszporter (Glut3, SLC2A3) nélkülözhetetlen az idegsejtek energiaellátásához. Egérmodellekben a homozigóta *slc2a3* génkiütés korai embrionális korban letálisnak bizonyul, míg a heterozigóta forma autizmus fenotípusos megjelenéséhez vezet. A SLC2A3 genomi régiója intenzív vizsgálatok alatt áll, mivel ide lokalizált a NANOG, az embriogenezisben kritikus homeobox gén és egyik pszeudogénje. Ez a szakasz kódolja az SLC2A14 gént is, ami szelektíven a herékben és a tüdőben expresszálódik. A jelenlegi genomi architektúra szerkezetére a NANOG és SLC2A3 géneket magába foglaló tandem duplikációs esemény lehet a magyarázat. Mivel a SLC2A3 számos mentális betegség kandidáns génje, ez a vizsgálat azt célozta meg, hogy genomi régióját evolúciós szempontból elemezzük.

**Módszerek:** Az Ensembl "BLAST/BLAT" és "Comparative Genomics" funkcióit használtuk az összehasonlítások elvégzésére.

**Eredmények:** A humán paralóg génpár genomi megfelelőit detektáltuk a főemlősökben. SLC2A3 keresési homológiái: Pan troglodytes 100 %, Gorilla gorilla 98%, Nomascus leucogenys 92%, Pongo abelii 85%, SLC2A14: Pan troglodytes 94%, Gorilla gorilla 85%, Pongo abelii 90%, a gibbon annotációja ellentmondásos. A mus musculus régiója egyetlen gént tartalmaz, mely 82% és 77% keresési homológiát mutat a humán SLC2A3 és SLC2A14 génekkel.

**Következtetések:** Eredményeink megerősítik, hogy a 12p13.3 régió strukturális varianciát okozó genomi átalakuláson ment keresztül, ami a SLC2A3 gén homológjainak kialakulásához vezetett, melyek a főemlősök mindegyikében megtalálhatóak. Érvelünk amellet, hogy a régió további genomi átrendeződések helyszíne lehet.

A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 Nemzeti Kiválóság Program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## Mély agyi stimuláció OCD-ben, depresszióban és Parkinson-kórban

Angi Zoltán<sup>1</sup>, Harsányi András<sup>1</sup>, Valálik István<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI, II. Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Szent János Kórház, Idegsebészeti Osztály, Budapest

zolesz1983@yahoo.com

Mély agyi stimuláció során nagy frekvenciájú elektromos impulzus segítségével az agyvelő mélyebb területeit ingereljük.

A legelső DBS-t Franciaországban végezték 1987-ben. 2004-ig 30000, 2008-ig közel 40000 műtétet végeztek világszerte. Magyarországon 1998-ban történt az első DBS műtét egy Parkinson-kóros betegen, amelyet dr. Valálik István és munkatársai végeztek.

Kiemelkedő eredményeket sikerült elérni ezen műtėti technikával a terápiarezisztens Parkinson-kór, OCD, valamint depresszió kórképekben azáltal, hogy ezzel a módszerrel nem ronszoljuk, csak működésükben gátoljuk a neuronokat.

OCD-ben a következő mélyagyi központokat ingereljük: capsula interna elülső ága, nucleus accumbens, subthalamicus mag, valamint pedunculus thalami inf. Parkinson-kórban főként a globus pallidus internus a célterület, depresszióban a nucleus accumbens stimulációval sikerült jelentős eredményeket elérni.

OCD-ben az elvégzett DBS műtétek nemzetközi tapasztalatai azt mutatják, hogy szignifikáns javulást sikerült elérni, az Y-BOCS skálán 14–16 pontos csökkenést tapasztaltak.

Osztályunk a Szent János Kórház Idegsebészetiével közreműködve 5 terápiarezisztens kényszerbeteg DBS stimulációját végezte el, mindenik páciensnél szignifikáns javulással.

Terápiarezisztens major depresszióban a nucleus accumbens stimuláció során azt figyelték meg, hogy a páciensek közel fele teljes remissziót ért el.

A fent említett eredmények bizonyítják, hogy a DBS egy olyan evidencián alapuló korszerű sebészi megoldás, amely jelentős mértékben képes javítani a terápiarezisztens OCD, Parkinson-kóros, valamint a depressziós betegek életminőségén.

**Szabadrajz műhely – Tétlenségből a kreativitásig***Antalics Erika, Anginé Szántó Ibolya*Merényi Gusztáv Kórház, Gyógyító Célú Foglalkoztató,  
Budapest  
erika.ant@freemail.hu

Gyógyító Célú Foglalkoztatónkban pszichiátriai és addiktológiai páciensek komplex rehabilitációs foglalkoztatása zajlik. Szubakut és krónikus állapotban érkeznek hozzánk. Közel két éve, valós igények miatt jött létre szabadrajz műhelyünk.

A színezés és a rajzolás bizonyos szinten a legegyszerűbben kivitelezhető tevékenységek közé tartozik. Nem kell hozzá más, csak papír és ceruza. A még rosszabb, akutabb, akár autisztikus állapotú páciensek is képesek erre a tevékenységre. Olyanok is kedvet kapnak a színezéshez, rajzoláshoz, akik évek óta az inaktivitás tünetével küzdenek, akár meg sem tudnak szólalni, erősen szoronganak.

A későbbiekben – a már jobb állapotban levő betegek esetében – megtörténik az innen való „kirajzás”. Műhelyünk ezért a további foglalkozás-terápiáknak mintegy kiindulási helyeként szolgál. Tapasztalataink szerint bizonyos idő múlva pácienseink egyéb tevékenységekbe is bekapcsolódnak.

Műhelyünkben a ráhagyásos foglalkoztatás keretében a betegek kezdetben mandala-színezést végezhetnek. Sokan először egyszerű rajzokat készítenek, a színvonal nagyon különböző. Felajánljuk a művészetterápiás foglalkozásokon való részvételt, de szinte mindannyian visszajárnak a szabadrajz műhelybe.

Kreatív csoport keretében akril- és olajfestés csoport is működik. Ebben azok vehetnek részt, akik képesek megfelelően alkalmazni a gyakorlatban ezeket a nehéz technikákat. Eredményességünket bizonyítja, hogy szabadrajz műhelyünkben készült akril- és olajképek közül több bekerült a Tárt Kapu Galéria Art Brut kiállításaira, illetve külföldi kiállításokon is szerepelt. Gyógyító célú foglalkoztatónkban ez az a hely, mely kiindulási alapot ad a további terápiákba való bevonáshoz, kimozdításhoz, aktiváláshoz. Emellett otthont ad minden páciensünknek, aki kellemes környezetben szabadon szeretne alkotni.

Előadásunkban esetismertetések keretében mutatjuk be szabadrajz műhelyünkben szerzett tapasztalatainkat.

**Egy Art Brut művészni lelki útja képekben***Antos Zsolt\**Zuglói Benedek Elek EGYMI, Pedagógiai Szakmai Csoport,  
Budapest  
anzsol13@gmail.com

Előadásomban kettős célkitűzés vezérel. Egyrészt célom bemutatni egy izgalmas válogatást egy művészi tehetséggel megáldott Art Brut művészni elmúlt évtizedben készített alkotásaiból, másrészt hozzákapcsolni e rajzokat, festményeket az életút fontos történéseihez: ritka genetikai eredetű betegségével (Sclerosis tuberosa) való szembesüléséhez, a betegségtudat elmélyüléséhez, illetve a betegségtörténet és -feldolgozási folyamat, megküzdés egyes stádiumaihoz. Közben kitérek az alkotásokon megjelenő és gyakran visszatérő motívumok és szimbolika – mint pl. szemgolyók, sérült szárnyú angyalok, bogarak – pszichológiai értelmezésére a művészni egyedi világlátásának és élményvilágának kontextusában. Az alkotó magas szintű elaborációs hajlama, megküzdési készsége, a csalódások és fájdalmak képi alkotások révén is történő sikeres feldolgozása példaértékű. Esettanulmányomhoz a Vass Zoltán-féle hétlépes képelemzési módszer (SSCA) és a Hárdi István-féle Dinamikus Rajzvizsgálat (DRV) szolgál elméleti és módszertani háttérként.

Kulcsszavak: Art Brut, Sclerosis tuberosa, megküzdés, hétlépes képelemzési módszer (SSCA), Dinamikus Rajzvizsgálat (DRV)

\* Filozófus, képi kifejezéspszichológiai szaktanácsadó

## ”A szerelem valahol útközben elkerült”

Árkovits Amaryl

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Mentálhigiénés Járóbetegrendelés és Gondozó, Pécs  
amaryleszter@gmail.com

Az előadásban szereplő, a harmincas éveie elején járó fiatal pár kapcsolatuk hetedik évében kért terápiás segítséget. Történetük egy balesettel indult, amiben a férfi segítségére sietett a nőnek – a mesészerű kezdetet irigylésre méltó szimbiotikus időszak követte: a férfi erős támaszként az élet minden területén biztonságot nyújtott a nőnek, aki hálás ragaszkodással viszonzta a gondoskodást. Saját egyéni élettörténetükből adódóan jól kiegészítették egymást, s ahogy az gyakran lenni szokott, a külvilágtól eltávolodva szinte csak egymásnak/egymásért éltek.

A „bűvös” hetedik évben – amit a köztudat is fordulópontnak tart a kapcsolati fejlődés szempontjából – azonban felborult az addigi, biztonságosnak hitt egyensúly. A kapcsolati forgatókönyvben (melyben korábban az erős a gyengét támogatta) a pár egyik tagjának egyéni fejlődése, korábban ki nem élt kamaszkori vágyainak felszínre bukkanása és ebből fakadó autonómia-igények változtatási igényeket fogalmaztak meg. Ehhez azonban közösen képtelenek voltak alkalmazkodni: tárgykapcsolat-elméleti megközelítésből egyikük már a differenciálódás időszakába lépett, másikuknál viszont még mindig előtérben voltak a szimbiotikus igények. A kölcsönös elégedetlenség megmérgezte a mindennapokat.

Bár a korábban jól bevált kapcsolati működésmódot a feleség ekkor induló pszichoszomatikus betegsége átmenetileg helyreállította, a valódi változás (változtatás) hosszú távon elkerülhetetlen volt. Ebben igyekeztünk Herke Mónika terapeutatársammal a segítségükre lenni – több-kevesebb eredménnyel.

Ez nem terápiás sikertörténet; az előadásban kételeyeinket, dilemmáinkat is szeretném megosztani a hallgatókkal. Igaz, hogy a pár a kapcsolati krízisből látszólag kilábal, kérdés azonban, hogy a hosszabb távú, valódi fejlődéshez lesz-e elég erejük és bátorságuk. Terapeutaként szkepticizmusunkat erősíti az a tény, hogy közös munkánkat csak abbahagyni tudtuk, befejezni azonban nem, mivel a feleség újabb balesetet szenvedett, amiben a férje a segítségére sietett... és így tovább. Remélhetőleg a következő hét év különbözni fog az előzőtől.

Az előadás a családterápiás szimpózium része.

## Érzelemfelismerési mintázat figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral diagnosztizált serdülő fiúknál

Áspán Nikoletta<sup>1,2</sup>, Bozsik Csilla<sup>3</sup>, Inántszy-Pap Judit<sup>3</sup>, Nagy Péter<sup>1</sup>, Vida Péter<sup>1,4</sup>, Gáboros Júlia<sup>1</sup>, Halász József<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Szentágotthai János Doktori Iskola, Budapest

<sup>3</sup>Pszichológiai Intézet, Debreceni Egyetem, Debrecen

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

<sup>5</sup>Alba Regia Egyetemi Központ, Óbudai Egyetem, Székesfehérvár

nikoletta.aspan@gmail.com

Háttér: Irodalmi adatok alátámasztják, hogy a szocializációs és emocionális deficit is figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarra (ADHD) jellemző vonás. ADHD diagnózissal rendelkező serdülők érzelemfelismeréséről azonban mindeddig csak szórványos adat áll rendelkezésünkre. A jelen vizsgálat célja egy figyelemhiányos/hiperaktív serdülőfiú-populáció érzelemfelismerési profiljának összehasonlítása egészséges serdülő fiúk kontrollcsoportjával.

Módszer: Vizsgálatunkba 13 és 16 év közötti serdülő fiúkat (N=44) vontunk be tájékozott beleegyezést követően. Két – kor és Raven IQ szerint – illesztett csoportot hasonlítottunk össze. Az első csoportba a Vadaskert Kórházban első alkalommal osztályos kivizsgálásra kerülő, BNO alapján ADHD-val diagnosztizált serdülő fiúkat (N=22, életkor: 14,16±0,18) válogattunk be, míg a másik – a kontroll – csoport egészséges serdülő fiúkból állt (N=22, életkor: 14,56±0,17). A figyelemzavar/hiperaktivitás mértékének monitorozásához a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) szülői és gyermek változatát használtuk. A hat alapérzelem (öröm, szomorúság, félelem, harag, meglepetés, undor) emberi arcokról történő felismerését feltérképező Facial Expressions of Emotion Stimuli and Tests (FEEST) segítségével vizsgáltuk az érzelemfelismerést. Az általános neurokognitív funkciók kontrolljaként a Raven tesztet használtuk.

Eredmények: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral diagnosztizált serdülők érzékenyebben ismerik fel az undort a kontrollpopulációhoz képest ( $p < 0,05$ ). Az ADHD-s serdülők rosszabbul ismerik fel a félelmet ( $p < 0,05$ ), illetve a szomorúság felismerésében is gyengébb teljesítményt nyújtanak a kontrollcsoporthoz viszonyítva. Az egész populációt tekintve (beleértve az ADHD-s és az egészséges serdülőket is), mind a szülő, mind a serdülő által jelzett hiperaktivitás érték fordítottan korrelál a félelem felismerésével (a szülők esetében: Spearman  $R = -0,315$ ,  $p < 0,037$ ; a serdülők esetében: Spearman  $R = -0,502$ ,  $p < 0,0005$ ).

Következtetés: Eredményeink azt sugallják, hogy figyelemhiányos/hiperaktív serdülő fiúknál módosul az érzelemfelismerés mintázata az egyes alapérzelmekek esetében.

### A testedzésfüggőség vizsgálata súlyzós testedzést végző férfiak körében

*Babusa Bernadett*

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

Háttér: A rendszeres fizikai testedzés fizikumra és mentális egészségre gyakorolt pozitív hatását számos vizsgálat alátámasztja, azonban egyes tanulmányok szerint a testedzésnek negatív következményei is lehetnek, például a testedzésfüggőség. A testedzésfüggőség a testedzéshez való kompulzív szükségletet jelenti, amely nem feltétlenül a sportteljesítmény javításának szükségletéből fakad, hanem sokkal inkább abból, hogy az egyén megszabaduljon a mindennapos stressztől és azoktól a kellemetlen érzésektől, amelyek a testedzés kihagyásából fakadnak.

Célkitűzés: Kutatásunk célja a testedzésfüggőség prevalenciájának és egyéb jellemzőinek vizsgálata volt súlyzós testedzést végző férfiak körében.

Módszer: A keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkban 304 súlyzós testedzést végző férfi vett részt (átlagéletkor: 27,8 év; SD= 7,40; terjedelem: 18–58). Mérészközök: önbeszámolóval nyert antropometriai adatok (testsúly, testmagasság), vágyott testsúly, testedzéssel kapcsolatos kérdések, Testedzés Addikció Kérdőív, Izomzattal Való Elégedettség Skála.

Eredmények: A testedzésfüggőség prevalenciája a következőképpen alakult: a válaszadók 29,6%-a (n=90) tünetmentes, 61,2%-a (n=186) tüneteket mutató nem-függő, és 9,2%-a (n=28) veszélyeztetett volt a testedzésfüggőség szempontjából. Az előadásban a közölt prevalencia értékeket összehasonlítjuk a hazai, illetve nemzetközi adatokkal. Az egyszempontos variancia-analízis eredményei szerint a testedzésfüggőségre való veszélyeztetettség pozitív irányú kapcsolatot mutat az izomdiszmorfia tüneteivel ( $F(2)=68,96$ ;  $p<0,001$ ), az edzési alkalmak gyakoriságával ( $F(2)=6,72$ ;  $p<0,001$ ) és időtartamával ( $F(2)=6,83$ ;  $p<0,001$ ), a testsúllyal ( $F(2)=3,60$ ;  $p=0,28$ ), a kívánt testsúllyal ( $F(2)=5,07$ ;  $p=0,007$ ) és a kívánt testtömegindex-szel ( $F(2)=4,07$ ;  $p=0,018$ ). A testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetett csoportban továbbá nagyobb volt az anabolikus-androgén szteroidhasználat élettartam prevalenciája, mint a másik két csoportban.

Következtetés: Eredményeink rámutatnak arra, hogy a súlyzós testedzést végző férfiak veszélyeztetett populációt jelenthetnek a testedzésfüggőség szempontjából. Az izomdiszmorfia és a testedzésfüggőség kapcsolata arra utal, hogy a testképpel való elégedettség szerepet játszik a testedzésfüggőség (testépítés-függőség) kialakulásában.

### Az izomdiszmorfia pszichológiai és antropometriai korrelátumai súlyzós testedzést végző férfiak körében

*Babusa Bernadett, Czeglédi Edit, Túry Ferenc*

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

Háttér: Az izomdiszmorfia (ID) speciális férfi testképzavar, amelyet az izomzattal való túlzott foglalatosság és az izomtömeg növelésének intenzív vágya jellemez. A kórkép a súlyzós testedzést, illetve testépítést végző férfiak körében fordul elő a legnagyobb gyakorisággal. Az ID-ban szenvedő férfiak patológiásan sokat foglalkoznak azzal, hogy testük nem eléggé szikár és izmos, és erős izomzatuk ellenére soványnak, kicsinek érzik magukat. Komorbid zavarok, mint az evészavarok, a hangulat- és szorongásos zavarok, az alacsony életminőség és a testedzésfüggőség társulása gyakori az ID esetében.

Célkitűzés: Kutatásunk célja az ID korrelátumainak feltárása volt súlyzós testedzést végző férfiak körében.

Módszer: A keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkban 304 súlyzós testedzést végző férfi vett részt (átlagéletkor: 27,8 év; SD= 7,40; terjedelem: 18–58). Mérészközök: önbeszámolóval nyert antropometriai adatok (testsúly, testmagasság), vágyott testsúly, Izomzattal Való Elégedettség Skála, Evészavar Kérdőív, Vonásszorongás Skála, Rosenberg Önértékelési Skála.

Eredmények: A válaszadók 18%-a (n=55) magas kockázatúnak, 51,6%-a (n=157) alacsony kockázatúnak, míg 30,2%-a (n=92) nem volt veszélyeztetettnak tekinthető az ID szempontjából. Az egyszempontos variancia-analízis eredményei szerint az ID-ra való veszélyeztetettség pozitív irányú kapcsolatot mutat a testtömegindex-szel (BMI) ( $F(2)=4,32$ ;  $p=0,014$ ), a kívánt BMI-vel ( $W(2)=16,19$ ;  $p<0,001$ ), a testsúllyal való elégedetlenséggel ( $F(2)=7,87$ ;  $p<0,001$ ), a vonásszorongással ( $F(2)=11,51$ ;  $p<0,001$ ), a karcsúság iránti készlettel ( $H(2)=11,47$ ;  $p=0,003$ ), az interoceptív tudatosság hiányával ( $rW3(2)=5,78$ ;  $p=0,004$ ), a perfekcionizmussal ( $H(2)=29,86$ ;  $p<0,001$ ), valamint az interperszonális bizalmatlansággal ( $rW3(2)=4,40$ ;  $p=0,014$ ). Az ID-ra való hajlam emellett negatív irányú kapcsolatot mutat az életkorral ( $F(2)=8,36$ ;  $p<0,001$ ) és az önértékeléssel ( $F(2)=12,85$ ;  $p<0,001$ ).

Következtetés: Eredményeink rámutatnak arra, hogy az ID hatékony intervenciók stratégiáinak kidolgozása során nem csupán a testképzavarra szükséges fókuszálni, hanem az ahhoz kapcsolódó pszichológiai korrelátumokra is, mint például az alacsony önértékelésre, a magas vonásszorongásra és a perfekcionizmusra. Mindemellát az ID összefüggése az evészavarral kapcsolatos jellemzőkkel hasonló etiológiát vet fel az ID, az anorexia és a bulimia nervosa hátterében.

**A műtét előtti és alatti szuggesztió gyógyulást segítő hatása**

*Bagdi Petra, Császár Noémi, Harkai Viktória, Horváth Dóra, Mezei Ágnes, Pataki Natália, Stoll Dániel Péter*

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest  
pebagdi@gmail.com

A szuggesztív technikák és a hipnózis gyógyulást segítő és fájdalomcsillapító hatása már évszázadok óta alkalmazott és ismert. A módszerben rejlő lehetőségek a mindennapi orvosi gyakorlatban történő kiaknázásához azonban csak az utóbbi évtizedek kutatási eredményei adták meg az alapot. A szuggesztív kommunikáció vizsgálatai ugyanis igazolták, hogy nem csak a műtét utáni rehabilitáció minőségét és gyorsaságát befolyásolják jelentősen a műtét előtt és alatt megélt élmények, hanem a műtét alatti változókra (vérvesztés, fájdalomcsillapító szükséglet) is hatással vannak, történjen a műtét akár éber állapotban, akár altatásban. Mivel a műtét krízise mindenki számára egy regresszív állapot – más szóval spontán módosult tudati állapot – ezért minden, a műtét körül hallott, látott és észlelt információ szuggesztióként hat. A műtét előtti és alatti szuggesztió – számos egyéb tényező mellett – bizonyítottan befolyásolja a gyógyulást segítő változókat mind a perioperatív, mind pedig a posztoperatív időszakban.

Jelen munkában a műtét alatti és előtti szuggesztív kommunikáció – kutatások által bizonyított – gyógyulást segítő hatását ismertetem. Az irodalmi összefoglaló célja, hogy felhívjam a figyelmet a szuggesztív technikák alkalmazásának a lehetőségeire a szomatogyógyászatban, azon belül is a sebészet területén.

**Tehetséges serdülők lelki egészsége, egy fejlesztő folyamat hatékonysága**

*Bagdy Emőke*

Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet,  
Budapest  
info@bagdyemoke.hu

Előadásomban egy pilot study nyomán arra a kérdésre válaszolok: milyen lelki problémák jellemzik a kiemelkedően tehetséges serdülőket, és milyen hatékonyságú egy személyes problematikára irányuló fókusz-orientált pszichológiai intervenció és fejlesztő munka?

Vizsgálati minta: 101 fő (51 fiú és 50 lány) 15–16 évesek, kiemelkedően tehetségesek.

Hatáskövetési vizsgálatok: személyiség-, szorongás-, depresszió, pszichológiai immunrendszer-, hangulat-, pályaorientáció-, érdeklődés- és kreativitás-vizsgálatok.

Munkamenet: szülők és pedagógusok közös csoportjában kidolgozott problémalista, problémaprofilok kidolgozása (clusteranalízissel), személyre irányuló klinikai állapotfelmérés és intervenció terv (fokális munka) 50 órában, 30 óra egyéni fejlesztő és 20 óra csoportos (social skills) - tréning; záróvizsgálatok és szubjektív beszámolók.

Eredmények: 1. öt probléma cluster; 2. ezek mentén szignifikáns pozitív változások az egyéni és csoportos fejlesztés hatására.

Konklúzió: A serdülésre jellemző (egyéni és társkapcsolati) problémák a tehetséges fiataloknál erőteljesen nyilvánulnak meg. Relatív csekély óraszámú (50 óra), de személyre szabott pszichológiai intervenció hatására rendkívül jelentős pozitív változások jöhetnek létre. A változások fő területei: megküzdési stílus, hangulat, szorongáscsökkenés, stresszkezelési képesség fejlődése, növekvő bizalom és önismereti igények ébredése.

## Pszichiátriai gondozás a holisztikus szemlélet tükrében

Bagi Mária<sup>1</sup>, Balczár Lajos<sup>2</sup>, Csomós András<sup>3</sup>, Erdélyi Kálmán<sup>4</sup>, Erdélyi Rita<sup>5</sup>, Lórintz Zsuzsanna<sup>6</sup>, Magyar Iván<sup>7</sup>, Silling Tibor<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Pszichiátriai Gondozó, Szolnok  
<sup>2</sup>Cholnoky Ferenc Kórház, Veszprém Pszichiátriai Gondozó  
<sup>3</sup>Egészségügyi Központ Pszichiátriai Gondozó, Füzesabony  
<sup>4</sup>Újpesti Mentálhigiénés Gondozóintézet, Budapest  
<sup>5</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház Pszichiátriai Gondozó, Kecskemét  
<sup>6</sup>Fejér Megyei Pszichiátriai Gondozó Székesfehérvár  
<sup>7</sup>fővárosi Önkormányzat Kispesti Eü. Int. Pszichiátriai és Addiktológia Gondozó és Szakrendelés, Budapest  
<sup>8</sup>Váci Pszichiátriai Gondozó  
 dr.erdeyir@freemail.hu

A holisztikus szemlélet a teljességre, az egész vizsgálatára törekszik. Ha végigtekintünk a pszichiátriai ellátások sokszínű palettáján, akkor a pszichiátriai gondozás és a közösségi pszichiátriai ellátás lenne az a tevékenység, ami leginkább kifejezné ezt a szemléletet. Ha a gondozási tevékenység szakmai megfogalmazását felidézük, akkor abban szerepel, hogy a gondozói csoport területi ellátási kötelezettséggel dolgozik, a gondozott betegeknek nem csupán az egészségügyi, hanem az életviteli problémáinak a megoldásával is foglalkozik.

Jelenleg a pszichiátriai gondozás súlyos krízist él át. 1998 óta egyre csökken a pszichiátriai gondozók száma, ma 127 működik az országban, ebből 22 a fővárosban a kerületeknek megfelelően. Eloszlásuk megyénként, területenként egyenlőtlen. A fő probléma, hogy a gondozás alapját képező látogatások száma – aminek kapcsán megvalósulna, hogy a „beteg ellátása lakókörnyezetében, saját életterében történjen”, – minimálisra redukálódott. A látogatások legtöbb helyen finansziális és személyzeti okok miatt lényegében megszűntek, papírfórmáummá váltak, nem különülve el a szakrendeléstől. Ahol még léteznek – 1–2 kivételtől eltekintve –, a gondozási kijárások heti vagy alkalmi látogatásokká szűkültek.

A gondozói kerekasztal teret szeretne adni az ország különböző területein folyó olyan „jó gyakorlatok” bemutatására, amelyek a pszichiátriai gondozás holisztikus szemléletét tükrözik.

Megmutatják – hogy csekély lehetőségek mellett – hogyan lehet fenntartani és továbbfejleszteni a pszichiátriai gondozás vívmányát önerőből, vagy szövetségben.

Szeretnénk bemutatni, hogy egy gondozón belül is lehetséges megvalósítani a komplex pszichoterápiás ellátást, a beteg szükségleteihez integrálva, mint az Újpesti Mentálhigiénés Gondozóintézetben. A pszichoszociális egység és a szocioterápia megvalósítására láthatunk különböző jó példákat, mint például Székesfehérvárott a közösségi pszichiátriai ellátás megszervezését, vagy Veszprémben a gondozóhoz kapcsolódó szociális közösségi ellátást, vagy az együttműködés különböző szintjeit szociális intézményekkel pl. Szolnokon, vagy Kispesten a Forrásházban. De láthatunk jó gyakorlatokat a szocio- és munkaterápia megvalósítására más szociális szervezetekkel együttműködve Eu-s forrásokat felhasználva, mint Füzesabonyban és Kecskeméten.

A kerekasztal második részében szeretnénk, ha az aktualitásoké lenne a szó.

## A fiatalkori öngyilkosság hazánkban

Balázs Judit<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest  
<sup>2</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest  
 judit.agnes.balazs@gmail.com

A világban az utóbbi két évtizedben a fiatalkori öngyilkosságok száma nőtt, hazánkban 2008-ig folyamatos csökkenés volt tapasztalható, majd az utóbbi években növekedés és stagnálás váltakozása látható. Míg az összlakosságra nézve a világban a legmagasabbak között van a hazai öngyilkossági ráta, a fiatalkori öngyilkosság középmezőnybe esik.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2010-ben hazánkban 35 14–19 éves és 159 20–29 éves fiatal halt meg öngyilkosság miatt.

Populációs vizsgálat során „A Fialatok életének megmentése és szerepvállalásuk/önállóságuk növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe – SEYLE)” vizsgálat keretében a 14–16 éves fiatalok öngyilkos magatartását mértük fel. A vizsgálatot a svédországi Karolinska Intitutet irányította és 11 országban zajlott: Ausztia, Észtország, Franciaország, Írország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Spanyolország, Szlovénia. Összesen 12395, köztük 1009 magyar serdülőt mértünk fel. A vizsgálatot megelőző két hétben a budapesti érettségire adó iskolába járó fiataloknak 12,7%-a kívánta, hogy bárcsak ne élne, míg 10,3%-uk arra is gondolt, hogy véget vessen az életének, de senki sem kísérelt meg öngyilkosságot. A 11 ország adatait együtt nézve halálvágy a bevont diákok 18,8%-ánál, öngyilkossági gondolat 17,3%-uknál fordult elő, míg 0,6%-uk kísérelt meg öngyilkosságot.

Klinikai vizsgálat során a Vadaskert Gyermekpszichiátriai kórházban 221, első alkalommal kórházi felvételre kerülő fiatalnál (kor: 11–18 év) mértük fel az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságát. A 11–14 éves fiataloknak 23,4%-a kívánta a vizsgálatot megelőző két hétben, hogy bárcsak ne élne, 14,6%-uk arra is gondolt, hogy öngyilkos legyen, és 2,9% meg is kísérelt öngyilkosságot. A 15–18 éves fiatalok 53,8%-ának volt halálvágya, 39,3%-uknak öngyilkossági gondolata, és 16,7-uk kísérelt meg öngyilkosságot.

Összességében elmondható, hogy bár hazánkban a fiatalkorúaknál felmért öngyilkossági magatartásra vonatkozó adatok alacsonyabbak, mint a nemzetközi élemezőnybe tartozó országokban, így is figyelemfelkeltően magasak. Az öngyilkosság-megelőzési törekvések kiemelt fontosságúak hazánkban is a fiatalok körében.

### Irodalom:

Balázs J, Kapornai K: Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Medicina, Budapest, 2012, 124–136.



**A fiatalkori öngyilkosság és a média: Rizikó-faktorként a “Budaörsi kettős öngyilkosság” közlésének, prevenciók lehetőségként a SUPREME projektnek a bemutatása**

Balázs Judit<sup>1,2</sup>, Keresztény Ágnes<sup>1,3</sup>, Bálint Mária<sup>4</sup>, Farkas Luca<sup>2</sup>, Mészáros Gergely<sup>2</sup>, Hadlaczky Gergely<sup>5</sup>, Carli Vladimír<sup>5</sup>, Wasserman Danuta<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ELTE, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

<sup>4</sup>Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XII. kerületi Tagintézménye, Budapest

<sup>5</sup>Karolinska Intitutet, Stockholm, Svédország  
judit.agnes.balazs@gmail.com

A média szerepe az öngyilkosság-prevencióban kiemelkedő. Egyrészt a nem megfelelő hírközlés egy öngyilkossági esetről a vulnérábilis személyekben fokozhatja az öngyilkosság rizikóját. Másrészt, mivel könnyen, igen sok embert ér el a média, a megfelelő információk eljuttatásával azoknak, akiknek szüksége van rá, segítséget nyújthat. A WHO – és 2012-ben hazánk is – ajánlást dolgozott ki az öngyilkosságok kívánatos hírközlési módjáról.

Előadásunk első felében a média öngyilkossági kockázatot növelő hatására példaként egy 2011-ben – az öngyilkosság hazai közléséről szóló ajánlás megjelenése előtt – történt kettős öngyilkosság média közlésének elemzését szeretnénk bemutatni: a cikkek 38,9–100,0%-ában jelent meg provokatív hírközlés, míg csak 0–22,2%-ban preventív tartalom. A hazai hírközlés nem volt összhangban az ajánlásokkal.

Előadásunk második felében a média öngyilkosság-megelőzésben játszott szerepére szeretnénk példát bemutatni: a DG SANGO által támogatott nemzetközi együttműködéses vizsgálat, az Internetes öngyilkosság-megelőzés és média alapú mentális egészségfejlesztés (Suicide Prevention through Media and Internet – SUPREME), melyben hazánk is részt vesz, céljául tűzte ki egy elsősorban fiataloknak szóló öngyilkosság-megelőző honlap fejlesztését. Az előadásban bemutatjuk az elkészült honlapot és a vizsgálat során szerzett tapasztalatainkat.

**Irodalom:**

Balázs J, Keresztény A, Pelbáth G, Sinka L, Szilvás F, Torzsa T: Online Media Report on a Hungarian Double Suicide Case: Comparison of Consecutively Published Articles. *Psychiatria Danubina* 25:(3) 2013; 248–254.

**Felborult családi egyensúly, felborult cukoranyagcsere**

Balogh Klára

Pszichoszomatikus Magánrendelő, Debrecen  
dr.balogh.klara@t-online.hu

Ha a családi egyensúly tartósan felborul, a kiszámítható határokat, szabályokat patológiás rítusok próbálják helyettesíteni, majd a miattuk létrejött újabb indulatokat szomatikus tünetek szelepelhetik ki a rendszerből. Ebből a feszültség feszültséget szül negatív spirálból nehéz kiszállni, és nehéz megőrizni mind az ép lelket, mind az ép testet.

Előadásomban egy négytagú családról szeretnék beszélni, amelynek az egyensúlyát az életciklusváltás normatív krízise mellett egy váratlan, sok vádaskodást, büntudatot maga után hagyó veszteség borította fel. Az elakadt gyász haragjának feszültségében a gyerekek betegedtek meg. Az egyik mentális betegséget, a másik szomatikus kapott/választott. Sokáig a kényszer és a labilis cukorbetegség dinamikája szabályozta a családon belüli indulatokat, illetve az indulatok provokálták a betegségeket.

A családterápia célja a következő volt:

- Az elakadt gyász folyamat újraindítása, továbblendítése
- A túlzott kritikusság, a magas EE csökkentése
- Az életciklusnak megfelelő határok, szabályok, felelősségek kialakítása
- A differenciálódás elősegítése a származási családtól, valamint a nukleáris családon belül a családtagok között

Jó terápiás célt kitűzni sem egyszerű, de megvalósítani még nehezebb.

Mi volt számomra a nehéz?

- A magas hőfokon izzó kritikusság
- A megfelelni akarós ellenállás
- A lassú változás

Mi az, ami segített?

- Hogy tudtam találni pozitívumokat bennük
- A lassú változás

Erről a lassú és nehéz folyamatról szeretnék beszélni, amelynek eredményeként a kényszeres tünetek jelentős része megszűnt, és a labilis cukorbetegség szabályozhatóvá vált.

### A személyiségi rendellenességek szakértői megítélése nem vagyoni kártérítés iránt indított polgári peres eljárásokban

Baraczka Krisztina, Magyar Lóránt, Németh Rita

Semmelweis Egyetem, IBOI, Budapest  
kbaraczka@yahoo.com

A személyiségi rendellenességek (korábban személyiségzavarok) előfordulásának aránya növekvő tendenciát mutat mind a büntetőperes, mind a polgári peres eljárásokban. A szakértői vizsgálatnál a kár elszívését megelőző időszakra vonatkozó orvosi dokumentum rendszerint nem áll rendelkezésre. A személyiségi rendellenesség megítélését az is nehezíti, hogy az egyes személyiségvonások spontán, vagy külső hatásra időszakosan előtérbe kerülnek, majd elhalványulnak.

A kár elszívésének és a kialakult változás oksági összefüggésének szakértői bizonyítása ugyancsak problémát jelenthet, mivel a pszichiátriai vizsgálatot rendszerint évekkel a károkozást követően rendelik el. A személyiségi rendellenességek pszichiátriai szakmai megítélése (sem a hazai, sem a külföldi szakirodalmi szerint) nem egyértelmű. Diagnosztikai módszertani levél (útmutatás) nem áll rendelkezésre. Az alapvető, Rorschach-teszt időigényes, értékelése nagy szakmai gyakorlatot kíván.

Az utóbbi három év közel 1000 szakértői vizsgálatának mintegy 30%-ában, személyiségi rendellenesség megállapítása történt. A nem vagyoni kártérítés iránt indított peres ügyek száma 1%-ról mintegy 5%-ra emelkedett.

Három eset rövid ismertetése kapcsán a szakértői megítélés néhány nehezen megközelíthető kérdésére kívánjuk felhívni a figyelmet.

Eddigi tapasztalataink szerint a személyiségi rendellenességek szakértői megítélésében elengedhetetlen a személyiségfejlődés dinamikájának lehető legaprólékosabb feltárása. Figyelmet érdemel a kontrollfunkciók vizsgálata, mivel a kár elszívését követően a kontroll lazulása jóval előbb bekövetkezik, mint a személyiségjellemzők torzulása. Fontosnak tartjuk az egyes noxák okozta változások összefüggéseinek, időrendi kialakulásuk sorrendjének vizsgálatát. Az okozati összefüggések vizsgálatánál törekedni kell arra, hogy a közvetlen – kár okozta – pszichés változást kimutassuk. Ebből levezetve elemezhetjük a később megjelenő pszichopatológiai tünetek, vagy a korábbi tünetek romlásának okait. Nem mellőzhető – de a jelenlegi gyakorlatban nem minden esetben képezi értékelés tárgyát – a vizsgált motivációja, együttműködése az orvosi-pszichológusi kezeléssel, vagy önsorsrontó attitűdjé.

### Konzultációs pszichiátriai/pszichológiai munka a szervtranszplantáció különböző területein

Baran Brigitta<sup>1</sup>, Szabó Zsuzsa<sup>2</sup>, Milán Flóra<sup>2</sup>, Kecskeméthy Éva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest  
gazdag@lamb.hu

A szervtranszplantáció, mint terápiás lehetőség, számos súlyos szervi betegségben egyre nagyobb teret nyer az utóbbi években. Ezen öröndetes folyamattal párhuzamosan, egyre gyakrabban kerül sor pszichiáter, vagy pszichológus bevonására ezen betegek ellátásába. Ennek számos oka lehet: bizonyos szerveknél a kivizsgálási protokoll része a pszichiátriai vizsgálat. Más esetekben, a beteg kórelőzményében szereplő pszichiátriai vagy addiktológiai betegség indokolja a véleménykérést. Izgalmas és nagy kihívást jelentő területe a konzultációs munkának az utóbbi egy évben megjelent élődonoros szervtranszplantáció területe, ahol a kivizsgálás részeként a donor és a recipiens kapcsolatát is vizsgálni kell, mivel a vonatkozó jogszabály szerint a donornak fenyegetéstől, anyagi érdektől mentesen kell meghoznia a döntését. A kivizsgálást követően mind a páciensnek, mind a családnak szüksége lehet pszichológiai felkészítésre a beavatkozás előtt. A transzplantáció megtörténte után a hosszan tartó kezelésre, esetleges szövődményekre adott pszichés reakciók igényelhetnek terápiás beavatkozást. A kerekasztal résztvevői a fenti kérdéseket járják körül a szív-, vese-, a máj-, a gyermek és a felnőtt csontvelő-transzplantáció területein.

### Az Érzelmekre Fókuszáló Párterápia kezelési elvei a szexuális diszfunkciók esetén

*Baráth Katalin*

Pest Megyei Szent Rókus Kórház és Intézményei, Budapest  
katalin.barat@gmail.com

Az ÉFT egy új párterápiás irányzat, melynek alapelve, hogy a párkapcsolati problémák mozgatója a kapcsolatban résztvevők bizonytalan kötődési munkamódja. A terápia célja a bizonytalan kötődés felől az érzelmi biztonság felé való elmozdulás elősegítése. A szexuális diszfunkciók értelmezése ebben a keretben új megközelítést jelent a hagyományos viselkedésterápiás leírások mellett. Mindkét megközelítés szerint a szorongás magas szintje a legfőbb akadály a jól működő szexuális kapcsolatnak. Az ÉFT részletesen elemzi, hogy a szorongás hatására hiperaktíválódott, illetve deaktiválódó kötődési magatartás hogyan vezet szexuális diszfunkciók kialakulásához. A terápia menete szakaszos, célja az érzelmi biztonság megteremtése, mert ez az alapja a szexuális intimitás rendezésének. A szimpóziumon esetrészletekkel illusztrálva szeretném bemutatni ennek az irányzatnak a felhasználhatóságát a szexuális problémák kezelésében.

### A várandósság időszakának kérdései: A testkép és az anya–magzat kötődés kapcsolata

*Barbócz Magdolna, Bugán Antal*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen  
barbocz.magdolna@sph.unideb.hu

Bevezetés: A testkép többdimenziós konstruktum, amely kognitív, affektív, viselkedéses és perceptív sajátosságokat foglal magában. A terhesség alatti testkép változása ma még igen keveset vizsgált téma, habár e viszonylag rövid időszak alatt a női test jelentős változásokon megy keresztül, amelyek várhatóan befolyásolják a testképet. A testkép és az anyához való kötődés kapcsolata ismert, így a terhesség alatt megváltozó testkép és ennek negatív hatásai befolyásolhatják a magzat iránti kötődés kialakulását. A terhesség alatt fokozatosan kialakuló anyai kötődés fontos prediktora az anyai egészségnek és a magzat fejlődésének is, ezért fontos meghatározni azokat a tényezőket, melyek megzavarhatják e kapocs kialakulását.

Kutatásunkban arra kerestük a választ, változik-e az anyai kötődés mértéke a testképpel való elégedetlenség és ezen keresztül a terhesség élményeinek értékelése tükrében.

Módszer: A vizsgálatban 60 kismama vett részt. A terhesség szubjektív megélését, a súlygyarapodással kapcsolatos és az anya–magzat kötődést (angol nyelvű, magyarra fordított) kérdőívek segítségével vizsgáltuk (Pregnancy Weight Gain Attitudes Scale, Pregnancy Experience Scale, Maternal Antenatal Attachment Scale). A saját testtel kapcsolatos elégedetlenség mérése az Evészavar Kérdőív (EDI) alskáláit alkalmaztuk.

Eredmények: Az EDI Testi elégedetlenség skálája és a Terhesség Élményei Kérdőív kapcsolata alapján elmondható, hogy azok a kismamák, akik több negatív tapasztalatról számolnak be a terhességük kapcsán, negatívabb attitűddel rendelkeznek testüket illetően. A terhességi súlygyarapodást kellemetlen tapasztalatként értékelő kismamák kötődése gyengébbnek bizonyult. Vizsgálati mintánkban a kötődés erősségének növekedése együtt járt az élmények pozitív értékelésével, illetve a gyengébb kötődés magasabb testi elégedetlenséggel párosult.

Összegzés: Ezen kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a terhesség alatt a saját test észlelése és értékelése összefügghet a magzat iránti kötődés intenzitásával. A terhesség alatti negatív testkép, mely hajlamosíthat patológiás evési szokásokra, további vizsgálatokat igényel, mivel a táplálkozás elégtelensége negatív hatással lehet a fejlődő magzat egészségére is.

## A machiavellizmus és az érzelmi reaktivitás kapcsolata

Barna Bianka<sup>1</sup>, Gerevich József<sup>2</sup>, Matuszka Balázs<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Piliscsaba  
barna314@gmail.com

Háttér: A machiavellista emberek hajlamosak a többi embert céljaik elérése érdekében eszközként felhasználni. Korábbi kutatások eredményei szerint a machiavellizmus negatív korrelációt mutat a Barátságossággal (empatikus, jóindulatú viselkedés) és Lelkiismeretességgel (énerő kognitív összetevői).

A machiavellistább személyek gyengébbek az érzelmi intelligencia terén, alacsonyabb az empátiás és érzelemfelismerési készségük, valamint gyenge az elmeolvasó képességük.

Mindez ellentmondani látszik azoknak a kísérleti eredményeknek, amelyek szerint a machiavellisták kifejezetten sikeresek mások megtévesztésében, befolyásolásában.

Hasonló ellentmondások feszülnek a pszichopátiás személyiségek empátiás készségének megértésében is; a machiavellizmus, pszichopátia és narcizmus együttjárása a külföldi szakirodalom szerint igen gyakori.

Egy lehetséges magyarázat a spontán mentalizáció elkülönítése a klasszikus értelemben vett mentalizációtól, eszerint ez előbbi impliciten és automatikusan megy végbe, és a machiavellisták az átlagnál eredményesebbek e téren.

Feltételezésünk szerint a machiavellista személyekre az alacsonyabb Barátságosság és Lelkiismeretesség értékeken kívül jellemző az alacsonyabb Érzelmi stabilitás is, ami a nagyobb fokú érzelmi reaktivitást jelezheti, és kapcsolatban állhat az erősebb spontán mentalizációs és gyengébb mentalizációs képességgel.

Vizsgálati minta: A vizsgálatba 40 olyan személyt vontunk be, akiknek a BFQ profiljában több, pszichoticitásra jellemző extrém érték található. Az Érzelmi stabilitás vagy alszállainak zavara minden nőnél és a férfiak kb. felénél markáns, a maradék eltérések a Barátságosság és Lelkiismeretesség fő- és alszálláiban mutatkoznak.

Mérőeszközök: A machiavellizmus mérésére a MACH-IV tesztet, a személyiségvonásokéra a Caprara-féle Big Five Questionnaire-t használtuk.

Eredmények: A feltételezett kapcsolat az érzelmi labilitás és a machiavellizmus között nők esetében igen szignifikánsnak bizonyult. Az irodalomban említett negatív korrelációt a MACH pont és a Barátságosság között csak nők esetében, a Lelkiismeretességgel csak férfiak esetében sikerült igazolni.

Következtetés: Az érzelmi reaktivitás nemi sajátosságai mutatkozhatnak meg a fenti eltérésben. A férfi profilok között megkülönböztethető egy alacsony Lelkiismeretességű, magas Érzelmi stabilitású szubtípus, míg nőknél ennek inverze. Elképzelhető, hogy adott esetben egyik kompenzálja a másik deficitjét, e két működés szorosabban összefügg egymással.

## A kombinált antipszichotikus kezelés hatása a szkizofrénia kognitív tüneteire: Eredmények a SCHIZOBANK klinikai adatai alapján

Barta Alíz<sup>1</sup>, Kéri Szabolcs<sup>1,2</sup>, Kassai-Farkas Ákos<sup>1</sup>, Makkos Zoltán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház – OPAL I. Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem Élettani Intézet, Szeged, Nyíró Gyula Kórház – OPAL, Budapest

<sup>3</sup>Nyíró Gyula Kórház – OPAL III. Pszichiátriai Osztály, Budapest

zmakkos@t-online.hu

A szkizofrénia tüneteinek kapcsán leggyakrabban a pozitív, negatív, és dezorganizált dimenziót különböztetik meg. Kevésbé ismert, hogy a betegség kognitív tüneteinek felmérése nem csupán neuropszichológiai tesztekkel, hanem klinikai becsüléskálák segítségével is lehetséges. Ezt a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) N5 (az absztrakt gondolkodás zavara), G11 (figyelemzavar), G12 (az ítéelőképesség zavara) és G13 (az intencionális cselekvések beszűkülése) tételei fedik le. Vizsgálatunk célja annak megállapítása volt, hogy a kombinált antipszichotikus terápia milyen hatást gyakorolhat a PANSS kognitív dimenziójára. A SCHIZOBANK vizsgálatban 327 beteg vett részt, 35%-uk kombinált antipszichotikus kezelésben részesült. A PANSS felvétele az akut fázisban és klinikailag releváns javulást követően történt (minimális kezelési időtartam: 2 hét). Az eredményeink szerint statisztikailag szignifikánsan jelentősebb javulás volt megfigyelhető kombinált kezelés esetében a monoterápiához viszonyítva az affektív elszíntelenedés, a szociális visszahúzóds és az akarati élet zavara esetében ( $p < 0,05$ , Kruskal-Wallis teszt). A PANSS kognitív komponens is (összesített pontszám) szignifikáns javulást mutatott, amely a figyelemzavar és az akarati élet esetében volt a legkifejezettebb (Cohen-féle  $d = 0,32$ ). Ez a javulás azonban függött az antipszichotikum adagjától: csupán 450 mg/nap chlorpromazine-ekivalens összesített dózis alatt volt megfigyelhető, e felett a kombináció kedvező hatása nem volt kimutatható. A kognitív komponens javulása pozitívan korrelált az affektív tünetek csökkenésével ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ), de nem mutatott összefüggést a pozitív tünetek változásával. Összességében tehát megállapítható, hogy a kombinált antipszichotikus kezelés – bizonyos dózistartományon belül – kedvező hatást gyakorolhat a kognitív deficitre. További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy ez bármely kombináció esetében igaz, vagy a clozapinnal történt specifikus augmentáció eredménye.

**Pozitív Pszichológia – Pozitív Menedzsment?**

Battonyai Tünde<sup>1</sup>, Kun Andrea<sup>2</sup>, Olajos-Szabó Alexandra<sup>1</sup>, Győrffy Zsuzsa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Monday Morning Tanácsadó Kft., Budapest

<sup>2</sup>Navigare Consulting Kft., Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest  
battonyaitunde@gmail.com

**Bevezetés:** A pozitív pszichológia elmúlt évtizedekben történt dinamikus fejlődése megnyitotta a szemléletváltás felé vezető utat a menedzsment és a vezetés területén is. Emellett a munkahelyi stressz okozta kiadások és egészséges életév-veszteségek ösztönzően hatottak a paradigmaváltás folyamatára.

**Célkitűzés:** Jelen áttekintésünkben a Pozitív Menedzsment történetét, legfontosabb fogalmait és gyakorlati működését, illetve a munkahelyi stressz csökkentésében elért eredményeit vizsgáljuk.

**Módszer:** A Pozitív Menedzsment meghatározó módszereinek és eredményeinek áttekintése a releváns szakirodalmi adatok tükrében.

**Eredmények:** A Pozitív Menedzsment szemlélet olyan hosszú távú szervezettervezési és -fejlesztési szemléletet jelent, amely a pozitív pszichológia alapelveit és eszköztárát alkalmazva ér el hatékonyabb működést a dolgozók testi-lelki egészségének megőrzésével. Fókuszában a nyitott vállalati kultúra, az egyéni erősségek kiaknázása és kiegyensúlyozott munkaszervezés áll. Nemzetközi kutatások egyértelműen bizonyítják, hogy a Pozitív Menedzsment szemlélet alapján irányított szervezet tagjai elkötelezettebbek, motiváltabbak, munkájuk kreatívabb, kezdeményezőkézségük nagyobb. Az általuk végzett munka mind mennyiségi, mind pedig minőségi értelemben is javul. A Pozitív Menedzsment szemlélet gyakorlati alkalmazásának jelentős szerepe van a kiegészítő megelőzésében, elsősorban a teljesítménycsökkenés komponensét tekintve. A „magas elvárás–magas kontroll” modelljét sikeresen alkalmazó szervezetek esetében a munkastressz pszichológiai faktorai szignifikáns csökkenést mutatnak.

**Következtetések:** A Pozitív Menedzsment szemlélet meghatározó jelentőségű a dolgozók testi-lelki jóllétének és a munkahelyi stressz csökkenésének folyamatában. Kiemelkedően fontos, hogy az elkövetkező kutatásokban átfogó képet alkothassunk arról, hogy Magyarországon mennyire ismert, és a gyakorlatban milyen mértékben alkalmazott módszer a Pozitív Menedzsment szemlélet.

**Ellentétes Erők**

Bélteczki Zsuzsanna<sup>1</sup>, Kuritárné Szabó Ildikó<sup>2</sup>, Erdélyi Ágnes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Nagykálló

<sup>2</sup>DEOEC Magatartástudományi Intézet Klinikai és Egészségpszichológiai Tanszék, Debrecen  
dr.belteczki.zsuzsanna@kallokorhaz.hu

Előadásunkban egy serdülőkorra óta restriktív anorexiában szenvedő nőbeteg integratív pszichoterápiáját ismertetjük. Patchwork családját diffúz határok, összekeveredett szerepek és feladatok, alacsony konfliktusmegoldó képesség és az intimitás hiánya jellemezte. Az evészavar transzgenerációs modelljére, valamint több, a családban előforduló szexuális abúzusra derült fény. A gyermekkorban „elárasztó”, mindent kontrollálni akaró anya a páciens pubertáskorától az érzelmi igényekre nem tudott ráhangolódni, emocionálisan elhanyagolóvá vált. A beteg apját csodálta, rajongott érte, vele szimbiotikus kapcsolatot alakított ki, amely gátolta szeparációját, individuációját. A terápia során lényeges volt az erős terápiás szövetség, a bizalomteli, biztonságos légkör kialakítása. Hipnózisban Leunerképeket alkalmazva a korai és kapcsolati deficitek, a fejlődési elmaradás, az üresség, a korlátozás, a bezárt-ság, az érzelem-feldolgozás és az élmények megélésének deficitje rajzolódott ki. Ego-state terápiája során a restriktív rész „Adél”, és a vágyott, de kevésbé realizált női-identitást hordozó én-rész „Glória” jelent meg, akiket sikerült interaktív párbeszédbe vonni egymással, és a felnőtt pácienssel. A pszichoterápia során a páciens testsúlya gyarapodott, a testképzavar enyhült, autonómia-törekvések, és egy érettebb, koherensebb szelf jelent meg.

**Az anorexia nervosa komplex terápiás protokollja, farmakoterápiája***Besenyei Csilla, Böhm Mónika*Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest  
emu.bohm@gmail.com

Az evészavarok több etiológiai faktorra visszavezethető kórképek, ezért kezelésük is komplex megközelítést igényel. Anorexia nervosában a kognitív viselkedésterápia jelenti a kezelés alapkövét, a farmakoterápia másodlagos jelentőségű. Nincsen olyan eddig ismert gyógyszeres terápia, amelynek hatását egyértelműen bizonyították volna a testsúlygyarapodásban, vagy anorexia nervosával kapcsolatos kóros gondolatok megváltoztatásában.

A gyógyszeres terápia elsősorban a komorbid betegségek kezelésére szolgál. A kezelés első szakaszában a testsúly normalizálása mellett a kísérő depresszív tünetek, kényszerek, szorongásos kórképek kezelésére szóba jönnek antidepresszívumok és nagypotenciálú benzodiazepinek. A beszűkült tudatállapot miatt egyes esetekben antipszichotikus kezelés válhat indokolttá. Jelentős szerep jut az antidepresszívumoknak a testsúly normalizálását követően a relapszusok megelőzésében.

Előadásunkban az osztályunkon anorexia nervosával kezelt gyermekek, serdülők komplex kezelési gyakorlatát és farmakoterápiáját mutatjuk be.

**Az elutasított gyermektől az anyaságig (hipnoterápiás esetrészlet)***Beszterci Felícia*Magánpraxis, Nyíregyháza  
besztercif@freemail.hu

A fogantatás nehézségeinek pszichológiai hátterét vizsgálva gyakran találunk feldolgozatlan gyerekkori traumákat, konfliktusos, ambivalens vagy szimbiotikus kapcsolatot az anyával, rendezetlen viszonyokat a szülői család tagjaival. Ezt példázza a 31 éves nő páciens esete, aki serdülőkorától időszakosan fennálló mély depresszió, testi tünetekben is megnyilvánuló szorongás miatt jelentkezett pszichoterápiára másfél évvel ezelőtt.

Tudta, hogy panaszai összefüggenek a gyerekkorában, serdülőkorában átélt rendszeres családi konfliktusokkal, melyek számára érzelmi traumát jelentettek, másrészt hiányt szenvedett miattuk. A testvérek közül ő segített legtöbbet szüleinek, különösen édesanyjának. Problémákat oldott meg, feladatokat vállalt át helyettük, sokszor közjük állt, ha veszekedtek, verekedtek. Így nem élhette át a gondtalan gyerekkort, saját vágyai, igényei, érzései gyakran háttérbe szorultak. Felnőttként is túlzottan segítőkész, felelősségvállaló családtagjai iránt, érdekeiket a sajátja elé helyezi. Megfelelni akarás, gyakori bűntudat jellemzi. Mindezek következményének tartja, hogy bár elérkezett a gyermekvállalás ideje, ő még nem áll készen az anyaságra. Férjével négy éve nem használnak fogamzásgátló módszert, mindössze egyszer lett terhes, de korai vetélésen esett át.

Előadásomban röviden összefoglalom a páciens élettörténetét, a pszichodinamikai jellemzőket, majd a kezelés első szakaszát. A kb. tíz ülés után kezdett katatim imaginatív pszichoterápia (Leuner) alapfokú képeiben megjelentek a páciens problémái, miközben fájdalmas, addig elfojtott emlékek kerültek felszínre. Az alapképekben spontán jelentek meg más szimbólumok, korregresszió, lehetővé vált a különböző személyiségrészek közötti kommunikáció. Egyre inkább érezte, hogy joga van a saját életét élni, nemet tudott mondani, határokat felállítani a családtagok elvárásaival szemben, önértékelése reálisabbá vált.

A forrás, tó, barlang a születés, anyaság, méhen belüli élmények szimbólumai. Az ezekkel végzett munka időszakában lett terhes. Előadásomban főleg ezt a pszichoterápiás szakaszt mutatom be. A páciens képei rendkívül kifejezőek, részletgazdagok, melyeket intenzív érzelmek kísérnek. A további szimbólumokban (hegy, ház) számos részlet mutatja a változást, személyiségének érését, ezzel párhuzamosan felkészülését az anyaságra.

(A Magyar Hipnózis Egyesület programján belül)

**Body and Mind: internal boundaries and external borders***Bhugra, Dinesh*

Professor of Mental Health &amp; Cultural Diversity Institute of Psychiatry, King's College London

The relationship between psychiatric disorders and physical disorders is an abi-directional one. It is well known that patients with mental health problems are more likely to develop physical illnesses, and those with chronic physical illnesses are likely to develop mental health problems. For a long time, as the legacy of Descartes, the physical and mental health care systems have worked apart in many countries to the detriment of patients and their families. A vast majority of patients with psychiatric problems are seen and managed in primary care settings but often their needs are not met due to confusion about responsibilities. Studies from the USA and the UK have demonstrated that between 70–90% patients will use folk and social sectors for treatment. And between 10–30% will reach professional care services. This pattern will further vary according to accessibility and resources available. Different methods are required for identifying people whose mental health needs are being met elsewhere and specific ways of developing care pathways must be considered. Psychiatry is strongly influenced by cultural and social mores and the context in which people seek help and training of health care professionals must take that into account. Cultures determine models of care as well as explanatory models of distress and, therefore, it is important that health care delivery takes these aspects into account in any service planning. We need to move away from mind-body dualism and focus on integrating services in a useful way.

**Költség vs. hatékonyság? Antipszichotikumok költségghatékony alkalmazásának dilemmái egy angliai közösségi pszichiátriai gondozóban***Blazsek Péter*Community Mental Health Centre, Cygnet House, Ware, Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust, United Kingdom  
drbpv@chello.hu

Az Agy Évtizedének elmúltával mintha kevesebb új antipszichotikum kerülne piacra. A torta amúgy is csökken, és a szeletek vékonyodnak. Az egészségügyre fordítható források egyre szűkösebbé válnak világszerte, és az egészségügyi menedzsment részéről fokozódó nyomás nehezedik a klinikusokra a gyógyszerfelhasználás költségghatékonyának növelésére. A mellékhatások nélküli, 100%-os hatékonyságú gyógyszer, jelen esetben antipszichotikum kifejlesztése és piacra dobása még várat magára, így a meglévő szerek hatás- és mellékhatásprofiljának folyamatos finomítása, pontosítása, valamint tényeken alapuló protokollok szerinti alkalmazása világszerte egyre inkább elterjed, sőt kötelezővé válik. Ugyanakkor az off-licence használat is elterjedt gyakorlat maradt, néha csak a tényeket igazoló vizsgálatok magas költsége miatt.

Angliában és Walesben a gyógyszerek alkalmazását általában a NICE irányelvek és a BNF (brit törzskönyv) adatai szabályozzák, melyeket részletesen ismertetek. Bemutatom az elmúlt évben bevezetett változásokat, melyeket a költségcsökkentések nyomán vezettek be. Ismertetem az antipszichotikumok alkalmazásának különböző aspektusait angliai nézőpontból, a mellékhatások monitorozásának protokollját, és az együttműködést a házi orvosokkal. A végső kérdés ismét az: innovatív, de drága vagy generikus és lényegesen olcsóbb gyógyszert alkalmazzunk az egészségügyi kiadások 20%-os csökkentésének időszakában. Előadásomban (poszter) összességében egy angliai közösségi pszichiátriai gondozó antipszichotikumok alkalmazási gyakorlatát és protokollját ismertetem, praktikus vonatkozásaival, lehetőséget nyújtva a hazai tapasztalatokkal való összehasonlításra.

**Cyberbullying avagy The Dark Side of the Moon***Blazsek Péter*

Community Mental Health Centre, Cygnet House, Ware,  
Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust,  
United Kingdom  
drbpv@chello.hu

Korunkat szokás digitális korszaknak is nevezni az elmúlt évtizedekben történt digitális információrobbanás következtében. A "Big Bang" kezdete 1995-re tehető, amikor az internet törvényileg is elnyerte mai formáját és egy cunami sebességével terjedt el világszerte. Hazánkban 2012-ben az internet-penetráció 65%, a Facebook felhasználók aránya pedig 43% volt, az Egyesült Királyságban 83%, illetve 49%. Az információ soha nem látott mértékben demokratizálódott, már nem egy szűk kisebbség privilégiuma, és az okostelefonok, táblagépek elterjedésével szó szerint kéznyújtásnyira van, bárhol, bármikor. Az okostelefon-penetráció Magyarországon 29%, míg az Egyesült Királyságban 58%. A fiatal generációk körében ezek az arányok még magasabbak, és mostanra a kommunikáció e korcsoportban részben a cybertérre korlátozódott. Ezen folyamatoknak azonban van árnyékos oldala is, mégpedig az anonimitás és hamis internetes identitások használata mások, gyakran eleve vulnérabilis gyerekek és tinédzserek zaklatására. Ez a cyberbullying jelensége (felnőttek esetében cyberstalking), mely egyre gyakoribbá válik, és főleg tinédzserek által elkövetett befejezett öngyilkosságok révén kerül a köztudatba. A jelenség súlyossága és elterjedésének gyorsasága, valamint az érintettek szégyenérzete miatt még kevés a szervezett és tervezett prevenció és beavatkozási lehetőség. Ezért is fontos a cyberbullying jelenségének a köztudatba való bevitele, valamint annak hangsúlyozása, hogy nemcsak "máshol" és "mással" fordulhat elő. Bemutatom a cyberbullying jelenségét, annak definícióját és epidemiológiáját az Egyesült Királyságban, szomorú következményeivel együtt, valamint azokat a szervezeteket, amelyekhez a zaklatás áldozatai segítségért fordulhatnak. Megpróbálok nemzetközi kitekintést is adni a rendelkezésre álló adatok összehasonlításával. A cyberbullying áldozatai gyakran egyéb, komorbid pszichiátriai betegségben is szenvednek, ezért az egészségügyi ellátórendszer kiemelt feladata lenne a szűrés és megelőzés, nem utolsósorban az információk megosztásával, pszichoedukációval és a kezelési lehetőségek könnyen elérhetővé tételével. Előadásomban egy komplex közösségi pszichiátriai gondozói esetet is ismertetek. Hazánkban is olvasni már hasonló esetekről, ezért a tapasztalatok megosztása és összegzése hasznos lehet a prevencióban és az esetek menedzselésében.

**A kocka el van vetve? Kockázatelemzés és -kezelés az angliai közösségi pszichiátriai gondozásban***Blazsek Péter*

Community Mental Health Centre, Cygnet House, Ware,  
Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust,  
United Kingdom  
drbpv@chello.hu

Az angliai pszichiátriai ellátás minőségének és hatékonyságának fenntartásában kulcsszerepet játszik a hozzánk forduló pácienseket érintő kockázatok feltárása, elemzése, megosztása a kezelésbe bevont teamekkel, és ezen információk felhasználása a kezelés stratégiájának megtervezésében. A cél nemcsak a betegség irreverzibilis, fatális kimenetelének a megelőzése, hanem a páciens életminőségének, premorbid működési szintjére való visszatérésének az elősegítése. A kockázatelemzést először a pácienssel történő első találkozás alkalmával végezzük el, majd minden lényeges állapotváltozás, illetve a kezelési terv rendszeres felülvizsgálata során aktualizáljuk – általában hathavonta vagy évente a diagnosztikus kategóriák függvényében. Az így nyert adatokat a megfelelő úrlapon rögzítjük, és az adatkezelés szigorú szabályainak betartásával, rendszerezve és formálisan a kezelő teamekkel megosztjuk. A kockázatelemzés adatai részét képezik a páciens kísérő dokumentációnak, így a súlyosbító tényezők és a protektív faktorok is ismertté válnak nemcsak a betegkarrier aktuális szakaszában, hanem hosszmetézetben is, elősegítve a gyorsabb felépülést és a relapszusprevenciót. A kockázatelemzés során nyert adatok negligálása ugyanakkor súlyos jogi következményekkel is jár a beteget kezelő teamekre és szervezetekre vonatkozóan. Előadásomban ezen komplex folyamatot ismertetem az angliai sztenderdek és közösségi pszichiátriai munkám alapján. Bemutatom a kockázatelemzés szempontjait, kritériumait, a rögzítés módját és a megosztás lehetőségeit a páciens kezelő többi személlyel és teammel. Bemutatom azon egészségügyi és a szociális ellátás részét képező teameket, amelyek hozzáférnek az adatokhoz, és sürgősségi vagy továbbutalás esetében a kockázatelemzés adataira és a beteg vizsgálatára alapozva végzik a szükséges beavatkozást, beleértve a beteg bevonását pszicho- és szocioterápiákba. Ez lehetőséget nyújthat a hazai gyakorlattal történő összehasonlításra és akár bizonyos elemek implementálására is, hiszen nincs lényeges anyagi, csak szervezési vonzata a folyamatnak.



**Minor neuropszichiátriai tünetek neuroanatómiai alapjai szisztémás lupus erythematosusban (SLE)***Bódi Nikoletta<sup>1</sup>, Polgár Anna<sup>1</sup>, Kiss Emese<sup>1</sup>, Mester Ádám<sup>1</sup>, Poór Gyula<sup>1</sup>, Kéri Szabolcs<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest<sup>2</sup>SZTE ÁOK Élettani Intézet, Szeged; Nyíró Gyula Kórház –

OPAI, Budapest

nikoletta\_bodi@yahoo.co.uk

Az SLE ismeretlen eredetű, szisztémás autoimmun betegség, amelyet klasszikus ízületi és bőrtünetek jellemeznek. Mindezek mellett azonban az Amerikai Reumatológusok Kollégiumának (ARC) kritériumai szerint a kórlefolys alatt jelentkező négy vagy több tünet között neuropszichiátriai eltérések is szerepelhetnek (epilepszia és pszichózis). Bár súlyos organikus tünetegyüttesek is előfordulhatnak (pl. cerebrovascularis laesio, demyelinisatio, asepticus meningitis, chorea), gyakran találkozunk enyhébb hangulatzavarral és kognitív deficittel. Ilyenkor az MRI lelet negatív vagy aspecifikus. Vizsgálatunkban a neuropszichiátriai kórképekben leggyakrabban érintett agyi struktúra, a hippocampus lehetséges szerkezeti eltéréseit térképeztük fel minimális neuropszichiátriai érintettséggel jellemezhető SLE-ben. A hippocampus finomszerkezetét nagy felbontású MRI és a FreeSurfer protokoll segítségével értékeltük. Eredményeink szerint korban és nemben megfelelő kontrollszemélyekhez képest (n=20) SLE-ben nem tapasztalható a hippocampus globális térfogatcsökkenése. Ezzel szemben a CA3 és a CA1 régió volumene a kontrollcsoport átlaga alatt volt 1,5 standard deviációval, kilépve a 95%-os konfidencia intervallumból. A gyrus dentatus és a rhinalis cortex esetében nem volt eltérés. A kontrollrégióként szolgáló nucleus caudatus intaktnak bizonyult. Adataink tehát arra utalnak, hogy SLE-ben a minimális neuropszichiátriai érintettséget a hippocampus specifikus régióinak atrófiája kíséri. További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy ezek az eltérések a kognitív deficittel vagy az affektív eltérésekkel korrelálnak-e nagyobb mértékben.

**A diszharmonia és ambivalencia képi kifejeződése egy paranoid szkizofrén nőbeteg rajzaiban***Bódi-Kiss Zsófia Eszter*

Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátria, Szolnok

zsofia.bodikiss@gmail.com

Elméleti háttér és célkitűzés: Előadásomban egy 30 éves paranoid szkizofrén nőbeteg rajzvizsgálatáról számolok be.

Módszer: A Hétlépéses mintázatelemzés (SSCA) módszerével elemeztem a felvett Ház-, Fa-, Ember-, Állat-, Szabadrajz-teszteket.

Következtetések: A vizsgált személy rajzain a diagnózisra jellemző rajzi jegyek közül az ambivalenciát árasztó, diszharmonikus ábrázolást kifejező jegyek mind a fenomenológiai (téri megjelenítés, vonalvezetés), intuitív (szubjektív benyomások, empátiás elemzés), globális (érzelmi-hangulati tónus, rajzi személyiség szint, integráltság) és részletes elemzés (tartalmi jegyek, utóteszt) közben is megjelentek. A kórkép további képi jellemzői: fokozott verbalitás; bizarr, inadekvát magatartás és asszociációk; bal oldali preferencia; konkretizálás; merev, hideg, üres rajzok; valamint a színvonal romló tendenciája. Megfigyelhető továbbá, hogy az ábrázolt alakok kisméretűek, integrálatlanok, széteső érzést keltenek, utalva a vizsgált személy bizonytalanságára, regresszív viselkedésére és tárgykapcsolati sémáira.

Kulcsszavak: hétlépéses mintázatelemzés, paranoid szkizofrénia, Ház-, Fa-, Ember-, Állat-, Szabadrajz-teszt, fenomenológia, ambivalencia

## Mindennapi öngyilkosságaink. Az öngyilkosság megjelenítése a médiában

*Bodonovich Jenő*

Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság, Budapest  
judit.agnes.balazs@gmail.com

A média- és hírközlési biztos a 2012–2013 évben vizsgálta kilenc vezető magyar televízió- és rádióállomás öngyilkosságról szóló tudósításait.

Az 532 médiamegjelenítést a WHO, a magyar pszichiáterek és a lelki segítségnyújtók munkatársainak segítségével kiadott biztosi ajánlás és a Médiatörvény tükrében elemezte.

Az előadás rámutat a kerülendő tudósítási módokra, de beszámol a még igen csekély számban, de előforduló pozitív tartalmú megjelenítésekről is.

Az előadás foglalkozik a médiumok öngyilkosság-megelőzésben betölthető pozitív szerepével is (a társadalmi tudat megváltoztatása szakemberek bevonásával, információ a krízishelyzetek felismeréséről, a segítségnyújtási lehetőségekről stb.).

## Gasztrosztopia hipnózisban

*Bojti István<sup>1</sup>, Kuritárné Szabó Ildikó<sup>2</sup>, Kozma Ottó<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Integratív Medicina Kft., Nyíregyháza

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem NK Magatartástudományi Intézet, Debrecen

<sup>3</sup>Orvosi Medicina Kft., Nyíregyháza

bojti@chello.hu

A hazai általános gyakorlatban a gasztroszkópiát lidocainos garat-érzéstelenítésben végzik el, ami mellett a beteg még jelentős kellemetlenséget kénytelen átélni. Egyes vizsgálóhelyeken intravénás anesztéziára is lehetőség van, azonban ennek is vannak hátrányai. Létező igényre számíthatunk ezért a hipnózisban végzett gasztroszkópia iránt. A szerzők 17 hipnózisban végzett gasztroszkópiás eljárás során szerzett tapasztalatukról számolnak be. A betegek a vizsgálatba egy gasztroenterológiai magánrendelésről önkéntes jelentkezéssel kerültek be. A hipnoterapeuta és a kliens először közvetlenül a vizsgálatot megelőzően találkozott. Eriksoni hipnózis-indukció történt. A beteget kellemes élmény imaginálására kérték fel. A terapeuta a kibontakozó kép strukturálása által segítette a transz mélyítését és fenntartását. A vizsgálatot követő adatgyűjtés alapján a betegek az átélt kellemetlenséget egy 10-es skálán, ahol a legnagyobb kellemetlenséget a 10-es jelezte, 3,7-es erősségűnek ítélték (szórás +- 0,99). Az eredetileg várt kellemetlenség átlagosan 35 %-át élték át (szórás +- 19,6), és az elégedettségüket jelzi, hogy egy feltételezett megismételt vizsgálat esetén mindegyik beteg hipnózisban kívánná elvégeztetni a gasztroszkópiát.

**Az interszubjektív fordulat és a neuro-pszichoanalízis terápiás jelentősége***Bokor László*MentalPort pszichoanalitikus rendelő, Pszichoterápia szerkesztőség, Budapest  
laszlo.bokor@mentalport.hu

A klinikai gyakorlatban az izolált elme folyamatairól a hangsúly áthelyeződik a terápiás kapcsolat két szubjektív világa közötti kölcsönhatásra. A figyelem a terapeuta belső folyamataira történő reflektív viszonyulás felé fordul, jelentősen megváltoztatva ezzel a terápiás technikát. Ehhez nélkülözhetetlen, hogy a terapeuta képes legyen reflektálni belső folyamatain keresztül történő személyes viszonyulásaira, és az ebben megjelenő interszubjektív összekapcsolódás és szétválás ciklikus változásán keresztül megérteni a páciens reprezentációinak belső világát.

Az interszubjektivitás elméletén keresztül történő megközelítés hangsúlyt helyez a terapeuta tudatos és tudattalan szervező aktivitására. Ennek során a terapeuta önmagát a másik mentális modelljeként használja – belülről szimulálva a másik személyt, reprezentálja annak mentális állapotát, bejósolhatóvá téve, hogy intencionális elmeállapota milyen akciókat eredményezhet a jövőben. Az idegtudomány területén zajló kutatások valószínűsítik, hogy a tükroneuron hálózat szolgál neurobiológiai alapul a másik intencionalitásának megértéséhez. E neuronhálózatok az interakciók során közös és kölcsönös mintázatot hoznak létre.

Az előadás bemutatja, hogy a múlt és jelen dinamikus kölcsönhatása hogyan határozza meg a terápiás folyamatok jövőjét, a szubjektív szerveződések kapcsolódását a klinikai gyakorlatban.

**Határ-eseteink, Tündérhegy határai, indikáció, kontraindikáció – dilemmák***Boros Edit, Csáky-Pallavicini Krisztina, Görbe Katalin, Harmatta János, Horváth Klára, Kiss Tibor Cece, Mangel Berény, Milák Piroska, Narancsik Gabriella, Petruszki Irén*OORI Pszichoszomatikus és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Tündérhegy  
cecehu@gmail.com

Különböző helyekről, különböző okokból érkeznek betegek osztályunk szombati ambulanciájára. Sokféle élethelyzettel, pszichopatológiával és motivációval találkozunk, ezek kombinációja szinte áttekinthetetlen. Az előzetes beszélgetés során döntjük el, kinek indikáljuk a tündérhegyi kezelést, ki az, akinek más kezelést javasolunk. Amikor az ambulancián viszonylag rövid idő alatt döntünk arról, hogy egy páciens felvesszünk-e az osztályra, a team tapasztalata és a páciens pillanatnyi helyzete találkozik. Az osztály megtartó kapacitása nagy, lehetőséget nyújt a lélektani munkára való szocializálásra és motiválásra, tehát olyan páciensek kezelésére is, akiknek az ambuláns terápia nem jelent adekvát megoldást. Ugyanakkor a kezelés csak akkor lehet eredményes, ha a páciens képes aktívan részt venni abban, integrálni az őt érő, benne zajló történéseket, elviselni a keletkező feszültségeket. Ennek megítélése sokszor nagyon nehéz, miközben a páciens és az osztály szempontjából is fontos a helyes indikáció. Műhelyünkben ezzel kapcsolatos szempontjainkról, dilemmáinkról, nehézségeinkről beszélünk. Szeretnénk megmutatni, hogy mi hogyan, hol látjuk az osztályos pszichoterápia határait. Tapasztalatainkat esetpéldákkal illusztráljuk.

## A diszfunkcionális viszonyulások szerepe a depressziós és szorongásos panaszok kialakulásának folyamatában

Boross Viktor, Mészáros Veronika, Fodor Kinga, Komlósi Sarolta, Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest  
boross.viktor@med.semmelweis-univ.hu

**Bevezetés és célkitűzések:** A kognitív struktúra diszfunkcionalitása vulnerabilitási tényezőt jelent a pszichés panaszok kialakulása szempontjából. Jelen előadás középpontjában a diszfunkcionális viszonyulások szerepének bemutatása áll az átélt életesemények, a depressziós és szorongásos panaszok kialakulása tekintetében. A diszfunkcionális viszonyulások egyik fontos kognitív aspektusa jelenik meg a diszfunkcionális attitűdökben. Ezek egy kontinuum mentén helyezkednek el, funkcionális és diszfunkcionális "szakaszokkal". A diszfunkcionális attitűdök az átélt élmények torzított értelmezését eredményezik, amely ezáltal negatív érzelmi állapotot vált ki és maladaptív viselkedéshez vezet. Burns (1980) hét diszfunkcionális attitűdöt különböztetett meg. Ezek: a külső elismerés igénye, a szeretettség igénye, a teljesítményigény, a perfekcionizmus, a jogos elvárások, az onnipotencia és a külső kontroll. Beck elmélete alapján a kognitív viselkedésterápia a diszfunkcionális attitűdök módosítása révén vezet a depressziós és szorongásos panaszok csökkenéséhez, amit számos empirikus kutatás támasztott alá.

**Módszer:** A vizsgálatban olyan pszichés problémákkal küzdő személyek vettek részt, akiket szakorvos utalt be ambuláns pszichoterápiára (N=234). Önbeszámoló kérdőívek segítségével mértük fel a személyekre jellemző diszfunkcionális attitűdöket, szorongásos és depressziós panaszokat, valamint az átélt életeseményeket. A diszfunkcionális viszonyulást a Diszfunkcionális Attitűd Skálával mértük (Weissman, Beck, 1980; Kopp, 1985). Az adatelemzés strukturális egyenlet modellezéssel történt.

**Eredmény:** a depressziós és szorongásos panaszok hátterében feltárható diszfunkcionális attitűdöket sikerült azonosítanunk vizsgálatunkban. A diszfunkcionális teljesítményigény és perfekcionizmus közvetlenül, míg a külső kontroll és onnipotencia közvetve, az érzelmfókuszú stratégiákon keresztül hajlamosítanak depressziós panaszok megjelenésére. A szorongásos panaszok kialakulását legerőteljesebben, közvetlen és közvetett úton egyaránt, a külső kontroll attitűd befolyásolja, míg az onnipotencia közvetett módon jelezte előre a szorongásos panaszok megjelenését.

**Következtetés:** A pszichés zavarok kialakulásában fontos szerepet töltenek be a diszfunkcionális attitűdök. A pszichoterápiás beavatkozásokban ezért hangsúlyt kell helyezni a diszfunkcionális viszonyulások módosítására a depressziós és szorongásos panaszok csökkentése érdekében.

## "Vissza az életbe, vissza a társadalomba". A hajléktalanok mentálhigiénés rehabilitációja

Böszörményi Dalma

Tiszta Forrás Alapítvány, Budapest  
boszidalma@gmail.com

A 2011-ben kidolgozott, Tiszta Forrás Átmeneti Hajléktalan Szállóból elindított „Vissza az Életbe, Vissza a Társadalomba!” mozgalom új szakaszba lépett.

Az izoláltan működő Melegedők és Átmeneti Szállókban kialakított férőhelyek igénybevétele és betöltése az idei „krízisidőszak”-ban, valamint várhatóan azt követően ma már nem ad megoldást az önmagát újratermelő hajléktalanlét felszámolására. Vecsei Miklós államtitkár a Hajléktalanügyi Konzorcium vezetőjeként megbízást adott a továbblépés kidolgozásához szükséges helyzetfelmérésre dr. Győri Péternek és Maróthi Mártának, akik „Merre tovább?” címen a továbblépés megfelelő útjáról tanulmányt jelentettek meg. A tanulmány, amely vitairatként szolgál, feloleli a hajléktalan emberek különböző csoportjait koruk, helyzetük, jelenlegi státuszuk előzményei és aktuális állapotuk szerint. Egyben felméri az eddigi előkészületek alapján kialakult lehetőségek és a további szükségletek viszonyát. A férőhelyek száma elegendőnek látszik, s ez biztosítékot nyújt a túlélésre, s egyben lehetőséget ad a bekerült, aszociálissá vált munkanélküli és hajléktalan emberekhez való hozzáférésre. Mára a legégetőbb kérdéssé a továbblépés iránya vált, azaz a fenti – jelentős számú – réteg társadalomba való visszalépésének elősegítése, befogadása, valamint az otthontalanok szocializációja. Ennek feltétele munkahelyek teremtése, valamint mentálhigiénés felkészítésük az önellátó, egyéni vagy családos életre és a folyamatos munkavállalásra. A tél beálltával kialakult krízishelyzetben már nem a szállóba való begyűjtés a legégetőbb probléma, hanem a túlélést követő rehabilitáció megszervezése.

**Megoldandó feladatok:** 1. A beléptető szállók mentálhigiénés szállóvá való átalakítása a pszichés rehabilitáció megindítása és a személyes állapotok felmérése céljából. 2. A kórházi háttér megteremtése a mentális, pszichés és szomatikus rehabilitálhatóság, valamint egyéni rehabilitációs program kialakítása céljából. 3. A betegek aktuális állapotuk szerinti visszahelyezése különböző szintű átmeneti szállókba, otthonokba társadalmi adaptációjuk érdekében, vagy hospice-ba történő elhelyezésük, amennyiben erre van szükségük.

A rehabilitáció előfeltétele a mentálhigiénés szervezettség és nevelőmunka. Ez a szakma segítségét és rejtett tartalékainak feltárását, valamint megfelelő szemléletű szakemberképzést és ellátottságot igényel.

**Virtuális Valóság alkalmazása az egészségügyben, különösen a pszichiátriában és pszichoterápiában***Brindza Nóra, Simon Lajos*

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

A Virtuális Valóság egy számítógép által generált szintetikus világ, amelybe az adott felhasználó képes beleélni magát. Célja, hogy minél több érzékszervvel kölcsönhatásba lépve a valósággal megegyező, vagy ahhoz a lehető legközelebb álló érzetet keltse. A Virtuális Valóság ötlete az 1960-as években született meg egy amerikai tudós – *Ivan Sutherland* – fejében. Ezek után számos fejlesztést végeztek a Massachusetts Institute of Technology, illetve a NASA segítségével. A téma sokrétű felhasználhatóságát bizonyítja, hogy a fejlesztésekhez később a legkülönbözőbb szakágazatok is csatlakoztak, mint például a NASA, a Disney, de akár a Royce Rollst is említhetnénk.

Ma számos területen alkalmazzák a Virtuális Valóságot. A pszichiátriában elsősorban a szorongással járó betegségek kezelésében használjuk, de természetesen számos egyéb betegség, mint például az evészavarok, alkoholizmus kezelésében is hatásosnak bizonyult. Előadásomban bemutatom a Virtuális Valóságot az egészségügyben, annak fejlődését, illetve alkalmazási területeit.

**Szocioterápiás lehetőségek a pszichiátriai betegeknek bentlakást nyújtó ellátóhelyeken***Budovinszky Csilla*Mohács-Kölked Református Társegyház Pándy Kálmán Otthona, Mohács  
budocsilla@yahoo.com

A bevezetőmben a tartósan otthonban lakó pszichiátriai betegek ápoló-gondozó, illetve lakóotthoni ellátásait igénybe vevő egyének és mentális betegséggel élők szocioterápiás lehetőségeit foglalom össze, majd az otthonunkban a napi gyakorlatunkban is sikerrel alkalmazott playback improvizációs színháztechnikát mutatom be a Pán-Play Improvizációs Csoportunk tagjainak nyitott csoportmunkáján keresztül.

Az otthonunkban alkalmazott szocioterápiás formák közül ez a több mint 10 éve folyó műhelymunka – mindamelllett, hogy az egyik legnépszerűbb és legeredményesebb – rendkívül szórakoztató is.

## Farmakogenetikai vizsgálat clozapint szedő szkizofrén betegekénél, avagy mennyi gyógyszert adjunk, hogy betegünk „ép testben ép lélek” legyen?

Bulucz Judit<sup>1</sup>, Tóth Katalin<sup>2</sup>, Csukly Gábor<sup>1</sup>,  
Monostory Katalin<sup>2</sup>, Bitter István<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont, Farmakobiokémiai Osztály (MTA KK), Budapest  
samitye@yahoo.com

Bevezetés: Általános tapasztalati tény, hogy a gyógyszerek alkalmazásakor egyénenként eltérő hatást és mellékhatásokat találunk. A megértéshez a receptorális és intracelluláris folyamatok megismerése (farmakodinámia) mellett fontos a gyógyszermetabolizmus (farmakokinetika) jellemzőinek vizsgálata. A farmakokinetika irányából megközelítve a kérdést, szükséges az egyén gyógyszermetabolizáló geno- és fenotípusának meghatározása, valamint a szer szérum-koncentrációjának mérése. Az antipszichotikumok esetében is többnyire ismert a metabolizmust meghatározó enzimrendszer, a genotipizálás segítségével az egyén sajátos enzimkészletének jellemzőit tárjuk fel. A genotípuson túl azonban az adott gén transzkripciója és translációja is befolyásolja a metabolizmust, azaz, hogy mennyi mRNS és (enzim-) fehérje termelődik a sejtekben. Eddig ennek mérésére nem létezett noninvazív megoldás, most azonban egy új módszer segítségével, egyetlen vérvételből lehetségessé vált bizonyos CYP enzimek májbeli transzkripciójának meghatározása a fehérvérsejtekben mért mRNS segítségével.

Célkitűzés: A mai napig leghatékonyabb, azonban számos mellékhatással bíró antipszichotikum, a clozapin a CYP3A4 és CYP2D6 enzimeken metabolizálódik. Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy különböző paraméterek vizsgálatával mennyire tudjuk megjósolni a plazmaszintet, mely összefüggésben van a hatásossággal és a mellékhatásokkal.

Módszer: Vizsgálatunkba clozapint szedő szkizofrén betegeket vontunk be. Meghatároztuk az érintett enzimek genotípusát (gyors/lassú metabolizáló), a fenotípust (mRNS mennyisége), és a plazma-koncentrációt.

Eredmények: Eredményeinkben a clozapin dózisra és testsúlykilogrammmra korrigált vérszintje szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) különbözött a poor és intermedier metabolizáló betegeknek.

Jelentőség: A klinikai gyakorlat szempontjából tehát az eljárás az első olyan genetikai módszer lehet, mellyel a mindennapi munkánk során egyetlen vérvételből nagy pontossággal előre megjósolhatóvá válik, hogy adott dózis mellett milyen lesz a beteg vérében a clozapin koncentrációja, még mielőtt az első dózist megkapta volna.

A kutatást a 104738-es számú OTKA grant támogatta.

## A testkép és az önértékelés összefüggéseinek vizsgálata férfi egyetemi hallgatók körében

Czeplédi Edit

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
czedit@gmail.com

Háttér: A kedvezőtlen testkép korrelátumainak feltárására irányuló kutatások fókuszában elsősorban a nők és az evészavarban szenvedők állnak. Az újabban felismert, elsősorban férfiakhoz köthető testképzavar, az izomdiszorfia kapcsán azonban indokolttá vált a vizsgálódás kiterjesztése a férfiak mind szélesebb populációjára. A kutatás célja a testkép és az önértékelés összefüggéseinek vizsgálata volt férfiak körében.

Módszerek: A keresztmetszeti, kérdőív vizsgálat résztvevői az ELTE TTK és IK hallgatói voltak ( $n=239$ ). Átlagéletkoruk 20,3 év ( $SD=2,78$ ; terjedelm: 18–39). Mérőeszközök: önbeszámoló antropometriai adatok (testtömeg, testmagasság); a Testforma Kérdőív rövidített, 14 tételes változata (BSQ); az Evészavar Kérdőív (EDI) Testi elégedetlenség és Karcsúság iránti készletés alszállai; Izomzattal Való Elégedettség Skála, Rosenberg-féle Önértékelési Skála; Vonásszorongás Skála.

Eredmények: A súlyfelesleggel kapcsolatos testi elégedetlenséget mérő BSQ és EDI skálákat főkomponens elemzéssel egyetlen változóvá aggregáltuk ( $R^2=68,7\%$ ). Az életkor és a testtömegindex (BMI) kontrollja mellett mind a súlyfelesleg miatt érzett testi elégedetlenség ( $\beta=-0,33$ ;  $p < 0,001$ ), mind pedig az izomzattal való elégedetlenség ( $\beta=-0,29$ ;  $p < 0,001$ ) szignifikánsan alacsonyabb önértékeléssel jár együtt ( $R^2=21,7\%$ ). Az életkor és BMI kontrollja mellett végzett mediációs elemzés eredményei szerint a súlyfeleslegből fakadó testi elégedetlenség (Sobel  $Z=4,29$ ;  $p < 0,001$ ) és az izomzattal való elégedetlenség (Sobel  $Z=3,95$ ;  $p < 0,001$ ) egyaránt szignifikáns közvetítő szerepet játszik a vonásszorongás és az önértékelés közötti kapcsolatban, a megmagyarázott variancia azonban csekély (5,4%, illetve 7,1%).

Következtetés: Míg a nők esetében a testsúly és alak miatti aggodalmaskodás az önértékelés központi elemét képezi, addig a jelen kutatásban csak mérsékelt erősségű összefüggést találtunk. Úgy tűnik továbbá, hogy az egyetemista férfiak körében a testkép két vizsgált aspektusa nem járul hozzá jelentősen a vonásszorongás és az önértékelés közötti kapcsolat megértéséhez. Eredményeink hozzájárulnak a nemi különbségek még pontosabb feltárásához a kedvezőtlen testkép pszichológiai vonatkozásai tekintetében, és rávilágítanak a kutatások folytatásának fontosságára a férfiak további populációin, mint például az elhízottak, vagy az izomdiszorfia szempontjából veszélyeztetett testépítők.

## A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében

Czeglédi Edit

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
czedit@gmail.com

Az elhízás növekvő prevalenciát mutató, az egyénre és a társadalomra egyaránt súlyos terheket róó állapot. A bizonyíték alapú, nem műtéti súlycsökkentő kezelési módok csak mérsékelt, átlagosan 5–10%-os fogyást eredményeznek, amit azonban többnyire visszahízás követ. Az egyének változásra való készenléte magyarázattal szolgálhat a professzionális súlycsökkentő kezelésekre alacsony hatásfokára. A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje elméleti keretként alkalmazva hozzájárulhat az elhízás jelenlegi kezelési lehetőségei költséghatékonyságának növeléséhez. A testsúlykontrollal kapcsolatos változás stádiumának felmérése révén azonosíthatók azok az egyének, akik készen állnak a tradicionális súlycsökkentő programokban történő részvételre; emellett lehetőség nyílik azon terápiás stratégiák és technikák kiválasztására, amelyek optimálisan szolgálják a viselkedésváltozás folyamatát és a testsúlymenedzselést. Mindez növelheti az együttműködést és csökkentheti a kezeléssel való idő előtti kilépés kockázatát. Az előadásban az elhízás és a testsúlykontroll példáján keresztül bemutatjuk a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét és illusztráljuk e megközelítés alkalmazhatóságát az elhízás kezelésében.

## A biológiai mozgás érzékelésének neurofiziológiai vizsgálata felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarban (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)

Czobor Pál, Kakuszi Brigitta, Balogh Lívia, Papp Szilvia, Tombor László, Bitter István

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

Háttér: Az ADHD a figyelmi, végrehajtási, és viselkedésgátlási funkció-károsodások mellett jelentős szociális interakciós problémákkal is társul, melyek neurobiológiai alapja tisztázatlan. A biológiai mozgás (BM) – azaz más személyek/élőlények mozgása – a szociális információfeldolgozás egyik fontos forrása; értékelése segít mások szándékainak és érzelmeinek megértésében, így a társas interakciók alapvető tényezője.

Célkitűzés: tekintettel a BM-percepció szociális interakciókban betöltött központi szerepére, valamint az ADHD-ban tapasztalt szociális interakciós problémákra, célunk a biológiai mozgással összefüggő neurobiológiai folyamatok elemzése volt felnőttkori ADHD-ban szenvedő betegek körében, illetve egészséges kontrollszemélyekkel összehasonlítva (n=22).

Módszer: Biológiai mozgással összefüggő agyi esemény-kapcsolt potenciálok (ERP), nagy denzitású (256-csatornás) érzékelő rendszerrel történő vizsgálata. A BM ingerek megjelenítése pont-ingerek alkalmazásával történt, melyek standard emberi mozgásokat (pl. ugrás, séta) egy kis-számú pontból álló ponthalmazzal jelenítik meg. Kontrollként a BM során használt pont-konfigurációk random mozgásai szerepeltek ('scrambled motion', SM). Érdeklődésre számotartó régióként a BM feldolgozására specializálódott agyterületekre fókuszáltunk (látókéreg, extrastriális középső temporális látómező, posterior temporális sulcus, temporo-parietális kapcsolódás).

Eredmények: A korai ERP komponensek (100 ms körül) amplitúdójában szignifikáns ( $p < 0,05$ ) különbség mutatható ki a vizsgált régiók felett az ADHD-ban szenvedő személyekben a kontrollokhoz képest. Az amplitúdó csökkenése ADHD-s betegekben mindkét mozgási inger (BM, SM) esetén megjelenik, és különösen jelentős az extrastriális területeken. A BM-specifikus késői ERP komponensek szignifikáns amplitúdó redukciót mutatnak ADHD-s betegekben a kontrollokhoz képest.

Következtetés: Eredményeink mind a mozgás, mind a biológiai mozgás feldolgozásának károsodására utalnak felnőttkori ADHD-ban. A BM-percepció deficitje az ADHD-ban megfigyelhető szociális interakciós problémák egyik tényezője lehet. A mozgás feldolgozásának elemi szintű károsodása pedig összefüggésben állhat az ADHD-ban tapasztalható mozgás-koordinációs és szenzomotoros szinkronizációs problémákkal; konzisztens továbbá a mozgásfejlődési rendellenesség diagnózisok ADHD-ban leírt magas arányával (pl. developmental coordination disorder).

Jelen kutatás az OTKA támogatással valósult meg (Grant#:NN103325).

## Az anyai testsúly alakulása, a testképpel való elégedettség és a korai táplálási formák összefüggései szülés utáni nőknél

Csabai Krisztina<sup>1,2</sup>, Szabó Pál<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola, Pszichológia Program

<sup>3</sup>Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet  
csabai.krisztina@btk.ppke.hu

Számos kutató vizsgálta a gyermekkori elhízás és a szoptatás időtartamának összefüggéseit. A legtöbb kutatási adat alátámasztotta, hogy a hosszan tartó szoptatás csökkenti a gyermekkori túlsúly és elhízás kialakulását (Kramer, 1981; Arenz és mtsai, 2004; Owen és mtsai, 2005). Az eredmények a szoptatáshoz való viszony pozitívumainak kiemelését és támogatását húzzák alá. Kevesen foglalkoztak a szoptatás hosszának anyai faktoraival (Foster és mtsai, 2006).

Célkitűzés: Kérdésselvetésünk arra irányul, hogy az anyai testképpel való elégedettség összefüggést mutat-e a korai táplálás formáival szülés utáni nőknél.

Módszer: Kérdőíves módszerrel mértük a testképpel való elégedettséget (Test- és Énkép Skála, Secord és Jourard, 1953; Lukács és Pressing, 1988), az anya-csecsemő kapcsolatot (MORS, Rövidített változat; Oates és mtsai, 2006; Danis, 2007). A korai táplálás vizsgálatára szoptatási interjút dolgoztunk ki.

Eredmények: A testtel való elégedettség szülés után nem mutat különbséget a szoptató és nem szoptató anyák csoportjai között normál testsúlyú, szülés utáni nőknél ( $z = -0,27$ ;  $p > 0,05$ ). A testtel való elégedettség összefüggést mutat a szoptatás hosszával a szoptató nőknél (Kendall  $\delta = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ), míg a tápszerezésen tápláló anyáknál nem (Kendall  $\delta = 0,24$ ;  $p = 0,21$ ). A csoportok között tendenciaszintű különbség van a szülés utáni testsúlyban ( $z = -1,66$ ;  $p < 0,1$ ).

Következtetés: Szülés után a magasabb anyai testsúly nem eredményezi a testtel való elégedetlenséget, de táplálási formától függetlenül minden anya elégedettebb a testképével, ha a testsúlya alacsonyabb. Minél magasabb a szülés előtti testsúly, annál rövidebb ideig szoptat az anya. A szülés utáni testképpel való elégedettség összefügg a szoptatás hosszával.

## Az alvászavar hatása az emlékezeti működésre gyermekkorban: A gyermekkori alvászfüggő légzészavar neuropszichológiai diagnosztikája

Csábi Eszter

Szegedi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet, Kognitív- és Neuropszichológia Tanszék, Szeged  
csabieszti@gmail.com

Számos tanulmány vizsgálja, hogy az alvászavarok következtében milyen kognitív funkcióromlás jelenik meg. Ezeknek a tanulmányoknak a többsége elsősorban a felnőtt populációval foglalkozik. Kevesebbet tudunk arról, hogy gyermekkorban az alvászavar jelenléte milyen hatással van a fejlődésben lévő agyi folyamatokra, így az emlékezeti működésre is. Ezért a kutatás célja a kérgi és kéreg alatti régiókhoz kapcsolódó különböző emlékezeti folyamatok működésének feltérképezése alvászfüggő légzészavarban (SDB – Sleep Disordered Breathing) szenvedő gyermekek körében. Ennek révén komplex képet kaphatunk arról, hogy gyermekkorban mennyiben érintettek a corticalis és subcorticalis területek az alvászavar következtében, s ezek az ismeretek a megfelelő rehabilitációs program kidolgozásának alapjául szolgálhatnak. A vizsgálatban 10 alvászfüggő légzészavarban (SDB) szenvedő gyerek vett részt (átlagéletkor: 8,8 év, iskolai végzettség átlaga: 2,1 év, 5 lány/5 fiú), akiket 10 fő egészséges gyermek (átlagéletkor: 9,3 év, iskolai végzettség átlaga: 3,3, 7 lány/3 fiú) teljesítményével hasonlítottunk össze. A neuropszichológiai tesztfelvétel során a deklaratív emlékezet mérésére történet-felidézés tesztet alkalmaztunk (Szellemek háborúja), a nem-deklaratív emlékezet mérésére pedig egy olyan implicit tanulási feladatot (Alternáló Szeriális Reakcióidő Feladat – ASRT – Alternating Serial Reaction Time), amely lehetővé teszi, hogy külön tudjuk vizsgálni az általános motoros és a szekvencia-specifikus tanulást. Eredményeink alapján az SDB csoport szignifikánsan rosszabbul teljesített a deklaratív emlékezeti teszten, mint az egészséges kontrollcsoport. Az implicit tanulásban azonban mindkét csoport ugyanolyan tanulási mintázatot mutatott, mind az általános motoros, mind a szekvencia-specifikus tanulásban. Következésképpen, a gyermekkorban fennálló alvászavar hatással van a több figyelmet igénylő – az iskolai tanulásban is fontos szerepet játszó – és elsősorban kérgi struktúrákhoz kapcsolódó deklaratív folyamatokban. A kevesebb figyelmet igénylő és inkább kéreg alatti struktúrákhoz köthető nem-deklaratív mechanizmusok viszont a fennálló hipoxia és alvásdepriváció ellenére megtartottak.



## A nemi szerep-beállítódások és a meddőséggel kapcsolatos életminőség összefüggései: Egy keresztmetszeti vizsgálat bemutatása

Cserepes Réka Eszter<sup>1</sup>, Wischmann Tewes<sup>2</sup>, Kollár János<sup>3</sup>, Kőrösi Tamás<sup>4</sup>, Bugán Antal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC NK, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>4</sup>Kaáli Intézet, Győr

cserepes.reka@sph.unideb.hu

**Bevezetés:** A meddőség pszichés következményeit vizsgáló kutatások általában csak a nemi különbségekre összpontosítanak, pedig a nemi szerep-beállítódások is befolyásolhatják a meddőség megélését (*Berg és mtsai*, 1991; *Mills és mtsai*, 2009). Vizsgálatunk célja a nemi szerep-beállítódások és a meddőséggel kapcsolatos életminőség összefüggéseinek feltárása a termékenység-problémákkal küzdő pároknál egyéni és párkapcsolati szinten.

**Módszer:** Vizsgálatunkat 270 pár bevonásával végeztük, 1 német és 5 magyar meddőségi klinikán, illetve ambulancián. Az első orvosi konzultációra érkező párok a Nemzetközi FertiQoL, meddőséggel összefüggő életminőségi kérdőívet és a PAQ, nemi szerepekkel kapcsolatos személyes tulajdonságokat vizsgáló kérdőívet töltötték ki.

**Eredmények:** A férfiak jobb életminőségről számoltak be a FertiQoL Teljes életminőségi skálája ( $t=-6,69$ ,  $p<0,001$ ), valamint az Érzelmi ( $t=-9,02$ ,  $p<0,001$ ), a Testi-Kognitív ( $t=-8,44$ ,  $p<0,001$ ) és a Szociális alskálák pontszámai alapján ( $t=-3,00$ ,  $p<0,01$ ). Biológiai nemtől függetlenül, az androgün (mind a feminin, mind a maskulin tulajdonságok elsajátítása és használata) nemi szerep-beállítódással rendelkező egyéneknek jobbak az életminőségi mutatói, mint a bizonytalan és a feminin nemi szerep-beállítódással rendelkezőké a FertiQoL Érzelmi ( $F=9,41$ ,  $p<0,001$ ), Testi-Kognitív alskálán ( $F=10,51$ ,  $p<0,001$ ) és a Teljes életminőségi skáláján ( $F=12,61$ ,  $p<0,001$ ). A Párkapcsolati életminőség területén a bizonytalan csoport pontszáma alacsonyabb, mint a maskulin és androgün csoporté ( $F=8,39$ ,  $p<0,001$ ). Az androgün beállítódással rendelkezőknek a legjobb a szociális életminőségük ( $F=9,07$ ,  $p<0,001$ ). A maskulin beállítódás az egyén szintjén előrejelzője a jobb életminőségi mutatóknak minden vizsgált területen (minden  $p<0,05$ ). A femininitás pedig, ezzel párhuzamosan, a partner életminőségét emeli minden mutatóban (minden  $p<0,05$ ).

**Összegzés:** Vizsgálatunk a meddőséghez való alkalmazkodás megértését segíti, miszerint nem csak a biológiai nem, hanem a nemi szerep-beállítódások milyensége is hatással van a meddőséggel összefüggő életminőségre mind az egyén, mind a párkapcsolat szintjén. Legtöbb esetben az androgün nemi szerep-beállítódás függ össze a jobb életminőséggel. A partner életminőségét pedig az egyén feminin megnyilvánulásai emelik.

Az eredmények a jövőben hozzájárulhatnak a meddőségi ellátás szakmai protokolljának tartalmához, az orvosi ellátás mellett nyújtott pszichoszociális támogatás biztosításának kidolgozásához.

## A kényszerbetegség pszichoterápiás kezelési lehetőségei: Kognitív-viselkedésterápia, pszichoanalízis?

Csigó Katalin

Nyíró Gyula Kórház-OPAI II. Pszichiátria, Budapest  
kacacsigo@gmail.com

A kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar – OCD) a DSM-IV diagnosztikai rendszerben a szorongásos zavarok között szerepelt. Ez a DSM-V megjelenésével megváltozott, mivel a mai neuroanatómiai, neuropszichológiai ismereteink alapján ezt a körképet nem tekinthetjük egyértelműen szorongásos körképnek.

Az OCD kezelésében alkalmazható pszichoterápiás módszerek közül ma a leggyakoribb választás a klasszikus kognitív-viselkedésterápia (cognitive-behavior therapy – CBT); pszichoanalitikus módszer alkalmazásáról leginkább esettanulmányok állnak rendelkezésünkre. Ugyanakkor mind a klasszikus CBT, mind a standard pszichoanalízis szorongásos zavarok kezelésére kidolgozott pszichoterápiás módszer. Elméleti előadásomban arra keresem a választ, hogy hogyan változtatja meg a választandó pszichoterápiás technikát az a tény, hogy a DSM-V az OCD-t már nem a szorongásos körképek közé sorolja.

Először összefoglalom a kognitív iskola fejlődéstörténetét, majd felvázolom az OCD-ben alkalmazható „harmadik vonalbeli” kognitív technikákat (metakognitív terápia, mindfulness). Ezt követően bemutatom a Freud utáni modern pszichoanalízis fejlődését, ismertetem a mai pszichoanalízis OCD-re vonatkozó elméleti és technikai megállapításait (*Ferenczi, Rajka, Kohut, Davenloo, Gabbard*).

Előadásomban amellet érvelek, hogy az OCD kezelésében mind a kognitív-viselkedésterápiás, mind a pszichoanalitikus módszereket tekintve módosított technikák alkalmazására van szükség.

### Az érzelmi arckifejezések vizsgálatának szerepe a borderline személyiségzavar és a depresszió diagnosztikájában és a pszichoterápiás folyamatban

Csizinszky Klára<sup>1</sup>, Szűcs Imola<sup>2</sup>, Simon Lajos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest  
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

**Bevezetés, célkitűzés:** Az érzelem és ezen belül az érzelmelek arckifejezésének kutatása hosszú múltra tekint vissza. Az elmúlt 100 évben számos kutató, többek között *Charles Darwin* és *Paul Ekman* igyekeztek minél többet megtudni az emberi érzelmelekről és azok felismeréséről. Vizsgálatunk célja egyrészt, hogy egy számítógépes szoftver segítségével – mely képes az ember érzelmi arckifejezéseinek felismerésére – kiszélesítsük és biztosabbá tegyük különböző pszichiátriai kórképek diagnosztikai lehetőségeit, másrészt elemezzük a pszichoterápiás folyamatban a kliens és terapeuta arckifejezéseit. Ennek érdekében a Face reader 4.0 szoftverrel pszichoterápiás ülések videóit értékeltük, az érzelmi arckifejezéseket vizsgálva.

**Módszer:** A kutatás során a Noldus Face reader 4.0 számítógépes szoftvert használtuk. Az elemzéshez használt videókban a terapeuta és beteg közti kommunikációt rögzítettük, a vizsgálati ülések előre meghatározott terv szerint folytak. Minden beteg esetében részletes pszichiátriai tesztek kitöltése történt (SCL-90, Beck Depresszió Kérdőív, Borderline Tünet súlyossági Skála) A videóknak szereplő betegek klinikailag diagnosztizált betegségcsoportokból kerültek ki: borderline személyiségzavar, valamint depresszió volt a két csoport, a harmadik csoportot egészséges kontrollszemélyek alkották. A három csoporton a hat alapérzelem (öröm, bánat, düh, félelem, meglepetés, undor), valamint a program által semlegesként címkézett érzelem megjelenésének gyakoriságát vizsgáltuk. Az ülések videóit a szoftver automatikusan kiértékelte. Ez az automatikus kiértékelés 3 lépésből áll (felismerés, modellálás és érzelemnek megfelelő címkézés). Statisztikai elemzéshez a Face reader által generált detailed log fájlokat vizsgáltuk khi-négyzet-próba segítségével.

### Értelmi fogyatékosok kihívást jelentő magatartása és pszichiátriai komorbiditásai

Csorba János<sup>1</sup>, Radványi Katalin<sup>1</sup>, Dudás Johanna<sup>1</sup>, Károly Fruzsina<sup>1</sup>, Rozsics Teodóra<sup>2</sup>, Tóth Zsuzsa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar III.é, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, EKK III.é., Budapest  
janos.csorba1@gmail.com

**Bevezetés:** Az értelmi fogyatékosnál előforduló ún. kihívó magatartásformákról és a pszichiátriai komorbiditásokról kevés és világszerte ellentmondásos információk vannak.

**Cél:** A kihívást jelentő magatartásról, az egyes megnyilvánulási formákról, életkori és nemi különbségekről, a hívó magatartásnak tulajdonított okokról, továbbá a hangulati állapot és a magatartás-anomáliák kapcsolatáról akartunk alapadatokat nyerni

**Beteganyag:** Egy nagy szakosított szociális intézmény, értelmi fogyatékosokat gondozó és rehabilitáló otthon 106 lakójából 50 főt (38 ffi, 12 nő) referált magatartásproblémák vagy kihívó magatartás miatt az egészségügyi és gyógypedagógiai személyzet, ebből 32 gondozottnál észleltek hangulati problémákat is.

**Módszer:** Magatartás Probléma Kérdőív (BPI), Kihívást jelentő magatartás Interjú (CBI), „Hangulat és Érdeklődés Kérdőív” (MIPQ).

**Eredmények:** Az agresszív magatartás kivételével mindenhol magasabbak voltak a fiatalabb korcsoport kihívó magatartás átlagai mind a három alapidenziót felmérő BPI-ben (Önsértés, Sztereotip magatartás, Agresszív-destruktív magatartás), mind a részletes interjúban (CBI). A férfiak mindenhol lényegesen magasabb pontszámot mutatnak a kihívó magatartás gyakoriságaiban és súlyosságaiban. A gondozottakat ellátó személyzet a kihívó magatartás-jelenségek okának elsősorban a (feladatok előli) menekülési-elkerülési tendenciákat tartja, másodsorban biológiai, nem-szociális okúnak tekinti, továbbá ugyanilyen mértékben figyelem-felkeltési akciónak és feltartóztatatlan birtoklási váagnak tulajdonítja. Kisebb jelentőséget tulajdonítanak a háttérben meghúzódó esetleges fájdalomérzetnek. Az elkerülés, a feladatok előli menekülés és a figyelemfelkeltés jobban jellemzi az idősebb csoportot. Depresszió vonatkozásában a két nem között különbséget nem láttunk, korrelációs vizsgálatunk nem erősítette meg a kihívást jelentő magatartás és a depresszió kapcsolatát. A mintánk diagnosztikai eloszlásából kitűnt, hogy az organikus és szomatikus társbetegségeket illetően a két nem lényegesen nem különbözik egymástól, viszont feltűnő az autizmus és a depresszió dominanciája a férfi mintában. Autista és nem-autista részmintát kontrasztba vonva, csak a sztereotip magatartás differenciál.

**Megbeszélés:** Nagy jelentőségű az értelmi fogyatékosoknál az esetleges pszichiátriai társbetegség regisztrálása, továbbá a körülírható okoknak tulajdonítható ún. kihívást jelentő magatartásformák körülírása, mely hozzájárul a tüneteinek jobb megértéséhez.

### Ágencia és intimitás témáinak összehasonlítása borderline, depressziós és egészséges személyek önéletrajzi epizódjaiban

*Debreczeni Tamás Gábor<sup>1</sup>, Naszvadi Emma<sup>1</sup>, Berán Eszter<sup>1</sup>, Docsa V. Pálma<sup>2</sup>, Visy Petra<sup>2</sup>, Unoka Zsolt<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Elméleti háttér: A borderline személyiségzavarban (BPD), depresszióban (MD), szorongásos (SzZ) és evés-zavarokban (EZ) szenvedők körében az ágencia-vesztés és a kapcsolati zavarok központi szerepet játszanak. Feltevésünk szerint az ágenciával és az intimitással kapcsolatos problémák megnyilvánulnak az önéletrajzi epizódokban. Borderline személyiségzavarban szenvedők élettörténete tükrözik a kapcsolati, az identitás és az önkontrollzavarral kapcsolatos tüneteket. Elbeszélte életrajzi epizódjaik gyakori témája az ágencia-vesztés (tehetetlenség, az önkontrollvesztés, a kudarc, a felelőtlenesség, az elvetettség), és az összetartozás érzés zavara (a gyűlölet, az ellenségesség, elzárkózás a kommunikációtól, elhanyagoltság, akadályoztatottság, izoláció). Hipotézisünk szerint a BPD és a nem-BPD beteg minta (MD, SzZ, EZ) önéletrajzi epizódjaiban az illetett egészséges minta epizódjainál gyakrabban jelennek meg ágencia-vesztéssel és intimitászavarral kapcsolatos leírások. Továbbá BPD személyekre a nem-BPD beteg mintánál is fokozottabban jellemzőek a fenti dimenziók. MLL Mixed modellel elemeztük eredményeinket.

Módszerek: 30 BPD-ben és MD-ban, SzZ-ban, EZ-ban, 30 nem-BPD, MD-ban, SzZ-ban, EZ-ban és 20 mentális zavarban nem szenvedő személyt vizsgáltunk. Vizsgálatunkban McAdams-féle struktúrált interjú segítségével 10 témához kapcsolódó önéletrajzi epizód leírását kértük. Az egyes történeteket McAdams által kidolgozott ágencia-intimitás, és az általunk kidolgozott páciencia-izoláció témákat vizsgáló kódrendszer segítségével elemeztük.

Eredmények: Egészséges mintától a páciencia és az intimitás dimenziók mentén mindkét betegcsoport szignifikáns eltérést mutat. A BPD csoport specifikus módon különbözik a nem-BPD csoporttól a negatív és pozitív dimenziók mentén.

Következtetések: Az interjú során spontán felidézett önéletrajzi epizódok tükrözik azt, ahogy a személyek a maguk által megfogalmazott történetekben saját ágenciájukat és kapcsolataikat megélik. A mentális zavarban szenvedő személyek elbeszélte identitására jellemző az ágenciavesztés és az intimitás zavara. Módszerünkkel a BPD zavarban szenvedőknél az elbeszélésekben megjelenő identitás-problémákról árnyaltabb képet kaptunk.

### Transzszexuálisok önéletrajzainak elemzése

*Déri Judit<sup>1</sup>, Berán Eszter<sup>2</sup>, Simon Lajos<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

<sup>2</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
derij@freemail.hu

Transzszexuális személyek önéletrajzaiban vizsgáltuk a nemi identitás fejlődési folyamatát, valamint a nemi identitás-zavar tudatosulásának és felismerésének jellegzetességeit. Korábbi vizsgálatok alapján azt vártuk, hogy a transzszexuális személyek nemi identitása az egyes fejlődési szakaszokban a kora gyermekkortól kezdve a késő pubertáskorig bezárólag specifikus jellemzőkkel bír: a saját testhez való viszonyban, társas viselkedésben, és szexuális viselkedésben is eltér a heteroszexuális vagy homoszexuális személyekre jellemző nemi identitásfejlődéstől. Ennek tudatosulása a személyben hosszabb, fokozatos fejlődési folyamatot jelent. Az általunk vizsgált transzszexuális személyek élettörténeteinek narratív vizsgálata alátámasztotta ezt a feltevést.

Módszerek: A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján 39 nemi korrekciós műtétre jelentkező személy élettörténeti narratíváit spontán írott önéletrajzok alapján vizsgáltuk. A vizsgálati személyek kitöltötték a Transzszexuális Kérdőívet. Az élettörténetek szövegét életkori szakaszonként tartalomelemzéssel vizsgáltuk a gyermekkorban, valamint a korai és késői kamaszkorban.

Eredmények: A vizsgálati személyek élettörténeteiben a gyermekkorban megjelentek a transzszexualitás nemi identitásfejlődés „másságára” utaló korai jelek az öltözködés, a játékok, a barátok megválasztásának területén. A korai kamaszkorban (10–13 év), valamint a késő kamaszkorban (17–21 év) a személyek élettörténeteiben megjelent a testhez való viszony problematikája, valamint a szexuális partnerek megválasztásának nehézsége. Az élettörténetekben fontos szerepet kapott a társas környezet – szülők és kortársak – tipikusan negatív visszajelzése a vizsgált személyek felé, ami tovább bonyolította a választott nemi identitás felismerését és elfogadását.

## Pszichoszomatikus integratív esetmunka csoportban

Dobó Katalin<sup>1</sup>, Eörsi Dániel<sup>1</sup>, Harrach Andor<sup>2</sup>,  
Purebl György<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Háziorvos, pszichoterapeuta

<sup>2</sup>Pszichiáter, pszichoanalízis (D), pszichoszomatika (D)

Semmelweis Egyetem oktató

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, egy. docens, pszichiáter,  
pszichoterapeuta

harrachandor@mail.datanet.hu

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 multikondicionálisan 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 bátorságával, bármely tevékenységi területről is.

## A szubjektív időélmény képi reprezentációja

Dóra Judit

Károli Gáspár Református Egyetem, BTK, Általános Lélektani és Módszertani Tanszék, Pszichológiai Intézet, Budapest  
dorajudit@freemail.hu

Előadásom témája az időbeli jellemzők közötti összefüggések megértése képi ábrázolás segítségével.

Akár egyéni-, akár csoportfolyamatról gondolkozunk, az időtényezővel több szinten is számolnunk kell. Például: magához az intervenció munkaformához tartozik valamilyen időbeli orientáció; az adott folyamatnak is vannak időbeli jellemzői; a vizsgált személy élettörténete idővonalra illeszthető; az aktuális téma is kapcsolódik valahogy az idő múlásához stb. Az időbeli jellemzők közötti összefüggések pedig hatással vannak a folyamatra. Megismerésük történhet például képi ábrázoláson keresztül. Rajzolási helyzetben a tesztviselkedés részeként további, idővel kapcsolatos személyiségjellemzőket figyelhetünk meg. Ilyenek például a pszichomotoros tempo, a kezdeti reakcióidő és a rajzolási idő.

A személyes, szubjektív időélmény spontán is megjelenhet a rajzokon, valamint megragadását különböző módszerekkel segíthetjük. Először bemutatom e módszerek fejlődését, gazdagodását. Ezután pedig – saját gyűjtésű rajzi példákon keresztül – a rendszerszemléleti keretben történő értelmezést (Vass, 2011). Ebben a megközelítésben hermeneutikai rendszerben gondolkodunk, melynek négy komponense a kép, a szituáció, az alkotó és a befogadó. A komponensek között tranzakció zajlik, egymást is kölcsönösen átdefiniálják.

Az időélmény képi megismerésén keresztül így olyan többlet-információkat nyerhetünk, amelyek elősegítik a folyamat közös továbbgondolását.

## ”Már 40 éve a feleséged vagyok” – családterápia demenseknél

Driesz Márta

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

Szakambulanciánkon – amely egyben demenciacentrum is – a JNSZ Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályán foglalkozom demenciával küzdő páciensekkel és hozzátartozóikkal. A gyógyszerbeállításon túl alapvetően fontosnak érzem a családtagokkal való foglalkozást. A demencia sosem csak az egyén gondja, hanem az egész család ügye is! Érzelmileg kevés ennél megterhelőbb betegség van, ezért is tartom alapvetőnek az egész családdal való foglalkozást. Alapvetően indikált a családterápia demenseknél: ha családi krízis alakul ki a veszteség-helyzet kapcsán, ha több információra van szükség a család dinamikájának felmérésére, családtagok stressztűrő- és teherbíró képességének felmérése, annak egyensúlyának megítélése esetén. A különféle demencia stádiumokban eltérő terápiás megközelítésre van szükség.

A pácienssel és családjával átlagosan 2–4 alkalommal, folyamatos közös munkaként (havonta 1–1 terápiás órában) beszéljük át a tünetekhez való viszonyulásukat, reakcióik mibenlétét. Foglalkozunk a keletkező konfliktusok, indulatok családon belüli kezelésének minél hatékonyabb megoldásaival is. A terápiás ülésen megbeszélést követően otthon feladatként gyakorolgatják, végül tapasztalataikat megbeszéljük ambulanciánkon.

Előadásomban az ide vonatkozó elméleti megfontolásokon kívül rövid esetismertetésen át szeretném átadni tapasztalataimat a demens betegekkel foglalkozó kollégáknak.

## Három kívánság: Fogyatékos tanulók összehasonlító kvalitatív értékorientációs vizsgálata

Egri Tímea<sup>1</sup>, Bácskai Erika<sup>2</sup>, Matuszka Balázs<sup>3</sup>,  
Némethné Sallai Melinda<sup>1</sup>, Gerevich József<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest

<sup>2</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Piliscsaba  
egritimea@gmail.com

Háttér: Az iskolai agresszió és a szenvedélyszerek használatának vizsgálatára az „Az agresszió feltárása, megelőzése és kezelése” című projekt keretén belül került sor. A munka egyik szegmensét képezte a fiatalok kívánságainak feltérképezése. Feltételezések szerint a fogyatékos tanulók körében fontos értéknek jelenik meg az egészség, a fogyatékoság, a másság kérdésének leküzdési szándéka, különös tekintettel, ha a tanuló integrált körülmények között tanul. Feltételezhetően kívánságaik között a legfontosabbnak értékelik a deficit kompenzálását, a sikeres társadalmi integrációt, az egészséges élet létét. Ezzel szemben a kontrollcsoportban az anyagi javakkal kapcsolatos kívánságok dominanciáját várjuk.

Vizsgálati minta: A keresztmetszeti vizsgálatban 9. évfolyamos fogyatékos tanulók vettek részt: mozgás-, látás-, hallássérült, értelmileg- és tanuláson akadályozott tanulók (N=348). A kontrollcsoportot budapesti, 9. osztályos középfokú oktatási intézményben tanuló, tipikusan fejlődő fiatalok alkották (N=944).

Mérőeszközök: A kutatás kvalitatív és kvantitatív mérőeszközöket alkalmazott. Jelen vizsgálatban a kutatáshoz használt kérdőíves felmérés egyik kvalitatív jellegű kérdését használtuk: „Talán ismered a mesét, hogy az öreg halász egy aranyhalat fog ki a tóból. A kis állatról azonban kiderül, hogy beszélni tud, sőt teljesíti a halász három kívánságát is, ha az visszaadja a szabadságát. Hasonlót kérünk tőled is: mi lenne a három leghebb kívánságod?”

Eredmények: Elvárásainkkal ellentétben a látássérült fiatalok (vak és aliglátó tanulók) nem változtatnának egészségi állapotukon, fogyatékoságuk súlyosságának mérséklését nem fogalmazták meg szükséges kívánalomként, mindössze 20%-uk kérné az első helyen, hogy egy időre láthassa valamelyik családtagját, csak 4%-uk szeretné visszanyerni látását. A fogyatékoság irreverzibilitásának kérdése leginkább a mozgássérült fiatalokat foglalkoztatja. A tanulásban és értelmileg akadályozott fiatalok körében egy-egy tárgyi eszköz megszerzése a cél (pl.: szeretne egy cd-t). A tipikusan fejlődő fiatalok körében az anyagi javak előteremtése, a jólét, a béke, az egészség és a család szerepelnek a legnagyobb gyakorisággal a válaszok között. Elvárásunk beigazolódott, az integrált körülmények között tanuló fogyatékos fiatalok 44%-a említette azt, hogy szeretne egészséges fiatal, felnőtt lenni. A gyógypedagógia intézményekben – szegregáltan – tanulók kevesebb, mint 10%-át foglalkoztatja a „fogyatékos-ságmentes élet”.

## Hemoteszt pozitivitás a pszichiátrián, de Clerambault szindróma

Ekler Katalin<sup>1</sup>, Grász Dénes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mohácsi Kórház, Pszichiátria, Mohács

<sup>2</sup>Mohácsi Kórház, Laboratórium, Mohács  
lecler@freemail.hu

A poszteren egy de Clerambault szindrómában szenvedő idős nőbeteg esetét mutatom be, a tünettan viszonylagos ritkasága, bizarr megjelenése és a diagnózisalkotás nehézségei miatt. Évek óta ismert volt nála a perszekutoros deluzív tematika, enyhe demencia mellé új tünetként erotomán téveszmék csatlakoztak. Kórházunkban akut betegeink többségét az SBO-ról vesszük fel, ahol megtörténik az elsődleges kivizsgálás és szükség esetén kerül sor a pszichiátriai konzultációra.

Jelen esetben a páciens beutaló nélkül érkezett, panasza 1–2 napos altesti vérzés volt. Vizsgálatakor jó általános állapot és negatív belszervi státusz jellemezte, laborvizsgálatok (vérkép, INR is) eltérést nem mutatnak (véralvadást nem szedett), a hasi UH és nőgyógyászati vizsgálat eltérést nem mutatott. Negatív RDV mellett fennálló hemoteszt pozitivitás volt igazolható. A diffúz tüneti kép és a nyilvánvaló szervi kórok hiánya miatt, pozitív pszichiátriai anamnézisére való tekintettel kérték pszichiátriai vizsgálatát.

Ennek során a páciens elmondta, hogy úgy érzi, a veje megfigyeli és befolyásolja őt, időnként mintha látná is, ráadásul azt is érzi, hogy veje szexuálisan izgatja. Ezt nagyon szégyelli, és már több alkalommal megpróbálta „eltávolítani magából, fizikailag kitépni a nemi szervéből”. Ezután többször is vérzést észlelt. Az is kiderült, hogy a páciens az utóbbi időszakban elhagyta a pszichiátriai gyógyszereit.

Osztályunkra való felvételét megkönnyebbüléssel elfogadta, ismételten beállítottuk a korábban hatékonyan bizonyult antipszichotikus és anxiolitikus terápiát. Alvása javult, feszültsége fokozatosan enyhült, a produktív pszichotikus tünetek néhány hét alatt visszavonódtak, vérzéses tünetet később már nem észleltünk.

Az eset tanulságait összefoglalva megállapíthatjuk, hogy komoly előnyt jelentett, hogy a páciens szomatikus kivizsgálása kizárta az esetleges veszélyeztető testi kórokot (pl. időskori nőgyógyászati tumor) lehetőségét. Az időben elvégzett pszichiátriai konzílium során, a beteg bizalmának megnyerésével fény derülhetett a szomatikus tünet önmanipulatív eredetére és pszichopatológiai kontextusára is. E ritka szindróma esete az orvosi szakmák együttműködésének szükségességére hívja fel a figyelmet, s ez a specializáció korában különösen nagy jelentőségű.

## Kié a beteg? Organikus pszichoszindróma- határok, határproblémák

Ekler Katalin, Magos Mária

Mohácsi Kórház, Pszichiátria, Mohács

lecler@freemail.hu

Az esetbemutatás során egy 49 éves siklósi férfi történetéről számolok be, mely jól illusztrálja az orvosi szakmai kompetencia, a területi ellátási és a tűréshatárok problémáit. A beteg az SBO-ra érkezett, beutalója szerint: „a délután folyamán agresszív, zavart lett, 1 hónapja alkoholabsztinens.” A beteggel kontaktus nem volt teremthető, ébernek tűnt, de tudata zavart volt, néhány szót ismételt, az utasításokat nem követte, fluktuálisan nyugtalan volt. Anamnézisében alkoholizmus, májcirrhosis, inzulinnal kezelt diabetes mellitus, hipertónia szerepelt, az elmúlt 1 hónapot kisebb megszakításokkal kórházunkban töltötte. Fizikális státuszából alszáródéma, ascites, köldök körül szubakut műtét utáni állapot, homlokon, szemek körül bőrpír emelhető ki. A laborvizsgálatok a vese- és a májfunkció emelkedését igazolták. A fentiek alapján organikus pszichoszindróma diagnóza volt valószínűsíthető, de neurológiai/neurotraumatológiai történes gyanúja is felmerült. Mivel az elvégzett koponya CT negatív volt, így obszerváció céljából a Pszichiátriai Osztályra vettük fel (elsősorban felsőbb szakmai „nyomásra”, ugyanis a nyugtalan, főleg nem tisztázott kórisméjű páciensek osztályok közti elhelyezése nem megoldott, ez szintén a kompetenciahatárok, ellenállások, és előítéletek szerepét hangsúlyozza). Jelen esetben ezt a területi ellátási határok problémája is árnyalta (mivel a belgyógyászati és a pszichiátriai területi ellátási kötelezettség különbözik).

A pszichiátriai obszerváció során a páciens infúziós folyadékpótlásban részesült, nyugodtabbá vált. Másnap reggel a heteroanamnéziséből kiderült, hogy a páciens a beszállítás előtti napon több órát erős napsütésben tartózkodott (inszoláció), és valószínűleg jelentős folyadékvesztést is szenvedett (kombinált diuretikus terápiában részesült, melyből többet szedett az előírtnál). A diagnózis tisztázását követően a beteg kezelése a Belgyógyászati Osztályon folytatódott.

Az előadás egyrészt azt a kiemelten fontos diagnosztikus („detektív”) tevékenységet mutatja be, melyre gyakran sor kerül a sürgősségi ellátás során, amikor a tüneti kép előterében súlyos pszichopatológiai eltérések (elsősorban tudatzavar) állnak, ám a professzionális kompetencia-határok, valamint a területi ellátási kötelezettség problémáira is felhívja a figyelmet.

## Nemi sztereotípiák a meddőség következményeinek megítélésénél orvostanhallgatók körében

*Erdei Márta, Cserepes Réka Eszter, Bugán Antal*

DE Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Magatartástudományi Intézet, Debrecen  
marti.erdei89@gmail.com

**Bevezetés:** A termékenység problémákkal küzdők gyakran krízishelyzetként élik meg a meddőségi kezeléseket, amely életminőségüket, jóllétüket negatívan befolyásolja. Az egészségügyi szakemberek témával kapcsolatos érzékenysége kitüntetett szerepű, mivel hatással van a párok kezeléssel kapcsolatos elégedettségére, együttműködésére. A kezelésben részt vevő, első-sorban szomatikus területen képzett szakemberek számára komoly kihívást jelenthet a komplex szemléletmód és a páciensekkel kapcsolatos érzékenység kialakítása.

**Célkitűzés:** Orvostanhallgatók, azaz a jövőbeli meddőségi kezelésben potenciálisan részt vevő, véleményvezérlő szakemberek körében a meddőség érzelmi és testi-, kognitív következményeire vonatkozó elképzelések felmérése, és ezen elképzelések összehasonlítása meddő pároktól származó beszámolókkal.

**Módszer:** Kérdőíves vizsgálatunkban a FertiQol kérdőív érzelmi és testi-kognitív alkálait alkalmaztuk (mely eredetileg meddő párok életminőségét méri). A hallgatóknak meg kellett becsülniük az egyes tüneteknél, hogy az mennyire lehet jellemző egy meddő pár férfi/nő tagjára. Ezeket a becsléseket meddő pároktól származó beszámolókkal vetettük egybe. A vizsgálatban 112 fő orvostanhallgató vett részt, a meddő párok mintáját 103 pár alkotta.

**Eredmények:** A meddő párok beszámolóit Kruskal-Wallis próbával hasonlítottuk össze a hallgatók tünetekre vonatkozó becsléseivel. Vizsgálatunkban a hallgatók a meddő párok nő tagjainak érzelmi tüneteit (pl. lehangoltság) fölülértékelték a meddő nők beszámolóihoz viszonyítva ( $K=71,8, p<0,0001$ ), míg a férfiak esetében kevésbé erős emocionális érintettségét feltételeznek, mint amiről a páciensek beszámolnak (pl. féltékenység [ $K=114,3, p<0,0001$ ], harag [ $K=119,8, p<0,0001$ ], szomorúság [ $K=15, p=0,001$ ] esetében). A terméketlen párok mindkét tagjánál alulértékelték a hallgatók a meddőséghez kapcsolódó testi- és kognitív tüneteket (pl. gátoltság [ $K=80,6;157, p<0,0001$ ], fáradtság [ $K=48,6;153, p<0,0001$ ], fizikai fájdalmak [ $K=53;150; p<0,0001$ ]).

**Következtetések:** Az általunk vizsgált orvostanhallgatók meddőség következményeivel kapcsolatos elképzelései – feltételezhetően kulturális gyökerekkel rendelkező – sztereotípiák által befolyásoltak, melyek mentén feltételezik, hogy a terméketlenség emocionálisan súlyosabban érinti a nőket, mint a férfiakat. Ezek a torzítások potenciálisan megnehezítik a jövőbeli szakemberek számára a páciensek torzításmentes percepcióját, amely különösen hátrányosan érintheti a férfi pácienseket.

## Egyedi gondozási utak a komplex ellátórendszer keretében

*Erdélyi Kálmán*

Újpesti Mentálhigiénés Gondozóintézet, Budapest  
erdelyikalman@yahoo.com

Az Újpesti Mentálhigiénés Gondozóintézetben az elmúlt években komplex soktényezős terápiás ellátó-rendszert építettünk ki, mely a betegeket emberséges módon igyekszik hozzásegíteni egyensúlyi állapotuk, testi-lelki harmóniájuk megteremtéséhez és megőrzéséhez, valamint szociális alkalmazkodóképességük erősítése mentén társadalmi reintegrációjukhoz. E komplex terápiás rendszerünk lehetővé teszi, hogy egyrészt a betegek összetett rehabilitációs programját megtervezzük, másrészt biztosítja a betegek számára, hogy az általuk egyedileg vállalható, számukra pozitív programokban vegyenek részt.

Konkrét eseteken keresztül vezetem végig az egyedi út specifikus mintázatát, igazolva ennek az ellátó szemléletnek és gyakorlatnak az előnyeit, azaz: 1. A beteg önkéntes, aktív bekapcsolódását a programokba; 2. A szubjektív hasznosság révén a bekötődését az ellátó-rendszerbe; 3. Azt a biztonságot, amit mind nekünk, mind a betegeknek jelent, hogy önként és aktívan fenntartja állapotának szükséglete szerint a kapcsolatot a gondozóval és a terápiás team tagjaival.

E szemléletnek az előnye, hogy mindaz, amit a gondozási folyamatban a beteg megélhet, számára értékes pozitív élmény, és ezáltal megerősíti a gondozás önkéntes vállalását. Ily módon a kezelés tervének kialakításában és megvalósításában partnerként vehet részt. Számára a gondozóintézet pozitív jelentést nyer, biztonsági pont, ahová önként és szívesen jár. Mindezt követhetővé teszem a bemutatásra kerülő eseteken át.

## Pszichoszomatikus rendelés kétéves tapasztalatai Veszprémben

*Erdélyi Zsuzsanna, Balczár Lajos*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.,  
Pszichiátriai Centrum, Veszprém  
erzsuzsa@freemail.hu

A Veszprémi Csolnoky Ferenc Kórházban két éve működik pszichoszomatikus rendelés. A rendelést elindítását belgyógyász-gasztroenterológus kezdeményezte, aki pszichoterápiás képzésben is részesült. A munka a Pszichiátriai Gondozó keretein belül folyik heti két napon. A betegutakat úgy alakították ki, hogy háziorvosok, szakorvosok küldhetnek betegeket, illetve a páciensek maguk is jelentkezhetnek előzetes pszichiátriai vizsgálat után. A terápia időtartama az első vizsgálat alkalmával körvonalazódik, a későbbiekben szükség esetén módosulhat. Általában kéthetente történik 60 perces orvos-beteg találkozás. A terápiás módszerek személyre szabottak, az orvos képzettségének megfelelően kognitív, illetve relaxációs technikákat alkalmaz a terápia során. A rendelést végző orvos párhuzamosan dolgozik belgyógyászati osztályon, gasztroenterológiai szakrendelésen. A pszichoterápiás munkát folyamatos szupervízió mellett végzi. A szerző beszámol a két év tapasztalatairól, a terápiás keretek nehézségeiről, eredményeiről, röviden kiemeli néhány eset tanulságait. Irritabilis bél szindrómában, Crohn-betegségben, colitis ulcerosában szenvedő betegek belgyógyászati és párhuzamosan folyó pszichoterápiás kezelése során a tünetek és az életminőség gyorsabb javulását figyelték meg. Két páciens különleges problémájáról is beszámolunk, akik gyomor bypassműtét után a várva várt jelentős súlycsökkenést követően részesültek pszichoterápiában.

## Harmonikus egységben a közös(ségi) fejlődésért

*Erdélyi Kálmán, Kiss Huba Gergely, Pálos Anna, Vincze Mónika, Nagy Tamás, Magyar Pálma*

Újpesti Mentálhigiénés Gondozóintézet, Budapest  
erdelyikalman@yahoo.com

Az Újpesti Szakorvosi Rendelőintézet részét képező Mentálhigiénés Gondozóintézetünkben az elmúlt egy évben folytatódott és egyre összehangoltabbá vált a *dr. Erdélyi Kálmán* gondozóvezető főorvos irányításával megalapozott dinamikus rendszerszemléletű, komplex, integratív terápiás irányvonalú gondozói ellátási szisztéma. A terápiás stáb bővülésével szakmailag összefonódtak és egymást kiegészítő, támogató egységekként erősödtek meg az ambuláns ellátáshoz szükséges, a szakorvosi munka komplex hátterét biztosító, különböző terápiás modalitásokkal dolgozó alrendszer: a művészetterápia, szocioterápia, életmódcsoport, szabad interakciós verbális kiscsoport, biblioterápiás, stresszkezelő és autogén tréning csoport, valamint a pszichológusi betegvezetés. Az intézményi struktúra felépítése, a sokrétű szakismereti eszköztárat jelentő személyzeti erőforrások növekedése új kihívásokat, ugyanakkor új előnyöket is magával hozott. Természetes igénnyé nőtte ki magát a fővárosi szintű ellátóintézmények közti együttműködés alapfogalata, melynek révén lehetővé vált a betegek állapotkövetésének egyre pontosabb megvalósítása, a hozzátartozók tájékoztatása és bevonása bizonyos szupportív célú terápiás munkafolyamatokba. Nagyobb hangsúlyt kapott a háziorvosokkal, illetve az osztályos munkát folytató szakemberekkel, a szomszédos kerületek mentálhigiénés gondozóival az átfogó kooperáció és konstruktív egyeztetés. Mindezekon túl körülhatároltabb formát öltött és hangsúlyosabbá vált a különböző terápiás szintek felelőssége. A stabilabb, több lábon álló rendszer hatékonyságát saját vizsgálatunk is megerősítette.



## ”Ép lélekben ép test”. A lelki harmonizálás a Katatím Imaginatív Pszichoterápia során

Fadgyas Ildikó<sup>1</sup>, Andriška Ildikó<sup>2</sup>, Andriška Eszter<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szent Kristóf Szakrendelés XI. ker. Pszichiátriai Gondozó, Budapest

<sup>2</sup>Nyíró Gyula Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

<sup>3</sup>AMRITA Kutató Fejlesztő és Szolgáltató Pszichoterápiás KFT, 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 történetébe 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 megtapasztalhatjuk a katatím szimbólumok csodás világát.

A sajátélményhez hozzátartozhat a csoport igényeinek megfelelően a szimbólumok üzenetének feldolgozása, esetleg egy egyéni pszichoterápiás ülés modellezése.

**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 történések nyomon követhetők.

**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.

## „Mégis kinek az epigenetikája”, avagy Quo Vadis Komplex Medicina?

Falus András

Semmelweis Egyetem, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet

falus.andras@med.semmelweis-univ.hu

A komplex, multifaktoriális betegségek patomechanizmusának teljesebb megértése, a beavatkozási pontok mélyebb feltárása elkerülhetetlenül vezet a kapcsolódó biológiai folyamatok működési hierarchiájának megismeréséhez. A rendszerelvű biológia egyedi biológiai entitások (pl. gének, mRNS, miRNS, fehérjék, metabolitok stb.) helyett ezek hálózatosan és dinamikusan koordinált rendszerével foglalkozik.

A rendszerelvű biológia és orvostudomány korszámban, a szinte galaktikus dimenziójú adat bibliomikái narratívájában egyre nagyobb figyelmet kap az epigenetika. Az epigenetika azon kovalens változások összessége, amely a környezet hatására szabályozza a gének aktivitását, bekapcsolhatja, felerősítheti vagy lecsendesítheti, sőt ki is kapcsolhatja azokat. Az epigenetikai következményekkel járó környezeti hatások közé tartoznak az anyai hatások, táplálkozás, mozgás, toxinok és fertőzések. Ezekon túl manapság egyre hangsúlyosabb bizonyítékok emelik ki a mentális, pszichoszociális és meditatív, valamint szociológiai tényezők sokaságának hatását az örökölt jellegek érvényesülésére.

A legtöbbször reverzibilisen ható és gyakorta örökösödő epigenetikai hatások egyike a sejtszintű öregedés egyik fő regulátora a telomeráz enzim aktivitása is, melynek az életmód általi módosulását elsősorban az immunrendszerre való hatásán át igazolták.

Az előadás a személyre szabott orvoslás perspektívájából kísérel meg bemutatni a genomikai és a fizikai, valamint mentális és kommunikációs faktorok együttes érvényesülését, valamint az ún. „missing heritability” okán a bioinformatikai gondolkodás és eszközrendszer felé irányuló egyre nagyobb kihívásokat.

## Gustl Mollath: Egy újsághír margójára (Esetelemzés az interneten közzétett bírósági okiratok és sajtópublikációk alapján)

Farkas Marta

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Austria  
farkas.martaildiko@gmail.com

*Gustl Ferdinand Mollath*-ról a Wikipedia is nyitott egy fejezetet. E szerint *Gustl Ferdinand Mollath*, született 1956. november 7-én, vitatott 7 évet töltött bírósági ítélet alapján egy forenzikus pszichiátriai intézményben. 2006-ban beszámíthatatlansága és a társadalomra való veszélyessége miatt a bíróság pszichiátriai osztályos elhelyezésre ítélte. A bíróság egyebek mellett ítéletét *Mollath* „paranoid gondolkodási rendszerére” alapozta, mely szerint *Mollath* azzal vádolta feleségét, hogy az, foglalkozása folytán egy pénzmosási szisztémába keveredett. Ezt az állítást egy, a 2003-ból származó, a HypoVereinsbanknál lefolytatott belső revízió eredménye részben alátámasztani látszik, amely a 2006-ban lefolytatott tárgyalás idején még nem volt hozzáférhető.

Eredménytelen erőfeszítések után a nürnbergi Legfelsőbb Bíróság 2013. augusztus 6-án elrendelte ügyében a perújrafelvételt, és *Gustl Ferdinand Mollath* haladéktalan elbocsátását a forenzikus pszichiátriai osztályról annak ellenére, hogy az sem a szakértői vizsgálatokkal, sem pedig a kezeléssel nem működött együtt. Nem készült róla egyetlen szakértői vélemény sem, amely *Mollath* úr közvetlen vizsgálatán alapult volna. A peres anyagot *Mollath* ügyvédje közzétette az interneten és már a Wikipédián keresztül is elérhető.

Az ügyben nyilatkozó szakértő mentegetőzni kényszerül és határozottan visszautasítja a hanyagság vádját, illetve, hogy rutinszerűen járt volna el.

Mi volt a bűncselekmény, amely miatt egyáltalán érdekesé vált, hogy mit gondol *Gustl Ferdinand Mollath* a felesége dolgairól? Ez csak érintőlegesen jelenik meg a közleményekben. Mit tett és miért cselekedett *Mollath* úr úgy, ahogy?

Az üggyel a német sajtó igen intenzíven foglalkozott, *Mollath* úrból kvázi „celeb” lett, beszélgető műsor résztvevője, könyvet írtak történetéből, a könyvbemutatón személyesen is részt vett. Az ügy nagy port kavart fel és a Német Pszichiátriai Pszichoterápiás és Pszichoszomatikus Társaság (röviden DGPPN) egy ún. reformmozgalmat indított el a forenzikus osztályok működésének, bizonyos törvényi változtatásoknak és a szakértői véleményezésnek a felülvizsgálatára.

## A forenzikus pszichiátriai ellátás a németországi modellben 2. rész: Küszöbön álló reformok

Farkas Marta

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Austria  
farkas.martaildiko@gmail.com

Miközben a forenzikus pszichiátria közismerten konzervatív szemléletű, ki van téve a napi politikai/társadalmi véleményformálás nyomásának. Az egy évvel ezelőtt, az MPT XIII. Vándorgyűlésén Győrben általam ismertetett németországi ellátási modell (még) nem változott, változott azonban a forenzikus pszichiátriai ellátási rendszer németországi megítélése, s ez egyúttal reformtörekvéseket von maga után. A sajtó által közismertté tett *Mollath* ügy az ellátás gyenge pontjaira a társadalom széles nyilvánossága előtt hívta fel a figyelmet, s ezzel rákényszeríteni látszik a döntéshozókat a probléma napirendre vételére. A Német Pszichiátriai Pszichoterápiás és Pszichoszomatikus Társaság (DGPPN) 2013. szeptember 12-én kiadott állásfoglalása lényegileg egy programnyilatkozat, amely nyomatékosan javasolja a forenzikus ellátás jogi háttérének és magának a pszichiátriai ellátásnak a szükséges változtatásait. Ezzel olyan sarokkövek mozdulnának meg, mint az elhelyezés idejének rögzítése, amely a kényszergyógykezelés tilalmának egyidejű garantálásával igen súlyos gyakorlati nehézségeket teremtene; a szakértői gyakorlat szigorítása, az ellátás színvonalának emelése vélhetően csak javát szolgálná az ápolit bűnelkövetőknek. A kezelés eredményessége a metaanalízisek szerint csekély, most azt adják hírül, hogy az elbocsátott betegek visszaesési aránya „extrém csekély”. A mondat mindkét fele igaz, de nincs összefüggés: ti. nem ugyanarra a diagnosztikus csoportra vonatkozik. Az elhelyezettek fele szkizofrén, 1/3-uk személyiségzavarban és/vagy parafiliában szenved, 20 %-uk intellektuálisan érintett. Az elhelyezettek száma az utóbbi 15 évben megduplázódott a tartózkodási idő elhúzódásával, tükrözvén a társadalom igényét a nagyobb biztonságra. A hangsúlyeltolódás a kezelési funkció javára nagyon jól hangzik, de minimum ellentmondásos. A jelenleg folyó szakmai diszkusszióknak országhatárokon átívelő általános érvényű tanulságai vannak: tojástánc a szakmaiság és a társadalmi elvárások határán, miközben a „szakmaiságot” is a társadalmi elvárások formálják. Létezik-e terep a pszichiátriai ellátás számára?

### Psychiatric care in two specific situations in France: Work conflicts and refugees asking for asylum

*Feberey Jean-Yves*

Centre Hospitalier de Breil-sur-Roya (Alpes-Maritimes)  
jean-yves.feberay@wanadoo.fr

For several years, my praxis in a medical center belonging to the Mutuelle (complementary insurance) of the French public instruction led me to take care of people in difficult situations at their work place, and also of people coming mainly from Caucasus (Chechnya) and asking for asylum. They came to me with the help of non-profit organizations because I know some Russian language, and maybe too because I'm somehow known as a human rights activist. The common points of the care for those two populations are linked to an authentic and severe depressive background, with specific symptoms to any situation.

For people with work problems, the tendency would be to develop phobic defenses, and for people asking for asylum, rather obviously, to develop a post-traumatic stress disorder. On the other hand, those situations are strongly concerning the psychiatrist as a citizen, and deeply questioning his function in the society.

The ways to help those people are basically the same than for any patient, of course listening to them, giving some counsels and prescribing drugs. But another part of the medical care is consisting of complex administrative work.

For working people, the first way is often prescribing a sick leave, which can bring to good results after some weeks. Of course, we haven't any influence neither on their work conditions, nor on their chiefs. In the heaviest cases, we have to use long term sick leave, which can lead to a redundancy for medical inaptitude, in coordination with the company doctor. It's the only way to avoid the resignation.

For refugees, we are asked to write certificates, where we have to describe the psychiatric pathology, but also to evocate shortly the war context which led those people to leave their country and their family. Most of them, especially the youngest, could escape with their wife and children, but often after a long and stressing separation period. In civil war context, men are of course more concerned by physical violence and threaten on their life, but it's not such a general rule. The certificate is destined first to the OFPRA (Office for protection of refugees and stateless persons) and at last to the National Court of Asylum Right. If this last resort fails, people can be expelled from France to their country, with all the related dangers. Even if the certificate is not the only element, it's an important one and gives a huge responsibility to the psychiatrist.

### A reelin rs362719 polimorfizmus vizsgálata Alzheimer-kórban

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

SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Szeged  
feherag@gmail.com

Az Alzheimer-kór (AK) egyéni és társadalmi jelentőségét tekintve az orvostudomány kiemelkedően fontos területe, háttérében genetikai, epigenetikai és környezeti tényezők komplex hálózata áll. A 7. kromoszómán kódolt (7q22.1) reelin gén (RELN; MIM# 600514) egy 388 kDa méretű, 3461 aminosavból álló extracelluláris glikoproteint kódol, amely fontos szerepet játszik az embrionális fejlődés során a neuronális migrációban és felnőttkorban a szinaptikus funkciók fenntartásában. A reelin megváltozott expressziója vagy funkciója gyengítheti a neuronális összeköttetéseket, a szinaptikus plaszticitást. Teszteltük a hipotézist, mely szerint a RELN gén rs362719 polimorfizmusa összefüggésbe hozható a késői kezdetű AK kialakulására való fogékonysággal.

A vizsgálatba összesen 350 AK-ban szenvedő beteg és 219 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 rs362719 polimorfizmus genotipizálását TaqMan qPCR módszerrel végeztük.

A nemek és az életkor megoszlásában nincs szignifikáns különbség a két vizsgált csoport között ( $p > 0,05$ ). A vizsgált polimorfizmusok genotípus gyakoriságai Hardy-Weinberg egyensúlyban vannak mind az AK, mind a K csoportban ( $p > 0,05$ ). A RELN rs362719 polimorfizmus esetében az AK és K csoportokban nem volt szignifikáns különbség a genotípusok megoszlásában (C/C: AK: 73,2%, K: 72,6%; C/A: AK: 24,4%, K: 24,2%; A/A: AK: 3,2%, K: 2,2%;  $p = 0,819$ ). Az rs362719 allélok előfordulási gyakorisága szintén nem mutatott szignifikáns eltérést a K csoporthoz viszonyítva ( $p = 0,887$ ).

Eredményeink alapján a RELN gén rs362719 polimorfizmusa nem társítható AK-ra való fogékonysággal, azonban a RELN gén AK-ban betöltött szerepének tisztázásához ezen lokusz további genetikai variánsainak vizsgálata szükséges.

A vizsgálat a TÁMOP-4.2.2A-11/1/KONV-2012-0052 számú téma támogatásából készült.

## Szociális kogníció deficit szkizofréniában

Fekete Zita, Vass Edit, Kancsev Alexander

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktató Kórház, Nagykálló  
fekete.zita4@gmail.com

Az utóbbi években megnövekedett az érdeklődés a szkizofrénia szociális kogníció terén megfigyelhető jellegzetességei iránt. A szociális kogníció jelentőségét elsősorban az adja, hogy a neurokognitív funkciók és a funkcionális kimenetek között közvetítő és moderáló szerepet játszik, s ennek révén a betegség jellemzőjeként kulcsfontosságú a funkcionális kimenetek szempontjából. A pozitív és negatív tünetek mellett ma a kognitív deficiteket is a betegség központi tüneteinek tekintjük. A szakirodalom ezek között az észlelés funkciói mellett egybehangzóan a figyelmi, emlékezeti és exekutív funkciókat említi, illetve a legújabb kutatásoknak köszönhetően a szociális kogníciót is meg kell említenünk ebben a sorban. A szociális kogníció egy konceptuális modellen keresztül érthető meg, amely négy specifikus területet foglal magába: tudatelmélet, attribúciós stílus, érzelmefelismerés és szociális percepció. A szociális kogníció deficit hosszmetzeti stabilitását számos vizsgálat támasztja alá, ugyanakkor a jelenleg ismert és alkalmazott beavatkozási módok, ide értve a farmakoterápiát vagy a pszichoszociális intervenciókat, nem tűnnek elég hatékonynak és specifikusnak a deficit mérséklésében, illetve azok igen gyakran a pozitív tünetek mérséklésére szorítkoznak, nem ragadják meg a betegség komplex jellegét, nem, vagy csak részben terjednek ki a neurokogníció és szociális kogníció fejlesztésére, így a mindennapi életvezetés és életminőség terén hatékonyságuk korlátozott. Az utóbbi évtizedekben a hiánytünetek kezelésére irányuló megnövekedett igényre válaszként jelentek meg a viselkedéses tréningre épülő kognitív remediációs tréningek, valamint a szociális kogníciót érintő intervenciókra épülő tréningprogramok. A tréningek funkcionális kimenetekre vonatkozó hatékonysága terén az eredmények biztatóak, bár ennek megerősítése további vizsgálatokat igényel. Beépítésük a komplex rehabilitációs programba növelheti az egyéb pszichoszociális intervenciók hatékonyságát. Az előadás célja átfogó képnyújtása a szociális kogníció szkizofréniában mutató jellegzetességeiről, azok természetéről és összefüggéseiről, valamint az ezen deficiteket is szem előtt tartó terápiás megközelítésekről.

## Adaptív és maladaptív megküzdési módok közvetítő szerepe a tünetképződés folyamatában

Fodor Kinga, Mészáros Veronika, Boross Viktor, Komlósi Sarolta, Perczel Forintos Dóra

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

Bevezetés és célkitűzések: A megküzdési stratégiák, mint mediátor-tényezők nagy szerepet játszhatnak abban, hogy egy-egy nehéz életeseményt követően kialakul-e valamilyen pszichés zavar. Egy adott helyzetben a megküzdési stratégiák lehetnek protektívek az egyén számára, vagy jelenthetnek vulnerabilitást a pszichés tünetekkel szemben. A Lazarus és Launier-féle felosztás (1978) kétfajta megküzdési stratégiát különböztet meg: problémaközpontú és érzelmeközpontú megküzdési módot. A problémaközpontú megküzdés során az egyén a stresszor vagy önmaga megváltoztatására, vagy a stresszor eliminálására összpontosít (pl. problémaelemzéssel, céltudatos cselekvéssel). Az érzelmeközpontú megküzdés során a személy a helyzetre adott érzelmi reakciójának csökkentésével, megváltoztatásával van elfoglalva (pl. érzelmi indíttatású cselekvéssel, alkalmazkodással, segítségkéréssel, érzelmi egyensúly keresésével, visszahúzóddással). Más felosztásban adaptív megküzdésként értelmezhető az elfogadás, a pozitív fókuszváltás, a tervezés, perspektívába helyezés. A téma korábbi empirikus adatai azt mutatják, hogy inkább az érzelmeközpontú megküzdés az, amely szorongásos és/vagy depressziós panaszokkal összefüggésben van. Az előadásban bemutatott vizsgálat arra irányult, hogy feltárjuk a megküzdési módok szerepét és összefüggéseit az életesemények feldolgozásában a szorongásos és depressziós tünetképződéssel kapcsolatban.

Módszer: 234 pszichoterápiára jelentkező, pszichés problémával küzdő személy adatát elemeztük. Az átélt életeseményeket, a szorongásos és depressziós tüneteket és az egyén megküzdési stratégiáit mértük fel önkéntes kérdőívek segítségével. A megküzdést a Megküzdési Módot Kérdőívvel vizsgáltuk (Folkman & Lazarus, 1980; Kopp & Skrabski, 1995). Az adat-elemzés során a változókat – strukturális egyenletmodellezéssel – együttesen vizsgáltuk.

Eredmények: Mind a szorongásos, mind a depressziós panaszok esetén az átélt életesemények száma és érzelmi intenzitása (bizonyos diszfunkcionális attitűdökkel összefüggésben), a problémafókuszú megküzdési stratégiákon keresztül csökkentette, míg az érzelmeközpontú stratégiákon keresztül növelte a szorongásos és depressziós panaszok megjelenésének gyakoriságát.

Következtetés: Vizsgálatunkban beigazolódott, hogy a különböző megküzdési módok fontos mediátor- szerepet töltenek be a pszichés panaszok kialakulásának folyamatában.

## Omega-3, avagy a pszichiátria a halászati lobby hálójában

Fodor Miklós

független pszichiáter szakértő, Budapest  
fodordr007@gmail.com

Jelentős mennyiségű időt és pénzt emészt fel évente az alternatív gyógymódok ajánlása, mint például az Omega-3 zsírsavak fogyasztása, anélkül, hogy kontrollált bizonyítékok támasztanák alá kifejezett előnyös terápiás hatását.

2004. szeptember 8-án az amerikai Élelmiszer és Gyógyszer Hivatal (FDA) elismerte, hogy az eikozapentaénsav (EPA), a dokozahexaénsav (DHA) és az n-3 zsírsavak fogyasztása csökkenti a szívbetegségek kockázatát. Mivel nem döntő kutatások bizonyítják a DHA és az EPA javasolt előnyös tulajdonságait, így minden további indikációt óvatosan kell kezelni.

A Német Táplálkozáskutató Társaság (DGE) megállapítása szerint például a szívbetegségben szenvedők esetében túl nagy omega 3 zsírsav-bevitel mellett sokszorosára nő a hirtelen szívhalál előfordulásának lehetősége.

A DHA-t és az omega-3 zsírsavat tartalmazó tablettákat memóriajavítóként reklámozzák.

Az amerikai kormány finanszírozta vizsgálat során azonban kiderült, hogy a készítmény nem lassítja az Alzheimer-kórban szenvedő idős betegek szellemi és fizikai hanyatlását. *Laurie Ryan*, a Nemzeti Öregedéskutató Intézetben (National Institute of Aging) végzett Alzheimer-kutatás vezetője kiábrándítóan nevezte a vizsgálat eredményeit.

Feltételezték, hogy a dokozahexaénsavnak (DHA) és az omega-3 zsírsavnak strukturális és funkcionális szerepe van az agy és a retina kifejlődésében. Kétezer-nél több ausztrál nőt vontak be követéses vizsgálatba. Az önkéntesek egyik fele növényi olajat, a másik fele kapszulában 800 milligramm DHA és 100 milligramm omega-3 zsírsavat kapott. A kutatók a megszületett babák mentális fejlődését is megvizsgálták 18 hónapos korukban. Kiderült, hogy nem volt különbség a kétféle olajat szedő nők gyerekeinek nyelvi és más kognitív képességeiben.

Az omega-3 zsírsavak antidepresszáns hatását végző kutatásban kombinálva adták szertralinnal a betegeknek. A 2009-ben a *Journal of the American Medical Association* közölte az eredményeket, hogy nem találtak erősebb hatást a kombinált terápiánál, mint csak az egyedül a szertralin szedők esetében.

## A mentális egészség mint fundamentum...

Freckska Ede<sup>1</sup>, Mór E. Csaba<sup>1</sup>, Gajdos Ágoston<sup>1</sup>,  
Kornyczki Ágota<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DEOEC Pszichiátriai Klinika, Debrecen

<sup>2</sup>„Jót, s jól” Egyesület, Debrecen  
moreecsaba@gmail.com

A Mentális Egészségügyi Szakpolitikai Program (MESZP) megfogalmazza, hogy a ma többé-kevésbé uralkodó medicinális, betegségközpontú szemléletet az egészségközpontú, népegészségügyi szemléletnek kell felváltania. A gyógyító intézményrendszer mellett a prevenció és a komplex, testi-lelki rehabilitációs intézményrendszer kiemelt fejlesztésére van szükség, helyre kell állítani a megelőzés gyógyítás-rehabilitáció-reszocializáció egészséges arányát és ezeket integrált rendszernek kell tekinteni. Ennek során a mentális egészségproblémákkal kapcsolatosan azok valós népegészségügyi súlyának, egyéni és társadalmi terheinek figyelembevételével kell eljárni, és azokat az eddigi, inkább deklaratív szinten túl, valódi prioritásként kell rögzíteni. Így válhat lehetővé egyéni és közösségi szinten is az egészségkultúra kialakítása, mely az egészségkészség, az egészség-ismeret széles körű elterjesztésével juttatja hozzá az egészségpopuláció tagjait az egészséges életmód gyakorlása és tágabb értelemben az egészségi állapot lehetőségéhez. A pszichiátriai rehabilitáció folyamatos, komplex, célirányos és lépcsőzetes, célja többek között a pszichés egyensúly megerősítése, a munkaképesség helyreállítása, a személyiség és a viselkedés formálása, a maradandó károsodások negatív hatásainak megszüntetése, a családba, munkahelyre való visszatérés előkészítése. Mindez a „fenntartható egészségfejlesztés” tágabb kontextusába kell illeszkedjen. A szerzők szerint a rehabilitáció csak az „egészség-kulturáltság” paradigmáján belül, az egészség-ismereti modell alapján a közös célért együtt dolgozó emberek összefogásán keresztül lehet hatékony. Fontos továbbá a kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást szolgáló programok meghirdetése és ezek fokozott támogatása is, melyben nagy szerepe van a stratégiaileg átgondolt, hosszú távú differenciált egészségkommunikációnak is – felhasználva az új internetes és távoktatási lehetőségeket. E szempontokat figyelembe véve indult meg az előadásban bemutatásra kerülő pilot study, mely a „Közösségi pszichiátriai prevenció program megvalósítása a máteszalkai kistérségben” nevet viselő pályázat keretei közt széles körű lelki pre-, inter-, és post-invenziós lehetőségeket biztosít a telemedicina technológiai eszköztárának segítségével. A projekt bemutatásával a közösségi pszichiátriai ellátáshoz szükséges paradigmaváltás gyakorlatának mintáját kívánjuk nyújtani.

## A különböző terápiás módszerek helye az addiktológiai ellátásban

*Funk Sándor, Takách Gáspár, László Krisztina, Steinbach Zsolt*

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

Az erőfeszítések és a haladás ellenére, a megfelelő terápia kiválasztása az addiktológia ma is még csak részben megoldott kérdései közé tartozik. A szakemberek véleménye megoszlik a terápiák hasznossága és elsődlegessége tekintetében. Szélsőséges, kizáró álláspontok is vannak. Érdekes módon, az addiktológiában a betegek (kliensek) is markáns, határozott véleményt nyilvánítanak, sőt, ezt megteszik hozzátartozóik, és az egész laikus közvélemény is. Ez néha megkönnyíti, de általában inkább nehezíti a szakemberek dolgát.

A Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának szakemberei – akik között több évtizedes addiktológiai tapasztalattal rendelkező orvosok és pszichológusok vannak – a kerekasztal keretében, saját gyakorlatukon keresztül bemutatják a terápia kiválasztásának leglényegesebb szempontjait, valamint a különböző módszerek integrálásának lehetőségeit. Kitérnek az akut és a rehabilitációs ellátás kérdéseire, a gyógyszeres terápiák mellett a pszicho- és szocioterápiákra. Érintik a spirituális dimenzió kérdéskörét is.

## Akut Addiktológiai Részleg létrehozása a Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai Centrumában

*Funk Sándor<sup>1</sup>, Molnár Beáta<sup>1</sup>, Gazdag Gábor<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai Centrum, Budapest  
funkdr@freemail.hu

A tavalyi, győri Vándorgyűlésünkön röviden beszámoltunk a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályának elmúlt 25 évéről, feltettük a kérdést, miszerint volt-e haszna, illetve értelme a betegek jobb ellátásának szempontjából az Addiktológiai Osztálynak. Mivel a munkát ott nem folytathattuk tovább, egy új részleget kellett létrehoznunk a Merényi Gusztáv Kórházban, és a kérdés szinte ugyanaz: miért szükséges egy akut addiktológiai részleg működtetése egy nagy pszichiátriai centrumban?

**Kérdés:** Szükség lehet-e addiktológiai betegek esetében akut kórházi felvételre és ellátásra?

**Anyag és módszer:** részletesen ismertettük részlegünk elmúlt hónapokban történt megszervezését, a betegellátás szempontjait, az akut állapotok ellátásával kapcsolatos problémákat, a betegek felvételének, együttműködésük megszerzésének, ellátásának, kezelésének, rehabilitációjának menetét és módszereit, a részleg felépítését és működtetését, az orvosok krédóját.

**Eredmények:** a részleg megszervezése szükséges volt: az addiktológiai betegek ellátásában kitüntetett szerepe van, jelen esetben Osztályunk betegellátási rendszerébe illeszkedve, sajátos beteganyagának jobb feltételeket biztosít, miközben a szorosan vett pszichiátriai részlegeket tehermentesíti.

**Következtetés:** remélhető részlegünk további eredményes működése: az addiktológiai betegek gyakori krízise és egyéb akut állapotai, valamint a szubakut- és a krónikus szakasz is, jobban kezelhetők külön részlegen, ebben gyakorlott orvosok és személyzet közreműködésével.

## Kognitív endofenotípus jellemzők vizsgálata alkoholbetegek és családtagjaik körében

Gál Bernadett Ildikó<sup>1,2</sup>, Andó Bálint<sup>3</sup>, Janka Zoltán<sup>3</sup>, Álmos Péter<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika (TDK hallgató), Szeged

<sup>2</sup>SZTE BTK Pszichológia Intézet, Szeged

<sup>3</sup>SZTE Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged  
berni2029@gmail.com

Az alkoholbetegség komplex etiológiájának vizsgálatában kiemelt jelentőségű lehet kognitív endofenotípus jellemzők feltárása, melyek öröklött elemeken keresztül kapcsolhatóak a tünetek mögött meghúzódó biológiai alapokhoz. E jellemzők feltárásánál lényeges kritérium, hogy az adott vonásnak szignifikánsan magasabb arányban szükséges előfordulnia tünetmentes hozzátartozók körében az átlagpopulációhoz viszonyítva. Különböző szerfüggőségek esetén a vizsgálatok eredményei alapján endofenotípus jellegeknek tekintik az impulzív döntéshozatalt, illetve a végrehajtó funkciókon mutatkozó gyengébb teljesítményt. Alkoholbetegségben a neurokognitív funkciókat értékelő vizsgálatok alátámasztották e területek kiemelt érintettségét a betegek szermentes hozzátartozóinak körében. Nem született azonban még olyan átfogó vizsgálat, melyben alkoholbetegek és hozzátartozóik kognitív teljesítményét igyekeztek összevetni illetett kontrollcsoport eredményeivel.

Az előadásban alkoholbetegek és közvetlen családtagjaik döntéshozatali, illetve jutalom preferenciával kapcsolatos kognitív működését kívánjuk összehasonlítani, fókuszálva a döntéshozatali folyamatok és az értékvezérelt figyelmi torzítás szerepére.

Az alkoholbetegséggel kapcsolatos neurokognitív endofenotípus kutatás témájában egyelőre kevés vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre. E terület feltérképezésében lényegesek azok a módszertani megoldások, melyek folyamán alkoholbetegek és szermentes hozzátartozóik teljesítményét illetett kontrollcsoport eredményeivel hasonlítják össze. Előadásunkban a szakirodalom tükrében fókuszálunk vizsgálatunk módszertani kérdéseire.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## Nagycsoport az MPT Kongresszuson

Gál Béla, Kavetzky Péter, Milák Pirooska, Rácz Lajos, Terenyi Zoltán

Magyar Csoport-pszichoterápiás Egyesület, Budapest  
terka@t-online.hu

2013-ban a Magyar Csoport-pszichoterápiás Egyesület szervezésében teamünk 3 ülésben nagycsoportot tartott az MPT Vándorgyűlésén. Tapasztalataink igazolták előzetes várakozásainkat. A kötetlen tematika lehetővé tette, hogy a témák széles skálája megközelíthető legyen, ezek a személyestől az általános, társadalmi szintig terjedtek, miközben reflektáltak a konferencia eseményeire. A személyesség a szakmai nagycsoport esetében elsősorban az úgynevezett szakmai személyiség/szakmai identitás szintjén jelent meg. A résztvevők számára lehetőséget teremtett a nagycsoport az ezzel kapcsolatos dilemmák kibontására, ugyanakkor alkalmat nyújtott a rendezvény különböző színterein szerzett élmények megosztására, integrálására.

A team a Vándorgyűlést követően együtt maradt és további szakmai és civil rendezvényeken is tartottunk hasonló jellegű nagycsoportokat. Tapasztalatainkról a Magyar Csoport-pszichoterápiás Egyesület által szervezett Pszichoterápiás Hétvégen előadáson számolunk be. Mindezek alapján úgy véljük, hogy a nagycsoport mással nem helyettesíthető módon járulhat hozzá ahhoz, hogy a Kongresszuson résztvevő szakemberek foglalkozhassanak személyes és szakmai kérdésekkel, ezeket megoszthassák egymással. A nagycsoport biztosította reflektív térben arra is lehetőség van, hogy az egészségügy hierarchizált világából kilépve 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 kiegésző megelőzésére, a hitelesebb jelenlétre.

**„Azt hittem, a nagy test megvéd mindentől”***Galambosné Varjú Blanka, Novák Magdolna*Sorsfonó Önismereti Egyesület, Békéscsaba  
gvblanka@gmail.com

A pszichodráma módot ad az elhízásban szenvedők érzelmi, kapcsolati konfliktusainak feltárására és korrekciójára, valamint az evészavar mögötti személyiség szerkezet sajátosságainak, fejlődési elakadásainak átdolgozására.

A súlyfelesleggel küzdők pszichodráma játékaiban láthatóvá lehet tenni a túlevés hátterében lévő érzések kezelésének családi hagyományait is.

A pszichodráma technikák lehetővé teszik, hogy az elhízással élők belső világa, rejtett vagy kifejezhetetlen érzelmei külsőleg láthatóvá, és átélhetővé váljanak, elősegítve ezzel a probléma átdolgozását, a korrekciós eredményeket és a katarzist.

A Létvágy programban több mint nyolc éve vezetünk pszichodráma csoportokat. Az elhízott kliensek tipikus problémái az alábbiak voltak: fel nem dolgozott gyász, veszteség, rosszul kezelt kapcsolati konfliktusok szülővel, gyermekkel, társsal, főnökkel; túlvállalás az élet különböző területén; önmaga igényeinek háttérbe szorítása, túl sok áldozatvállalás; elakadás a nővé, illetve férfivá válás folyamatában, amelynek hátterében gyakran bántalmazás állt.

Az előadás egy esetismertetés révén bemutatja, hogy konkrétan hogyan jelennek meg mindezek egy emberi sorsban.

Annát csecsemőkorától anyai nagymamája nevelte, vele alakult ki igazán mély érzelmi kötődése. Szülei éltek, csak a sok munkától nem értek rá foglalkozni vele.

6 éves volt, amikor a nagymama kórházban meghalt. Szülei nem beszéltek a mama haláláról, nem viték el a temetésre.

A mama halálát követően elvesztette biztonságát. Az addig vékonyka kislány egyre nagyobb testet növesztett. A gyengeségét, sebezhetőségét így próbálta ellensúlyozni. Kiderült soha nem volt a nagymamája sírjánál. Régi fényképekkel elkezdett emlékezni a nagymamára. Pszichodramatikus módszerrel lélekben találkozott a beteg nagymamájával.

A katartikus lelki találkozást követően Anna készen állt arra, hogy 41 évvel a halál után először elmenjen a nagymamája sírjához, ahová egyedül érkezett. A temetőben otthagya a „hiány súlyát”, megélte a nagymamai örökséget.

Hazatérve meglátogatta szüleit. Édesanyja két napig csak sírt, úgy érezte, mintha ő is ott lett volna a temetőben. Apukája hatalmas megkönnyebbülésről számolt be. Ekkor tudta meg, hogy szülei a temetés óta nem keresték fel a nagymama sírját, egymás közt sem beszéltek róla. Négy évtized után együtt gyászolt a család.

Konklúzió: A nagy test gyakran fel nem dolgozott lelki traumák hordozója is. Elhízásban az életmód-változtatással egyenrangúan kell foglalkozni a lelki háttérrel is.

**Az autizmussal élők is felnőnek...Neurobiológiai, genetikai ismeretek***Gallai Mária*Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest  
gallai.maria@gmail.com

Az autizmus egy életen át tartó komplex idegfejlődési zavar, erős genetikai megalapozottsággal. A pontos genetikai háttér nem ismert, de többféle tényező (de novo mutációk, többszörös gén-gén interakciók, epigenetikai hatások) komplex együttese áll a háttérben.

Az eltérő genetikai háttérnek megfelelően talált neuroanatómiai, neurokémiai eltérések is rendkívül heterogének. Többfajta strukturális eltérést mutattak ki a frontális kéregben, az amygdalában és a cerebellumban. A jelenlegi kutatások alapján az látszik, hogy az alapvető zavar a korai agyfejlődés menetrendjében van és kevésbé nyilvánvaló a már kialakult végleges struktúrákban. A fejkörfogat az első 3–4 évben felgyorsult növekedést mutat, majd ez a későbbi években lecsökken. Ennek hátterében szürke-, és fehérállományi eltérések, a myelinizáció zavara és az agyi területek közötti kapcsolatok sérülése igazolódott. A neurokémiai eltérések vizsgálata során is hasonló eredményeket látnak. Bár egyértelmű zavarokat mutattak ki a szerotonin, a dopamin és a GABA rendszerekben, egyre több adatunk van arra vonatkozóan, hogy a neurotranszmitter eltérések is a korai agyfejlődés időszakában a legmeghatározóbbak.

A genetikai, neurokémiai és neuroanatómiai eltérések vizsgálata még gyerekcipőben jár, de várható, hogy a tudásunk bővülésével a jelenleg egységes körképként kezelt autizmus szindrómán belül különböző biológiai hátterű állapotokat fogunk tudni azonosítani.



## A pszichiátria (görbe)tükre a moziban

Gerevich József

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

A pszichiáter tevékenységének számos közvetlen és közvetett visszajelzése közül a filmművészet az egyik legkegyetlenebb és legfájdalmasabb, a nézők tudatát leginkább befolyásoló. Vajon hogyan látják a mozi alkotói a pszichiátriát, a pszichiátriai osztályt, a pszichiáter (pszichoterapeuta) tevékenységét, illetve a pszichiátriai betegségeket? Hogyan tükröződik, milyen a pszichiátria görbetükre a moziban? A kérdésre egy évvel ezelőtt kezdtem válaszolni az öngyilkosság és film összefüggéseinek, valamint a Papageno-effektusnak a felvillantásán keresztül. Ebben a videó-prezentációban egyrészt a pszichiátriai osztály filmes rekonstrukcióját követem nyomon a kritikus filmtől (Száll a kakukk fészkére, Észvesztő, Prozac-ország) a humanisztikus pszichiátria bölcsőjének bemutatásáig (Változások kora). A prezentáció másik vonulatában a pszichiáter, pszichológus – mint terapeuta – jelenik meg a filmvászon olyan nagyságok munkáiban, mint Woody Allen, Steven Soderbergh, Marc Forster vagy Martin Scorsese. A pszichoterápia görbetükreben a terapeuta végtelenül esendő, olykor kifejezetten gonosz vagy cinikus élőlény, akit a páciens az ujjai közé csavar, méterekkel előbbre jár, mint a szakember, aki csak egyvalakit felejt el terápia közben, a másikat, a segítségre szoruló embert. Külön fejezet a pszichoterápia világának bemutatásában a Kanapé New Yorkban című film, amely bájos fintorral mutatja be egy lelkes laikus hatékonyságát a kiégett pszichiáter kudarcával szemben. A pszichiáter végül maga is lefekszik a díványra, mert neki is szüksége van terápiára. Végül a Terápia című, Izraelből az USA-ba és Magyarországra is importált sorozat néhány paradigmátikus jelenetével mutatjuk be, hogy a mozi végül is befogadta a pszichiátriát, minden szereplőjének hibáival, esendőségével és meggyőző gyógyításával egyetemben.

## A művészi spontaneitás és tudatosság művészetterápiás implikációi

Gerevich József

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

A tudatos művészi viselkedés egyidős az emberiséggel, gyökerei a barlangrajzokig vezethetők vissza. Egy művészi tevékenység akkor válik tudatossá, ha az alkotás motívumai célorientálttá válnak. Míg Picasso kék korszakának genezisében sok a spontán elem, az Avignoni kisasszonyok című festményére hosszú hónapokig készült, áttekintve a művészet nagy korszakainak tartalmi és képi, technikai megoldásait, hogy meghaladhassa azokat. A tudatosság megjelenése párhuzamos a művészidentitás kialakulásával, a művészkarrier perspektíváinak megjelenésével. Ez a folyamat egyben sajátos imágó-építéssel párosul, melynek során a művész megkonstruálja önmagát. Példa erre Csontváry, aki hanghallásos hallucinációjának narratívájával és az egyik kiállításán kiosztott papírtölcsérekkel hozzájárult az „őrült festő” mítoszának kialakulásához. Petőfi, Ady és József Attila portrékat festetett, illetve művészfotókat készíttetett magáról, hogy az utókor számára kialakítsa költői arculatát (Petőfi még meg is vert egy festőt, mert nem úgy festette meg őt, ahogy szerette volna). József Attila öngyilkosságához (egyfajta narcisztikus csapdaként) bizonyára saját imágó-teremtése is hozzájárult, mivel az anyjával szembeni gyilkos indulatait kiretusálta verseiből, az utókorra hagyva az eszményi anya képét (egy eszményi költőnek csak eszményi anyja lehet). A huszadik században megjelent a konceptuális művészet a maga absztrakt formavilágával, végképp szakítva a művészi spontaneitással. Ugyanakkor, ezzel szemben és ezzel párhuzamosan, a művészet történetében végigvonul a spontaneitás értékékként való felfogása is. Goya munkásságában például kézzelfoghatóan kirajzolódik a spontán és tudatos művek vonulata. A huszadik század elején, párhuzamosan a konceptuális művészet megjelenésével, felértékelődnek a spontán, gyermekek, pszichiátriai betegek és naiv festők által készített művek. A spontaneitás jegyében, a „légy spontán!” paradoxon pszichoanalitikus narratívájára alapozva, speciális mozgalom és irányzat (szürrealizmus) alakult.

A spontaneitás a művészetben az önkifejezés előfeltétele, a tudatosság viszont az önkifejezés konceptuális torzítását, illetve az önkifejezés részleges megszűnését vonhatja maga után. Az önmagukat spontán kifejező alkotók jó alanyai a művészetterápiának, a tudatosság valamilyen szintjén lévő művészeknél a művészetterápia lehetőségei viszont korlátozottak. A művészi spontaneitással és tudatossággal összefüggő kérdések a művészetterápia alapkérdéseikhez tartoznak.

## Öngyilkos viselkedés és súlyos dohányzás: Független összefüggések

Gerevich József<sup>1</sup>, Bácskai Erika<sup>1</sup>, Czobor Pál<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
gerevichj@t-online.hu

Háttér: A szerek megvonásával összefüggő kockázatok vizsgálata elhanyagolt bár fontos kutatási terület, amelyre a dohányzás abbahagyása során alkalmazott varenicline-kezelés során megfigyelt befejezett öngyilkosságok hívták fel a közelmúltban a figyelmet. E kutatásban az öngyilkos viselkedés (gondolat, terv és kísérlet) súlyos dohányzással (>25 cigaretta/nap), súlyos ivással és major depresszióval, valamint antidepresszív kezeléssel való összefüggéseit tártuk fel a dohányzás abbahagyása előtt, a dohányzás abbahagyásának évében, illetve az azt követő évben.

Módszer: Az US National Survey in Drug Use and Health reprezentatív adatbázisából 154356 személy adatait elemeztük. A súlyos ivás kritériumait a SAMSHA-kritériumok alapján állapítottuk meg, a major depresszió kórisméje a DSM-IV. diagnosztikai kritériumokon alapult.

Eredmények: A dohányzás-leszokás évében az öngyilkos viselkedés kockázata nagyobb, mint a dohányzás abbahagyása előtt valamennyi életkori csoportban, de leginkább a fiatal felnőtteknél. Ez az összefüggés független a súlyos ivástól, a major depressziótól és az antidepresszív kezeléstől. A dohányzás abbahagyásának évét követő évben az öngyilkossági viselkedés kockázata kisebb, mint a dohányzás idején, illetve az abbahagyás évében.

Következtetések: A súlyos dohányzás megnöveli az öngyilkosság kockázatát. A súlyos dohányzás abbahagyásának rövid távú öngyilkossági kockázata még ennél is magasabb. Hosszabb távon viszont a kockázat a nem-dohányosok szintjére csökken. Ez az összefüggés rávilágít a súlyos dohányosok esetén a dohányzás abbahagyásának veszélyességére, és a klinikusok figyelmét felhívja a nikotinmegvonáskor fontos nagyfokú elővigyázatosságra, és a komplex pszichiátriai kezelés szükségességére.

## Az affektív temperamentumok patoplasztikus szerepe az öngyilkosság kialakulásában

Gonda Xénia<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Budapest Öngyilkosság-megelőző és Kutató Laboratórium, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest  
kendermagos@yahoo.com

Az öngyilkosságok túlnyomó része pszichiátriai betegségek, elsősorban affektív zavarok kontextusában történik, azonban nem minden affektív zavarban szenvedő páciens követ el öngyilkosságot, ami felveti a kérdést, hogy az affektív labilitás vagy affektív zavarok mely aspektusai predisponálnak önkárosító viselkedésre. Az affektív betegségek és affektív pszichopatológia megértésében igen hasznos az az elképzelés, mely szerint az affektív temperamentumok a hangulati betegségek szubklinikus megnyilvánulásai és esetleg prekurzorai. Az affektív temperamentumok fontos összefüggéseket mutatnak a betegség számos olyan jellegzettségével, mint a betegség típusa, lefolyása, prognózisa és kimenetele, és így az öngyilkos viselkedéssel is kapcsolatban állnak. Korábban számos metodológiai megközelítés és minta segítségével kimutatták, hogy a depresszív komponens hordozó affektív temperamentumok jelenléte az öngyilkosság rizikófaktora, míg a hipertím temperamentum protektív tényező. A különféle affektív temperamentumok azonban eltérő mechanizmusok közvetítésével fokozzák az öngyilkosság kockázatát. Az affektív temperamentumok és az öngyilkosság közti kapcsolat természetének, valamint azoknak a mechanizmusoknak és utaknak megismerése és megértése, melyeken keresztül az affektív temperamentumok öngyilkossághoz vezetnek, elősegíti az öngyilkos viselkedés átfogó modelljének kialakítását a betegség keretein belül és azon kívül is. Emellett fontos előrelépést jelenthet a jobb előrejelző és szűrőmódszerek kidolgozása, és így végső soron az öngyilkosság hatékonyabb megelőzése érdekében.

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

Gonda Xénia

Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Kútvölgyi Klinikai Tömb, 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 kockázataért felelős gének olyan vonások háttérében is szerepet játszanak, melyek a normális eloszláson belül a nagyobb adaptációs és evolúciós sikerrel is összefüggésben állnak. E 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 okozta 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, ami az affektív temperamentumok és a kulturális dimenziók közti fontos összefüggésekre világít rá. Ez arra utal, hogy e jelenségek ugyanazon genetikailag meghatározott predispozíciók különféle formában való megnyilvánulásai, valamint hogy az affektív temperamentumok, melyeket a hangulatzavarok prekursorainak is gondolunk, a szociokulturális evolúcióban és adaptációban is szerepet játszanak.

## Bulimiás tünetekkel rendelkező páciensek nyelvi jellegzetességei egy online utókezelés programban

Gulec Hayriye, Mezei Ágnes, Czeglédi Edit, Fritz Adorján, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest  
mezei.agnes.psych@gmail.com

Háttér: Egyre nő azon bizonyítékok száma, amelyek alátámasztják a modern kommunikációs technológiák alkalmazásának ígéretes voltát az evészavarok prevenciójában és terápiájában. Az internet nyújtotta lehetőségek közül a szinkron kommunikáció nyelvi jellegzetességeiben rejlő lehetőségek egyelőre kevésbé kutatott területnek számítanak.

Cél: A kutatás célja az evészavarokkal kapcsolatos attitűdökben, viselkedésben és a pszichés jóllétben mutatkozó változásokat előrejelző nyelvi jellegzetességek vizsgálata volt online szinkron kommunikációt folytató, evészavarban szenvedő nők körében.

Módszer: A prospektív, kérdőíves kutatásba az EDINA elnevezésű, internet alapú utókezelés program csoportos chat-üléseiben résztvevő, korábban bulimia nervosa vagy egyéb, ahhoz hasonlatos, máshová nem sorolható evészavar miatt kezelésben részesült nőket vontuk be (n=28; átlagéletkor: 27,5 év [SD=6,36 év, terjedelem: 19–49 év]). A négyhónapos időintervallumban lezajlott, összesen 134 chat-ülés legfőbb témaköreinek kiemelése általános induktív megközelítéssel történt, a NooJ lingvisztikai program alkalmazásával. Mérőeszközök: önbeszámolóval nyert antropometriai adatok (testsúly, testmagasság); Eating Disorder Examination Questionnaire; Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív.

Eredmények: A lingvisztikai elemzés eredményeképpen a csoportos beszélgetések során tíz fő témakör rajzolódott ki, mint például test, ételek, érzelmi elutasítás, származási család. A többszörös lineáris regresszió-elemzés eredményei szerint a származási család kategóriába tartozó szavak (szülők, nagyszülők, testvérek) előfordulásának magasabb aránya pozitív irányú összefüggést mutat az evészavarokkal kapcsolatos attitűdök ( $\beta = 0,73$ ;  $p < 0,001$ ) és az emocionális distressz ( $\beta = 0,67$ ;  $p = 0,002$ ) javulásával, valamint a falásrohalmok gyakoriságának csökkenésével ( $\beta = 0,53$ ;  $p = 0,039$ ).

Megbeszélés: Az eredmények alátámasztják a származási család témakör jelentőségét az online csoportos beszélgetést folytató, evészavarral küzdő páciensek állapotának javulásában, ezért javasolt a családterápiás szempontú megközelítés a chat-ülések moderálási stílusában.

## Mentális egészség a magyarországi orvosok körében – országos, reprezentatív felmérés eredményei alapján

Györfly Zsuzsa<sup>1</sup>, Girasek Edmond<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Egészségügyi Menedzserképző Központ, Semmelweis Egyetem, Budapest  
gyorffy@chello.hu

**Bevezetés:** Az orvosokra kiemelten nagy társadalmi figyelem irányul Magyarországon is, bizonyítják ezt a rendszerváltás óta eltelt évtizedek vizsgálata, amelyek rendkívül nagy számban foglalkoznak a gyógyító hivatásban tevékenykedők társadalmi helyzetével, képzésével, testi-lelki egészségével, stresszfaktoraival. A fenti tényezőkön túl az orvosok testi-lelki állapota fontos indikátora az egészségügyi rendszer működésének, hatékonyságának is.

**Célkitűzés:** Jelen vizsgálatunkban a magyarországi orvosok mentális egészségmutatóinak alakulását ismertettük, az alvászavarok (AIS), a depressziópontszámok (BDI), az öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint a pszichoszomatikus tünetek (PHQ) áttekintésével.

**Módszerek:** 2013-ban lefolytatott, reprezentatív kvantitatív vizsgálat (N=4784). Eredményeinket összevetettük a Hungarostudy 2013 lakossági felmérés (N=2000) releváns adataival.

**Eredmények:** A válaszadók átlagpontszáma az Athéni Inszomnia Skálán 9,38 (SD=5,32), a gyógyítók körében 43,4 százalékos az alvászavarok aránya. A minta 18,8 százalékát élete során foglalkoztatták már öngyilkossági gondolatok, 1,9 százalékuknak volt már élete során öngyilkossági kísérlete. A lakossági adatokkal való összevetéskor úgy találtuk, hogy az orvosok körében az öngyilkossági gondolatok előfordulása jelentősen nagyobb arányt mutat (18,8% vs. 9,6%, p=0,000). Ugyanakkor a lakossági mintában magasabb az öngyilkossági kísérletek előfordulása (1,9% vs. 3,5%). Enyhe depresszió a minta 7,2 százalékát jellemzi, míg a közepes depresszió 0,5 százalékban, a súlyos depresszió 0,9 százalékban van jelen. A lakossági arányokhoz képest a BDI alapján az orvosok körében szignifikánsan alacsonyabb a depressziópontszám alakulása (p=0,000). A lakossági adatokkal való összevetésben elmondható, hogy az orvosok a pszichoszomatikus tünetek tekintetében, a PHQ átlagpontszáma alapján (5,9 vs. 4,6) magasabb arányt mutatnak. Az orvosi mintában nagyobb arányú a magas övezetbe tartozók előfordulása is (20,4% vs. 13,6%, p=0,000).

**Következtetések:** A magyarországi orvosok mentális egészsége számos mutató mentén (alvászavarok, öngyilkossági gondolatok, pszichoszomatikus tünetek) rosszabb értéket mutat a lakossági adatokhoz képest. Ugyanakkor a depressziópontszámok, valamint az öngyilkossági kísérletek aránya kedvezőbb trendet igazol. Fontos további feladat a legvesélyeztetettebb csoportok és a legmeghatározóbb rizikótényezők vizsgálata.

## Gondolkodom, tehát...hogyan is vagyok? – A kognitív remediáció helye és jelentősége a szkizofrénia kezelésében

Gyüre Tamás<sup>1</sup>, Muth Veronika<sup>2</sup>, Halász Alexandra<sup>2</sup>, Ferencz Valéria<sup>3</sup>, Németh Renáta<sup>4</sup>, Szederkényi József<sup>5</sup>, Kelemen Oguz<sup>5</sup>, Kovács Zoltán Ambrus<sup>6</sup>, Schmelowszky Ágoston<sup>2</sup>, Váradi Enikő<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Műszaki Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>ELTE PPK Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza, Budapest

<sup>4</sup>MTA-TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>5</sup>Kecskeméti Megyei Kórház, Pszichiátria, Kecskemét

<sup>6</sup>SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>7</sup>Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelő, Budapest  
eniko.varadi@yahoo.de

A kognitív károsodás a szkizofrénia olyan alapvető vonásának bizonyult, mely jelentős mértékben meghatározza a betegség kimenetelét, a betegek mindennapjait. A neurokognitív funkciók javítása ezért a szkizofrénia kezelésének egyik legfontosabb területévé vált. Kiterjedt kutatások ellenére az átütő farmakoterápiás megoldás ezen a téren még várat magára, azonban a neurokognitív kutatások és a neuropszichológiai terápiák nyomán kialakult a Kognitív Remediációs Terápia (CRT), egy olyan viselkedéstréningen alapuló módszer, amely specifikus terápiás lehetőséget nyújt a betegek számára. A kognitív remediáció eredményeit számos tudományos vizsgálat, jelentős metaanalízisek igazolják, s mára már valóban a szkizofrénia kezelésének, rehabilitációjának egyik sarokkövévé vált, hazai gyakorlatban azonban nem ismert.

Munkacsoportunk a CRT hazai bevezetését, vizsgálatát és terjedésének elősegítését tűzte ki célul. Előadásainkban bemutatjuk a kognitív remediáció helyét a terápiás repertoárban, aktuális kérdéseit, pilot vizsgálataink eredményeit, magát a módszertant és annak változatos alkalmazási lehetőségeit. Esetismertetéseinkkel, terápiás élményeinkkel szeretnénk közel hozni ezt a terápiás technikát az újdonságra nyitott gyakorló szakemberekhez.

### A krónikus fejfájás és a szorongásos zavar komorbiditásának vizsgálata a jellemző személyiségjegyek elemzésével

Hal Melinda<sup>1</sup>, Purebl György<sup>2</sup>, Hal Viktor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PPKE-BTK Pszichológiai Intézet Pszichológia Szak, Pécs  
<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Bajai Szent Rókus Kórház Pszichiátriai Osztály, Baja  
halmelinda1@gmail.com

Kutatómunkám elsődleges célja, hogy feltárja a krónikus fejfájás mögött húzódó pszichés eltéréseket, különös tekintettel a szorongásra, illetve a pszichopatológiai szempontból szorongásos zavarnak nevezett tünetegyüttesre. Mindemellett a vizsgálat tárgyát képezi a vizsgálati csoportok közötti különbségek meghatározása személyiségjegyeik tekintetében. A kezelt fejfájós, a kezeletlen fejfájással küzdő és a kontrollcsoport különbségei a személyiségjegyek tükrében egy keveset vizsgált terület új eredményeinek tekinthetők, amellyel közelebb juthatunk a kérdéshez, hogy van-e fejfájós személyiség, vagy vannak-e olyan személyiségjegyek, amelyek inkább jellemzőek a fejfájással küzdő, mint a hasonló panasszal nem küzdő személyekre. A kutatásban használt kérdőívek és mérési eljárások nem kizárólag a szorongás és krónikus fejfájás kapcsolatát képesek feltárni, de az alkalmazott személyiség-kérdőív lehetőséget ad az egyes csoportok elkülönítésére és a betegségek mögött húzódó személyiségjegyek meghatározására is. Az eredmények alapján látható a különbség a vizsgálati csoportok között mind a szorongást, mind a személyiségjegyeket tekintve. A kezeletlen fejfájással küzdő csoport rendelkezett a legmagasabb, míg a kontrollcsoport a legalacsonyabb szorongás-szinttel. Az személyiségjegyek tekintetében, mindhárom vizsgálati csoport között különbség mutatkozott az extroverzió esetében. Leginkább extrovertáltak a kontrollcsoport tekinthető, őket a kezeletlen fejfájós csoport követi, a kezelt fejfájós csoport pedig a legkevésbé extrovertált. Egy eddig keveset vizsgált és nehezen kutatható területen, a pszichoszomatikus megbetegedések, a szorongásos zavar és a személyiségjegyek kapcsán új kutatást és az összefüggésekre bizonyítékokat jelenthet vizsgálatom.

### Prevenció a pszichiátriában – meg tudjuk-e előzni pszichés zavarokat?

Halmai Tamás<sup>1</sup>, Tényi Tamás<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PTE ÁOK Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, Pécs

<sup>2</sup>PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs  
tamas.halmal@gmail.com

Miközben a pszichiátriai zavarok előfordulása világszerte növekszik, a klinikai pszichológiában és a pszichiátriában a gyógyító szemlélet mellett kevés hangsúlyt kap a megelőzés. A pszichés megbetegedések a legtöbb esetben fokozatosan, szakaszosan alakulnak ki, és a későbbi súlyos zavarokat enyhébb és kevésbé specifikus eltérések jelezhetik előre. A születési kohorsz és utánkövetéses, valamint retrospektív vizsgálatok eredményei alapján a szkizofreniform spektrumba tartozó zavarok kialakulását kora gyermekkortól kezdve előre jelezhetik a motoros működés, a figyelem, a munkamemória, a téri tájékozódás, majd később az érzelmi működés kezdetben enyhe, szubklinikus zavarai. Egy új megközelítést javasolunk, amelyben a neuropszichológiában már használatos tesztek (pl. Figyelemzavar-Hiperaktivitás-Tanulási Zavar-Diszharmonia Teszt, Rövid Távú Memória Teszt, Rövid Távú Memória Képes Játék Gyermek Részére, Képes Érzelmi Intelligencia Teszt) alkalmazásával a fenti funkciókat nem a zavarok megjelenésekor, hanem preventív céllal széles körben, szűrés keretében vizsgálhatnánk kora gyermekkortól kezdve. A neuropszichológiai-pedagógiai diagnosztikus és terápiás módszereket a gyermekek életkorához és érettségéhez igazítjuk. Így betegség helyett még sérülékenységet kezelnénk, gyógyítás helyett még sérülékenységet kezelnénk, gyógyítás helyett még sérülékenységet kezelnénk, gyógyítás helyett még sérülékenységet kezelnénk. A preventív modellben az egészségügyi szakemberek figyelmét is fel kell hívni az előrejelző tényezők felismerésére és a korai beavatkozás fontosságára.

## Eredményes módszerek, avagy hasznos „mankók” a testsúlyvezetésben

Halmy Eszter, Halmy László

Pláton Egészségügyi Tanácsadó és Szolgáltató Kft, Budapest  
eszter@halmy.hu

Az elhízás bázisterápiája, az életmód megváltoztatása nem nélkülözheti a pszichés vezetést, a viselkedésterápiát, emellett a megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás és a fokozott fizikai aktivitás kialakításának alapvető feladat.

Célkitűzés: Az eredményes testsúlyvezetés különböző módszereinek ismertetése.

Eredmények: 1. Túlsúlyosak hosszú távú programjában hetente önsegítő csoportban végzett zenés torna, dietetikai konzultáció és edukáció rendszeres kontrollméréssel eredményesnek bizonyult a súlycsökkenésben. Két éves vizsgálatban (n:129 BMI:30,2 kg/m<sup>2</sup>) a testtömeg  $\bar{A}$ -1,5 kg (p<0,001), a testzsír  $\bar{A}$ -1,2 kg (p<0,001) változott. 2. Naponta végzett komplex mozgásprogramban (n:146 BMI: 41,6 kg/m<sup>2</sup>) a testtömeg 119,4 kg-ról (SD:25,8) 112,9 kg-ra (SD:24,2), a testzsírtömeg 52,2 kg-ról (SD:18,2) 47,8 kg-ra (SD:18,2) csökkent. Emellett a kardiovaszkuláris kockázati tényezők, a szisztolés vérnyomás 147,8-ról (SD:19,6) 123,5 (SD:11,9) Hgmm-re, a diasztolés vérnyomás 90,4-ról (SD:12,6) 76,9 (SD:7,4) Hgmm-re, a koleszterin 5,32-ről (SD:1,14) 4,34-re (SD:1,06), LDL koleszterin 3,18-ről (SD:0,96) 2,66-ra (SD:0,88), HDL koleszterin 1,32-ről (SD:0,33) 1,17-re (SD:0,25), a triglicerid 2,47-ről (SD:2,77) 1,69-re (SD:1,14), hCRP 8,8-ről (SD:8,2) 4,9 (SD:4,4) mmol/l-re szignifikánsan csökkent. A járástérség nőtt 4,5 km/nap-ról (SD:3,2) 10,2 km/nap-ra (SD:5,7), mutatva erőnléti állapotuk változását. A vízi torna és a lépésmérővel ellenőrzött tempós gyaloglás jelentősen növelték a motivációt. 3. Újabb testsúlycsökkentő programunkban fokozott aminosav tartalmú étrend-helyettesítő adásával vizsgáltuk (n:22 BMI: 40,9 kg/m<sup>2</sup>) a testösszetétel változását (InBody 720). A testtömeg 122,5 kg-ról (SD:31,5) 108,5 kg-ra (SD:29,6), a testzsírtömeg 55,7 kg-ról (SD: 22,0) 44,22 kg-ra (SD: 20,0), az intraabdominális zsírtérfogat 195,26 cm<sup>2</sup>-ről (SD: 68,6) 167,3 cm<sup>2</sup>-re (SD: 58,5 p=0,0029) csökkent, a vázizomzat 37,46 kg (SD: 8,4) kis mértékben változott 35,98 kg (SD:8,2 p=0,002). A programban a kéthetente történő kontrollvizsgálat során az étrendi napló vezetésére, valamint a fizikai aktivitás fokozására is hatással voltunk.

Következtetés: Az életmód terápián alapuló testsúlycsökkentő programok eredményességéhez hozzájárult a rendszeres kontroll, a részletes testösszetétel vizsgálat, a zenés vagy a vízi torna, a lépésszámláló használata, a táplálkozási napló vezetése, az étrend-helyettesítő adása vagy az önsegítő csoportban végzett tevékenység. Mindezek motivációs eszközként történő széles körű alkalmazását javasoljuk a testsúlyvezetésben.

## A kémiai gyógyítás mítosza, könyvismertető

Hamvas Szilárd

HPFT, North Herts CMHT, Hitchin, Herts, UK  
hamvaskucak@yahoo.com

Előadásomban *Joanna Moncrieff* „The Myth of Chemical Cure” című művét ismertetem. A könyv alaptézise, hogy a gyógyszerek hatásának betegségközpontú modellje nem azért lett divatos és széles körben publikált, mert a bizonyítékok erre kényszerítettek minket, hanem azért, mert a modell bizonyos szociális csoportok, nevezetesen a pszichiátriai szakma, a gyógyszeripar és a modern állam érdekeit képviseli. *Moncrieff* rávilágít arra, hogy a jelenleg divatos modell kiszolgáltatja a szakmát és a beteget is.

Véleménye szerint az 1950-es évektől kezdve a gyógyszeres terápia metamorfózison esett át, és míg korábban a gyógyszereket úgy tekintette a szakma, mint olyan anyagok, melyek hatása bár durva, de hasznos, mára ez megváltozott, és a pszichiátriai szakma úgy tekint a gyógyszerekre, mintha azoknak specifikus hatása lenne, melyekkel specifikus betegségek gyógyíthatók.

*Moncrieff* nem tagadja a gyógyszerek hasznosságát, viszont a jelenleg uralkodó betegségközpontú modell helyett a gyógyszerközpontú modell bevezetését javasolja. A betegségközpontú modell szerint a gyógyszerek képesek arra, hogy korrigálják a betegség hátterében lévő egyensúlyzavart, míg az általa preferált gyógyszerközpontú modell a gyógyszert a test számára idegen kémiai anyagnak tekinti, mely a test normál biológiai funkciójába avatkozik be, abnormális agyi állapotot hoz létre. A terápiás hatás a betegség által okozott viselkedésváltozás és a gyógyszer által létrehozott viselkedésváltozás eredője.

A betegségközpontú modell a nyelvbe is beszűrődik, észrevétlenül formálja gondolkodásunkat: valaha az antipszichotikumokat neuroleptikumoknak, majd major tranqüillánsoknak neveztük. Ki az, aki megvonná betegétől a gyógyulás lehetőségét, merné nem adni a pszichózis ellenszerét az antipszichotikumot? Ugyan-ebben a helyzetben a kérdés felvetődhet úgy is, meddig adjak egy olyan gyógyszert a betegnek, mely indifferenssé teszi?

Fél éven keresztül vezettem a Hemel Hempstead-i Assertive Outreach Team-et, ahol kezeléssel nem együttműködő betegeket igyekeztünk a közösségben tartani. Néhány beteg valóban megélte a kémiai kényszerzubbonyba zártság élményét, de téveszméik jöttányit sem változtak. A könyv ezek után került kezembe. A paradigmaváltás számomra felszabadító élményt jelentett, melyet szeretnék kollégáimmal megosztani.

Előadásomban a könyv koncepciójának lehetőség szerinti tárgyilagos ismertetését követően egy példát ragadok ki az elmélet szemléltetésére.

## Nem minden arany, ami fénylik (4 év angliai munkavégzés tapasztalatai)

*Hamvas Szilárd*

HPFT, North Herts CMHT, Hitchin, Herts, UK  
hamvaskukac@yahoo.com

Az előadás 4 év angliai tartózkodás és az ott végzett munkám tapasztalatait foglalja össze.

Céлом az angliai pszichiátriai járóbeteg-ellátás előnyeinek és hátrányainak áttekintése. Madártávlatból indulok, és az ellátás orvos szereplőinek elemzéséig szűkítem vizsgálódásom tárgyát.

Finanszírozás: 2012-ben Health and Social Care Bill, melynek célja: növelni a házi orvosok hatalmát, ezáltal a betegek érdekeinek hatékonyabb képviselését biztosítani. A Házi orvosi konzorcium igyekszik minél színvonalasabb szolgáltatást az elérhető legalacsonyabb áron megvenni. Ez minden szolgáltatóra komoly terhet ró! Az ellátást nyújtó szolgáltató nem az egyes ellátások után kapja a díjazást, hanem a beteghez tartozó Cluster (betegségcsoport) határozza meg az ellátásért járó díjazást.

Pszichiátria: hangsúly a járóbeteg-ellátáson van.

Fő vonalai: Community Mental Health Team, Crisis Assessment and Treatment Team, Assertive Outreach Team. A csapatok felépítésére a kettősvezetés jellemző: Főorvos (Consultant) és Team-Leader. A csapatot összefogja a Manager, aki kicsit felette áll a teljes csapatnak.

Az orvos feladata: Szakértés. Egy orvos átlagosan heti 25 beteget lát. Ebből 3–4 első interjú. Ha egy beteg jelentős törődést igényel, akkor Care Coordinatort neveznek ki mellé. Orvos nem igazán végezhet pszichoterápiát, mivel túlságosan költséges munkaerőnek számít.

Fontos pozitívumok:

1. A páciens saját felelőssége nagyon hangsúlyos szerepet kap. Pszichoterápia helyett praktikus életvezetési segítséget kap.
2. Rizikókezelés (Bővebben erről dr. Blazsek fog beszélni.)
3. Elektronikus adatbázis.
4. Szociális támogatás.
5. Gyermekek védelme.
6. Jól megfizetett, megbecsült orvosok.
7. Munkaidőbe beépített önképzés. Képzés során gondolkodni, kérdezni, megkérdőjelezni tanítanak.
8. Éves kötelező önértékelés.

Hátrányok:

1. A pszichoterápia nagyon másodlagos. Gyors elbocsátás igénye miatt „revolverdoor patient” jelenség.
2. Hiányzik az ellátás folytatóságossága.
3. Az adminisztráció időigényes.
4. Szociális csapda
5. A gyermeket sok esetben indokolatlanul elveszik a szülőktől.
6. Az orvos szabadsága erősen korlátozott. Managerek uralma a gazdasági szempontok prioritását jelenti.
7. A korábbi Care Continuity modell helyett a jelenlegi ellátás a Locality modell divathullám áldozata. Új modell bevezetése zajlik: Cluster Care Pathway modell. Hátránya: túlságosan feldarabolt ellátás, túlspecializálódott csapatok.

## A mentor

*Haraszti László*

Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa  
harasla@florhosp.hu

A mentor szó (szanszkrit: man-tar, = aki gondolkodik) görög jelentése: tanácsadó. Odüsszeusz Mentór gyámúságára bízta házát és gyermekeit. Mentor alakját veszi magára Athene istennő, amikor jó tanácsaival segíti Telemachost útján, megkeresni apját. Buda Béla nagyon sokunkat segítette önzetlenül tanácsaival, együttgondolkodásával a tudományos-szakmai úton.

Nem kapott katedrát, így formálisan nem alapíthatott iskolát. Búvópatakként azonban talált más módot erre. Levelekkel, személyes konzultációkkal, együttgondolkodással, melléállással, baráti kapcsolatokon keresztül alakított ki egy nagy társasági kört, melyben hatása kétségbevonhatatlan.

Terapeuta stílusa kívülről empatikus, kontemplatív támogatónak tűnt, viszont belső gyors, oszcilláló következtetéseiről esetelemzéseit tanúskodnak. Ezekben feltárul: mindenhez rendszerszerűen nyúlt, egyszerre sok szálból fonva a megértés és segítség lehetőségeit. Munkamódszerének néhány cseréptörődékét szeretném bemutatni. A többiek beszámolójával talán – mint egy archaikus lelet szétszórt darabjaiból – összeáll egy kép, hogyan dolgozott egyedül és munkatársaival Buda Béla.

## Az ajándékozás lélektana

*Haraszti László*

Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa  
harasla@florhosp.hu

Életünk során mindennapos az ajándékozás. Rituális, kultikus, hétköznapi szerepe kavarodik, honnan ered, mit jelent, mi a célja, oka, eredménye e mindent behálózó szokásnak. Sokat segít a zárványként megmaradt polinéziai ajándékgazdaság rendszerének megértése, feldolgozása, hiszen strukturalista módon segít felismerni, megérteni a mai korunkban előforduló ajándékozási szokásokat. Az ajándékozás múltjában az áldozat található, amellyel mintegy biztosítjuk az istenek viszonzott jóindulatát. Innen válik érthetővé, hogy az ajándék sokszor használati értékkel nem bíró (de nem értéktelen) tárgy, s a gesztusban sokszor van excesszív vonás.

Ajándék lehet egy gesztus is, de leggyakrabban tárgy formájában találkozunk vele. Kultúránkba mélyen rögzült ajándékozási szokások mögött felsejlik az a funkció, ami segít megerősíteni, szabályozni a kapcsolatokat, a hierarchikus viszonyrendszert, megerősíti a társadalmi pozíciókat. Az üzenet alapértelmezése: fontos vagy nekem! Ezen túl az ajándék formája, figyelmessége még számtalan jelentést hordozhat, amit a szociális tanulás és az empátia segít értelmezni. Egy ajándék kaphat kiemelt érzelmi fontosságot, s válhat átmeneti tárggyá. Az ajándék szabályozó funkciója mutatkozik meg, mikor annak elmaradása vagy viszonzásának elmaradása a kapcsolatot megterheli, rontja.

## A fájdalom neuropszichiátriai vonatkozásai

*Harcos Péter<sup>1</sup>, Illés Enikő<sup>2</sup>, Kálmán János<sup>3</sup>, Komoly Sámuel<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem KK Neurológiai és Pszichiátriai Klinika, Pécs

<sup>3</sup>Szegedi Tudományegyetem ÁOK KK Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>4</sup>Pécsi Tudományegyetem KK Neurológiai Klinika, Pécs  
harcospeter@gmail.com

A fájdalom okának tisztázása, megszüntetése vagy enyhítése minden orvos tevékenységének meghatározó részét képezi. Ez fokozottan érvényes a neurológia, a pszichiátria és a pszichológia művelőire, akik gyakran találkoznak a biológiailag nem hasznos fájdalommal, mint önálló kórképpel. Bizonyítékaink vannak arra, hogy a komplex (bio-pszicho-szociális) megközelítéssel érhetjük el a legjobb eredményt és megelőzhetjük a fájdalom krónikussá válását, a „fájdalom személyiség” kialakulását.

A neuropszichiátria a fájdalom szindrómák elemzésekor e hármas összefüggést vizsgálja az idegrendszer funkcionális anatómiájának, a neuropszichofarmakológiának, valamint a klinikai pszichológiának újabb eredményeire alapozva.



## A dinamikus rajzvizsgálat hozadéka

*Hárdi István*

Budapest  
ihardi@freemail.hu

Mit nyújt a 63 éves rajzvizsgálati kutatás a gyakorlatnak? Elsősorban egy szemléletmódot és módszert: a klinikai folyamatot egybevetve a grafikai változásokkal – statikus helyett/mellett a dinamikus hozzáállást. A változások közepe tette kialakult a személyiségre jellemző konstans: a személyiségszintek. Ez csak intenzív külső (pl. toxikus) hatásokra, vagy súlyosabb patológiás belső stimulusokra (pl. pszichózis kirobbanása) változik. A folyamatok mértékét és időbeliségét is jól lehet követni. Ez utóbbiban az akut mellett, a hosszmetzeti változások is jelentőssé válnak, különösen a krónikus állapotok követésében. Mindez a terápiás hatás értékelésében, a reverzibilitás és irreverzibilitás, tehát a gyógyíthatóság, továbbá a rehabilitációban is hasznosítható.

## Gyermekek preoperatív pszichológiai felkészítése

*Harkai Viktória, Császár Noémi, Bagdi Petra,  
Horváth Dóra, Mezei Ágnes, Pataki Natália, Stoll  
Dániel, Bolczár Szabolcs, Varga Péter Pál*

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

Az orvosi beavatkozások, de legfőképpen a műtétek minden ember számára jelentős stresszt okoznak. Gyermekek esetében a műtéttel kapcsolatos érzések és viselkedés vizsgálata talán még lényegesebb, hiszen ők kiszolgáltatottabbak és még nem rendelkeznek azokkal a fejlett megküzdési mechanizmusokkal, mint a felnőttek.

A szakirodalomban már évtizedek óta jelennek meg olyan tanulmányok, melyek szerint a műtétek előtti pszichológiai felkészítés számos pozitív hatással bír – mind a gyermekek, mind pedig a felnőttek esetében. A gyermekek esetében a posztoperatív viselkedésváltozás (étkezési problémák, szeparációs szorongás stb.) bizonyos rizikófaktorok jelenlétében figyelhető meg leginkább. Ilyenek a fiatal kor, korábbi negatív tapasztalatok a kórházi ellátással kapcsolatban, posztoperatív fájdalom, szülők szorongása és bizonyos személyiségjegyek. Ennek tudatában különösen fontos a gyermekek preoperatív pszichológiai vizsgálata és a szülőkkel történő heteroanamnézis felvétele.

A kutatások hangsúlyozzák, hogy a megfelelő felkészítés következtében a gyermekek műtéttel kapcsolatos szorongása csökken, kooperációjuk javul, kevesebb fájdalomról számolnak be, kevesebb időt töltenek a kórházban és összességében elégedettebbek a műtét eredményével.

A pszichológiai felkészítés és támogatás nem csupán a gyermekek szorongáscsökkentését, illetve jólétének növelését célozza meg; pozitív hatással van a családtagok érzelmi életére is.

Előadásunkban részletesen kitérünk a nemzetközi szakirodalomban megjelenő fontosabb pszichológiai felkészítések fajtáira és annak hatásaira a műtétek kimenetelére, és beszámolunk az intézetünkben megjelenő ellátásról is. Kiemeljük a kognitív-behaviorális technikák mellett a relaxáció és a hipnózis szerepét, valamint említést teszünk a pszichoszociális intervenciókról is.

## Operacionalizált Pszichodinamikai Diagnosztika (OPD-2) szerepe a pszichoterápiás képzésben

Harmatta János<sup>1</sup>, Bagotai Tamás<sup>2</sup>

<sup>1</sup>OORI Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztály, Budapest

<sup>2</sup>magánrendelő  
harmattj@t-online.hu

Az Operacionalizált Pszichodinamikai Diagnosztika mint diagnosztikus manuál először 1996-ban jelent meg, 10 német egyetemi tanszék közös munkája révén. 2007-ben már a második változat készült el. Első külföldi fordítása a magyar volt, ma már angol, olasz, francia, japán, kínai, portugál, spanyol, cseh és román fordítása is létezik. A Tündérhegyi Pszichoterápiás Képzés az OPD nemzetközi munkacsoport által jogosít OPD-képzés folytatására. Évente tartunk OPD tanfolyamot, amely a képzésünkben résztvevőknek kötelezőnek számít, de sokan jönnek a képzésen kívülről is.

Az OPD-2 5 tengelyen segíti a fenomenológiai diagnosztikán kívül a pszichoterápia indikációs és motívációs, kapcsolatdiagnosztikai, konfliktusdiagnosztikai és strukturális diagnosztikai szempontokat, a terápiás fókusz kidolgozását.

Az előadásban a szerzők az OPD alapelemein kívül beszámolnak a képzésben szerzett tapasztalatokról, az OPD klinikai és képzési alkalmasságáról, összehasonlítva a külföldi tapasztalatokkal is.

## Miben különbözik a pszichoterápiás rezsim az osztályos pszichoterápiától? A pszichoterápiás rezsimmel működő osztály jellegzetességei

Harmatta János

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

Az osztályos körülmények között végzett pszichoterápia esetében az osztály jellege, funkciója, felvételi rendje nem változik, hanem a terápiás spektruma bővül a pszichoterápiával. A pszichoterápiás spektrum ebben az esetben az egyéni pszichoterápiákon keresztül a különböző csoport-pszichoterápiákon át egészen a szocioterápiáig terjedhet. Az osztályon dolgozó szakembereknek rendszerint csak egy része rendelkezik pszichoterápiás végzettséggel és klinikai tapasztalattal. A betegeknek rendszerint csak egy része kerül pszichoterápiába, a felvételi indikáció nem a pszichoterápiás, hanem az osztály eredeti profiljának megfelelő indikáció. Az osztály eredeti feladatai, kezelési rendje, szabályrendszere érintetlenül megmarad. A pszichoterápiás kezelések célja ebben az esetben az osztály terápiás profiljának és hatékonyságának bővítése és légkörének javítása. A gyógyító team sem a pszichoterápia köré szerveződött, az egész teamre kiterjedő pszichoterápiás esetmegbeszélések ha vannak is, ritkák és egy-egy esetre vonatkoznak.

A pszichoterápiás rezsim mindennek éppen az ellenkezője. Az ilyen alapon szerveződött osztályra a fő felvételi kritérium a pszichoterápiára való alkalmasság és motiváció. Az osztályon a pszichoterápiás tér kialakítása és fenntartása elsőrendűen fontos. A személyzet minden tagja rendelkezik pszichoterápiás végzettséggel vagy szemlélettel. Az osztályon hangsúlyos nagy- és kiscsoportokból álló rezsim működik, minden beteg részesül pszichoterápiában, az a fő kezelési módus. A minden esetre kiterjedő team-megbeszélések hangsúlyosak és az egyes pszichoterápiás terek összehangolását szolgálják. Az osztály szervezeti működése is a pszichoterápiás rezsimhez igazodik. A team saját csoport-működése jellegzetes, és külső team-szupervízió is tartozik hozzá.

Az előadásban a pszichoterápiás rezsimünk működésének bemutatása mellett hazai és külföldi példák alapján a pszichoterápiás rezsim felépítésének különféle változatait tárgyaljuk.

## A pszichoszomatika részterületei

*Harrach Andor*

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
harrachandor@mail.datanet.hu

A pszichoszomatika mint tudomány sok részterületet ölel fel. Jelenségvilága a mindennapi, még nem patológias jelenségektől a súlyos patológiákig terjed. Az orvosi és pszichológiai diagnosztika gyakran nem egyszerű. A tudományos magyarázatok sokfélék, még nem állnak össze egységes egésszé. Az ellátási helyzet az egyes országokban igen különböző, nem ritkán vita és érdekek mentén szerveződik. A szakemberképzésnek igen sokrétűnek kellene lenni, ami csak részben valósul meg. A tudományág szakmapolitikai értékelését általában a bizonytalanság, az ismeretek hiánya határozza meg. A társadalmi elfogadást gyakran a kételkedés és a leértékelés dominálja. Annak besorolása, hogy egy tünet vagy betegség milyen stratégiával oldható meg, számos körülmény kérdése, a kisajátítás vagy a továbbküldés gyakran felülírja az alapvetően szükséges kooperációt. A pszichés és a szociális faktorok jelentősége a biológiai–technikai szemlélet mellett messzemenően elhanyagolódik. A mérések, a számok hiánya nem illeszkedik a bizonyítékokon alapuló orvoslás világába. Sok szakember számára a szubjektív faktor ereje nem bizonyított, és nincs is nyitottság ennek megváltoztatására. A lélek tagadását „tudományosan” általában *Descartes* tételeire vezetik vissza, pedig az kulturálisan a zsidó–keresztény kultúra hagyományának is része. A test–lélek dualizmus szemlélete kaput nyit a lelki erők kismimmizésének, mely a mindennapi pszichoszomatikus fáradozások útvesztője. A bio-pszicho-szociális koncepció szemléleti keretet és gyakorlati útmutatókat tartalmaz, melynek megvalósítása a medicinát humánusabbá és olcsóbbá teszi. Így szemléletünk nem olyan pesszimiztikus, mint ahogy itt talán megjelenik, mert valljuk, hogy ez a humánium örök része, s a pszichoszomatika a medicina örök feladata. Előadásom célja, hogy ezen felsorolás néhány részletét illetően a gyakorlati oldal felé közeledjek.

## Rehabilitáció, művészetterápia, biblioterápia

*Hász Erzsébet*

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

1. Művészetterápia a krízisosztályi kezelést követő rehabilitációban

J. E. nőbeteg, a rehabilitációs részlegre átkerülve hosszabb távú művészetterápiás programon vett részt.

A páciens balkezesként gyermekkorában jobbkezes írásra kényszerítették. Jobb kézzel ír, bal kézzel rajzol, fest. Írásképe egyenetlen, többnyire görcsös eszközhasználatot tükröz. Képeinek koloritja széles spektrumban helyezkedik el, a technika is változó (olaj, akvarell, olaj és pasztellkréta stb.), a méretek is erős eltéréseket mutatnak. Tematika az aktuális élethelyzeti problémák szerint változik.

A veszteség feldolgozása művészetterápiás eszközökkel történt.

Motívumok: tűz, fantáziavirág- és baby-alakzatok, örvény, égbolt-víz metamorfózis.

2. Aktív biblioterápia többszöri krízis- és pszichiátriai osztályi kezelést követő rehabilitáció folyamán.

K. B. rehabilitációja folyamán nagyobb terjedelmű prózai írásokat produkált, melyek egész addigi életútjának problémáit magukba foglalták és a problemamegoldó repertoár nagy mértékű bővülését eredményezték.

## „Nem értheti, csak aki benne volt!” – A testképzavar terápiás megközelítése

*Havasi Mónika*

Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum, Szeged  
hiriszi@gmail.com

A testkép zavara különösen megnehezíti a betegség belátását, a terápia elfogadását, illetve későbbiekben a terápiás együttműködést az evészavarral küzdő személyek esetében. Vajon hogyan érdemes megközelíteni ezt a kérdéskört a terápia különböző szakaszaiban? Különösen érzékeny a kezdeti időszak, amikor a páciensben erős az ellenállás, a meg nem értettség érzése. Az evészavarban szenvedők sokszor visszajelzik a szakembernek, ezt nem értheti meg, csak „aki benne volt”, ezzel utasítva vissza és zárkózva el az együttműködéstől. A szakembert ez fokozott kihívás elé állítja: a betegség belátása, illetve a gyógyulási motiváció növelése mellett el kell érni, hogy a páciens szemében hiteles segítő legyen. Az előadás egyrészt áttekintést ad a testhez való viszonyulás változásairól a terápia különböző szakaszaiban, mely során a páciens keresztülhalad az „életemnél is fontosabb”, a „nem akarom tudni”, „a testem a barátom” fázisokon. Másrészt apró segítséget nyújt a testképzavar egyfajta élmény szintű átélésben, a látott kép erejének megtapasztalásán keresztül, mellyel a szakember közelebb kerülhet az evészavarban szenvedők belső megélésének megértéséhez. Harmadrészt a testképzavar gyakorlatban javasolt megközelítési módjáról lesz szó, az egyéni terápia egyes szakaszaiban alkalmazható konkrét intervenciók bemutatásával. Ezek kulcsa a testképzavaros páciens fejében lévő valóságosnál testesebb testkép képi formában történő szembesítése az aktuális valóságos testképpel, az egyes plusz kg-ok által okozott testi változásokkal, illetve a kitűzött testsúlynál várható testképpel. Az intervenciók során felhasználjuk azt a jelenséget, mely szerint a képen látott saját testalakról, vékonyságról a reálshoz közelebbi értékelést adnak a testképzavaros páciensek. Ennek gyakorlati kivitelezését is bemutatja az előadás.

## Eye Movement Desensitization and Reprocessing, vagyis Szemmozgásokkal történő Deszenzitizálás és Újrafeldolgozás (EMDR)

*Havelka Judit*

Pszichotraumatológus EMDR practitioner Antwerpen, Belgium  
havelka.judit@gmail.com

Az EMDR terápiás módszer azok számára, akik traumatikus élmények következtében maradandó problémákkal küzdenek. A traumatikus élmények olyan sokkoló események, mint például közlekedési baleset, fegyveres támadás, de lehetnek másfajta élmények is, például folyamatos csúfolás, kiközösítés az iskolában, gyermekkori szexuális zaklatás, lelki kínzás vagy elhanyagolás, fájdalmas és/vagy megalázó kórházi élmények, személyes veszteségek, munkavégzéssel kapcsolatos traumatikus élmények, és egyéb szégyenteljes vagy más módon megrázó negatív élmények. A megrázó eseményeket bizonyos esetekben nem tudjuk feldolgozni, ezáltal lelki problémákat okoznak. Számos esetben a traumatikus esemény kényszerítően rántó emlékképei, az események újraélése (ijesztő képek, „flash-back-ek” és rémálmok) jelentik a fő problémát. Másfajta, szintén gyakran előforduló panasz az ijedősség, ingerlékenység, alvászavar vagy egyfajta elkerülő magatartás kialakulása. Ilyenkor poszttraumás stressz-szindrómáról (PTSS) beszélünk. Ezen tünetek pszichoterápiás kezelése sok nehézséget okoz.

Az EMDR rendkívül hatékony e speciális tünetegyüttes kezelésére.

Emellett az EMDR használható minden olyan pszichés tünetegyüttes kezelésében, ahol összetett trauma vagy elhúzódó stressz hatásaival összefüggő lelki panaszokkal van dolgunk. A kiindulópont mindig az, hogy ezek a tünetek egy vagy több károsító hatású élmény következményei.

**A lelki és testi sebzettség megjelenése pszichiátriai betegek kreatív csoporton született alkotásaiban***Hazag Anikó, Borszéki Judit, Varga Gábor, Ferencz Csaba*Szent Imre Kórház Pszichiátriai Osztály, Budapest  
anikoha@gmail.com

**Célkitűzés:** Akut pszichiátriai osztályunkon két éve működtetünk heti rendszerességgel kreatív csoportot és kreatív műhelyt. A páciensek alkotásaiban, aktuális projekcióikban megjelennek testi és lelki állapotaik tükröződései. Diagnózistól függően változnak az önabrázolás hangsúlyai, eltérő a színhasználat gazdagsága, az önkifejezés mélysége. Kérdésünk, hogy a kreatív csoportokon született alkotások mennyiben segítik elő a diagnosztikai és az elaborációt előmozdító terápiás munkát?

**Módszerek:** A csoporton mindig adunk hívótémát, melyek előhívják és megtámogatják a projekciós folyamatot. Ilyenek az „Egészséges fa és beteg fa”, „Önarc-kép egészségesen és betegen”, „Ember az esőben, és a napsütésben”, „Ilyen vagyok betegen, és ilyen egészségesen”, „Lelki és testi sebeim” stb. Az egyórás csoportok első felében szabadon rajzolnak a betegek egy üres lapra színes ceruzákkal, filctollakkal, zírkrétával, víz- és temperafestékekkel. A foglalkozás második felében megbeszélést tartunk, mindenki bemutatja a címmel ellátott rajzát, majd a csoport legvégén a pácienseknek lehetőségük van egymás rajzaira reagálni. A kreatív műhelyen továbbá újságokból kivágott fényképekből összeállított montázs-technikával dolgozunk, valamint szószobrokat készítettünk a betegekkel testi és lelkiállapotuk ábrázolására. Előadásunkban kiemelünk néhány alkotást, és elemezzük azokat a páciens diagnózisa, pszichoterápiás előmenetele szempontjából.

**Eredmények:** A kreatív csoportok alkotásai tükrözik a lelki és testi elakadásokat. Jellegzetes különbségeket találtunk depresszió és mánia állapotaiban. Továbbá kimutatható sajátosságokat találunk szorongásos zavarral kezelt, öngyilkossági veszélyhelyzetben lévő, szenvedélybeteg páciensek munkáiban. Továbbmenve, egy-egy beteg rajzsorozataiban szépen látható az elaborációs tevékenység.

**Konklúzió:** A kreatív csoport jól használható módszer a pszichiátriai betegek körében a lelki és testi sérülések megmutatására és feldolgozására. A rajzolás folyamata segíti az elaborációs munkát, másrészt az alkotások jól használható diagnosztikai támpontokat is nyújtanak.

**Kegyes hazugság, kegyetlen igazság? Kommunikáció mint híd az orvos és a haldokló beteg között***Hegedűs Katalin*Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
hegkati@net.sote.hu

A legsúlyosabb állapotú betegek ellátása az egészségügynek az a területe, amely folyamatosan a viták keresztútjében áll. Mit, mennyit, mikor és hogyan mondjunk el a betegeknek? Mit válaszoljunk, ha a beteg kérdez? A beteg reakciójától, de az öregségtől, a szenvedéstől, a haláltól való félelem is erősen hat a kezelő személyzet kommunikációjára, és az oktatásban is kevés segítséget kapnak ehhez a hallgatók: az orvosképzés során mindössze 0,5% jut erre a témakörre. A kegyes hazugság gyakorlata mindmáig elterjedt, pedig számos érvet lehet felhozni ellene. A betegjogi képviselőkhöz érkező panaszok közül kiemelkedik az emberi méltóság megsértésével és a beteg megfelelő tájékoztatásának elmaradásával foglalkozó ügyek száma, amelyek háttérben legtöbbször szintén kommunikációs hiányosságok, zavarok állnak. A szorongó, halálfélelemmel küzdő betegek többsége pszichés segítségre szorulna, de maguk a pszichiáterek sincsenek igazán felkészülve ezekre a nehéz helyzetekre, és a súlyos betegekkel foglalkozó intézmények sem érzik át ennek szükségességét. Évente 32000 ember hal meg daganatos betegség következtében, ugyanakkor az onkológiai osztályok kevesebb, mint egyharmadában foglalkoztatnak pszichiátert vagy pszichológust, és az onkológiai centrumok esetében sem haladja meg az arány az 50%-ot.

Az előadás négy eseten keresztül mutatja be a kommunikációs hiányosságokat, ezek okait és a lehetséges megoldásokat. Mind a négy eset idős betegekről szól: a velük való kommunikációban hatnak még az idősekkel kapcsolatos sztereotípiák, valamint az infantilizálás is. A lehetséges megoldási módok ismertetése rámutat arra is, hogy az orvosokon kívül mennyit segíthetnek az egészségügyben résztvevő egyéb szakemberek és az önkéntesek abban, hogy ne maradjon magára a beteg életének ebben a nagyon nehéz időszakában.

## Szexuális funkciózavarok és patológiás nárcizmus jelei egy rajztesztben

Hevesi Krisztina<sup>1</sup>, Surányi Zsuzsanna<sup>2</sup>, Takács Marcell<sup>2</sup>, Vass Zoltán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest  
hevesi.kriszta@hotmail.com

525 egyetemi hallgatóval töltöttünk ki papír-ceruza tesztet a szexuális funkciók, a lelki jóllét és a patológiás nárcizmus mérésére. A szexuális jóllétet a szexuális funkciók (FSFI, Női szexuális funkció index, Rosen *et al.*, 2000; IIEF, Nemzetközi Erektilis Funkció Index, Rosen *et al.*, 1997) és a szexuális együttlétek pozitív és negatív érzelmi, fiziológiai és motivációs aspektusaival is mértük (Szexuális arousal és vágy; Toledo & Pfau, 2006). A lelki jóllétet az étellel való elégedettség szubjektív mutatójával (Diener & Emmons, 1985), a pozitív és negatív érzelmek jelenlétével (PANAS, Watson & Tellegen, 1988), a koherenciaérzék mérésével (Antonovsky, 1993), valamint a depresszió, szorongás, stressz kérdőívvel (Lovibond & Lovibond, 1995) vizsgáltuk. Emellett 95 hallgató végzett el egy rajztesztet, nevezetesen a dr. Vass Zoltán által kidolgozott Hatvan Másodperces Rajztesztet, melyben magunkat és hozzánk közel állókat kell körként lerajzolni.

Eredményeink arra világítottak rá, hogy a magas (és jól működő) szexuális funkciók csak alacsony patológiás nárcizmus pontszám mellett vezettek magas lelki egészségmutatókhoz.

A szexuális funkcióknak, valamint a patológiás nárcizmusnak az alakulását a Hatvan Másodperces Rajztesztel szignifikánsan előre lehetett jelezni (megmagyarázott variancia szexuális funkciók esetén: 32,3%, patológiás nárcizmus esetén: 34,3%). A szexuális funkció pontszám annál nagyobb volt, minél kisebb volt a saját kör relatív mérete a legjobb barát és szex körének méretéhez képest. A patológiás nárcizmus pontszám pedig annál nagyobb volt, minél inkább jobbra tolódott a boldogság köre, minél inkább felfele tolódott a saját kör pozíciója a párt 5 év múlva jelző köhöz képest, és minél közelebb helyezkedett el a saját kör az apát jelző köhöz.

## Kognitív tréning neuropszichiátriai osztályon

Hidasi Zoltán<sup>1</sup>, Szigeti F. Judit<sup>2</sup>, Salacz Pál<sup>1</sup>, Csibri Éva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest  
hidasi.zoltan@med.semmelweis-univ.hu

**Bevezetés:** A kognitív zavarok terápiája kívánatos esetben számos, egymással kapcsolódó, különböző módszerrel történik. A gyógyszeres/biológiai megközelítés mellett a pszicho- illetve szocioterápiás jellegű beavatkozások segítik az érintett egyént és környezetét a tünetek kontrollálásában. A pszichológiai megközelítések közül a leghatékonyabbnak a kognitív tréninget tartják.

**Célkitűzés:** Neuropszichiátriai osztályon kognitív zavarok esetén a gyógyszeres kezelés mellett kiemelt szerepe van a nem-gyógyszeres beavatkozásoknak. A komplex megközelítés jegyében enyhe-közepes mértékű kognitív zavarok kiscsoportos kognitív tréningjét végeztük, célunk a kognitív tünetek mellett a viselkedéssel kapcsolatos tünetek kontrollja is volt.

**Módszer:** 11 héten keresztül, heti 4–5 alkalommal, 45 perces foglalkozások keretében, alkalmanként átlagosan 4, összesen több mint 50 páciensnek tartottunk kognitív tréninget. A résztvevők bentfekvő betegek közül kerültek ki, nem kötelező, de javasolt módon, akik így átlagosan 3–4 alkalommal részesültek tréningben. A bevont páciensek enyhe kognitív zavarban, enyhe/közepes fokú demencia szindrómában, illetve egyéb időskori pszichiátriai betegségben vagy organikus pszichoszindrómában szenvedtek. Egy-egy beavatkozás struktúrája a következő volt: torna/légzés, bemelegítés/ismerkedés, észlelést/érzékelést fejlesztő gyakorlat, verbális/vizuális memóriafeladat, finommotorika-gyakorlat, nyelvi készségfejlesztés, levezetés.

**Tapasztalatok:** Az osztályos keretek között zajló kiscsoportos kognitív tréning alkalmazásával egyértelműen kedvezőek a tapasztalataink. A páciensek szívesen vették a foglalkozásokat, motiváltak voltak a munkában, várták a következő alkalmat. A heterogenitás (különböző kognitív státusz, különböző alapbetegség, különböző tüneti kép) inkább segítette, mint hátráltatta a kognitív tréning hatását, elsősorban a csoporthatáson keresztül. Pszichoterápiás tényezők egyébként is előtérben álltak a tréning folyamán. A hatékonyság felmérése csak kontrollcsoportos statisztikai feldolgozással lehetséges, amit a jövőben tervezünk. Tapasztalataink alapján a kognitív tréning hasznos kiegészítő terápiás módszer neuropszichiátriai profilú osztályon.

### Módosított Stroop-teszt mint az öngyilkosság lehetséges prediktora

Hidvégi Anna, Horváth Nóra, Szekeres György

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest  
norisduetto@yahoo.com

**Bevezetés:** Az öngyilkos magatartás megjósolása, illetve megelőzése még a legtapasztaltabb klinikus számára is kihívást jelenthet, különösen azért, mert a páciens sokszor nem akar, vagy nem tud beszámolni késztetéseiről. Korábbi kutatási eredmények (Nock *et al.*, 2010/a, Nock *et al.*, 2010/b) azt mutatták, hogy a módosított Stroop-tesztben az öngyilkossággal kapcsolatos szavakra adott megnyúlt reakcióidő korrelál a korábbi öngyilkossági kísérlet(ek) tényével, továbbá minden ismert módszernél (pl. klinikus becslése) jobban bejósolja a későbbi öngyilkos viselkedést. Jelen munkánkban azt vizsgáltuk, hogy a módosított érzelmi Stroop-tesztben mutatott reakcióidő eltérések mennyiben hozhatóak összefüggésbe az anamnézisben szereplő öngyilkossági előzményekkel, illetve mennyiben korrelálnak a Reménytelenség Skála pontszámával.

**Módszer:** Pszichiátriai osztályon fekvő, különböző diagnózisokkal rendelkező betegeket vizsgáltunk a módosított Stroop-teszt segítségével, majd az anamnézisben szereplő öngyilkossági kísérlet és a Reménytelenség Skála pontszámai alapján összevetettük a kapott adatokat.

**Eredmény:** Az alacsony elemszám ( $n=20$ ) figyelembevételével a korábbi kutatások által közölt eredményeket jelen vizsgálatunk egyértelműen nem igazolta. Az előzmények alapján „szuicidális” és nem „szuicidális” betegek csoportja az öngyilkossággal kapcsolatos szavakra adott reakcióidő alapján szignifikánsan nem elkülöníthető, sőt, ellentétes tendencia figyelhető meg (a reakcióidő lerövidül). Ha azonban a betegpopulációt a Reménytelenség Skála alapján bontottuk veszélyeztetett és nem veszélyeztetett csoportokra, a Stroop-tesztben megmutatkozó különbség az irodalmi adatokkal megegyező mintázatot mutat, habár az eredmény ez esetben sem szignifikáns. A kezdeti eredmények biztatóak, a vizsgálatok további folytatását tervezzük. Utánkövetéssel igazolható lehet a Stroop-teszt irodalomban közölt, későbbi öngyilkossági viselkedést bejósoló tulajdonsága, jelen kutatásunk azonban erre nem tér ki.

### Szorongásos zavar a meddőségben

Higi Vera, Süli Ágota, Kiss Anna, Varga Márta, Kósa Zsolt, Vereczkey Attila

Versys Clinics Humán Reprodukciós Intézet, Budapest  
psychology@versysclinics.com

A meddőség a gyermekre vágyó párok 15–20%-át érinti, a kívánt gyermekáldás elmaradása pedig már önmagába véve is erős szorongással társul. A fogamzási problémákkal küzdő párok jelentős része végül meddőségi központhoz fordul segítségért, azonban a hazai gyakorlatban sajnos többnyire nem érhető el pszichés támogatás a program során. A lelki támogatás azért is kiemelt jelentőségű ezen a területen, hiszen az IVF (In Vitro Fertilizációs) program ideje alatt a párok kétségek között őrlődve várják, hogy termelődik-e petesejt, létrejön-e beültetésre alkalmas embrió, ugyanakkor az embriók beültetését követő két hét, valamint a várandósság időszaka is fokozott pszichés terhet jelent a reménybeli szülők számára.

A szorongást gyakran az is fokozza, hogy a korábbi szomatikus anamnézis kapcsán feldolgozatlan gyász nehezíti a gyermekvállalást, melynek hátterében korábbi spontán vetélések sora áll. Az előadás során egy meddőségi központban dolgozó pszichológus mutatja be szorongásos zavarral küzdő, 4 vetélésen átesett gyermekre vágyó nő esetén keresztül a központban végzett munkáját, amely során elsősorban szupportív terápiával, kognitív elemekkel, valamint hipnózissal segíti a párokat a szorongás csökkenésében, valamint a sikeres gyermekvállalásban.

**A gerincműtétek pszichoneuroimmunológiája**

Horváth Dóra<sup>1</sup>, Császár Noémi<sup>2</sup>, Bagdi Petra<sup>2</sup>,  
Font Orsolya<sup>1</sup>, Harkai Viktória<sup>2</sup>, Mezei Ágnes<sup>2</sup>,  
Pataki Natália<sup>2</sup>, Stoll Dániel Péter<sup>2</sup>, Tóth Zoltán<sup>2</sup>,  
Varga Péter Pál<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pszichoszomatikus Ambulancia Kft, Budapest

<sup>2</sup>Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest  
thermidori@gmail.com

A gerincbetegségek műtéti kezelése jelentős terhet jelent a szervezet számára, melynek gyógyulásban sok tényező szerepet játszik. Már korábban is kimutatták, hogy a műtét eredményességét és a sebgyógyulást számos pszichológiai és környezeti hatás befolyásolja, melyek elsősorban az immunrendszeren és neuroendokrin rendszeren keresztül fejtik ki hatásukat. A pszichoneuroimmunológia tudományának fejlődésével azonban feltárhatóvá és megismerhetővé váltak azok a folyamatok is, melyeken keresztül ezek a hatások érvényesülnek.

Jelen előadás *Kiecol-Glaser* által megalkotott modell alapján mutatja be azokat a komponenseket, melyek befolyással vannak a műtét eredményességére: a beteg műtéthez való hozzáállása, a beteg pszichés állapota, egészségmagatartása, vagy a beteg által megélt stressz mértéke. A modell bemutatása mellett részletezünk olyan eredményeket, melyek az említett modell létjogosultságát igazolják. Azon páciensek esetében, akik például krónikus stressz kockázatának vannak kitéve, lelassul a sebgyógyulás és megnő a fertőzésveszély. Ezen jelenségekre szeretnénk felhívni a figyelmet, segítve a műtéti rehabilitáció hatékonyságát.

**Az autizmus spektrumzavar tünetei 0–100 éves korig**

Horváth Dóra, Gallai Mária

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

Az I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Gyermekpszichiátriai Osztályán 3–18 éves gyermekekkel és serdülőkkel foglalkozunk. Az autizmus spektrumzavarban érintettek éveken át látóterünkben maradnak, így hosszmetsetben követhetjük állapotuk változását. Az autizmus spektrumzavar tünetei (jelentős elmaradás a szociális kommunikáció és interakciók területén, valamint a beszűkült, repetitív viselkedés, érdeklődés és tevékenységek) általában 4–5 éves korban nyilvánulnak meg legintenzívebben, rendkívül sokszínűek lehetnek, és a fejlődés során változnak. Az általunk gondozott fiatalok példáival illusztrálva mutatjuk be a típusos tünetek változását a gyermekek érése és a specifikus terápia hatására. Ezzel szempontokat kívánunk nyújtani a részletes anamnézis feltárásához is.

A diagnosztika során nehézséget jelent, hogy az autizmus spektrumzavar tünetei jelentős átfedést mutathatnak más pszichés zavarok (beszédfejlődési zavar, mentális retardáció, az aktivitás és a figyelem zavarai, szorongásos zavarok, kényszerbetegség) tüneteivel, serdülő- és felnőttkorban pedig gyakrabban kell számolnunk komorbid pszichiátriai betegségekkel is. Mindez könnyen félrevezetheti a diagnosztikus gondolkodást, ha kizárólag az aktuális panaszokra fókuszálunk. A differenciáldiagnosztika során kiemelt figyelmet kell fordítanunk a panaszok kialakulására és a részletes kisgyermekkori anamnézisre, kitérve a jelenlegi panaszoktól látszólag független területekre is. A differenciáldiagnosztikai támpontokat az általunk ellátott gyermekek és serdülők konkrét példáin keresztül mutatjuk be.



## Önéletrajzi történetek által kiváltott érzelmi válaszok összefüggése korai maladaptív sémákkal – borderline, szkizofrén és depressziós személyeknél

Horváth Julia<sup>1</sup>, Világos Renáta<sup>1</sup>, Unoka Zsolt<sup>2</sup>, Berán Eszter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Elméleti háttér: A narratív pszichológiai kutatások bebizonyították, hogy az önéletrajzi narratívumok által kiváltott érzéseket befolyásolja az emléket előhívó történet jellege. Jelen vizsgálat a történetek tartalma mellett figyelembe veszi a személyek kognitív sémáit is. Mivel a korai maladaptív sémák szisztematikusan torzítják a percepciót és az emlékezetet, feltételezhetően befolyásolják az önéletrajzi narratívum felidézése által keltett élményeket is.

Jelen kutatás feltételezése szerint a különböző élet-történeti jelenetekre adott érzelmi válaszmintázatok különböznek egymástól – az érzelmek valenciája, arousal szintje és megélt ágencia szintje tekintetében, továbbá a több maladaptív sémával rendelkező személyek negatívabb érzelmi válaszokat adnak felidézett történeteikre.

Módszerek: A vizsgálati mintát három klinikai csoport alkotta: borderline személyiségzavarban, szkizofréniaiban, illetve depresszióban szenvedő személyek csoportja. A narratív identitás mérőeszköze a *McAdams* nevéhez fűződő Strukturált Önéletrajzi Interjú volt. A történetekre adott érzelmi válaszokat Manikin-tesztrel mértük. A maladaptív sémák mérésére pedig a Young-féle Séma Kérdőív rövidített változatát használtuk.

Eredmények: Az adatelemzés során beigazolódott, hogy a különböző élettörténeti jelenetek kiváltotta érzelmi válaszmintázatok eltérnek egymástól. A Csúcsponthoz kapcsolatos emlékek például minden más emléknél boldogabb érzelmi választ váltanak ki; míg a Mélyponthoz kapcsolatos emlékek bármely más vizsgált emléknél intenzívebb szomorúság, izgatottság és alávetettség érzést hívnak elő. A magasabb maladaptív séma pontszámú személyek összességében szomorúbb, izgatottabb és alávetettebb érzésekről számoltak be. Kapcsolat mutatkozott továbbá a történettípus kiváltotta hatások és az egyes sématarományok között.

Következtetések: Az eredmények a feltételezésekkel egybehangzóan azt mutatják, hogy a felidézett emlékek típusa meghatározza a kiváltott reakció minőségét, és a személyek maladaptív sémái e hatást differenciáltan módosítják.

## Ceglédi alkoholhelyzetkép

Horváth Melinda

Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Ceglédi Kistérségi Szociális Szolgáltató és Gyermekvédelmi Központ, Cegléd  
dhome@gmail.com

A Ceglédi Kistérségi Szociális Szolgáltató és Gyermekvédelmi Központ Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása keretében 2012-ben egy helyzetfelmérést végeztünk a helyi alkoholgondokról.

Adatainkból: A ceglédi kórház ellátási területe: 167916 lakos. 2006–2011 között alkoholos depresszió miatt kezelt betegek: A pszichiátriai osztályokon 355 fő/év (20%-a nő), ami a betegek több mint 30%-a. A pszichiátriai gondozóban évente átlagosan 168 fő. A belgyógyászati osztályokon 323 fő/év (28,4 % nő), az összes beteg 12,8%-a. Neurológia osztályon és szakrendeléseken az alkoholos eredetű epilepszia 50+240 fő/év. A kórházban elhunytak között 40/100 ezer a májcirrhosis és a toxikus májkárosodás aránya. UH vizsgálatok: májnagyobbodás ffi 9%, nők 5%, a cirrhosis aránya 80/100 ezer, illetve 55/100 ezer a vizsgált populációban. A szülészetben vagy a terhességi osztályon nem találtunk alkoholfüggőség diagnózist és az újszülötteknél sem foetális alkoholszindrómát. A védőnők azonban észlelik a problémát. A három háziorvosi rendelőben összesen 995 betegmegjelenést vizsgáltunk. A diagnózissal rendelkező alkoholbetegek száma 1,2–4% volt, ehhez diagnózissal nem rendelkező problémásnak 3,6–8,80 %–14,58 %-ot jelöltek.

Az alkoholfogyasztással elsősorban az agresszív bűncselekmények függnek össze pl. a súlyos testi sértések 2/3-a, vagy a fiataloknál a csoportos garázdaság. Az ittas vezetés száma nő. Fizikai bántalmazás miatt évente 40–50 eljárás indul a ceglédi járás területén. A járási gyámhivatalnál a védelemben vétel egyharmada, a gyámság alá vétel többsége, távol tartási ügyek pedig csaknem mindig az alkohol miatt történnek. Alkoholbetegség miatt gondnokság alá kerültek aránya 100/300.

A városi gyermekjóléti szolgálatnál: 195 család, 399 gyermek. Felvállalt alkoholprobléma a családok 4%-ánál (a gyermekek 5%-a), lehetséges alkoholprobléma ehhez még plusz 5% (gyerekek 8 %-a). A családsegítőben az 55 év feletti férfi ellátottaknál kiugróan magas, a nőknél számottevő az alkoholprobléma.

Az NDI 2010-ben egy attitűdvizsgálatot végzett ceglédi 8. és 10. osztályos tanulóknál az alkoholfogyasztással kapcsolatban. A fiatalok döntő többsége tervezi, hogy felnőtt korában mértékletes formában fogyasztani fog alkoholt, de mások ennél nagyobb mértékű fogyasztásával szemben is nagy százalékban toleránsak. Hogyan segítheti az alkoholfüggőség kialakulásának és tüneteinek a minél jobb megismerése a megelőzést?

## A Tárt Kapu Galéria három plusz fél éve

*Horváth Szabolcs, Anginé Szántó Ibolya*

Gyógyfoglalkoztatásért Alapítvány, Budapest  
horvszabdr@gmail.com

A Tárt Kapu Galéria 3 évig az OPNI keretein belül, a Gyógyfoglalkoztatásért Alapítvány gondozásában működött. Az OPNI bezárása után 5 év „holt idő” következett, csak ún. nyitott napok megrendezésére volt lehetőség. 2013 márciusában a Merényi Kórház és a IX. kerületi Önkormányzat segítségével Ferencváros belvárosában újra megnyílhatott a régóta hiányolt kiállítóhely. A régi és az új galéria eltérő körülményei összehasonlításra és fontos következtetések levonására adnak lehetőséget.

Az összehasonlítást a vendégkönyvekbe való bejegyzések alapján, valamint a látogatók összetételének számbavételével végeztük el.

Az OPNI portája mellett kialakított galéria látogatóinak döntő többségét az alkotók, családtagok, barátok, ismerősök és szakmai gyakorlatra, továbbképzésre érkezők tették ki. De fokozatosan egyre több civil érdeklődő is megjelent, akik élményeiket például a következőképpen fogalmazták meg: „A kiállításról a kapunál lévő transzparensről nyertem tudomást. Visszafelé még mindig motoszkált a fejemben: be kell jönni – be kell jönni ide. Hát igazam volt. Nagy meglepetés volt, ahogy kiállítási tárgyról kiállítási tárgyra egyre nőtt szeretetem az alkotók vágyása – tenni akarása témájában. Elképzelni sem tudtam, hogy ilyen élménnyel ajándékoztak meg. Külön szeretném azokra az emberekre a figyelmet felhívni, akik ezt megszervezték, felfigyeltek erre a lehetőségre, hogy sérült emberekben hogy tudják az önértékelést fel-ki-építeni.” (R.F. mérnök) A laikus érdeklődők – továbbiakban ismertetésre kerülő – bejegyzései elsősorban a terápiás munkát értékelik, a pszichiátriai gyógyító munkába való bepillantás lehetőségét méltányolják.

A Ferencváros belvárosi részében megnyílt Tárt Kapu Galériát egy korábbi ABC üzlet helyén alakítottuk ki. A külsőségek egy szokványos kiállítóhely benyomását keltik. A betévedők először az alkotásokkal találkoznak, és csak később derül ki, hogy pszichiátriai betegek műveit látják. A látogatók zöme nem a hozzátartozók, hanem a környéken élő vagy erre felelő sétálógató emberek közül kerül ki. Családok térnek be, a felnőttek bejegyzései mellé a gyerekek rajzai kerülnek. A reakciók nem betegek, a gyógyító munkára, hanem a művekre vagy az alkotókra vonatkoznak: „Egy kép másolhatatlan, mert a szerző érzésvilágát tartalmazza. Érdekes a kiállítás, figyelemreméltó”. (K.K.); „Nagyszerű kiállítás! Nem az a szépségkeresős, inkább a sokszor sokféleféleképp elgondolkodtató fajta. Kellenek ilyenek”. (L.) Továbbiak a Galéria hangulatáról is képek adnak.

## A tanári kiegészítés és a prevenció lehetőségei

*Horváth Szilvia*

SZTE-BTK Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged  
horvath.szilvia@gmail.com

A pedagóguspálya jellegzetessége a szakmai értelemben vett kiegészítés. Külföldi vizsgálatok alapján az európai pedagógusok 60–70%-a tartós stressztől, 30%-a pedig kiegészítés-szindrómában szenved. Magyarországon a tanári kiegészítés ugyanakkor csak részlegesen kutatott terület, ráadásul az egyes felmérések eredményei nehezen összevethetőek, mert a kiegészítést eltérő mérőeszközökkel vizsgálták. A tanári kiegészítés rizikófaktorainak vizsgálatára vonatkozó nemzetközi kutatások az egyén szintjén a kor, a nem, a családi állapot és az iskolázottság, szervezeti szinten pedig a szerepkonfliktusok és bizonytalanságok, az erőfeszítés és jutalom kiegyensúlyozatlansága és az észlelt munka-stresszorok vonatkozásában tárnak fel korrelációt. Hazai vizsgálatok az individuális rizikófaktorokat egybehangzóan az életkorra vonatkoztatva tudják megerősíteni: a kiegészítés elsősorban a fiatalabb (24–40 év közötti) pedagógusokat veszélyezteti. Körükben a pályaelhagyás mértéke is viszonylag magas (30–40%), igaz a jelenség operacionalizációja még további kutatásokat igényel. A kiegészítés elkerülése szempontjából protektív faktoroknak tekinthetők a társas segítség, elismerés, kapcsolati háló erőssége, munkatársi, vezetői támogatás. Kutatások igazolták, hogy utóbbi hiánya esetén 50 % feletti a kiegészítés-veszélyeztetettség mértéke. A hatások megfordítva is érvényesek. A vezetőségtől érkező erkölcsi és emberi elismerés az egyik legjelentősebb védőfaktor, még akkor is, ha az elismerés nem tartalmaz anyagilag juttatást.

Fenti tényezők alapján nem véletlen, hogy a kutatások a tanárokat érintő burnout prevenciók szempontjából elsősorban a szervezetszintű intervenciók mellett érvelnek. A munkából adódó stressz, illetve a kiegészítés kezelése esetében a tudományos igényű elvégzett (randomizált és/vagy kontrollált) vizsgálatok többsége ugyanakkor személyközpontú beavatkozásokat ölel fel. Jelen előadás célja, hogy a legfrissebb nemzetközi kutatások alapján a preventív stresszkezelés elméleti keretén belül bemutassa a segítő szakmában vagy pedagógus mintán vizsgált személy-, szervezetszintű, valamint kombinált burnout intervenciókat, felvetve és vitára bocsátva egy hazai, online pedagógus burnout self-help alkalmazhatóságát.

**Kulcsszavak:** burnout, tanári kiegészítés, pedagógus burnout, burnout prevenció, szervezetszintű prevenció, személyközpontú prevenció

## Antipszichotikum terápiában részesülő betegek QTc értékeinek vizsgálata

Jakab Judit<sup>1</sup>, Masszi Gabriella<sup>2</sup>, Makkos Zoltán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI III. Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI Belgyógyászati Osztály, Budapest  
zmakkos@t-online.hu

**Bevezetés:** Egyes pszichofarmakonok kardiális mellékhatásai, köztük az olyan EKG-eltérések, mint a QTc idő (frekvenciára számított QT idő) meghosszabodása, régóta ismert tény. Ez utóbbi a nem egyszer fatális kimenetelű, polimorf kamrai tachycardia (az ún. torsade de pointes) kialakulása szempontjából kiemelt rizikófaktornak tekinthető. A szakirodalomban fellelhető bizonyítékok alapján a QTc idő megnyúlása mögött a szív késői egyenirányító K<sup>+</sup>-csatornáira gyakorolt gátló effektusa áll. E hatás egyes antipszichotikumok esetében már a klinikailag alkalmazott dózisokban kialakulhat, míg másoknál jókora különbség van a K<sup>+</sup>-csatorna gátlásához szükséges koncentráció, illetve a terápiás vérszint között. Lényeges a dopamin D2- és szerotonerg 5-HT<sub>2A</sub>-receptorokhoz való kötőképeség és a K<sup>+</sup>-csatornára kifejtett gátló aktivitás közötti fordított arányosság.

Vizsgálatunk célja az antipszichotikumok alkalmazása mellett kialakuló kardiális szövődmények felmérése a mindennapi klinikai gyakorlatban.

**Betegek és módszerek:** Az antipszichotikum terápiában részesülő pácienseink QTc idejének változását elemeztük. Mértük a QTc időt az osztályra történő felvételkor, majd azt követően 3 hét után. Amennyiben 3 héten belül antipszichotikum terápia változtatás történt, ismét készült EKG, amit az új terápia elkezdése után 3 héttel kontrolláltunk. Az elemzésben néztük a demográfiai adatokat, a pszichiátriai diagnózist, komorbid szomatikus betegségeket, egyéb EKG eltéréseket. Vizsgáltuk az antipszichotikumok dózisát, valamint azt, hogy kombinált antipszichotikum terápia növeli-e az EKG-n detektálható kardiális mellékhatások előfordulását.

**Eredmények:** A vizsgálatban 32 páciens adatait elemeztük 3 hónapos időintervallum alatt. Ezen betegek közül 11 részesült kombinált (2 AP) terápiában. A vizsgált betegek esetében kórosan emelkedett QTc időt előidéző mellékhatást nem tapasztaltunk, az alkalmazott antipszichotikumok között ezen a téren különbség nem volt. QTc idő változása tekintetében a szkizofrénia és egyéb pszichotikus betegek között különbséget nem találtunk. A mono- és kombinált antipszichotikum terápia közötti különbség elemzése folyamatban van. Munkacsoportunk az adatgyűjtést és az új adatok elemzését folyamatosan végzi.

## Az orvos–beteg viszony zavara mint az „orvosi műhiba” perek egyik forrása

Jegesy Andrea, Könczöl Franciska, Simon Gábor, Heckmann Veronika, Poór Viktor Soma

PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs  
jegesy@citromail.hu

Az orvos–beteg kapcsolat elsősorban bizalmi viszony, kezdeményezője a beteg. Ez a kapcsolat azon a kölcsönös bizalmon alapul, amely beteg és hozzátartozói részéről az orvos, illetve az egészségügyi intézmény iránt megnyilvánul, az orvos pedig abban bíz, hogy a beteg nemcsak elfogadja, hanem aktívan közre is működik a gyógyítás folyamatában, betege betartja az utasításait, mindent megtesz gyógyulása érdekében.

A gyógykezelés, a bánásmód, az ápolás, gondozás függvényében a kezdeti bizalom erősödik vagy gyengül.

Az igazságügyi orvosszakértő sajnos már csak azokkal az esetekkel találkozhat, ahol az orvos–beteg viszony megromlott, a betegnek többnyire kártérítési követelése van, vagy (kisebb arányban) kívánja az orvos büntetőjogi felelősségre vonását is.

Tapasztalatunk az, hogy az orvos–beteg viszony zavara vezet leggyakrabban az ún. „orvosi műhiba” perekhez, amelynek büntető- és polgári jogi, etikai, fegyelmi következményei lehetnek.

A legfontosabb, és az orvos–beteg viszonyban alapvető az, hogy az orvosi beavatkozás döntően a beteg tájékozott beleegyezésén alapul, mely kötelezettséget az Egészségügyi Törvény 13.§ ír elő.

A jogi meghatározottságon túlmenően azonban érdemes hangsúlyozni, hogy az orvos–beteg kapcsolatban alapvetően az orvos a meghatározó. Ő a szakember, akitől a laikus beteg páciens a segítséget, meggyógyítását kéri. Ez viszont nem jelent alárendeltséget, mert minden orvosi beavatkozáshoz – szóban, írásban vagy ráutaló magatartással – a beteg előzetes beleegyezése és nem utólagos jóváhagyása szükséges. A gyógyítás tehát az orvos és a beteg közösen hozott döntésén alapul.

Ugyanakkor az orvos–beteg viszonyban – különösen a ma már elvárt partneri viszonyban – a betegnek is van szerepe. Többször látjuk, hogy nem a jogszabályok, hanem etikai szabályok, sőt viselkedési normák megsértése vezet egy per indításához. Régi tapasztalat, hogy ha jó az orvos–beteg kapcsolat, még komoly (akár szakmai szabályszegés) hiba, mulasztás esetén sem indít a beteg eljárást „hiszen az orvos mindent megtett”, más esetekben pedig a szakmai szabályok pontos betartása mellett is elégedetlen a beteg, és úgy érzi az orvos hibázott.

Ma már Magyarországon is vannak több tízmilliós (akár 50–100 milliós) nagyságrendben megítélt kártérítések, amelyek a betegellátást is hátrányosan érintik.

## The Inner Chamber – a thalamus

*Jóri Birkás Adrienne Mária*

Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest  
dradricamino@yahoo.com

The Inner Chamber: a thalamus  
Ahol minden összeér...és nagyrészt átkapcsolódik

Klinikai megfigyelések bizonyították, hogy a thalamus számos kognitív és mentális funkcióban játszik szerepet. Ilyenek: a memória, a gondolkodás, nyelvi képességek, percepció, emlékezés, érzelmek. Kéreg előtti relay funkciója van a szenzoros rendszerek összekapcsolásában, a mozgásszabályozásban, az autonóm működések regulációjában és az agykéreg aktiválásában. Különbséget lehet tenni a bal- és jobboldali thalamus érintettség tünetei között: míg a bal thalamus sérülése beszédzavart, a jobb thalamus sérülése vizuo-spaciális és konstruktív zavart okoz.

Thalamus sérülés esetén gyakran kognitív és magatartás tünetek, a tudat alterációi, tudatzavar megjelenése az első vagy vezető klinikai tünet. Mivel környezetének, az első ellátónak domináns a beteg zavartsága, irritabilitása, beszédzavara, tájékozatlansága, és a kommunikáció az esetek nagy részében korlátozott, a betegek pszichiátriai osztályra kerülnek. A pszichiátriai tünetek mögött neurológiai betegség áll, melynek felismerése döntő jelentőségű.

Az előadásban áttekintjük a thalamus magcsoportjait, azok kapcsolatait, a thalamus szindrómákat. Gyakorlati példákkal illusztráljuk a képpalkotók szerepét, a diagnosztikai és terápiás algoritmusokat.

A „belső kamra”, a thalamus léte, működése szívbóluma lehet a modern idegtudományoknak, hiszen a pszichiátria és neurológia itt újra találkozik, összeér, magasabb szintre kapcsolódik.

## Az együttműködés lépcsőfokai: A találkozástól a terápiás szövetségig

*Juhász Erzsébet<sup>1</sup>, Rosta Teodóra<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Kút Alapítvány, Pszichoterápiás Rendelő, Budapest  
<sup>2</sup>Hanumán Oktató és Tanácsadó Kft., Budapest  
ejuhaszdr@gmail.com

Műhelycsoportunk az orvos–beteg, illetve a terapeuta és kliense kapcsolatát és kommunikációjának módját elemzi. Először azt a változást követi, amely a két személy kapcsolatában bekövetkezik, amint a hagyományos orvos–beteg kapcsolatból egy másfajta kapcsolatba, a terapeuta és kliens együttműködésébe vagy munkaszövetségébe lépünk át.

Mindkét fajta kapcsolatban – mint ezt régóta tudjuk – fontos a kommunikáció módja, a pszichoterápiában alapvetően az. A kommunikációs módot elsődlegesen a két személy kapcsolatának jellege, kontextusa, az abban elrendő célok és az azt meghatározó normák határozzák meg, másodlagosan a résztvevők személyiségjellemzői.

A műhelyt vezető pszichológusok elsődlegesen tranzakcióanalitikus szemléletűek lévén, rendelkezésükre áll ennek az irányzatnak az eszköztára, így a TA eszközeivel elemezhetik a gyógyító–beteg (páciens, kliens) kapcsolat struktúráját, történéseit. Elemzési eszközül egyfelől az énállapotok, a tranzakciók, sztrókok, helyettesítő rendszer, félreismerések és játszmák, másfelől a pszichoanalízisből eredő indulatáttétel és viszontáttétel fogalmait használják.

Az előadást saját eseteink és egy kitűnő szépíró és egzisztenciális pszichoterapeuta, *Irvin Yalom* „pszichoterápiás meséinek” részleteivel illusztráljuk és azt reméljük, hogy a műhelyben élénk, tartalmas beszélgetés alakul majd ki a témáról a résztvevők kérdéseivel és tapasztalataival is gazdagodva.

### A kontextus kontingencia-váltásának zavara összefügg a poszttraumás tünetekkel és a hippocampus CA3 alrégiójának volumencsökkenésével szkizofréniában

Kádár Bettina<sup>1,2</sup>, Kelemen Oguz<sup>3</sup>, Kéri Szabolcs<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet, Szeged

<sup>2</sup>Nyíró-Gyula Kórház-OPAI, Budapest

<sup>3</sup>Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

kadar.bettina.90@gmail.com

Jól ismert, hogy mind a szkizofréniát, mind a poszttraumás zavarokat (PTSD) memóriadeficit kísérheti, amely standard neuropszichológiai tesztekkel kimutatható. Nincs viszont adat arra vonatkozóan, hogy e memóriazavarok miként lépnek egymással kölcsönhatásba a két kórformában. A kérdés megválaszolására 22 DSM-IV szerint diagnosztizált szkizofrén pácienszt vizsgáltunk meg, akik az elmúlt 6 hónap során pszichotraumatát éltek át. A poszttraumás tünetek súlyosságát a CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) segítségével számszerűsítettük. A tanulási funkciókat a SURPRISE-teszttel mértük, amely korábbi eredményeink alapján érzékeny a hippocampus károsodására. A feladat során a résztvevőknek számítógép segítségével bemutatott játékban különböző tárgyakat tartalmazó, eltérő színű (kontextusú) dobozokat kell kinyitni, amely jutalomhoz vagy büntetéshez vezetett a tárgy és a kontextus függvényében. A kontingenciaváltás során a korábbi inger-válasz asszociációk megfordultak. A hippocampus alrégióinak volumetriás elemzését nagyfelbontású mágneses rezonancia (MRI) és a FreeSurfer/Van Leemput módszerrel végeztük. Eredményeink szerint a szkizofrén betegek szignifikánsan több hibát vétettek a SURPRISE-teszt során a kontrollszemélyekkel összehasonlítva, valamint az esetükben mindkét oldali hippocampus 4–6%-os volumencsökkenést mutatott. A magas és alacsony CAPS-pontszámú betegek esetében a kontextussal kapcsolatos kontingenciaváltásban volt szignifikáns különbség: a magasabb CAPS-pontszámú betegek (súlyosabb poszttraumás tünetek) több hibát vétettek. Ez a hippocampus CA3 alrégiójának volumencsökkenésével függött össze. Eredményeink arra utalnak, hogy a poszttraumás tünetek specifikusan kapcsolódnak a kontextussal kapcsolatos kontingencia-váltás zavarához szkizofréniában. E tekintetben a spatialis reprezentációk és a mintázatkiegészítési memóriefunkciók kapcsán kulcsfontosságú CA3 régió rekurrens neuronhálózatai lehetnek elsődlegesen érintettek.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

### Személyiségjellemzők és stresszválasz szabályozás pikkelysömörös betegeknél

Kálmán L. János<sup>1</sup>, Rózsa Sándor<sup>2</sup>, Kui Róbert<sup>3</sup>, Gaál Magdolna<sup>3</sup>, Eöry Ajándok<sup>4</sup>, Drótos Gergely<sup>1</sup>, Gonda Xénia<sup>5</sup>, Kemény Lajos<sup>3</sup>, Janka Zoltán<sup>1</sup>, Rihmer Zoltán<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SZTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>2</sup>ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup>SZTE ÁOK Klinikai Központ, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

<sup>5</sup>Semmelweis Egyetem Klinikai és Kutatói Mentálhigiénés Osztály, Budapest

kalmanjan@yahoo.com

A psoriasis kialakulásában és lefolyásában a betegek 40–80%-a az orvosok jelentős hányada által is fontos etiológiai tényezőnek tartott stressznek tulajdonítja a legnagyobb jelentőséget.

Mivel a stresszválaszt a kiváltó stresszoron kívül az egyén pszichológiai, biológiai és környezeti adottságai is meghatározzák, így a psoriasis és a stressz kapcsolatát elemző vizsgálatoknál ezeket a tényezőket sem hagyhatjuk figyelmen kívül.

Az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Pikkelysömör Szakambulanciáján kezelt betegekkel (n=78) az általános személyiségjellemzőiket (TCI-R és TEMPS-A), az alexithymiát, azaz az érzelmek felismerésének és kifejezésének zavarát (TAS-20) és a vizit előtti hónapban átélt stressz mértékét (PSS) vizsgáló kérdőíveket töltöttünk ki.

Eredményeink szerint a psoriasisos betegek a kontrollként használt populációs normákhoz képest a depresszív és ártalomkerülő temperamentumokat mérő skálákon szignifikánsan magasabb, míg a transzcendencia élményt mérő skálákon szignifikánsan alacsonyabb pontértékeket értek el. Gyakoribb körükben az alexithymia (11%-nál biztos és 31%-nál valószínűsíthető), és gyakrabban számoltak be stresszes életeseményről.

Összefoglalva: a vizsgált betegek személyiségére a fokozott szorongás, a féltékenység, a bizonytalanságtól való félelem, a szabálykövetés és az önmaguknak való megbocsátani képtelenség jellemző, melyek az érzelmek felismerésének zavarával társulva a stresszpercepció és stresszválasz szabályozásának problematikájára utalnak. Az, hogy a személyiség és az életesemények szintjén megfigyelt eltérések a stressz-szabályozás biológiai markereiben is kimutathatóak-e, későbbi vizsgálataink tárgyát képezi.

## Anozognózia és az Alzheimer-kór (AK) kezelése és annak nehézségei

*Kappéter István*

Feledékeny Emberek Hozzá tartozóinak Társasága, Budapest  
kappnov@yahoo.com

A szerző előadásában beszámol arról, hogy 2006 márciusában térbeli tájékozódása, és az emlékek felidézésére, valamint feladatok automatikus végzésére vonatkozó képességei jelentősen megromlottak, majd anozognózia alakult ki. A neurológiai és pszichiátriai kivizsgálás, valamint az MRI és a pszichológiai vizsgálatok AK-t igazoltak. A gyors diagnózist követően hatékony kezelés kezdődött. Személyes tapasztalatai és a szakirodalmi adatok alapján az eredményes kezelési lehetőségek között a fizikai és szellemi aktivitás; a szeretetteljes gondozás; a hatékony farmakoterápia; a különböző kognitív és memóriatréningek; az életminőség javítását célzó rehabilitációs eljárások szerepét hangsúlyozza.

Kiemeli a korai diagnózis jelentőségét és bemutatja azokat a nehézségeket is, melyek akadályozzák az AK gyors felismerését és hatékony terápiáját. Hangsúlyozza, hogy ezek megoldása elengedhetetlen az eredményes kezelésben és az életminőség megőrzésében egyaránt.

## Gondolatnyomás vizsgálata a Fehér Medve Gondolatnyomási Kérdőív alapján kényszerbetegségben

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

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

Kényszerbetegségben a gátlási folyamatok hibás működése azonosítható. Obszessziók esetén kognitív gátlási zavar áll fenn, míg a kompulzív viselkedés háttérében a magatartás gátlási zavara mutatható ki. Kognitív gátlási zavar esetén a kényszerbetegek magas számú akaratlanul betörő gondolatról számolnak be, amely fenntartja a gondolatnyomási tendenciák magas szintjét. Kényszerbetegek gyakran alkalmazzák a gondolatnyomást, mint megküzdési stratégiát, ami paradox módon, a betegséghez vezet.

Jelen kutatás célja a krónikus gondolatnyomás jelenségének vizsgálata. A betörő gondolatokat és a krónikus gondolatnyomás tendenciáját a Fehérmedve Gondolatnyomási Kérdőív (White Bear Suppression Inventory = WBSI) segítségével vizsgáltuk.

60 kényszerbeteg által kitöltött YBOCS és WBSI tesztek eredményeit vizsgáltuk. A kényszeres tüneteket a YBOCS két alsókálaja alapján két alcsoportra bontottuk fel: obszesszív és kompulzív alcsoportra. A WBSI teszt dimenzionális szétválasztására Blumberg-féle 3 faktoros felosztást alkalmaztunk (1. akaratlanul betörő gondolatok, 2. gondolatnyomás, 3. figyelem-eltérés faktor). A statisztikai elemzés során Pearson korrelációt használtunk.

A WBSI összpontszám szignifikáns korrelációt mutatott a YBOCS összpontszámmal, azaz a kényszerbetegség tüneteinek súlyosbodásával a betegek nagyobb valószínűséggel számoltak be önkéntelenül betörő gondolatokról. Meglepő módon azonban az obszesszív és a kompulzív alcsoport nem egységesen érintett. A kényszer-gondolatok összpontszáma szignifikáns összefüggést mutatott a WBSI összpontszámmal, míg a kényszer-cselekedetek összpontszáma nem korrelált, ami arra enged következtetni, hogy a kompulzív alcsoport tagjai vagy nem számolnak be jelentős mértékben betörő gondolatokról, vagy effektíven elnyomják azokat. Az obszesszív alcsoport pontszámai jelentős korrelációt mutattak a WBSI 3 dimenziójával, míg a kompulzív csoport egyetlen WBSI dimenzióval sem mutatott összefüggést. Így megállapítható, hogy a YBOCS összpontszám és a WBSI teszt eredményei között fennálló szignifikáns korrelációt az obszesszív alcsoport okozza.

Konklúzió: A kényszerbetegség tüneteinek súlyosbodásával párhuzamosan fokozódik a betörő gondolatok mértéke, és azok elnyomási tendenciája, aminek okozója az obszesszív tünetképződésért felelős gondolkozási gátlási zavar. A gondolatnyomás központi eleme a kényszerbetegség kialakulásának, melynek valid mérőeszköze a WBSI kérdőív.

### Spirituális megközelítésű komplex művészeti terápia mantraének segítségével

*Karacs Ildikó*

Szociális Alapellátási Központ, Mór  
karacsildi@gmail.com

Három területen alkalmazom a spirituális megközelítésben a segítséget:

- Munkatársaim lelki egészségének megőrzésében, kiégés ellen
- A Szociális Alapszolgáltatási Központban a primer prevenció területén
- Csoportos és egyéni művészeti terápiás, mantraének foglalkozásokon

Úgy vélem, hogy az embert a test, a lélek és a szellem hármasságát figyelembe véve kell segíteni. Testi betegségeink a lélek diszharmóniájának megtestesülései. TELJES egészségünkért, egységünkért úgy tudunk tenni, ha a lelki, szellemi, testi egészségre, egységre törekszünk tudatosan. Akkor tudunk segíteni, illetve változást elérni, ha a hozzánk forduló bármilyen diszharmóniával küzdő ember tudati, érzelmi és energetikai rendszerét egységben nézzük. Az orvos segíti a betegséget meggyógyítani, mi segítünk megérteni, hogy mit üzen neki egy betegség, mint szimbólum, megérteni, hogy min kell változtatnia. Komplex művészeti terápiával segítjük a lélekben, tudattalanjában lévő komplexusok feloldásában a lelki áramlást segítő mantraének, zene, s hatékony relaxációs, meditációs technikák alkalmazásával. Adva ezek mellé olyan technikát is, amit otthon is gyakorolhat, használhat.

Spirituális megközelítésű művészeti terápiát alkalmazok mantraének segítségével. Spirituális megközelítésű művészeti terápiában az évkörről történő beszélgetés után relaxáció, teljes testi ellazítás következik, a fej, arc, nyak, váll, hát, kar, láb izmainak ellazításával. A vezetett relaxációból, meditációból visszatérve rövid pihenő után nekiállnak az alkotás elkészítésének, akvarellfestésnek, agyagozásnak, rajzolásnak, montázs vagy kollázskészítésnek. Ebben a módszerben több olyan elem van, ami segíti a megérintődést, ráhangolódást, a komplexus fellazulását.

### A képzőművészet szerepe a pszichiátriai rehabilitációban

*Kassai-Farkas Ákos*

Nyíró Gyula Kórház–OPAI, Budapest  
akos@kassai-farkas.hu

A pszichiátriai rehabilitációnak fontos eleme a szocioterápia. Itthon az utóbbi időkben a foglalkoztatás-terápiák közül a művészet/képzőművészet-terápia került előtérbe.

Egyre sikeresebbek azok a műhelyek, melyek tevékenysége a kifejezés-pszichopatológiai megközelítés mellett az esztétikai elemekre is figyelnek.

Hagyományosan az alkotás folyamata a gyógyítás szolgálatában áll. Fontos, hogy ne váljon öncélúvá sem a terapeuta, sem az alkotó kliens számára. Előadásomban a „jó gyakorlatok” bemutatása mellett igyekszem a csapdákra is rámutatni.

## Viselkedésmintázatok és dinamikus családrepresentációk

Kékes Szabó Marietta

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Szeged  
kszmarietta@gmail.com

A család szerepe és az annak rendszerén belül megnyilvánuló interakciós mintáink meghatározóak fejlődésünk, adaptív létezésünk és későbbi társas kapcsolataink szempontjából. Ezek mélyebb szintű feltárása tehát nélkülözhetetlen lehet a pszichoszomatikus családokkal végzett terápiás munkában, ahol a hatékony támogató munkához, beavatkozáshoz sajátos viselkedésminták és dinamikai folyamatok megértése szükséges. Kutatásomban *Gebring* (2010) Családstruktúra Tesztjét (Family System Test, FAST) alkalmazva 1-1-1 egészséges és pszichoszomatikus, illetve szomatizációs betegséggel (asztma és pánikzavar) élő fiatal felnőttet és mentális- és/vagy organikus betegséggel nem érintett testvérét nevelő család statikus és dinamikus reprezentációit tártam fel. A családrepresentációk közös kirakása során rögzített videofelvételt pedig utóbb a Noldus Observer XT 8.0 programozóval – két független kódoló által kialakított szempontok szerint – elemeztem. Eredményeim (1) a dinamikus családrepresentációk domináns/áldomináns személy általi befolyásoltságát, (2) valamint a mindennapokban is megnyilvánuló család-dinamikai összefüggések és szerepek átfogóbb képét mutatták meg, mely utóbbival összefüggésben a(z) alrendszer(ek) szintjén észlelt kohézió és hierarchia, valamint jellemző kommunikációs minták is feltárultak. Így a pszichoszomatikus családok tipikus és ideális helyzetekben megnyilvánuló kapcsolati mintázatai gyakran az „áldomináns” családtag elképzelései nyomán bontakoztak ki és nyerték el végső formájukat, mellyel szemben a konfliktushelyzet megjelenítése már a többi családtag által is kiemelt, a hierarchiában valóban magasabb szinten elhelyezkedő/észlelt személy indítatására és ezzel befolyásolásával volt demonstrált. A konfliktushelyzetben kialakított dinamikus reprezentációk és közben megfigyelhető viselkedésminták így jó rálátást engedtek a vizsgált családok mindennapi működésére. S noha a terápiás szempontú alkalmazás, illetve az ahhoz való ajánlattétel szélesebb körű kutatómunkát igényel, a feltárt magatartásformák és mintázataik hasznos adalékokkal szolgálnak eddigi család-dinamikai ismereteinkhez.

A kutatás az Európai Unió és Magyarország támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt keretei között valósult meg.

## Családrepresentációk összehasonlító vizsgálata pszichoszomatikus és szomatizációs zavarokban

Kékes Szabó Marietta

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Szeged  
kszmarietta@gmail.com

A családnak meghatározó szerepe van az egyén fejlődéstörténetében. A struktúra kialakításában résztvevő koherencia- és hierarchia-dimenziók pedig a személyek interakciói során kibontakozó kommunikáció által katalizáltak. Azon családokban, ahol pszichoszomatikus, avagy szomatizációs betegséggel élő tag van, rendszerint a család-szerveződés sajátos mintázatai válnak megragadhatóvá. Kutatásomban, *Gebring* (2010) Családstruktúra Tesztjének (Family System Test, FAST) három helyzetben (tipikus, ideális, konfliktus) történő felhasználásával, asztmás és pánikzavarral élő fiatal felnőttek statikus, valamint családtagjaikkal közös dinamikus reprezentációit kívántam feltárni az elsődleges szocializációs környezet, mint jelentős pszichoszociális háttér vonatkozásában. Ezen betegségek ugyanis két kapcsolódási ponttal is bírnak: (1) közös tüneteként mutatkozik a nehézlégzés, ami szimbolikusan a környezettel való kapcsolat nehezítettségét fejezi ki, (2) valamint az asztmás betegek körében magas prevalenciát mutat a pánik, illetve utóbbi betegcsoportnál 6–24%-os előfordulással találunk asztmás elözményt (*Szendi*, 2009). A nevezett projektív módszer mellett a kutatásban a FACES IV. teszt (*Olson & Gorall*, 2006) felvétele is szerepelt. Vizsgálatomban egy-egy pszichoszomatikus, illetve szomatizációs zavarral küzdő fiatal felnőttet nevelő család, továbbá egészséges kontrollcsoport (család) vett részt. Eredményeim a pszichoszomatikus családokra jellemző sajátos szerveződést és merev struktúrát erősítették meg. Míg az asztmás fiatal családjában ezen rugalmatlanság elsősorban a tipikus és ideális helyzetek relációjában mutatkozott, addig a pánikbeteg személynél inkább tűnt hangsúlyosnak a demonstrált konfliktushelyzet. Továbbá a légzési nehézséggel küzdő fiatalok mentális reprezentációinak dinamikus kirakásokra gyakorolt befolyása és így a megjelenített struktúrákhoz való hozzájárulása – a kontrollszemély ábrázolásaihoz képest – fokozottan bizonyult. A papír-ceruza teszt eredményei támogatták a projektív teszt eredményeit, noha az összefüggések mélyebb szintű értelmezése további kutatómunkát igényel.

A kutatás az Európai Unió és Magyarország támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt keretei között valósult meg.



### A szülői bánásmód összehasonlító vizsgálata ekcémás és egészséges személyeknél

Kékes Szabó Marietta

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Szeged  
kszmarietta@gmail.com

A kisgyermek szülővel kialakított érzelmi kapcsolatának hatása mind a fiatal pszichés, mind pedig organikus fejlődésére hatással van (Geréb, 1974). A szülői-nevelési stílusra vonatkozóan Baumrind (1971, 1980) három mintázatot differenciált: (1) tekintélyelvű, (2) irányító, (3) engedékeny, melyek a gyermek személyiségének alakulásával, illetve későbbi iskolai teljesítményével is összefüggést mutatnak. S noha a szülőiséget direkt módon egyaránt befolyásoló tényezők az anya és az apa személyisége, valamint a gyermek jellemzői, a tágabb társadalmi kontextustól sem vonatkoztatathatunk el, miként jelentős faktor a család rendszerét alkotó tagok egyéni fejlődéstörténete is (Belsky, 1989). A családi szocializáció terén számos tényező interakciójáról van tehát szó, melyek közül kutatásomban közvetlenül a szülői környezet hasonlóságainak és eltéréseinek feltárását tűztem célul. Vizsgálatomban 17 ekcémás (M: 20,382; SD: 1,281) és 13 egészséges (M: 21,423; SD: 1,801) fiattal – mint kontrollcsoport – az önértékelő Szülői Bánásmód Kérdőív magyar változatát (Parental Bonding Instrument, H-PBI) (Tóth & Gervai, 1999) vettem fel. Hipotézisem szerint az ekcémás fiataloknál – miként ezt Pauli-Pott, Darui és Beckmann (1999) is leírták – fokozott szülői (anyai) túlvédés jellemző. Az eredmények azt mutatják, hogy az anya gyermeke iránt megnyilvánuló szerető és törődést kifejező viselkedése, illetve annak gyermek felőli észlelése, inkább járt együtt korlátozó megnyilvánulásokkal az ekcémás fiatalok esetében ( $r=0,783^{**}$ ,  $p=0,000$ ), mint az egészséges személyeknél ( $r=0,641^*$ ,  $p=0,018$ ). Továbbá a kontrollcsoportban az anya szerető-gondoskodó magatartása alapvetően alacsonyabb mértékű túlvédelméssel volt asszociálható ( $r=-0,661^*$ ,  $p=0,014$ ). Az ekcémával küzdő személyek és az egészséges kontrollcsoport relációjában az eredmények szignifikáns különbséget az apai bánásmód szeretet-törődés skáláján kaptam ( $t(28)=19,264$ ,  $p=0,011$ ). Mindezek nyomán tehát elmondható, hogy a kis mintán végzett felmérés eredményei az atópiás zavarral küzdő és egészséges személyek körében eltérő szülői bánásmódot igazoltak, s noha az egyén fejlődésére nézve számos tényező van kihatással, a szülői bánásmód a pszichoszomatikus zavarok megjelenése terén is predesztináló tényező lehet. Az egészségügyi státuszt meghatározó változók további vizsgálata azonban szükséges az összefüggések mélyebb szintű megismeréséhez.

### A tárgyi játék fejlődése. Autizmus spektrumzavarral élő és tipikus fejlődésű gyermekek tárgyhasználatának longitudinális vizsgálata

Kékes Szabó Marietta, Szokolszky Ágnes

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Szeged  
kszmarietta@gmail.com

A játékra való képességünk szociális fejlődésünk által formálódik, és a játék maga is alakítja a szociális képességeinket: lehetőséget nyújt a tárgyakkal és emberekkel kapcsolatos ismeret- és tapasztalatszerzésre, és a szimbolikus értelmezések kipróbálására. A játékos tevékenységek hozzájárulnak a gondolkodás és a társas kapcsolatok rugalmasságának fejlődéséhez, a fantázia kibontakozásához, ezért a játék a fejlődés egyik alapjának tekinthető (Moor, 2009). A játéktevékenység azért is jelentős, mert megfigyelése révén a mentális és szociális képességek indirekt formában válnak megismerhetővé, ami a fejlesztés és a terápiás beavatkozás alapját is képezheti. Kutatásunkban 3–3 óvodáskorú, mentális korban illesztett, autizmus spektrumzavarral élő (Autism Spectrum Disorder, ASD) és tipikus fejlődésű (Typical Development, TD) gyermek és anya diád tárgyi játékát hasonlítottuk össze keresztmetszeti-ileg, illetve ismételt megfigyelést végezve, az eredeti vizsgálat után egy évvel. Három félig strukturált interakciós helyzetet alakítottunk ki, amelyekben az anya meghatározott tárgyakat kínált fel a gyermek számára, illetve a közös játék céljára. A vizsgálat a családok otthonában zajlott. A videóra rögzített adatok feldolgozása és elemzése a Noldus Observer XT 8.0 szoftver alkalmazásával történt. Az ASD-csoportban mindkét alkalommal szegényesebb kreatív játék, ezen belüli is kevésbé fantáziadús mintha-játék fordult elő, miközben a tárgy-exploráció dominált. A TD-gyermekek ezzel szemben változatos „mintha-tevékenységet” folytattak, egyszerre több tárgy bevonásával. Az ASD-gyermekek szülői jellemzően tanító szándékkal, explicit instrukciókkal igyekeztek irányítani a gyermeküket, míg a kontrollcsoport anyái inkább teremtették meg gyermekeik számára a helyzetek nyílt végű kimenetelét, és kevésbé avatkoztak be a játékmenetbe. A TD-gyermekek játéka dinamikusabb fejlődést és komplexebb játékformákat mutatott egy év távlatában. A szülők – a korábbi vizsgálat tapasztalataival összhangban – igyekeztek gyermekük figyelmét a gyermek által kevésbé preferált tárgyhasználati módokra irányítani, demonstrálva a tárgyhasználatot. A jelen eredmények szélesebb kontextusban történő értelmezése további kutatómunkát igényel.

## Komorbiditás gyermek- és serdülőkorú figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarban

Keresztény Ágnes<sup>1,2,3</sup>, Dallos Gyöngyvér<sup>1,2</sup>, Miklósi Mónika<sup>1,3,4</sup>, Gáboros Júlia<sup>2</sup>, Balázs Judit<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

<sup>2</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

<sup>3</sup>ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

<sup>4</sup>Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest  
agnes.kereszteny@gmail.com

**Bevezető:** A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) diagnózisú gyermekek több mint kétharmadánál állítható fel legalább egy komorbid pszichiátriai zavar. Korábbi kutatások azt mutatják, hogy ezek megjelenési valószínűsége az életkor előrehaladtával nő. Vizsgálatunk célja ADHD diagnózisú gyermek és serdülő korosztály között a komorbid kórképek mennyiségének és minőségének az összehasonlítása.

**Módszer:** Vizsgálatunkba a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházba első alkalommal felvétellel került ADHD diagnózisú fiatalokat vontunk be. A vizsgálati személyeket két mintára osztottuk: gyermek (3–12 év) (n=168) és serdülő (13–18 év) (n=43) csoportra.

**Eredmények:** Az ADHD mellett leggyakrabban előforduló kórkép mindkét korcsoportban az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az öngyilkos magatartás, valamint gyermekeknél a mániás epizód, serdülőknél a generalizált szorongásos zavar volt. A serdülő csoportban szignifikánsan több kórkép volt jelen ADHD mellett, mint a gyermek csoportban ( $t=-3,726$ ;  $df=50,202$ ;  $p<0,001$ ).

**Összefoglaló:** Vizsgálatunk alapján gyermek- és serdülőkorban fontos az ADHD mellett mind a komorbid externalizációs, mind az internalizációs zavarok rutinszerű szűrése. A gyermekkori ADHD és mániás epizód gyakori komorbiditása – a számos átfedő tünetük miatt – további vizsgálatok szükségességét veti fel. Kiemelkedő gyakorlati jelentőségű – korábban kevésbé ismert – eredményünk az öngyilkos magatartás gyakori előfordulása az ADHD mellett mindkét korcsoportban.

## A terapeuta identitása és a borderline patológia

Keresztes Zoltán

magánpraxis

keresztes.zoltandr@gmail.com

Közismert, hogy a borderline személyiségzavaros betegek nagy potenciállal esnek regresszióba, váratlan időpontokban, szinte megjósolhatatlanul, látszólag a zajló pszichoterápia történéseitől függetlenül. Vajon e regressziós történések elválaszthatók-e a terapeuta aktuális (és mindenkor) állapotától, aktuális élethelyzetétől, és az ebből adódó esetleges, a páciens által is (tudattalanul) érzékelt feszültségtől? Elég akár egy óra közben más hangsúllyal tett megjegyzés, és a páciens máris a regresszív csúszdán találjuk. Természetesen a terapeuta is átélhet regresszívebb időszakokat, gyerekszületés, válás, családtag elvesztése stb. kapcsán. Mennyire félünk vajon ilyenkor a páciens előtt föltárni aktuális érzésvilágunkat, élethelyzetünket? De lehet a terapeuta regressziója projektív nyomás eredménye is. Hogy reagálunk, hogy válasszuk szét a projektív nyomást a realitástól? Köztudomású az is, hogy a borderline páciensek remekül „olvasnak” a kezelő tudattalanjában, pillanatok alatt és nagy biztonsággal hibáznak rá a kezelő bizonytalan és sebezhető pontjaira, például aktuális magánéleti, szakmai krízis, az ezzel együttjáró szakmai identitás elbizonytalanodása etc. Hogyan segít a kezelő részletes és kimerítő önismerete, saját állapotának, állapotainak folyamatos és kimerítő monitorozása a regresszív hullámok megjósolhatóvá tételében? Milyen összefüggések tárhatók föl a terapeuta identitásának biztonsága és a páciens (esetleges) regresszív hullámozása közt? A terapeuta belső világának bejárhatlansága szinte felhívó jel a súlyos személyiségzavaros páciensnek a (számára)kamatozó regresszív állapotokban való huzamosabb tartózkodásra. Hogyan lehet ezeket a regresszív időszakokat a pszichoterápia menetébe integrálni, lehetségesek-e preventív lépések? A szerző előadásában ezen kérdések megválaszolására törekszik, saját és szupervíziós gyakorlatából vett eset-részletek bemutatásán keresztül.

**Magány és izoláció – mint rizikófaktor – az öngyilkos magatartás hátterében. Tapasztalataink***Kiss Barna, Szlávik Győző, Vincze Gábor*Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula  
rozsavolgyikata@gmail.com

Bevezető: Az öngyilkossági kísérletet elkövetők körében a magány, izoláció, válás, fontos rizikófaktorként szerepel a nagy pszichiátriai kórképek, addiktív betegségek és más kockázati tényezők mellett az európai térségben.

Módszer és minta: Retrospektív adatgyűjtést végeztünk a 2013-ban osztályunkon ambulánsan vagy hospitalizált formában észlelt, öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek körében családi helyzetükre vonatkozóan.

Eredmények: Osztályunkon ellátott betegek között 2013-ban az irodalmi adatokkal ellentétben, nagyobb arányban fordul elő öngyilkossági kísérlet a házasságban vagy párkapcsolatban élők körében, amiről már más régióban is beszámoltak. Az általunk vizsgált 172 beteg közül 126 élt házasságban vagy élettársi kapcsolatban, míg ezzel szemben csak 46 beteg élt párkapcsolat nélkül az észlelés időpontjában, így jóval kisebb arányban voltak az egyedülállók a párkapcsolatban élőkhez képest.

Konklúzió: Ez a jelenség – valószínűleg – a rossz interperszonális kapcsolatokra és a problémamegoldási mechanizmusok hiányosságaira vezethető vissza.

**Az anorexia nervosa hosszú távú követésének dilemmái***Kissné Pulay Zita, Major Melinda*Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest  
pulayzita@gmail.com

Az elmúlt évtizedekben számos tanulmány készült a világ több országában, mely az anorexia nervosa hosszú távú lefolyását vizsgálta (*Halvorsen et al*, 2013, *Steinhausen*, 2002; *Hebebrand*, 2001; *Zipfel*, 2000). Ezek több okból is nehezen összehasonlíthatóak egymással. A DSM-III, DSM-III-R és DSM-IV alapján más diagnosztikai kritériumokat alkalmaztak az anorexia nervosa és az egyéb típusú evészavarok leírására. Gyakran kis esetszámmal dolgoztak, a több éves utánkövetés során sokszor nem sikerült a korábban vizsgált betegeket elérni. A minta általában egy adott intézmény beteganyagából állt, azonban az egyes intézmények terápiás metodikája a terápiás team sokfélesége, a terapeuták képzettsége, személyisége, az alkalmazott kórházi, illetve ambuláns terápiák hossza szempontjából nem egységes. Jelentős különbség adódik az eredményekben attól függően is, hogy milyen hosszú az utánkövetési periódus. A legtöbb tanulmány fontos prognosztikai faktorként említi a betegségkezdetet, a (kezdeti) tünetek súlyosságát, a pszichiátriai komorbiditást, illetve a terápiára adott korai választ. Befolyásolja a kapott eredményeket, hogy mi alapján ítélik meg a prognózist, illetve melyek az utánkövetés szempontjai. A tanulmányok a betegség kimenetelét általában az alábbi négy csoportra osztják: meghalt/meggyógyult/javult/krónikussá vált. Számos tesztet, strukturált interjút használnak a tünetek felmérésére, melyek nagy része a testsúly, étkezés és súlykontrollálási szokások, pszichológiai, szexuális, szociális kérdések témakörét járja körül. Több metaanalízist is készítettek a témában. Mindezen ismeretek jó alapot nyújtanak a klinikánkon közeljövőben tervezett utánkövetéses vizsgálat előkészítéséhez.

## Protokollon innen és túl – a kamaszkori anorexia nervosa terápiás dilemmái az aktuális szakmai irányelvek tükrében

Kissné Pulay Zita, Böhm Mónika, Soós-Csordás Patricia, Gallai Mária

Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest  
major\_melinda@yahoo.com

Az anorexia nervosa terápiája – tekintettel a betegség súlyos, potenciálisan életet veszélyeztető tüneteire és következményeire – csak akkor lehet eredményes, ha a pszichés és szomatikus segítő munka szorosan összekapcsolódik. A serdülőkori – gyakran egyre fiatalabb életkorban megjelenő – evészavarok kezelése bár alapjellemeiben hasonlít a fiatal felnőttekéhez, nem nélkülözheti a speciálisan erre a korosztályra jellemző sajátosságok terápiába történő beépítését. Ezeket az ismerveket igyekeznek ötvözni a kimondottan gyermek- és kamaszkori anorexia nervosára fókuszáló terápiás protokollok, melyek aktuális válfajairól adunk áttekintést előadásunk első felében (Junior MARSIPAN, 2012; Lock 2013, NICE, 2004). Közös sajátosságukként kiemeljük, hogy részletes iránymutatást nyújtanak az evési magatartást, szomatikus teendőket illetően, a pszichés beavatkozások kiemelt területét pedig a családterápiát hangsúlyozzák. Az irányelvek kevés információval szolgálnak a fizikális és pszichés intervenciók terápiás összehangolásával kapcsolatban.

Előadásunk második felében három, osztályunkon anorexia nervosával kezelt fiatal esetvignettáján keresztül szeretnénk ismertetni, hogy milyen egyéni szakmai szempontok, dilemmák jelentek meg a terápia folyamatában, amelyek bár a kezelési protokollok határait feszegették, kulcsfontosságúnak bizonyultak a terápiás folyamat előrevitelében. Egy 11 éves prepubertás lány terápiája során a szülői alrendszer súlyos traumatizáltsága és önreflexiók nehézségei nehezítették a folyamatot. Egy 16 éves leány három éve zajló betegsége történettel, kétszeri hospitalizáció után, igen súlyos szomatikus és pszichés állapotban érkezett klinikánkra. Semmilyen ételt és folyadékot nem volt hajlandó fogyasztani. Ismertetjük továbbá egy 14 éves anorexiás fiú terápiáját, amely során a kamasz marginális intellektuális képességei a terápiás intervenciók átgondolását és módosítását tették szükségessé. Előadásunk végén bemutatjuk, hogy az aktuálisan előtérben lévő szomatikus terápia és a párhuzamosan zajló pszichoterápia integrációja hogyan tud megvalósulni a szakmai gyakorlatunkban.

## Az Autentikus Terápiás Módszer bemutatása

Kiszely Márta<sup>1,2,3</sup>, Galambosi Anna<sup>1,2,3</sup>, Gosztonyi László<sup>1</sup>, Bai-Nagy Katalin<sup>1,2</sup>, Kiss Zoltán<sup>1,3</sup>, Kassai-Farkas Ákos<sup>1,2,3</sup>, Kocsis Anikó<sup>1</sup>, Gelléri Ágnes<sup>1,3</sup>, Szecsődy Kristóf<sup>1</sup>, Maros B. Yudit<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Autentikus Terápiás Egyesület, Budapest

<sup>2</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

<sup>3</sup>magánpraxis, Budapest  
bainagy@yahoo.com

Az Autentikus – vagy „Belső vezérlés” – Terápiát az Egyesült Államokban élő, magyar származású Maros Yudit MA, LMFT pszichoterapeuta dolgozta ki, felhasználva több éves pszichoterápiás munkája tapasztalatait, illetve a pszichoterápiás módszerek eredményeit.

Az Autentikus Terápia a leghatékonyabb pszichológiai módszerek (gestalt, pszichodinamikus, kognitív, behaviorista és szomatikus tapasztalás) új szintézise, mely a terápiát új koordináta-rendszerbe szervezi. Egyszerre elmélet, diagnosztikai eszköz és kezelési protokoll, melynek égisze alatt békésen megférnek egymással a terápiás gyakorlatok. Egy jól strukturált kognitív módszer, hatékony eszköz az érzések és a szükségletek beazonosítására. Testorientált, a terápiás folyamatra fókuszál. A terápia során minden információ a páciensről/klienstől származik, az ő szükségleteihez igazodik, és erőforrásaira alapoz. Alkalmazható terápiás üléseken, és támogatott tanulás után önszorgó módon is.

A program hatékonyságának alapja, hogy a pszichoterápiában alkalmazott, tudományosan megalapozott technikákat – meditáció, relaxációs gyakorlatok, asszertív elemek, dinamikus terápia, kognitív terápia – egyéni, strukturált protokoll szerint ötvözi.

A terápia vezérfonala:

a testi érzések észrevése, elfogadása	(É)
azok leképezése, beazonosítása, a test és a lélek „lenyugtatása”	(L)
elmondása – kommunikáció	(E)
tett	(T)

A fenti lépésekkel elérhető a változás.

A terápia célkitűzése: A testi érzések felismerése, beazonosítása és tudatosítása, a hozzájuk kapcsolódó gondolatok, emlékek (üzenetek) feltárása, és terápiás „megmunkálása” segítségével a testi-lelki harmónia helyreállítása.

Poszterünkben a fenti, Magyarországon még merőben új protokollt, az ÉLET algoritmusát mutatjuk be, amely egy egyszerű, mégis hatékony terápiás módszer. A poszter egyben Yudit Maros terápiáról szóló szakönyvének is jó összefoglalója lehet, ami a közeljövőben magyar nyelven is elérhető lesz.

## Kodependens és borderline személyiségzavarban szenvedő személyek korai maladaptív sémáinak összehasonlítása

Knapek Éva<sup>1</sup>, Balázs Katalin<sup>2</sup>, Kuritárné Szabó Ildikó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DE OEC NK Magatartástudományi Intézet, Debrecen

<sup>2</sup>DE BTK Pszichológiai Intézet, Debrecen

knapek.eva@sph.unideb.hu

**Bevezetés:** A kodependencia a személyiség szerveződés és személyiségműködés diszfunkcionális módja. Legfőbb jellemzői közé tartozik a kóros kontrolligény, a mások életéért és érzeléért való túlzott felelősségvállalás, valamint a saját szükségletek figyelmen kívül hagyása. Etiológiai tényezőiről azt feltételezik, hogy hasonló a borderline személyiségzavar kialakulásában szerepet játszó korai averzív élményekhez. Egyes empirikus kutatások a kodependencia és a borderline személyiségzavar (BPD) tünetei között szoros együttjárást mutattak ki. A korai maladaptív sémák a gyermekkori averzív események reprezentációi. A sémák kérdőívvel jól mérhető konstruktumok. Kutatásunk célja, hogy feltárjuk a korai maladaptív sémákban megmutatózó különbségeket borderline és kodependens személyek között.

**Módszer:** A kodependens személyeket a 36 itemből álló, 5-fokú Kodependencia Kérdőív (CdQ) segítségével azonosítottuk. A vizsgálati személyek 108 pont felett (a maximálisan megszerezhető 180 pontból) kerültek a mintába. A kodependens személyek (n=40) a SCID-II alapján legfeljebb 2 BPD kritériummal rendelkeznek, ellenkező esetben kizárásra kerültek. A borderline személyiségzavarban szenvedő személyek a CdQ eredményei alapján két csoportra bonthatók: borderline személyek kodependencia nélkül (n=11), valamint borderline személyek kodependenciával (n=44). Az összehasonlítás a Young-féle Séma Kérdőív 75 itemes változatával történt.

**Eredmények:** Kodependencia vs. BPD kodependencia nélkül: Két séma átlagértékeiben mutatkozott különbség. A kodependens személyek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az Önfeláldozás és a Könyörtelen mércék sémán, mint a borderline személyek kodependencia nélkül.

**Kodependencia vs. BPD kodependenciával:** A kodependens személyek 8 sémán értek el szignifikánsan alacsonyabb átlagértéket, mint a borderline személyek kodependenciával (pl. Bizalmatlanság, Érzelmi depriváció, Csökkentértékűség).

**Következtetések:** A korai maladaptív sémák mentén a kodependencia és a borderline személyiségzavar megkülönböztethetővé vált. A kodependensek a nem-kodependens borderline személyekhez viszonyítva hajlamosabbak saját szükségleteiket figyelmen kívül hagyni, s erős kritikai attitűddel rendelkeznek. A kodependensek sémái a borderline-kodependens csoporthoz hasonlítva kevésbé korai eredetre vezethetők vissza, kevésbé áthatóak és merevek. Gyermekkori averzív élményeik kevésbé tűnnek súlyosnak, mint a borderline-kodependens csoport által átélt események.

## Megrázó életesemények a pszichotikus tünetek hátterében: Egy empirikus kutatás eredményei

Kocsis-Bogár Krisztina, Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest  
kocsis.bogar.krisztina@gmail.com

**Elméleti háttér:** A szkizofrénia kutatásában egyre inkább teret nyer az a szemlélet, hogy a biológiai/genetikai tényezők mellett a megterhelő életeseményeknek is szerepük lehet a panaszok (téveseszmék, hallucinációk) fennmaradásában, ami miatt gyakran terápiarezisztensnek is tekintik az illetőt. A stressz-diatézis modell (Walker és Diforio, 1979) szerint a pszichotraumák egy már meglévő sérülékenységen talaján provokálnak pszichotikus tüneteket; a traumagén elmélet (Read, 2001) értelmében a korai súlyos traumák (például a gyermekkori fizikai és/vagy szexuális bántalmazás, elhanyagolás) önmagukban is kialakíthatják azt a sérülékenységet, amely kedvez a későbbi pszichotikus tünetek kialakulásának. Számos korábbi eredmény szerint a traumákkal terhelt élettörténet gyakoribb azoknál a betegeknél, akiknél a pozitív tünetek dominálják a klinikai képet, egyes eredmények azonban ennek ellenkezőjét támasztják alá.

**Hipotézis:** A gyermek-, illetve felnőttkori szexuális és fizikai bántalmazás, illetve az egyéb traumatikus események jelentősen nagyobb arányban fordulnak elő a nagyobb arányban pozitív, mint negatív tünetektől szenvedő páciensek élettörténetében.

**Módszerek:** 102 szkizofréniaival és szkizoaffektív zavarral kezelt személynél vettük fel a SCID-I. strukturált interjút (First és mtsai, 1997/2006), a SANS (Andreasen, 1983), SAPS (Andreasen, 1984) tünetbecslő skálákat és a Korai Trauma Kérdőívet (Early Trauma Inventory, Bremner, 2000). Ez utóbbi mérőeszköz segítségével az egész élet során előforduló megterhelő életeseményeket (pl. saját vagy szeretett személyek súlyos betegsége, szeretett személyek halála stb.), illetve a gyermekkorban elszenvedett fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazást, illetve az elhanyagolást mértük.

**Eredmények:** Elvárásainknak megfelelően, a szkizofréniaival és szkizoaffektív zavarral élők csoportján belül a pozitív tünetek (és ezen belül kifejezetten a hallucinációk) aránya azoknál a betegeknél volt magasabb, akiknél több trauma volt feltárható az élettörténetben.

**Megbeszélés és következtetések:** Kutatásunk során kapott eredményeink megerősítik a korábbi, nemzetközi kutatásokban is kapott vizsgálati eredményeket, melyek szerint a pozitív tünetek szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő olyan személyeknél, akiknél traumákkal terhelt élettörténet húzódik meg a háttérben. A lehetséges háttértényezők elemzése az előadásban elhangzik.

## Öngyilkossági kísérlet miatt traumatológiai ellátásban részesült páciensek pszichiátriai konzíliumainak tanulságai

*Kokovai Emőke, Molnár Enikő, Várda Ágnes, Wurfer Nikolett, Vonyik Gabriella, Gyulai Éva, Komoróczy Eszter, Takács Rozália*

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

**Bevezetés:** Napjainkban világszerte kb. évi 1 millióra tehető a befejezett öngyilkosságot elkövetők száma és egyes becslések szerint 2020-ra ez a szám várhatóan eléri a 1,5 milliót. Magyarországon a violens öngyilkosságot elkövetők aránya még a teljes esetszám csökkenésének időszakában is folyamatosan növekedett.

**Módszer:** Vizsgálatunkban az Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Merényi Gusztáv Kórház Traumatológiai Osztályán és Ambulanciáján, két hónapos periódus alatt öngyilkossági kísérletet követően ellátott páciensek pszichiátriai konzíliumának adatait dolgoztuk fel retrospektíven. A dokumentáció alapján vizsgáltuk az öngyilkossági kísérlet okát, annak elkövetési módját, a páciens esetleges pszichiátriai anamnéziséjét, a kísérlet elkövetése előtt szedett pszichiátriai gyógyszereket, a páciens korát, nemét, családi és szociális állapotát.

**Eredmények:** A violens öngyilkossági kísérletet elkövetők többsége férfi volt. A vizsgált betegek több mint kétharmadánál társuló alkohol- vagy kábítószer-használat volt kimutatható. Korcsoportok szerinti megoszlást tekintve az 50 év feletti korosztály érintettsége volt leginkább megfigyelhető. Az öngyilkossági módok között az enyhébb súlyú események (végtagok „falcolása”, alacsony szintű történi kiugrás) fordultak elő nagyobb arányban, míg a violensebb elkövetési módok (önakasztás, vonat elé ugrás stb.) ritkábban jelentek meg a vizsgált mintában. Az elkövetők nagy része rendelkezett egyes tengelyen kódolt pszichiátriai diagnózissal, de a személyiségzavarok előfordulási aránya is jelentős volt. Csaknem 80 % volt a munkanélküliek aránya és ehhez hasonló százalékban fordultak elő egyedülállóak az elkövetők körében.

**Következtetések:** Eredményeink összhangban vannak a nemzetközi irodalmi adatokkal. Jelen vizsgálatunkat egy hosszabb, prospektív vizsgálat előtanulmányának szánjuk, melynek során a violens öngyilkosság okaira, illetve az ezek megértéséből származó preventív lehetőségekre keresünk támpontokat, figyelembe véve a folyamatosan változó orvosi (ezen belül pszichiátriai és pszichofarmakológiai), társadalmi, politikai, szociális körülményeket, adottságokat.

## Apáktól szomorodott anyaszomorítók

*Komlósi Piroska*

Bethesda Gyermekkorház, Budapest  
flaskom@t-online.hu

Férfinak lenni mai világunkban nem könnyű. A család- és párterápiákban ezzel sok a tennivalónk. A fiúból férfivá válás rítusainak hiánya megnehezíti a családi kötelekekből autonómmá válást. Az apáktól kapott sebek feldolgozva erősebbé tesznek. Az autoritás elismerése segíti a saját belső erők elfogadását (*Rohr, R.*) Az apa-fiú kapcsolatot erősen befolyásolja a szülők házastársi viszonya. Az anya-fiú relációban a feleségszerepbeli frusztrációk kompenzálása a fiúk fejlődését megzavarja. A férfi szerepbizonytalanságok csökkentésére hatékony mintát találni egyre nehezebb.

Ezeket és további családianmikai sajátosságokat illusztrálok két esettel, ahol a szülőknek felnőtt gyermekeikkel van problémájuk.

### A mentalizáció („theory of mind”) zavara: „Endogén” pszichózis vagy organikus kórkép?

Kopacz Erika<sup>1</sup>, Makkos Zoltán<sup>1</sup>, Kéri Szabolcs<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet; Szeged  
szkeri2000@yahoo.com

A mentalizációs paradigmák alkalmazása rendkívüli népszerűségnek örvend a pszichiátriában, mivel a belső mentális állapotok felismerésének és értelmezésének károsodása számos pszichopatológiai tünetet magyaráz. Különösen érvényes ez a pszichotikus (szkizofrénia-spektrum) és az autizmus spektrumzavarokra. Mára ismertté vált, hogy a mentalizáció nem egységes jelenség: kognitív mentalizáció során elsősorban a dorsolaterális prefrontális cortex aktiválódik, míg affektív mentalizáció alkalmával ez eltolódik a ventromedialis régiók felé. 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. Mindezek miatt elengedhetetlen a mentalizáció részkomponenseinek pontosabb vizsgálata. A poszteren elsőként bemutatjuk az ezzel kapcsolatos irodalmi eredményeket, majd megvizsgáljuk a mentalizációs eltérések specificitását saját mintán (Alzheimer-kór és szkizofrénia-spektrum zavarok). Eredményeink alátámasztják az irodalmi következtetéseket: 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. Ezzel szemben a kognitív mentalizáció már az Alzheimer-kór kezdeti szakaszában szignifikánsan elmarad a kontrollértékektől. Az irodalmi adatok és saját eredményeink tehát felhívják a figyelmet arra, hogy a mentalizáció nem tekinthető egységes pszichológiai jelenségnek, és a differenciál-deficit megállapítása előtt mindenképpen szükséges legalább a kognitív vs. affektív típus elkülönítése más tesztek alkalmazásával.

### Spiritualitás a lelki egészségben

Kosza Ida<sup>1</sup>, Süle Ferenc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gálfi Béla Pszichiátriai Oktató Kórház, Pomáz

<sup>2</sup>Dr. Süle BT, Budapest  
kosza@galfi.hu

A WHO az egészség definícióját úgy határozza meg, hogy az biológiai, pszichológiai és szociális jóllét. A korszerű 3 dimenziós (biológiai, szocioterápiás, pszichoterápiás) pszichiátriai ellátás az ember teljességét kívánja bevonni a gyógyításba. A kliens holisztikus elfogadásába az illető spiritualitása is beletartozik. A korszerű gyógyítás ezt is bevonja komplex terápiába. A kereszténység, és minden világvallás az ember fejlesztésével foglalkozik a saját világvallás szerint. Minden vallásban a szeretet pozitív humán értéke központi szerepet játszik. A kerekasztal azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy miképpen valósítható meg a spiritualitás pozitív értékeinek bevonása a gyógyítás gyakorlatába.

## Szabad alkotás a rehabilitációban – Budapest Art Brut Galéria, PsychArt24

*Kovács Emese*

Moravcsik Alapítvány, Budapest  
babgaleri@gmail.com

A pszichiátriai betegségek akut fázisának lezajlását követően a korai aktív rehabilitáció során fokozatosan egyre nagyobb szerepet kap a betegek foglalkoztatása. Ezen belül sok helyen preferálják a művészeti tevékenységet. Mozgás, zene, irodalom, drámajáték, képzőművészet a leggyakrabban alkalmazott művészetterápiás foglalkozás. A SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika kreatív és művészetterápiás műhelyében képzőművészeti tevékenységre van lehetőség. Itt a Moravcsik Alapítvány segítségével többfajta művészeti foglalkozási forma keretében folyik a terápia, a képzőművészeti technikák tanítása és elsajátítása, a művészeti alkotó tevékenység és a családba, társadalomba történő reintegráció segítése. Azok a betegek, akik tehetségesek, megtalálják a művészi alkotásban önkifejezésük egyik útját, és a kórházi kezelést követően folytatják az alkotó tevékenységüket, rendszeresen bejárnak az Alapítvány fenntartásában működő Budapest Art Brut (BAB) Galéria alkotóműhelyeibe. A Galéria nemcsak az alkotásra biztosít megfelelő feltételeket, hanem az art brut művészek alkotásait kiállításokon keresztül is megismerteti a művészethez értő nagyközönséggel. A művészeti élet meghatározó személyeitől érkező pozitív visszajelzések bátorítják az art brut művészeket a további alkotásra, erősítik az önbecsülésüket, oldják a környezetüktől való elszigeteltségüket és a velük szemben létező előítéleteket. A BAB Galéria és az art brut művészek célja, hogy önálló kiállításokon keresztül bemutassák és elfogadtassák art brut művészetüket és újra elismert és elfogadott személyként éljenek környezetükben és a társadalomban. Ezt a folyamatot segíti a Moravcsik Alapítvány különleges kezdeményezése a PsychArt24 művészeti maraton. Ezen a rendezvényen hivatásos és amatőr művészek, valamint pszichiátriai betegséggel élő (art brut) alkotók ragadnak ecsetet és ceruzát, hogy közösen a művészet kifejező erejét felhasználva hozzájáruljanak a mentális fogyatékkal, illetve lelki betegséggel élők önértékelésének erősítéséhez, a velük szembeni előítéletek és diszkrimináció csökkentéséhez, a társadalom által a pszichiátriai betegek köré emelt falak lebontásához.

## Pszichiátria és emberi jogok a bioetika szemszögéből

*Kovács József*

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet  
Bioetika Részleg, Budapest  
kovacs.jozsef@med.semmelweis-univ.hu

A pszichiátria emberjogi szempontból jól ismertem értékeny terület. Ennek egyik oka a pszichiátriai diagnózisok rendkívül stigmatizáló jellege.

A stigmatizáció eredményeként megváltozik a stigmatizált személy identitása. Az új identitást a patologizált interiorizálja, s ezzel elfogadja, hogy ő kevesebb.

A súlyos pszichiátriai zavarok mindig a racionalitás zavarainak is tűnnek. A racionalitás zavara pedig mindig „embervoltunk” zavaraként tűnik fel, hiszen a racionalitás *Arisztotelész* óta az ember leglényegesebb megkülönböztető jegyeként szerepel.

Az előadás sorra veszi a pszichiátriai stigmatizáció néhány tényét, majd elemzi a stigmatizáció csökkentésének lehetséges módjait. Ezek közül az egyik lényeges a pszichiátriai zavarok „felépülési” (recovery) modelljének az alkalmazása.

A felépülési modell eltérést jelent a klasszikus biomedicinális modelltől. Jellemzői közé tartozik, hogy a felépülés nem tünetmentességet jelent, hanem olyan értelmes élet élésére való képességet, melynek kritériumait a beteg definiálja.

A felépülési modell nem a betegségre és a tünetekre koncentrál, hanem a jóllétre, s a megmaradt erőforrásokra. Ez a megközelítés a beteg aktivitását, önálló problémamegoldását bátorítja. Itt az orvos és a beteg közötti segítő kapcsolat kevésbé a hagyományos szakértő/beteg jellegű, s inkább „edző”, tréner jellegűvé válik. Az orvos fő szerepe ilyenkor az, hogy pusztán segítsen, s nem az, hogy irányítson. Mivel felépülés izolált beteg számára nem lehetséges, ezért a társadalom életébe való bevonódás és az értelmes társadalmi szerepek a felépülés alapvető feltételei. Ez csak egy új, a betegségtől független személyes identitás kiépítésével lehetséges. Az előadás sorra veszi e modell következményeit s az ezzel kapcsolatos néhány problémát.



## A kommunikáció mint híd: Kommunikáció és bioetika

*Kovács József*

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet  
Bioetika Részleg, Budapest  
kovacs.jozsef@med.semmelweis-univ.hu

Az orvosi kommunikáció sokféleképpen lehet híd, híd azonban mindig csak az etikus kommunikáció lehet.

Mindenfajta kommunikációval információt adunk át, de tudatosan vagy szándéktalanul hamis információt is átadhatunk. A hiteles információ hatalmat oszt meg, növeli a kontrollt és csökkenti a bizonytalanságot, s egyben általában javítja két ember között a kapcsolatot. Ezzel szemben a nem-informálás vagy félre-informálás hatalmat monopolizál, növeli a kiszolgáltatottságot és a bizonytalanságot, s egyben akadályozza a másikat a cselekvésben, s elrontja a kapcsolatot.

Mindennek számos következménye van. Az egyik az, hogy a szakemberek egymással való kommunikációja egyenrangú és toleranciát tükröző kell legyen – a pszichiátrián belül is, és a pszichiátria és a szomatikus orvoslás között is. Ez nem mindig van így.

Az etikus kommunikáció lehetőségét meghatározó fontos tényező a környezet, az intézmény morális ökológiája, etikai színvonala.

A morális ökológia komponensei közé tartoznak az intézményi rutink, szabályok és a házirend. Mindezek mennyire szolgálják a személyzet érdekeit s mennyire a betegeket?

Ennek részét képezi a fontos információk elérhetősége. Vannak-e információs nyomtatványok, táblák, eligazítás?

További összetevők a beszédmód, hangnem. A leereszkedő, kioktató, ingerült hangnem az emberi méltóságot csökkenti. Érdekes módon ez a legkevésbé megfogható elem, de mégis, erre panaszkodnak leginkább a betegek.

A morális ökológia fontos eleme, hogy mennyire tűri el a környezet az etikátlanságot? Mennyire segíti az etikátlanság ellen fellépőt? Egyszóval mekkorák az etikus viselkedés költségei? Hiszen, ha nagyok, ha az etikus viselkedéshez óriási személyes bátorság kell, ha az egyfajta kamikaze akció, akkor az emberek jelentős része nem fog etikusan viselkedni. Ennek a következménye a kiégés és a cinizmus lehet.

A morális ökológia fontos része az intézményi hierarchia szigorúsága. A túl merev hierarchia ugyanis a kommunikáció gátja lehet, ez pedig a hatékony betegellátást lehetetlenné teheti. Az előadás egy eset kapcsán mutatja be, hogy a túl merev hierarchia, s a kolléga vélt érzékenységének a tisztelete olyan mértékben akadályozhatja a kommunikációt, amely akár egy beteg életébe is kerülhet.

## Anorexiás lányok szüleivel szervezett szülőcsoport

*Kövesdi Andrea<sup>1</sup>, Csenki Laura<sup>1</sup>, Komlósi Piroska<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest  
andikovesdi@gmail.com

Három súlyos állapotban lévő kamaszlány (14 éves és két 17 éves) került közel egy időben osztályunkra. Tüneteikben (restriktív anorexia), szomatikus állapotukban és mozgáshatatlanságukban (súly ejtése, evés teljes elutasítása, manipulációk) is hasonló képet mutattak. Mindezek miatt nem indítottuk a kezelési gyakorlat-hoz tartozó családterápiát, hanem egy szülőcsoport formájában dolgoztunk családterápiás szemléletben.

Miért szülőcsoport? Praktikus okként említendő, kapacitáshiányunk. Nem tudtunk volna mindhárom családnak egy időben családterápiát indítani. Családterápiás tanulmányaink során kíváncsiságként aktívan élt bennünk a szülőcsoport lehetősége, mely megvalósításához most megfelelőnek láttuk a körülményeket. A csoportot 6 alkalomra terveztük, kéthetenkénti gyakorisággal. Külső szupervízió, melyet örömminkre *Komlósi Piroska* vállalt három alkalommal, biztonságot adott az újszerű munkához. A szülők hasonló élethelyzetéből indultunk ki, melynek pozitív tartalmait igyekeztünk megerősíteni és a tudattalan tartalmakat felszínre hozni, illetve a pszichoszomatikus családokra jellemző határtalanságot és rejtett kommunikációt megfogalmazni és megszólaltatni, kihasználva a közös transzgenerációs örökségeket (melyeket feltételeztünk) a három családban. Munkánk részletei mutatjuk be előadásunkban.

## Szimbólumterápiás munka evészavaros kamaszlányokkal

Kövesdi Andrea, Csenki Laura, Major Melinda, Soós-Csordás Patrícia

Semmelweis Egyetem, ÁOK I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest  
andikovesdi@gmail.com

Hét kamasz részvételével – identitás témakörben – öt napos szimbólumterápiás tábor tartottunk. A csoportnak négy evészavaros lány is aktív tagja volt. Egy 15 éves lány hangulati hullámzása jelentősen befolyásolta a teste észlelését. Egy másik 17 éves lány „királynői” felülemelkedettséggel vett részt a csoportban, míg a szintén 17 éves bizonytalan lány végig küszködött az elköteleződéssel az egyhetes önismereti munka mellett. Végül a 16 éves fiatal lány a földi javak teljes elutasításának állapotában ült be július első hétfőjén a csoportba.

A terápiás hetet önismereti céllal terveztük az identitás témakörében, tematizált meditációs munkával. Az imaginációs munka jó lehetőséget ad azon tartalmak megjelenítésére, melyek még az észlelés, érzelmek és képek szintjén fogalmazódnak meg, és a spontán fejlődés során kétséges megjelenésük. A kamaszok járatlanok voltak a relaxációs technikában, az imaginációs munkában azonban voltak előzetes tapasztalataik. A többség önként jelentkezett a munkára, ez alól kivételt képez a három evészavaros lány, akiknek kötelező volt. Előadásunkban négy evészavaros kamaszlány helykeresését és önmaguk meghatározásának folyamatát mutatjuk be az általuk elkészített képek alapján, illetve szövegeket utánkötésükről.

## Új klinikai skála a poszttraumás tünetek felmérésére: A DSM-5 és a pszichodinamikai megközelítés jelentősége, pszichometriai és biológiai validitás

Króó Adrienn<sup>1</sup>, Kéri Szabolcs<sup>2,3</sup>, Einat Levy-Gigi<sup>4</sup>, Dori Rubinstein<sup>1</sup>, Németh Attila<sup>3</sup>, Hárdi Lilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cordelia Alapítvány, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet, Szeged

<sup>3</sup>Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest

<sup>4</sup>University of Haifa, Department of Neurobiology and Ethology, The Brain and Behavior Laboratory, Haifa, Israel  
szkeri2000@yahoo.com

A poszttraumás stressz zavar (PTSD) a DSM-5-ben új elhelyezést és értelmezést nyert: kiegészült egy eddig figyelmen kívül hagyott, de klinikai szempontból fontos tüneti dimenzióval (a traumához kapcsolódó kognitív és hangulati eltérés). E tüneti dimenzió különösen releváns olyan személyek esetében, akik kumulatív és interperszonális traumák túlélői. Az előadásban bemutatott Cordelia Skála (CS) 24 tételből áll (pontosítási intervallum: 1–4, minimális pontszám: 24, maximális pontszám: 96). Kidolgozásában olyan szakemberek működtek közre, akik súlyos interperszonális traumák – pl. üldözésen, bántalmazáson, kínzáson – átesett páciensekkel dolgoznak. A CS 10 tétele a CAPS-ből (Clinician-Administered PTSD Scale), 11 tétele a Hamilton Depresszió Skálából, 1 tétele az SHI-ből (Self-Harm Inventory) származik. A 24. tétel a megváltozott szelf-reprezentációval kapcsolatos, amelynek számos vonatkozása megjelenik a DSM-5 új tüneti dimenziójában, és hidat képez a poszttraumás zavarok operacionálizált és pszichodinamikai értelmezése között. A CS elérhető magyar, angol, arab és héber nyelven. Előzetes vizsgálataink során két független pontozó 24 PTSD és 39 major depresszív zavar diagnózist kapott páciensnél alkalmazta a CS-t és a referenciaskálákat. A páros tételek közötti korreláció magas volt ( $r > 0,7$  [0,71–0,86]). A Cronbach-féle alfa értékek 0,72 és 0,84 között változtak. A CS pontszámok 52–96 pont intervallumban helyezkedtek el. Alacsony súlyosság/tünetek hiánya nem fordult elő, közepes súlyosság (49–72 pont) 40 páciensnél volt észlelhető, míg 23 páciens a legkifejezettebb súlyossági csoportba (73–96 pont) tartozott. 20 páciens esetében negatív arckifejezések által kiváltott hemodinamikai (BOLD) választ mértünk funkcionális mágneses rezonancia (fMRI) segítségével. A CS pontszám korrelált az amygdala hiperaktivitásával, illetve a medialis prefrontalis cortex és az amygdala diszkonnektivitásának mértékével. Adataink tehát arra utalnak, hogy a CS elméleti (operacionálizált és pszichodinamikai), pszichometriai és biológiai szempontból is ígéretes új mérőeszköz a poszttraumás tünetegyüttes klinikai értékelésében.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## Sport szerepe a munkahelyi kultúrában – kiégés-megelőzés

Kurimay Tamás<sup>1</sup>, Kárpáti Róbert<sup>2</sup>, Palotai Gabriella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Fejér Megyei Szent György Kórház Pszichiátriai Centrum, Székesfehérvár

<sup>3</sup>Classis Oktató és Gyógyító Kft., Győr  
tamas.kurimay@janoskorhaz.hu

„Corpus sanum in mente sana” vagy „Mens sana in corpore sano” mondások azt sugallják, hogy ha a lélek ép, akkor a test is egészséges, illetve *Iuvenalis* a testi egészséghez kötötte a lelki egyensúlyt. Ha az emberi szervezetet, mint egységet vizsgáljuk, akkor a test-lélek dinamikus kölcsönhatása elvitathatatlan.

Németországban a kiégés szindróma következtében bekövetkező munkahelyi balesetekből adódó anyagi kár évente 430 millió euró. Magyarországi adatok szerint az elvesztett munkanapok 50–60 százaléka a stressznek tudható be. Hazánkban a depresszió, illetve a tartós munkahelyi stressz a SE Magatartástudományi Intézet saját országos reprezentatív felmérései szerint évente legalább 200 milliárd forint közvetlen veszteséget okoz a gazdaságnak, ami a GDP kb. egy százaléka (2009-es adatok). Ezt tetézik még a kezelés következtében fellépő egyéb költségek, melyek legalább ugyanekkora nagyságrendet képviselnek. A cégek és a dolgozók szemszögéből is megéri tehát változtatni.

A kerekasztal-beszélgetés célja megvitatni, milyen szerepe van a sportnak az egészség megőrzésében, valamint a burnout megelőzésében. Mint ismeretes a kiégés érzelmi, mentális és fizikai kimerülés, amit tartósan fennálló, nagyfokú stressz vált ki. A teljesítmény- és hatékonyságcsökkenés mellett jellemző az energiavesztés, a meg nem értettség érzése, a cinizmus, valamint a folyamatos bosszúság, feszültség. Az elmúlt évek gazdasági válsága a munkavállalók számára még több feladatot hozott, nagyobb pszichés és szellemi megterhelést jelent, gyakran két munkakört kell egy munkavállalónak betöltenie. A szervezetek a gazdasági versenyben a fennmaradást „lapos” szervezettel igyekeznek megoldani a lehető legkisebb létszámmal, és természetesen professzionálisan, motiváltan dolgozó munkatársakkal.

Kerekasztal-beszélgetésünkben arra a kérdésre keressük a lehetséges válaszokat, miként őrizhető meg a fizikai állóképesség, hogyan csökkenthető a mindennapi feszültség a sporttal? A sportnak milyen szerepe, támogatottsága létezik a munkahelyi kultúrában, beilleszthető-e és hogyan a munkaidőbe? Hol a helye a gyógyításban a sportnak, ha már kialakultak a pszichés tünetek, milyen tapasztalatokat tudunk megosztani a magánorvoslásban és az intézményi keretekben? Milyen elmozdulás szükséges az egyéni és a társadalmi felelősségvállalásban, hogy megőrizzük a test és lélek harmóniáját?

## Az evés- és testképzavarokban szenvedők és családtagjaik testképének összefüggései

Leindler Milán, Pálosi Vivien, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

leindlermilan@gmail.com

Az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) körünk legsúlyosabb pszichiátriai betegségei közé tartoznak. Serdülő lányok körében az AN a harmadik leggyakoribb betegség, míg mortalitási rátája – sajnos – a legmagasabb. A betegség prevalenciája számos országban növekszik, de legjobb esetben is stagnál. A testkép vizsgálatát különösen indokoltá teszi, hogy az evés- és testképzavarok spektruma a testképzavarok felé szélesedik.

A modern, rendszerszemléletű terápiás eljárások hangsúlyozzák a család szerepét az evészavarok kialakulásában. Ebből kiindulva számos kutatás látott napvilágot az evés- és testképzavarokban szenvedők, valamint családtagjaik testképének vizsgálatára.

Jelen előadás azon kutatásokat összegzi, melyek az evés- és testképzavarban szenvedők testképének és családtagjaik testképének kapcsolatát vizsgálják. E vizsgálatok célja elsősorban az, hogy azonosítsák ezen összefüggés mértékét és irányát. A legújabb kutatások elsősorban a figurális ingerekkel dolgozó eljárásokat, valamint a kérdőíves vizsgálmódszereket preferálják, melyeknek egyik legfőbb tulajdonságuk a megbízhatóság. Az előadás során számos kultúrából nyert eredmény ismerhető meg, melyek a család összes lehetséges tagjára kiterjednek.

Szoros összefüggés mutatható ki többek között az anyák és beteg gyermekeik testképe között – ami nélkülözhetetlen preventív információt hordoz –, de valószínűsíthető, hogy a testképpel kapcsolatos diszkrepancia egyfajta globális jellemzője a családoknak, ami különböző mértékben és formában mutatkozik meg az egyes családtagoknál.

## Evés- és testképzavarban szenvedők testképének vizsgálata gyurma segítségével – a gyurmafigura-teszt

Leindler Milán, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
leindlermilan@gmail.com

Háttér: Jelenleg Magyarországon a serdülő lányok körében a harmadik leggyakoribb betegség az anorexia nervosa, míg mortalitási rátája a legmagasabb. Az esetek jelentős százaléka el sem jut a klinikumig. A betegség prevalenciája számos országban növekszik, de legjobb esetben is stagnál. A testkép vizsgálatát ezen felül még inkább indokoltá teszi, hogy az evés- és testképzavarok spektruma a testképzavarok felé széleseedik, valamint a terápiás folyamatban is egyre nagyobb hangsúlyt kap a testkép korrigálása.

Célkitűzés: Tekintettel arra, hogy a testképzavar a legtöbb esetben rejtve marad, rendkívül fontos lenne egy megbízható projektív eljárás kifejlesztése, amely konkrétan megszólítja a háromdimenziós testképet.

Módszer: A gyurmafigura-teszt során a személyek színes gyurmából megformázzák saját magukat, majd háttérrel készítenek hozzá. Ezt megismélik elvarázsolt saját magukkal is. A produktumok dichotóm változók mentén kódolhatók, de intuitíven is értelmezendők. Jelen előadásban az eljárás rövid ismertetése mellett 10 anorexia nervosában, vagy bulimia nervosában szenvedő nőbeteg gyurmafiguráit (és az azokhoz tartozó háttérrajzokat) mutatjuk be.

Eredmények: Kontrollmintával összevetve számos kiugró jegy azonosítható. Túlnyomó arányban fordul elő, hogy az elvarázsolt figura lényege a saját test módosításán alapul, valamint egyetlen állatfigurát se találunk (a kontrollminta ~50%-hoz képest). A bizonyos testrészekkel való kiugró elégedetlenség is explicit módon megjelenik néhány figuránál. A disszociált testképre egyértelműen következtethetünk a két figura közti különbségből, amennyiben az első figura vaskosabb, míg a második hangsúlyosan karcsúbb. Ennek fordítottja – az első figura vékony, a második nőies, telt – az integrált testkép jele.

Következtetések: A produktumokból – a kliensekkel felvett anamnézis mellett – következtethetünk az alkotók testképzavarának fokára, irányára, valamint fajtájára is. A figurák elemzéséből megismerhetők bizonyos esetekben a személyek elhárító mechanizmusai is (jól kiolvasható a hasítás), sőt, többször betegségük lehetséges okait is felfedjük.

## A negatív valenciájú ingerek hatása az emlékezeti konszolidációra

Lengyel Fanni<sup>1</sup>, Janacsek Karolina<sup>2</sup>, Csifcsák Gábor<sup>1</sup>, Németh Dezső<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pszichológia Intézet, Szegedi Tudományegyetem, Szeged  
<sup>2</sup>Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Pszichológiai Intézet, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest  
lengyel.fanni88@gmail.com

A mindennapi életben jelentős szerepet kapnak a különböző mozgásos, nyelvi és társas készségeink. Kutatásunk központi kérdése az volt, hogy a bennünket érő érzelmi hatások hogyan befolyásolják a készségsajátítást és annak hosszú távú megtartását, vagyis konszolidációját. A vizsgálat során a résztvevők negatív vagy semleges valenciájú képeket láttak háttérként egy implicit szekvenciatanulási feladat során. A tanulási szakaszt egy 12 órás késleltetési időszak követte, ami a kísérleti személyek felénél tartalmazott alvást, míg a másik felénél nem. Ezt követően a tudásukat újratesteltük. Az eredmények azt mutatják, hogy az első adatfelvétel (tanulási szakasz) során a vizsgálati személyek sikeresen elsajátították a szekvenciát, és ebben a szakaszban a bemutatott képeknek nem volt hatása a tanulási teljesítményre. Ezzel szemben a 12 órás késleltetést követő második adatfelvételben (tesztelési szakasz) szignifikáns különbség volt a két csoport között: a semleges képeket látó csoport implicit szekvenciatudása stabilizálódott a konszolidáció során, a negatív valenciájú képeket látó csoportnál viszont teljesítménycsökkenés volt megfigyelhető. A teljesítményváltozásra egyik kondícióban sem volt kimutatható az alvás hatása. Összességében tehát a negatív érzelmi töltetű ingerek feldolgozása rontja az elsajátított implicit tudás hosszú távú megtartását. Eredményeinket összevetve korábbi kutatásokkal, megállapítható, hogy az explicit és implicit memória- és tanulási folyamatokra eltérően hatnak a különböző érzelmi ingerek, továbbá az alvás ebben a folyamatban betöltött közvetítő szerepe is eltérő a kétféle feldolgozási mód esetében – explicit emlékművek konszolidációja esetén van, míg implicit esetben nincs alváshatás. A kapott eredmények hozzájárulhatnak az egyes hangulati zavarokban fellépő memória- és tanulási problémák jobb megértéséhez, és segíthetnek hatékony terápiás és rehabilitációs módszerek kidolgozásában.

**Evészavarok a várandósság idején. Valóban áldott állapot?***Lukács-Márton Réka<sup>1</sup>, Szabó Pál<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Sapientia, Erdélyi Magyar Tudományegyetem, Marosvásárhely<sup>2</sup>Debreceni Egyetem

martonreka@yahoo.com

**Bevezető:**A várandósság alatti evészavarokról kevés szó esik a közbeszédben, és a média is tabuként kezeli ezt a témát, pedig az evészavarok nemcsak az anya, hanem a születendő gyermek egészségét is veszélyeztetik.

**Módszerek:** A keresztmetszeti vizsgálatban 240 erdélyi és magyarországi kismama, a longitudinális vizsgálatban pedig összesen 50 kismama (56,8% erdélyi, 43,2% magyarországi) vállalta, hogy a terhesség mindhárom harmadában kitölti a kérdőívünket. A mérőeszközök közül az Evészavar Kérdőívet, az Evészavar Súlyossági Skálát, Spielberger Vonás és Állapotszorongás Kérdőívet, a Beck Depresszió Skála rövidített változatát, a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skáláját és a Terhességi Élmények Skáláját alkalmaztuk.

**Eredmények:** A kapott eredmények a következő prevalencia értékeket mutatják: BN 1,6%, a SAN 1,6%, a falászavar 4,8%, a kompenzáló viselkedés pedig 17,7%. A longitudinális vizsgálat eredményeként az első és második trimeszter között a bulimiás tendencia szignifikáns növekedést mutatott. Továbbá az első és második trimeszter között jelentkező súlygyarapodás a depresszió szignifikáns növekedésével járt együtt.

**Mi mennyi?***Magyar Iván, Haszmann Andrea*

Kispesti Egészségügyi Intézet, Pszichiátriai és Addiktológiai

Gondozó, Budapest

mivangy@gmail.com

Nemcsak a laikus „hírfogyasztók”, a média munkatársai (szenzációt generáló!) számára zavarosak és keverednek a forenzikus pszichiátriában használatos fogalmak, hanem sokszor a pszichiáterek körében is.

Csak kulcsszavakban a fogalmak keveredéséről!

Az elmemegfigyelés gyakorlata Magyarországon – különösen az általános pszichiátriai osztályokon – nem szívesen végzett és olykor szakszerűtlen. Az ellátórendszerünkben hiányzik a forenzikus pszichiátriai osztályok hálózata (5–7 kisebb osztály országsszerte, de legalább 2–3!), pedig ez tőlünk nyugatra bevett gyakorlat.

A „bírói szemle” által elrendelt kötelező kezelés keveredik leggyakrabban a kényszergyógykezelés fogalmaival (IMEI-ben végrehajtott KGYK, IKGYK).

Jogszabályi hiányosságok is nehezítik a helyzetet – így hiányzik például a Pszichiátriai Gondozók bevonása az ambuláns kényszergyógykezelés rendszerébe, azaz az erre törvényszék által elrendeltek, vagy KGYK-ból elbocsátottak számára a járóbeteg-ellátásból való elmaradás automatikusan újabb forenzikus osztályos elhelyezést jelentenek.

Az IMEI funkció áthelyezése az igazságügyből, bv-ből az egészségügyi ellátás keretei közé, már az 1970-es évektől javasolt szakmailag, de nem valósult meg (forenzikus osztályok).

Szintén gyakori a keveredés a forenzikus osztály és a magas biztonsági fokozatú (High Security) fogalmak esetében, ami pedig lényegi eltérést jelent. Itt is teljesen hiányzik a jogi szabályozottság!

Rövid összefoglaló előadásunkat esetismertetéssel zárjuk.

## Forrásházban lelni önmagunkban – otthonra lelni a Forrásházban. Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház a Forrásházban

Magyar Iván György<sup>1</sup>, Kaszás Nóra Mária<sup>1</sup>,  
Sárkány-Balogh Csilla és mtsai<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kispesti Egészségügyi Intézet, Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó, Budapest

<sup>2</sup>Kispesti Családsegítő/Forrásház Pszichiátriai Betegek Nappali és Közösségi Ellátása, Budapest  
mivangy@gmail.com

Az egykori „lipótmezei” szakmai gyökerekkel rendelkező Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház, immáron hat éve működik Kispesten, amelyből az elmúlt esztendő már az új otthonában, a Forrásházban töltötte.

A költözés számos változást hozott közösségünk életébe és szakmai munkánkba egyaránt.

2008–2012-ig a XIX. kerületben, a Kispesti Egészségügyi Intézet Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozójának rehabilitációs részlegeként működő, Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház fogadta a kerület, és a főként a környező régiók pszichiátriai rehabilitációs ellátást igénylő lakosait. A Forrásházba való költözés idején – 45 főt számláló közösségünk kerületi tagjai – váltak az Önkormányzat által finanszírozott, új szociális ellátási forma – a Nappali és Közösségi Pszichiátriai Ellátás – első klienseivé.

Már közvetlenül a költözés után sok megválaszolóra váró kérdés vetődött fel. Pl. van-e speciális szerepe, feladata az egészségügy – Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelő – keretein belül működő Műhelynek? Hogy kapcsolódik a Forrásház Nappali és Közösségi Ellátásának beindulásával a jelentősen kibővült szolgáltatási paletta egészébe?

Dr. Magyar Iván György pszichiáter főorvos, a Gyógyító Művészeti Műhely és Tárt Kapu Színház közvetlen szakmai szupervizora, és Sárkány-Balogh Csilla, a Forrásház szakmai vezetője az egészségügyi és szociális szféra, Forrásházon belüli együttműködésének eddigi tapasztalatairól osztják meg a hallgatósággal gondolataikat. Kaszás Nóra Mária beszámol a Tárt Kapu Színház művészeti irányításában bekövetkező sajnálatos változásokról, és a jövő elképzeléseiről. Workshopunkban szeretnénk beszámolni arról, hogy a Gyógyító Művészeti Műhely hogyan találta meg a helyét egy nagyobb léptékű intézményen belül, hogyan tudta megőrizni identitását, milyen változásokat, milyen kihívásokat és eredményeket hozott számunkra az elmúlt esztendő.

A Forrásházban együttműködő partnereink a korábban a Műhelyben dolgozó önkéntesek, immár a szociális szféra munkatársai – Mike Lászlóné Judit szociális munkás, Csábi Katalin iparművész és Bach Beatrix művészetterapeuta.

Tartsanak velünk egy újszerű ellátási formáról való együttgondolkodásban!

## Tapasztalatok gyermekkori krónikus fájdalom kezelésében a Bethesda Gyermekkorház Fájdalom Ambulanciáján

Major János, Varga Zsófia Katalin,  
Gyimesi-Szikszai Andrea

MRE Bethesda Gyermekkorháza, Budapest  
major.janos@bethesda.hu

Célkitűzés: Nemzetközi adatok alapján a krónikus fájdalom kb. a gyermekpopuláció 20–25%-át érinti, míg a gyermekek kb. 3%-a az életvitelt jelentősen korlátozó fájdalomban szenved. Hazai ellátásukra hiánypótló módon kórházunkban 2013 tavaszán bio-pszicho-szociális alapokon nyugvó fájdalomterápiás ambulanciát indítottunk, amely Magyarországon egyedi terápiás lehetőséget nyújt fájdalombeteg gyermekeknek és családjaiknak.

Anyag és módszer: Ambulanciánkon csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos és pszichológus fogadja a három hónapnál hosszabb ideje fennálló tünetekkel, az organikus okok kivizsgálása után érkező gyerekeket. Az ambulancia célja a testi kivizsgálás lezárása mellett, hogy a gyermekek és hozzátartozóik olyan fájdalomkezelési stratégiákat sajátítsanak el, amely a fájdalommal való aktív megküzdést tesz lehetővé. Multimodális programunk kognitív-viselkedésterápiás alapokra épül, családterápiás és pszichoedukatív elemeket is tartalmaz, több munkacsoport által bizonyítottan hatékonyan (Eccleston és mtsai, 2005, Hechler és mtsai 2009, Pia von Lützu, 2013). Ambulanciánk hatékonyságát a gyermekek és családjaik által kitöltött – a nemzetközi irodalomban is használt – fájdalom kérdőívekkel, valamint szorongás (STAI-S, STAI-T, Spielberger), és gyermekkori depresszió mérésére alkalmas eszközökkel (CDI, Kovacs) mérjük.

Eredmények: Az ambulanciát felkereső, illetve az ellátásba bekerülő páciensekkel való (egyelőre kis esetszámú) tapasztalatok és egy, a fél éves kontrollon túli eset bemutatása alapján az eredmények biztatóak. Az ismertetni kívánt esetünkben a 18 éves adolescens fiúnál a 10 éve tartó, naponta jelentkező hasi fájdalom a beavatkozás hatására hetente néhány alkalomra mérséklődött, ugyanakkor az átlagos fájdalom mértéke az egy hetes és a négy hetes intervallumban is csökkent a 3 hónapos kontroll során (7,6 vs. 6; 4,5 vs. 3). Ugyanakkor a mérhető mutatókon túl, a szubjektív javulás mértéke még kifejezettebb volt, és a korábbi havi sürgősségi ambuláns megjelenések száma az elmúlt fél évben teljesen megszűnt.

Megbeszélés: A krónikus fájdalom multidiszciplináris megközelítést igénylő kórkép, amelynek terápiájában a területen dolgozó szakemberek bevonásával és bio-pszicho-szociális megközelítéssel érhető el jó eredmény.

## Az alternatív terápia megjelenése a pszichiátriai betegek kezelésében

Markos Valéria

Jávorszky Ödön Kórház, Vác  
valeszm@gmail.com

Előadásomban szeretném összefoglalnia a pszichiátriába bevonuló paramedicinális tevékenységeket. Megpróbálok valamilyen szinten megkeresni az okokat, ami miatt a betegek jó része az alternatív terápiás irányzatok felé fordul. Ezek a jogi szabályozás által nem konvencionális gyógyító tevékenységnek nevezett eljárások, részint kompetitív, részint pedig kiegészítő kezelésként jelentkeznek a pszichiátriai ellátás területén. Az előadásnak nem célja, hogy egyértelmű jó vagy rossz véleményt mondjon a nem konvencionális tevékenységekről. Leginkább összefoglalás, információ az egyre szaporodó tevékenységi körökről, és azok lehetséges hatásairól. Egyértelműen meghatározni nem lehet, hogy a pszichés problémákban szenvedő emberek hány százaléka kerül kapcsolatba hatásos, vagy pedig olyan kezelésekkel, melyek időnként rontanak, és nem javítanak az állapotukon. Ennek az előadásnak két oka van, részint szerencsés, ha tudjuk, hogy milyen típusú egyéb tevékenységek léteznek, amivel a betegek kapcsolatba kerülhetnek, részint pedig milyen hatásfokra számíthatunk. Egyesek a gyógyító munkába OEP által támogatottan is bekerülhetnek. Nagyon fontos ugyanakkor a tisztázása, hogy ki és milyen körülmények közt végezheti ezt a típusú „gyógyító, segítő” tevékenységet. Előadásom egy összefoglalás, mely mind a jogi hátterre, mind pedig a hatásosságra igyekszik felhívni a figyelmet.

## A felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarra jellemző kognitív struktúra – Szakirodalmi összefoglaló

Máté Orsolya<sup>1</sup>, Somogyi Klára<sup>1</sup>, Miklósi Mónika<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Heim Pál Gyermekkorház, Budapest  
miklosi.monika@gmail.com

A figyelemhiányos/hiperaktivitás (ADHD) az egyik leggyakoribb, krónikus neuropszichiátriai megbetegedés, mely kora gyermekkorban indul, és 30–60%-ban a felnőttkorban is fennmarad. Bár egyértelmű utalás van az ADHD genetikai hátterére, a szakirodalom kiemeli, hogy az ADHD-ban szenvedő gyermekeket több adverzitás éri, ami maladaptív sémák kialakulásához vezethet.

Irodalomkeresést folytattunk a PsychLIT, MEDLINE és Scopus adatbázisokban az „ADHD, attention deficit hyperactivity disorder” és a „core beliefs, belief system, schemas, schema therapy, dysfunctional attitude, compensatory strategies, negative automatic thoughts, case conceptualization” kulcsszavakkal, valamint az azonosított cikkek referenciái és citációi között. Tíz cikket tudtunk azonosítani, melyek alapján az ADHD-s kognitív struktúrára az elégtelen önkontroll, a kudarcra ítéltesség és a csökkent-értékűség maladaptív sémái jellemzőek. A korai maladaptív sémák növelik a komorbid magatartászavar kialakulásának rizikóját. A sémákra épülő diszfunkcionális attitűdök (önbizalomhiány, instabilitás, inadekvátság érzése) a komorbid hangulatzavarokkal mutattak összefüggést. Jellegzetes kompenzatoros stratégiák az anticipátoros elkerülés, a halogatás, „zsonglőrködés”, „katasztrófa politika”, a túlvállalás, álhatékonyság, sztoikus hozzáállás. ADHD-ban szenvedő egyéneknél több negatív automatikus gondolatot azonosítottak, mint egészséges felnőtteknél, különösen a komorbid depresszióban szenvedő csoportban. Jellegzetes gondolkodási hibákra is utalnak a vizsgálatok, pl. túláltalánosítás, mágikus gondolkodás, komparatív gondolkodás, elhamarkodott következtetés, „kell” típusú állítások, hibáztatás.

Mivel a felnőttkori ADHD kezelésében a gyógyszeres kezelés mellett a kognitív viselkedésterápia bizonyult hatékonynak, az ADHD-s kognitív struktúra ismerete elengedhetetlen.

## A kémiai addikciók diagnosztikai megközelítése a mindennapi klinikai gyakorlatban

Matuszka Balázs<sup>1,2</sup>, Bácskai Erika<sup>2</sup>, Barna Bianka<sup>3</sup>, Egri Tímea<sup>4</sup>, Gerevich József<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Piliscsaba

<sup>2</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, BTK, Budapest

<sup>4</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv

Gyógypedagógiai Kar, Budapest

matuszka.balazs@gmail.com

Háttér: Az elmúlt három évtizedben a szűrőtesztek, valamint az addiktív problémák súlyosságát gyorsan és hatékonyan mérő módszerek kifejlesztése, a kezelési hatékonyság kutatása, és a kezelés eredményességére vonatkozó adatok összegyűjtése és elemzése kiemelt kutatási prioritásként jelent meg az addiktológia területén. E törekvés keretében került sor az Alkoholhasználat Zavarai Szűrőtesztjének (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT), a Droghasználattal Összefüggő Betegségek Azonosítására Irányuló Tesztnek (Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT) és a Benzodiazepin Dependencia Kérdőívnek (Benzodiazepine Dependence Questionnaire, BDK) a kifejlesztésére. Az AUDIT 10 tételét úgy állították össze, hogy három elméleti terület megbízható felmérését tegye lehetővé: az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása, az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása. A DUDIT 11 tételt tartalmazó kérdőív, melynek célja a jelenlegi drogfogyasztással összefüggő problémák szűrése. A DUDIT kidolgozása az AUDIT analógiájára, az azzal történő együttes használat céljából történt. A 30 tételű BDK a benzodiazepin (BZD) származékokkal szemben kialakuló dependencia tüneteit tárja fel. A mérőeszköz az elvonási tünetek kivételével a BZD dependencia valamennyi aspektusát felöleli. A mérőeszközök a dohányzás mérésére nem tartalmaznak tételket.

Módszer: A mérőeszközök hazai validálását az Addiktológiai Kutató Intézet végezte. A validálás mindhárom kérdőív esetén a nyelvi és a pszichometriai validálást egyaránt magában foglalta. Az AUDIT pszichometriai jellemzőinek vizsgálatára országos reprezentatív mintán, a DUDIT vizsgálatára elterelésben részt vevő, drogambulanciákon kezelt és veszélykereső fiatalok mintáján, míg a BDK vizsgálatára házi orvosi mintán került sor.

Eredmények: Mind a három mérőeszköz megbízhatónak és érvényesnek bizonyult a vizsgálatok során. A Cronbach-alfa értékek magas (AUDIT: 0,84; DUDIT: 0,89; BDK:0,96), jónak tekinthető belső konzisztenciára utaltak. A vizsgálati minta 15,8%-ánál volt valószínűsíthető benzodiazepin-dependencia.

Következtetések: A vizsgálatok eredményei szerint mindhárom mérőeszköz jól használható és megbízható eszköze lehet a szerhasználattal összefüggő zavarok szűrésének, korai azonosításnak és súlyossági értékelésének a mindennapi klinikai rutintevékenység során. Használatukkal az alkohol- és droghasználat mellett a gyógyszerfüggés azonosítására is lehetőség nyílik, ami a terápia tervezése szempontjából kiemelt jelentőségű lehet.

## Az autizmus spektrumzavarral élő gyermekek és serdülők ellátása: A szülővel való együttműködés szerepe

Mészáros Lőrinc<sup>1,2</sup>, Szári Laura<sup>1</sup>, Török Zsófia<sup>1</sup>, Gallai Mária<sup>2</sup>

<sup>1</sup>„Egy Másik Út” Tanácsadó és Terápiás Központ, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest  
emu.mlrorinc@gmail.com

Az autizmus spektrumzavar (ASD) mint pervazív állapot a mindennapi élet minden területén, minden életkori szinten kifejeződik olyan tünetekben, melyek a társas környezet számára változó, nem ritkán szélsőséges megterhelést jelentenek. Ezt a terhet ugyanakkor elsődlegesen a család, az érintett személy szülei viselik.

Nem véletlen, hogy a nemzetközi szinten élen járó beavatkozási eljárásokban különös hangsúlyt kap a szülők gondozása és a velük történő pszichoedukációs munka. Erre az egyre terjedő gyakorlatra példa a TEACCH (*Mesibov és mtsai*, 2008/2004). A gyermekkorban alkalmazott kognitív viselkedésterápiás beavatkozások különböző alapvető szerepben tételezik az együttműködést a szülővel (*Graham*, 2005).

Mi lehet a felnőtt ellátás szerepe a szülők támogatásában?

Az ASD diagnózissal rendelkező személyek szülei, családjai sok szempontból tekinthetőek veszélyeztetett populációnak (*Karst & Hecke*, 2012). Kutatások igazolják például, hogy ezen szülők körében mérhető a legmagasabb stressz- és szorongásszint, összehasonlítva az átlagos fejlődésű vagy más fejlődési zavarral rendelkező gyermekek szüleivel (*Davis & Carter*, 2008; *Plumb*, 2011). Készült olyan kutatás is, amely arra tett kísérletet, hogy egy olyan pszichés profilt írjon le, amely megfigyelhető a legtöbb érintett szülőnél (*Dale*, 2006), ezzel is segítve kirajzolni azokat a terápiás vagy pszichoedukatív irányvonalakat, amelyek segítségül szolgálhatnak és csökkenthetik a szülői stresszt, megelőzve a súlyosabb pszichés zavarok kialakulását.

A szülőknél szánt edukációs programok hatékony intervencióknak számítanak, hiszen azzal, hogy növelik a szülők tudását az ASD-ről (*Ingersoll és Dvortcsak*, 2006), képesek: 1. csökkenteni a szülők által megélt stresszt (*Koegel és mtsai*, 1996); és 2. elősegíteni a kompetencia-érzésüket (*Connell és mtsai*, 1997). Bizonyított, hogy a szülőknél szóló, a gyermekük szociális kompetenciáját segítő programok növelik a szülők kompetenciaélményét (*Schultz és mtsai*, 2012). Egy szisztematikusan felépített, interaktív pszichoedukációs program biztosítja a szülők pszichés jóllétét (*Cann és mtsai*, 2003).

Az edukatív irányvonal mellett a pszichoterápiás módszerek hatékonysága is részben bizonyított. A kognitív-viselkedésterápiás megközelítésen belül az elfogadásra és a tudatosításra fókuszáló terápiák pozitívan hatnak a szülőkre (*Blackledge és Hayes*, 2006). Az egyéb pszichoterápiás eljárások hatékonyságáról egyelőre kevés evidencia tanúskodik.



**A posztoperatív ellátás szerepe a gerincgyógyászatban**

Mezei Ágnes, Császár Noémi, Bagdi Petra, Harkai Viktória, Horváth Dóra, Pataki Natália, Stoll Dániel, Lazáry Áron, Varga Péter Pál

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest  
mezei.agnes.psych@gmail.com

Jelen előadás a posztoperatív ellátás szerepét hivatott bemutatni a gerincgyógyászatban.

A műtétet kísérő altatásból történő felébredés egy megváltozott fizikai és pszichológiai állapotot eredményez a gerincbetegeknél. Ennek oka lehet a korábbiakhoz adódó járulékos fájdalom, de lehet megkönnyebbülés is a korábbi állapothoz viszonyítva.

A gerincműtétet követő rehabilitáció elengedhetetlennek tűnik a maximális eredmények elérése szempontjából. A beteg megváltozott állapota módosítja a korábban rögzült reakciókat egyes tevékenységekre, eseményekre és érzésekre, és – mivel a fájdalom a család működésének szerves egysége volt – ezért a változás rájuk is hatással van. A műtétet követően mindez megváltozik. Ezen felül, mivel a műtét alapvető szinten érinti a test működését, a felépülés, visszaállítás és a gyógyulás nemcsak fizikai, de pszichológiai szinten is feladat a beteg és a család számára. Fizikai szinten ez többek között az izmok erejének és rugalmasságának visszanyerését jelenti, melynek eszköze a fájdalom elkerülését szolgáló aktivitások fokozása, illetve a rögzült és hosszú távon előnytelen következményekkel járó szokásoktól való megszabadulás. Érzelmi szinten szükség van a normál életvitel visszarendezésére, mentálisan saját maguk és környezetük megerősítésére, illetve ebben az esetben is a rögzült és hosszú távon előnytelen következményeket eredményező szokásoktól való megszabadulásra.

Az előadás foglalkozik a rehabilitációban részt vevő szakemberek szerepével, a folyamat eszközeivel és lépéseivel, azok nehézségeivel, az esetlegesen adódó nem várt problémákkal és a sikert elősegítő aspektusokkal.

**A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar neuropszichológiai profiljának vizsgálata számítógépes tesztbattériával**

Miklósi Mónika<sup>1,2</sup>, Perczel Forintos Dóra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest  
miklosi.monika@gmail.com

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai megbetegedés gyermek- és serdülőkorban, mely jelentős funkcióromlással jár, és 30–60%-ban felnőttkorban is fennmarad. Az ADHD hátterében álló neurokognitív funkciók adekvát vizsgálata ezért kiemelten fontos. A hazai gyakorlatban általában papír-ceruza tesztekkel használnak a diagnosztika során, melyek nem teszik lehetővé a figyelmi funkciók reakcióidőn alapuló, széles körű vizsgálatát.

Az előadásban egy, a hazai gyakorlatban új számítógépes tesztcsomagot mutatunk be.

A Heim Pál Gyermekkorház Mentálhigiéniai Központjában, a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékével való együttműködés keretében, 2009 óta alkalmazzuk rutinszerűen a Testatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder (KITAP) számítógépes tesztcsomagot az ADHD kivizsgálásában. A Zimmermann és Fimm (2002) által kidolgozott tesztbattéria a figyelem multimodális elméleti modelljein alapul, és empirikus, faktoranalitikus vizsgálatok eredményeinek felhasználásával készült. A KITAP a kognitív működés alapvető aspektusának tekinthető feldolgozási sebesség mellett nagy specifitással jellemezhető feladatokat tartalmaz az elterelhetőség, a válaszgátlás, a vizuális keresés, a hosszú távú figyelem, valamint a figyelem flexibilitásának mérésére.

Tapasztalataink szerint a KITAP alkalmas az ADHD neuropszichológiai profiljának gyors és részletes vizsgálatára, segít az ADHD és a tanulási zavarok, valamint az érzelmi- és viselkedészavarok elkülönítésében, megbízhatóan méri a kezelés hatékonyságát. Mindezek alapján ajánljuk a KITAP alkalmazását a klinikumban.

## Daganatos betegek pszichoszociális támogatása a multidiszciplináris onkológiai teamen belül

Molnár Mária, Gyapjas Tünde

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Onkoradiológiai Központ,  
Kecskemét  
molnarm@kkm.hu

Háttér: A daganatos betegek pszichoszociális támogatásának szükségességét számos nemzetközi tanulmány támasztja alá. A betegség következtében kialakuló mentális-érzelmi problémák a betegek mintegy 40–45 %-át érintik (Muszbek *et al.*, 2004). A magasabb distressz szint az életminőség romlásán kívül kihat az onkológiai kezelésekkel való együttműködésre, a betegség prognózisára (Zabora *et al.*, 2001), valamint a gyógyult betegek reintegrációjára. Mindezek miatt a nehézségek felismerése és az azokra való megfelelő reagálás rendkívül fontos. A pszichoszociális intervenciók hatékonyságát növeli, ha az integrálódik a kezelést végző multidiszciplináris onkológiai teambe (Pugliese *et al.*, 2006).

Célkitűzés: A Kecskeméti Onkoradiológiai Központban 1997 óta működik pszichoszociális ellátás, szoros egységben az onkológiai teammel. Célunk az integrált működés gyakorlatának bemutatása és tapasztalatainak megosztása, a betegek szűrésének, az alkalmazott intervenciók eredményeinek prezentálása.

Anyag és módszer: Bemutatjuk a Központ struktúráját, ebben a pszichoszociális ellátás helyét, a két ellátási forma csomópontjait és a betegirányítási utakat. A pszichoonkológiai támogatás bázisát az erre a célra kialakított Ambulancia adja, ahol 1998 és 2012 között közel 10000 beteg jelent meg. A betegforgalom alakulását, a diagnózisok megoszlását retrospektíve elemeztük.

A betegek pszichoszociális szűrésére önkitöltős kérdőíveket (BDI, HADS, Problémalista, Distressz termometer), valamint féligstrukturált interjúkat alkalmazunk. Vizsgáltuk a betegeink pszichés státuszát, ennek során 103 kérdőív adatait dolgoztuk fel.

Eredmények: A Pszichoonkológiai Ambulancia forgalmának utólagos elemzése alapján a diagnózisok a várakozásnak megfelelően a szorongásos zavarok, depresszió és alkalmazkodási zavar között oszlanak meg.

A szűréshez alkalmazott tesztek alapján a betegek közel 40 %-a támogatást igénylően szorong, és 30%-a depressziós, ami megfelel a korábbi méréseknek és a nemzetközi szakirodalmi adatoknak.

Megbeszélés: A 15 éve az onkológiai teammel szoros együttműködő pszichoszociális ellátás előnyeit mind a betegek, mind az onkológiai team tagjai megerősítik, és szükségességét a betegforgalmi adatok és az elvégzett vizsgálatok is alátámasztják. A folyamatos jelenlét a betegek széles körének nyújt lehetőséget a támogatás igénybevételéhez. A kezelőorvossal való szoros együttműködés, egymás erősítése mentén pedig növeli a beavatkozások hatékonyságát.

## Befogadás

Moretti Magdolna

Magánpraxis, Eger  
moretti.magdolna@gmail.com

Teri évek óta hiába vágyott a terhességre, a lombik-programok is sorra kudarcot vallottak. Végül kétségbeesésében jelentkezett a Pszichiátriai Gondozóban, a következő petesejtbeültetés előtt felerősödő szorongás, depimált hangulat miatt. Erős, határozott nő benyomását keltette még esékeny állapotában is; a munkáját ambíciózusan, hatalmas lendülettel végezte, mindenkinek mindig a rendelkezésére állva. A találkozunkat megelőző hónapokban ugyan ez egyre nehezebben sikerült, de kitartott, nem élt a felajánlott táppénzes állomány lehetőségével.

Első beszélgetésünkön gyorsan átlátta, képtelen egyszerre megfelelni minden elvárásnak – csupán megerősítés, ha úgy tetszik, „engedély” kellett ahhoz, hogy csak a leendő babára koncentrálnon. A sok sikertelen próbálkozás miatt alig bízott abban, hogy sikerülhet a következő próbálkozás.

A pszichoterápia fókuszába a befogadás került, vizualizáció segítségével „termővé vált” a méhnyálkahártya, s a következő beültetésnél rövid időn belül ikerbabák fogantak. A 21. hétig minden rendben ment. Eddig a sikertörténet.

A 21. héten azonban megindult a szülés, élve világra hozta egészséges kisfiát, kislányát, akik csupán néhány óráig éltek. Az ok: a méhlepény számos infarctusa volt. Utólag derült ki, hogy néhány héttel azelőtt Terinél lábszártrombózis is zajlott – az antikoaguláns terápia ugyanis a 12. héten befejeződött.

A traumatizáció többszörös volt: a leírhatatlan veszteség gyász munkája mellett megdöbbentő módon a hivatalok labirintusát is végig kellett járniuk.

Az előadás célja egyfelől a vizualizáció erejének demonstrálása, másfelől figyelemfelhívás az egészségügy és a hivatali eljárásrend egymást elkerülő, a beteget és családját újratraumatizáló ügyintézésével kapcsolatos problémák megoldására.

## A tudat és az én, avagy miképpen viszonyulhatunk tudatunk termékeihez?

Mórotz Kenéz

EU-TEAM Humán BT, Budapest  
euteam@t-online.hu

Emberi létünk megkerülhetetlen jellemzője teremtett és teremtő minőségünk kettőssége. Ebből közvetlen adódik az a dilemma, hogy miképpen viszonyuljunk lelkünkben zajló folyamatokhoz, vagy másképpen tudati termékeinkhez. Mennyiben vagyunk e „termékek” előállítói, programozói, illetve milyen mértékben vagyunk ezek kiszolgáltatottjai? „Normális”, mindennapi életünkben e szélsőségek között egyensúlyozunk, ami nem más, minthogy létre kivetett teremtmény mivoltunk, s a külső-belső környezetünket alakítani szándékozó teremtő lényünk együttesen szabályozzák tudati folyamatunkhoz való viszonyunkat. Teremtmény mivoltunk és teremtő akaratunk egyszerre teszi szükségessé, hogy alkalmazkodjunk és uralkodjunk, forgatókönyvi szereplők és forgatókönyvírók, szabálykövetők és szabályírók legyünk. A munkacsoport során klinikai esetek bemutatásával illusztráljuk, hogy az embernek ebben a saját tudatához való viszonyulásában milyen patológiás eltolódások jelentkezhetnek, kezdve attól, hogy érzékelésünk, gondolataink érzéseink, emlékezetünk és asszociációink iránt védtelennek és kiszolgáltatottnak érezzük magunkat, egészen addig a szélsőséges törekvésig, hogy tudati termékeinket 100%-ban befolyásoljuk és kontrolláljuk.

## Antidepresszív farmakoterápiában és rTMS kezelésben részesülő depressziós betegek kognitív funkcióinak vizsgálata CANTAB segítségével

Morvai Szabolcs<sup>1</sup>, Mór E. Csaba<sup>1,2</sup>, Égerházi Anikó<sup>2</sup>, Kovács Attila<sup>2</sup>, Berecz Roland<sup>2</sup>, Frecska Ede<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kenézy Gyula Kórház Debrecen, Felnőtt Pszichiátria

<sup>2</sup>DEOEC Pszichiátriai Tanszék Debrecen

morvaiszabolcs@googlemail.com

A depresszió tünetei között a kognitív deficit tünetek is megtalálhatók, úgymint a memóriazavar, a figyelem, a pszichomotoros készségek, és végrehajtó funkciók zavara. A gyógyulás során az egyes tünetek nem javulnak ugyanolyan mértékben az idő függvényében. A kognitív tünetek akár az első héten javulást mutatnak olyan betegek esetében, akik a teljes felépülést csak az kezelés ötödik hetében érik el.

A kognitív tünetek vizsgálata a terápiás válasz előrejelzése céljából eddig egy kevésbé vizsgált terület volt. Elképzelhető, hogy a különböző terápiás eljárások (farmakoterápia, pszichoterápia, rTMS (repetitív transzkranális mágneses stimuláció) kognitív javulást előidéző hatása közös, melynek a hátterében a kortikális aktivitás fokozódás állhat. Ez a hatás hetekkel megelőzheti a hangulati elemekben tapasztalható javulást.

Az rTMS segítségével, non-invazív eljárással eredményesen serkenthető vagy gátolható a nagyagy hemispheriumaiban található szürkeállomány aktivitása. A módszer alkalmazásával állapotjavulás érhető el számos neurológiai vagy pszichiátriai zavar, köztük a depresszió esetében.

Vizsgálatunk célja, hogy két vizsgálati csoportra osztott beteganyag bevonásával összehasonlítsuk a standard antidepresszív farmakoterápia (escitalopram vagy agomelatin) határfokát egy bevált stimulációs protokollal végzett rTMS kezelés és a fenti antidepresszív terápia kombinációjával. Vizsgálatunk során a kognitív javulást a CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) segítségével monitorozzuk, melyet HDRS és BDI skálákkal egészítünk ki. Hipotézisünk szerint a kognitív javulás mindét vizsgálati csoportban megelőzi a klinikai állapotjavulást. Jelen munkánk célja a depressziós betegek esetében észlelhető kognitív eltérések felmérése mind a betegség akut fázisa során, mind a remisszió állapotában. Másodlagos cél a kognitív funkciók változásának összehasonlítása a klinikai állapotjavulással. Kutatásunk során vizsgálni kívánjuk a fenti változások összefüggéseit az rTMS kezelésben részesülő, valamint az rTMS kezelésben nem részesülő betegcsoportok között.

## „Ha nem jön a baba” – a meddőség krízise

Nagy Erika, Nagy Beáta Erika

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen  
nagy.erika@sph.unideb.hu

A gyermekvállalás a társadalom részéről normatív elvárásnéppé jelenik meg azon párokkal szemben, akik bizonyos ideje házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek (*Szigeti és Konkoly, 2012*), ugyanakkor a legtöbb ember számára a gyermekvállalás jelenti az emberi élet kiteljesítését, így az emberiség fennmaradása érzelmi, illetve társadalmi igény is (*Kováts és Krizsán, 2006*).

Orvosi kategóriaként meddőségről akkor beszélünk, ha egy pár esetében fogamzásgátlás nélkül, rendszeres házasélet ellenére egy éven belül nem következik be terhesség (*Bernard és Krizsa, 2006*). Az infertilitás mára világméretű népegészségügyi problémává vált: a népességnek körülbelül 10%-át érinti (*Boivin és mtsai, 2007*), hazánkban hozzávetőlegesen 150 ezer meddő házaspár él (*Boér, 2011*).

A gyermektelenség megtapasztalása rendkívül stresszes életesemény, a meddőségi kezelések nemcsak a pár fizikai és pénzügyi, de pszichoszociális forrásait is kimeríthetik. A mesterséges megtermékenyítési beavatkozások általában elidegenítik a szülővé válás eredményeként megélt, zárt struktúrájú élményét (*Pápay, 2012*). A kezelések során fokozódhat a pszichológiai distressz, gyakori érzelmi reakció a depresszió, a szorongás (*Eugster és Vingerhoets, 1999*), a kontrollvesztettség (*Kováts és Krizsán, 2006*), a szociális izoláció és az üresség-érzés (*Jakobovits és Szekeres, 2000*). Amennyiben a kezeléseket követően sem sikerül várandósságot elérni, krízist és kudarcot élhet meg a pár egyik vagy mindkét tagja (*Dennerstein és Morse, 1988*).

Előadásomban áttekintem a meddőség általános jellemzőit, részletesen bemutatom a kezelések során jelentkező pszichés reakciókat, majd ismertetem a pszichoszociális intervenciók lehetőségeit, kiegészítve eddigi kutatási eredményeinkkel (*Nagy, Nagy és Bodnár, 2012*) és szeretném felhívni a figyelmet az infertilitással küzdő, megterhelő kezeléseken áteső párok pszichológiai támogatásának fontosságára.

## A fülzúgás és a depresszió együttjárása

Nagy Gabriella<sup>1</sup>, Zsilinszky Zsuzsanna<sup>2</sup>, Tamás László<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház FOG Osztály, Budapest

<sup>3</sup>SE FOG és Fej- Nyaksebészeti Klinika, Budapest  
nagy.gabriella@jahndelpest.hu

Vizsgálatunk a fülzúgással az egészségügyi ellátáshoz fordulóira irányult. Egy fővárosi kórház fül-orr-gégészeti osztályán öt év alatt fülzúgásos panaszokkal jelentkezőket (n=553 fő) vontunk be a felmérésbe.

A tinnitus többségében szubjektív tünet, mely kognitív és érzelmi megterhelést jelent. E megterhelés pszichés panaszokkal járhat együtt.

Kérdéseink e kapcsolat összefüggéseire irányultak: a fülzúgás súlyossága együtt jár-e depresszív panaszokkal, a depresszió súlyossága fokozza-e a tinnitus intenzitását?

A felméréshez a Goebel-Hiller-féle Tinnitus Kérdőívet (TQ), a Beck Depresszió Skálát (BDI) és egy szubjektív becslőskálát használtunk.

Eredményeinket korcsoportos és nemi bontásban is elemezve, hipotéziseink igazolódtak: markáns szignifikáns együttjárás mutatkozik a fülzúgás intenzitása, szubjektív zavaró volta és az adott időszakban fennálló depresszió súlyossága között.

## A burnout jelenség vizsgálata egy többprofilú térségi kórházban

Nagy Katalin, Cseszkó Géza

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

A Markhot Ferenc Oktatókórházban a 2012 júliusában megjelent TÁMOP 6.2.4. pályázat keretében mobil teamek létrehozására nyílt lehetőség (táplálási, decubitus és burnout team). A pályázat közvetett céljai között szerepelt az egyenletesebb munkaterhelés elérése, a szükséges szakmai hatáskörök és kompetenciák bővítése, a szakmai önállóság növelése, valamint a betegek és dolgozók elégedettségének növelése.

A 2012 novemberében a kórházi Intranet hálózatra felhelyezett burnout kérdőív kitöltésére szóló felhívás célja ezért annak megállapítása volt, hogy milyen az Intézményben dolgozók – kiemelten a szorosan betegellátási feladatokat végző orvosok és szakdolgozók – egészségi állapota, hogyan alakul egészség-magatartásuk.

Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőívet alkalmaztunk, melyet a kórház számítógépes, zárt hálózatán lehetett kitölteni. A kérdőívet több, a kiegészítésére használt kérdőív kérdéseiből állítottuk össze, mely 59, többségében zárt kérdést tartalmazott, többek között demográfiai kérdéscsoportokat (nem, életkor, iskolai végzettség), munkavégzésre vonatkozó kérdéseket (egészségügyben ledolgozott évek száma, műszakbeosztás). Az egészségi állapot mutatóira vonatkozó kérdéseket (egészségi állapot szubjektív értékelése, krónikus betegségek, szomatikus és szubjektív tünetek értékelése) kiegészítettük a Maslach-féle kiegészítő módosított önértékelő kérdéseivel (21 db).

Az előadásban ismertettük az eredmények a beérkezett 256 kitöltött kérdőív összegzett adatainak elemzéséből származnak.

Eredmények: Összességében megállapítható, hogy a Markhot Ferenc Oktatókórház egészségügyi dolgozóinak közel fele az érzelmi kimerülés állapotában, alacsonynak ítélt személyes teljesítőképesség és hatékonyság mellett dolgozik, és minden harmadik dolgozó a deperszonalizáció által veszélyeztetett helyzetben végzi tevékenységét. A létrehozott burnout-csoport célja: a munkahelyi légkör javítása, valamint a kommunikációs tréningek kiterjesztése orvosok részére is.

Meggyőződésünk, hogy prevenciós jellegű hatása lesz a jobb információáramlásnak, a stáb- vagy csoportmegbeszéléseknek és Bálint-csoportok alkalmazásának, valamint a dolgozók erkölcsi elismerése kihangsúlyozásának, mert ezekkel enyhíteni lehet a dolgozóknál megfigyelhető (és be is vallott) szorongás és stressz súlyosságát. Ahogy Mark Twain mondta: „Egy dicsérő szón két hónapig élek.”

## Viselkedésbeli tünetek és rideg-érzékeny vonások hiperaktív/figyelemzavaros serdülő fiúknál

Nagy Péter, Vida Péter, Garas Péter, Gáboros Júlia, Halász József

Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest  
nagypet01@gmail.com

Bevezetés: A rideg-érzékeny (callous-unemotional, CU) vonások jelenléte összefüggésben áll a viselkedésproblémák súlyosságával és a pszichopátiás megnyilvánulásokkal. Az irodalmi adatok szerint a CU vonások befolyásolják a diszruptív zavarok és a hiperaktivitás/figyelemzavar (ADHD) viselkedésbeli tüneteit is. Jelen vizsgálat célja a szülő és a fiatal által kitöltött kérdőívekben jelzett CU vonások és általános viselkedésbeli tünetek összefüggéseinek vizsgálata volt serdülő fiúknál.

Módszerek: 161 klinikai ADHD diagnózissal rendelkező, osztályos felvételre került serdülő fiúnál értékeltük a szülő és a fiatal által kitöltött Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) és a Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) kérdőíveket. Az SDQ és az ICU pontszámok közötti összefüggést Spearman-korrelációval elemeztük.

Eredmények: az ICU összpontszám (mind a szülői, mind a fiatal által kitöltött verzióban) pozitívan korrelált a viselkedésproblémákkal és fordított arányban állt a proszociális viselkedéssel. Pozitív korrelációt találtunk a szülői (de nem az önkitöltős) CU pontszámok és az SDQ hiperaktivitás, szociális problémák és összpontszám között.

Megbeszélés: Eredményeink azt jelzik, hogy a CU vonások befolyásolhatják az ADHD viselkedésbeli tüneteit, ezért felmérésük lényeges az ADHD diagnosztizálása során; megállapítható továbbá, hogy a szülő által kitöltött kérdőívek több és súlyosabb problémát jeleznek, mint a fiatalok által önmagukról adott értékek.

## Az OPNI bezárásától az OPAI megnyitásáig. Névtáblacsere vagy sikersztori?

Németh Attila

Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest  
a.nemeth54@gmail.com

Az OPNI-t 2007-ben zárták be – nemcsak a szakma számára – váratlanul és érthetetlenül. Volt eredménytelen demonstráció, aláírásgyűjtés és újságcikk. A hosszabb-rövidebb ideig tartó kaotikus állapotok fokozatosan megszűntek, a visszaeső szkizofrén betegek előbb-utóbb megtalálták a helyüket más kórházban, szociális intézményben vagy hajléktalanszállóban. Az eddig sem magas színvonalon működő pszichiátriai ellátó rendszer tovább romlott. Az OPNI felszámolásával nem csökkent sem a pszichiáterhiány (legfeljebb Svédországban), sem a nővérhiány. Az öngyilkosságok számának csökkenő tendenciája megállt. Egyre kevesebb depressziós beteg jutott el szakorvoshoz, de egyre több újságcikk foglalkozott a pszichiátriai betegséghez kapcsolható auto- és heteroagresszív cselekedetekkel. Az egészségügyi kormányzat – a negatív események hatására – eldöntötte, hogy az OPNI adminisztratív funkcióit pótolja az Országos Pszichiátriai Központ létrehozásával, amely 2009-ben megkezdte működését a SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika két irodahelyiségében. A 2010-es kormányváltás után rövid időn belül a Parlament Egészségügyi Bizottsága, valamint az egészségügyi ágazat – a minisztertől a helyettes államtitkárig – kinyilvánította az országos intézet felállítása iránti elkötelezettségét. Az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet szakmai programját már 2010. augusztusra elkészítettük. Mégis 3 évnek kellett eltelnie ahhoz, hogy létrejöjjön az OPAI. 2013. június 3-án ünnepélyes keretek között Balog Zoltán miniszter úr adta át az alapító okiratot az intézet főigazgatójának.

Az előadó áttekinti az elmúlt 3,5 év történéseit, és bemutatja az új országos intézet eddig elért eredményeit. A nyolc osztályvezető főorvos közül – a korábbi egy helyett – már ötnnek van tudományos fokozata, és egy év alatt 3 kolléga szerezte meg a PhD fokozatot. A tudományos színvonalat a számos – impakt faktoros lapban megjelent – publikáció (IF>60), a havonként megrendezett tudományos ülések színvonala, és a széles körű kongresszusi aktivitás jelzi. Az addiktológiai és a pszichiátriai osztályokon specializált részlegek alakultak ki, az ambulancián hiánypótló szakrendelések (pl. szexuálmedicina, pszichoonkológia) kezdték meg működésüket, és ezek a szolgáltatások az ország bármely területéről igénybe vehetők. Az előadó kitér a jogi-forenzikus, valamint a módszertani osztály tevékenységére, és a sikerek mellett beszámol a nehézségekről is.

## Kerekasztal-beszélgetés a biztonsági és a forenzikus ellátás jövőjéről a Nyíró-OPAI és a SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika fejlesztésének tükrében

Németh Attila, Gaszner Gábor, Vizi János, Farkas Mária

Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest  
a.nemeth54@gmail.com

A hazánkban évek óta hiányzik a forenzikus és az emelt biztonsági pszichiátriai osztály. Belátható időn belül mindkét osztály megvalósulhat Budapesten.

A SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikára tervezett Forenzikus osztályon nyílik meg a lehetőség a komplikált forenzikus esetek obszervációjára és szakszerű véleményezésére. Az osztály feladatairól, működési kereteiről *Baran Brigitta* számol be.

A hiányzó intenzív pszichiátriai szakellátás a Biztonsági Pszichiátria (Secure Mental Health Unit) kialakításával olyan súlyos, violens pszichiátriai betegcsoport számára nyújt majd lehetőséget a szakszerű ellátásra, amelynek kezelése Magyarországon jelenleg nem megoldott. Hazánkban az első Biztonsági Pszichiátriai osztály a Nyíró-OPAI-ban létesül. Az épületet angol minta alapján tervezték, amely három – magas/intenzív, közepes, alacsony – szintből áll. A beutalás feltételei, az ellátás formái, a betegutak szabályozása speciális eljárási rendet indokol. A szigorú biztonsági standardoknak megfelelően felszerelt intenzív pszichiátriai osztály biztosítja a violens magatartású betegek azonnali elkülönítését, gyors és szakszerű diagnózis felállítását, és adekvát kezelését. Az egyes betegek személyre szabott terápiáját a diagnózishoz, nemhez, korhoz, forenzikus kórelőzményhez kell illeszteni a gyógyulás és a jövőbeli rizikó-minimalizálás érdekében (*Gaszner Gábor*).

A forenzikus és a biztonsági osztály létrehozása megköveteli a jelenlegi jogszabályi keretek felülvizsgálatát és módosítását. A pszichiátriai betegek akaratuk ellenére történő felvételéről és kezeléséről szóló jogszabályok részben ellentmondásosak, részben kidolgozatlanok. A jelenlegi szabályozás alapján emelt biztonsági fokozatú osztályok aligha működtethetők. Hasonló problémák vannak az elmemegfigyeléssel kapcsolatban is. Hiányzik az ambulánsan folytatható kötelező gyógykezelés intézménye. Az előadás a fenti problémák megoldására tett jogszabály-módosítások fő irányait foglalja össze (*Vizi János*).

## Ellátás és terápiás lehetőségek felnőttkorban

Németh Krisztina, Balázs Anna

Autizmus Alapítvány, Budapest  
nemeth.krisztina@autizmus.hu

Az Autizmus Alapítvány Ambulanciáján közel három-ezer autizmus spektrumzavarral élő gyermeket és felnőttet látunk el. Az utóbbi években gondozottjaink életkora nagy számban kitolódott 18 év fölé. Ez egyrészt a korábban diagnosztizált kliensek életkorának előrehaladtából, másrészt a felnőttkori diagnosztikus kivizsgálás iránti egyre növekvő igényből fakad. Ezzel párhuzamosan jelentős mértékben megnövekedett a felnőtt autisták specifikus ellátása és terápiás lehetőségei iránti igény és szükség.

A felnőttkori beavatkozás szempontjai részben meg-egyeznek a korábbiakkal. Alapelv az augmentatív, szociális-kommunikációs szempontból minél „akadálymentesebb” környezet, illetve az adott egyén képességprofiljához igazított, a nehézségek megelőzésére fókuszáló elvárás- és segítségnyújtási rendszer kialakítása. Új szempontok a felnőttkori kihívásokkal (önálló életvitel, munka, párkapcsolat, szexualitás) való megküzdés kérdései, a szociális juttatásokhoz való hozzáférés előmozdítása, valamint a járulékos pszichiátriai zavarok kezelése. Az ellátás hazai lehetőségeiről rövid áttekintést nyújtunk, valamint megvizsgáljuk ezek elérhetőségét felnőttkorú klienseink aktuális élethelyzetének feltérképezésével.

A felnőttkori ellátásra való igény nemcsak mennyiségében, hanem a spektrum kiszélesedésével minőségében is változik. Egyre több jó értelmű és/vagy autizmussal enyhén érintett személy súlyos problémájával találkozunk, ahol a beavatkozás sikere nagyban múlik az autizmus specifikus eszköztárának és egyéb terápiás technikáknak az ötvözésén. A pszichoterápiás megközelítéseket elemezzük az autizmus spektrumzavarokban való alkalmazhatóságuk szempontjából, ajánlott eljárásaként kiemelve részletesebben értékeljük a kognitív viselkedésterápiát, felvázoljuk az autizmus-specifikus adaptáció néhány lehetőségét.

## Az iFight-Depression internetes önségítő program első éves tapasztalatairól

Németh Adrienn<sup>1</sup>, Tóth Mónika Ditta<sup>2</sup>, Cserháti Zoltán<sup>2</sup>, Székely András<sup>2</sup>, Purebl György<sup>2</sup>, Túry Ferenc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest  
dr.nemethadrienn@yahoo.com

Háttér: A PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) Program keretében 2012 októbere és 2013 októbere között hat másik ország mellett Magyarországon is elkészült egy internet alapú önségítő eszköz enyhe és közepes súlyos depresszióval küzdő páciensek számára. Az önségítő program kifejlesztése a már létező, e-health technológiájú programok alapján történt, a komputerizált kognitív viselkedésterápia módszerére épülve.

Célkitűzés: Az első év pilot szakaszának elsődleges célja a házi orvosok és mentálhigiénés szakemberek képzése, felkészítése az önségítő program felhasználására, akik saját pácienseiknek ajánlják az eszközt. A program a már meglévő kezelés kiegészítéseként használható. A páciensek és a szakemberek a tesztfázisban az önségítő eszköz felhasználhatóságának és elfogadhatóságának kiértékelését végzik el.

Módszerek: A projekt valamennyi szakasza átfogó kiértékelő stratégiákat foglal magában (folyamat- és eredményértékelés). A szakemberek a képzésről elégedettségi kérdőívet töltöttek ki. A pácienseket a beavatkozás előtt előzetes elvárásaikról és eddigi kezeléseikről kérdezték meg. A tesztfázis második szakaszában standardizált fókuszcsoporthoz interjúk készültek egészséges internethasználókkal, szakemberekkel és páciensekkel.

Eredmények: A pilot szakaszban 31 szakember képzése zajlott, akik összesen 35 pácienset (17–60 éves) vontak be a kutatásba. A szakemberek hasznosnak tartják a programot a kezelés kiegészítéseként. A páciensek a program nyelvezetét, tartalmát, időtartamát jónak, a témaköröket problémájuk szempontjából relevánsnak tartották. Hiányolták viszont a grafikus elemeket és az interaktív tartalmat.

Megbeszélés: A hat országban készült fókuszcsoporthoz és elégedettség vizsgálatok alapján jelenleg is zajlik a program optimalizálása, melyben a két legfontosabb változás a grafikus elemek és szakember által irányított, interaktív chat-szoba beépítése lesz. A cél, hogy a program felhasználóbaráttá váljon minden korosztály számára.

## Fogyatékos serdülők érzelmi és viselkedési problémáinak vizsgálata az iskolai zaklatás fényében

Némethné Sallai Melinda, Egri Tímea, Gerevich József

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest  
sallaimelinda@gmail.com

Háttér: Recens szakirodalmi adatok az iskolai bántalmazás és az érzelmi és viselkedési problémák összefüggéseire hívták fel a figyelmet. Ezeket az összefüggéseket vizsgálta meg 2009–2010-ben az ELTE Addiktológiai Kutató Intézet a kilencedik osztályos, fogyatékos fiatalok csoportjaiban.

Vizsgálati minta: A mintába kerülés feltétele a vizsgálati célcsoportok (mozgássérült, látássérült, hallássérült, tanulásban akadályozott tanulók) valamelyikébe való tartozás volt a területileg illetékes tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye alapján. A mintába 300 kilencedik évfolyamos tanuló került be.

Adatfelvétel: A vizsgálatra a 2009–2010-es iskolai tanévben került sor. A kérdőívek felvételét minden esetben gyógypedagógus végezte. Mivel a kérdőívek kitöltése az egyes fogyatékosági csoportokon belül problémát jelenthetett, ezért a speciális szükségleteknek megfelelő segítségnyújtást biztosítottunk. A speciális szükségletre való tekintettel a kérdőívek kitöltésére minimum 90 perc állt a tanulók rendelkezésére.

Mérőeszközök: A vizsgálati kérdőív mérőeszközei közül jelen elemzéshez a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) Viselkedési problémák, illetve Érzelmi tünetek alskáláit, illetve a Revideált Olweus Bullying/Viktimizáció Kérdőív (BVP-Olweus) kérdőívet használtuk fel. A BVP-Olweus kérdőív az iskolákban tapasztalható agresszív viselkedések és áldozattá válások számának és jellemzőinek mérésére szolgál. Az SDQ kérdőív a serdülőkorú viselkedés jellemzőinek, pszichopatológiai tüneteknek, illetve szociális képességeknek a mérését teszi lehetővé.

Eredmények: A kérdőívet kitöltők közül 59,6% volt fiú és 40,1% lány. Átlagéletkoruk 16,86 év (SD=1,09) volt. Az Olweus kérdőív adatai alapján a tanulókat az iskolai bántalmazásban való szerepeik alapján az alábbi csoportokba soroltuk: áldozat (22,7%), agresszor (11%), agresszor-áldozat (7%), az iskolai zaklatásban részt nem vevő diák (59,3%). Az egyes csoportok (agresszor, áldozat, agresszor-áldozat, egyik sem) között (egyutas variancia-analízis alapján) statisztikailag szignifikáns különbségek figyelhetők meg az SDQ Érzelmi tünetek alskála (F=8,907; p<0,0001), illetve a Viselkedési problémák alskála (F=28,095; p<0,0001) pontszámaiban.

Következtetések: A fogyatékos fiatalok mintáján végzett vizsgálat eredményei összefüggést mutatnak az iskolai bántalmazás, illetve az érzelmi és viselkedési problémák között. Az eredmények a fogyatékos fiatalok körében végzett erőszak-prevenció fontosságát jelzik.

## Országos Munkahelyi Stresszfelmérés: A munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők és a depresszió összefüggéseinek vizsgálata

Nistor Katalin<sup>1</sup>, Nistor Anikó<sup>1</sup>, Ádám Szilvia<sup>1</sup>, Szabó Anita<sup>2</sup>, Zakor Tünde<sup>3</sup>, Stauder Adrienne<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Outcome Hungary, Budapest

<sup>3</sup>Webber Team, Budapest

nistorkata@yahoo.com

Bevezetés: Hazai és nemzetközi kutatások szerint a munkahelyi stressz negatív egészségi hatásai a munkavállalók egynegyedét érintik. A munkahelyi pszichoszociális stresszhez köthető depresszió prevalenciája nemzetközi kutatások alapján 7–9,5%.

Célkitűzés: A munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők és a depresszió kapcsolatát vizsgáltuk a magyar munkavállalók körében.

Módszerek: A keresztmetszeti vizsgálatot online alapú kérdőív kitöltésével végeztük. Vizsgálati mintánkat 710 aktív munkavállaló (570 nő [80%], 140 férfi [20%]) képezte, akik az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés keretében a kérdőívet kitöltötték. A pszichoszociális tényezőket a COPSOQ II kérdőív magyar változatának 25 skálájával, a depressziót a rövid Beck Depresszió Kérdőívvel (BDI9) mértük fel. Az összefüggéseket Spearman korrelációs módszerrel elemeztük. Bináris logisztikus regresszió-analízist alkalmaztunk a depresszió (klinikai és nem klinikai) és a legfontosabb kockázati tényezők feltárására.

Eredmények: A BDI pontszámok alapján enyhe depressziós tünetek mintánk 23,01%-ában, közepesen súlyos depressziós tünetek 12,8%-ában, súlyos depressziós tünetek 10,1%-ában voltak jelen, aminek alapján a klinikai depresszió prevalenciáját 22,9%-ra (N=156) becsültük. Szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk a depresszió és a mennyiségi elvárás, érzelmi megterhelés, szerepkonfliktus, munkahely-család konfliktus, valamint a székálás között. Szignifikáns inverz kapcsolatot kaptunk a depresszió, valamint a Szervezet és munkakör, az Együttműködés és vezetés, illetve a Bizalmi légkör dimenzióival és a munkahelyi elégedettséggel. A regresszió-analízis alapján a depresszió legfontosabb háttértényezőinek a munkahely-család konfliktus, a jutalmazás hiánya, valamint a székálás bizonyultak.

Következtetések: A eredmények alapján a magyar munkavállalók körében mért depresszió 19 munkahelyi pszichoszociális tényezővel mutatott szignifikáns összefüggést. További vizsgálatok szükségesek a munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők következtében fellépő közepesen súlyos és súlyos depresszió háttértényezőinek feltárására.



## Mit adhat a Taiji Quan egy európai pszichiáternek?

Ormay István

Ormay és Társa BT, Budapest  
istvan.ormay@t-online.hu

Előadásomban azt szeretném bemutatni, hogy egy ősi kínai harcművészet értékes lehetőségeket tartogathat a XXI. századi Európa kultúrájában élő és gyógyító pszichiáterei, pszichoterapeutái számára is. 13 évnyi Taiji Quan „saját élmény” tapasztalataimból merítve szeretnék rámutatni az ősi kínai tradíció tapasztalati tudása és a korszerű pszicho-neurológiai és pszichoterápiás elmélet és gyakorlat elgondolkoztató hasonlóságaira. A Taiji Quan szerteágazó rendszeréből kiemelem azokat az elemeket, amelyek a terapeuta saját egészségének megtartása mellett a gyógyító munkájában is hasznosak lehetnek.

Mondanivalóm befogadásához a megszokott, dichotómiákra épülő, „nyugati” analízis megértésünkből kilépve át kell térjünk a „keleti”, folyamatokban elmerülő, érzéki-tapasztalati gondolkodásmódra. Ezt követően alakítható ki egy új szemléleti és gyakorlati integráció. A Taiji Quan gyakorlás lényege éppen ez a közvetlen tapasztalásra épülő megismerési folyamat, amely az önismeretről indulva (formagyakorlatok) a páros gyakorlatokon keresztül jut el a világ és a „másik” megismeréséhez.

Előadásomban elméleti háttérként elsősorban a self szerveződés, a tanuláselméletek, a mentalizáció fogalmi keretére alapozok. A Taiji Quant övező misztikus elképzelések lehetséges lélektani és egyéb okaira is kitérek, és igyekszem tisztázni a sajátos fogalmakat (Qi, belső erő stb.). Ismertetem a tradicionális chen stílusú Taiji Quan komplex rendszerét, amelybe a 19. generációs Nagymester, Han Kui Yuan belső tanítványként tekinthetek bele.

A Taiji Quan örökös mozgás, a yin-yang ellentétek egymást kiegészítő összjátéka. A self és a selftárgy interaktív, örökös egymásra hatása, amely a vitalitás affektusok világától elvezet a konkrét helyzetben történő adekvát cselekvésig. Legyen ez az ellenfél saját erejével történő legyőzése, vagy gyógyító célú beavatkozás. Mondanivalóm befogadását gazdag video-demonstrációval szeretném megkönnyíteni.

## Az elemi érzelmek agresszív köntöse: Kim Ki-duk filmművészeti adaléka az agresszió kérdéséhez

Pálosi Vivien<sup>1</sup>, Leindler Milán<sup>2</sup>, Zsédél Krisztina<sup>3</sup>, Gerevich József<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>4</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest  
palosivivi@gmail.com

Az agresszió és önagresszió természetére vonatkozó kutatások az utóbbi évtizedben a filmművészet területére is kiterjedtek. *Lester és munkatársai* például az öngyilkosság filmbeli megnyilvánulásait kutatva arra a következtetésre jutottak, hogy míg az empirikus kutatás elsősorban az agresszió biológiai vonatkozásaira helyezi a hangsúlyt, a film a szociológiai aspektust helyezi előtérbe. Ebből következik, hogy a filmművészet termékenyen egészíti ki az orvosi-biológiai kutatásokat. Az agresszió filmbeli megjelenése a neveléslelektan szemszögéből is megvilágításba került; kutatások sora bizonyította, hogy a filmekben látott agresszió hozzájárul a fiatalok vonás-agressziójának és erőszakos viselkedésének a kifejlődéséhez.

Jelen előadásban Kim Ki-duk, a kortárs filmművészet egyik legmeghatározóbb, Európában is méltányolt alakjának filmjeiben ábrázolt agresszió megjelenési formáit, természetét elemezzük.

Az agresszió Kim Ki-duk-nál a párkapcsolati kötődés erősségének fokmérője. Két ember között a nyugati kultúrában ismert individuális határok elmosódnak, az egyik fél a másik testrészévé válik. A fizikai önmarcangolás akkor jelenik meg filmjeiben – legpregnansabban a *Sziget* című filmben –, amikor a főhős elveszíti, vagy elveszíteni véli a szeretett személyt, és úgy érzi, annak távozásával kitép a testéből egy darabot. A film egyik kulcsjelenetében a vaginába akasztott horgászhorogok a csónakkal távozó férfi távolodásának mértékében tépik ki a nő belső szerveit. A filmek szubkortikális világa visszanyúl a legmélyebb ösztönökhöz, lefejt róluk a kognitív kontrollt, a gátlásokat, és nyersen tárja eléink azokat, mintegy tükröt tartva a civilizált ember elé.

Ezekben a filmekben az agresszív jeleneteken keresztül szimbolikusan jelennek meg az érzelmek. Így ezek által átélhetjük az elemi agresszív viselkedési formákat, szembeüthetünk velük gátlásuktól mentes formában. Láthatjuk az auto- és a heteroagresszió szoros összefonódását, miként a szereplők többnyire ehhez az eszközhöz nyúlnak még a kommunikáció szintjén is. A pszichológiailag értelmezhető szimbólumokon keresztül megtapasztalhatjuk, hogy belső konfliktusaink milyen sokféleképpen jeleníthetők meg, hiszen a rendező egy más kultúra eszköztárának felhasználásával, számunkra szokatlan kifejezésmóddal ábrázolja a mégis nagyon univerzális emberi érzelmeket és helyzeteket.

## Önismereti utazás a kiégés ellen. Egy pszichiáter küzdelme

Palotai Gabriella

Classis Oktató és Gyógyító Kft. Győr  
classis@classis.hu

Az Archives of Internal Medicine 2012-es számában nyilvánosságra hozott felmérés szerint az USA-ban az orvosok 45,8%-a tapasztal magán legalább egyet a kiégés tüneteinek közül. A Medscape legújabb vizsgálatának eredménye hasonlóan nagy számot jelzett: a válaszadók 39,8%-a minősítette magát kiégettnek. Az orvosnők körében 45%, míg a férfiak esetében 37% a burnout aránya. A csúcs a középkorú – 46 és 55 év közötti – orvosok csoportjában észlelhető. A 2002-es Hungarostudy felmérésben *Kopp Mária és munkacsoportja* rámutatott arra a jelenségre, miszerint az orvosnők helyzete a kiégést tekintve rosszabb, mint más diplomás nőké. Lényegesen gyakrabban fordultak elő kezelésre szoruló depressziós tünetek, magas szintű a reménytelenség érzése, mely során nem érezték a barátok támogatását sem. Kortársaikhoz hasonlóan folyamatosan küzdenek a munka-család szerepkonfliktussal, túlterheltek.

Életutam kortársaimhoz képest kissé szokatlanak mondható. Friss szakvizsgával a zsebemben kiléptem az állami egészségügyből, azóta magánpszichiáterként dolgozom immár huszonkét éve. Ezen kívül cégvezető, HR tanácsadó, coach, valamint tréner vagyok 1995-től.

Előadásomban saját élményeimet szeretném megosztani, bemutatni milyen tényezők, stressztényezők vezettek a kiégés felé. Éveken át a prevenció mely formáit alkalmaztam tudatosan annak érdekében, hogy megőrizsem testi-lelki egyensúlyomat. Miként szembesültem mégis a kimerültség okozta szomatikus és pszichés tünetekkel. Hogyan hatott rám a különböző rizikótényezők mellett a magánéleti traumák sorozata, az állandó időszorítás, a tanácsadói munkából adódó folyamatosan változó munkakörnyezet, magas teljesítményelvárás a betegek és a vállalatok felől. Családom anyagi biztonságának megteremtése érdekében éveken át túlvállaltam magam, azonban a feladatok sokszínűsége, újszerűsége, az állandó időnyomás, valamint munkatársaim iránt érzett felelősség is szerepet játszott kiégésemben. A szombat időszakban négy hetes utazásra mentem egy nagyon távoli kultúrába, melynek célja a feltöltődés mellett a mindennapi munkámtól, életemtől való távolságtartás volt. „Önismereti utazásomat”, a múlt történéseinek feldolgozását, a jövő megtervezését az írás segítette, melynek eredményeképpen könyvben összegeztem milyen értékeket tartok fontosnak, hova tartok, mi a célom életem hátralevő részében, milyen és főként mennyi munkát tudok vállalni.

## Kétféle objektív? – A pszichoterápia hatása a terapeuta és a kutató szemszögéből

Papp Barbara<sup>1</sup>, Holló András<sup>2</sup>, Láng András<sup>1</sup>, Péley Bernadette<sup>1</sup>, Harmatta János<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Pécs  
<sup>2</sup>OORI Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztály (Tündérhegy), Budapest  
techert@freemail.hu

A Pécsi Tudományegyetem és az OORI Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztálya (Tündérhegy) együttműködésével 2013 márciusától folyik pszichoterápiás hatásvizsgálat az említett osztályon.

A vizsgálat az intézményben kezelt páciensek önvalóulásainak elemzésén alapul. Feltételezésünk szerint a terápia során bekövetkező változások tetten érhetők a páciensek saját, önmagukról formált szövegeiben, melyet interjúhelyzetben hoznak létre.

A kezelő terapeuta által készített pszichoterápiás első interjú rögzítésén kívül munkatársunk a terápia kezdetén, majd a bekerüléstől számított hatodik héten, végül az elbocsátást megelőzően vesz fel narratív terápiai interjúkat a páciensekkel. Az így készült anyagokat a narratív pszichológiai tartalomelemzés eszközeivel feldolgozzuk, ami lehetővé teszi, hogy kvantifikáljuk a szövegek pszichológiai jellegzetességeit.

A vizsgálat újdonságát az jelenti, hogy páciensek saját szövegeit használjuk a terápiai folyamat, a hatékonyság jellemzésére, úgy, hogy objektív javulási mutatóink is vannak (elsősorban az osztályos gyakorlatnak megfelelően bekerüléskor és távozáskor elkészített MMPI-tesztek). Így tehát alkalom nyílik az objektív mérőszámok és a páciens által magáról konstruált szövegek összevetésére.

Megpróbálunk bepillantást nyújtani a kutatás folyamatába, jellegzetességeibe, majd illusztrációképpen egy páciens esetét is felvillantjuk, az osztályos terapeuta és a kutató perspektíváját egymás mellé téve.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## A Korai Mentális Teszt alapellátásban való alkalmazhatósága a demencia prodroma szűrésében

Papp Edina, Pákáski Magdolna, Drótos Gergely, Kálmán János

SZTE-ÁOK Pszichiátriai Klinika, Szeged  
papp.edina.anett@med.u-szeged.hu

**Bevezető:** A demenciák korai felismerésének fontossága felértékelődött az utóbbi években. A fejlődő diagnosztikai lehetőségeknek köszönhetően a fókusz a demencia alacsony felismerési és kezelési arányának javítása mellett egyre inkább a prodromális szakasznak tekintett enyhe kognitív zavar (EKZ), azon belül a magas kockázatú személyek szűrése, a szubjektív memóriapanasz feltérképezése irányába tolódik. Nemzetközi és hazai szinten több, az alapellátásba illeszthető pszichometriai módszer alkalmazásának lehetőségét vizsgálják. A Korai Mentális Teszt (KMT) hazai fejlesztésű módszer a demencia prodroma alapellátásban való szűrővizsgálatához. Jelen előadásban a KMT Szubjektív Kognitív Tünetlistával (SzKT) bővített eredményeit ismertetjük.

**Módszerek:** A vizsgálat jelen szakaszában 80 fő (62 nő, 18 férfi) vett részt. Az életkori átlag 67,75+7,72 év, az iskolai végzettség átlaga 12,35+2,86 év. Klinikai diagnózis alapján két csoportot alkottunk: kontroll (56 fő), valamint EKZ (24 fő). A vizsgálati módszereket a következő tesztbatteria alkotta: Korai Mentális Teszt, Szubjektív Kognitív Tünetlista, Mini-Mentál Teszt, ADAS-Cog, Óra Rajzolási Teszt.

**Eredmények:** A demográfiai adatokat tekintve életkorban találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között ( $Z=-3,691$ ,  $p<0,001$ ). A KMT szenzitivitása 87,5%, specificitása 58,9% (cut off=64,  $AUC=0,75$ ). A SzKT szenzitivitása 100%, specificitása 96,1% ( $AUC=0,998$ ). A rövidített SzKT-val bővített KMT érzékenysége szenzitivitás: 81,8%, specificitás: 82,7% ( $AUC=0,889$ , cut off=-15,43). A KMT a klinikai tesztekkel korrelál.

**Következtetés:** A KMT, valamint a rövidített SzKT-val bővített KMT érzékenysége magas az EKZ szűrésében, könnyen adminisztrálható, gyorsan felvehető, így alkalmas módszer lehet az EKZ alapellátásban való szűrésére. Az EKZ csoport elemszámának növelése, valamint az életkori különbség korrekciója végett vizsgálatunk tovább folytatódik.

Támogató: OTKA (83667),  
TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052

## Problémamegoldó tréning krónikus depresszióban

Perczel Forintos Dóra, Ajtay Gyöngyi

Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék,  
Budapest  
perczel@kpt.sote.hu

**Bevezetés:** A modern, öngyilkossággal kapcsolatos kutatások számos módosítható rizikófaktorra hívták fel a figyelmet, amelyek szuicid-prevenációs beavatkozási lehetőséget jelentenek. A klinikai pszichológiai kutatások világszerte azt mutatják, hogy a súlyos depresszió és az öngyilkossági veszélyeztetettség szoros összefüggésben van a problémamegoldó képességek alacsony színvonalával. A problémamegoldó tréning (PMT) célkitűzése a pozitív problémaorientáció kialakítása és a problémamegoldó képességek fejlesztése. Klinikai kutatásunkban a *D'Zurilla* és *Goldfried* által kidolgozott ötlépéses problémamegoldó tréninget alkalmaztuk: 1. általános probléma-orientáció; 2. a probléma meghatározása; 3. alternatívák generálása; 4. döntéshozatal; 5. megvalósítás. A tréningeket önálló terápiás formaként, csoportos formában, 8 alkalommal, két órás foglalkozások keretében tartottuk.

**Módszer:** A tréningen öngyilkossági kísérletet elkövetett, major depressziós betegek vettek részt ( $N=20$ ). Az állapotfelmérés a következő önkítöltős kérdőívek felvételével történt: Reménytelenség Skála, Beck Depresszió Kérdőív, Beck Szorongás Leltár, Megküzdési MódoK Kérdőív, Mean-Ends Problem Solving Test, Diszfunkcionális Attitűd Skála, Rosenberg Önértékelés Kérdőív, Énhatékonyság Kérdőív.

**Eredmények:** A reménytelenség, a depresszió, a coping stratégiák és a problémamegoldó képességek összefüggéseit vizsgálva, az eredményeink szerint a negatív hangulat és a reménytelenség szoros korrelációt mutatott az alacsony szintű problémamegoldással, valamint az érzelem-fókuszú megküzdési módokkal. A PMT következményeként a résztvevők problémamegoldó képességei jelentősen javultak, depressziójuk, reménytelenség- és szorongásszintjük kifejezetten csökkent.

**Konklúzió:** A PMT önálló terápiás módszerként vagy más pszichoterápiás kezelés kiegészítéseként, hatékony eszköz az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében, a primer, szekunder vagy terciér prevencióban egyaránt.

## Valóban minden a fejben dől el? Sérülékenység és egészségvédő tényezők szerepe a depressziós és szorongásos panaszok kialakulásában

Perczel Forintos Dóra, Mészáros Veronika, Fodor Kinga, Komlósi Sarolta, Boross Viktor

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest  
perczel@kpt.sote.hu

A megterhelő, negatív, sőt traumatikus életesemények szerepe a pszichés betegségek kialakulásában vitathatatlan. Ma azonban már nem betegségek kiváltó okának tekintjük őket, hanem olyan eseményeknek, amelyek pusztán sérülékenységet jelenthetnek, és a személyiség kognitív struktúrájának, megküzdési módjainak függvényében fejtik ki hatásukat. A poszttraumás növekedés modelljének értelmében a negatív életesemények a személyiség érettségéhez és növekedéséhez hozzájárulva még pozitív hatásúnak is tekinthetők. Kutatásunkban (1) feltártuk a pszichés zavarok kialakulásával összefüggésbe hozható életesemények mennyiségi és minőségi jellemzőit; és ebben (2) a diszfunkcionális attitűdök és a különféle megküzdési módok, mint közvetítő változók szerepét. Továbbá, kísérletet tettünk arra, hogy rekonstruáljuk, milyen eltérő mechanizmusok vezetnek a szorongásos, illetve a depressziós panaszok kialakulásához.

Módszerek: A vizsgálatban ambuláns pszichoterápiára (N=234) szakorvosi beutalóval érkező pszichés problémákkal küzdő személyek vettek részt. A páciensek kérdőív csomagot töltöttek ki, amelyben az életeseményeket, diszfunkcionális attitűdöket, megküzdési módokat, valamint a depressziós és szorongásos panaszok súlyosságát mértük fel. Statisztikailag a strukturális egyenletmodellzés módszerét használtuk, amely lehetővé teszi a felmért változók együttes elemzését és okozati összefüggések felmérését.

Eredmények: A megterhelő életeseményeknek mind a száma, mind pedig a szubjektíven megélt intenzitása hozzájárult a diszfunkcionális attitűdök gyakoriságának növekedéséhez. Minél erőteljesebb a diszfunkcionális működés, annál jellemzőbb a maladaptív megküzdés és annál nagyobb valószínűséggel jelennek meg a pszichés panaszok. Továbbá, a szorongásos panaszok szoros szignifikáns együttjárást mutattak a fokozott külső kontroll attitűddel, míg a depressziós panaszok háttérben diszfunkcionális teljesítményigény és perfekcionizmus tárható fel.

Következtetés: Empirikusan is alátámasztást nyert az a klinikai tapasztalat, hogy a pszichés betegségek kialakulásában a megterhelő életeseményeknek a megélése (és kevésbé a száma) jelent vulnerabilitást.

## ”Kalokagathia” – test és lélek egysége és kölcsönhatása az ókori európai gondolkodásban

Péter Orsolya Márta

Semmelweis Egyetem ÁOK Magartartástudományi Intézet, Budapest  
peterorsolya@gmail.com

Az előadás célkitűzése, hogy röviden áttekintse és bemutatssa a test és lélek kapcsolatára vonatkozóan kialakult ókori európai, ezen belül elsősorban görög-római kori gondolatokat.

Az a meglátás, miszerint test és lélek egymással összefügg, igen mély történeti gyökerekkel rendelkezik az európai eszmetörténeten belül, továbbá elváláshatatlannal kapcsolódik a betegség általános koncepciójához is. A Kr. e. V. században működő filozófus, *Empedoklész* szerint a világ négy őselemből tevődik össze, ennek nyomán pedig a hippokratészi orvoslás kialakította azt a véleményt, miszerint az ember jellemét és egészségét a négy őselemnek megfelelően négy testnedv határozza meg. Ha bármely testnedv túlermelődik, mentális problémák, valamint testi tünetek is jelentkezhetnek. A mentális és szellemi egészség tehát összefügg. Ahogyan *Arisztotelész* is hangsúlyozza, hogy a test a lélek háza, így a lélek állapota (egészsége vagy betegsége) kihat az ember külső megjelenésére is.

E megközelítésben az egészséget az egyensúly, a szélsőségektől való tartózkodás, tehát egyfajta arányosság jelenti. Az arányosság a harmónia alapja, és nem csak az egészség, hanem a szépség forrása is – a sokat emlegetett „kalokagathia” szó ugyanis szó szerint a jóság és szépség, valamint a kiválóság és erkölcsösség sajátos egyensúlya. A Kr. e. V. században tevékenykedő görög szobrász, *Polükleitosz* óta az antikvitás embe- re az emberi test szépségét az arányosságban kereste. Ami arányos, az tehát egészséges, de szép és jó is egyben. A bármely aránytalanság miatt megbillent egyensúlyú ember beteg: így például aki szélsőségesen koplal vagy mohón fal, károsítja saját testét és fizikai egészségét, diszharmonikussá vált teste viszont mindenképpen jellemhibára, súlyosabb esetben lelki problémára, sőt betegsége utal.

Az arányosság–szépség–jóság fenti, görög eredetű összefüggésrendszere ugyanakkor a római gondolatvilágban egy egészen sajátos további felhangot is kap: kialakul egy szabványosított, általános „standard” az emberi lény fizikai megjelenésére vonatkozóan. A Természetnek eszerint van egy adott rendje, amelynek megfelelően az embernek meghatározott számú végtagja, feje és más szervei vannak, s az az ember, aki pl. veleszületett végtaghiány miatt nem illeszkedik bele ebbe a rendbe, természetellenes lénynek minősül, akinek emberi mivolta is megkérdőjeleződik; a súlyosan diszharmonikus testben nem lakhat emberi lélek.

## Gondolatok a kölcsönös analízisről

Pető Katalin

magápraxis  
petokati@gmail.com

*Ferenczi Sándor* munkásságának és életének utolsó nagy, heroikus önkísérlete a kölcsönös analízis volt.

Erről nem szól külön tanulmány, a gondolkodási folyamatot, az önelemzés szenvedélyes és szenvedésteli lépéseit elsősorban a Klinikai naplóban követhetjük nyomon.

Előadásomban ezt a heroikus önkísérletet mutatom be néhány, *Ferenczi* személyiségéből és *Freuddal* való kapcsolatából fakadó aspektusból.

A kölcsönös analízis radikális újításainak eredője, hogy *Ferenczi* nem tudott belenyugodni a terápiás kudarcokba.

Minden lépése – a technikai szabályok megváltoztatása, az aktív technika kitérője, a terapeuta rugalmasságának elve, a relaxáció és főként és mindenekelőtt a viszontáttétel szerepének kiemelése – a beteg szükségleteihez való alkalmazkodás jegyében született újítások. Előadásomban érintem *Ferenczi* traumaelméletét és azok szerepét a Freud–*Ferenczi* konfliktusban.

## Van Gogh agressziója

Pezenhoffer Ibolya<sup>1</sup>, Zsédél Krisztina<sup>2</sup>, Gerevich József<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>3</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest  
ibolya.pezenhoffer@emmi.gov.hu

Az elmúlt évtizedekben sora születtek *Vincent Van Gogh* (1853–1890) életét és betegségét mélyebb összefüggéseiben boncolgató tanulmányok. Feltételezett kórképei között az akut intermittáló porfiria, digitális túladagolás, ólommérgezés, szkizofrénia, illetve a Meniere-betegség szerepel. *Dr. Felix Rey* az arles-i kórházban epilepsziát diagnosztizált. A differenciáldiagnosztikai szempontok azonban a bipoláris zavart valószínűsítik, amelyről köztudott, hogy növeli az öngyilkosság kockázatát. Az eddigi kutatások nem tárták fel *Van Gogh* vonás-agressziója és szuicidiuma közötti összefüggéseket, jelen előadásban e kérdéskörre fókuszálunk. A festő vonás-agresszióra utaló személyiségjellemzőit, illetve az autoagresszió közvetlen és közvetett formáit tártuk fel a festő levelezése, illetve kortörténeti dokumentumok tartalom-elemzése alapján. Az önagresszió közvetett formáját *Van Gogh* öndesztuktív viselkedése, szerhasználata alátámasztja: pipázott, abszintot ivott, kámfort, tujont és kerozint fogyasztott. Autoagressziójának közvetlen eleme az öncsonkítása: *Gauguin*mal való utcai veszekedésének kimenete a saját fülének levágása volt, amit becsomagolva egy prostituálnak küldött meg. *Gauguin* így ír Vincenről: „elmentünk a kávéházba, ahol egy könnyű abszintot ivott. Hirtelen megragadta a poharat és tartalmával együtt a fejemhez hajította.” A környezetében élőket is zaklatta, egyik levelében azt írja öccsének, hogy a környékbeli beadványt intéztek a helyi polgármesterhez, mivel „olyan embernek mondanak, akit nem engedhetnek szabadon élni”. *Van Gogh* már kora gyermekkorát a kedvezőtlen életesemények, a kielégületlen szeretetvágy jellemezték. Édesanyja 6 gyermeket nevelt szigorú légkörben, Vincent különbségét, zárkózottságát nem értette meg, kapcsolatukat merevség jellemezte. Így ír szüleiéről: „Olyan vonakodással fogadnak a házukban, mint ha egy bozontos kutya költözne be. Vizes manccsal jön be a szobába és egyáltalán, olyan lompos. Mindenkinek útban van, és iszonyatosan hangosan ugat.”

Kutatások alátámasztják, hogy a korai traumatikus pszichoszociális hatások károsítják a stressztűrést, illetve fokozott szorongásos állapotot okozhatnak. Mindez befolyásolja a HPA tengely működését, illetve a szerotonin anyagcserét, ami pedig talaja lehet az elfojtott agresszió alapuló szuicidiumnak. *Van Gogh* agressziója, és szuicidiuma komplex kapcsolatban álló hatások – mint gyermekkori életesemények, genetikai vulnerabilitás, illetve szociokulturális tényezők összefüggéseinek eredménye.

## Mozart pszichiátriai betegsége

Pezenhoffer Ibolya<sup>1</sup>, Zsédél Krisztina<sup>2</sup>, Gerevich József<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>3</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest  
ibolya.pezenhoffer@emmi.gov.hu

*Mozart* különös személyiségét, pszichiátriai betegségét számos tanulmányban vizsgálták. A feltételezett diagnózisok között szerepel a Tourette-szindróma (TS), Asperger-szindróma, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, obszesszív-kompulzív zavar, streptococcus okozta fertőzés, azonban bizonyítékot eddig egyik sem nyert.

Az előadásban *Mozart* levelei, illetve kortörténeti dokumentumok elemzése alapján, differenciáldiagnosztikai szempontú megközelítésben a TS kérdéskörét vizsgáljuk.

A visszaemlékezések szerint *Mozart* repetitív mozgásokat végzett kezével és lábával, ugrált, továbbá motoros és vokális tic-ek jellemezték. Sógornője azt írja, hogy gyakran érintette a szalvétát a szájához, grimaszolt, játszott a kalapjával, zsebével; az asztalon, és a széken pedig úgy játszott, mintha zongorázott volna. Egyik pillanatban ő volt az elmélyülten alkotó isteni komponista, a másik pillanatban átugrált a bútorokon, és macskaként nyávogott. Míg komponált, folyamatosan egyéb tevékenységet is folytatott: sétált, lovagolt, biliárdozott, ami a hiperaktivitás diagnózisát veti fel.

*Benjamin Simkin* *Mozart* leveleinek tartalmában számos obszcén kifejezést talált („nyald ki a seggem”), amit koproláliának minősített. Az erősen váltakozó, ingadozó hangulat bipoláris zavarra, ciklotímiára utalhat, a viselkedés, érzelemszabályozás zavarát pedig a nem megfelelő helyen, időben történő viccelődés, szójáték jelezheti.

Az Asperger-szindróma is a feltételezett kórképek listáját bővíti, amelyben különösen jellemző a figyelemzavar (auditoros ingerekre), azonban ennek *Mozart* esete ellentmond, aki épp a hangokra volt rettentő érzékeny. Viszont a repetitív mozgások, tic-ek, bizonyos tárgyakba való belefeledkezés megerősíthetik az Asperger-szindrómát.

1763–1766 között reumás betegséggel kezelték, amely streptococcus okozta Sydenham-kór, vagy a magatartászavarral együtt járó PANDAS szindróma lehetett. Mindenesre számos kutató *Mozart* halálának okát olyan fertőzésben látja, ami hányással, a testrészek feldagadásával járt, és a túlzásba vitt korabeli terápiás módokkal (köpölyözéssel, érvágással) végül a halálát okozta.

*Mozart* Tourette-szindrómája mellett és ellen is sokan lándzsát törnek, azonban a jelzett tüneteket összegezve, illetve a szakirodalomból ismert TS-hez társuló tüneteket (hiperaktivitás, kényszeresség, hangulat-zavar) áttekintve, adataink azt támasztják alá, hogy a művész Tourette-szindrómában szenvedett.

## Az orvosi kommunikáció mint híd a pszichiátria és a szomatikus orvoslás között

Pilling János

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest  
pillinfo@gmail.com

Az orvosi kommunikáció iránti érdeklődés az elmúlt években a szomatikus orvoslás számos területén látványosan erősödött. Tanulmányok százai jelennek meg, amelyek szerzői a szomatikus betegség kezelési lehetőségeit az orvosi kommunikáció függvényében vizsgálják, napjainkban az orvosi konferenciák többségén témaként jelenik meg az orvos–beteg kapcsolat, s egyre több szakmai irányelvbe kerülnek be ezzel kapcsolatos ajánlások is.

A jelenség hátterében részben a krónikus betegek együttműködési arányaival kapcsolatos eredmények állnak. Számos vizsgálat jelezte, hogy a krónikus betegek jelentős része ki sem váltja a számára felírt receptet, vagy ha mégis, nem az előírt adagban vagy nem megfelelő ideig szedi a gyógyszert. Mindez csökkenti a beteg gyógyulási esélyeit, rontja az életminőségét, s egy forráshiányos egészségügyben többletköltségeket generál. A kutatások rámutattak, hogy ezek a problémák az orvos–beteg kommunikáció javításával jelentősen csökkenthetők. Ezen a területen eredményesnek bizonyultak a betegoktatás és a készségfejlesztés hatékonyságát növelő technikák, a kockázati kommunikáció módszerei, az empátia kifejezése, a meggyőzés kommunikatív eszközei, s a beteg bevonódását segítő megközelítések (pl. a közös döntéshozatal modellje).

A kutatások gyakran olyan módszerek hatékonyságát igazolják a szomatikus orvoslásban, amelyek a pszichiátria, a pszichoterápia gyakorlatában régóta ismertek. Ide sorolhatóak többek között az aktív figyelem, az empátia kifejezésének gyakorlati módszerei, a szuggesztív kommunikáció technikái, a beteg saját céljait középpontba állító motivációs interjú módszere, a viselkedésváltozás szakaszainak modellje, vagy akár a megoldásközpontú terápiás szemlélet. Az orvosi kommunikáció ezáltal olyan híddá vált, amely összeköti a pszichiátriát a szomatikus orvoslás különböző területeivel.

Az orvos–beteg együttműködés javításán kívül a szomatikus orvoslás számos egyéb területén is egyre jobban felértékelődik az orvosi kommunikáció szerepe. Az indulatos, esetenként agresszív betegek növekvő száma, a rossz hírek (gyógyíthatatlan betegség, halálhír stb.) közlésének nehézségei, az orvosok ellen egyre nagyobb számban induló műhibaperek, a telemedicina által létrejött újszerű kommunikációs kihívások egyaránt ezt a trendet erősítik. Mindez növelheti a pszichiátriában, a pszichoterápiában használt módszerek (el)ismertségét az orvoslás egyéb területein, és szorosabbra fonhatja a pszichiátria és a szomatikus orvoslás kapcsolatát.

## Mit jelentett nekem Buda Béla?

*Pilling János*

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
pillinfo@gmail.com

*Buda Béla* élete, munkássága páratlanul gazdag. Számos szakterületen ő közvetítette a legújabb ismereteket, s olyan új utakat, irányokat mutatott, amelyek Magyarországon még ismeretlenek voltak. A pszichoterápia, szexológia, szuicidológia, addiktológia, kommunikációelmélet, közösségfejlesztés, egészségpromóció, mentálhigiéné, krízis-ellátás, öngyógyítás, szervezetelmélet, szociálpszichológia, devianciakutatás területein egyaránt új szemléletek, irányzatok és módszerek meghonosítója volt. Nem csak publikációi jutottak azonban el sokakhoz, hanem levelei is. Több száz emberrel tartotta a kapcsolatot írógéppel készített levelei útján. Postázta a legújabb szakirodalmakat, leveleiben szakmai együttműködéseket szervezett, bízott és támogatott sokakat. *Buda Béláról* így szinte minden hazai pszichiáternek van személyes tapasztalata, emléke. Az előadó a Magyar Pszichiátriai Társaság körlevelében kérte meg a kollégákat arra, hogy küldjék el válaszukat arra a kérdésre, hogy mit jelentett számukra *Buda Béla*. Az előadás ezeket a válaszokat összegzi, annak reményével, hogy így teljesebb képet nyerhetünk a hazai pszichiátria kiemelkedő alakjáról, *Buda Béláról*.

## A gyógyulás állomásai a képi kifejezés folyamatán keresztül gyermekotthonban felnőtt fiatal nő alkotásain

*Platthy István*

Pécsi Gyermekotthon, Pécs  
platthy@csontvarystudio.hu

Az eredendő kifejezésmódot és a belső látást előhívó, projektív folyamatokra épülő rajzterápiás műhelyünkben több éven keresztül jelenleg is alkotó fiatal felnőtt nő egymás után következő alkotásainak sorozatát mutatom be. Az alkotó korábban önszabó magatartást tanúsított, rendszeresen falcolt. Közben jellemző volt pszichoaktív szer-használata, több szuicid kísérletet tett. Már fiatal felnőttként érzelmi labilis személyiségzavarral diagnosztizáltak.

A művészetterápiás kezelés 7 éve tart, mely alatt ki-  
gyógyult az önszabó, önpusztító magatartásból. Születése óta a magyar állam neveltette, 3 évig csecsemőotthonban, azután nevelőszülőnél, 15 éves korától gyermekotthonban nevelkedett, jelenleg utógondozotti ellátottként él nálunk. Traumái, elakadásai olyan érzelmi elhanyagolásból fakadnak, amelyek a gyermekvédelem hiányosság okozta rendszerabúzusból adódnak.

Egymást követő rajzaiban feltárul az önkifejező szimbolizációs folyamat, melyben a belső lelki fájdalmat, az ürességérzést és az önszabó, kapcsolati zavarait dolgozza fel. Saját alkotásait elemelve életéről, érzéseiről, önképéről mesél. Emellett a művészetterápiás folyamatot a ház-fa-állat-ember-szabadrajzteszt felvétele is segíti. Éveken keresztül készülő alkotásait folyamatában vizsgálva olyan visszatérő motívumokat láthatunk, amelyek jól mutatják a traumák, elakadások, kapcsolati zavarok elaborációjának, feldolgozottságának, rendeződésének szintjét, mutatják a gyógyulás folyamatát, dinamikáját.

A rajzsorozatban feltárul az alkotó szubjektív, verbális, nonverbális, tudatos és tudattalan világa, traumái, érzelmi deficitjei, szelf-részeinek sérülései. Mindezt összevetem személyes életútjával, korai kapcsolatainak sérülésével.

## Dopaminerg terápia és kreativitás Parkinson-kórban: A szkizotípiás vonások közvetítenek?

Polner Bertalan<sup>1,2</sup>, Nagy Helga<sup>3,4</sup>, Kéri Szabolcs<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>BME Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest

<sup>3</sup>Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika, Budapest

<sup>5</sup>Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet, Szeged  
polner.b@gmail.com

Parkinson-kórban (PD) a dopaminerg terápia mellékhatásaként egyes pácienseknél a kreativitás fokozódása figyelhető meg. A dopaminerg rendszerek összefüggésben állnak a jutalomérzékenységgel és a figyelmi folyamatokkal is, az utóbbiak pedig szorosan összefonódnak a kreativitás jelenségkörével. Eddig egyetlen tanulmány sem vizsgálta ugyanazon PD páciensek kreativitását a gyógyszeres terápia előtt és után. Vizsgálatunk célja a dopaminerg kezelés alkotókészségre gyakorolt hatásának szisztematikus feltérképezése, néhány lehetséges mediáló tényező figyelembevételével.

A kutatásban 37 személy (18 PD, 19 kontroll) vett részt. A tesztek felvétele hosszmetzeti elrendezésben, két alkalommal (a páciensek gyógyszeres terápiaja az első alkalom után kezdődött), 12 hét különbséggel történt (pramipexole és ropinirole dopamin receptor agonista monoterápia). A kreatív potenciál vizsgálatára a Torrance feladatot, a való életben elért kreatív teljesítmény vizsgálatára pedig egy kérdőívet (CAQ) alkalmaztunk. Mértük továbbá az intellektuális és kognitív képességeket, valamint az impulzív (BIS) és szkizotípiás (O-LIFE) személyiségvonásokat.

A PD és a kontrollcsoport kreativitásának változása nem különbözött. A kezelés hatására az impulzív és a szkizotípiás jegyek fokozódtak a PD pácienseknél. A de novo állapotban mért szkizotípiás jegyek összefüggésben álltak a kreativitás flexibilitásának fokozódásával a PD csoportban, de nem a kontrollcsoportban. Emellett a való életben elért kreatív teljesítmény is összefüggésben állt a flexibilitás fokozódásával: a kiemelkedően kreatív betegeknek a kezelés hatására markáns növekedés figyelhető meg.

Az eredmények rámutatnak a szkizotípiás jegyek relevanciájára a Parkinson-kór dopaminerg terápiaja során fokozódó kreativitásban. Az alapvető kognitív mechanizmusok szintjén a látens gátlás közvetítő szerepe valószínűsíthető. A kutatás hozzájárul a kreativitás biológiai vonatkozásainak megértéséhez.

## Ép lélekkel az ép testért – A pszicho-onkológiai ambulancia kezdeti tapasztalatai a Nyíró Gyula Kórház-OPAI-ban

Prezenszki Zsuzsanna, Kegye Adrienne

Nyíró Gyula Kórház-OPAI Pszichiátriai Szakambulancia,  
Budapest

dr.prezenszki@freemail.hu

Az onkológiai diagnosztikai és terápiás eljárások fejlődésével párhuzamosan a múlt század elejétől folyamatosan bontakozott ki a betegség pszichés vonatkozásainak kutatása és kezelése. Magyarországon, az Országos Onkológiai Intézetben 1988-ban kezdte meg működését az első pszicho-onkológiai ambulancia. 2002-ben megalakult a Magyar Pszicho-onkológiai Társaság. A 2006-ban megjelent Nemzeti Rákellenes Program kimondta: „Az onkológiai betegek lelki segítségnyújtása elválaszthatatlan a szomatikus ellátástól.”

Az onkológiai betegek pszichoszociális ellátása ma az onkológiai centrumok, az ország nagy részére kiterjedő hospice ellátás adott keretein túl civil szervezetek és alapítványok, illetve magánrendelés keretei közé szorult.

A Nyíró Gyula Kórház, OPAI Pszichiátriai Szakambulanciája 2013 februárjától fogadja a pszichés panaszokkal, tünetekkel jelentkező onkológiai betegeket. A heti egy rendelésen 2013. szeptemberig 77 új beteg jelentkezett. Közülük 16-an különböző súlyosságú rák-betegségben szenvedő és a kórlefolyású, a kezelések különböző szakaszában lévő páciens, 4-en újonnan diagnosztizált betegséggel, még az onkológiai kezelés megkezdése előtt, 3 fő aktív kemoterápiás kezelés alatt, 9 fő nem állt aktív onkológiai kezelés alatt.

A betegek olyan pszichés panaszokkal, tünetekkel jelentkeztek, melyek összefüggésben álltak rosszindulatú daganatos betegségükkel és annak kezelésével. Az onkológiai betegséget megelőző pszichiátriai betegséget állapítottak meg 6 esetben. A diagnózis megoszlását tekintve az esetek 75 %-a fele-fele arányban szorongásos zavar, illetve kevert szorongásos-depressziós zavar, 25 %-ban súlyos stresszre adott érzelmi válasz volt.

Bár az alacsony esetszám következték levonására nem ad lehetőséget, mégis a nagy esetszámú tanulmányokhoz hasonló adatokat figyeltek meg: az onkológiai betegek 25 %-a reaktív szorongásos és depressziós tünetek, alkalmazkodási zavarok miatt pszichoszociális támogatást igényel. 25 %-ban észleltek vagy premorbid már meglévő, vagy az onkológiai ellátás során manifesztálódó, a pszichiátriai zavar diagnózisát kimerítő állapotot, melyek ellátása általában kombinált gyógyszeres és pszichoterápiát igényel.

A nemzetközi és hazai statisztikákat is figyelembe véve számolni kell azzal, hogy a daganatos betegek körében kifejezetten nagy a komorbid pszichés zavarok előfordulása, ennek felismerése és kezelése jelentősen segítheti a compliance javulását keresztül a sikeres megküzdést, illetve megfelelő életminőség tartós elérését.



## MikroRNS rendszer és szuicid viselkedés kapcsolata hangulatzavarokban: Poligénes profilelemzés

Pulay Attila József, Réthelyi János

Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest  
pulay.attila@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: Neuropszichológiai vizsgálatok szoros, a pszichiátriai diagnózistól is független összefüggést találtak a végrehajtó funkciók károsodása és az öngyilkossági magatartás között. Bár a végrehajtó funkciók genetikai háttere még nem teljes mértékben tisztázott, újabb kutatások és korábbi vizsgálatunk a transzlációt szabályozó mikroRNS rendszer patomechanisztikus szerepét vetették fel, azonban az általuk kifejezett fenotípusos variancia nem ismert. Jelen vizsgálatunkban a végrehajtó funkciók tekintetében releváns neuronális kör sejtjeiben felülexpresszáldó mikroRNS-ek poligénes profilját és az általa kifejezett varianciát elemeztük, két kiterjesztett génszett viszonylatában.

Módszerek: Az NCBI GAIN bipoláris (n=999) és major depressziós (n=1753) eset-kontroll mintáit elemeztük. Az öngyilkossági magatartást a depressziós mintán hetente többször ismétlődő szuicid ideáció, konkrét tervek vagy kísérlet, a bipoláris mintán öngyilkossági kísérlet fennállásával definiáltuk, a kontrollcsoport a nem szuicid bipoláris és major depressziós egyénekből állt. A géneket az EBI Gene Expression Atlas segítségével választottuk ki, a minták imputációjához 1000 Genomes Phase I genomot használtuk referenciaként. A poligénes profilelemzést a PLINK program segítségével végeztük, a 7 profilhoz tartozó pontokat a depressziós mintán számoltuk ki, a szuicid magatartással való asszociációt és a modellek által kifejezett varianciát (Nagelkerke R<sup>2</sup>) a bipoláris mintán teszteltük.

Eredmények: A dorsolaterális pálya mikroRNS génei (n=70) minden poligénes profilban statisztikailag szignifikáns asszociációt mutattak, legnagyobb mértékben a p: 0–0,2 profilban (p=0,00016, R<sup>2</sup>=0,02). Az agyban felülexpresszáldó mikroRNS gének (n=116) esetében 3 profilnál észleltünk szignifikáns asszociációt, a legerősebb asszociációt a p: 0–0,05 profilban (p=0,027, R<sup>2</sup>=0,007) mértük. A dorsolaterális pálya kiterjesztett génszettjének (n=7009) elemzésében egyik profil sem asszociálódott szignifikánsan az öngyilkossági viselkedéshez.

Konklúzió: A dorsolaterális pálya mikroRNS génei az öngyilkossági viselkedés szignifikáns poligénes prediktorainak bizonyultak, közvetett bizonyítékot szolgáltatva a végrehajtó rendszer érintettségére. Bár a génszett további kiterjesztése nem növelte az asszociációs jel erősségét, az eredmények értelmezésekor a viszonylag alacsony esetszám és a két minta nem tökéletesen egyező fenotípusa mindenképp figyelembe veendő.

A kutatást az OTKA-PD 83876 számú pályázata támogatta.

## Többszintű közösségi programok a depresszió és az öngyilkosság megelőzésében

Purebl György

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
purebl.gyorgy@gmail.com

Számos kampány, illetve megelőző program történt az elmúlt évtizedekben, ezek közös jellemzője, hogy átmeneti hatásuk volt – bármerre is tekintünk a világon, végül is a XXI. század első évtizedére a depresszió az egyik vezető népegészségügyi problémává vált.

Az eddigi programok főként a depresszió tüneteivel és a kezelés lehetőségeivel kapcsolatos ismereteket hangsúlyozták, mint általában az egészségügyi megelőző programok. A „hagyományos” programoknál jóval hatékonyabbnak tűnik a többszintű megközelítés, amelyben 1. egyszerre több csoportot igyekeznek elérni (professzionális, és civil segítők, hozzátartozók, magas kockázatú csoportok, illetve a helyi kommunikáció kulcsfigurái); 2. A különböző csoportokat célzó beavatkozások egyszerre történnek (szinergikus hatás); 3. A program célja a minél szélesebb körű társadalmi együttműködés elérése a helyi közösségben, valamint a hatékony megelőző készségek minél több csoportra kiterjedő oktatása.

A különböző nemzetközi, illetve hazai vizsgálatok szerint a többszintű megközelítés segítségével a beavatkozási közösségekben az öngyilkosságok 57–47%-os csökkenése érhető el. A programok további fontos tanulsága lehet, hogy a depresszióval kapcsolatos közösségi programok üzeneteinek középpontjába nem a kezelés lehetőségét, hanem a lezajlott kezelés sikereit érdemes helyezni. Beszélni arról, konkrétan milyen életterületeken és hogyan segítenek a különböző terápiás megközelítések, és hogyan észlelheti ezek konkrét mindennapi hasznát mind a beteg, mind a hozzátartozó. Érdemes tehát nemcsak a depresszióval, hanem a depresszió leküzdésére szolgáló beavatkozásokkal kapcsolatos attitűdöket is megváltoztatni.

## Kommunikáció a pszichiátriában, avagy: A Paradigma-szigetek hídjai

Purebl György

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
purebl.gyorgy@gmail.com

Nem nagyon létezik még olyan orvosszakma, amelyben ennyi paradigma férne meg egymás mellett. mint a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Ennek hatalmas előnyei elvitathatatlanok: ekkora eszköztárból nagyon kevés szakma válogathat. Ugyanakkor a mindennapokban megvannak a maga hátrányai is: talán egyik szakmában sem annyira fontos a nyelv, a kommunikáció, és – az elsősorban ennek mélyebb rétegeiben meghúzódó – narratívák értelmezése, mint a pszichiátriában és pszichoterápiában. A különböző paradigmák számára azonban ezek a narratívák más és más jelentéssel bírnak. A tapasztalt terapeuták általában megbirkóznak azzal, hogyan olvashatók a különböző megközelítések egy integratív keretbe. De melyik paradigma nyelvén kommunikáljuk ezeket a kliensekkel? Ez sem volt nehéz feladat addig, amíg a klienseket a terapeuták tanították az (általuk használt paradigma) nyelvére. Ez azonban az elmúlt tíz évben gyökeresen megváltozott. Az orvosi (és pszichiátriai, pszichoterápiás) információ-forrása többé már nem az ellátórendszerben dolgozó segítő, hanem elsősorban elektronikus információs-források. Megfelelő magyarázat hiányában az elsősorban az Interneten megismert terápiás irányzatok alapján sajátos nyelveket, önértelmezéseket és teljesen egyéni terápiás paradigmákat képesek létrehozni a betegek, amelyek aztán komoly (sokszor eleinte rejtett) terápiás akadályt jelentenek. Mindezt tetézi, hogy sok esetben hiányzik a párbeszéd és az őszinte, egyenrangú integráció igénye az egyes irányzatok részéről, ami fokozza a kommunikációs zavart nemcsak a segítő–beteg, de a segítő–segítő kapcsolatokban is. Az egyik megoldás az egyszerű, ideológiáktól mentes, de hatékony kommunikációs technikák közös nyelvként való bevezetése lehet. A kommunikációelmélet és tudomány lehet tehát a híd a különböző paradigmák integrációjában.

## Hipnózis hatása a prospektív emlékezeti teljesítményre

Racsmány Mihály<sup>1</sup>, Demeter Gyula<sup>1</sup>, Kovács Zoltán Ambrus<sup>2</sup>, Juhász Marianna<sup>3</sup>, Boncz István<sup>2</sup>, Keresztes Attila<sup>1</sup>, Pajkossy Péter<sup>1</sup>, Szendi István<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátria Klinika, Szeged

<sup>3</sup>Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Miskolc  
szendi.istvan@med.u-szeged.hu

A prospektív emlékezet (PM) az a kognitív funkció, amely lehetővé teszi, hogy egy jövőre irányuló szándékot megőrizzünk, felelevenítsünk és a jövő egy adott időpontjában, meghatározott kontextusban megvalósítsunk.

Kísérletünkben először vizsgáltuk hipnózisban egészséges, önkéntes egyetemi hallgató kísérleti személyek (n=23) PM feladatban nyújtott teljesítményét három kondícióban. A kísérleti elrendezés összetartozó mintás, az éber és a hipnotikusan módosított tudatállapot sorrendje kiegyenlített volt.

A kísérlet alaphelyzetében nem voltak PM ingerek, a vizsgálati személyek egyszerű reakcióidő feladatot hajtottak végre ('ongoing feladat'). Az ún. elvárt helyzetben a vizsgálati személyek az alaphelyzettel meg-egyező 'ongoing feladat' végzése közben várták a PM ingereket, amelyek azonban a teljes feladatszakasz során sem jelentkeztek. A harmadik, ún. prospektív helyzet az elvárt helyezettől abban különbözött, hogy itt a semleges ingerek között valóban meg is jelentek a PM ingerek. Az 'ongoing' reakcióidő feladatban megfigyelhető teljesítményváltozás lényeges információkat hordoz a prospektív feladat megoldásában szerepet játszó végrehajtó folyamatokról.

Hipnotikusan módosult tudatállapotban a vizsgálati személyek a prospektív helyzet 'ongoing' feladatában szignifikánsan gyorsabban teljesítettek, mint éber állapotban, viszont szignifikánsan többet is hibáztak.

Eredményeink arra utalnak, hogy a hipnózis kapcsolja a prospektív feladatok megoldásában szerepet játszó kontrollfolyamatokat, elősegítve ezáltal a figyelemi fókuszban lévő feladat gyorsabb megoldását, ami azonban egyúttal több téves riasztással is jár. Mindez úgy interpretálható, hogy a hipnózis felerősíti az automatikus konfliktusmonitorozó és asszociatív kereső mechanizmusokat.

## Explicit és implicit tanulási teljesítmények kettős disszociációja szkizofréniában

Racsmány Mihály<sup>1</sup>, Demeter Gyula<sup>1</sup>, Szöllösi Ágnes<sup>1</sup>, Domján Nóra<sup>2</sup>, Janacsek Karolina<sup>3,4</sup>, Németh Dezső<sup>3</sup>, Keresztes Attila<sup>1</sup>, Pajkossy Péter<sup>1</sup>, Greminger Nóra<sup>1</sup>, Szendi István<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátria Klinika, Szeged

<sup>3</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

<sup>4</sup>Georgetown University, Department of Psychology, Washington D.C., USA

szendi.istvan@med.u-szeged.hu

Jelen kutatás célja az volt, hogy az explicit (deklaratív) és implicit (nem-tudatos) tanulási folyamatokat vizsgálja szkizofréniában neuropszichológiai kísérleti módszerekkel.

A vizsgálatban szkizofréniával DSM-IV szerint diagnosztizált betegek (n=19) és hozzájuk nemben, életkorban és iskolai végzettségben illesztett egészséges kontrollszemélyek (n=11) vettek részt. A betegek korábbi szisztematikusan neurokognitív felmérésük alapján két alcsoportba voltak oszthatók, az ún. S (n=9) és Z (n=10) alcsoportokba (Szendi és mtsai, 2010). A neuropszichológiai állapotfelmérés során a résztvevők téri-, vizuális- és verbális munkamemória feladatokat hajtottak végre (Corsi Kocka Teszt, Vizuális Mintázat Teszt, számterjedelem- és álszóterjedelem tesztek). A végrehajtó funkciók működését a Wisconsin kártyaszortírozási, valamint a kategória- és betűfluencia feladatokkal mértük. Ezt követően a résztvevők explicit és implicit tanulási teljesítményét teszteltük. Előbbi során a résztvevők két szólistát tanultak, majd 5 perces (matematikai feladattal kitöltött) késleltetést követően egy hívóinggerrel segített felidézési helyzetben kellett előhívniuk a korábban tanult szavakat. Az implicit tanulás mérésére az Alternáló Szeriális Reakcióidő Feladatot (ASRT) használtuk. A feladat során a résztvevők a számítógép képernyőjének négy lehetséges pontján megjelenő ingereket láttak. Minden ingerhez tartozott egy gomb a számítógép billentyűzetén; feladatuk az volt, hogy az éppen megjelenő ingerhez tartozó billentyűt a lehető leggyorsabban lenyomják. Az ingerek mozgása egy rejtett szekvenciát követett (pl. 2R4R1R3R), ami a vizsgálati személy számára nem tudatosult. A tanulási teljesítményt a szekvencia és a random elemek reakcióidő különbsége jelzi.

A betegek két alcsoportjának teljesítménye az explicit emlékezeti és az implicit szekvencia tanulási feladaton kettős disszociációt mutatott. Míg a Z alcsoportba tartozó betegek szignifikánsan több szót tudtak felidézni a szólistatanulást követő, hívóinggerrel segített, explicit emlékezeti felidézési helyzetben, addig az implicit szekvencia-specifikus tanulási hatás csak az S alcsoportban volt kimutatható. Az explicit és implicit memória-károsodások kettős disszociációja arra utal, hogy a két szkizofréniás alcsoport (S vs Z) neurokognitív háttere eltér egymástól.

## Hogyan látjuk az orvosokat és a pszichoterapeutákat?

Raffai Gellért, Bugán Antal

DE OEC, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

raffai.gellert@sph.unideb.hu

Az orvos-beteg kapcsolat jelenségét tekintve kevés szó esik arról, hogy a betegek hogyan látják a segítő foglalkozásúakat, milyen sztereotípiákkal viszonyulnak a különböző segítő kapcsolatokban. Előadásunk egy, a segítővel kapcsolatos empirikus sztereotípiá-vizsgálat eredményeit mutatja be.

Minta: A kutatási kérdőívet kitöltők közül 101 fő került be a vizsgálatba. A 101 kitöltő közül 78 nő, 23 férfi. A vizsgálati személyek életkora 18–60 év, az átlagéletkor 28,7 év. Saját pszichoterápiás élménnyel 52 fő rendelkezett; 40 nő, 12 férfi. Saját pszichoterápiás élménnyel nem rendelkezett 49 fő, közülük 38 nő, 11 férfi.

Módszer: Elővizsgálat után 45 tételes, ellentétes tulajdonságokból álló kérdőívet szerkesztettünk, amelyen az orvos és pszichoterapeuta foglalkozásokat kellett 5 fokú skálán elhelyezni. Az alapvető demográfiai adatok (életkor, nem) mellett rákérdeztünk arra is, hogy volt-e valaha saját pszichoterápiás élményük.

Eredmények: Variancia-analízisekkel elkülönítettünk 25 olyan dimenziót, amit statisztikailag indokolt volt tovább vizsgálni, ezután faktoranalízissel feltártuk, hogy ezek a tulajdonságok mindkét hivatás esetén 3–3 profilba rendeződnek. Végül megvizsgáltuk, hogy a nemi különbségek és a saját pszichoterápiás élmény megléte hogyan jelenik meg a pszichoterapeuták értékelésében.

Következtetések: A vizsgálat leírja, hogy az orvosi és pszichoterapeuta hivatásokhoz milyen tulajdonságokat tartanak relevánsnak a laikusok, valamint rámutat arra, hogy ezek a tulajdonságok milyen profilokká rendeződnek össze. Az orvosokat és a pszichoterapeutákat jellemző profilok elkülönülnek, de átfedésben is vannak. Olyan aspektusok mentén szerveződnek, mint a kliensek lehetséges elvárásai, félelmei vagy a hivatások tudományosságába vetett hitük. Az eredmények alapján különbség van a férfi és a női kliensek által meghatározott pszichoterapeuta-képben, valamint abban is, hogyan jelenik meg ez a kép a saját pszichoterápiás élménnyel rendelkezők és nem rendelkezők elképzelési mentén.

## Az antipszichotikumok lehetséges szerepe a szkizofrénia negatív tüneteiben

Rajkai Csaba, Harsányi András

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

A szkizofrénia negatív tünete (érdeklődés csökkentése, motiválatlanság, érzelmi kiüresedés, szociális visszahúzódás, figyelemhiány stb.) hátrányos következményekkel járnak a betegek funkcionálisára, életminőségére és betegség hosszú távú kimenetelére. Ennek ellenére a jelenleg elérhető antipszichotikumok kevés hatással vannak, vagy még inkább hatástalanok a negatív tünetek kezelésében.

Jelen előadásban áttekintem a szkizofrénia negatív tüneteinek irodalmát egy új hipotézist tükrében.

Kapur és mtsai javaslata szerint a dopamin központi szerepet játszik annak mediálásában, hogy mekkora jelentőséget tulajdonítunk egy ingernek. Így szkizofrén betegek esetén a túl sok dopamin kóros jelentőségadást hoz vezet, azaz olyan ingerek is felkeltik az érdeklődésüket, melyek lényegtelenek. A kóros jelentőségadás téves összefüggések felfedezéséhez, végeredményben téveszmékhez vezethet. A hallucinációk pedig a belső, mentális reprezentációknak tulajdonított kóros jelentőségadás következményei lehetnek. Ismeretes, hogy az antipszichotikumok közös jellemzője a D2 receptorgátló képességük. Az elmélet szerint a dopaminreceptor-gátlás révén a kóros jelentőségadás csillapodik, és ez lehetőséget biztosít a téveszmék korrekciójára.

Hipotézisünk szerint a D2 receptorgátlás azonban nem csak a kóros jelentőségadást, hanem általában a jelentőségadást, azaz az érdeklődést is jelentősen csökkenti. Feltételezésünk szerint a negatív tünetek – legalábbis részben – az antipszichotikus kezelés következményei. Az antipszichotikumok (különösen az erős D2 receptor affinitással rendelkezők) tehát a negatív tüneteken rontanak. Ezt az elképzelést támasztják alá azok a vizsgálati eredmények, melyek egészséges egyéneken vizsgálták az antipszichotikumok hatását. Például haloperidol vagy risperidon szedése esetén jelentős negatív tünetek jelentkeztek egészséges egyéneknél, szemben a placebót szedő csoporttal.

A szkizofrénia negatív tüneteivel kapcsolatban további vizsgálatok szükségesek, hogy hatékony terápiás eszközöket tudjunk a jövőben kifejleszteni.

## A Mentális Egészség és Mentális Betegség Két Kontinuum Modellje és az azon alapuló hazai empirikus eredmények bemutatása

Reinhardt Melinda

Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet,  
Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék, Budapest  
reinhardt.melinda@kre.hu

Az előadás bemutatja a Mentális Egészség és Mentális Betegség Két Kontinuum Modelljét (Keyes, 2002), mely a mentális egészséget és betegséget nem egymás ellentétes tartalmú, egymást kizáró jelenségeinek és nem egy képzeletbeli egyenes két végpontján elhelyezkedő állapotoknak tekinti. A kidolgozott elméleti alappal bíró modell szerint két – részben egymástól független – kontinuummal és az azokból felépülő kategóriákkal kell számolnunk, amikor a lelki egészségről és a mentális tüneteikről beszélünk (Keyes, 2005). A mentális egészség egy olyan összetett állapotként jelenik meg, mely a szubjektív jóllét hedonikus (érzelmi well-being) és eudaimonikus (pszichológiai és szociális well-being) komponenseiből szerveződik (Keyes és Waterman, 2003). Mindezt tovább árnyalja a mentális tünetek jelenléte vagy hiánya, mellyel hat mentális egészség státusz körvonalazódik: (1) teljes mentális egészség (virágzás); (2) mérsékelt mentális egészség; (3) alacsony szintű mentális egészség (hervadás); (4) mentális betegség virágzással; (5) mentális betegség mérsékelt mentális egészséggel (tisza mentális betegség); (6) mentális betegség hervadással kombinálódva, mint a legrosszabb szintű pszichés állapot jelzője (Keyes, 2013).

Az előadás összefoglalja a modell teoretikus alapjait, az azt tesztelő nemzetközi kutatások főbb eredményeit, valamint az azon alapuló prevenció és intervenció lehetőségeit. Kitér továbbá a modell hazai adaptációs eredményeinek ismertetésére is. Mind serdülő (n=394), mind felnőtt (n=389) populációban megerősítést nyert a teória mérésére kidolgozott Mentális Egészség Kontinuum Skála (Keyes és mtsai, 2008) háromfaktoros szerkezete. A kérdőív a magyar mintákon is kiváló megbízhatósági mutatókkal bír, valamint fogalmi érvényessége (mind konvergens, mind diszkriminatív validitása) is igazolódott. Egyértelműen kirajzolódott továbbá, hogy az ún. teljes mentális egészség (virágzó állapot) protektív faktorként funkcionál, míg az alacsony szintű mentális egészség jelentős pszichoszociális gyengüléssel jár – mentális betegségi tünetek jelenléte nélkül is. A virágzó személyek – mérsékelt és hervadó társaikhoz képest – szignifikánsan jobb szubjektív egészségmutatókkal, megküzdési kapacitással és kevesebb rizikóviselkedéssel jellemezhetők. Az eredmények rámutatnak arra, hogy a mentálhigiénés és terápiás beavatkozások során nem pusztán a mentális betegségi tünetekre, hanem a pozitív mentális egészség komponenseinek felmérésére és fejlesztésére is figyelniük kell.

## De novo mutációk azonosítása szkizofréniában 16 trió teljes-exom szekvenálásával

Réthelyi János<sup>1</sup>, Pulay Attila<sup>1</sup>, Koller Júlia<sup>2</sup>, Horváth Attila<sup>2</sup>, Balicza Péter<sup>3</sup>, Benkovits Judit<sup>1</sup>, Zahuczky Gábor<sup>4</sup>, Barta Endre<sup>2</sup>, Likó István<sup>5</sup>, Németh György<sup>5</sup>, Urbányi Zoltán<sup>5</sup>, Molnár Mária Judit<sup>3</sup>, Nagy László<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Genomikai Központ, Debrecen

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete, Budapest

<sup>4</sup>UD-GenoMed Kft, Debrecen

<sup>5</sup>Richter Gedeon NyRt, Budapest  
pulay.attila@med.semmelweis-univ.hu

A szkizofréniára jellemző magas heritabilitás és az elmúlt évtizedek intenzív kutatásai ellenére nem ismert, hogy a genetikai változatosság eltérő típusai milyen arányban járulnak hozzá a betegség kialakulásához. Korábbi vizsgálatok szerint a szkizofréniára genetikai háttérben szerepet játszhatnak a gének fehérjéket kódoló részeiben, az exonokban keletkező de novo mutációk. Jelen elemzésben a SCHIZOBANK multicentrikus vizsgálat keretében bevont 16 szkizofrén páciens és szüleinek DNS mintáit vizsgálatuk teljes-exom szekvenálásával. A mintákból szonikálás és PCR-amplifikáció után TruSeq könyvtárakat hoztunk létre, majd SeqCap EZ Human Exome Library v3.0 Kit alkalmazásával hibridizáció és újabb amplifikáció után exome capture könyvtárakat alkottunk. Ezeket HiScanSQ új generációs szekvenátoron kétoldali (pair-ended), egyenként 95 bp-os futtatási menetben szekvenáltuk. A szekvenálás mintánként 50000000 feletti read-et eredményezett.

A bioinformatikai analízis a FASTQC, Samtools, BWA, GATK, KGGSeq és Vcf-tools szoftverek alkalmazásával történt, az eredmények vizualizálására Integrative Genomics Viewer programot használtuk. A bioinformatikai elemzést és minőségellenőrzést követően páciensenként átlagosan 250000 ritka egynukleotidos polimorfikus variánst (SNV) azonosítottunk, ezek szülői genotípusokkal való összevetésével és minőségellenőrzésével két körben szűkítettük a potenciális de novo variánsok körét.

Az elemzések alapján a triókban 72 de novo mutációt identifikáltunk, melyek Sanger szekvenálásával történő validálása folyamatban van. Az összes mutációk között a non-synonymous mutációk aránya 36%, a kódoló szakaszokra esők között 46% volt. Az identifikált gének által kódolt fehérjék közül több (PHIP, NOTCH2, KLHL17, ACVR2B) szerepet játszik neuronális differenciálódási folyamatokban, a teljes lista génontológiai elemzése a találatok géntranszkripció reguláció, neuronális fejlődés, és embriogenezis funkciókban való dúsulását jelezte. Eredményeink a de novo mutációk szkizofréniában betöltött potenciális jelentőségére utalnak.

A kutatást az OTKA-PD 83876 számú pályázata támogatta. Köszönetet mondunk a vizsgálatban részt vevő pácienseknek, szüleinek és a betegbevonásban segítő klinikai központoknak.

## Depresszió, öngyilkosság és öngyilkosság-megelőzés Magyarországon

Rihmer Zoltán<sup>1</sup>, Döme Péter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Öngyilkosság-megelőző és Kutató Laboratórium, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest  
rihmerz@kut.sote.hu

A depresszió és öngyilkosság mindenütt a világon, de különösen hazánkban komoly népegészségügyi probléma. Nemzetközi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan több hazai klinikai kutatás is megerősítette a pszichiátriai betegségek (elsősorban major depresszió és alkoholbetegség), illetve a nemkívánatos pszichoszociális események (gyermekkori abúzusok, veszteségek, munkanélküliség stb.) szerepét a befezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek létrejöttében. A depresszió és a szuicid magatartás közötti szoros kapcsolatot több kutatás a populáció szintjén is igazolta.

Hazai vizsgálatok arra is ráirányították a figyelmet, hogy az egészségügyi (pszichiátriai) ellátás elérhetősége, illetve a pszichiátriai betegségek korai és helyes diagnózisa – és természetesen hatékony kezelése – fontos tényező a megelőzésben. Az úttörőnek számító Gotland-vizsgálat eredményeihez hasonlóan, az első két hazai közösségi alapú depresszió-felismerési és öngyilkosság-megelőzési program (Kiskunhalas 2000, illetve Szolnok 2005) is igen hatékonyak bizonyult az adott terület szuicid halálozásának csökkentésében. A pszichiátriai betegségek korai és biztosabb felismerése, valamint hatékonyabb kezelése lényeges (de nem kizárólagos) tényezője a magyarországi öngyilkossági halálozásban az utóbbi 30 évben bekövetkezett közel 50 %-os csökkenésnek.

## Vesetranszplantált betegekben az obstruktív alvási apnoe szindróma nem jár fokozott nappali álmo ssággal

Rónai Katalin Zsuzsanna<sup>1</sup>, Mózes Enikő<sup>1</sup>, Lázár Alpár Sándor<sup>1,2</sup>, Szentkirályi András<sup>1,3</sup>, Zoller Rezső<sup>1,4</sup>, Lindner Anett<sup>1,5</sup>, Turányi Csilla<sup>1</sup>, Szőcs Júlia<sup>1</sup>, Fornádi Katalin<sup>1,5</sup>, Molnár Miklós Zsolt<sup>6</sup>, Mucsi István<sup>1,7,8</sup>, Novák Márta<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Alvásmedicina és Pszichonefrológia Munkacsoport, Magatartástudományi Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Centre for Brain Repair, Department of Clinical Neurosciences University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom

<sup>3</sup>Westfälische Wilhelms-University, Institution of Epidemiology and Socialmedicine, Münster, Germany

<sup>4</sup>1. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>5</sup>Neurológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>6</sup>Harold Simmons Center for Kidney Disease Reserch & Epidemiology, Div. Nephrology & Hypertension, UC Irvine Medical Center, Orange; Dept. of Medicine, Div. Nephrology, U Health Network, U of Toronto; Dep. of Medicine, UC Irvine School of Medicine, CA

<sup>7</sup>Kóréletani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>8</sup>Division of Nephrology, McGill University Health Centre, Royal Victoria Hospital, Montreal, Canada

<sup>9</sup>Neuropsychiatry Program, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Canada  
ronaikatalin.fmc@gmail.com

**Bevezetés:** Az obstruktív alvási apnoe (OSA) jelenléte vesetranszplanált betegek esetében is megnöveli a kardiovaszkuláris rizikót. A betegség egyik legjellemzőbb kórjelző tünete, amely a diagnózis felállításához vezethet az átlagpopulációban, a fokozott nappali álmo sság. Az OSA vesetranszplantált betegek körében gyakori, klinikai tapasztalataink alapján mégsem jár együtt fokozott nappali álmo ssággal.

**Módszerek:** Vizsgálatunkba 100 vesetranszplantált beteget vontunk be (57 férfi, 43 nő, átlagéletkor  $51 \pm 13$  év, BMI  $27 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>, GFR  $52 \pm 19$  ml/min), akiknél egyéjszakás polyszomnográfias alvásvizsgálatot (PSG) végeztünk, melynek alapján megállapítottuk az OSA jelenlétét és súlyosságát (AHI: apnoe-hipopnoe index alapján). A fokozott nappali álmo sság mértékét az Epworth Álmo ssági Skálával (ESS) mértük fel. A statisztikai analíziseket STATA 12.0 software-rel végeztük.

**Eredmények:** Az OSA előfordulása a vizsgált betegcsoportban 43% volt; enyhe ( $5 \leq \text{AHI} < 15$ ): 18%, középsúlyos ( $15 \leq \text{AHI} < 30$ ): 11%, súlyos ( $\text{AHI} \geq 30$ ): 14%. Az AHI erős, negatív korrelációt mutatott az alvás alatti átlagos oxigénszaturációval ( $r = -0,585$ ;  $p < 0,001$ ) és pozitívan korrelált a hemoglobinszinttel ( $r = 0,240$ ;  $p = 0,016$ ). A BMI pozitív kapcsolatban állt az OSA súlyosságával ( $r = 0,452$ ;  $p < 0,001$ ), csakúgy, mint a has- és nyakkörfogat. Az AHI és az ESS pontszám között gyenge, negatív korreláció állt fent ( $r = -0,218$ ;  $p = 0,029$ ). Az ESS pontszám medián értékei az OSA súlyossági csoportjaiban a következők voltak: 5 (5) nem-OSA, 4 (5) enyhe, 4 (5) középsúlyos és 4,5 (7) súlyos OSA csoportokban. Multivariáns elemzésben az AHI és az ESS közötti kapcsolat a társváltozókra (nem, kor, vesefunkció, BMI) való korrekció után már nem volt szignifikáns, azonban a BMI a nappali álmo sság független prediktorának bizonyult ( $\beta: -0,263$ ;  $p = 0,024$ ).

**Következtetések:** Vesetranszplantált betegek körében az OSA nem jár együtt fokozott nappali álmo ssággal. Továbbá a BMI növekedésével, amely az OSA egyik rizikófaktora, a nappali álmo sság mértéke csökken. Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy vesetranszplantált betegek esetében a polyszomnográfia elvégzése nagyfokú nappali álmo sság hiányában is fontos lehet az OSA kizárására, ha más tényezők felvetik a kórképet jelenlétét.

### Alkotással átélni saját magunk teremtésének élményét – testtérkép

Rozgonyi Emőke, Major Melinda, Besenyei Csilla

Semmelweis Egyetem I.sz Gyerekklinika Gyerekpszichiátriai Osztály, Budapest  
csillabesenyei@gmail.com

Az előadás a testtérképezés módszerét mutatja be, mellyel intenzív terápiás hetek formájában dolgoztunk az I.sz.Gyermekklinika pszichiátriai osztályán.

Munkánk alapját a Body Mapping módszere képezte, melyet 1999-ben *Jonathan Morgan* HIV-betegekkel folytatott kezelése során dolgozott ki. A módszer eredetileg egy életnagyságú kép alkotása volt a saját testről, melyhez pozitív narratíva kapcsolódott, így a fókusz a betegség végső stádiuma ellenére az életre kerülhetett.

Ezt az 50 órás anyagot adaptáltuk anorexiával kezelt fiatalok terápiájához.

A testi tapasztalat mélyítése érdekében kiegészítettük a folyamatot mozgásterápiával és egyéb intermodális művészeti tapasztalatokkal is. Célunk testtudati szinten olyan terápiás élményt lehetővé tenni, mely segít integrálni a testet a benne hordozott belső tartalmakkal, s így megkönnyíteni testük és énjük különböző aspektusainak elfogadását.

### Az emlékezeti gátlás utánkövetéses vizsgálata szkizofréniában

Rózsavölgyi Katalin, Marcas Mónika, Udrvardi László, Ábrahám Magdolna, Vincze Gábor

Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula  
rozsavolgyikata@gmail.com

Napjainkban az emlékezeti kutatások, illetve a szkizofrén betegek vizsgálatának fontos problémaköre, hogy az emlékezeti előhívás során hogyan csökkenthető a betolakodó információk zavaró hatása. Szkizofrén betegek esetén a hallucináció, gondolatbetolakodás, inkoherens beszéd – mind az emlékezeti gátlófunkciók károsodását jelzik.

A vizsgálatban 23 szkizofrénia diagnózissal kezelt járóbeteg vett részt. Két emlékezeti gátlást vizsgáló paradigmát végeztünk el velük, az irányított felejtést (DIRFOR), illetve a felidézés kiváltotta felejtést (RIF). Az előbbi az akaratlagos gátlást vizsgálja, az utóbbi az automatikus gátlási folyamatokat. A gátlás mutatója DIRFOR-ban, hogy az F2-F1 (F1=az első szólista, mely után elhangzott a felejtési utasítás, F2=második szólista) és E1-F1 pozitív szám (E1= az első szólista, melyre a betegeknek emlékeznie kellett).

RIF-ben az jelentene gátlási deficitet, ha a betegek az Rp-szavakból sokat felidéznének a feladat végzése során.

A feladatlapok értékelésekor láthatóvá vált, hogy a RIF-ben javult a gyakorolt kategóriák, gyakorolt szavainak felidézési aránya az öt éves periódus alatt.

DIRFOR-ban pedig a betegek kevesebbet hibáztak az emlékezési instrukcióval ellátott jelzőingeres felidézésnél, mint az öt évvel ezelőtti vizsgálatban.

A biztosan felismert szavak aránya szintén javult, a bizonytalanul felidézettek pedig romlott.

Összességében tehát elmondható, hogy a betegek gátlási képessége nem mutatott változást. A változást a beteganyag korábbi vizsgálatához viszonyítottuk. A kapott eredmények alapján, a várt eredménnyel ellentétben, az emlékezeti funkció egyértelmű javulása mutatható ki, melynek oka további elemzést igényel. A továbbiakban a kontrollcsoport emlékezeti funkcióját vizsgáljuk.

## „Apád, anyád ide jöjjön!” – A korai családi kapcsolatok szcénái és a terápiás kapcsolódásaink jelene a nagycsoporton

Sáfrány Eszter, Valkó Lili, Zalka Zsolt, Németh György

Segély Helyett Esély Alapítvány – Thalassa Ház, Budapest  
esafrany@gmail.com

Előadásunkban a nagycsoport műfaját, élményét, és a terápiás közösségünkben betöltött szerepét szeretnénk bemutatni. Intézményünkben a nagycsoportra, mint olyan terápiás helyzetre tekintünk, amely egyaránt hordozza pácienseink egyéni történeteit, megragadhatóvá teszi az aktuális intrapszichés és interperszonális pszichodinamikai konfliktusokat, valamint megjeleníti azt is, hogy „itt és most” milyen kapcsolatban vannak a páciensek és a személyzeti tagok. 2013 tavaszán a Thalassa Házban öthetes nagycsoportfolyamatot rögzítettünk és vizsgáltunk, amelyből a jelen előadásban egy rövidebb időszakot szeretnénk kiragadni, és meghatározott fókusz alapján vizsgálat tárgyává tenni.

A jelen kutatás során érdeklődésünk középpontjában a nagycsoporton felbukkanó családi mintázatokat állnak, amelyek egyrészt egészséges családi történetekben, másrészt töredékes utalásokban jelentek meg. Az egyes családi jelenetek olyan szcénikus formát ölthetnek, amelyekből következtethetünk a csoport legaktuálisabb centrális és laterális áttételére, a központi vágymotívumra és egyben a fokális konfliktusra is.

Korábbi kutatómunkánk során *Gabbard* felosztása alapján kidolgoztunk egy intervenció elemzési módszert, amelynek segítségével az expresszív-szupportív tengely mentén a személyzet és a páciensek megnyilvánulásai egyaránt besorolhatóvá váltak.

Jelen vizsgálatunk alapján azt a hipotézist fogalmaztuk meg, hogy a nagycsoport verbális asszociáció során a családi kapcsolatok szcénái hatással vannak arra, hogy aktuálisan milyen intervenciómintázat jelenik meg a személyzeti tagok és a páciensek között. Továbbá feltételezésünk szerint nemcsak az interakció tartalma, hanem azok jellege is meghatározza, hogy milyen mértékben dolgozható át a csoporton megjelenő aktuális pszichodinamikai konfliktus.

## Egy tanulságos eset a Pszichoszomatikus Ambulanciáról

Sal István<sup>1</sup>, Várbíró Szabolcs<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, II.Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest  
dr.salistvan@vnet.hu

A 32 éves nőbeteget, aki egy fegyveres testület hivatásos tagja, az éves szűrővizsgálat kapcsán az alakulat pszichológusa irányította ambulanciánkra. Elmondja, hogy 2010-ben és 2011-ben 6 és 5 hetes korai vetélése volt. Menses 40 naponta van. 2012 nyarán nőgyógyászati szakambulancián OGTT-vizsgálat történt szimultán inzulin-meghatározással, amiből inzulinrezisztenciára következtettek. Ezt követően TVAG UH: „jobb oldalon közepes PCOS-s jelleg észlelhető”. Emelkedő adagban metformin-terápiát kezdtek, 3x850 mg-ot szed azóta. A további vizsgálatok az illetékességgel rendelkező kórházban történtek. Részletes immunológiai kivizsgálás a vetélések hátterében autoimmun okot nem igazolt. Bőrgyógyász időnkénti hajhulláson kívül egyéb eltérést nem talált. Gasztroenterológiai kivizsgálás eredménye: Irritabilis bélszindróma hasmenés nélkül. Az elvégzett CT-vizsgálat: „az ováriumokban egy-egy apró cysta ábrázolódik (normál tüszőnek megfelel)”. Amikor a beteg az ambulanciánkra került egy sovány testalkatú (48 kg testsúly), jó intellektusú (egyetemet végzett), rendszeresen sportoló, az előzmények után önértékelési zavarokkal küszködő, a Hamilton és a BDI teszt alapján enyhén szorongó és depressziós beteg benyomását keltette. Az elmentmondásos klinikai kép alapján kétely merült fel a PCOS diagnózist illetően. A megismételt endokrinológiai vizsgálat az inzulinrezisztenciát nem igazolta (HOMA IR: 0,38), az egy éve szubmaximális adagban szedett metformin elhagyásával a beteg fő panaszát képező haspuffadás megszűnt. A II. Női Klinika Nőgyógyászati endokrinológia szakrendelésén további kivizsgálásban és jelenleg is kezelésben részesül. Ciklusa beállt, a Beck, illetve Hamilton Kérdőív alapján nincs depresszió és szorongás, párkapcsolatban él, szakmájában előléptették. Az esetet azért tartjuk tanulságosnak, mert egy interdiszciplináris, egyre gyakoribbá váló betegségről van szó, amely rávilágít a mai széttagolt medicina mellett az integratív megközelítés fontosságára. Ennek kapcsán ismertetjük a PCOS diagnosztikus rendszereit, a legelfogadottabb Rotterdami kritériumok 4 fenotípusát, amelyek közül esetünk a nem hiperandrogén (enyhe) PCOS fenotípusba tartozik. A kórkép elterjedtsége (hazánkban félmillió nő érinthet), már említett pszichés vonatkozásai és adott esetben a párkapcsolatot befolyásoló hatása miatt az esetet ebben a körben ismertetésre alkalmasnak véltük.



## A boncolás élményének hatása az orvostanhallgatói pályaszocializációra

Sándor Imola, Birkás Emma, Csala Irén, Gyórfy Zsuzsa

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet  
sanimo@net.sote.hu

**Bevezető:** A holttestekkel, boncolással kapcsolatos tapasztalatok fontos szerepet játszanak a megfelelő orvosi attitűd kialakulásában, és ezen keresztül a orvosok professzionalizációjában. Ezek az élmények sajátosságukból adódóan gyakorta jelentenek stresszforrást vagy szorongást a hallgatók számára, mégis az érzelmi hatásokkal egyáltalán nem, vagy csak alig foglalkozott eddig az orvosképzés, a hallgatókat magukra hagyva a megküzdésben.

**Célkitűzés:** Vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a boncolás élményének hatását a magyarországi orvostanhallgatók mintájában, hogy jobban megérthessük a folyamat sajátosságait, és az esetleges beavatkozási lehetőségek iránya kirajzolódhasson.

**Módszer:** Orvostanhallgatók körében végzett országos, kvantitatív felmérés (n=733). Kutatásunk során 9 állítás alapján térképeztük fel a hallgatók jellemző reakcióit a boncolás élményére, majd egy 16 tételes, ötfokú Likert skála segítségével vizsgáltuk a hallgatók boncolásos élményekkel kapcsolatos beállítódásait. A válaszokat nem és évfolyam szerinti bontásokban is vizsgáltuk.

**Eredmények:** A hallgatók közel felére jelentős hatást gyakorolt a boncolás élménye. A hallgatók egyharmada jelezte, hogy a boncolás „gyakran eszébe jutott utólag”, illetve, hogy „napközben bevillantak képek a boncolásról”. E két reakció típus szignifikánsan nagyobb arányban jelent meg a nők körében (p<0,001). A preklinikai képzésben résztvevő hallgatók számára a boncolás élménye szignifikánsan kevésbé problematikus, mint a felsőbb évesek esetében (p=0,002). A boncolással kapcsolatos állításoknál a felsőbb évesek körében jellemző a tetem tárgyként való kezelésének elutasítása, ugyanakkor nagymértékű egyetértés rajzolódik ki annak kapcsán is, hogy „céljaim eléréséhez át kell élnem ilyen élményeket.” Szignifikáns gender szempontú különbség is megjelent: a lányok kevésbé kezelik a holttestet tárgyként (p=0,010), kevésbé tudnak a tetem arcába nézni (p<0,001), nagyobb problémát jelent számukra a holttesthez hozzáérni (p<0,001) és gyereket vagy fiatalot boncolni (p<0,001).

**Következtetések:** A felsőbb évfolyamok esetében is jellemző, hogy boncoláskor a problémamegoldásra, a feladatra koncentrálnak, ugyanakkor kevésbé tekintik tárgynak a vizsgált testet. Míg a preklinikai hallgatók inkább „tárgyként” és elvégzendő feladatként tekintenek a boncolásra, addig a felsőbb évesek körében egyfajta „szenzitivitás”, gyógyító szempontú megközelítés és reakciók jellemzőek.

## A pszichiátriai művészet hatásai, kölcsönhatásai

Simon Mária

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs  
simon.maria@pte.hu

A XX. század első felében számos ponton leírták és tanulmányozták a pszichiátriai művészet és a mindenkori kortárs, „mainstream” művészet egymásra hatását. A szakirodalomban példákat találunk erre például a francia szürrealista mozgalom és a német expresszionizmus esetében. A XX. század második felének vonatkozásában ez a kapcsolat sokkal reflektálatlanabb, feldolgozatlanabb. Pedig érdemes lenne megvizsgálni a 60-as évek végétől kibontakozó és a 70-es éveken átívelő magyar neoavantgárd kiteljesedés és a pszichiátriai művészet kapcsolatát.

A 70-es évek magyar neoavantgárd kultúrája egy sajátos, lázadó alternatív kultúra volt, jellegzetes, közvetlenül nem konfrontálódó nyelvhasználat és sajátos szimbólumképzés jellemezte. Nemcsak a hatalommal, hanem a fogyasztás által „normalizált” többségi társadalommal is szembehelyezkedett.

A pszichiátriai művészet tipikusan a kívüállóság, kirekesztettség világában születik, (nem véletlen, hogy manapság az outsider art részjelenségeként fogják fel). Felmerül a kérdés, vajon ismerték-e a korabeli neoavantgárd művészek a pszichiátriai művészetet, s ha igen, milyen kapcsolatuk volt vele. Ennek a kérdésnek a megválaszolása azért is ütközhet nehézségekbe, mert számos neoavantgárd megnyilvánulás zárvány-szerű és ismeretlen maradt.

A Pécsi Műhely művészeinek és a pécsi pszichiátrián található művészeti gyűjtemény, a Reuter Gyűjtemény kapcsolatának szegődtém nyomába. Előadásomban a találkozási pontok bemutatását tervezem, főképp a 70-es évek végére fókuszálva.

## A pszichoterápia jelenlegi helyzete

*Simon Lajos*

Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest  
simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

Előadásomban kitérek a pszichoterápiával kapcsolatos régi és új szabályozásokra, a mindennapi terápiás gyakorlat jellegzetességeire és a finanszírozás kérdéseire. Részletesen tárgyalom a pszichoterápia graduális és posztgraduális oktatását, a szakorvosképzés és továbbképzés (CME-OFTEX) szabályait és gyakorlatát, a pszichoterápia ráépített szakvizsga feltételeit. Végül áttekintést nyújtok a pszichoterápia területén a szakmai egyesületek szerepéről és a tágabb körben megjelenő és alkalmazott módszerspecifikus szemléletről és gyakorlatról.

## Zene a képben

*Simon Mária*

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs  
simon.maria@pte.hu

A kortárs művészeti alkotásokban és a pszichiátriai művészetben egyaránt megfigyelhető a médiumok közötti átjárás egyik sajátos formája: a hangjegy és kottairás képi elemként való megjelenése.

Jelen előadás elsősorban a pécsi Pszichiátriai Kinika művészeti gyűjteményét, a Reuter Gyűjtemény anyagát tekinti át a kottairás megjelenése szempontjából. A Reuter Gyűjtemény alapítójáról, *Reuter Camillo* professzorról kapta nevét, aki a XX. század 20-as éveitől kezdte gyűjteni a pszichiátriai betegek alkotásait.

A kotta, illetve a hangjegy megjelenése relatíve ritka a pszichiátriai alkotásokon, tekintve, hogy a kottairás – különösen a múltban – szűkebb réteg számára volt ismert, azonban mind hazai, mind külföldi gyűjteményekben felbukkan, időnként önállóan, máskor mint különös ornamentikai elem. Pszichotikus betegek esetében, kivált, ha zenei előképzettséggel is rendelkeztek, célzottan, zeneszerzés céljából is megfigyelhető kottairás, ami gyakran összefügg hallucinátoros élményekkel (pl. mennyi szózat hallucinálása, a távolból a szférák zenéjének hallása stb.)

Az előadásban bemutatok sajátos kottázási próbálkozásokat, újításokat (pl. gyufaszálakból készített hangjegyek, villanydróton ülő madarak által megjelenített kották stb.), valamint egy olyan esetet is, amikor a páciens a zene matematikai leírására törekedett bizonyult képletek formájában.

A pszichotikus alkotásokon megjelenő kottairás intermedialitás jelenségként értelmezhető. A 70-es évektől világszerte több próbálkozás történt a pszichiátriai alkotásokon fennmaradt kották zenei interpretációjára is.

## Éber elmék, élénk álmok: Réomás-zavar poliszomnográfias vizsgálatok tükrében

Simor Péter<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Műszaki Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Budapest  
petersimor@gmail.com

A felnőtt populáció hozzávetőlegesen négy százalékát jellemző réomás-zavar egy igen gyakori, ugyanakkor kevésbé vizsgált alvászavar. A gyakori réomás és a mentális panaszok közti komorbiditás kifejezetten magasnak tekinthető, ugyanakkor a réomás gyakoriság és a mentális zavarok közti ok-okozati összefüggés nem nyert empirikus alátámasztást. Meggyőzőbbek azok az empirikus vizsgálatok, amelyek a réomás gyakoriság és a rossz alvásminőség kapcsolatára és egyúttal arra a tényre hívták fel a figyelmet, miszerint a réomás-zavar az alvásmedicina hatáskörébe tartozik. Kutatássorozatunkban, egész éjszakás laboratóriumi alvásfelvételek alapján, összehasonlítottuk a réomás-zavarban szenvedő, illetve kontrollszemélyek alvásának elektrofiziológiai sajátosságait.

A réomás-zavarral jellemezhető személyek a kontrollcsoportoz képest az alvás töredezettségére utaló makrostrukturális eltéréseket (kevesebb lassú hullámú alvást, lecsökkent alváshatékonyságot, gyakori felébredéseket) mutattak.

Míg a NREM fázist érintő eltérések függetlennek bizonyultak a vonásszorogás és a depresszív tünetek szintjétől, a megnövekedett REM arányt a negatív affektivitás mértéke magyarázta. A réomás-zavarban szenvedő személyek továbbá az alvás mikrostrukturájára tekintetében is jelentős eltéréseket mutattak. A magasabb frekvencia komponensű éberségi (arousal) reakciók megemelkedett száma jellemezte az alvásuk NREM fázisát.

Kvantitatív EEG elemzéseink az alvás NREM fázisában tendencia szintű növekedést jeleztek a réomás-zavaros személyek esetében az alacsony alfa (7,75–9 Hz) sáv relatív spektrum értékében, míg REM fázis során szignifikánsan megemelkedett relatív spektrum értékeket a magas alfa (10–14,5 Hz) tartományban. Elképzelésünk szerint a réomás-zavarban tapasztalható fokozott alfa aktivitás, amely REM fázisban gyorsabb frekvencia-komponensekkel jellemezhető, egyfajta „hibrid”, az ébrenlét és az alvás „keveredéséből” fakadó tudati állapotot tükröz. Végezetül, kimutattuk, hogy a réomás-zavarban tapasztalható alvás alatti éberség-fokozódás elsősorban az alvás felszálló ágában a NREM-REM alvásfázisok közti átmeneti periódusokban jelentkezik. Mindez arra utal, hogy a réomás-zavarban tapasztalható fenti jelenségek a REM fázis hátterében álló idegrendszeri mechanizmusok hatásához köthetők.

Eredményeink hozzájárulnak a réomás-zavar patofiziológiai aspektusainak megértéséhez, és felhívják a figyelmet e sajátos alvászavar eddig kevésbé hangsúlyozott vonatkozásaira.

## Felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar és szülés – Szakirodalmi összefoglaló

Somogyi Klára<sup>1</sup>, Máté Orsolya<sup>1</sup>, Miklósi Mónika<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Heim Pál Gyermekkorház, Budapest  
miklosi.monika@gmail.com

Háttér: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai megbetegedés gyermek- és serdülőkorban. Bár krónikus zavarról van szó, a felnőttkori ADHD csak az utóbbi évtizedben került a figyelem fókuszába. A felnőttkori ADHD jelentős funkcióromlást okoz a mindennapi élet számos területén, így a szülésben is. Mivel az ADHD-ban gyakori a családi halmozódás, a zavar lefolyása pedig összefüggést mutat a környezeti tényezőkkel, fontos foglalkoznunk az ADHD-s gyermekek ADHD-ban szenvedő szüleinek sajátos problémáival.

Cél: A szülői ADHD jelentőségét vizsgáló szakirodalom összefoglalása.

Módszer: Irodalomkeresést folytattunk 2000-től napjainkig a Scopus, MEDLINE és PsychLit adatbázisokban az „adult ADHD” és „parenting”, illetve a „parental ADHD” kulcsszavakkal.

Eredmények: Harminchat eredeti tanulmányt tudtunk azonosítani, melynek alapján a szülői ADHD a gyermekben súlyosabb figyelemzavaros/hiperaktív tünetekkel, az agresszió magasabb szintjével, jelentősebb funkcióromlással jár együtt. Az ADHD-ra jellemző neurokognitív deficitiek (a végrehajtó funkciók, az önszabályozás zavara) a szülői viselkedés jellegzetes nehézségeihez vezethetnek. Leginkább a hatékony viselkedéskontroll, a konzisztens megerősítés, a mindennapi tevékenységek strukturálása, szabályok felállítása és tartása, valamint az érzelmi válaszkészség nehezített. Így az ADHD-ban szenvedő szülő éppen azokban a szülői funkciókban teljesít gyengén, melyekre ADHD-ban szenvedő gyermekének a legnagyobb szüksége lenne. Az ADHD-ban szenvedő gyermekek szüleinek igazoltan magasabb szülői stressz, alacsonyabb észlelt szülői hatékonyság összefüggésben áll nemcsak a gyermek ADHD-s tüneteivel, hanem a szülő ADHD-s tüneteivel, és ezek interakciójával is, és ez csak a genetikai és környezeti tényezők bonyolult összjátékának ismeretében értelmezhető. Bár a szülői ADHD gyógyszeres kezelése a szülő tüneteit hatékonyan csökkenti, nem elegendő a szülés fontos aspektusainak módosításához. Szükség van a szülésben mutató jellegzetes deficitekre fókuszáló szülő-intervenciókra is. E tekintetben például a tudatos jelenlét (mindfulness) alapuló szülőtréningek mutatkoznak ígéretesnek.

Következtetések: A vizsgálatok alapján az ADHD komplex kezelésében fontos a szülői ADHD rutinszerű szűrése, szükség esetén adekvát kezelés felajánlása. Gondolnunk kell arra is, hogy a szülő neurokognitív deficitjei állhatnak a compliance problémáinak hátterében is.

**Beszéljünk a ,Szerelmről’- A szerelem átélésének és kifejezésének lehetőségei az élet alkonyán Műhely Michael Haneke filmje nyomán**

*Stark András*

Bizalom Magánpszichoterápiás Központ, Pécs  
starka@mail.iif.hu

Lehetséges, hogy két idős ember az utolsó pillanatig meg tudja lepni egymást, nem merítették ki kapcsolatukat? Lehet, hogy egészen a halálig van valami bennünk a másik számára, ami túl van az ismerten, ami nem birtokolt? Milyen a szerelem otthona, meddig fejlődhet a párkapcsolatunk, szerelmünk, vannak-e határai, mit tehetünk, ha megszólal a testünkbe zárt fájdalom? A workshopon ezekkel a kérdésekkel foglalkozunk filmesszém kapcsán.

**Temperamentum vagy karakter? Egyes személyiség-jellemzők összefüggése a depressziós tünetekkel és a jólléttel**

*Stauder Adrienne, Nistor Katalin, Susánszky Éva, Ádám Szilvia*

Semmelweis Egyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest  
staadr@net.sote.hu

Célkitűzések: *Cloninger* pszichobiológiai elmélete alapján elemeztük országos reprezentatív mintán, vajon milyen mértékben határozzák meg a depressziós tüneteket, illetve a jólléttel a velünk született (temperamentum-), illetve a szociális tanulás által befolyásolt (karakter-) személyiség-jellemzők.

Módszerek: 2013-ban a Hungarostudy (HS-2013) országos felmérés keretében 2000 fővel (1069 [53,5%] nő és 931 [46,5%] férfi) készült strukturált interjú. A minta nem, életkori csoportok, iskolai végzettség és lakóhelytípus szerint reprezentálta a teljes felnőtt lakosságot. A Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) rövid verziójának két dimenziója szerepelt a felmérésben, az Újdonságkeresés, mint temperamentum-, és az Önirányítottság, mint karakter-jellemző. A lelki állapot, hangulat mérésére a rövid Beck Depresszió (BDI) és a rövid WHO Jóllét (WHOWB) skálákkal, a demográfiai hátteret a nem, életkor, iskolai végzettség, szubjektív gazdasági helyzet mutatókkal mértük. Az összefüggéseket Pearson korrelációs próbával és lineáris regresszióval vizsgáltuk.

Eredmények: A temperamentum alskálák nem mutattak szignifikáns összefüggést a depresszió és jóllét pontszámokkal („Újdonságkeresés”  $r_{BDI}=0,051$ ;  $r_{WHOWB}=0,086$ ), míg a karakterjellemzők kifejezett, közepesen erős korrelációt mutattak a hangulattal („Önirányítottság”  $r_{BDI}=0,48$ ;  $r_{WHOWB}=0,43$ ). Többváltozós elemzésben, a nem, életkor, és szubjektív gazdasági helyzet mellett célorientáció hiánya, a leleményesség hiánya, mások hibáztatása, és a személyes tulajdonságok belátásának hiánya, illetve a visszafogottság bizonyult a depresszió pontszám független előrejelzőjének. Fentiek összesen a variancia 40%-át magyarázták. A jóllét regressziós elemzésekor, a demográfiai tényezőkre korrigálva, a célra irányultság és felelősség-vállalás, mint karakterjellemzők, mellett az újdonságkeresés és a felfedezés izgalma, mint temperamentum-dimenziók is megjelentek a szignifikáns független előrejelzők között. Mindezek a variancia 23%-át magyarázták.

Következtetések: Elemzéseink általános lakossági mintában támasztják alá a környezeti hatások és a szociális tanulás elsődleges jelentőségét a depressziós tünetek kialakulásában, míg a pozitív hangulatot temperamentum-jellemzők is meghatározzák. Az önirányítottság egészségvédő hatásának kimutatása empirikus alapot szolgáltat a pszichoterápiás, illetve a megküzdési stratégiák fejlesztését szolgáló beavatkozások megvalósításához.

## Autizmus spektrumzavarok felnőttkori diagnosztikája és differenciáldiagnosztikája

*Stefanik Krisztina*

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest  
krisztina.stefanik@barczy.elte.hu

Az autizmus spektrumzavarok felnőttkori felismerése igazi kihívás a pszichiátria számára. Ennek oka egyfelől, hogy a neurokognitív fejlődési zavarok diagnosztikájának módszertani eszköztára közelebb áll a gyermekpszichiátria gyakorlatához, másrésztől, felnőttkorra az autizmus klinikai képe jelentősen megváltozhat és további pszichiátriai problémák is társulhatnak hozzá.

Előadásunkban áttekintjük az autizmus komprehenzív, felnőttkori diagnosztikájához kapcsolódó legfontosabb protokollokat és irányelveket (pl. NIASA, 2003; SIGN, 2007; Eü. Min., 2008; NICE, 2012). Összegezzük a közös módszertani és etikai alapvetéseket, és megvizsgáljuk, hogyan integrálhatóak ezek a hazai gyakorlatba. Kitérünk a közvetlen megfigyelés és vizsgálat, valamint a közvetett, a hosszmetzeti képet feltáró adatgyűjtés sajátosságaira, tartalmi fókuszaira. Áttekintjük azokat a lehetséges társuló és/vagy differenciáldiagnosztikai szempontból releváns kórképeket, amelyeket feltétlenül figyelembe kell vennünk a felmérési folyamat megtervezésekor.

Előadásunk fókuszában elsősorban azok az autizmussal élő emberek állnak, akik jó értelmi és verbális képességekkel bírnak, hiszen elsősorban ők azok, akiknek fejlődési zavarát gyermekkorban nagyobb eséllyel mulasztják el diagnosztizálni.

## Gerincgyógyászati beavatkozások kimenetelének vizsgálata az élettörténeti keretben

*Stoll Dániel Péter, Császár Noémi, Bagdi Petra, Harkai Viktória, Horváth Dóra, Mezei Ágnes, Pataki Natália, Lazáry Áron, Varga Péter Pál*

Országos Gerincgyógyászati Központ, Pszichoszomatikus Ambulancia, Budapest  
daniel.stoll@bhc.hu

A krónikus fájdalom megértésében kihívásokkal küzd a konvencionális orvosi szemlélet, mindazonáltal igazoltan látszik az a tézis, miszerint döntően környezeti és pszichológiai hatások felelnek a fájdalom tartós rögzüléséért. Ezen szemlélet alapján a krónikus állapot felmérésében és kezelésében egyaránt elodázhatatlan szerep jut a pszicho-szakembereknek.

Számos ajánlás született arra vonatkozóan, hogy kezelés előtt álló betegeknél milyen módon használható pszichológiai állapotfelmérés a terápia kimenetelét befolyásoló rizikófaktorok kiszűrésére. Az indikáló rendszerek többsége azonban merev struktúra, ezért az individuális jellegzetességek kevésbé kerülnek a figyelem középpontjába.

Munkacsoportunk tapasztalatai szerint az egyéni élethelyzetek és életesemények, valamint problémás érzelmi viszonyulások jelentős mértékben képesek magyarázni a fájdalom kronicizálódását és a tartós rokantságot, mint más pszichoszociális vagy orvosi változók.

Feltételezésünk tanulmányozása céljából 2011 és 2013 között zajló prospektív utánkövetéses kutatás keretében belül vizsgáltunk 230 gerincbetegét a kezelési kimenetel tekintetében. A vizsgálati személyek között sajátos pszichodinamikai mintázat rajzolódik ki, amely képes megmagyarázni, hogy mely betegek képesek profitálni a szomatikus kezelésekből, és mely betegek ragadnak a fájdalom kilátástalan állapotában.

Eredményeink megalapozzák egy új szemléletmód, a pszichodinamikus gerincgyógyászat szemléleti kereteit.

## Érzelmeik kifejezésének mintázata szomatizációs zavarral küzdő személyek körében

Strényer Zsuzsanna<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>1</sup>, Strényer Ferenc<sup>2</sup>, Unoka Zsolt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr  
hold-koros@freemail.hu

**Bevezetés:** A szomatizációs zavar egy krónikus pszichiátriai betegség, mely testi rendellenességgel nem magyarázható fizikális tünetekkel jár. A betegségbelátás töredékes, a gyógyulási folyamat lassú. A betegek gyakori organikus kivizsgálásokon esnek át, komoly terhet róva az egészségügre. Noha nehezen kezelhető pszichés zavarról van szó, a pszichológiai mutatók vizsgálata terén meglehetősen szegényesek az eddigi kutatási eredmények.

**Célkitűzés:** A harag, a szégyen, az alexitimia és a másokra irányultság szerepét vizsgáltuk meg szomatizációs zavarral küzdő egyének, egyéb pszichiátriai problémákkal kezelt személyek, belgyógyászati osztályon kezelt szomatikus betegek és normál kontrollszemélyek körében.

**Résztvevők:** A vizsgálatban összesen 80 fő vett részt: 20 fő szomatizációs zavarral küzdő, 20 fő pszichoterápiás osztályon kezelt egyéb pszichiátriai páciens, 20 fő belgyógyászati osztályon kezelt szomatikus beteg, és 20 fő normál kontrollszemély. Mintánk átlagéletkora 41,3 év (SD:12,54). 33 férfi és 47 nő vett részt a vizsgálatban.

**Mérőeszköz:** Kutatásunkat kérdőíves formában végeztük. A krónikus szégyent (ESS), a szégyenre adott lehetséges reakciókat (COSS, SPD) mértük fel, valamint a harag mértékét (STAXI) és az érzelmi kifejezőkészséget (TAS) vizsgáltuk. Kóros másokra irányultság mértékét Young-féle Séma Kérdőív segítségével állapítottuk meg. A pszichopatológiai tünetek szűrése Derogatis-féle tünetlistával (SCL-90) történt. A klinikai minta diagnosztizálása strukturált klinikai interjúkkal zajlott (SCID II., MINI). Varianciaanalízist és post hoc tesztet végeztünk.

**Eredményeink:** A négy csoport között szignifikáns különbség mutatkozott az alexitimia mértékét illetően ( $P < 0,001$ ), melyet a post hoc teszt megerősített. A 4 csoport között variancia-analízissel nem találtunk különbséget a düh mértéke (STAXI) tekintetében, azonban kifejezett különbségek mutatkoztak a szégyen mértékében (ESS) ( $p < 0,01$ ). A séma kérdőív kóros másokra irányultság sématarományában a 4 csoport szignifikáns különbséget mutatott ( $p < 0,001$ ). A post hoc teszt szerint szignifikánsan magasabb értékek mutatkoznak a szomatizáló és egyéb pszichiátriai betegek körében, a belgyógyászati és normál kontrollhoz képest.

**Következtetések:** Eredményeink segítséget nyújtanak a szomatizációs zavar pontosabb megismeréséhez. A betegségbelátás növelésével, célzott, pontosabb kezeléssel, növelhető a betegek terápiás együttműködése és a gyógyulási arányszámuk.

## A spiritualitás mint az emberi specifikum közös nevezője

Süle Ferenc, Unger Klára

Dr. Süle Bt., Budapest  
sulefdr@gmail.com

A spiritualitás és vallás eltérő, kontextus-specifikus meghatározásai és a fogalom kifejtése. A Valláslélektani Pszichiátriai Osztály tapasztalata a különböző vallások és spirituális irányzatok pszichiátriai megbetegedett tagjainak gyógyítása során. Az alapproblémánk az a fogalomzavar volt, ami a mélylélektani és az egymással való kommunikációt lehetlenné tette. Lényegi feladatunkká vált az emberképre és értékrendünkre vonatkozóan megkeresni azt a „legkisebb közös többszöröst”, amiben egyet tudtunk érteni. Ha ezek a közös alapelvek segítették a gyógyító munkánkat, az „örülteknél” működött, akkor miért ne működhetne ez a „normálisok” közötti közösségképző erőként. A spiritualitás jellemzői: 1. A nem anyagi valóságdimenziók. 2. A fejlődésvágy és a közösségszükséglet. 3. A tudatosság szubjektív belső világa. Multiverzum: annyi világ van ahány ember. 4. Az élet végső kérdései. 5. Milyen végül is a világ? A keresztény válasz lényege és a Krisztus archetípus.

## A pszichoterápia természetes gyökerei a családban

Süle Ferenc

Dr. Süle BT., Budapest  
sulefdr@gmail.com

A lélekgyógyászat mai szemlélete szerint az egyedi személyiség az illető biológiai adottságainak a környezettel való kölcsönhatásaiból alakul ki. Zavarai, betegségei ennek a bonyolult szocializációs folyamatnak a zavarai. A szocializáció kommunikációval és szerepviszonylatokkal leírható folyamatokon keresztül jön létre, melyek a fejlődés során egymásra épülő viselkedési, viszonyulási belső programokként működnek. Ezek az élet kezdetétől kialakuló belső kapcsolódási minták az újabbak hatására felejtődnek, a tudattalan részévé válnak és általában minél régebbiek, annál nehezebben előhívhatók. Korrekciójuk, mint a számítógépek programjai esetében is, csak akkor változtathatók, ha elő tudtuk hívni, esetünkben tudatosítani és átélhetővé tenni őket. Mivel a pszichoterápia ezeknek a zavaroknak a kijavításával foglalkozik, ezért alapfeladata ezeknek a fejlődést segítő hatásoknak minél mélyebb ismerete. A lélekgyógyásznak tehát ismernie kell a párkapcsolat, a családi élet, a gyermeknevelés, a közösségi életben való részvétel egészséges, optimális működését és, hogy ez miként jön létre, hiszen munkája ennek a rekonstruktív pótlása. A pszichoterápia különböző formái is ennek a természetes szocializációs folyamatnak egyes hatáscsoportjaira épülnek.

## „Senki többet?...harmadszor”. Dosztojevszkij és a szerencsejáték

Szabó András

Nyíró Gyula Kórház–OPAI, Budapest  
szaboa@nygyk.hu

*Fjodor Mihajlovics Dosztojevszkij* 1821. október 30-án született. Nyolcan voltak testvérek, ő a második a sorban. Apja elszegényedett nemesi család tagja, katonarvos volt, majd a Szegénykórházban dolgozik, anyja egy kereskedő leánya. A család az apa zsarnokságát nyögi, *Dosztojevszkij* akarata ellenére, bátyjával együtt katonai iskolába került.

Apja 25 évi szolgálat után nyugdíjba vonult, és bár folyton panaszkodott szegénységére, ekkor egy kisebb birtokot tudott vásárolni. Hamarosan vitába keveredik a jobbágyaival, akik agyonverik.

*Dosztojevszkij*nek tervei vannak, ezért egy kisebb összegért lemond örökségéről, ám a pénzt hamarosan biliárdon elveszíti. Így minden támasz nélkül maradt, mégis kilép a hadseregből és irodalmi tervei megvalósításába kezd.

Első regénye, a „Szegény emberek”, nagy sikert arat, ám a továbbiak már kevésbé tetszenek a kritikát uraló íróknak, szerkesztőknek. Társadalmi jobbító elgondolásai miatt politikai szervezkedés résztvevője lesz, leleplezik őket. *Dosztojevszkij*t is halálra ítélik. A bitó alatt közlik vele, hogy kegyelmet kapott, száműzetés vár rá. Szibériában néhány kegyetlen év után a helyzete javult, ekkor a kártyázás kötötte le játékszenvedélyét.

Miután visszatérhetett a fővárosba és újra az irodalomnak élhetett, első külföldi útján megismerkedett a rulettel, ez tartós szenvedélynek bizonyult. Levelei legalább fele részben arról szólnak, hogy pénzt kér tervei megvalósításához, bár a kapott összegek nagyobb része a kaszinókban végzi.

Egyik legismertebb műve „A játékos”. A főszereplőn egyre jobban elhatalmasodó játékszenvedély leírása minden bizonnyal saját élményen alapul. A regény írása kapcsán ismerte meg második feleségét. Mivel az író adósságok fojtogatták, reálsan gondolkodó felesége javaslatára külföldre utaztak. Itt azonban újra kezdődött a rulettezés, az író a repertoár jelentős részét felvonultatja: pénzkérés, ígéretés, tervezgetés a nyereleményel, a pénz hiányában megvonási tünetek, fogadkozás, hogy abbahagyja a játékot stb.

1871-ben, a sokadik fogadalom után valóban felhagyott a rulettel, addikciója más tárgy felé fordult.

## Az evészavarok és a testképzavarok tünetei transzszexuális személyek körében

Szabó Pál, Nagy Szabolcs

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet  
dr.szabopal@gmail.com

A transzszexuális személy folyamatosan elégedetlen saját biológiai nemével, és készletet érez arra, hogy el-  
lenkező neműként élhessen, esetleg lépéseket tesz  
neme megváltoztatására műtét és/vagy hormonkezelés  
által (*Belső és mtsai*, 2003).

Célkitűzés: az evészavar és a testképzavar tünetei-  
nek vizsgálata transzszexuálisok körében.

Módszerek: Evészavar Kérdőív (EDI; *Garner és  
mtsai*, 1983), Testforma Kérdőív rövid változata  
(BSQ-14; *Czeplédi és mtsai*, 2011), Rosenberg-féle  
Önértékelési Skála (*Rosenberg*, 1965), Transzszexuális  
Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív (*Beck és mtsai*,  
1961), Nemi Szerep Kérdőív (BSRI; *Bem*, 1974).

Eredmények: A vizsgálatban 89 személy vett részt,  
ebből születése szerinti nemét tekintve 47 nő és 41 fér-  
fi. Közülük 24 fő transzszexuális, 14 eredetileg férfi  
(male to female, MtF) és 10 eredetileg nő (female to  
male, FtM). A 14 MtF-ből 4 fő heteroszexuális és 10 fő  
homoszexuális volt. A 10 FtM-ből 3 fő heteroszexuális  
és 7 fő homoszexuális volt. A kontrollcsoport 65 sze-  
mély volt, 38 nő (11 homoszexuális és 27 heterosze-  
xuális), 27 férfi (16 homoszexuális és 11  
heteroszexuális). Az összefüggéseket a szexuális orien-  
táció és a nemi szerep orientáció is befolyásolta a  
transzszexualizmus fennállása és annak típusa mellett.  
Mind az evészavar, mind a testképzavar tünetei, mind  
pedig a komorbid depresszió és az alacsony önértéke-  
lés gyakoribb a transzszexuális személyeknél. Az MtF  
transzszexuális személyek veszélyeztetettebbeknek bi-  
zonyultak, mint az FtM transzszexuális személyek.

Következtetés: Az eredmények szerint a  
transzszexualizmus az evészavarok és a testképzavar  
fokozott kockázatával jár, ez kifejezettebb a  
transzszexuálisok MtF alcsoportjában. A minta vi-  
szonylag kicsi mérete miatt az eredményeket előzetes-  
nek kell tekinteni, az összefüggések feltárására további  
vizsgálatok szükségesek.

## A dráma szerepe a rehabilitációban

Szakács Melinda

Moravcsik Alapítvány, Budapest

Az alkalmazott drámajátékok elősegítik a közösségben,  
a közösségért tevékenykedő ember aktivitásának ser-  
kentését. Eszköztára nagyban képes hozzájárulni a  
résztevők ön- és emberismeretének gazdagodásához,  
alkotóképességének, önálló rugalmas gondolkodásá-  
nak fejlődéséhez.

Szerepe van az összpontosított, megtervezett mun-  
kára való szoktatásban, a testi, térbeli biztonság javítá-  
sában, időérzék fejlesztésében. Fejleszti a mozgást és a  
beszéd tisztaságát, annak szép és kifejező voltát.  
Könnyed és természetes kapcsolatot teremt a nemek  
között.

A drámajáték gazdagítja a szabadidő eltöltését, vi-  
selkedési bátorságot, biztonságot nyújt a társadalmi  
élet sok területén (pályaválasztás, pályamódosítás,  
ügyintézés, családi gondok, munkahelyi problémák,  
beilleszkedési nehézségek stb.) a résztvevők érdeklődé-  
sének és egészségi, mentális állapotának, valamint szo-  
ciális helyzetének megfelelő fokon és formában. A  
drámafoglalkozások tapasztalatai nagyban hozzájárul-  
hatnak a segítői TEAM eredményes működéséhez a  
pszichoszociális rehabilitációban.



## A meddőség kezelésének tágabb perspektívája – A meddőség pszichés vonatkozásai

Szalánczi Krisztina<sup>1</sup>, Radics Judit<sup>2</sup>, Feller Gábor<sup>3</sup>, Vizi János<sup>4</sup>, Erős Erika<sup>5</sup>, Higi Vera<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Plasztimed Magánrendelő, Győr

<sup>2</sup>Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr, I. Addiktológiai Gondozó

<sup>3</sup>Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr, Pszichiátriai Osztály

<sup>4</sup>Pharmaproject Kft., Budapest

<sup>5</sup>Egészség és Jól-Lét Klinika, Budapest

<sup>6</sup>VERSYS CLINICS Human Reprodukciós Intézet  
radicsjudit@freemail.hu

A meddőség kezelését tágabb perspektívában szeretnénk megvitatni, kiemelve a rendszerszemléletű megközelítést, miszerint a pszichikus és szomatikus rendszerek egymással összefüggésben, egymás működésére reagálva, egymással kapcsolatban állnak. Feléleszthető-e a holisztikus szemléletmód a gyakorlatban is? A reprodukív problémával küzdő páciens egyszerre testi, lelki és szociális problémával szembesül. A meddőség olyan stresszor, amit a személy nem, vagy nagyon nehezen tud kontrollálni. Gyakorlati tapasztalat: a szomatikusan megfelelő terápiák jelentős része sikertelen marad, ennek kapcsán felvetődik az a kérdés, hogy milyen módon zajlanak azok a történések, melyek felülírják a szomatikus beavatkozásokat? A meddőség pszichés előzményei és következményei nem választhatók el egymástól. Mind funkcionális, mind organikus meddőség esetén a krónikus stressz, a depresszió és szorongás gátolja a reprodukciós készséget, az állapot velejárái még a frusztráció, düh, önértékelési és párkapcsolati problémák. A kezeletlen depresszióknak komoly kockázata a meddőség, nyilvánvaló következtetés, hogy ennek kezelése javíthatja a fogamzóképeséget. A meddőség ténye és a kezelés testi, lelki hatásai óriási megpróbáltatást jelentenek egy nő, illetve család életében. A sorozatos vizsgálatok egyre mélyebbre hatolnak egy nő intim szférájában, a sikertelen beavatkozások növelik az értéktelenség és kudarcérzést, fokozzák a depressziót. A fentieket figyelembe véve teljesen nyilvánvaló – a pácienseknek a legkorszerűbb szomatikus terápián túl, szükségük van pszichés támogatásra, kezelésre. Ennek hatékonyságát jelentős külföldi szakirodalom támasztja alá. Mi a helyzet hazánkban-e kérdéskörben? Még mindig jobbára a medikális szemlélet az uralkodó. A hazai egészségügy nem veszi figyelembe kellő súlyossággal a meddőséggel küzdő párok lelki szükségleteit, és nem biztosítja a pszichés támogatás lehetőségét. A Szülészeti Nőgyógyászati Szakmai Kollégium protokolljából – a meddőség kivizsgálására és általános kezelésére vonatkozó részből – teljesen hiányzik mindennemű lélektani vonatkozású aspektus. Holott számos nemzetközi kutatási adat áll rendelkezésre arra vonatkozólag, hogy az orvos-pszichológus-pszichiáter együttműködése növelheti a meddőségi beavatkozások sikerességét. A külföldi hatékonyságvizsgálatok már annak bizonyítására irányulnak, hogy milyen típusú pszichoterápia alkalmazása a legsikeresebb és legköltséghatékonyabb. Hazánkban ez még meddő próbálkozás vagy tudatos szembenézés a problémával?

## Magyarországi gyakorlat az agitált, pszichotikus betegek ellátásában

Szegő Andrea<sup>1</sup>, Eleméry Mónika<sup>1</sup>, Kovács Gábor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Pozitron Diagnosztikai Központ, Budapest  
szego.andrea87@gmail.com

**Bevezetés:** Az agitált beteg ellátása során gyors és hatékony terápiára van szükség a beteg tüneteinek csillapítása, valamint a beteg és a személyzet sérülésének elkerülése céljából, mindemellett a terápia esetleges mellékhatásait is szem előtt kell tartanunk. Ebben a témában Magyarországon még nem született a mindennapi gyakorlatot feltáró kutatás és a sürgősségi pszichiátriai betegellátással kapcsolatban irányt mutató nemzetközi ajánlások is eltérnek egymástól.

**Céltűzés:** Munkánk során célul tűztük ki, hogy felmérjük a hazai gyakorlat alapvető elemeit az agitált, pszichotikus beteg ellátásával kapcsolatban. Továbbá, hogy összevessük a hazai és külföldi gyakorlatot a nemzetközi irányelvek áttekintése mellett.

**Módszer:** 2013-ban anonim válaszadást biztosító, egységes kérdőíveket küldtünk ki a magyarországi pszichiátriai szakellátást biztosító intézmények részére. A felmérőlap egy pszichotikus tüneteket mutató agitált beteg ellátására vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

**Eredmény:** Összesen 155 megválaszolt kérdőívet kaptunk vissza. A válaszadók 86%-a pszichiáter szakorvos, 13,4%-a szakorvos jelölt, 0,6%-a nem pszichiáter szakorvos volt. A kollégák 65,8%-a kórházi osztályt, 34,2%-a ambulanciát jelölt meg munkahelyeként.

A válaszok alapján a kollégák 18,7%-a monoterápiát, 76,1%-a kettős kombinációt, 5,2%-a hármas kombinációt alkalmazna. Az első körben alkalmazott gyógyszerek között a válaszadók 93,5%-a tüntette fel a haloperidolt. Kis százalékban egyéb antipszichotikumokat is megjelöltek, úgy mint zuclopentixol, olanzapine, pipothiazin, aripiprazol. A kollégák 81%-a benzodiazepinnel kombinálná a kezelést. 59,4% intravénásan, 23,9% intramusculárisan, 9% az előbbi két megoldást kombinálva juttatná be a választott gyógyszert. A felmérőlapot visszaküldők 7,7%-ától erre a kérdésre nem kaptunk választ. 87,1% alkalmazna fizikai kényszerítő intézkedést, 12,9% eltekintene ettől.

**Konklúzió:** Felmérésünkéből kiderült, hogy Magyarországon az agitált, pszichotikus betegek ellátása során a haloperidol és a benzodiazepinek alkalmazása széles körben bevett gyakorlat. A gyógyszer szervezetbe juttatásának módját illetően már nem annyira egységes a kollégák véleménye, de túlnyomórészt az intravénás alkalmazás mellett foglaltak állást. A gyógyszeres beavatkozás mellett markáns többség alkalmazna fizikai kényszerítő intézkedést is.

### Hipnotikusan módosult tudatállapotban fokozódik a döntési hatékonyság

Szendi István<sup>1</sup>, Kovács Zoltán Ambrus<sup>1</sup>, Albert Anita<sup>1</sup>, Hack Anita<sup>1</sup>, Drótos Gergely<sup>1</sup>, Csifcsák Gábor<sup>2</sup>, Boda Krisztina<sup>3</sup>, Boncz István<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Szeged

<sup>3</sup>Szegedi Tudományegyetem, Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet, Szeged  
szendi.istvan@med.u-szeged.hu

Vizsgálatunk egy evolúciós pszichológiai felvetésből kiinduló kutatás volt annak megállapítására, hogy a hipnotikusan módosított tudatállapot képes-e befolyásolni döntési mechanizmusunkat hétköznapi életet modellező helyzetben. A vizsgálatban részt vevő n=48 (28 nő és 20 férfi) egészséges, önkéntes egyetemi hallgató éber és hipnotikusan módosított tudatállapotban is végrehajtotta az Iowa Gambling Task késleltetett büntetés és késleltetett jutalom változatát. A statisztikai elemzések (Mann Whitney U-teszt, General Linear Model analízis, Sperman-féle rho korreláció) szignifikancia szintjét  $p < 0,05$  szinten határoztuk meg, a többszörös összehasonlításoknál Bonferroni-féle korrekciót végeztünk.

Késleltetett jutalom esetén mindkét tudatállapotban magasabb teljesítményt nyújtottak a személyek, mint késleltetett büntetés esetén ( $F=29,80$ ,  $df=1-47$ ,  $p < 0,001$ ).

Hipnózisban az éber állapothoz képest lényegesen magasabb teljesítmény mutatkozott mind a késleltetett jutalommal, mind a késleltetett büntetéssel járó helyzetekben ( $F=4,31$ ,  $df=1-47$ ,  $p=0,043$ ).

Való életet modellező kísérleti helyzetben a hipnózis a döntési hatékonyság átfogó növekedéséhez vezetett.

### A prospektív emlékezet károsodása szkizofréniában – S és Z alcsoportok

Szendi István<sup>1</sup>, Demeter Gyula<sup>2</sup>, Szöllösi Ágnes<sup>2</sup>, Domján Nóra<sup>1</sup>, Greminger Nóra<sup>1</sup>, Racsmány Mihály<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>2</sup>Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest  
szendi.istvan@med.u-szeged.hu

A prospektív emlékezet a célvezérelt viselkedésorganizáció azon alapvető rendszere, amely lehetővé teszi, hogy egy szándékot megőrizzünk, előhívjunk és a jövő egy adott időpontjában meghatározott kontextusban kivitelezzünk. Elgondolásunk szerint szkizofréniában a végrehajtott rendszer működési defektusával szoros kapcsolatban a prospektív emlékezeti (PM) működés is zavart lehet.

Kísérletünkben  $n=20$  szkizofréniával (DSM-IV szerint) diagnosztizált beteg és  $n=20$  nembem, életkorban, iskolai végzettségben illesztett egészséges kontrollszemély vett részt. Vizsgálatunkban a Burgess és munkatársai (2001) által kidolgozott kísérleti eseményalapú PM paradigmát alkalmaztunk 3 kondícióval: alaphelyzet, elvárt helyzet és prospektív helyzet.

A kísérlet alaphelyzetében nem voltak PM ingerek, a vizsgálati személyek egyszerű reakcióidő feladatot hajtottak végre ('ongoing feladat'). Az ún. elvárt helyzetben a vizsgálati személyek az alaphelyzettel megegyező 'ongoing feladat' végzése közben várták a PM ingereket, amelyek azonban a teljes feladat szakasz során sem jelentkeztek. A harmadik, ún. prospektív helyzet az elvárt helyzettől abban különbözött, hogy itt a semleges ingerek között valóban meg is jelentek a PM ingerek.

A szkizofréniával diagnosztizált személyek teljesítményét teljes csoport szinten vizsgálva megállapítható, hogy a betegek nem követtek el lényegesen több hibát az ún. prospektív helyzet PM feladatában, mint a kontrollszemélyek, viszont az alaphelyzetben és a prospektív helyzetben is szignifikánsan lassúbbak voltak, mint az egészséges kontrollcsoport. A betegcsoportnak prospektív helyzetben az alaphelyzethez viszonyítva szignifikánsan több időre volt szüksége a helyes válaszok megadásához, mint az egészséges személyeknek, ami az ellenőrzési kontrollfolyamatok zavarának lehet az egyik következménye.

A szkizofréniával diagnosztizált csoporton belül a Szendi és munkatársai (2010) által kialakított felosztás alapján megállapított S és Z alcsoportok eredményeit külön vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy prospektív memóriadeficit nem általános a betegek között, csak a kedvezőtlenebb, S alcsoport esetében jelentkezik. A kedvezőbb, Z alcsoport prospektív emlékezeti teljesítménye nem tér el az egészséges kontrollszemélyektől.

## A ritkánál is ritkább: Niemann-Pick kór C-típusa és Epidermolysis bullosa

Szendi István

Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Szeged  
szendi.istvan@med.u-szeged.hu

A Niemann-Pick kór ritka, AR öröklődésű, veleszületett anyagcsere-betegség, melynek lényege a koleszterin lizoszómális tárolásának zavara, ami a koleszterin és a belőle képződő glikoszíngolipidek sejten belüli felhalmozódásával jár, következményes sejtkárosodással. Három típusa van (A–C), melyek közül a klinikailag heterogén C-típusban szenvedők megérhetik a felnőttkort, és náluk a hepatosplenomegalia mellett gyakoriak a neuropszichiátriai tünetek, így a diagnózis időnként a felnőtt pszichiátriai gyakorlatban születhet meg. A ritka betegségek között azon kevesek közé tartozik, ahol létezik betegség-specifikus terápia.

Beszámolunk egy általunk felismert esetről, akinél a Niemann-Pick kór C-típusa (NP-C) mellett egy másik ritka, veleszületett betegség is kifejlődött, a páciens csecsemőkorától Epidermolysis bullosában (EB) szenved. A két betegség között nincs ismert genetikai kapcsolat. Betegünkönél a NP-C tárolási betegség juvenilis formája fejlődött ki, a veleszületett viscerális tünetek mellett a neuropszichiátriai tünetek az iskoláskorral kezdtek megnyilvánulni tanulási zavar formájában. Kezdetben figyelem- és részképesség zavarok okán, majd serdülőkorától ciklotímia klinikai szindrómája miatt kezelték. Neurológiai tünetei is a pubertással váltak észrevehetővé. A klinikai diagnózis kora felnőttkorban atípusos pszichotikus tünetek, majd demenciához észlelése során született meg. A tüneti terápia mellett már betegség-specifikus kezelését is meg tudtuk kezdeni.

## Pszichoszociális kockázati tényezők és a mentalizációs képesség vizsgálata személyiségzavarokban

Szardahelyi Bence<sup>1</sup>, Ritzl Andrea<sup>1</sup>, Csukly Gábor<sup>2</sup>,  
Égerházi Anikó<sup>1</sup>, Frecska Ede<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC Pszichiátriai Klinika, Debrecen  
<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest  
Wallenstein88@hotmail.com

A személyiségzavarok jelentős nehézséget okoznak a személy társas kapcsolataiban, mely az élet számos területén okozhat maladaptív működést. Kóreredete multikazuális, a genetikailag meghatározott temperamentum mellett számos pszichoszociális kockázati tényezőt azonosítottak, amelyek hozzájárulnak kialakulásukhoz.

Az utóbbi évek kutatásai során került az érdeklődés középpontjába a mentalizációs képesség (theory of mind). Mentalizáció alatt azt a képességet értjük, amelynek segítségével a saját vagy mások mentális állapotát felismerjük, és ezt felhasználva hozzuk meg döntéseinket, változtatjuk meg viselkedésünket. Számos megfigyelés igazolta, hogy a személyiségzavarban szenvedők csökkent mentalizációs képességgel rendelkeznek.

Vizsgálatunk során arra kerestünk választ, hogy a különböző pszichoszociális kockázati tényezők miképpen viszonyulnak a személyiségzavarban szenvedők mentalizációs képességeihez.

Vizsgálatunkba a DEOEC Pszichiátriai Klinikán 20 személyiségzavarban szenvedő pácienszt vontunk be. Strukturált interjú keretében történt a pszichoszociális kockázati tényezők felderítése. A mentalizációs képességeiket RMET vizsgálattal mértük fel.

Összefüggést találtunk a betegek rosszabb mentalizációs képessége és szüleik alacsonyabb iskolai végzettsége, gyakoribb munkanélkülisége és munkaképesség csökkenése között. Viszont a szülők válása, konfliktusai kevésbé befolyásolták a mentalizációt. A családban előforduló krónikus szomatikus és pszichiátriai betegségek egyaránt kedvezőtlen hatásúak a mentalizációra. Gyengébb mentalizációs készség esetén jellemzőbb az alacsonyabb társadalmi státusz. Gyakoribbak a munkahelyi konfliktusok, melyek a mentalizációs problémákhoz kapcsolódó társas-kognitív készségek zavarásával függhetnek össze.

Eredményeink megerősítik azokat az adatokat, melyek szerint a hátrányos családi szocializációs háttér összefügg az alacsony mentalizációs készséggel. Ennek talaján gyakrabban alakulnak ki személyiségzavarok. Fontos feladat lenne, hogy a személyiségzavarok pszichoterápiája során a mentalizációs készségek fejlesztése is előtérbe kerüljön (Mentalization-Based Therapy, MBT).

## Művészetterápia a pszichoterápiában

*Szardahelyi Zsuzsa*

Moravcsik Alapítvány, Budapest  
zsszardahelyi@gmail.com

A SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Kreatív- és Művészetterápiás Műhelye a pszichiátriai gyógyítás, a különböző terápiás módszerek, a rehabilitáció összehangolt, többlépcsős folyamatába, rendszerébe illeszkedik.

A terápiás műhely a művészet eszközeivel történő alkotó tevékenységet mint terápiás eszközt használja, s ad teret a Klinika Pszichoterápiás Osztály zárt pszichoterápiás csoportjainak művészetterápiás foglalkozásaihoz.

A korai, feldolgozatlan lelki problémák feltárása, a váratlan felismerések a kognitív sématerápia szerves részei, de gyakran veszik át a vezető szerepet a belátások, a tanulás és a növekedés. E pszichoterápiás munkába illeszkedik a képzőművészeti művészetterápiás munka zárt csoportokkal, heti több alkalommal, részeként a klinikai gondozáson túl a pszichoterápiának, illeszkedve nagyon gyakran a rehabilitáció korai fázisába.

A művészeti tevékenység önmagában, értelmezés nélkül is segíthet traumatikus élmények feldolgozásában. A foglalkozások lehetőséget nyújtanak arra – s biztatják is a pácienseket –, hogy egy tevékenység útján (festés, rajzolás, mintázás) újra átélhessék azokat. Alkotáskor a saját képi nyomok intenzív tapasztalatokat teremtenek, belső képeket hívhatnak elő.

A terápia az elveszett egyensúly helyreállítására törekszik, célja az alkotómunka során megvalósuló személyiségépítés, olyan pszichikus modell kialakítása, melyben a megrekedt alkotófolyamat meglendítésével a megnyugvás, a biztonságérzet kialakulása pszichikus tértáguláshoz vezet.

Eszköze egy rendszer, ami komplex módon kölcsönhatások sorozataként fejti ki hatását. A csoportfoglalkozások tevékenységtartalmát a spontán szabad festés, rajzolás adja. Aktív belső képeket előhívó imaginációs gyakorlatok és inspiráló ráhangolódás adnak védő teret az önkifejezéshez.

## Keleti kultúra – más pszichopatológia?

*Szilágyi Gyöngyi*

Dinamimika Bt., Budapest  
szilagygigy@gmail.com

Az előadás röviden bemutatja a kulturális pszichiátria működési területét, hangsúlyozva a kultúra és a pszichopatológia kölcsönhatását, a biológiai, pszichológiai, szociális és kulturális tényezők hatását a kórképek megjelenési formáira és megnyilvánulási sajátosságaira. Ezt követően részletesen definiálja és tárgyalja a taijinkyofusho-t, a szociális fóbia egy speciális japán és koreai megjelenési formáját. Említésre kerülnek az elmúlt 5 év szakirodalmában a taijinkyofusho-ról fellelhető, időnként kétértelmű adatok. Mindezekből kiderül, hogy a taijinkyofusho meghatározása kihívás a szakemberek számára, hogy kaukázusiak között is leírták már ezt a kórképet Ausztráliában és Svájcban. Az előadás hangsúlyozza a kulturális háttér (én-definíció, a társadalom kollektivista/individualista jellege, viselkedési szabályok, szégyen/bűntudat) lényeges hatását egy kórkép leírásában, illetve konkrétan a taijinkyofusho esetében. Az előadás egy japán, illetve egy magyar páciens esetismertetését hozza fel példának. A kultúra különböző mértékű hatását tapasztalva felmerül a kulturális tényezők fontossága a gyógyítás folyamatában. Végezetül – figyelembe véve a mai kor egyéni és közösségi sajátosságait – az előadás kiemeli a kulturálisan érzékeny hozzáállás fontosságát a mentális betegségek gyógyításának területén.

### Az újfajta ellátotti szerep autizmus területén. Az önérdékérvényesítés hatásai az ellátórendszerre

Szilvásy Zsuzsanna

Autism Europe, Budapest  
zsuzsanna.szilvasy@gmail.com

Az autizmus besorolása máig vitatott. A diagnosztika természetesen orvosi, pszichiátriai, azonban az ellátások már pedagógiai, szociális alapúak. A diagnosztika szempontjából betegségről beszélünk, azonban az autista emberek és családjaik ellátása szempontjából az autizmust a nagy fogyatékoságok közé soroljuk. Mint olyan, a legfiatalabb fogyatékosági ág. Ez a tény és az autizmus definíciójának megjelenési ideje egy új ellátotti szerepet hozott magával. Az autista ember, illetve elsősorban családtagjaik nagyon gyakran válnak meghatározó szakemberré, olyanná, aki akár az autizmus fogalmán is jelentős változtatásokat eszközöl. Elég csak *Lorna Wingre* gondolni, aki maga is anyaként, egy autista gyermekkel, a szülőszerepben összegyűjtött tapasztalatokkal adott hatalmas lendületet az autizmus újradefiniálásának.

A szülők vagy maguk az érintettek tehát rengeteg tudással rendelkeznek mind a diagnózis, mind a fejlesztések során kulcsszerepet játszanak. Partneri szerepben jelennek meg egy olyan ellátási rendszerben ahol az alá-fölérendeltség évezredes hagyomány.

Előadásomban szeretném bemutatni az autizmus „szülői” történetét. Kik és hogyan befolyásolták ennek a fogyatékoságnak/betegségnek a megítélését, ellátási módját.

Hogyan befolyásolja az újfajta önérdékérvényesítő szerep az ellátásokat. Hogyan tud ehhez viszonyulni a (diagnosztai) szakember? Nehézség vagy könnyebbség? Mít nyerhet ebből a szakma és mit az ellátottak?

Az előadásban támaszkodni szeretnék a Magyarországon jelentős érdekvédelmi szervezet (Autisták Országos Szövetsége) elnökeként vezetett Országos Autizmus Kutatás adataira, valamint Európában a központi ernyőszervezet (Autism Europe) vezetése közben gyűjtött ismereteimre.

### TEMPS-A kérdőíves vizsgálat paranoid szkizofréniával diagnosztizált betegek körében

Szomolnokyi Tímea, Kőpájer Gabriella

Nyíró Gyula Kórház, II. Pszichiátriai osztály, Budapest  
kopajerg@gmail.com

Vizsgálatunk során a DSM-IV-TR alapján paranoid szkizofréniával diagnosztizált betegek affektív temperamentumát mértük a TEMPS-A kérdőív segítségével. A TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire Version) kérdőív öt affektív temperamentumot különít el, melyek a következők: depresszív, ciklotím, hipertím, irritábilis, szorongó.

Hipotézisünk szerint paranoid szkizofréniával diagnosztizált betegek körében kialakuló affektív profilkép eltér a korábbi tanulmányok alapján unipoláris major depresszióban és bipoláris I illetve II betegségben, valamint nem klinikai kontrollokban kapott jellegzetességektől. Megelőző vizsgálatok szerint a domináns depresszív, ciklotím, szorongó és irritábilis temperamentum affektív betegségekben szuicid rizikófaktor, míg a hipertím temperamentum e tekintetben protektív. Várakozásunk szerint a paranoid szkizofréniával diagnosztizált betegek körében alacsonyabb értékeket kapunk az öt temperamentum-típust mérő alskálákon és ritkább lesz a domináns affektív temperamentum megjelenése, feltehetően a betegek egy részére jellemző érzelmi elsívárosodás következtében.

További érdekes kérdés lehetne, hogy az általunk vizsgált paranoid szkizofréniával diagnosztizált betegek körében egy vagy több domináns temperamentum megjelenése prediktív értékkel bír-e a szuicid kísérleteket illetően.

## A gyógyszeres terápia szerepe az autizmus spektrumzavar ellátásában

Sztanó Flóra<sup>1</sup>, Bulucz Judit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MRE Bethesda Gyermekkorház, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
sz.flora@gmail.com

Az autizmus spektrumzavar terápiaja alapvetően viselkedésterápiás elveken alapuló, a zavar sajátosságait (vizuális támogatás, tér-idő strukturálása) figyelembe vevő fejlesztői munka. Ez érvényes gyermek-, és felnőttkorban egyaránt.

Gyógyszeres terápia oki terápiaként semmiképp nem jön szóba, mégis vannak olyan helyzetek, amikor felmerül a kliens gyógyszeres megsegítése a viselkedésproblémák csökkentése, a fejlesztés hatékonyságának növelése érdekében, illetve járulékos pszichiátriai problémák kezelésekor.

Az autizmussal élő felnőttek 30–40%-a, néhány kutatás szerint még nagyobb arányuk szenved valamilyen egyéb pszichiátriai problémától. Legnagyobb arányban affektív zavarok, szorongásos problémák fordulnak elő, de megjelenhetnek pszichotikus zavarok, alvási problémák, felerősödő kényszeres viselkedés is.

A mindennapi gyakorlatban nehézséget jelenthet, hogy az egyes kórképek tünetei az alapprobléma miatt nem teljesen „tisztán” jelentkeznek. Ez különösen igaz akkor, amikor egy jól beszélő, autizmussal élő ember számol be arról, hogy hogyan észleli a világot. Ilyenkor gyakran pszichotikus zavar tüneti képe mutatkozhat meg, összemosódva akár több kórkép tünettárával. A megfelelő hatóanyag kiválasztása azonos irányelvek mentén történhet autizmussal élő és nem autista személyek esetén is, ám a betegvezetés szempontjából fontos tudni, kideríteni, ha az aktuális pszichiátriai tünet mellett/mögött autizmus áll.

A gyakorlatban leginkább használt szerek a risperidon, SSRI-ok, valproat, methylphenidat. Az utóbbi években vizsgált szerek közül megemlítenéd az atomoxetin, aripiprazol, paliperidon, olanzapin. Érdeklenség, hogy a szociális készségek javulását tapasztalták oxytocin használata esetében.

Előadásunk végén néhány eset bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet a felnőtt, autizmussal élő emberek megfelelő pszichiátria gyógyszeres kezelésének fontosságára, sajátosságaira.

## A felnőttkori ADHD forenzikus vonatkozásai

Szuromi Bálint

Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest  
bszuromi@yahoo.com

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) gyermekkorban kezdődik, de az esetek 30–50%-ában felnőttkorban is folytatódik és a felnőtt lakosság 1–2%-át érinti. A perzisztáló tünetek nemcsak a tanulási, munkavégzési és szociális funkciókat rontják, hanem bűncselekmények elkövetésének kockázatát is megnövelik, ami részben független a gyakran komorbid szerhasználatától és/vagy antiszociális személyiségzavartól. Felnőtt ADHD-sok között gyakoribb a gyors-hajtás, a sérüléssel járó közlekedési baleset okozása, a kábítószerrel való visszaélés, a testi sértés, rablás és leartóztatás.

Börtönpopulációban az ADHD klinikai és szubklinikai formáinak gyakorisága 5–20% között változik (fiatalkorúak között 40% fölött), ami egyrészt jóval nagyobb az átlagpopulációban mért 1–2%-nál, másrészt meghaladja az egyéb pszichiátriai zavarok (pszichózis, hangulatzavar) börtönpopulációban mért gyakoriságát is. Felnőttkori ADHD esetén korábban történik az első bűncselekmény, nagyobb a visszaesés kockázata és – szerhasználókhoz és antiszociális személyiségzavarosokhoz hasonlítva is – jóval gyakoribb az erőszakos bűncselekmény elkövetése.

A probléma kezelésében a legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy az ADHD-s esetek nagy része feltáratlan és így a megfelelő kezelés is elmarad, noha mind gyógyszeres, mind pszichoszociális beavatkozásokra vannak ajánlások. A néhány rendelkezésre álló vizsgálat eredményei szerint az ADHD gyógyszeres kezelése szignifikánsan csökkenti a későbbi bűnelkövetés gyakoriságát, börtönpopulációban pedig mérsékli az ADHD tüneteit és javítja a funkcióképességet.

## Rehabilitáció az emberért. Foglalkozás-terápiás klubok a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán

*Szűcsné Révai Katalin*

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest  
kati.szucsne@gmail.com

A szocioterápia célja adjuváns terápiaként a gyógyszer- és pszichoterápiákkal összhangban a beteg lehető legmagasabb szinten történő közösségi reintegrációja. Mindezek gyakorlati megvalósítására foglalkozás-terápiás csoportok, klubok működnek a strukturálisan három 50 ágyas egységből álló osztályunkon. Élménycentrikus, a személyiség kreatív, alkotó erőit felébresztő és fejlesztő, hatékony viselkedés elsajátítását szolgáló foglalkozások ezek, melyek alkalmasak a szabadidő tartalmas eltöltésére és segítenek kialakítani a társadalmilag funkcióképes életvitelt.

Játékklub működik a szorongásos kórképekben, hangulat-, illetve személyiségzavarokban szenvedőket ellátó részlegen, valamint a krónikusbeteg-ellátó részlegen. A két részlegen hetente átlagosan 40–45 fő vesz részt a játékcsoport délutáni foglalkozásain. A csoporttagoknak – elsősorban a csoportdinamika hatására – javulnak a kommunikációs és kapcsolatteremtési képességeik. Lehetőséget kapnak az érzelmi interpretációra, feszültségcsökkentésre, a pillanatról-pillanatra változó élmények befogadására, kezelésére, örömszerzésre. Mindezen folyamatokról beszámolnak a foglalkoztatott és a páciensek is, eredményesen segítve a terápiás munkát.

Krónikus pszichiátriai betegségekben szenvedő páciensek és demens betegek Emlékeim Klubon, reminiscence tréningen vehetnek részt. A két, összesen 100 ágyas részlegen hetente átlagosan 30 fő kapcsolódik be a klubfoglalkozásokba. A vizuális, taktilis- és hangingerekkel, illatokkal felidézett kellemes emlékekről szívesen beszélnek a résztvevők, oldva ezzel a veszteségekkel teli kórházi élet frusztrációját. Eredményként a mentális hanyatlás lassulását, átmeneti stagnálását, a pszichiátriai tünetek csökkenését, a funkcióképesség javulását vagy stabilizálódását tapasztaljuk. A depressziós tünetek csökkennek, mert megszűnik az alulstimulált környezet okozta regresszió. A foglalkozások után kevesebb a céltalan fizikai aktivitás, éjszakai zavart manőver, normalizálódik az alvás-ébrenlét ciklus. Javítja az időbeli orientációt az évszakok ismétlődésével és az ünnepi készülődéssel összekapcsolt kreatív feladatvégzés. Az eredményesség háttere az, hogy senki nem marad ki az aktivitásokból, mert az elfoglaltságoknak nem csupán a képességfejlesztés a célja, hanem a személyre szabott érzelmi támogatás, ami minden esetben összekapcsolódik a személy által átélt történésekkel, az egyén múltjával, kulturális-társadalmi hátterével.

Munkánkat a holisztikus, személyközpontú szemlélet jegyében végezzük.

## A test és lélek határán: Az integráció lehetőségei és a pszichodinamikus megközelítés a XXI. században

*Takács Bálint*

PTE-BTK, Pécs  
blintov@gmail.com

A pszichiátria, mint az orvostudomány integráns része a XIX. sz. neurológiai kutatásainak örököse. A modern, pszichológiai szempontú terápia egyértelműen Freudhoz és a pszichoanalízis megszületéséhez kötődik. Freud elmélete önmagában is ellentmondásos, klasszikus formájában az elmúlt évszázad során egyre inkább háttérbe szorult, de alapvetései, szellemisége továbbélnek a klinikai gyakorlatban és a tudományos érdeklődés sem lankad iránta, sőt új utakat talált felé a XXI. század neuropszichológája.

Az emberről (és az elméről) szóló pszichiátriai diskurzus legalább kétszólamú: biomedikális és pszicho-szociális faktorok egymást kiegészítve vagy épp egymást felváltva, egymással versengve bukkanak fel a különböző szempontú megközelítésekben. E kettősség eszméletörténeti gyökere a materialista és idealista világnézet régi szembenállásában, konkrétan test és a lélek különbözőségének/összefüggésének filozófiai problémájában ragadható meg.

Az integráció, a bio-pszicho-szocio-spirituális modell megvalósíthatóságának mélyén logikai probléma húzódik: a biológiai tudományok (más természettudományokhoz hasonlóan) a formális, kauzális láncolatokon alapuló magyarázati modelleket alkalmazzák, míg a társadalom-, de főleg a pszichológiai tudományok gyakran hermeneutikus, intencionalitás központú narratívák segítségével írják le a vizsgált jelenségeket. A különbség nem véletlen: az emberi viselkedés egyes, sajátos aspektusai pusztán ok-okozati láncolatként ábrázolása ellentmondásokhoz, látszólag irracionális, paradox eredményekhez vezet. Ezért különösen fontos a jövőben is szem előtt tartani és megfelelő helyen kezelni a jelenség szintű (fenomenológiai) szempontú és megértő (hermeneutikus) megközelítést, melyhez a dinamikus megközelítések jól használható módszertani keretként szolgálnak.

Előadásomban tehát a pszichodinamikus megközelítés háttérbe szorulásának okait vizsgálom, és érveket igyekszem hozni a módszer intézményes szinten is nagyobb elismertsége érdekében.

## Művészetterápiás tevékenység a szentgotthárdi Pszichiátriai Otthonban

*Takács Marianna*

Pszichiátriai Betegek Otthona, Szentgotthárd  
 marianna@freemail.hu

Az intézményben folyó művészetterápiás tevékenységeket egységes szemlélet mentén, de különböző módszereket alkalmazva szervezzük. A művészetterápiás formákat (képzőművészet-terápia, zeneterápia, biblioterápia, színjátszasterápia, mozgás- és táncterápia) az egyéni igényekhez, a lakók pszichés állapotához, állapotváltozásaihoz igazodva, egyéni és csoportos formában alkalmazzuk. A csoportok – intézményi és osztályos szinten egyaránt – heti órarend szerinti beosztással zajlanak, melyek tartalmilag és pszichológiailag jelentős fejlődési vonalat képviselnek. Az alkotás élményén keresztül lehetőség nyílik a betegek szükségleteinek, belső változásainak, identitásfejlődésének megismerésére, betegségük árnyaltabb diagnózisára, beszűkült, elsívárosodott interakcióik újraélesztésére stb. Az elkészült mű a terapeuta és a beteg kommunikációjának alapja. A szerzett élmények a beteget a művészethez, mint öngyógyító forráshoz irányítják. A művészetterápiák fontos támogatói az orvosi kezeléseknél. A közel két évtizede működő alkotóműhely és a terápiák anyagaiból összeállt Szentgotthárdi Gyűjtemény jelenleg kb. 560 alkotásból áll. A műalkotásokat rendszeresen bemutatjuk hazai és nemzetközi tárlatokon, közülük több kiemelt díjat nyert. Az otthonban folyó művészetterápiás munkáról több kiadvány is született.

## „Testre szabott” lélek

*Takács Marianna*

Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd  
 marianna@freemail.hu

**Célkitűzés:** A vizsgálat a pszichiátriai betegek tetoválása mögött álló motivációs bázis, személyiségműködés feltárására, valamint a tetoválási kép elemzésére irányult. A kapott eredményeket összevettem más hazai és nemzetközi kutatásokkal.

**Módszer:** A teljes mintát 84 pszichiátriai beteg alkotta. A vizsgálatban emberrajz, egy általam összeállított strukturált interjú, Eysenck-féle személyiség kérdőív (*Eysenck&Eysenck, 1975; Lukács, D., Pressing, L. 1988*), Énkép, testkép teszt (*Secord&Jourard, 1953*), Tetoválás motivációs (*Forbes, 2001*) táblázat felvétele történt.

**Eredmények:** A pszichiátriai betegeknél más szükséglet hívja elő a tetoválást: emlékeztetés egy eseményre az életéből, közeli baráthoz hasonlítani, egyediség volt a meghatározó. A vizsgált személyek 66%-ának egynél több tetoválása van, az első testmódosító eljárások főként a serdülőkorban készültek. A betegek 60%-a rendszeresen fogyaszt alkoholt, 97%-a mindennap dohányzik, 20%-a korábban fogyasztott kábítószer. Az emberrajzok többsége ‚c’ szintű, infantilis szint, mely a személyiség egészének működési színvonalára, rigid személyiségre, alacsony szintű pszichológiai differenciációra utal. A tesztek extroverzió-introverzió tekintetében közepes, érzelmileg labilis, kevésbé rugalmas személyiségeket mutatnak. Énkép-, testképzavar, önértékelési bizonytalanság nem volt kimutatható.



### A végrehajtó funkciók neuropszichológiai tesztelése: A betű- és a szemantikus fluencia teszt magyar nyelvű vizsgálata

Tánczos Tímea<sup>1</sup>, Németh Dezső<sup>2</sup>, Janacsek Karolina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SZTE ÁOK Neurológiai Klinika, Szeged

<sup>2</sup>ELTE Pszichológiai Intézet, Budapest  
timeatanczos@gmail.com

A betű és a szemantikus fluencia tesztek a klinikai és neuropszichológiai gyakorlatban a végrehajtó funkciók és a nyelvi funkciók gyakran használt mérőeljárásai. A vizsgálatunk célja a betű és szemantikus fluencia feladaton nyújtott teljesítmény feltérképezése volt az 5-től 89 éves korig terjedő életkori spektrumot (N=562) lefedő magyar mintán. A betűfluencia feladat esetében megadott kezdőbetűkkel (K, T, A) kell egy percen belül minél több szót mondani a vizsgálati személyeknek. A szemantikus fluencia feladat esetében megadott kategóriákon belül (ÁLLAT, GYÜMÖLCS, ÉLELMISZERBOLT) kell egy percen belül minél több mintapédányt mondani a vizsgálati személyeknek. A vizsgálatban minden életkori csoportban megvizsgáltuk a szavak, a perszeverációk és a hibák számát, valamint feltérképeztünk újabb komplexebb mutatókat is, úgy mint a klaszterek számát, a klaszterek méretét, az öszváltások számát és a klaszterváltások számát. Az előadás részletesen bemutatja az egyes mutatók esetében eltérő fejlődési trendeket és nemi különbségeket. A betűfluencia szavak száma mutató tekintetében elmondható, hogy mindhárom betűfluencia feladat esetében találtunk életkori különbséget. A „K” betűfluencia feladaton a teljesítmény 15–16 éves korban már elérte a felnőtt szintet, azonban a „T” és az „A” feladat esetében volt javulás a teljesítményben 19–34 és 35–49 éves kor között is. Mindhárom betűfluencia feladat esetében elmondható, hogy az 5–6 évesek nagyon kevés szót tudtak csak mondani, amely adatok egybevágóak a korábbi kutatások eredményeivel. Mindhárom szemantikus fluencia feladaton az 5–6 évesek több szót tudtak mondani, mint a betűfluencia feladat esetében, majd 17–18 éves korban egy fokozatos fejlődés után a teljesítmény elérte a felnőtt szintet. A legjobb teljesítményt a 35–49 éves korcsoport érte el, majd 50–69 éves kortól jelentősen visszaesett a teljesítmény, ami összhangban van több korábbi eredménnyel is. A betű és a szemantikus fluencia tesztek jelen tanulmányban bemutatott minőségi és mennyiségi elemzése hozzásegít a végrehajtó és a nyelvi funkciók működésének és károsodásának pontosabb feltérképezéséhez fejlődési vagy szerzett pszichiátriai és neurológiai kórképek esetében. Ez pedig a gyakorló szakemberek segítségére lehet abban, hogy pontosabb diagnosztikus és a rehabilitációban is jól használható eszközök legyenek

TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-000

### Az olvasási nehézség spektrum- és komorbid szorongásos zavarok: Szisztematikus áttekintő tanulmány

Tárnokiné Törő Krisztina<sup>1,2</sup>, Balázs Judit<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

<sup>2</sup>Vecsés Város Önkormányzat Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Vecsés

<sup>3</sup>ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

<sup>4</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest  
torokrist@hotmail.com

Háttér/célkitűzés: Számos vizsgálat számolt be, hogy az olvasási nehézség spektrumzavar mellett gyakori a komorbid kórképek előfordulási gyakorisága. Célkitűzésünk az utóbbi 20 év olvasási nehézség és komorbid szorongásos zavar kérdésével foglalkozó kutatásainak szisztematikus áttekintése a következő szempontok szerint: 1. milyen kifejezések találhatóak az irodalomban az olvasási nehézségre, és ezek összefüggésben vannak-e a súlyossági fokkal/kontinuumon elhelyezkedés mértékével? 2. Mekkora az olvasási nehézségek mellett fennálló szorongásos zavarok előfordulási gyakorisága? 3. Vannak-e és ha igen, milyen prediktív tényezői az olvasási nehézségeknek, melyek komorbid szorongásos zavarral járnak? 4. Vannak-e és ha igen, milyen késői hatásai az olvasási nehézségeknek, melyek komorbid szorongásos zavarral járnak? 5. Milyen egyéb társuló zavarok jelennek meg az olvasási nehézséggel komorbid szorongásos zavarok mellett?

Módszer: Szisztematikus keresés módszerével áttekinttük az 1993 és 2013 között publikált cikkeket. öt adatbázisból (Science Direct, Medline, Scopus, Proquest, Psychinfo) a következő kulcsszavak segítségével: anxiety, dyslexia, reading disorder, reading disability, internalizing symptoms, internalizing disorders. Bekerülési kritérium volt, hogy a cikk angol nyelvű legyen. Kizártuk azokat a cikkeket, melyek nem kutatáson alapulnak.

Eredmények: A kutatásokban az eltérő terminológia-használat és az olvasási nehézség spektrumon való elhelyezkedés nem mutat összefüggést. Szorongásos zavar 9,00–25,00%-ban fordul elő olvasási nehézség spektrum mellett. Az olvasási nehézség prediktív tényező a szorongásra nézve. A szocioökonómiai státusz befolyásolja az olvasási nehézség melletti szorongás kialakulását. Olvasási nehézség és szorongási zavar mellett további komorbiditások – például a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, depresszió – előfordulása is magasabb, mint a tipikusan olvasók körében.

Következtetés: A szakembereknek figyelemmel kell lenniük az olvasási nehézség mellett esetlegesen megjelenő szorongásos zavarok felismerésére, szükség esetén adekvát kezelésére. Áttekintő tanulmányunk felhívja a figyelmet a prevenció fontosságára.

## A jungi szinkronicitás elméletről

Tényi Dalma

PTE Általános Orvostudományi Kar, Pécs  
tenyidalma@gmail.com

*Carl Gustav Jung* a XX. század egyik legnagyobb hatású pszichológusa volt, akinek elméletei a kollektív tudattalánról, az archetípusokról jelentős hatást gyakoroltak nemcsak a modern pszichiátria, de az emberről gondolkodó filozófiai antropológia számára is. Egyik fontos elmélete a szinkronicitás teóriája, amely a kauzális okság mellett feltételez egy – a mindennapi vélekedésben véletlennek tételezett – rendezőelvet. A jungi elgondolás értelmében e rendezőelv felelős azokról a furcsa szinkronisztikus jelenségekről, amelyeket szigorú kazualitáselmélet által meghatározott mindennapi életünkben csupán „véletlen egybeesésként” interpretálunk – s mely jelenségek valójában jelentést hordoznak. *Jung* írásaiban több helyen utal a szinkronicitás teóriájára, azonban összefoglalóan azt csak élete vége felé közeledve dolgozza ki, egy *Paulival* – a jeles kvantumfizikussal – közösen írt könyvében, amelyben *Pauli* modern fizikai argumentumok mentén érvel a jungi pszichológiai sejtések mellett. A Synchronicity: An acausal connecting principle című összefoglaló értekezésben azonban *Jung* számos vonatkozásban homályosan és ellentmondásosan fogalmaz. Míg híres tanítványa, *Marie-Louise von Franz* a jungi tanokat minden részletében követve gondolta tovább a szinkronicitás nem tisztázott, kérdéses aspektusait, addig *Robert Aziz*, kanadai pszichoterapeuta rámutatott a jungi elgondolás ellentmondásos részleteire és ezeket tisztázva állította fel a szinkronisztikus jelenségek fajtáit kategorizáló elméletrendszerét. A szinkronisztikus jelenségek létrejöttének mechanizmusáról igen érthető és árnyalt képet kapunk a korábbi *Jung* tanítványa, *Ira Progoff* „Jung, Synchronicity and Human Destiny” című könyvében, amelynek kéziratához maga a svájci mester fűzött megjegyzéseket. Előadásomban az eredeti jungi elmélet ismertetése után rátérek *Aziz és Progoff* szinkronicitásról alkotott elméleteinek tárgyalására, valamint röviden bemutatom az angol fizikus, *David Peat* – a szinkronicitás jelenségének három metafizikai aspektusát elemző – teóriáját.

## Ritka epilepsziás rohamjelenségek pszichiátriai vonatkozásai

Tényi Dalma<sup>1</sup>, Gyimesi Csilla<sup>2</sup>, Tényi Tamás<sup>3</sup>,  
Janszky József<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PTE Általános Orvostudományi Kar, Pécs

<sup>2</sup>PTE KK Neurológiai Klinika, Pécs

<sup>3</sup>PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs  
tenyidalma@gmail.com

A köztudatban az epilepsziás rohamokról alkotott kép, illetve a klinikai gyakorlatban regisztrált és kezelt betegek statisztikai adatai alapján a felnőttkorban leggyakrabban előforduló rohamtípusoknak a tónusos-klónusos grand mal, illetve a temporális komplex parciális típusokat nevezhetjük meg. Ebből következően tehát a test tónusos megfeszülése majd az ezt követő akaratlan, szapora rövid izomrángások, illetve az aurával bevezető, tudatzavarral és csámcsogó, matató automatizmusokkal kísért rohamjelenségek a leginkább ismertek. Ez a két epilepsziás rohamtípus azonban nem öleli fel e betegség széles tünettanának összes elemét. Munkánk során a ritkább előfordulást mutató epilepsziás rohamjelenségeket vizsgáltuk, melyek sokszínűségükből fakadóan komoly differenciáldiagnosztikai problémát jelentenek nemcsak a neurológia, hanem sok esetben a pszichiátria szakterületének klinikusai számára is. Munkánk során vizuális (palinopsia, iktális vakság, autoszkópos hallucináció), auditorikus (zenei hallucinációk), affektív (orgazmikus aura, euforikus nevetés, extatikus rohamok), kognitív (erőltetett, szaladó gondolatok), vegetatív (asystolia) és motoros (szokatlan, ritka automatizmusok: például dromománia) tünetekkel járó rohamjelenségeket tanulmányoztunk, illetve vizsgáltuk a reflex epilepsziák tárgykörét, melyek során a környezet vagy az egyén egy bizonyos konkrét tevékenysége váltja ki a görcsrohamot (fény, zene, olvasás, meleg víz vagy akár a fogmosás). Előadásunkban e ritkán előforduló epilepsziás rohamjelenségeket elemezzük, majd rámutatunk az adott rohamjelenség kapcsán felmerülő, differenciáldiagnosztikus szempontból legfontosabb pszichiátriai betegségekre.

## Depressziós tünetek, szorongás és az affektív temperamentumok vizsgálata diabéteszes betegeknél családorvosi praxisokban

Torzsa Péter<sup>1</sup>, Becze Ádám<sup>1</sup>, Eöry Ajándok<sup>1</sup>, Gonda Xénia<sup>2</sup>, Pálffy Adrienn<sup>1</sup>, Pozsonyi Etelka<sup>1</sup>, Kalabay László<sup>1</sup>, Rihmer Zoltán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai és Kutatási

Mentálhigiénés Osztály, Budapest

ptorzsa@gmail.com

Háttér: A depresszió és szorongás korunk leggyakoribb mentális betegségei közé tartoznak, melyek diabéteszes betegek körében közel kétszer gyakoribb előfordulást mutatnak.

Célkitűzés: 1-es és 2-es típusú cukorbetegség körében a depresszióra utaló tünetek, a szorongás és az affektív temperamentumok előfordulásának vizsgálata.

Módszerek: Vizsgálatunkban Hamilton Szorongás Skálát (HAM-A), Beck Depresszió Kérdőívet és Temperamentum Kérdőívet (TEMPSA) használtunk. A rögzített adatok közül az antropometriai és szociális jellemzőket, a családi anamnézist és a laborparamétereket használtuk fel. Statisztikai értékeléshez SPSS Statistics 20-at alkalmaztunk.

Eredmények: 260 cukorbeteg vett részt a vizsgálatunkban. A betegek átlagéletkora:  $63,5 \pm 14$  (év  $\pm$ SD), 60% nő. Nőknél magasabb HAM-A (median [IQR]: 9 [5;16] vs. 6 [2;12]) ( $p=0,002$ ), BDI (median [IQR]: 7 [3;12] vs. 3 [1;9]) ( $p=0,001$ ).

A jól kezelt csoportban (6,9 % alatti HbA1c) 11,5%-ban találtunk szorongást, 7,0% feletti HbA1c érték esetén ez az arány 13,4% volt. A depressziós tünetek előfordulása a két csoportban 14,4% és 23,1% volt. A rosszul beállított csoportban a domináns ciklotím temperamentum gyakrabban fordult elő (6% vs. 4%,  $p=0,035$ ).

Következtetések: A cukorbetegség körében gyakoriak a szorongás és a depresszió tünetei. A rosszul kezelt betegeknél gyakoribb előfordulást mutatott a közepesen súlyos és súlyos szorongás, illetve a súlyos depressziós tünetegyüttes. A rosszul beállított csoportban a domináns ciklotím temperamentum gyakrabban fordult elő. Fontos lenne a szorongás és a depressziós tünetek rutinszerű szűrése cukorbetegség körében a családorvosi praxisokban. A szűréssel megelőzhetnénk, késleltethetnénk a cukorbetegség egészségi állapotának a romlását.

## Önismereti elakadástól a rezilienciáig – avagy kell-e nekünk ELIZA?

Tóth Erika

MASZKPTE, Budapest

totera@vipmail.hu

Az elmúlt 10 évben segítő foglalkozású emberek sokasága fordult hozzám pszichés panaszokkal. A segítségkérés okait és az oda vezető utat vizsgáltam retrospektíven.

Módszer: Módszerem a személyes élmények felevenítésén túl a terápiás ülések során készített leírások elemzésére hagyatkozik. Mindannyiukkal előfordult, hogy egy életesemény, illetve az azzal való megküzdés nehézsége segítségkeresésre sarkallt bennünket. Az „önismereti elakadás” fő motívum volt az üléseken. A rezilienciára való törekvés vezette terápiás munkánkat. A háttérben sok esetben szorongásos spektrum-, hangulatzavar, gyászreakció, szenvedélybetegség bújta meg. Egy kórházi, városi, térségi populációból nagyon kevesen keresnek szaksegítségét. Kutattam az egyéb lehetséges segítő útán. Nagyon sokan fordultak az alternatív kezelési módok (pl. természetgyógyászat, kineziológia), illetve a transzcendencia felé. Alternatíva lehet egy e-terapeuta is. *Joseph Weizenbaum* 1966-ban alkotta meg ELIZA-t, az első segítő robotot. *Carl Rogers* nyílt végű mondataira alapozta a gép működését. Utódja, A.L.I.C.E., a majdnem humanoid robot, már a kliens mimikáját is figyelembe vette. Nagy előnye a robot-terapeutának az anonimitás, ami miatt teljes mértékben „meg lehetett nyílni” a terapeuta előtt. Emellett kedvező, hogy választható az ülések időpontja. Ezek azonban robotok voltak, melyeket könnyű szerrel „ki lehetett játszani”! Ezzel szemben egy élő emberekkel folyó terápiás üléseken az empátia valódi, a nonverbális kommunikációnak is nagy jelentősége van, hozzáad a terápiához, azonnali, hiteles visszajelzést kap a kliens.

Következtetés: A sok alternatíva közt a személyes kapcsolat lehet mégis a megoldás!

Ha az oktatás az alapoktól, de legkésőbb a felsőfokú képzésben az önismeret fejlesztését célul tűzné ki, akkor valószínűleg nagyobb bizalommal és gyakrabban fordulnánk egymáshoz lelki problémáinkkal.

### Az általános kötődési stílus és a meghatározó tárgykapcsolati személyekhez való kötődés mintázatai

Török Imre András<sup>1</sup>, Frigó Katalin<sup>2</sup>, Pösze Viktória<sup>2</sup>, Krizsán Dóra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, ETK, Alkalmazott Pszichológiai Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ETK, Budapest  
torokia@gmail.com

Cél: A felnőtt kötődési stílusok megismerését a kötődés kérdőíves mérése az elmúlt két évtizedben megújította. Új törekvés az általános és a párkapcsolati kötődés mellett az összes fontos viszony együttes feltérképezése. A *Fraley* (2011) által kifejlesztett ECR-RS kérdőív az apához, az anyához, a baráti és párkapcsolatokhoz való kötődést is mérhetővé teszi. A vizsgálatban a fontos személyekhez való kötődés nemi eltéréseire voltunk kíváncsiak. Emellett a kötődés alapfaktorainak (függés, intimitás és szorongás) kapcsolatait is fel szeretnénk volna térképezni az egyes fontos személyekhez való viszonyal.

Módszer: A vizsgálatban 153 egyetemi hallgató vett részt (62 férfi és 91 nő, átlagéletkor 22,6 év). A kutatásban a négy meghatározó kapcsolat kötődési viszonyulás mintázatait azonosítottuk (ECR-RS). Az általános kötődés alapfaktorainak (függés, intimitás és szorongás) meghatározására a *Collins és Read* (1990) által kifejlesztett AAS-t használtuk. Nemenként korrelációkat számoltunk a fontos személyekhez való kötődési stílusok között. A regresszió-elemzésben a kiemelkedő kapcsolati viszonyulásokat elemeztük tovább.

Eredmények: Férfiaknál az anyához való kötődésben a magas elkerülési érték erősen korrelál a baráti kapcsolatokban megjelenő elkerüléssel, míg nőknél a párkapcsolati kötődéssel találtunk erős korrelációt. Az anyához való kötődési szorongás férfiaknál erős kapcsolatban van a szorongásos baráti kötődéssel. A szorongásos anyai kötődés mindkét nemnél közepesen korrelált a szorongásos apai kötődéssel.

Az általános kötődési faktorok (függés, intimitás, szorongás) fontos kapcsolatokkal való korrelációit is megvizsgáltuk. A kapcsolati függés elutasítása férfiaknál a szorongásos baráti kapcsolatokkal, míg nőknél a partnerkapcsolati és az anyai kötődési szorongással korrelált markánsan. Az általános kapcsolati szorongás férfiaknál erősen korrelált a szorongásos anyai és a szorongásos baráti kötődéssel.

Lineáris regresszió-számítással a legtöbb kapcsolati korrelációval rendelkező elkerülő anyai kötődést vizsgáltuk meg. Az elkerülő anyai kötődés férfiaknál elsősorban a baráti és partneri elkerülő kötődéssel volt kapcsolatban. Nőknél az elkerülő partnerkapcsolati kötődéssel találtunk nagyon erős összefüggést.

Összegzés: A statisztikai elemzések alapján kiemelkedik az anyai kötődéshez való viszony sajátos mintázata. Férfiaknál az anyai elkerülés és a szorongás a baráti kapcsolatokkal, nőknél a partnerkapcsolattal volt összefüggésben.

### A kötődési intimitás, kötődési függés és az agorafóbiás elkerülés kapcsolata

Török Imre András<sup>1</sup>, Frigó Katalin<sup>2</sup>, Pösze Viktória<sup>2</sup>, Krizsán Dóra<sup>2</sup>, Vincze Gábor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ETK Alkalmazott Pszichológiai Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ETK, Budapest

<sup>3</sup>Pándy Kálmán Kórház Pszichiátria, Gyula  
torokia@gmail.com

Cél: A kötődési és a szeparációs szorongás markáns megjelenése kisgyermekkorban gyakran megtalálható agorafóbiás páciensek anamnézisében. Vizsgálatunk célja nem csak a kötődési stílus, hanem a kötődés alapfaktoraként mérhető kötődési intimitás és függés szerepének tisztázása az agorafóbiára vonatkozó sérülékenységekben. Az intimitás és a függés szerepe más minőséget jelent a kötődésben. Az intimitás inkább szeretetkapcsolati igény. A kötődési függés jobban lefedti az egyedfejlődésben a természetes biztonságigényt, mely az önállóan még kevésbé kompetens egyén számára a biztonság-szükséglettel van kapcsolatban. A kötődéssel kapcsolatos explorációt is inkább a függés minősége befolyásolja. E mellett temperamentum-faktorok hatását (viselkedésaktiváló rendszer [BAS], viselkedésgátló rendszer [BIS]) és a szülői bánásmód szerepét is figyelembe vesszük.

Módszer és eszközök: 380, felsőoktatásban résztvevő (244 nő 136 férfi), 19–26 év közötti személlyel végeztünk vizsgálatot. A kötődés mérésére az ECR-R kérdőívet használtuk. A temperamentum vizsgálatára az SPSRQ-t használtuk. Az agorafóbiát az FSS-sel, a szülői nevelési attitűdre való visszaemlékezést a szülői bánásmód kérdőívvel (EMBU-r) becsültük meg.

Eredmények: Regresszió-elemzést végeztünk az agorafóbia függő változóival a férfiakra és a nőkre vonatkozóan, hogy ellenőrizzük a kötődési faktorok hatását a többi változó mellett.

Férfiaknál a kötődési elkerülésnek és mellette a kötődési intimitás elutasításának volt erős pozitív hatása az agorafóbiára. A szülői nevelési attitűdök közül a meleg és túlóvó anyai attitűd pozitív, míg a visszautasító apai negatív kapcsolatot mutatott. A temperamentum-faktorok nem kaptak szerepet.

A nők esetében a kötődési szorongás alacsony szintje és a kötődési függés elutasítása pozitív, míg a kötődési intimitás elfogadása negatív kapcsolatban volt az agorafóbiával. A BIS pozitív kapcsolatot mutatott az agorafóbiával. A szülői bánásmóddal nem lehetett kapcsolatot kimutatni.

Összegzés: A férfiaknál a szülői nevelési hatásokra való visszaemlékezés alapján a szülők szerepe megjelent, nőknél inkább a kötődési stíluson keresztül érvényesülhetett a szülők hatása az agorafóbia kialakulására. A temperamentumbeli adottságok náluk jelentősebb szerepet kaptak. A nemek közötti különbség markánsan jelentkezik a kötődési elkerülés és a kötődési szorongás szerepében, azonban a kötődési intimitás megélését mindkét nem esetén védőfaktornak tekinthetjük.

## A szem a lélek tükré?

*Trixler Dániel*

PTE KK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs  
daniel.trixler@aok.pte.hu

Az írisz-karakterisztikák személyiséggel való lehetséges összefüggésének vizsgálata nem új keletű. A szemszín kapcsolatba hozták már a dominanciával, szociális óvatossággal, pszichológiai arousallal, alkoholfogyasztással és a reakcióidővel, noha e kapcsolatok csak egy részét sikerült igazolni. Az emberi szivárványhártya azonban nem csak a színe, hanem mintázata miatt is érdekes. Amennyiben vannak összefüggések az írisz mintázatai és a személyiség között és sikerül tisztázni ezek genetikai hátterét, ez egy viszonylag gyorsan és olcsón vizsgálható biomarkerként funkcionálhatna kutatási minták gyors kialakításához, különösen olyan esetekben, ahol az agy anterior cinguláris kérgére esik a fókusz.

Az írisz fejlődéséért számtalan gén felelős, melyek közül az ismertebbek a Six3, Lmx1b, de a kutatások főkusza főként a legismertebb Pax6 génre esett. A Pax6 expressziója befolyásolja az izomsejtek differenciálódását az íriszben, továbbá a stróma iridisben megjelenő defektusokért valószínűleg azok a sejtek felelősek, melyek szükségesek a stróma megkötéséért. A Pax6 azonban nem csak az íriszben expresszálódik, hanem az agyban is, különösen az anterior cinguláris kéregben, ahol szövethiányt okoz. Azok a családtagok, akiknek mutálódott e génjük, jelentős viselkedésszerű abnormalitásokat mutattak: gátlástalanságot, impulzivitást, zavart szociális megértést és verbalitást. MRI-vel történő vizsgálatuk során fehér- és szürkeállományi változásokat találtak a Broadmann 24 és 32-es régiója körül, valamint poszterior fehérállományi abnormalitások voltak láthatóak a corpus callosum cinguláris kéregbe nyúló részében is.

Ezeket a területeket már többször összefüggésbe hozták a személyiséggel. Azok az egyetemi hallgatók, akiknek a jobboldali anterior cinguláris gyrusa nagyobb, magasabb pontszámot érnek el az ártalomkerülés dimenzióban, akiknek azonban a baloldali cinguláris gyrusa nagyobb, magasabb pontszámot érnek el az élménykeresés dimenzióban.

Fontos elkülöníteni az említett vizsgálatokat az iridológia tudományától, mely feltételezéseit nem sikerült empirikusan alátámasztani a megfelelően kontrollált vizsgálatok során. A fókusz érdekes tehát az íriszmintázat és testi szervek összefüggése helyett inkább csak az írisz-agy-személyiség háromszögére helyezni, ezért kutatásomban egészséges és mentálisan beteg egyének szeméről makrofotót készítve keresem az íriszmintázat lehetséges összefüggéseit a személyiség-dimenziókkal és agyi strukturális elváltozásokkal.

## A születéstől a felnőtté válásig. A gyermek- és ifjúkor mentálhigiéje

*Turjányi Katalin*

Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest  
turjanyk@freemail.hu

Előadásomban rövid áttekintést nyújtok a történelmi korok nevelésméleteiről, szokásairól, majd részletesebben tárgyalom a gyermek- és ifjúkor egyes szakaszainak sajátosságait, lelki szükségleteit. Szorosan kapcsolom az egyes életkorokhoz az adott időszak lelki sérüléseire visszavezethető felnőttkori lelki problémákat, devianciákat, pszichés tüneteket. Kiemelten megjelenítem azokat a szükségleteket, melyeknek kielégítésével a pszichés zavarok nagy valószínűséggel elkerülhetők, csökkenthetők. Végül a gyermeknevelés személyes tapasztalatait is megosztom a hallgatósággal.

Prezentációm szorosan kapcsolódik a kormányzati szinten megfogalmazódó „ÉLETÚT” programhoz, a mentális felzárkóztatás prioritást élvező kérdéseihez, és a „3 királyfi 3 királylány” mozgalom zászlajára tűzött célokhoz.

## Pszichoszomatika holnap

Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet,  
Budapest  
tury@t-online.hu

A pszichoszomatika a test és lélek határait boncolgató terület, mely ma még a pszichiátrián belül is viták keszttüzében áll.

A fizikusok számára ma már evidencia, hogy a fény egyszerre anyag- és hullámtermészetű. A pszichoszomatika hasonló kettősséget mutat.

A mai idegtudományi eredmények teljesen új megvilágításban helyezték a pszichoszomatikát (például a szociális idegtudományok), de az epigenetika eredményei szintén robbanásszerű hatással vannak az élettudományok és a pszichológiai tudományok közeledésére.

Az előadás érinti a pszichoszomatikával kapcsolatos szakmaszervezési nehézségeket is.

## Az implicit tanulási folyamatok jellegzetességei szkizofrén betegeknél

Udvardi László, Marcas Mónika, Rózsavölgyi Katalin, Ábrahám Magdolna, Vincze Gábor

Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula  
rozsavolgyikata@gmail.com

Bevezetés: A tanulási folyamatok és az ehhez kapcsolódó emlékezeti rendszerek többféleképpen osztályozhatók. Felosztásuk implicit és explicit folyamatokra *Schacter* nevéhez fűződik. A kétféle folyamat alapvetően különbözik egymástól mind kódolás, mind az előhívás terén. Az implicit tanulás statisztikai jellegű, a megszerzett tudás viszont gyakran tartósabbnak bizonyul, a felejtési folyamatok kevésbé, illetve másként érintik. Szkizofrén betegeknél a tanulás ezen formája részleteiben nem ismert.

Résztevők: A vizsgálatban 28 személy, 14 szkizofrén beteg (paranoid: 7 fő; simplex: 1 fő; reziduális: 2 fő; k.m.n.: 4 fő), valamint 14 kontrollszemély vett részt. A résztvevők beválasztásánál a magasabb intelligencia, valamint a relatív tünetmentesség volt az elsődleges szempont.

Eszköz, módszer: Vizsgálatunk két részletben zajlott, szeriális reakcióidő feladatot alkalmaztunk. Először a résztvevők megtanultak egy sorozatot, majd fél óra várakozást követően egy másik sorozatot adtunk nekik. Az aSRT feladat elemzésekor alkalmazott eredeti metódust követve a kapott reakcióidő, illetve pontossági adatokat egy algoritmus alapján magas gyakoriságú hármásokra (high frequency tripletekre, HFT), illetve alacsony gyakoriságú hármásokra (low frequency tripletekre, LFT) bontottuk.

Eredmények: A szkizofrén betegeknél az egészségesekhez hasonló mintázatot kaptunk. A gyakorlás előrehaladtával az alanyok teljesítménye mind a reakcióidő, mind a pontosság területén javuló tendenciát mutatott. Az alacsony és a magas gyakoriságú hármások elkülönültek egymástól az első és a második feladatnál is, a résztvevők a magas gyakoriságú hármásokra gyorsabban és pontosabban reagálnak.

A feladat második fázisában pontosság és reakcióidő tekintetében sem sikerült interferenciát kimutatni, a tanulási mintázat hasonló. Különbségek abban mutatkoztak, hogy a második sorozatnál a reakcióidők általában alacsonyabbak voltak (ez a motoros tanulás következménye), a második sorozatban a gyorsulás mértéke kisebb (ez is értelmezhető a motoros tanulás jellegzetességeként). A reakcióidők átlaga nagyobb volt a kísérleti, mint a kontrollcsoportnál.

Konklúzió: A szkizofrén betegeknek rosszabbul kellett volna teljesíteniük ezen a feladaton, mert figyelmi zavarai vannak, más neurokognitív zavarok is ismeretek náluk. Korábbi kutatások szkizofrén betegeknél károsodott emlékezeti gátlást találtak, ebben a feladatban ez a jelenség sem volt megfigyelhető.

## Pszichiátriai zavarban szenvedő személyek narratív identitásának kutatása

Unoka Zsolt<sup>1</sup>, Berán Eszter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

A narratív identitás a szelf belső, folyamatos átalakulásban lévő története, melyet saját magunk számára hozunk létre azzal a céllal, hogy megteremtjük életünk különböző helyzeteken és időpontokon átívelő egységességét, valamint meghatározzuk célját és értelmét (McAdams, Adler, 2012). Az életpasztaátok megfogalmazása az önéletrajzi narratívumban, az egyén múltját, jelenét, és jövőbeli céljait kapcsolja össze egy történetté. Az önéletrajzi történetekben vizsgálható identitás két fontos tematikus elemét definiálta McAdams, melyek az ágencia, és az intimitás témái. A pszichológia régóta foglalkozik mindkét kérdéssel, azonban a narratív identitás témáiként ezek a fogalmak az egyéni élmény szintjén, az egyén szubjektív tapasztalati szűrőjén keresztül vizsgálhatók.

Korábbi vizsgálatok igazolták, hogy az élettörténetben megfogalmazott ágencia érzés kifejezése, és az intim kapcsolatok pozitív tapasztalatainak összegzése a lelki egészség szempontjából fontos mutató. A pszichiátriai betegségekben szenvedő populáció különféle csoportjai és a normál populáció közötti eltérés az ágencia és intimitás megélésének szubjektív tapasztalataiban rávilágít az egyes betegségekben szenvedő személyek specifikus nehézségeire ezeken a területeken, ami a megfelelő pszichoterápiás módszerek kiválasztásában, kidolgozásában, és konkrét alkalmazásában is hasznos ismeret lehet.

Előadásunkban a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján osztályos kezelésben résztvevő depresszióban, szorongásos zavarban, evészavarban és szkizofréniában, borderline személyiségzavarban szenvedő betegekkel végzett vizsgálatunkat mutatjuk be. A vizsgálat során a narratív identitás vizsgálatára alkalmas McAdams által kidolgozott strukturált életinterjú módszert használtuk. A vizsgálatban résztvevő személyek az élettörténetüket 10 konkrét epizódban fogalmazták meg. Az így nyert epizódok szövegének elemzéséhez McAdams eredeti kódrendszerén kívül egy olyan kódrendszert dolgoztunk ki, amely a mentális zavarban szenvedő személyek életnarratívumaira jellemző specifikus szempontokat figyelmebe véve az ágencia és intimitás negatív dimenzióit – páciencia, elszigetelődés – is tartalmazták.

Az új kódrendszert felhasználva sikeresen el tudtuk különíteni az ágencia érzés és a másokhoz való kapcsolódás tapasztalatának patológiás formáit.

## A krónikus szegény kapcsolata a borderline személyiségzavarral

Unoka Zsolt<sup>1</sup>, Rácz Kata<sup>2</sup>, Balázs Tünde<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A borderline személyiségzavar egyik központi érzélemállapotának tekinthetjük a szegényt, habár a DSM definíciói közt nem szerepel. Szegény irányulhat a testre, a viselkedésre vagy a jellemvonásokra. Korábbi vizsgálatok arra utalnak, hogy más mentális zavarokban is fontos szerepet játszik a szegény, úgy mint a depresszió, szorongásos zavarok, evészavarok, szomatizáció.

Célkitűzés: Kutatásunkban a krónikus szegény-élmény testi, viselkedés, karakter-dimenziói mentén hasonlítottunk össze osztályon kezelt borderline személyiségzavarban (BPD) szenvedő és BPD-ben nem-szenvedő pszichiátriai betegeket. BPD személyiségzavarban szenvedők komorbid diagnózisainak megfelelő diagnózisokkal rendelkező személyeket választottunk a nem-BPD mintába. Az a feltételezésünk, hogy a borderline betegek a többi betegségben szenvedőkhöz képest is kiemelten jellemző lesz a szegényen mindhárom dimenziója.

Résztvevők: A vizsgálatban összesen 87 pszichiátriai beteg vett részt, akikből 31 fő szenvedett borderline személyiségzavarban. Nemi eloszlásban és végzettségben nem volt eltérés a két csoport között. A borderline minta átlagosan 12 évvel fiatalabb volt.

Módszer: A krónikus szegény felmérésére az ESS skálát, a diagnózisok megállapítására SCID-I és SCID-II klinikai interjúkat használtunk. GLM analízist végeztünk, melyben a szegény-dimenziókat függő változóként, az életkort kovariánsként vettük be a modellbe.

Eredmények: A karakter ( $F=8,75$ ,  $p<0,01$ ) és a testi ( $F=6,65$ ,  $p<0,05$ ) szegény mértékében van jelentős különbség a két csoport között, és a viselkedéses szegény ( $F=0,51$ ,  $p=0,45$ ) tekintetében nem különböztek.

Következtetések: Vizsgálatunk csak részben igazolta azt a feltételezést, hogy a BPD-ben szenvedőkre mindhárom dimenzió mentén fokozottabban jellemző a szegény. A BPD minta elsősorban a karakter és a testi szegény tekintetében jár fokozottabb szegénnyel, mint a többi vizsgált mentális zavar.

## Serdülők káros szenvedélyei társadalmi helyzetük tükrében

Varga Szabolcs<sup>1</sup>, Pikó Bettina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged

varga.szabolcs85@gmail.com

A társadalmi háttér és az egészségi állapot közötti összefüggést számos kutatás igazolta. Ezek közül azonban csak kevés foglalkozott a serdülőkkel, ugyanis az uralkodó hipotézis szerint a társadalmi egyenlőtlenségek az egész életen át kihatnak az egészségre. Több kutatás kimutatta azonban, hogy ez a hatás az életciklus alatt változik. Egyes vizsgálatok a kamaszkorúaknál az egészségi állapotot „relatív egyenlősödéséről” számolnak be a gyermekkorhoz képest, más kutatások ezt nem igazolták. Serdülőkorban a társadalmi háttér hatása, ha nem is mutatkozik meg közvetlenül az egészségi állapotban, rejtett formában jelen van, többek között az alkoholfogyasztás és dohányzás formájában, melyek hatással lehetnek a felnőttkori egészségi állapotra. Kutatásunk célja a középiskolások káros szenvedélyeinek vizsgálata volt, társadalmi háttérük tükrében. A kérdőíves adatfelvételt (N=501) Debrecenben, a 2012/13-as tanév második félévében végeztük három középiskola bevonásával. A társadalmi státuszt a társadalmi helyzet önbesorolásával, valamint a szülők legmagasabb iskolai végzettségével és alkalmazási minőségével mértük. Az egészségmagatartás vizsgálatára a diákok dohányzását és alkoholfogyasztását mérő dichotóm, valamint gyakoriságot mérő skála-változók szerepeltek. Eredményeink a társadalmi helyzet és az egészségmagatartás összefüggését csak részlegesen igazolták. A dohányzás esetén csak az anya alkalmazási minőségével mutatható ki összefüggés. A szakmunkás, munkanélküli és segédmunkás anyák gyermekei közül dohányoznak a legtöbben. Korábbi vizsgálatok is az anya szerepét erősítették a serdülők egészségmagatartásával kapcsolatban, főként a dohányzás és a táplálkozás terén. Erre magyarázat lehet az alacsonyabb státuszú családokban a szülői odafigyelés és támogatás hiánya, vagy a rosszabb lakókörnyezetből adódó, káros szenvedélyeket támogató kortárs csoport. Az alkoholfogyasztásnál azonban egyik társadalmi helyzet-mutatóval sem sikerült összefüggést találni, a gyakoriság esetén sem. Az eddigi vizsgálatok egy része az alkoholfogyasztást a magasabb státuszú szülők gyermekei körében találta gyakoribbnak, amit a szülők liberálisabb, megengedőbb hozzáállásával, valamint a több zsebpénz biztosításával magyaráztak. Figyelembe kell venni azonban az alkoholfogyasztás általános elterjedtségét hazánkban, ami jelentős kiegyenlítő erővel jelenthet. Adataink alapján a dohányzás státuszfüggőségére következtethetünk, ami felhívja a figyelmet a lehetséges kockázati csoportokra.

## Az ágencia és intimitás dimenzióinak összehasonlítása önéletrajzi epizódokban szkizofréniában szenvedő és egészséges személyeknél

Vastag Csilla<sup>1</sup>, Simkó Bea<sup>1</sup>, Bálint Barbara<sup>1</sup>, Mersich Beatrix<sup>2</sup>, Unoka Zsolt<sup>2</sup>, Berán Eszter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

unoka.zsolt@med.semmelweis-univ.hu

Elméleti háttér: *McAdams* az életrajzokban megjelenő ágencia és közösségi érzés/intimitás lenyomatait központi fogalmakként azonosította, és *Adlerrel* (pl. 2008, 2010) közös munkájában azt feltételezte, hogy e szempontokból a mentális zavarban szenvedő személyek narratívái az egészségesekéhez képest eltérő jellemzőket mutatnak. Saját előzetes kvalitatív vizsgálataink szerint a normál és betegcsoport közötti különbség pontosabban leírható, ha az ágencia és intimitás negatív dimenzióit is számításba vesszük, ezért e dimenziók azonosítására alkalmas kódrendszert dolgoztunk ki. Kérdésfeltevésünk az volt, hogy a szkizofréniában szenvedő személyek élettörténetei mennyiben térnek el egészséges személyek történeteitől az ágencia és intimitás pozitív és negatív dimenziói mentén.

Módszerek: 20 szkizofrén és 20 egészséges személlyel vettük fel a *McAdams* Strukturált Élettörténeti Interjúját. Az ágencia és intimitás, valamint a páciencia és izoláció dimenzióit kódolva összevettük a két csoportot.

Eredmények: Vizsgálatunk kimutatta a negatív dimenziókat tartalmazó kódrendszer szükségességét, hatékonyságát és megbízhatóságát. A szkizofrén személyek élettörténeti epizódjaiban kimutatható a normál csoporttól való eltérés, leginkább a negatív dimenziók (páciencia és izoláció) kaptak nagyobb hangsúlyt ezeknek a személyeknek a történeteiben.

Következtetések: Vizsgálatunk alátámasztotta azt a feltételezést, hogy a negatív dimenziók használatával pontosabb képet kapunk a betegcsoport élettörténeteinek jellegzetességeiről. Nem pusztán a pozitív ágencia hiányával jellemezhetjük az egyes történeteket, de a negatív dimenzió jelenlétével vagy hiányával is.



## A túlsúly/elhízás, a testtel való elégedettség, az önértékelés és a depresszió kapcsolata művészeti tagozatos serdülők körében

Végh Viktória, Szabó Pál

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet  
dr.szabopal@gmail.com

A túlsúly/elhízás gyakorisága, jelentősége nő, már a serdülőknél szomatikus és pszichológiai következményekkel jár az elhízás.

Célkitűzés: A túlsúly/elhízás, a testtel való elégedettség, az önértékelés és a depresszió kapcsolatának elemzése, összehasonlítva a művészeti és az általános tagozatra járó középiskolás tanulókat.

Hipotézisek: A túlsúly/elhízás a testtel való elégedettség és az önértékelés alacsonyabb mértékével és a depressziós tünetek nagyobb gyakoriságával jár együtt.

Módszerek: A túlsúly/elhízás meghatározása a testtömegindex alapján történt, míg a testtel való elégedettség vizsgálatára a Testi Attitűdök Tesztje (BAT; *Probst és mtsai*, 1995), az önértékelés vizsgálatára a céljából az Önellfogadás Mértékének Kérdőíve (ÖMK; *Lukács és Pressing*, 1988), a depresszió meghatározására a Gyermek Depresszió Kérdőív (GyDK; *Kovacs*, 1985) szolgált. A kérdőíveket a Medgyessy Gimnázium 10. és 11. osztályos tanulói töltötték ki. A részvétel önkéntes és anonim volt. Eredmények: 162 tanuló (25 fiú, 137 lány) vett részt a vizsgálatban. Közülük 57 rajz- (3 fiú, 53 lány), 56 tánctagozatra (13 fiú, 44 lány), 49 pedig általános tagozatra (9 fiú, 40 lány) jár. A lányok 18,2%-a, a fiúk 32%-a túlsúlyos vagy elhízott. Ez ritkább a tánctagozatos tanulóknál (a lányok 2,3%-a, a fiúk 15,4%-a). A kóros testi attitűdök jelentősen gyakoribbak a túlsúlyos/elhízott csoportban (t-próba,  $p < 0,001$ ). A túlsúlyos/elhízott csoportban a tánctagozatos diákok testtel kapcsolatos attitűdjei szignifikánsan kedvezőbbek ( $p = 0,04$ ), mint a rajztagozatos vagy általános tagozatos diákok értékei. Az ÖMK alapján a túlsúlyos/elhízott csoport kedvezőtlenebb értékeket mutat, mint a kontrollcsoport ( $p < 0,001$ ). A túlsúlyos/elhízott csoportban a lányok értékei kedvezőtlenebbek a fiúkéhoz képest ( $p = 0,011$ ), a tánctagozatos diákok értékei azonban szignifikánsan kedvezőbbek a többi csoporthoz képest ( $p = 0,015$ ). A depresszió tünetei gyakoribbak a lányoknál és a túlsúlyos/elhízott csoportban ( $p = 0,001$ ). Figyelemre méltó, hogy a tánctagozatos diákoknál ritkábbak a depressziós tünetek, mind a túlsúlyos/elhízott, mind a kontrollcsoportban.

Következtetés: Az eredmények szerint a túlsúly/elhízás a testtel való elégedettség és az önértékelés alacsonyabb szintjével és depressziós tünetekkel jár együtt, különösen lányoknál. Ez nem igazolódott a tánctagozatos tanulóknál. A minta kicsi volta és a fiúk alacsony aránya miatt az összefüggések feltárására további vizsgálatok szükségesek.

## Frissen diagnosztizált, kezelésben még nem részesülő figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége

Velő Szabina<sup>1</sup>, Keresztény Ágnes<sup>1,2</sup>, Miklósi Mónika<sup>1,2,3</sup>, Dallos Gyöngyvér<sup>4</sup>, Szentiványi Dóra<sup>1</sup>, Gádoros Júlia<sup>4</sup>, Balázs Judit<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest  
<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

<sup>3</sup>Heim Pál Kórház, Mentálhigiénés Központ, Budapest

<sup>4</sup>Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

szabina.velo@gmail.com

Háttér/Célkitűzés: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) a gyermekek 3–12%-át érintő gyermekpszichiátriai kórkép. Ezen zavarral élők esetében számos szociális és érzelmi sérüléssel számolhatunk. Az ADHD-val élők életminőségének vizsgálatai a legtöbb esetben alacsony életminőséget állapítottak meg e körképpel diagnosztizált gyermekek esetében. Vizsgálataink célja az ADHD-val diagnosztizált gyermekek és serdülők életminőségét több szempont alapján megvilágításba helyezni: nem, kor, szülő-gyermek általi megítélés, valamint kontrollcsoporttal való összehasonlításuk az életminőség számos dimenziója mentén.

Módszerek: A vizsgálat klinikai csoportját a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban éppen kivizsgált és ADHD diagnózist kapott gyermekek alkotják (akik még nem kaptak kezelést), a kontrollcsoportot pedig általános iskolákból származó gyermekek, akinél nem áll fenn ADHD, és nem állnak pszichológiai vagy pszichiátriai kezelés alatt. Vizsgálatunkhoz a Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview, valamint az Intervertat Lebesqualität Kindern und Jugendlichen kérdőívet alkalmaztuk.

Eredmények: Kontrollcsoporttal összehasonlítva az ADHD diagnózisúak saját beszámolójuk alapján számos területen (iskola, kortárs kapcsolatok, általános) szignifikánsan alacsonyabb életminőséget mutattak, a szülők beszámolója szerint minden területen szignifikánsan alacsonyabb életminőséggel jellemezhetők. A szülők szignifikánsan rosszabbnak ítélik meg gyermekük életminőségét a legtöbb területen (iskola, család, kortárs, idegi/lelki, általános), mint a gyermek maga. Az ADHD diagnózisú serdülők 3 dimenzióban (iskola, kortárs kapcsolatok és általános) alacsonyabb életminőséggel jellemezhetők az ADHD diagnózisú gyermekekkel szemben, míg a gyermekek esetében ez egy dimenzióban (kortárs) áll fenn.

Korlátok: A nemi különbségeket a minta eloszlása miatt nem tudtuk vizsgálni.

Következtetések: Az eredmények alapján az ADHD-val diagnosztizáltak rosszabb életminőséggel jellemezhetők számos dimenzióban a kontrollcsoporthoz képest, valamint e diagnózissal élők között korfüggő különbségek vannak életminőségük megítélésében. Nem szempontjából további vizsgálatok indokoltak.

## Hűtlenségnek jutalma – házasságnak féke vagy motorja?

Veress Albert

Csikszeredai Kórház Pszichiátriai Osztály  
alveress@clicknet.ro

Összefoglaló: Az esszé ihletettséggű eszme-futtatásában a szerző áttekinti azokat a tényezőket, amelyek előidézhetik a családi háromszögeket, majd elemzi azokat a módokat, amelyek a házastársak szexuális összhangjának javulásához vagy romlásához, ezek következményeként a házasság megmaradásához vagy széthullásához vezethetnek. Szexuális poligámiával megváltott házastársi monogámia. Kaland keresése és annak bevállalása. Megunt társ mellett szép tündér vagy „snájdig” nőcsábász. Eldobott szerető után, társához visszatérő elcsángált csapodár. Kalandozások során megemberesedett férfiasság, szegre akasztott frigiditás. Esetenként ezek fordítottja! Ágy-színház hitvessel, szeretővel. Tök-ÁSZ Don Juan és Ciccioletta. Házastársi kubikolás és pezsgős pásztorórák. Színlelni szerelmet szexért, szex gyönyörét szerelemért. A szerző előre bocsátja: előadása nem szünteti meg a hallgató fájdalmát, amikor az rájön, hogy csalja a társa. Segít viszont megérteni, hogy miért érez éppen úgy a teste, ahogy érez, és miért viselkedik úgy a kedvese, ahogyan viselkedik. E felismerés talán segíti abban, hogy némiképp kívülről figyelje az ösztöneit, tudatosabban ítélje meg, és valamelyest kezelni tudja azokat.

## Hang a hangulatban. Vokális csatorna vizsgálata depressziós betegeken

Vicsi Klára<sup>1</sup>, Fodor Tamás<sup>1</sup>, Kiss Gábor<sup>1</sup>, Sztahó Dávid<sup>1</sup>, Hajduska-Dér Bálint<sup>2</sup>, Tusa Jázmin<sup>3</sup>, Simon Lajos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Távközlési és Média-informatikai Tanszék, Beszédkusztikai Laboratórium, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

A SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és a BME Villamosmérnöki és Informatikai Kar Távközlési és Média-informatikai Tanszékével közösen folytatott kutatásában depressziós betegek hangtani paramétereit hasonlítjuk össze egészséges emberekével, a vokális csatornán kvantitatívan igazolható eltéréseket keresve.

Kutatásunkban BDI 15 pont felett teljesítő depressziós betegek szabad és kötött formájú beszédét rögzítjük, amelyet számítógépes módszerekkel, akusztikai elemző programmal értékelünk ki.

Az eddigi elemzések a kötött beszéd vizsgálatával kezdődtek, a kutatási alanyok által egységesen felolvasott szöveg hangtani kiértékelését végeztük el. A már feldolgozott eredmények biztató elkülönítési lehetőséget tárnak fel. Az alapfrekvencia, az alapfrekvencia ingadozása, az első formánsfrekvencia, a felolvasás időtartama, a szünethossz, a beszéd és az artikulációs tempó mindkét nem esetén szignifikáns különbségeket mutat a két vizsgált csoport között.

Célunk, hogy kutatási eredményeinkkel egy objektíven használható és egyszerűen alkalmazható diagnosztikai eszközt fejlesszünk az egyre növekvő depressziós populáció szűrésére, emellett utánkövetésben, gondozásban is lehetséges vizsgálómódszert adhassunk mind a pszichiáterek, mind az alapellátásban dolgozó kollégák kezébe.

### A rideg-érzéketlen személyiségvonás serdülő fiúk viselkedéses problémáival mutatott kapcsolata emocionális zavarban

Vida Péter, Nagy Péter, Gáboros Júlia, Balázs Judit, Halász József

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest  
fitz026@yahoo.co.uk

Célkitűzés: Magatartászavaros gyermekek esetében a rideg-érzéketlen (callous-unemotional, CU) személyiségvonás viselkedéses problémákra gyakorolt súlyosbító hatása jól dokumentált a szakirodalomban. Egyre több eredmény támasztja alá az externalizációs zavarok (magatartás-, oppozíciós-, és figyelemzavar) alakulásában játszott szerepét is, ugyanakkor a CU vonást más diagnosztikus kategóriákkal összefüggésben csak érintőlegesen vizsgálták. Jelen kutatásunk célja, hogy megvizsgáljuk a CU vonás és a viselkedéses problémák közötti összefüggések alakulását emocionális zavart mutató mintán.

Módszer: A CU személyiségvonást a Rideg-Érzéketlen Személyiségvonás Teszt (Inventory of Callous-Unemotional Traits, ICU), a viselkedéses problémákat pedig a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths & Difficulties Questionnaire, SDQ) segítségével mértük fel. Mindkét esetben a kérdőív szülői változatát használtuk. Vizsgálatunkban  $n=220$ , 11 és 17 év közötti (átlag=13,7; szórás=1,9) – a Vadaskert Kórházban osztályos felvételre kerülő serdülő fiú vett részt tájékozott beleegyezést követően. A résztvevők a MedSol orvosi adatbázisban szereplő adataik alapján emocionális zavarral voltak jellemezhetőek (BNO kódok: F9380, F9880), ugyanakkor nem kaptak magatartás-, oppozíciós, figyelemhiányos/hiperaktivitási zavar, autizmus spektrumra vonatkozó vagy mentális retardációval kapcsolatos, társuló diagnózist. Az SDQ problémamaskálák és az ICU összesített skálája közötti együttjárásokat Spearman-féle korrelációval vizsgáltuk.

Eredmények: Az összesített ICU skálaérték szignifikáns pozitív korrelációt mutatott az összes SDQ problémamaskálával (Viselkedéses problémák  $r=0,65$ ; Hiperaktivitás  $r=0,41$ ; Kortárskapcsolati problémák  $r=0,19$ ;  $p<0,005$  mindhárom esetben), továbbá szignifikáns negatív korreláció figyelhető meg az ICU összpontszám és az SDQ erősségeket mérő Proszocialitás skálája ( $r=-0,65$ ;  $p<0,005$ ) között.

Konklúzió: Mintánk vizsgálata alapján az ICU érték növekedésével együtt jár a viselkedéses és a kortárskapcsolati problémák, valamint a hiperaktivitás nagyobb mértéke, továbbá a proszocialitás csökkent szintje emocionális zavar esetén is. Ezek az összefüggések megegyeznek más – externalizációs mintán végzett – kutatásokban talált mintázattal. Az összecsengő eredmények arra utalnak, hogy a CU vonás együttjárása a viselkedéses problémák magasabb fokával klinikai mintán a diagnosztikus kategóriáktól függetlenül érvényes lehet.

### Tavaszi szél vizet áraszt. Egy kórus alakulása

Vitkai Éva, Erdélyi Ágnes

Szabolcs-Szatmár Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza  
dr.erdelyi.agnes@kallokorhaz.hu

Nem az egyhangú tisztaság, hanem a színes bonyolultság, nem csupán az alkotás, hanem a hozzávezető folyamat az, amely olyan élményekhez, olyan megtapasztalásokhoz vezethet, melyről csak azt tudjuk, hogy élvezzük, hogy öröm benne lenni. De hogy gyógyít-e a művészet? Az biztos, hogy sokszínűségével, sokszor megfoghatatlanságával mégis tetten érhető változásokat indukál.

Ma már a korszerű pszichiátriai osztályokon, párhuzamosan folynak a biológiai terápiák mellett a szocioterápiák és pszichoterápiák. A zeneterápia, a művészet lelki hatásaival és az érzelmi kommunikáció erejével hat. A szkizofrén betegek osztályos, terápiás közösségében a zeneterápiának is helye van. Bizonyítja ezt az elmúlt évek eddigi gyakorlata, hiszen a többféle terápiát lehetővé tevő terápiás térben kezelt betegekről összehasonlíthatatlanul több információt kaphatunk, több oldalról támogatjuk meg a sérült funkciók korrekcióját. A zenének emellett közösségteremtő ereje van. Ezért alakítottuk meg a Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályunkon a zeneterápiás foglalkozások mellett a betegek kórusát. Célunk volt a közösségi élet erősítése, amely sokoldalúan serkenti az interakciós készségeket, a kommunikációt, a kapcsolatteremtést, a toleranciát. A kórus, mint közösség számos identifikációs és interakciós mintát is jelent a résztvevő kórustagok számára. A próbákon játszunk, sírunk, nevetünk, vagyis hagyjuk az érzelmeinket hatni, közel engedni saját magunkhoz. Előadásunkban azt a folyamatot szeretnénk bemutatni, amely során a közös éneklés, improvizáció, a közös alkotás közben a beteg az önmagára irányultság felől – a produktumon keresztül – a másik ember felé fordul, kontaktusba kerül saját érzéseiével. Lehet kapcsolódni és elválni, az áttételek, projektív identifikációk terében reagálva korrektív tapasztalások lehetőségét megnyitva. A zene, az éneklés, hídát képez önmagunkhoz, másokhoz, a verbális kifejezésformákhoz.

## A szexológia szalonképtelennek bizonyult, vajon a szexuális medicina bebocsátatik-e az úri társaságba?

Vizi János

Nyíró Gyula Kórház–OPAI, Budapest  
vizjan@gmail.com

*Buda Béla* a „Szexuális viselkedés” című tanulmánykötetének előszavában alig tíz éve még így írt: „saját szakmában, a pszichiátriában, és azon belül a pszichoterápiában is inkább izolálódtam a szalonképtelen szexológia miatt.” *Buda Béla* ebben a tanulmánykötetben is felhívta a figyelmet arra, hogy a hazai akadémikus tudomány gyakorlatilag tudomást sem vett a szexualitás problematikájáról, a diszciplína nem kapott semmiféle „hivatalos” képviselőt az egyetemen, szinte teljesen hiányzott a curriculumból. Ennek megfelelően a szexuális zavarokkal foglalkozók csak igen kis része részesült megfelelő képzésben, a többség legfeljebb autodidakta, de nemritkán minden előképzettség nélküli „önjelölt”. Néhány évtizede még többé-kevésbé hasonló elszigeteltséggel küzdött ez a tudományterület tőlünk nyugatra is, de lassanként legalább a klinikai pszichológia, a pszichiátria, valamint a társadalomtudományok is legitimnek ismerték el. Az „akadémikus” orvoslás felé két szálon következett be az áttörés. Egyre több bizonyíték gyűlt össze arra nézve, hogy a szexuális zavarok többet jelentenek egy kellemes szabadidő tevékenység nehezítettségénél. Részben súlyos, akár az életet is veszélyeztető egészségproblémákat jeleznek előre, részben önmaguk is komoly egészségproblémákhoz vezetnek, jelentősen rontják az életminőséget. Ugyanakkor egyértelműen hatékony gyógyszeres és egyéb biológiai terápiák jelentek meg, amelyeket már az „akadémikus” orvoslás sem söpörhetett a szőnyeg alá. Paradigmaváltás következett be, zászlót bontott a szexuális medicina, amely sajátos interdiszciplináris szakterületként helyet követel magának a klinikai orvostudományok között. *Buda Béla* egy-két „elmebajtársával” évtizedeken át küzdött azért, hogy a szakmával elfogadtassa a szexualitás, a szexuális egészség jelentőségét – a szexológiát azonban nem sikerült bevezetniük a kifinomult úri társaság, a klinikai orvostudományok szalonjába. Kérdés, hogy – többek között – a számos klinikai orvostudományból táplálkozó szexuális medicinának megadatik-e ez a kiváltság.

## Az új Ptk. hatályba lépésének néhány várható következménye a pszichiátria és a szakértői munka napi gyakorlatára

Vizi János<sup>1</sup>, Farkas Antónia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI, Budapest

<sup>2</sup>Fővárosi Törvényszék, Budapest  
vizjan@gmail.com

Az „új Polgári Törvénykönyv”, azaz a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény minden valószínűség szerint 2014. március 15-én lép majd hatályba. A gyakorló pszichiáterek, valamint az igazságügyi elmer orvos és pszichológus szakértők számára két fontos terület szabályozása változik meg alapvetően a jelenleg hatályban lévő szabályozáshoz képest. Az egyik terület a gondokság alá helyezéssel, a gondoksággal, valamint a támogatott döntéshozattal kapcsolatos. A hatályba lépő szabályozás lényegesen komplexebb, ennek következtében árnyaltabb megközelítést követel majd meg mind a gyakorló orvostól, mind pedig az igazságügyi szakértőktől. A másik nagyon fontos változás az lesz, hogy a „műhiba perek” körében a megszűnő nem vagyoni kártérítés helyébe lép a sérelemdíj. Ezen jogintézmény várható hatásaival kapcsolatban megoszlanak a vélemények. A törvény megalkotóinak szándéka szerint a bevezetendő jogintézmény az angolszász jogrend büntető kártérítésére hajaz és szélesebb körben ad majd lehetőséget „műhibaperek” indítására, és a sérelemdíjként megítélt összegek is magasabbak lesznek a jelenlegi nem vagyoni kártérítéseknél. Más szakértők szerint éppen ellenkezőleg, a jogsértés súlyának mérlegelése alapján számos esetben a sérelemdíj összege kisebb lehet a mai nem vagyoni kártérítéseknél. Az előadók a változások ismertetésén túl igyekeznek néhány iránymutatással szolgálni a hallgatóság számára a változásokhoz való alkalmazkodás érdekében.

## Fikció vagy valóság – avagy néhány rémtörténet a gyermekek elleni szexuális abúzusról

Vizi János<sup>1</sup>, Kugler Gyöngyi<sup>2</sup>, Hirsch Tibor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház–OPAI, Budapest

<sup>2</sup>Fehér Liliom Egyesület, Budapest

<sup>3</sup>ELTE Filmtudományi Tanszék, Budapest  
vizjan@gmail.com

### Gyerek rémmesék Gyerek abúzus narratívák 3–7 éves korban

A szexuális abúzust elszenvedett óvodáskorú gyerekek nem nemi erőszak áldozatai, hanem rendszerint egy családtag szeretetnyelv kifejeződésének szenvedő alanyai. Hogyan születik meg a gyermek által előadott történet? Mit kezd ezzel a narratívával a szülő, a rendőr, a bíró? Van-e a szexuális traumának nyelve, nyelvezete? Milyen szerepet játszik a történet felidézésében a trauma emlékezet? Ezekre a kérdésekre keressük a választ a napi praxis és a narratív pszichológia segítségével, és kapunk ha nem is konkrét megoldásokat, de új összefüggéseket, amelyeket érdemes tovább kutatni. (Kugler Gyöngyi)

*A rémmese folytatódik – avagy a gyermek a büntetőeljárásban*

A gyermekek tanúvallomásának értékelhetősége heves viták tárgya általában is. Különösen problematikusnak tartják azokat a büntetőeljárásokat, amelyekben a terhelt a gyermek hozzátartozója. Képes-e konzekvensen hazudni egy óvodáskorú gyermek? Betanítható-e a hazugságra, vagy éppen az igazság elhallgatására, elferdítésére? Befolyásolja-e az eredeti trauma a vallomását? Hogyan hat rá a büntetőeljárás? Mit lehet tenni a másodlagos viktimizáció ellen? Gyermekbarátnak nevezhető-e a magyar büntetőeljárás? Az előadás ezekkel a kérdésekkel foglalkozik, nem titkolva, hogy egy-két válasz mellett még több kérdést vet fel. (Vizi János)

*Megrontás? Forog!*

Milyen nehézségekkel szembesül a mozi-darab, ha szexuális devianciáról kíván szólni? Lehet-e jól ábrázolni bűnt, ha az indíték a többségi néző számára egyszerűen csak undorító és átélhetetlen? Tudjuk: a filmesének a maga másfél-két órájában mindig csak egy-egy példa bemutatásra van ideje. De mi van, ha közben azt is bizonygatni kívánja, hogy a példából több van, mint gondolnánk? Ha a valóság ábrázolható is, vajon ábrázolható-e éppen az, ahogy a valóság rejtőzködik? Végül: miért fokozódnak ezek a nehézségek, ha a film úgynevezett „dokumentarista játékfilm”? Lehet-e hiteltelen helyzetekkel megmutatni a hiteleset, lehet-e hamisan játszani az igazat? Ha a dokumentátor témája kínos, illik mindent a méltányosság patikamérlegén kiegyensúlyozni. Mi van, ha ezt elmulasztja, és mi van, ha túlteljesíti? (Hirsch Tibor)

## Szomatiform zavar-e a test-dysmorphiás zavar?

Vizin Gabriella, Strényer Zsuzsanna, Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás

Klinika, Budapest

vizin.gabriella@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés: A test-dysmorphiás zavar (BDD) túlzott érdeklődést jelent egy triviális vagy vélt testi deformitással kapcsolatban. Olyan mentális zavar, mely jelentős szenvedést és funkcionális károsodást okoz az egyén életében és szociális kapcsolataiban, gyakran jár együtt egyéb pszichiátriai kórképekkel és számos esetben következménye a szuicidium. A DSM-IV-TR a szomatiform zavarok között tárgyalja, noha a BDD jellege alapjaiban eltér az egyéb szomatiform zavarok tüneteitől. Ez lehet az egyik oka annak, hogy gyakorisága ellenére ritkán diagnosztizált mentális zavarról van szó.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja, hogy diagnosztizált test-dysmorphiás zavarral küzdő személyek pszichológiai vonásait összehasonlítsuk egyéb szomatiform zavarral, egyéb pszichiátriai zavarral küzdő és normál kontrollszemélyekkel.

Résztvevők: A vizsgálatban összesen 72 fő vett részt, 52 fő pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai beteg és 20 fő normál kontrollszemély. A pszichiátriai betegek közül 17 fő BDD zavarral küzdő, 18 fő egyéb szomatiform zavarral küzdő, és 17 fő egyéb pszichiátriai zavarral küzdő személy volt. A résztvevők átlagéletkora 41,33 év (SD:11,69). A nemek megoszlása: 21 férfi és 51 nő.

Módszerek: Kérdőíves vizsgálatot végeztünk. A krónikus szegényt (ESS), a megsejényítő helyzetekre adott lehetséges reakciókat (COSS, SPD) vizsgáltuk, felmértük a düh és harag mértékét (STAXI), valamint az alexitimiát (TAS). A klinikai minta diagnosztizálásában a MINI és a SCID Strukturált Diagnosztikai Interjú alkalmaztuk, a pszichopatológiai tünetek szűrése Derogatis-féle tünetlistával (SCL-90) történt. Statisztikai elemzés céljából variancia-analízist és post hoc tesztet végeztünk.

Eredményeink: BDD-vel küzdő személyek körében szignifikánsan magasabb a krónikus szegény (F=7,5503, p<0,001), az egyes szegényfaktorok, a szegényre adott reakciók közül az agresszió (H=14,018, p<0,01), önagresszió (H=15,826, p<0,01), visszahúzódság (H=18,781, p<0,001), valamint az állapot- (H=9,001, p<0,05) és vonásharag (H=10,315, p<0,05) mértéke a normál kontrollhoz képest. Egyéb betegcsoportok nem térnek el szignifikánsan a normál kontrolltól.

Következtetések: Vizsgálatunkból kiderült, hogy a BDD vélhetően egy súlyos, krónikus szegényben és haragban manifesztálódó zavar. A későbbiekben nagyobb betegmintán, egyéb vonások vizsgálata révén a test-dysmorphiás zavar valódi természetét is megállapíthatjuk, mely hozzájárulhat a helyes diagnózisalkotáshoz és a megfelelő terápiás intervenciókhoz.

## Az iskolai pszichoterror szerepe a krónikus szégyen kialakulásában

Vizin Gabriella, Strényer Zsuzsanna, Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest  
vizin.gabriella@med.semmelweis-univ.hu

**Bevezetés:** A különböző traumák szerepe a későbbi pszichés zavarok kialakulása szempontjából bizonyított. A familiáris tényezők mellett azonban abúzus helye lehet az iskola is. A csúfolódás, verbális és fizikai agresszív magatartás szubmisszív elszenvetői az ún. bullying áldozatai. Tapasztalataink szerint kevés tanulmányban foglalkoznak a bullying szerepével az esetleges vulnerabilitás kialakulása és a későbbi pszichés zavarok megjelenése szempontjából.

**Célkitűzés:** Kutatásunkban a krónikus szégyen élmény mértékét vetettük össze a korai iskolai periódusban elszenvedett pszichoterrorral, 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 kontrollszemély. (Átlagéletkor: 37,32 év, szórás: 13,00).

**Módszer:** Kutatásunkat kérdőíves módszerrel végeztük. A krónikus szégyen felmérésére az ESS skálát, a korai bullying tapasztalatok vizsgálatára a TQ kérdőívet (Teasing Questionnaire, Roth és mtsai, 2002) használtuk. A pszichopatológiai tünetek szűrése Derogatis-féle tünetlistával (SCL-90) történt. Két minta t próbát, Chi<sup>2</sup> próbát, valamint korreláció-vizsgálatot végeztünk.

**Eredmények:** A szégyen mértéke és a terrorizáltság között szignifikáns korreláció mutatkozott ( $r=0,37$ ,  $p<0,0001$ ). A magas és alacsonyabb mértékű pszichoterror elszenvetői két csoportja esetén a szégyen mértékében ugyancsak szignifikáns különbségeket találtunk ( $t=8,73$ ,  $p<0,0001$ ). A beteg és az egészséges kontrollcsoportok között szignifikáns különbség van a bullying elszenvetésének mértéke tekintetében ( $\chi^2=46,69$ ,  $p<0,0001$ ).

**Következtetések:** Vizsgálatunk során alátámasztást nyert az a feltételezés, mely szerint a bullying elszenvetése a krónikus szégyen élményével együtt jár. További eredményünk, hogy a beteg és egészséges minta között is differenciáló tényező az iskolai pszichoterror elszenvetése. Mindez arra utal, hogy az iskolai traumák a krónikus szégyen és a vulnerabilitás kialakulása szempontjából lényeges szerepet játszanak.

## Mental health of european youth and scientific evidence for suicide treatment and prevention

Wasserman, Danuta

Professor in Psychiatry and Suicidology at Karolinska Institutet, Stockholm  
danuta.wasserman@ki.se

There is a critical need for scientific-based approaches in the treatment and prevention of suicide and suicidal behaviours, particularly, among youth. In the EU funded European multi-centre study called Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), possible suicide preventive interventions in schools were studied<sup>1</sup>. The programme comprised of three active interventions directed towards gatekeepers (teachers and school staff) and referred to as QPR (Question, Persuade & Refer), awareness training on mental health promotion for adolescents (Awareness) and screening for at-risk behaviours and mental health problems in adolescents by health professionals (ProfScreen). 12,395 pupils recruited from randomized schools in 11 European countries: Austria, Estonia, France, Germany, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Romania, Slovenia and Spain, with Sweden serving as the coordinating centre, were enrolled into three intervention arms and one control arm.

Data analyses concerning risk behaviours and mental health problems identified three distinct groups of adolescents. Fifty eight percent of pupils showed low or very low frequency of risk-behaviours; the second group comprised 13% of pupils with very high frequency of all risk-behaviours, such as excessive alcohol use, illegal drug use, heavy smoking, poor diet, etc. In the third group, 29% of pupils who showed risk-behaviours, such as high media use, sedentary behaviour and reduced hours of sleep were identified. The behaviours in the latter group, which we called the invisible risk group, are often overlooked by external observers, due to the perception that these behaviours are not dangerous. Alarming results showed that pupils in the invisible group, in comparison with the high risk group, had similar prevalence of suicidal thoughts (42.2% vs. 44%), anxiety (8% vs. 9.2%), sub-threshold depression (33.2% vs. 34%) and depression (13.4% vs. 14.7%). Prevalence of suicide attempts was 5.9% in the invisible group, 10.1% in the high risk group and 1.7% in the low risk group. Prevalence of all risk-behaviours increased with age and was significantly more frequent among boys. Girls were significantly more frequently affected by psychiatric symptoms. Professional screening identified approximately 12% of pupils as having severe mental health problems that required mental healthcare. The above-mentioned results underscore the need for both treatment and prevention activities.

The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention<sup>2</sup> article summarizes existing evidence, which supports the efficacy of pharmacological treatment and cognitive behavioural therapy (CBT) in preventing suicidal behaviour. Some other psychological treatments are promising, but the supporting evidence is currently insufficient. Antidepressant treatment decreases the

risk for suicidality among depressed patients; however, treatment with antidepressants of children and adolescents should be given under supervision of a specialist. Long-term treatment with lithium has been shown to be effective in preventing both suicide and attempted suicide in persons with unipolar and bipolar depression.

Multidisciplinary treatment teams including psychiatrists and other professionals such as psychologists, social workers, and occupational therapists are always preferable, as integration of pharmacological, psychological and social rehabilitation is recommended, especially for patients with chronic suicidality. Moreover, the suicidal person, independent of age, should always be motivated to involve family in the treatment. Psychosocial treatment and support is recommended, as the majority of suicidal patients have problems with relationships, work, school and lack functioning social networks.

The preliminary results of the SEYLE study also showed the effectiveness of two educational activities, namely, the QPR intervention, directed towards school gatekeepers and the Awareness intervention, directed towards pupils. Both interventions significantly prevented attempted suicide among ordinary school pupils.

#### REFERENCES

1. Wasserman, D. et al.: *Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial.* BMC Public Health, 2010. 10: p. 192.
2. Wasserman, D. et al.: *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention.* European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 2012. 27(2): p. 129-41.

#### Jelentés a Heves megyei öngyilkosság-megelőzési program helyzetéről

Wernigg Róbert

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Eger  
wernigg72@gmail.com

2013-ben a Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve és a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete között létrejött megállapodás révén Heves megye öt járásában elindult az European Alliance Against Depression (EAAD) nemzetközi szövetség négy szintes akcióterve. A terv szerint az érintett területen 5 éves öngyilkosság-megelőzési program történik majd.

Első lépésként az „ilyen volt – ilyen lesz” elemzéshez gyűjtöttünk adatokat. Elkészítettük a megye településszintű halálozási adatbázisát, melyben elemeztük az elmúlt 5 év öngyilkossági halálozási adatait, országos adatokhoz történő standardizálással. A szándékos önkárosítás morbiditásának monitorozásához bevontuk a Markhot Ferenc Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályát és a Mentőszolgálatot. A rendelkezésre álló humán erőforrás becslésére pedig hálótérképet készítettünk a betegellátásról, a szociális ellátásról, valamint a potenciális civil kapcsolatokról.

Második lépésként 2014 elejére indító konferenciát készítettünk elő, ahová meghívást kapott minden potenciális együttműködő fél. A tényleges megjelenés és aktivitás alapján készülhet el a reálisan rendelkezésre álló lehetőségek mentén az „ilyen lesz” állapot megbecslése.

Ezt követően indul a négy szintű beavatkozási program, melynek elemei: 1. az alapellátás és a szakellátás bevonása; 2. a depresszióval kapcsolatos lakossági tudatosságot növelő kampány; 3. a közösségi facilitátorok felkutatása és segítése; 4. a magas kockázatnak kitett lakossági csoportok specifikus támogatása. Terv szerint a beavatkozás gerincét a Lelki Elsősegély Telefonszolgálat elérhetőségének tudatosítása, a depresszióval kapcsolatos ismeretek terjesztése, az EAAD hazai honlapján fenntartott webes szolgáltatások, valamint a különböző segítők (alapellátás, szociális ellátás, Mentőszolgálat, rendőrség, pedagógusok, civilek stb.) számára szervezett továbbképzések jelentik majd. Ehhez szatellitként csatlakozhatnak a helyi kezdeményezések az adott helyen rendelkezésre álló szövetségesek lehetőségei szerint.

A program sikerességét morbiditási és mortalitási adatokkal, valamint a szolgáltatások igénybe vételére vonatkozó információval fogjuk monitorozni (pl. Lelki Elsősegély telefonhívások száma, Beck Depresszió és Reménytelenség Skálák kitöltésének aránya stb.)

### Az országgyűlési választások hatása az öngyilkosságokra Magyarországon

Zonda Tamás<sup>1</sup>, Kmetty Zoltán<sup>2</sup>, Tóth Mónika Ditta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magyar Szuicidium-prevenációs Társaság, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest  
zondat@t-online.hu

*Phillips* a durkheimi koncepció alapján azt találta, hogy a társadalmi integrációt fokozó eseménynek tekinthető az elnökválasztási időszak az USA-ban, mert a választás két hónapjában az öszhalálzási ráta alacsonyabb, mint a nem választási évek azonos hónapjaiban. Ezt death-dip effektusnak írta le, és később az öngyilkossági halálzásokra is érvényesnek találta. Tudományunk szerint eleddig a jelenséget csak az USA-ban vizsgálták. A szerzők a magyarországi országgyűlési választások két hónapjában vizsgálták az öngyilkossági események gyakoriságát, összevetve a nem-választási évek megfelelő hónapjainak adataival. Vizsgálták továbbá a választást megelőző és követő egy-egy héten, és a választás napján történt öngyilkossági cselekmények adatait is. Eredményeik nem tudták bizonyítani a parlamenti választások társadalmi integrációt fokozó hatását, így a death-dip effektust sem hazai viszonyok között. A választások napján az öngyilkossági számok enyhé, de nem szignifikáns emelkedését észlelték.

### A vallásosság és az öngyilkosság összefüggésének hazai vizsgálata az 1990–2010 közötti kistérségi adatok elemzése alapján

Zonda Tamás<sup>1</sup>, Paksi Borbála<sup>2</sup>, Nagy Gabriella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magyar Szuicidium-prevenációs Társaság, Budapest

<sup>2</sup>Budapesti Corvinus Egyetem, Társadalomtudományi Kar, Budapest

<sup>3</sup>Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I.Pszichiátriai Osztály, Budapest  
zondat@t-online.hu

A szerzők az eddig főként országos adatokhoz képest kulturálisan homogénebb kistérségekben tanulmányozták a vallásosság, illetve a felekezeti struktúra hatását az öngyilkossági rátákra. Az összefüggések vizsgálata stepwise módszerrel végzett lineáris regressziós modellalkotással történt. A kistérségek demográfiai és vallási mutatóit (valláson kívüliek és a különböző felekezetekhez tartozók arányait) megjelenítő változószettben 28,2%-os magyarázó erejű modellt sikerült létrehozni: az egyházon kívüliek nagyobb aránya szignifikánsan növeli ( $\beta = 465$ ;  $p < 0,001$ ) a kistérségek öngyilkossági rátáját. Amennyiben az egyházon kívüliek aránya nem, csak a különböző felekezetek aránya szerepel a modellben akkor megjelenik a katolikus vallásúak nagyobb arányának fokozott megóvó hatása ( $\beta$  értékek: katolikusok aránya esetében  $-0,743$ ; protestánsok aránya esetében  $-0,378$ ). A fővárosi kerületek adatai esetében nem mutatkozott kapcsolat, mely mögött a nem-hívók magasabb száma, a népesség heterogenitása és az ebből fakadó regisztrációs nehézség is szerepet játszik.



## A vonás-agresszió és a költői tudatosság szerepe József Attila öngyilkosságában

Zsédél Krisztina<sup>1</sup>, Pezenhoffer Ibolya<sup>2</sup>, Pálosi Vivien<sup>3</sup>, Gerevich József<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Budapest

<sup>4</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest  
del@bondel.hu

Cél: József Attila pszichiátriai betegségét, öngyilkosságának körülményeit számos tanulmányban vizsgálták. Mivel az eddigi kutatás nem tárta fel a költő vonás-agressziója és öngyilkossága közötti összefüggéseket, jelen előadásban e kérdéskörre fókuszálunk.

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: A pszichoanalitikus kezelésben feltörő emlékek hatására József Attila agresszivitása végletes méreteket öltött. Agressziójának célpontjai többnyire életének női szereplői (anyja, nővérei, analitikusa). Anyjáról mondja 1934-ben egy este feleségének, Szántó Juditnak: „De mégis eltörte rajtam a seprűt. És most azért akarok gazdag lenni, hogy kimenjek a temetőbe, és kiássam a sírt körmömmel, és szétverjem a koponyáját.” Kései sirató című versének teljes alkotási folyamatát vizsgálva azt látjuk, hogy anyjával szembeni primer, végletes indulatait a versben kiretusálja. Szőke György szerint az indulatok kiretusálásával azok szublimáltak (pontosabban az analízisben realizálódtak, a verseiben szublimáltak), míg mások szerint inkább elfojtásról van szó. A kép ennél azonban árnyaltabb lehet. Anyjával szembeni gyilkos indulatai a vers első verziójának megírásával papírra kerültek. Sérrelmei ventilálása és a szublimáció tehát megtörtént. Miért lesz mégis anyja „utolsó ringyó”-ból (1. verzió a kézirat alapján) „lengé, könnyű lány” (végleges, kötetben kiadott változat) a Kései siratóban? Véleményünk szerint amiatt a kép miatt, amit a hiú (tudatos) József Attila magáról láttatni akart. Így a „jó költőnek csak jó anyja lehet” kép nem sérült, a mamáról fennmaradt anya-ábrázolás, aki „ment a padlásra, ment serényen”, pedig megfelel a társadalom-konform anya-képnek.

Vágó Márta visszaemlékezéseiből is kiderül, mennyire ügyelt a róla kialakuló képre: fotózáskor gondosan mérlegelte arckifejezését, külsejét, amit az utókorra hagy majd. „Gyere, Márta! Az utókor!” – hangzott el egy fényképezésnél.

Következtetések: A spontán alkotási folyamat tudatosra fordulásával a művészet terápiás ereje nem érvényesülhetett. A benne rejlő – szublimálófényben lévő – indulatai így újra munkálni kezdhettek, sürgetővé, feszítővé válhattak. Konformista magatartása – az ismert patológiás tüneteken és életének szerencsétlen fordulatán kívül – így hozzájárulhatott öngyilkosságához.

## A szomatikus és pszichiátriai/pszichológiai orvoslás kapcsolatáról

Zsombók Terézia

Semmelweis Egyetem ÁOK Neurológiai Klinika, Budapest  
zso6370@gmail.com

’Ép lélekben ép test – Ép testben ép lélek’

A betegek elsősorban testi panaszai miatt keresik meg az orvost, lelki panaszaikkal általában később fordulnak orvoshoz. Testi panaszok esetén a betegek is elsősorban szervi ok/ok/ra gondolnak. Mi orvosok is így gondolkodunk, s akkor nyugszunk meg, ha releváns eltéréseket/okokat tudunk kimutatni és ilyenkor tudjuk csak megnyugtatón a hozzánk forduló beteget (akkor is, ha „rossz hírünk van” a beteg számára).

Gyakran azonban a panaszokat magyarázó „kézzel fogható okokat nem találunk”, nem tudunk megnyugodni, s a beteget sem tudjuk megnyugtatón. Újabb és újabb vizsgálatokat végzünk/kérünk stb., és eközben a beteg is egyre nyugtalanabbá válik.

Számolnunk kell ilyenkor annak lehetőségével, amit a kongresszus mottója is sugall: „lehetséges, hogy a testi panaszok hátterében lelki ok/okok vannak” vagy másképpen „Beteg lélekben beteg a test – Beteg testben beteg a lélek”.

Ebben az összefüggésben való gondolkodást segítheti az, ha a gyógyító orvosnak a „szomatikus”= orvosi képesítése mellett van pszichiátriai/pszichológiai képzettsége is, mert szélesebb differenciáldiagnosztikai munkát képes elvégezni és célzottabb kérdéseket tud feltenni mind a betegnek, mind a konzíliumba hívott orvoskollegának is.

Napi szinten minden beteg vizsgálatakor fel kell tenni magunkban a mottó sugallta kérdést! Csak az a jó/a helyes, különben fals okokhoz ragaszkodva nem tudjuk meggyógyítani a hozzánk forduló beteget.

Két eset ismertetése kapcsán szeretném felhívni a figyelmet a neurológiai és a pszichiátriai ismeretek egymást kiegészítő fontosságára – ami mind az orvos, mind a beteg számára igen hasznos!