

# Pszichiátriai Hírmondó



A Magyar Pszichiátriai Társaság XXV. Vándorgyűlése

2022. szeptember 28.

## Kongresszusi programajánló

Szeretettel köszöntjük a Magyar Pszichiátriai Társaság XXV. Vándorgyűlésének résztvevőit! Nagy örömmel számolunk be arról, hogy a megszo-  
kott módon és helyszínen – személyes  
részvétellel – megrendezésre kerülő  
rendezvényünkön ismét gazdag prog-  
rammal várjuk a kollégákat, hiszen köl-  
zel kétszáz absztrakt érkezett.

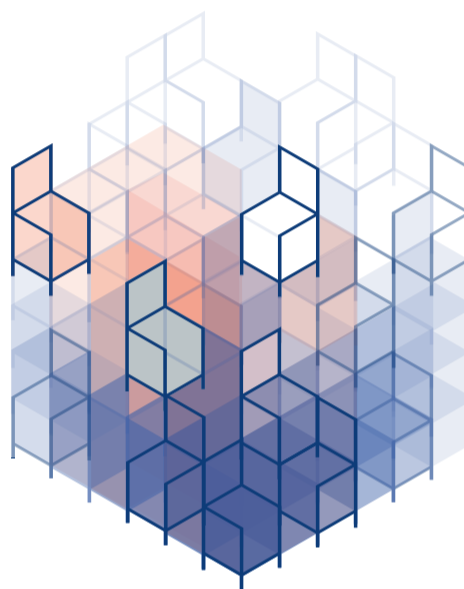
A plenáris programban számos nem-  
zetközileg is elismert szakember elő-  
adását hallgathatjuk meg. *Falkai Péter*  
és *Phillip Gorwood* az anorexia nervosa  
és a szkizofrénia korszerű kezelésé-  
nek lehetőségeiről számolnak be. *Kéri*  
*Szabolcs* professzor a traumák és az  
emlékezés komplex kapcsolatát tekinti  
át a korszerű neurobiológiai és mole-  
kuláris genetikai eredmények tükré-  
ben, *Hárdi Lilla* előadása a menekültek  
traumáival, a multikulturális kontex-  
tus értelmezésével és a poszttraumás  
pszichés következmények kezelésének  
multidimenzionális megközelítésével

foglalkozik. A művészetterápiás ple-  
naris előadás során *Hárdi István* tanár  
urat köszöntjük századik születésnapja  
alkalmából. Sok szeretettel gratulálunk  
és sok boldogságot, egészséget, további  
aktív éveket kívánunk!

A Vándorgyűlés programjában eb-  
ben az évben is számos izgalmas  
szimpóziumra kerül sor. Ezek kö-  
zül kiemelésre érdemesek a nemi  
identitás és szocializáció kapcso-  
latával, az LMBTQ affirmatív pszi-  
chológia elméleti és gyakorlati  
kérdéseivel, a migrációs krízis traumái-  
val, a pszichiátriai osztályok szexuá-  
lis biztonságával, az orvosok mentális  
egészségével, a perinatális pszicho-  
farmakológiával, a neurokognitív  
funkciókkal és a kognitív tesztekkel,  
valamint a szülő-gyermek kapcso-  
latl foglalkozó programok. Megismer-  
kedhetünk a gyermekpszichiátriai

Folytatás a 2. oldalon

## HOGYAN ÉPÍTSÜNK HIDAKAT?



**janssen Neuroscience**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

**Spravato®**  
(eszketamin)  
orrspray

### Áttörés a major depresszió kezelésében

azon betegeknek, akik 2 különböző antidepresszívum  
szedését követően is depresszív tüneteiktől szenvednek\*<sup>SPC</sup>

\* A SPRAVATO® szelektív szerotonin-visszavétel gátlóval (SSRI) vagy szerotonin noradrenalin-visszavétel gátlóval (SNRI) kombinációban olyan, terápiarezisztens major depresszív zavarban szenvedő felnőttek számára javallott, akiknek az aktuális, közepesen súlyos vagy súlyos depresszív epizódja nem reagált legalább két, különböző antidepresszánsal végzett kezelésre.<sup>SPC</sup>

**Rövidített alkalmazási előírás**  
**SPRAVATO® 28 mg oldatos orrspray (eszketamin)**

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer Alkalmazási előírását! A hatályos Alkalmazási előírás teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/)) honlapján.

▽ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

Szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható, korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (Sz) és külön jogszabály szerint pszichotróp anyagként minősített különleges rendelési kötelezettség alá tartozó gyógyszer (KP). A forgalomba hozatali engedély száma: EU/1/19/1410/001-005. A forgalomba hozatali engedély jogosultja: Janssen-Cilag International NV Belgium, helyi képvisellete: Janssen-Cilag Kft., Nagyenyed u. 8-14. H-Budapest, 1123. Tel.: +36 1 884 2858.

A termék jelenleg közfinanszírozásban nem részesül. Társadalombiztosítási támogatása egyedi méltányosság keretében kérelmezhető. Az esetleges árváltozásról kérjük tájékozódjon a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapról!

**Janssen-Cilag Kft.** 1123 Budapest, Nagyenyed u. 8-14.  
Tel.: +36 1 884 2858, Email: [janssenpharmahu@its.jnj.com](mailto:janssenpharmahu@its.jnj.com), [www.janssenmed.hu](http://www.janssenmed.hu)

CP-266895  
Lezárás dátuma: 2021. 10. 18.

A Magyar Pszichiátriai Társaság  
és a Tudomány Kiadó  
közös kiadványa  
a társaság XXV. Vándorgyűlésére

Főszerkesztő:

**Dr. Osváth Péter**

e-mail:

[osvath.peter@pte.hu](mailto:osvath.peter@pte.hu)

Kiadói szerkesztő:

Béki János

Tudomány Kiadó Kft.

e-mail:

[hirm@tudomany-kiado.hu](mailto:hirm@tudomany-kiado.hu)

A szerkesztőség címe:

Tudomány Kiadó Kft.

1023 Budapest, Ürömi u. 56.

Tel.: (1) 273-2840

Fax: (1) 384-5399

Nyomtatás:

Pauker Kereskedelmi és Nyomdaipari Kft.

1047 Budapest, Baross u. 11-15.

Felelős vezető:

**Vértes Gábor** ügyvezető

Tipográfia:

Engárd Viktor

[viktor@engard.hu](mailto:viktor@engard.hu)

Helyszíni fotó:

Trieber Júlia

Kiadja:

Tudomány Kiadó Kft.

1023 Budapest, Ürömi u. 56.

Felelős kiadó:

Guti Péter ügyvezető

Lapalapító:

**Dr. Vándorfi Győző**

e-mail:

[gyozo.vandorfi@diabet.hu](mailto:gyozo.vandorfi@diabet.hu)

HU ISSN 2560-2152

**TUDOMÁNY**  
KIADÓ



## Kongresszusi programajánló

Folytatás az 1. oldalról

rehabilitáció aktuális kérdéseivel, az EMDR-terápia alkalmazásának lehetőségeivel és a stigmatizációs-diszkriminációs kutatások eredményeivel, valamint a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának csoportstima-terápiás rezsimjének kaland- és természetterápiás módszerével is.

Tárgyalásra kerülnek az igazságügyi pszichiátriai fontos és aktuális kérdései, és betekinthetünk az igazságügyi módszertani levéllel kapcsolatos munka folyamatába is. Számos szimpózium és előadás foglalkozik a pandémia pszichiátriai-pszichológiai következményeivel és az ellátásban szerzett terápiás tapasztalatokkal. Ezek között kiemelt szerephez jutnak a telemedicina pszichiátriai alkalmazásának lehetőségeit bemutató programok.

## Ünnepélyes megnyitó

**Elnökök: Szekeres György, Molnár Károly, Wernigg Róbert**

csütörtök, 10.00–10.50 – Pátria terem

Bemutatásra kerülnek az öngyilkossággal, a pszichózisokkal és a borderline személyiségzavarral kapcsolatos legújabb kutatások eredményei. Megismerkedhetünk a tündérhegyi pszichoterápiás diagnosztikus munkával, a katathym képélmény alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatokkal és a veszélyeztető betegek ellátásának problémáival, valamint a pszichiátriai gondozás aktuális kérdéseivel és az Országos Közösségi Ellátások Egyesületének tevékenységével is. A fiatal pszichiáterek kerekasztalán lehetőség nyílik a szakmai

életút különböző fázisaiban levő kolégák tapasztalatainak megosztására. Vándorgyűlésünk során képet kaphatunk a legújabb egészségpszichológiai, gyermekpszichiátriai és pszichoterápiás kutatásokról és számos izgalmas pszichoterápiás esetet is megismerhetünk. Ebben az évben is sor kerül az MPT elnökének szimpóziómára, ahol a hazai pszichiátriai ellátással kapcsolatos

problémákat beszélhetjük meg. Programunkban természetesen poszterszekció és számos cégszimpózium is szerepel.

Biztosak vagyunk abban, hogy a Magyar Pszichiátriai Társaság XXV. Vándorgyűlésének színes és izgalmas programjában mindannyian megtaláljuk az érdeklődésünknek megfelelő témákat.

Hasznos időtöltést és tartalmas élményeket kívánunk!

**Szekeres György**

az MPT elnöke,

a Vándorgyűlés elnöke

**Osváth Péter**

az MPT alelnöke,

a Tudományos Bizottság elnöke

**Molnár Károly**

az MPT megválasztott elnöke,

a Szervezőbizottság elnöke

## Perinatális pszichofarmakológia

A várandósság tudatos tervezése és a várandósságra való felkészülés a legoptimálisabb prevenció a szülés körüli betegségek és a mentális zavarok perinatális időszakban való kialakulásában is. Klinikusként gyakran találkozunk azokkal a helyzetekkel, amelyekben gyógyszeres segítséggel is egyensúlyban lévő páciens várandósságot tervez, és olyan gyógyszereket szed, amelyek magasabb magzati kockázatot jelentenek. Előfordul az is, hogy nem tervezett várandósság érkezik a magasabb kockázatú gyógyszerek szedése mellett. Ilyenkor mi a helyes szakmai eljárás? A gyógyszerek azonnali elhagyása? Mikor áll fenn az esetleges művi abortusz orvosi indikációja? Összetett etikai és szakmai, interdiszciplináris dilemmák.

A lítium terápiás alkalmazásának kezdete a negyvenes évek végére, az ötvenes évek elejére datálódik. A szakirodalmi adatok, valamint saját klinikai tapasztalatunk alapján a lítium perinatális alkalmazhatóságának a kérdése is összetett: gyűlnek az adatok arra nézve, hogy a várandósság szempontjából korábban azonnali leállást javasoló irányelvek megengedőbbek a várandósság alatti alkalmazásban. Nincs fekete-fehér válasz, mindig az adott anyai és magzati kockázat közötti súlyozás segítheti a klinikust a nehéz szakmai döntés kialakításában és a kezelésben. A perinatális időszakban mindezek miatt alaposan átgondolt kezelési tervet dolgozunk ki, és nagyon fontosnak tartjuk az érintett várandóssal és lehetőség szerint a családdal a közös döntéshozatalt. Ez a megközelítés a gyakorlatban terjed, de mind a várandósok, mind pedig a kezelést végző, szakmabeliek együttműködésében akadnak akadályok, amelyeket le

kell győzni. A ma már az Interneten mindenki számára elérhető szakmai oldalak segítséget nyújthatnak, de a laikus felhasználók számára félreértéseket okozhatnak. Ezért tartjuk nagyon fontosnak a személyes együttműködő tájékoztatást.

A perinatális pszichiátriai ellátásban visszatérő dilemma a gyógyszeres kezelés és a szoptatás kérdése, mely szimpóziunkban is helyet kap.

Az anyák és a családok szoptatással kapcsolatos ismeretei bővülnek, gyakran a szoptatás lehetőségének megteremtésére irányuló igényükkel fordulnak hozzánk. A szoptatásról való lemondás az anyai kompetenciát, a gondoskodást és kapcsolatot érintő vesztesége mellett a gyógyszeres kezelés biztonságával kapcsolatos aggodalmak, a lelki egészség zavaraihoz köthetően a szoptatást és a gyermekkel való interakciókat érintő problémák, ambivalencia, averzió is megjelenik.



javaslataink és intervencióink a gyógyszeres kezelés indikálásán és kockázatbecslésén túl a korai gondoskodás és kapcsolat értékelésére és támogatására is kiterjednek a perinatális pszichofarmakológiai ajánlások mellett, a korszerű csecsemőtáplálás irányelveit és a szoptatás komplex funkcióját is fegyelembé véve.

Egyedülálló családbarát programunk a szülés körüli pszichés, illetve pszichiátriai problémákkal foglalkozik. A kliensek és érdeklődők számára ingyenesen elérhető az ezzel kapcsolatos tájékoztató oktatósorozatunk, a janosakademia.hu weboldalon.

A pszichofarmakonok és egyéb terápiás megközelítések mellett kifejezetten fontos a terápiás környezet, „setting”, mely a bizalmi légkör, a terápiás munkafolyamat megalapozása szempontjából esszenciális tényező. Sokáig természetes volt mind számunkra, mind a páciensek számára, hogy ez kizárólag személyes orvos-beteg találkozással alapozható meg. Az elmúlt évek a COVID-19-világjárvány megjelenésével feje tetejére állította az addigi terápiás paradigmákat, hiszen a személyes jelenlét, találkozás, kapcsolattartás – főképpen az első járványhullámok alatt – nem volt kivitelezhető. Ez vezetett a korábban már létező, ám csak érintőlegesen jelen lévő telemedicinális ellátás széles körben történő alkalmazásához, kiterjesztéséhez, hiszen sokáig ez



maradt az egyetlen eszköz a kapcsolattartásra. A kezdetekkor rengeteg kérdés, megoldandó metodikai probléma merült fel, amit úgy tűnik, többségében sikerült leküzdeni (bár a részletes terápiás standardok kidolgozása még várat magára). Szerencsére (több tényezőből fakadóan) az Együtt programunkban részt vevő pácienseink gyorsan alkalmazkodtak a kialakult helyzethez. Erről részletesen írunk a közeljövőben megjelenő, telemedicinával foglalkozó szakkönyvben. A járvány lecsengésével párhuzamosan felmerül a kérdés, hogy a telemedicinális ellátás milyen mértékben marad velünk a jövőben. Az elmúlt időszak adatait elemezve szimpóziunkban erre is választ keresünk.

**Kurimay Tamás, Pelikán Anett, Szederkényi József**

## Perinatális pszichofarmakológia szimpózióm

**Elnök: Kurimay Tamás**

csütörtök, 16.45–18.15 – Bartók I–II. terem

## New Role of Psychosocial Rehabilitation

The world, and humanity because of COVID-19 virus pandemic has a paradigm changing. Nothing will be the same in our life, as it before was.

The consequences of this period are very different. We call this symptoms post-COVID syndrom, what can bring somatic and mental Problems. The somatic symptoms are often very serious, COVID

positivity needs hospital treatment with breathing machines. After hospital treatment the symptoms often remain in heavy state either somatically or mentally.

Until now we were dealing mostly with rehabilitation of schizophrenia and other so called big psychiatric cases. Now we must realize, as everything changed, the new task is to deal with

rehabilitation of every type of mental disturbances. Mostly with tools of spirituality. Especially because of the consequence of so called caranten period in the human life. Often the loneliness of feeling with deep depression, anxiety. In connection with spirituality is raised the question, what is the definition of spirituality. Some people think, it means realigion. This is mistake. Spirituality is human specificity. It has good and bad contents. The most important good content is the love in biblical sense. And the worst is the mammon, the adoration of monay.

The behaviour of people in general changed in the whole world. Lost of empathy, The most important content is the consumption.

The therapy of one person must be beside psychotherapy the spiritual therapy as well. We are talking about psychosocial, psychiatric rehabilitation, but in this new world the content of this notion changed.



WAPR's mission first of all is the psychosocial rehabilitation of clients with schizophrenia and other so called similar cases. This pos-COVID era is influencing their life as well.

Our main task is to teach, what means spirituality, and to use the positive factors in healing.

We have to extend the use of spirituality in therapy of all mentally disturbances. This is the new meaning of psychosocial rehabilitation.

Ida Kosza

## New Role of Psychosocial Rehabilitation / Rehabilitációs Szimpózium

Elnökök: Zebulon Taintor,  
Gabriele Rocca,  
Kelemen Oguz, Ida Kosza

szerda, 11.00–18.00 – Mozart I–III. terem

### ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI MEGFONTOLÁSOK

## LMBTQ affirmatív pszichológia

A leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű vagy queer (LMBTQ) személyek különösen sérülékenyek lehetnek a pszichés nehézségek kapcsán, aminek hátterében az általuk oly gyakran megtapasztalt diszkrimináció, iskolai zaklatások, nem ritkán szexuális vagy fizikai abúzus és a markáns elutasítottsági élmény áll. Az LMBTQ személyek aránya a társadalomban meghaladja az 1%-ot, és kutatási eredmények arra utalnak, hogy 70%-uknál kialakulhat valamilyen pszichiátriai és/vagy pszichoterápiás beavatkozást igénylő mentális zavar. Annak ellenére, hogy az APA (2021) irányelvében az affirmatív szemléletet határozza meg a szexuális és nemi kisebbségek tagjainak kezelése során, számos esetben tapasztalható a pszichiátriai és/vagy pszichoterápiás intervenciót nyújtó ellátó személyzet körében a hozzáértő, megerősítő támogatás hiánya.

Szimpóziumunk fő célja, hogy a fenti hiányosságokra affirmatív válaszként, friss kutatási eredményekre és gyakorlati tapasztalatokra támaszkodó, edukatív jellegű előadások formájában nyújtson széles körű információt az LMBTQ személyek pszichológiai támogatásával, segítségével kapcsolatban.

Szimpóziumunk első előadásában dr. Kőváry Zoltán és Csizmadia Ráhel a genderkérdés filozófiai és egzisztenciális pszichológiai szempontjait igyekszik megvilágítani, ami megfelelő történeti perspektívába helyezi a nemi kérdésekkel kapcsolatos szemléletünk alakulását. Simone de Beauvoir a XX. század derekán jutott arra a megállapításra, mely szerint „nem a természet határozza meg a nőt, hanem ő maga, azáltal, hogy testét érzetei és érzelmei útján magáévá éli.” Ily módon Beauvoir megteremtette a társadalmi nem terminológiájának alapjait és lehetőséget kínált a későbbi kutatások teoretikus megalapozásához.

Szimpóziumunk további előadásában az LMBTQ affirmációs pszichológia gyakorlati aspektusait tekintjük át. Dr. Unoka Zsolt előadásában az LMBTQ személyek által gyakran megtapasztalt kirekesztés,

diszkrimináció és stigmatizáció lelki hatásairól és következményeiről beszél, amit Németh Ádám és dr. Vizin Gabriella előadása követ a kognitív viselkedésterápia (cognitive behavioral therapy, CBT) lehetőségeiről a diszkrimináció miatt kialakult distressz feloldása tekintetében. Az előadásban az AFFIRM online program bemutatására vállalkoznak az előadók, amely egy Kanadában kidolgozott, 8 alkalmas CBT program. A program hatékonyan integrálja a CBT eszközeit az affirmatív, stigma- és traumatudatos szemlélettel azzal a céllal, hogy a nemi és szexuális sokszínűséghez tartozó résztvevők felismerjék az őket érő kisebbségi stressz hatásokat és azokra adaptívan tudjanak reagálni. A program fontos elemei a pszichoedukáció, az LMBTQ+-ellenes attitűdök és viselkedések stresszre gyakorolt hatásának megértése, a gondolatok és különböző aktivitások érzelmekre gyakorolt hatásainak megértése és az affirmatív szociális környezet kialakításának lépései. Kutatási eredmények arra utalnak, hogy az AFFIRM online terápia hatékonyan képes mérsékelni a résztvevő fiatalok depressziójának szintjét a várólistás kontrollcsoport eredményeihez képest.



Szimpóziumunk utolsó két előadásában dr. Vizin Gabriella és Lisincki Anna mutatják be az affirmatív szemlélet fő jellegzetességeit a pszichoterápiás és pszichiátriai ellátás során. „Szégyenérzés vs. autentikus büszkeség: LMBTQ személyek pszichoterápiájának sajátosságai” című előadásukban az LMBTQ személyekkel végzett pszichoterápiás tapasztalatokra és szakirodalmi ajánlásokra támaszkodva mutatják be a pszichoterapeuta szupportív, affirmatív szerepének jelentőségét a terápiás hatások elérése

### Kapcsolódó irodalom

1. Nakamura N, Dispenza F, Abreu RL, Ollen EW, Pantalone DW, Canillas G, Vencill JA: The APA Guidelines for Psychological Practice With Sexual Minority Persons: An executive summary of the 2021 revision. American Psychologist, 2022.

érdekében, elsősorban a stigmatizációból fakadó szégyenérzés mérséklése és az autentikus büszkeség mint protektív faktor megélése tekintetében. Az „Affirmatív szemlélet a pszichiátriai ellátásban” című előadás elsődleges üzenete pedig, hogy égetően fontos és szükséges az egészségügyi személyzet képzése és informálása a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos ismeretekről és hatékony módszerekről, valamint az LMBTQ közösségen belül információk terjesztése a mentális zavarok vonatkozásában. Ehhez kapcsolódóan az előadásban érdemi szakmai segítséget igyekszünk nyújtani a pszichiátriai ellátásban dolgozó segítő szakembereknek a pszichés zavarokkal élő LMBTQ személyek korszerű, tudományos bizonyítékon alapuló, hatékony ellátásához.

Összefoglalva, szimpóziumunk fő célja, hogy az elméleti és gyakorlati aspektusok megvilágításával ismereteket adjon át az affirmatív pszichológia jellegzetességeiről, sajátosságairól affirmatív, edukatív, szupportív eszközök alkalmazásával.

Vizin Gabriella

LMBTQ affirmatív  
pszichológiai szimpózium  
Elnökök: Unoka Zsolt, Vizin Gabriella  
csütörtök, 16.45–18.15 – Pátria terem

## Osztályos csoport-sématerápiás rezsím és a természet-kalandterápia integrálása

A természetterápia (NT) megközelítésében a természet mint gyógyító közeg, illetve az ott zajló mindfulness, nonverbális és kreatív módszerek használata segíti a terápiás folyamatokat, miközben fontos környezetet is kínál a kalandterápia megvalósítására. A kalandterápia (Adventure Therapy) pedig egy olyan hazánkban még alig ismert, aktivitásközpontú terápiás irányzat, melyben az elsősorban verbális szinten megvalósuló terápia hatása a kinezetikus módon bevonó cselekvések és tapasztalatok, valamint azok feldolgozása révén fokozódik. A természet- és kalandterápia (N-AT) együttes alkalmazása a pácienseket kognitív, affektív és viselkedéses szinten is bevonja a strukturált tevékenységekbe, ha pedig ezek az élmények és a hozzájuk kapcsolódó reflexiók organikusan kapcsolódnak egy sématerápiás folyamathoz, egy a világon egyedülálló, korábban még nem ismert új módszertan, a természet-kalandterápiával kombinált sématerápia (N-ABST) megszületéséről beszélhetünk. Szimpóziumunkban e két pszichoterápiás módszer integrálásának kísérletéről és a kísérlet hatékonyságát vizsgáló kutatásról nyújtunk izgalmas – képekkel, filmekkel és résztvevői nyilatkozatokkal gazdagított – beszámolót.

### Az osztályos csoport-sématerápiás rezsím alapelvei, működése és az integrációs folyamat befogadásának háttere

Az osztályon alkalmazott csoport-sématerápiás módszertan célja az alap érzelmi szükségletek (kötődés, biztonság, autonómia, énonosság, érzelmek és a szükségletek szabad kifejezése, spontaneitás és játék, együttműködés, másokra figyelés) azonosításának, validálásának és érvényesítésének az elősegítése. Ennek elérése érdekében egyéni, csoportos, nagycsoportos, osztályos rezsím kereteiben különböző technikákat alkalmazunk. A séma-csoportterápián, a művészetterápián, a mozgásterápián, a relaxációs csoportokon, a meseterápián és a kommunikációs tréningen, valamint az osztályon a köztes időben a nővéri beavatkozások révén más-más csatornákon és módszerekkel, de egységes szemléletben próbáljuk elősegíteni a szükségletek érvényesítésének célját. Az N-AT alapelveinek és módszertanának megismerése mellett kiemelt hangsúlyt kapott az együttműködés kialakításakor a közös pontok megtalálása, illetve annak átgondolása, hogy az N-AT milyen eszközökkel és támogató kapcsolódással járulhat hozzá a sématerápiás folyamat céljaihoz. A közös munka során pl. hamar világossá vált, hogy a természettel való kapcsolat, újra-kapcsolódás elemi szükséglete, egy olyan új alapszükséglettel gazdagította a sématerápiás megközelítést, mely korábban nem kapott figyelmet, de nagymértékben hozzájárul az egészséges személyiségműködéshez.

Réthelyi János bevezető előadásában beszámol az N-ABST kísérleti alkalmazásának előzményeiről és háttéréről, a 2018-ban indult, Kenézli Eszter által tervezett és koordinált, az impulzivitásra mint transzdiagnosztikus tünetre és összetevőire irányuló innovatív kutatási projektről, melynek intervenció vizsgálatára a pszichoterápiás osztály teljes nyitottságot mutatott. Kezdetekben az a koncepció született, hogy a klinikán működő pszichoterápiás csoportokat olyan terápiás elemekkel bővítsük, melyek célzottan az impulzív tünetekre irányulnak. Hogy hogyan jutott el az impulzivitást kutató és az új, megvalósító szakemberek munkacsoportja az N-AT integrált alkalmazásáig, ennek folyamata kerül bemutatásra.

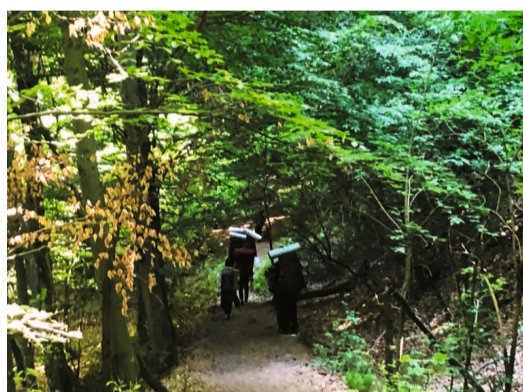
Hajduska-Dér Bálint és munkatársai az SE pszichoterápiás osztályán hosszú évek óta alkalmazzák a sématerápiát, melynek hagyományos, megszokott megvalósítási rendjét „borította” fel a természet-kalandterápia tava-szi megjelenése. A COVID-járvány miatt a Blaha Lujza térre költöztetett osztály hétköznapjait nemcsak a környezeti változás, de a szigorúbb zárttság is súlyosbította, így elemi erővel hatott az új terápiás forma a heti több alkalommal való természeti közegbe kijutással és a háromnapos borsösnyei expedícióval való részvétellel. A két terápiás forma hasonlóságai és különbözőségei, a kettő kohéziója inspirálóan (és szorongáskeltően is) hatottak az osztályra. A különbözőségeken keresztül az osztály megszokott működését, a beválogatási feltételeket, az osztályos kereteket, a szabályokat és a



házi rendet is át kellett értékelnünk. Az előadásban a kétféle terápiás módszer integrálása során felmerült nehézségeket, illetve az ezek megoldására való törekvésünket mutatja be a terapeuta.

### Az N-AT és az integrált N-ABST módszertanának, legfontosabb alapvetéseinek, technikáinak és az integrációs folyamat megélt tapasztalatainak bemutatása – „kinti és benti terapeuta”, valamint ápolói szemmel

Rákár-Szabó Natália és Szabó Gábor – pszichológusok, kiképző kalandterapeuták, mindketten az ELTE-PPK-EKTI oktatói – az N-ABST integrált programjának szakmai megvalósítói a természetben zajló programok tekintetében. Az első előadásban izgalmas áttekintést nyújtanak a hazánkban még kevésbé ismert kalandterápia és a természet-kalandterápia módszeréről, alkalmazásának lehetőségeiről. A kalandterápia fontos jellemzői, melyek alapvetően különböztetik meg más pszichoterápiás modalitásoktól: a tapasztalati tanulás természetben való megvalósulása, illetve a természettel



való interakciók, a strukturált kihívások és észlelt kockázat alkalmazása, a szimbólumokkal, metaforákkal való munka és ezek mindennapi életbe való átültetésére való törekvés. Az olyan országok, mint az USA, Kanada, Ausztrália, az Egyesült Királyság és Új-Zéland több mint 50 éves tapasztalattal és kutatásokkal rendelkeznek a kalandterápia terén, és számos, ezen a módszertanon alapuló, „evidence based” programot szolgáltatnak. Az N-AT míg Európában pl. a skandináv országokban, Belgiumban, Ausztriában, Németországban és Spanyolországban már némileg elérhetővé vált az elmúlt 15 évben, addig Magyarországon gyakorlatilag még ismeretlen terápiás szemlélet. A közelmúltban



végzett metaanalízisek eredményei a különböző célcsoportokkal folytatott kalandterápiára vonatkozó kutatások tekintetében (többek között krónikus betegekkel, rákos betegekkel vagy túlélőkkel, szenvedélybetegekkel, súlyosan traumatizált emberekkel, PTSD-vel vagy súlyos szorongással, depresszióval élőkkel) azt mutatják, hogy az N-AT programok hatékonyan segítik elő a pozitív változást a pszichológiai, viselkedési, érzelmi és interperszonális területeken, és hogy ezek a változások hosszú távon is fennmaradnak. Számos vonatkozó kutatás igazolta már pl. az én-hatékonyság, reziliencia, szociális készségek, önkontroll és egyéb pozitív irányú személyiségváltozások növekedését, de kórházi terápiás programba integrált módon, felnőtt pszichiátriai betegekkel alkalmazott program és vizsgálat tekintetében az SE pszichoterápiás osztályának N-ABST programja világszinten is egyedülálló. Ahogy Crisp és O'Donnell fogalmaz: „...ahogy az egyének korrigálják a magukról és másokról kialakított alapvető feltételezéseiket, úgy jelenik meg a fejlődés alapjainak tapasztalati rekonstrukciója. Eltérő módon, késleltetve, befejezetlenül vagy el nem sajátított módon lezajlott fejlődési feladatok újra-, vagy megtanulhatókká, illetve helyrehozhatókká válnak a kézzelfogható korrekciós tapasztalatok által”.

A második előadásban Rákár-Szabó Natália mutatja be az N-ABST integrációs folyamatát kísérő gyakorlati tapasztalatokat az N-AT hagyományos alkalmazásának oldaláról nézve, illetve a folyamatot kísérő vizsgálatot. A programban az N-ABST és a klasszikus sématerápia (ST) hatékonyságát vizsgáljuk a személyiség funkcionalitásának és a személyiség struktúrájának változásai szempontjából, klinikai mérőeszközök és narratív pszichológiai tartalomelemzés alkalmazásával. A kutatás a természetben megvalósuló beavatkozások hatását a páciensek természethez mint gyógyító közeghez való viszonyának változásában, illetve annak személyiségváltozásra gyakorolt hatásában is vizsgálja. A kísérleti programban 6-6 alkalommal kerül sor a 4 hetes hagyományos ST és az N-ABST programokra. Az N-ABST programban heti 2-2 napot töltenek erdei környezetben a résztvevők, a harmadik hétvégén pedig 3 teljes napot töltenek szabad-ég

## Csoportterápiás rezsím szimpózium

Elnök: Unoka Zsolt

csütörtök, 14.45–16.15 – Pátria terem

## Osztályos csoport-sématerápiás rezsím és a természet-kalandterápia integrálása

Folytatás a 4. oldalról

alatt, zavartalan természeti környezetben, a Börzsönyben. A természetben zajló aktivitásokra alapozó módszertan olyan társas és egyéni tapasztalásokat kínál, melyek a kihívás miatt magas fokú személyes bevonódást eredményeznek kognitív, érzelmi és viselkedési szinten is, így a fókuszba helyezett témák megértése átélés szintjén történik. A személyiség egészét érintő bevonódás miatt maradandó, emlékezetes tapasztalásokhoz vezet, kinezetikus módon is átélve az érzéseket és gondolatokat – így hatása hosszabb távon is megmarad, szemben a hagyományos, verbális szinten megvalósuló módszerekkel, melyek elsősorban kognitív szinten zajlanak. Az előadás során igyekszünk betekintést nyújtani néhány kutatási részeredménybe, mivel a program és a vizsgálat még nem zárult le ebben az évben.

Szegő Andrea „Valódiság/valóságosság tudat mint szükségleteink észlelésének előfeltétele és ennek fejlesztési lehetőségei az N-ABST terápiában” címmel tart



izgalmas előadást arról, hogy a sématerápiában részt vevő páciensek valódiság/valóságosság tudatának alakításában, a valós szükségletek tudatosítási folyamatának korrekációjában milyen pozitív szerepet kaphat az N-ABST módszere, azáltal, hogy a külvilág és az érzetek tapasztalásának és a kettő találkozásának új terepét nyújtja.

Végül, de nem utolsósorban Hordósi Judit szakápoló izgalmas beszámolóját hallhatjuk arról, hogyan is él meg ezt az egész „kalandos” folyamatot az ápolók, akiknek nem csak a páciensekkel

való heti többszöri tömegközlekedéses „utazó-csoportot” kellett megalakítaniuk, de az erdő nyitott terében zajló terápiás munka során is szembesülniük kellett azazal, hogyan vonódnak be óhatatlanul is a terápiás célú tevékenységekbe és ülésekbe, ami nagyobb érzelmi bevonódással és szerepbizonytalansággal is jár. Minden résztvevőtől, így az ápolóktól is kiemelkedő fizikai és mentális igénybevételt és alapos előkészületeket kíván meg a háromnapos hétfégi expedíció kísérése. A páciensek és terapeuták folyamatos együttléte, jelenléte átstrukturálja



az ápolás önálló, együttműködő és függő funkcióit, az ápolói feladatok részben a kalandterápiás kísérő szerepét veszik át. Nem hétköznapi élmény a vadonban, a civilizáció kényelmétől és az akut osztályos háttértől távol gondoskodni a páciensek biztonságáról és alapvető szükségleteiről. Viszont a természet közelsége a kísérőknek is csodálatos pillanatokot ajándékozik, és a csoporttal való folyamatos, intenzív együttléte során felemelő tapasztalat a páciensek fejlődését, állapotjavulását, a gyógyszerigény csökkenését is látni.

Unoka Zsolt, Rákár-Szabó Natália

## A pszichogén halál

**Pszichogén halál esetén nem identifikálható az elmúláshoz vezető szervi ok vagy halált okozó testi trauma, nem hagyományos értelemben vett öngyilkosság, nem állapítható meg idegenkezűség; mindig valamiféle intenzív pszichés traumához (stresszorhoz) kötődik, mely rövid időn belül olyan erős inger-többletet hoz a lelki életbe, hogy azt lehetetlen a megszokott módon feldolgozni. A pszichogén halál felfogható úgy, mint a poszttraumás stressz-zavar hiperakut változata. A pszichogén halálhoz vezető út során fokozatos, progresszív hanyatlása zajlik a normál motivációnak s a célorientált viselkedésnek, és megfelelő intervenció nélkül az első tünetek megjelenésétől számítva huszonegy napon belül bekövetkezik a halál (extrém esetekben akár három nap leforgása alatt). Tehát meghalhat egy embertársunk azért, mert úgy érzi, elvesztette a kontrollt saját életének alakítása felett és beletörődik a halálba, mely az egyetlen megküzdési lehetőségnek tűnik számára.**

Már a történelmi időkben leírták a lélek halálából fakadó elmúlásnak a jelenségét: az amerikai Jamestown kolónia telepesei között, az 1700-as évek rabszolgái körében, a második világháború náci koncentrációs táboraiban, a japán fogolytáborokban, a koreai háború során, a vietnami táborokban, a szovjet fogságba kerültek között. Távoli, természeti kultúrákban is megfigyelték a pszichogén halál megjelenését: többek között a vudu mágiát sorolják ide. Napjainkban katasztrófák túlélőinél látható leginkább: hajótörések, repülőgépszerencsétlenségek, nagy tüzesetek után, tűsztrámák életben maradt áldozatainál;

de a mindennapok során is szembesülhetünk a pszichogén halál tényével kórházba bekerülő idős betegek, súlyos testi kórkép diagnózisával szembesülő páciensek esetén. A lényegi motívum, hogy embertársunk a fenyegető eseménnyel szembesülve arra tehetetlenséggel reagál.

A pszichogén halál csak ritkán következik be hirtelen, általában az ahhoz vezető úton az alábbi stációk követik egymást. Az elsőként megjelenő szociális visszahúzódás fázisa során az érintettek belső motivációja gyengül, a kognitív funkcióik intaktak. Kellő beavatkozás nélkül az érintett átcsúszik az apátia állapotába,

ahol belső motiváció még lehetséges, de inkább már a külső motivátorok vezérelnek, a kognitív funkciók még intaktak. Ezek után bekövetkezik az abulia szakasza, melynek során már a belső motiváció teljesen eltűnik, de külső motiválás még lehetséges, a kognitív funkciók ugyan csökkenten, de még működnek. Megfelelő intervenció hiányában az illető átkerül a pszichés akinézia státuszába, mikor a belső motiváció teljesen hiányzik, és külső motivátorokra sincs már válasz, az általános kognitív csökkent formában még működik, ám az exekutív funkciók jelentősen károsodottak. Röviddel a halál előtt paradox jelenség figyelhető meg: a „hamis ébredés”.

A közvetlen halálokot tekintve a pszichogén halál egyfajta rémület, mely a szervezet fizikai pusztulásához vezet – ezt Cannon modelljével írhatjuk le. A biológiai hátteret elemezve a központi idegrendszerben az anterior cinguláris kortex és dorzolaterális prefrontális kortex dopaminerg agypályáinak funkciója szenved súlyos károsodást a pszichogén halál fázisai során. A mélylélektan oldaláról megközelítve a traumatikus esemény szembesít minket a halál tényével, elvesz a biztonság-, a kontrollérzet az életünk felett: ez az elemi fenyegetésérzés az, ami azután elindítja a fentebb részletezett biológiai stresszválaszokat. A pszichogén halál során a szelf megadja magát. A trauma során az internalizált gondozó tárgyaink (így saját szerveink!) is úgy érezzük, elhagynak minket, s ezáltal gyűlöletessé válnak, melyeket el kell pusztítani – így beindul az öndesztuktív folyamat, a túlméretezett stresszválaszok, aminek során a biológiai szabályzás túlterhelődik, s mindennek eredményeként szervezetünk egyensúlya felborul.



A pszichogén halál – egészen az exitus bekövetkeztéig – nem gyógyíthatatlan jelenség! Biológiai oldalról a dopaminerg rendszeren ható gyógyszerek, szükség esetén intenzív osztályos sokktalanítás segíthet. A történelmi időkben már a fogolytársak felismerték, hogy azzal lehetnek sorstársuk segítségére, ha annak hiányzó belső motivációját ők igyekeznek különböző erősségű külső motivátorokkal pótolni. Pszichoterápiás megközelítésben kulcsfaktorként szerepel a kontroll visszanyerésének érzése, miszerint az őt érintő helyzet legalább részben a saját irányítása alatt áll. Az új szelf kialakítása (a régi szelf visszaállítása érettebb változatban) szükséges; újra kell írni az élettörténetet úgy, hogy az magába foglalja a traumát annak minden vonatkozásával, következményével együtt. A kreativitás erősítése a szelf újraépítésében és a tárgy kárpótlásában elengedhetetlen – ez rávilágít a művészetekhez való odafordulás gyógyító erejére.

Folyamatban lévő kutatásunkban intenzív osztályos kezelésben részesült betegek körében vizsgáljuk a pszichogén halál jelenségét.

Varga Réka

## Pszichoterápia – elméleti kérdések

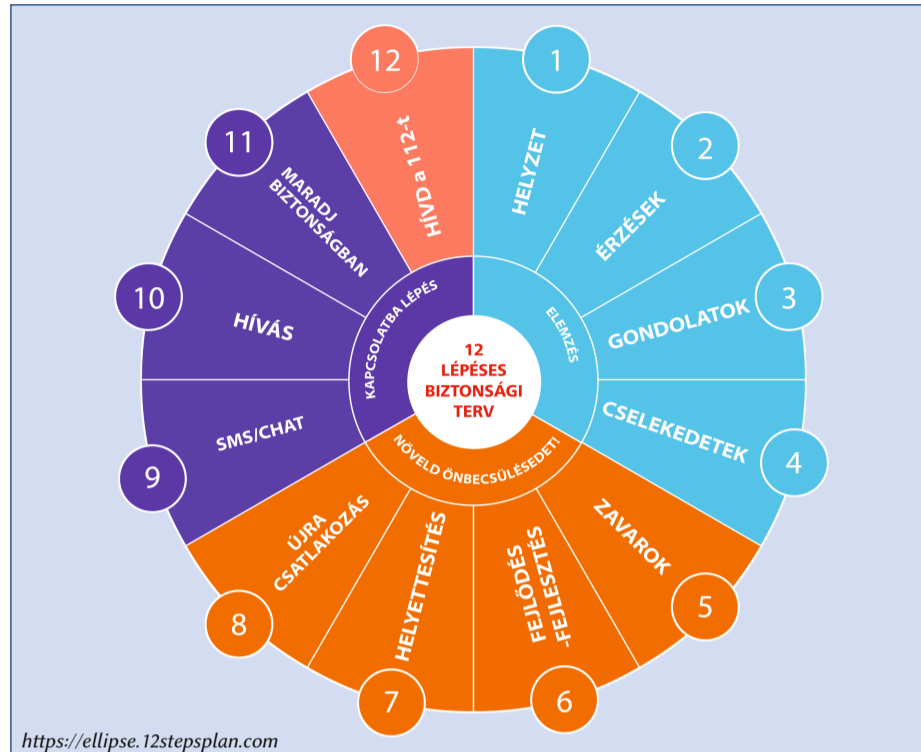
Elnökök: Lehóczky Pál, Tiringér István

csütörtök, 12.00–13.30 – Brahms I–II. terem

## Magyarul is elérhető egy öngyilkosság-megelőző webapplikáció, a 12 lépéses biztonsági terv

Az ELLIPSE Erasmus+ projekt keretében osztrák, svéd, norvég, lengyel és magyar kollégák segítségével elkészítettük és már magyarul is elérhető egy önfejlesztő, akár az öngyilkosság megelőzésére is szóló webapplikáció, amely kríziskezelésre, fejlődésre, a pusztító érzelmek felismerésére, azonosítására, és a vele való megküzdésre használható.

Az öngyilkos krízissel való megküzdés komoly kihívást jelent mind a krízis gyötrelmétől szenvedő személy, mind a segítő szakemberek és hozzátartozók számára. A krízisben levő sokszor olyan képességek hiányával küzd, amelyek szükségesek a viharokkal való megküzdésre, a „küzdj vagy menekülj” ambivalenciájának elviselésére. Krízishelyzetben egyfajta nyelvezavar alakul ki, amikor is nem csak az egyéni belső akad el a kommunikáció a kéri, kognitív és vegetatív rendszerek között, de a személy és a segítő között is akadályokba ütközik ez a folyamat. Azok a személyek, akik már megküzdöttek öngyilkos krízissel és túl vannak rajta, gyakran mondják, hogy a segítő nem értették meg őket, igaz az öngyilkos krízis vihara olyan rettenetes szenvedéssel



és elszigetelődéssel járt számukra, amit nem akarnak újra átélni.

Az applikáció fő célja a folyamatos fejlesztés, a reális helyzetértékeléshez, az önbecsüléshez és a kapcsolatba lépéshez és annak fenntartásához szükséges képességek fejlesztése.

Az applikációnak három, egymástól nem teljesen elkülöníthető felhasználási állapota van. Első szakasz, amikor az adatok feltöltése történik meg. A második a használat maga, amikor a konfliktusok értékelése, kezelése, a fejlődés nyomon követése történik. A harmadik felhasználási mód: krízishelyzetben a betáplált adatok alapján a krízis kezelése, a segítővel való kapcsolatba lépés.

A kríziskezelés az alábbi lépésekben történik, így áll össze a 12 lépés. A világoskék részhez tartozó 4 rész az analízis, a narancssárga részhez tartozó elemek az önbecsülés növelésére kínálnak lehetőséget (figyelemelterelés, fejlődés, helyettesítés, újra kapcsolódás) a következő, sötétkék rész három eleme a kapcsolódásról (SMS, chat, telefonhívás, biztonságos helyre jutás), az utolsó elem pedig a 112-es segélyhívó tárcsázását jelenti.

1. A helyzet azonosítása, felismerése, értékelése; a gondolatok, érzések beazonosítása. Mi történt, hogyan alakul, miként tudok megküzdni?
2. Az érzések azonosítása, az érzelmszabályozás elérése. Az érzések ellenőrzés alatt vannak, vagy pedig az érzések veszik át a kontrollt? Mit érzek? Haragot, büntudatot, fájdalmat, szorongást?
3. A gondolatok azonosítása, alternatív, elterelő gondolatok keresése, megtalálása. Milyenek ezek a gondolatok? Zavaróak, barátságosak, gyengédek?



4. Cselekedetek végiggondolása. Mit teszek? Menekülök, bántom magam, támadok? Pl. öngyilkos készleteseknél ellentétes cselekedetek megcselekvése egy lehetőség. Milyen impulzív cselekvést szeretne az illető megtanulni, kontrollálni?
5. Figyelemelterelés, az akut distressz elterelése. Mi a gondoskodó válasz a traumatikus sürgősségi helyzetre? Megnyugtató, légzőgyakorlatok.
6. Új, egészséges szokások kialakítása (egészséges étkezés, sport, relaxáció, meditálás). Olyan tevékenységhez való eljutás, ami eltereli a figyelmet és a készletetést a pusztító tevékenységtől. Itt mind az elterelés, mind a fejlődés szerepel.
7. Helyettesítés, távolságtartás (ahol romboló készletetés van, legyen fejlődés!). Az „öngyilkosság nem megoldás” attitűd elfogadása csökkentheti a szorongást, mivel nem kell félnie önmagától, és minden energiáját a dolgok jobbá tételére és arra összpontosíthatja az illető, hogy sikeresebb legyen. Sikeresen helyettesíthető az önsértés, ha jobb stratégiát talál az elsöprő érzések kezelésére.
8. Újrakapcsolódás emberekhez, védő élményekhez, újra kapcsolatba léphet álmokkal, biztonságos helyszínekkel, családdal és barátokkal, hittel (istenhit) és erőforrásokkal.
9. Baj esetén jelzések küldése, segítségkérés chat, sms formájában. Fontos! A segítőkhöz való hozzáférés a szorongás csökkentésének egyik módja. Előfordulhat azonban, hogy nem tudjuk, hogyan kérjünk segítséget, vagy vannak olyan akadályok, amelyek valódi kihívássá teszik a segítségkérést (nem tudni ki segíthet, szavakkal nem kifejezhetőek a fájdalmak, nincs bizalom).
10. Közösségi támogatás, segítségkérés. Fontos! Ha valakivel beszélünk, aki

Folytatás a 7. oldalon

## COVID-ellátás és telemedicina

**Elnökök:**  
Égerházi Anikó, Oriold Károly

csütörtök, 14.45–16.15 – Liszt II–III. terem

**Az Egis Gyógyszergyár Zrt. szeretettel meghívja Önt**  
a Magyar Pszichiátriai Társaság XXV. Vándorgyűlésén tartandó szimpóziúmára,  
melynek címe:

**„HA ÉN EGYSZER FELNŐTT LESZEK...”**  
**- LELKÜNK MÉLYÉN A GYERMEK**  
Üléseelnök: Dr. Purebl György

---

**ELŐADÓK**

**DR. PÁSZTHY BEA:**  
A gyermekek és kamaszok mentális egészsége a jóléti társadalmakban.

**DR. RÉTHELYI JÁNOS:**  
Gyermekkorból a felnőttkorba:  
Hogyan vesszük magunkkal a genetikai hatásokat?

**DR. UNOKA ZSOLT:**  
Élettörténeti fordulópontokhoz köthető krízisek: kulturálisan meghatározott élettörténet, a biológiai óra és a megélt életünk konfliktusai

---

**BUDAPESTI KONGRESSZUSI KÖZPONT, PÁTRIA ELŐADÓ**

További információk:  
Egis Gyógyszergyár Zrt. Specialista Üzletág  
1134 Budapest, Lehel u. 15., tel.: 06-1-803-2222,  
e-mail: marketing@egis.hu, honlap: hu.egis.health  
Lezárás dátuma: 2022. 09. 22.

AZ ORVOSOK, ORVOSTANHALLGATÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGE

## Amit a „fehér köpeny” eltakar

2022 márciusában a The New York Times közölt egy cikket arról, hogy vajon mi lehet az oka annak, hogy oly sok orvos titokban gyógyít(tat)ja mentális betegségét. A cikk szerzője (Seema Jilani) gyermekorvos, önkéntes segítő és Fulbright-ösztöndíjas orvos, aki praxisa során számos megrázó élethelyzettel találkozott, ugyanakkor az őt körülvevő elvárások és intézményi kultúra kezdetektől azt közvetítette felé, hogy ezekkel a traumákkal csendben, félrehúzódva, nyilvános könnyek és panaszszavak nélkül illik megbirkózni. Továbbmenve, a felváltalt, „beismert” mentális probléma orvosként még szakmai hátrányt is jelenthet a későbbiek során. Ezek a személyes élmények a tengerentúlról származnak, de nem kell még a szomszéd osztály vagy rendelő folyosójáig sem elmennünk ahhoz, hogy hasonló tapasztalatokkal élő kollégával találkozzunk.

A helyzetet tovább árnyalja, hogy egyes epidemiológiai vizsgálatok az orvosi egyetem hallgatói között is magas érintettséget mutatnak (Thun-Hohenstein et al., 2020: több mint 20%-a pszichés zavarban szenved és/vagy mentálhigiénés problémákkal küzd).

Az, hogy a mentális problémák az orvosok, orvostanhallgatók között is megjelennek, talán nem is meglepő (bár a kiemelkedően magas szuicid ráta nagyon komoly figyelmeztető jel). A jelenség másik oldala azonban a segítségkérésnyújtási lehetőség elmaradásának magas aránya. Egy 2017-es vizsgálat (Dyrbye et al., 2017) azt mutatta, hogy a megkérdezett orvosok mintegy negyven százaléka

nem hajlandó a mentális egészsége érdekében ellátást igénybe venni. Számos oka van ennek, és bár vannak országonkénti eltérések, azonban a fő szempontok meglehetősen hasonlóak az orvosok és az orvostanhallgatók között is. Az egyik leggyakrabban említett ok a stigmatizáció, melynek azonban pont az egyik legfőbb forrása mi magunk orvosok és az egészségügyi szakdolgozók vagyunk. Ijesztő, hogy ez a negatív attitűd és az ehhez társuló hiedelmek már az egyetemi rendszerben is megfigyelhetők. A másik ok az orvosi alkalmasság megkérdőjeleződése. Az orvosi egészség és a gyakorlati kompetencia közötti kapcsolat bár vitathatatlanul egyértelmű, ugyanakkor az ehhez társuló hiedelem nem veszi figyelembe az enyhe esetek gyakoriságát és a kezelések hatékonyságát. A szakmához társuló elvárás jól illusztrálja a Journal of Patient Safety metaanalízise, melyből kiderül, hogy az orvosok jelentős része a mentális problémákat a gyengeség jeleként azonosítja (Busch et al., 2020). A munkájuk során lelki-fizikai traumát elszenvedettek több mint fele arról számolt be, hogy nem kapott a feldolgozásban intézményi segítséget. Glen Gabbard megfogalmazása: az orvosokat eltéríti a pszichiátriai szakellátáshoz való fordulástól az, hogy ezen a pályán nincs helye az önbizalomhiánynak, márpedig a pszichés zavarokat sokan és gyakran még mindig a megrendült énbiztonsággal és ebből egyenesen következő alkalmatlansággal azonosítják. Szintén ő emeli ki, hogy a pszichés problémák esetén nagyon gyakoriak az ún.



folyosói konzultációk, a sebtében, túlzott tapintattal kialakított diagnosztikus benyomások alapján javasolt gyógyszeres terápia megoldások (Jilani S., 2022). A megszólított pszichiáterek túl gyorsan támaszkodnak a hozzájuk forduló orvoskollégák vélt orvosi tudására. Gyakori, hogy az orvosok úgy fogalmazzák meg saját panaszait, mintha valamely betegük kezelésében kérnének segítséget.

2016-ban egy online vizsgálat olyan orvosnőket keresett meg, akik egyben szülők is (Gold et al., 2016). A megkérdezettek mintegy 50%-a úgy érezte, hogy kimeríti valamely mentális zavar diagnosztikus kritériumait, ugyanakkor nem kértek kezelést. Ennek okai a következők voltak:

1. úgy vélték, hogy ezt önmaguk is tudják orvosilag kezelni;
2. úgy gondolták, hogy erre már végképp nem tudnak pluszidőt szánni;
3. a félelem attól, hogy nem tartják őket alkalmasnak a munkára, ha kitudódik.

A COVID-pandémia fokozatosan irányította figyelmünket erre a területre. 2021-ben Spányik és mtsai által végzett online felmérés alapján a legjelentősebb eltérést az átlagtól a depresszióskálán és a kiegészítő dimenzió érzelmi kimerülés vonatkozásában találták. A válaszadó eü. dolgozók mintegy 24,9%-a jelzett szorongást és 24,8%-uk depressziót. A mentális állapotot befolyásoló háttérváltozók közül a bizonytalanság és a kiszámíthatatlanság volt a legerősebb.

Az intézményi, egészségügyi kultúra Achilles-sarkát jelenti a titoktartás kérdése, ami az orvosok és orvostanhallgatók

esetében egyaránt komoly visszatartó tényező a segítségkeresés tekintetében. És nemcsak hazánkban, hanem az angol-szász területű irodalomban is újra és újra felmerül a független, alacsony küszöbű rendszerek épp emiatti szükségessége.

A szimpózium keretében a titoktartási előírásokat betartva eseteken keresztül járjuk körbe a probléma személyes tapasztalatait. A megyei kórház „folyosói”, pszichiátriai megkereséseit az SZTE medicusok számára kialakított egészségpszichológiai tanácsadás tapasztalataival összevetve a szakirodalom fényében értékeljük. Láthatjuk, hogy nemcsak idehaza, hanem a jelentős gazdasági erőforrásokkal rendelkező, legfejlettebb egészségügyi rendszereket működtető ellátások számára is komoly kihívást jelent ez a terület. Áttekintésünkkel szeretnénk a hazai rendszerekre adaptálható modelleket is megismertetni.

**Kelemen Oguz, Racs Eszter,  
Mátyássy Adrienn**

## Orvosok mentális egészsége szimpózium

**Elnök: Kelemen Oguz**

**csütörtök, 16.45–18.15 – Lehár II–III. terem**

**Magyarul is elérhető egy öngyilkosság-megelőző webapplikáció, a 12 lépéses biztonsági terv**

Folytatás a 6. oldalról

tud hallgatni, az értékes módszer a szorongás csökkentésére. De nem mindenki alkalmas erre, a megfelelő személy megtalálása, kapcsolatba lépés vele.

11. Biztonságos helyre való távozás (Kinél tölthet egy éjszakát a krízisben levő?). Ilyen biztonságos hely rendkívül fontos.

12. Professzionális segítségkérés – mentő kihívása.

A felhasználót a rendszer a „küzdj vagy menekülj” szimbólumrendszeren

segíti át és hosszú távú fejlődésre is alkalmas kínál. Krízishelyzetben a felhasználó hozzáfér a korábban betáplált kapcsolataihoz és megnyugtató élményeihez. A „segítő” részben felöltheti barátai, ismerősei, professzionális segítői adatait, és azt is, hogy az adott segítő a nap melyik szakában, milyen tevékenységben hívhatja. Ki az, aki oldhatja magányát, akivel kávézhat, mikor, milyen telefonszámon hívható, itt érhető el a pszichiáter, terapeuta, rokon is. Az applikációban azonnal elérhetőek ezek. A könyvtárba részben betáplálhatók megnyugtató zenék, boldog élmények leírása, olyan képek, festmények, melyek alkalmasak arra, hogy a krízisről eltereljék a figyelmet.

**Oriold Károly**

### Kapcsolódó irodalom

1. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M: Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. J Patient Saf 2020; 16(2): e61-e74. Published online 2019 Mar 28. doi:10.1097/PTS.0000000000000589
2. Dyrbye LD, West CP, Sinsky CA, Goeters LE, Satele DV, Shanafelt TD: Medical Licensure Questions and Physician Reluctance to Seek Care for Mental Health Conditions. Mayo Clin Proc 2017; 92(10): 1486-1493. doi:10.1016/j.mayocp.2017.06.020
3. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL: “I would never want to have a mental health diagnosis on my record”: A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment, and reporting. General Hospital Psychiatry 2016; 43: 51-57.
4. Jilani S: Why So Many Doctors Treat Their Mental Health in Secret. The New York Times. 2022. <https://www.nytimes.com/2022/03/30/opinion/doctors-mental-health-stigma.html>
5. Spányik A, Simon D, Rigó A, Demetrovics Z: A COVID-19-járvány mentális hatásai az egészségügyben. Orvosok Lapja 2021-12-20.
6. Thun-Hohenstein L, Höbinger-Ablasser C, Geyerhofer S, Lampert K, Schreuer M, Fritz C: Burnout in medical students. Neuropsychiatr 2021; 35(1): 17-27. doi:10.1007/s40211-020-00359-5
7. Spányik A, Simon D, Rigó A, Demetrovics Zs: A COVID-19-járvány mentális hatásai az egészségügyben. Orvosok Lapja 2021; 18(6): 14-16.

## Alkohol, nikotin, ivóvíz és öngyilkosság

Régóta ismert, hogy a táplálkozási tényezők (természetesen beleértve a folyadék-bevitelt is) jelentős szerepet játszanak a szervezet egészséges fejlődésében. Az alkoholizmusnak és a dohányzásnak a szuicid magatartással való többszörös kapcsolata régóta ismert. Az öngyilkosságban meghaltak és a szuicid kísérletet elkövetők között a depresszió után a szorongásos és alkohollal kapcsolatos betegségek a leggyakoribb diagnózisok, és arra is van bőven adat, hogy a dohányzás független szuicid rizikófaktor, részben azért, mert a pszichiátriai betegek (főleg a depressziós és szkizofrén páciensek) eseteiben különösen gyakori a dohányzás. Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy a dohányosok sokkal impulzívabb személyiségűek, mint a nemdohányzók, és az impulzivitás is jól ismert szuicid rizikófaktor. Újabban egyre több szó esik az ivóvíz lítium- és arzéntartalmának az öngyilkos magatartásban játszott szerepéről is.

A lítium szuicid prevenciók hatása szintén évtizedek óta ismert, és ennek két fő komponense az affektív epizódok profilaxisa és a lítium szintén ismételt igazolt antiagresszív, antiimpulzív hatása. Ugyanakkor ez a hatás napi 500–1500 mg lítiumbevitel mellett 0,5–1,0 mmol szérumszintek esetén észlelhető. Az ivóvíz lítiumtartalma (amely régióként nagy különbségeket mutat) viszont ennél a szintnél kb. 3–500-szor alacsonyabb. Ezért első pillanatban meglepő, hogy az utóbbi 20 évben több mint 12 országból származó, közel kéttucat vizsgálat – két kivétellel – azt találta, hogy az ivóvíz alacsonyabb lítiumtartalma és az adott terület magas szuicid halálozása szignifikánsan összefügg. Saját vizsgálatainkban ezt a kapcsolatot Magyarországon is kimutattuk, és azon sem lepődünk meg, hogy hazánkban a az ivóvíz lítiumszintje a déli, délkeleti régiókban a legalacsonyabb, ahol az öngyilkossági ráta viszont

a legmagasabb (Izsák et al., J Affect Disord, 2022; 298: 540-547). Ezek szerint, ha a terápiás tartományhoz képest nagyon alacsony lítiumexpozíciónak az egyén már a fogamzástól fogva van kitéve, a lítiumnak (az idegfejlődésre gyakorolt) hatása talán ezen a szinten is érvényesül. Az összefüggés oki jellegét megerősítik azok a vizsgálatok, amelyekben az ivóvíz magas lítiumtartalma a szérum magas BDNF-szintjével jár, és ez utóbbi öngyilkosságban meghaltaknál a kontrollokhoz képest szignifikánsan alacsonyabb. Ugyancsak a kapcsolat kauzális jellege mellett szól az is, hogy ahol magas az ivóvíz lítiumszintje, ott (természetesen szubklinikus szinten) alacsonyabb a T-3, T-4 és magasabb a TSH szintje, és ez a csökkent pajzsmirigyműködés a lítium jól ismert mellékhatása.

Több mint száz éve tudjuk, hogy az arzen nagyon kis adagban és rövid ideig alkalmazva étvágygerjesztő és robórán, de nagyobb dózisban és tartósan toxikus és depressziógén. Saját vizsgálataink szerint hazánkban az ivóvíz magas arzéntartalma és a befejezett öngyilkosságok gyakorisága pozitívan korrelál, és – szintén nem meglepő módon – azt találtuk, hogy Magyarországon ott a legmagasabb az ivóvíz arzénszintje (déli, délkeleti régiók) ahol az öngyilkossági halálozás magas (Rihmer et al., J Affect



Disord, 2015; 182: 23-25). Az ivóvíz és az öngyilkosság komplex összefüggései természetesen további vizsgálatokat igényelnek. A kérdés pontos megválaszolását nehezíti többek között az is, hogy egyre többen fogyasztanak palackozott vizet, amely értelemszerűen nem az illető lakóhelyéről származik.

A nem dohányzó és absztinens személyek, akik csak vizet isznak, nem feltétlenül védettek a szuicid rizikófaktoroktól, hiszen az ivóvíz alacsony lítium- és magas arzéntartalma – az eddig ismert rizikófaktorok mellett – további öngyilkosságra hajlamosító tényezőnek tekinthető. Hazánkban az alacsony lítium- és magas arzéntartalmú ivóvízzel való ellátás területi megoszlása részben magyarázza a szuicid mortalitásban régóta fennálló északnyugat-délkelet különbséget.

Rihmer Zoltán

### Szuicidológiai kutatások

Elnökök:

**Fekete Sándor, Rihmer Zoltán**

csütörtök 14.45–16.15 – Mozart I–III. terem



Egyedülálló, tartósan **hatékony** terápia, **évente 4x** a szkizofrénia kezelésére\*

**A HAVI EGYSZERI PALIPERIDON-PALMITÁT KEZELÉS MELLETT MÁR REMISSZIÓBAN LÉVŐ BETEGEK 67,8%-A TOVÁBBI JAVULÁST TAPASZTALT A TREVICTA®-RA VALÓ ÁTÁLLÁS UTÁN #1**

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer Alkalmazási előírását! A hatályos Alkalmazási előírás teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/)) honlapján.

**TREVICTA® 175 mg, 263 mg, 350 mg, 525 mg retard szuszpenziós injekció (paliperidon-palmitát)**



Szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható, kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (Sz). A forgalomba hozatali engedély számai: EU/1/14/971/007-008-009-010. A forgalomba hozatali engedély jogosultja: Janssen-Cilag International NV Belgium, helyi képviselő: Janssen-Cilag Kft., Nagyenyed u. 8-14. H-Budapest, 1123. Tel.: +36 1 884 2858.

A TREVICTA® készítmény Eü 100%-os támogatásban részesül, a 32/2004 EszCsM rendelet 10.a/2 indikációs pontja alapján, térítési díja: 300 Ft. Hatáserősségként a bruttó fogyasztói ár/támogatás összege: 175 mg: 191 778 Ft / 191 478 Ft; 263 mg: 287 148 Ft / 286 848 Ft; 350 mg: 356 208 Ft / 355 908 Ft; 525 mg: 461 444 Ft / 461 144 Ft.

Az esetleges árváltozásról kérjük tájékozódjon a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapról.

1. Garcia-Portilla P et al. Poster EP.1170 presented at European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) congress 2018. 6th-9th October 2018, Barcelona, Spain. # a kiindulás és a LOCF végpont között (LOCF: utolsó megfigyelt adat továbbítása)

\*Egyedülálló: Az egyetlen törzskönyvezett 3 havonta alkalmazandó terápia a szkizofrénia kezelésére (OGYÉI gyógyszer-adatbázis, [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu)). Tartósan hatékony: 3 hónapon keresztül tartó hatás (TREVICTA® alkalmazási előírás.) CP-332406, A lezárás dátuma: 2022.07.15.

Janssen-Cilag Kft.  
H-1123 Budapest, Nagyenyed u. 8-14.  
tel.: (+36) 1 884 2858, fax: (+36) 1 884 2939  
e-mail: [janssenhu@its.jnj.com](mailto:janssenhu@its.jnj.com)  
[www.janssenmed.hu](http://www.janssenmed.hu)

