

# Hogyan építsünk hidakat?

Kérdések, kihívások, megoldások a pszichiátriában

**A Magyar Pszichiátriai Társaság  
XXV. Vándorgyűlése**

**2022. szeptember 28 – október 1.**



**Absztrakt-kötet**

# Tartalom

Plenáris előadások.....	3
Szimpóziumok.....	7
Előadások.....	54
Kerekasztal-beszélgetések .....	97
Munkacsoportok .....	103
Poszterek .....	106
WAPR.....	125
Névmutató .....	129

---

# Plenáris előadások

---

## Exercise in Schizophrenia: Understanding and Cure

*Falkai Peter*

Ludwig-Maximilian-University, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Munich, Germany

Schizophrenia is a severe brain disorder characterised by positive, negative, affective and cognitive symptoms and can be regarded as a disorder of impaired neural plasticity. This lecture focusses on the beneficial role of exercise in schizophrenia and its underlying mechanisms.

Apart from the established pharmacological treatments in schizophrenia, aerobic exercise has a profound impact on the plasticity of the brain of both rodents and humans such as inducing the proliferation and differentiation of neural progenitor cells of the hippocampus in mice and rats. Aerobic exercise enhances LTP and leads to a better performance in hippocampus related memory tasks, eventually by increasing metabolic and synaptic plasticity related proteins in the hippocampus. In healthy humans, regular aerobic exercise increases hippocampal volume and seems to diminish processes of ageing like brain atrophy and cognitive decline.

Several meta-analyses demonstrate the beneficial effect of exercise on function, positive as well as negative symptoms and brain structure in multi-episode schizophrenia.

## How can we build bridges? – questions, dilemmas and answers in eating disorders

*Gorwood Philip*

Chef de service et de pôle CMME, Hôpital Sainte-Anne GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences Université de Paris Institut Psychiatrie et Neurosciences de Paris (INSERM U1266)

Psychiatry is an atypical speciality, being a clear cut medical speciality, but largely depending on the progress of research in neuroscience (as psychiatric disorders are brain disorders) and even more atypical because of its strong relationship with cultural and social aspects. Being at the boarder of so many sources of knowledge might explain that bridges are difficult to build. We will enlight some of these difficulties with the example of eating disorders.

Accordingly, around 10% of patients with anorexia nervosa will die prematurely because of the eating disorder.

50% of these deaths are explained by suicide, the other half being related to somatic failures (mainly cardiac events), which means that 50% are of psychiatric origins and 50% are somatic, therefore requiring both specialises.

Patients with anorexia nervosa have access to various medical care, largely depending on where patients live. In this regard, after severe weight loss, patients may be referred to either a somatic or a psychiatric ward, with limited capacity to choose. Interestingly, departments specialized on eating disorders have some specialises from both fields.

Being at the border of different disorders, specialities and origins, also means that few teams are interested in developing this atypical and highly demanding care. The consequence is that there is a lack of access to quick and appropriate care.

The EPA developed a VOT project (value of treatment), in order to demonstrate that investing money in new structures, or improvement of the existing ones, will transform, at the end of the day, in quicker access to care, more efficient treatment, then better prognosis, and therefore saving money. The analyses of this group will be shared during the presentation (in prep).

Creating bridges also means some efforts made by all clinicians specialized in mental health care. In this regard, filling in questionnaires, making regular reports and transmitting them to the GP and the patients seem relatively rare for psychiatrists, increasing the negative image the other specialists have on our practice.

4

## „Nem hallom önmagam” – ukrainai menekültekről és a háború traumáiról

*Hárdi Lilla*

Cordelia Alapítvány, Budapest

Az elmúlt 20–25 évben egyre több figyelmet szentel a szakirodalom a menekültek pszichés állapotának elemzésére.

A menekülteknél előforduló számos kórkép mögött vélük felfedezni a traumás hátteret, ami – esetükben – szoros összefüggést mutat a menekülés tényével, körülményeivel és sok egyéb szociopolitikai tényezővel.

Kibővült a Poszttraumás Stressz Zavar fogalma és egyre többet foglalkoznak a traumatikus következményekkel járó hivatásokban a vikárius traumákkal és a kiegészítésével is.

Előadásomban a menekültek traumájával, a multikulturális kontextus értelmezésével és a poszttraumás pszichés következmények kezelésének multidimenzionális megközelítésével foglalkozom.

Az ukrainai háború közelsége és következményei miatt a probléma mindannyiunk számára aktualitást nyert.

A pandémia nyomasztó terhe és traumás utóhatásai még nem múltak el sem bennünk, sem a pácienseinkben, amit csak fokoz a közelben dúló háború okozta megterhelés. A két kultúra nem esik távol egymástól, ezért könnyebben bevonódunk a hozzánk érkezők traumás világába.

Az előadás a háborús traumák feldolgozásával, a veszteségekkel és a gyásszal való szembenézés perspektíváival foglalkozik a jelenkori történelmi események árnyékában.

A menekülés traumás következményeinek kezelése számos szakember összehangolt munkáját igényli. Az előadás megpróbál rávilágítani, hogy miként zajlik ez ma Magyarországon, milyen összehangolt rendszerek együttes mozgása, működése szükséges a trauma pszichés következményeinek gyógyításához.

## Trauma és emlékezés a kognitív idegtudományok és a molekuláris pszichiátria szemszögéből

Kéri Szabolcs<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

A poszttraumás stressz-zavar (PTSD) 1980-as hivatalos születése óta egyike a legellentmondásosabb noszológiai kategóriáknak: a DSM-5 és a BNO-11 összevetésének tanúsága szerint az egyértelmű szakmai konszenzus 2022-ben is hiányzik. Ennek ellenére a poszttraumás stressz biológiai modelljei kifinomultak és reprodukálhatóak a neuronhálózatok és a molekuláris mechanizmusok szintjén is. Ismeretes, hogy elsődlegesen az amygdala basolateralis régiójában lokalizálható asszociatív tanulási folyamatokon túl a fronto-parietalis végrehajtó hálózat, a cingulo-insularis salience hálózat és a kontextuális érzelemszabályozásért felelős fronto-hippocampalis rendszer is kiemelt szerepet játszik a tünetek megjelenésében. A kulcstényező az affektív – autobiografikus – emlékezet konszolidációja és az egyes előhívási eseményeket követő memória destabilizáció és rekonszolidáció molekuláris szabályozása. A rekonszolidáció viselkedéses és farmakológiai lehetőséget kínál az engramok megváltoztatására és módosítására. Ezt használja ki a kognitív terápia alatti prolongált expozíció. Állatkísérletes modellekben kemogenetikai módszerekkel a rekonszolidáció alatt új engramok létrehozására vagy meglévő engramok törlésére is lehetőség van. A kritikus kérdés az, hogy a PTSD kezelésébe betörni látszó pszichedelikumok és más újabb modulátorok (pl. NR2B-ligandok, VMAT2 – 5-HT2A koregulátorok) miként befolyásolják a rekonszolidáció alatt történő engramátalakulásokat klinikai körülmények között, a farmakológiai és pszichoszociális beavatkozások hogyan lépnek kölcsönhatásba egymással, valamint a radikális engrammódosítások hogyan befolyásolják a szelf-reprezentációt, és ennek milyen etikai vonatkozásai vannak.

## A művészetterápia előzményei és lehetőségek a különbözőségek áthidalására

Simon Lajos<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE), Budapest

A művészet szerepe a pszichés betegségek gyógyításában a XX. század második felében vált egyre nyilvánvalóbbá és került be művészetterápia néven az orvostudomány gyógyító kelléktárába. *Adrian Hill* 1945-ben elsőként használta a „művészetterápia” kifejezést az *Art Versus Illness (Művészet vagy Betegség)* című könyvében. A pszichiátriai betegséggel élők művei korán széles körű érdeklődést keltettek. A képek eredetisége, stílusa, a szenvedő ember élményvilágának, hallucinációinak, látomásainak, kóros gondolatainak közlése, azoknak különös módjai, megragadták a szemlélőket. Már a XIX. században megjelentek az első közlések a pszichiátriai betegséggel élők alkotásainak vizsgálatáról. Két egymástól eltérő, de egymást ki is egészítő megközelítés fejlődött ki. Az egyik irányzat képviselői a mentális betegségek tüneteinek jellegzetes megnyilvánulásait vizsgálták az alkotásokban, ami meg tudta erősíteni a betegek diagnózisait. A betegek alkotásait nem műalkotásnak, hanem izgalmas tünet-tani jelenségnek tekintették. A másik irányzat képviselői a páciensek alkotásait elsősorban műalkotásnak tekintették és az alkotások elemzését esztétikai és művészeti szempontok szerint végezték. A XIX. század végén és a XX. század első felében nagy gyűjtemények jöttek létre a pszichiátriai intézményekben a betegek művészi alkotásaiból.

*Jakab Irén* – többek között a pécsi *Reuter Camillo* gyűjtemény kutatása alapján – először fogalmazta meg, hogy a pszichiátriai betegségek önmagukban nem okoznak alkotói zsenialitást, sőt a kórképek aktív fázisai, illetve a betegség hosszas fennállása rontja az alkotói képességeket, és jelentősen csökkenti az alkotások művészi színvonalát. *Hárdi István* kutatása az általa kifejlesztett dinamikus rajzvizsgálat módszerrel, kimutatta, hogy a szkizofréniával élő alkotók tehetségének és kreatív készségének jól követhető csökkenése összefügg a betegség fennállásának időtartamával, illetve kóros mentális állapotok csak ritkán vezetnek jobb alkotói teljesítményhez.

A szakemberek a múlt század közepétől a művészetet, mint terápiás eszközt kezdték alkalmazni a kreatív és művészetterápia keretében. A páciensek a különböző művészeti ágakban aktív alkotóként, vagy művészi alkotások befogadójaként vesznek részt a közös munkában. Az aktív formában az önálló alkotói folyamat az elsődleges, az önkifejezés és az alkotás öngyógyító

folyamata a fontos és hatékony, ami alkalmanként akár katartikus erejű is lehet. A létrehozott mű esztétikai értékével, önálló életet kezd élni és visszahat az alkotójára is, aki befogadóként éli át azt az élményt, amit az általa készített alkotás vált ki belőle. Befogadóként a művészetterápiában, a művészeti alkotások hatása, kognitív és érzelmi tükröződése a felismerésnek, az élményszintű változásnak, az önismeret növekedésnek az alapjául szolgál. A művészet összekapcsol és hidat épít az eddig ismert és még nem ismert helyzetek, érzések, élmények között. A művészetterápia hídjai átvezethetnek a túloldalra az önkifejezéshez, a spontaneitáshoz, a láthatóvá váláshoz. Eljuttathatjuk a pácienseinket ezeken a hidakon a családdhoz, az elfogadáshoz, és elvezethetjük őket a stigmák és előítéletek veszthelyéhez, ahol már biztonságban érezhetik magukat. A művészetterápia nemcsak a betegeknek segít, hanem összekapcsolja a verbális és nonverbális terápiát, segít áthidalni a gyógyító team beteggel kapcsolatos különböző megközelítéseit is. A túloldalon lévők megértéséhez át kell sétálnunk hozzájuk. A túloldalon mindig mások vannak. A túloldalon mindig mi vagyunk. Aki ezt megérti – betegek és terapeuták egyaránt –, képessé válik empátiával, megértéssel, vagy csak szimpla elfogadással a másik oldalra tekinteni. A művészet – legyen bármilyen a megnyilvánulási formája – közvetíteni akar. Közvetíteni akar gondolatoikat, érzéseket, szépséget, keménységet, lágytságot, zeneiséget, szerelmet, szimmetrikus és aszimmetrikus formákat, a valóságot, de egyben a megfoghatatlanságot is. A művészetterápia segíthet, hogy kialakuljon betegeink számára is egy közös, élhető élettér.

A túloldalon mindig mások vannak. A túloldalon időnként nekünk is ott kell lennünk.

## Az egészségügy egészségpolitikai értékelése

*Sinkó Eszter*

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

Az egészségügy válságos állapota közismert az ellátást igénybe vevők oldaláról, de a politika mintha nem ismerne fel a helyzet súlyosságát. Még mindig ódzkodik a valódi megoldásoktól, félmegoldásokkal megelégszik. Ennél nagyobb a baj, kényszerhelyzet állt elő az érdemi beavatkozásra.

# Szimpóziumok

## MIGRÁCIÓS KRÍZISEK ÉS TRAUMÁK

*Hárdi Lilla<sup>1</sup>, Balázs Judit<sup>2</sup>, Fuch Ágnes<sup>1</sup>,  
Kepics Zsanett<sup>3</sup>, Hegedüs Ildikó<sup>1</sup>, Sebestyén Árpád<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Cordelia Alapítvány, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE PPK Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai  
Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>3</sup> Traumaközpont Nonprofit Kft., Budapest

A szimpózium az ukrainai háborúból menekülő felnőtteknek, gyermekeknek és serdülőknek adott pszichés segítségnyújtás palettáján vezeti végig a hallgatót.

*Balázs Judit* önkéntes munkacsoportjával „játzócsoportot” szervez rendszeres időpontban, hetente több alkalommal gyermekeknek és családjuknak: (1) egyrészt fix helyen, az ELTE Pszichológia Intézetében; (2) másrészt külső helyszíneken, ahol egyszerre sok gyermekkel és családjukkal foglalkoznak; (3) továbbá olyan külső helyszínen, ahová a gyermekeket családjuk nélkül helyezték el.

*Fuch Ágnes* terápiás zökkenőkről és kisimulásokról beszél az alig szervezett kezdetektől a szervezett munka adta melegezettségig. A Cordelia Alapítvány terapeutái által megtett utat mutatja be, amin közösen jártunk az időszakos elakadásokkal és az összhang megrendítő pillanataival együtt.

*Sebestyén Árpád* az háborús helyzet alatt fokozódó emberkereskedelem lehetőségének veszélyét, a tájékoztatás fontosságát és a jelenség kiemelten fontos felismerését hangsúlyozza előadásában. Gyakorlati tapasztalatait és a Traumaközpont keretében végzett kutatás eredményeinek tanulságait ismerteti.

*Kepics Zsanett* a menekülő gyermekekkel és serdülőkkel folytatott pszichológiai munkában a terapeuta–gyermek–tolmács közötti verbális és nonverbális interakciókat próbálja értelmezni. Kiemelten fontos szerepet tulajdonít a tolmács bevonásával folyó nonverbális játékterápiáknak és az ezekben való személyi kapcsolódásoknak.

*Hegedüs Ildikó* a háború térbeli közelsége és jelenidejűsége miatt, a korábbi munkánkhoz képest különleges kihívásokról beszél. Ilyen közeli humanitárius katasztrófa estén a terápiás törekvésekben nagyobb hangsúlyt kell kapnia a krónikus PTSD prevenciójára

való törekvésnek és az Akut stressz-zavar tudatos szűrésének. A segítők traumája is más, ami a fokozott támogatás igényének kifejezésében is megnyilvánul.

*Hárdi Lilla* az önkéntes segítők és a szakemberek folyamatos támogatásának jelentőségét hangsúlyozza. A képzésekben a korai kiégés megelőzése céljából kiemelt szerepet kap a prevenció és a szupervízió, amire a segítőknek is növekvő igényük van.

**Ukrajnából menekülő gyermekek és családjuk segítése: Az ELTE Gyermekkorai Pszichés Zavarok Kutatócsoportjának munkája**

Balázs Judit<sup>1,2</sup>, Kollárovics Nóra<sup>3,4</sup>,  
Brandão Anna Paula<sup>5</sup>, Farkas Bernadett Frida<sup>3</sup>,  
Roszik-Volovik Xénia<sup>1,5</sup>, Frank-Bozóki Eszter<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup> Bjørknes University College, Oslo, Norway;

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

<sup>4</sup> Nemzetközi Cseperedő Alapítvány, Budapest;

<sup>5</sup> ELTE, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

Az ELTE Gyermekkorai Pszichés Zavarok Kutatócsoportja az Ukrajnában zajló háború kitörése után azonnal megkezdte a menekülésre kényszerült gyermekek és családjuk segítségét. A munkát önkéntesen jelenleg is folytatják. Az aktuális igényeknek megfelelően „játzócsoportot” szerveznek rendszeres időpontban, hetente több alkalommal gyermekeknek és családjuknak: (1) egyrészt fix helyen, az ELTE Pszichológia Intézetében; (2) másrészt külső helyszíneken, ahol egyszerre sok gyermekkel és családjukkal foglalkoznak; (3) továbbá olyan külső helyszínen, ahol a gyermekeket családjuk nélkül helyezték el. A csoportok kiemelt fókuszja a mentális betegségek prevenciója. Bár mindegyik csoport a gyermekekkel való játékos foglalkozás köré szerveződik, a további kapcsolódó tevékenységek körét számos tényező befolyásolja, mint például a helyszín jellege, a kutatócsoporton kívüli további segítők köre/hiánya, a meneküléstől eltelt idő, a gyermekek-szülők korábbi és jelenlegi helyzete. Az előadás ezen csoportok módszerét és tapasztalatait mutatja be.

**Hegyen-völgyön át.  
Terápiás zökkenők és kisimulások az Ukrajnából menekülők terápiás ellátása során**

Fuchs Ágnes

Cordelia Alapítvány, Budapest

2022. február 24-én Oroszország háborút indított Ukrajna ellen. A következő hónapokban emberek tízezrei menekültek el az országból, részben Magyarországra. Érkeztek Kelet-Ukrajnából, közvetlen háborús traumák elszenvedése után és érkeztek Kárpátaljáról, illetve más, a háború által közvetlenül nem érintett területről is.

Alapítványunk több mint 25 éve nyújt pszichoterápiás és rehabilitációs ellátást háborús övezetből – népi- és polgárháború elől – menekülő embereknek. Ez az új helyzet mégis kihívást jelentett mindannyiunknak a menekülők nagy száma, a magán, civil, majd állami segítségnyújtás formáinak lassú stabilizálódása miatt.

Kezdetben informális csatornákon, a közösségi média felületein, vagy a menekültek szállásaira személyesen bekopogva teremtettünk kapcsolatokat, ajánlottunk segítséget. Később utazó team-eket alakítottunk, így jutva el a fővárostól távol elhelyezett menekültekhez is. A terápiás intervencióinkat sokszor a körülményeknek és a lehetőségeknek megfelelően alakítottuk, az akut kríziskezelés mellett tartottunk csoportokat, elláttunk pszichiátriai betegeket. Hétről hétre, új terapeuták és tolmácsok csatlakozásával épült fel és alakult ki az a struktúra, ami kellően rugalmas ahhoz, hogy alkalmazkodjon a változó igényekhez, ugyanakkor biztosítsa a hosszabb távú terápiás munka kezeit is.

Előadásomban ezt a folyamatot szeretném bemutatni a buktatókkal és a megrendítő pillanatokkal együtt.



## **Pszichotrauma és migráció háború idején**

*Hárdi Lilla*

Cordelia Alapítvány, Budapest

A Cordelia Alapítvány terapeutái extrém traumát átéltek, bántalmazott menekült háttérű személyekkel foglalkoznak 26 éve.

A szerző röviden bemutatja a terápiás munka fejlődését, valamint a segítők szerepét és annak változását az ukrain háború kitörése óta Magyarországon.

### *1. A pályaudvaroktól a szállásokig: igények és lehetőségek*

A pályaudvaron az érkezőket önkéntesek sokasága fogadta, akik az alapvető igények kielégítésével foglalkoztak. Ezek a helyek nem voltak a terápiáknak, inkább a pszichológiai elsősegélynek és krízisintervencióknak. Számos segítő szakember vett részt ezekben a munkákban.

A terápiás igények a későbbiekben jelentkeztek magán kezdeményezésre, máskor a Cordelia Alapítvány mobil terapeuta-csoportjával és tolmácsokkal a menekültek szálláshelyein igyekezett rendszeres pszichés támogatást adni. Mindez csak a korábbi munkacsoport kibővítésével, a kapacitások jelentős megemelésével volt lehetséges. Új kollégákra, új tolmácsokra volt szükség. A tolmácsok ebben a helyzetben egy rövid „pszichológiai ráhangolást” kaptak. Az új kollégákat a gyakorlatban képeztük ki, minden munkanap után a „rangidős” terapeuta megbeszélést tartott az aznapi esetekről. A tolmácsok is folyamatosan tanulhattak, fejlődhetek ezeken a napi megbeszéléseken. A munkacsoport tudására és kohéziójára mindez építő hatást gyakorolt. Hetente az egész csoport online találkozott, hogy az előző heti élményeket átgondolja, feldolgozza és a következő heti munkára előkészüljön.

### *2. A laikus önkéntesektől a szakemberekig*

Az önkéntesek képzése az első időszaktól kezdve fontos volt. Meg kellett ismertetni velük a pszichológiai elsősegély fogalmát és azokat a technikákat, amelyeket a saját traumatikus élményeik és vikárius traumájuk kezelésében használhatnak. Egyre több megkeresés érkezett tréningek tartására mind önkéntes csoportok részéről, mind a pszichológiában, pszichiátrian belül aktívan dolgozó team-ektől.

A résztvevők számára a rendszeres szupervízió fontossága már ezek alatt az alkalmak alatt kikristályosodott.

## **Tapasztalataink az ukrán háborús krízis kapcsán**

*Hegedűs Ildikó*

Cordelia Alapítvány, Budapest

Korábbi munkánkhoz képest a kihívások részben változtak a háború térbeli közelsége és jelenidejűsége miatt.

Ilyen közeli humanitárius katasztrófa esetén a terápiás törekvésekben nagyobb hangsúlyt, tudatos fókuszra kell kapnia a krónikus PTSD prevenciójára való törekvésnek (az akut stressz-zavar szűrésével, kezelésével). Jól sikerült terápiás együttléte során az érzelmi bénultság és elidegenedettség oldódik, ha a traumás élmény, vagy annak legalább részletei megosztásra kerülhetnek. A szupportív terápiákat szükség esetén kiegészítjük szorongásoldó és antidepresszáns gyógyszereléssel, és ami talán még fontosabb, aktív művészetterápiás elemekkel (festés, éneklés, versek felidézése), amelyek a saját, illetve nemzeti identitás felidézése révén erősítik aktuálisan a páciens énjét, segítve az aktív gyászmunka beindítását.

Sok esetben extrém rugalmas keretek között kell megtartani a terápiás kapcsolat stabilitását, kitalálni a hatékony segítség módját (pl. nem engednek be a szállásra, nincs szabad szoba, vagy a kapcsolatfelvétel eleve online történik). Egy eset rövid bemutatásával is szeretném felvillantani ennek a munkának a sokszínűségét.

Az elmúlt időszak másik fő témája a terapeuták, tolmácsok és egyéb segítők vikarizáló traumatizációjának az esélye, amely intenzívebb jelenleg, mikor a háború közelsége a személyes életünkben is megjelenik. Ez érzékelhető volt az önkéntes segítők tréning- és szupervíziós igényében is (amely voltaképpen szintén egy nem szokványos prevenció munkája). Az ENSZ Menekültügy Főbiztossága kérésére a záhonyi állomáson tartottunk tréninget és szupervíziót, illetve volt rá példa, hogy ukrain divízióval is rendelkező cég kérte segítségünket a magyar, illetve környező országbeli munkatársak önkéntes munkájának (a menekülő kollégák támogatása/befogadása, velük való foglalkozás) támogatásában.

Fontos ilyen alkalmakkor a trauma természetének, az akut stressz-zavar tüneteinek magyarázatán kívül a segítő motivációjának eredetére, illetve saját traumás múltjára, annak feldolgozására is felhívni a figyelmet a kiegészítő megelőzése érdekében.

## Hidak a menekülő gyermekekkel folytatott pszichológiai munkában

*Kepics Zsanett*

Cordelia Alapítvány, Budapest, XIII. kerület

10

A Cordelia Alapítvánnyal sorra járjuk az intézményeket, ahol Ukrajnából menekülők kaptak szállást. Többnyire anyákkal és gyermekeikkel találkozunk, de van, amikor kísérő nélküli gyermekekkel/serdülőkkel. Vanak családok, akik csak néhány napig maradnak egy szálláson, velük egyszeri krízisintervencióra van lehetőség, súlyos esetben továbbküldésre kerül sor. Másokkal van lehetőség többször is találkozni, esetleg hosszabb folyamatban együtt lenni. A munkát tolmács segíti. Egy felnőtt számára könnyebben értelmezhető, hogy a tolmács híd, ami összeköti őt és a terapeutát, a gyermekek számára azonban tud szokatlan és nehezen érthető lenni az a helyzet, amiben a tolmács közvetít. Minél fiatalabb a gyermek, annál bonyolultabbá válik ez a fajta munka. „Ezt most ki mondta?” – kérdezi a tolmácsot a fiatal, nem értve, hogy én ígérem meg, hogy utána nézek a Sophia Loren-filmnek, amit ajánlott, vagy a tolmács társam. Hogyan gondolkodom én a tolmács társamról, és hogyan a gyermek? Ahogy labdázunk a gyerekekkel, a tolmács is kap labdát – néha többször is, mint én –, külön kapcsolata is alakul a gyermekekkel, nem csupán egy híd. Emellett megnő a nonverbalitás szerepe a folyamatban, bár szavakkal nem tudunk közvetlenül kommunikálni, gesztusainkban, játékban összekapcsolódunk.

Előadásomban szeretném bemutatni a menekült gyermekekkel és serdülőkkel való munka jellegzetességeit, eddigi tapasztalataimat.

## A háborús menekültek emberkereskedelem veszélyével összefüggő pszichés jellemzői

*Sebestyén Árpád*

Traumaközpont/Cordelia Alapítvány, Budapest

Háborús, de más kritikus vagy veszélyhelyzetből menekülő személyek – bizonytalan, kiszolgáltatott élet-helyzetük okán – fokozottan kitétek az emberkereskedelemben bevonódás veszélyének. Ezt bűnözői csoportok, de egyének is hatékonyan próbálják kihasználni, hisz a prostitúció, a munkára kényszerítés valamelyik formája hatalmas jövedelmezőséget jelent az elkövetők számára. A jelenség megakadályozása, a bevonódás lehetőségének csökkentése érdekében nagyon fontos a társadalom tagjainak – de a szakemberek – tájékoztatása is azon pszichés jellemzőkről, amelyek az emberkereskedelem áldozatait jellemzik, ahhoz, hogy felismerhessék a jelenséget, ami erősen rejtett, látens. Miért maradnak az áldozatok látszólag indokolatlanul a bántalmazotti létben, milyen hatással van az áldozathibáztatás a megküzdési lehetőségeikre, mitől félnek a fizikai megtorlás mellett, és hogyan hat ez pszichésen rájuk. Ezekre a kérdésekre igyekszik az előadás megadni a választ országosan, ismeretterjesztő interaktív előadások, gyakorlati kríziskezelői, illetve terápiás tapasztalatok és a Traumaközpont keretében végzett, félig strukturált interjúk elemzésével végzett kutatás eredményei bemutatásával.

Az emberkereskedelem áldozatainak pszichés jellemzőire vonatkozó szakirodalmi hivatkozások száma jóval elmarad más pszichés vizsgálódási területek kutatási intenzitásától. Ezért hiánypótló munka – nemzetközi visszajelzések alapján is – az „Emberkereskedelem pszichológiai mozgatórugói” online kiadvány, amelyre támaszkodva, azt előző és későbbi gyakorlati tapasztalatokkal kiegészítve kerülnek elemzésre az áldozati lét, a menekülés és megmenekülés pszichés vonatkozásai, a bűntudat, a szégyenérzet, az önhibáztatás stb. A jellegzetességek ismertetése esetelemzéseken keresztül, krízisintervenciók (pszichológiai elsősegély, pszichológiai én-erősítés, EMDR Assyst technika stb.), más esetekben a terápiás folyamat (Integratív Gestalt terápia, integratív hipnoterápia) bemutatásán keresztül történik. Végül az előadás következtetések levonására, az ellátás javítását célzó javaslatok megfogalmazására is vállalkozik.

## HATÁSOK ÉS ELLENHATÁSOK ALKOTÓK MŰVÉSZI FEJLŐDÉSÉBEN – MŰVÉSZETPSZICHOLÓGIAI SZIMPÓZIUM

*Gerevich József*

Addiktológiai Kutató Intézet, Solymár

A művésszé válás és fejlődés genezisében különböző külső (személyes és társadalmi környezeti), és belső (traumák, önkifejezési és öngyógyító) hatások érvényesülnek. Az előadók a művészet különböző műfajaiban (zene, fotóművészet, irodalom) tevékenykedett szerzők életét és alkotásait tették górcső alá a pszichobiográfia eszközeivel. *Vivian Maier*, az ismeretlenség homályában élt New York-i fotóművész művészidentitás nélkül alakította ki fotózásos életformáját, amelynek során képessé vált traumáin és élete viszontagságain felülkerekedni (*Horváth Anikó*). A sztálini diktatúrában élt és alkotott zeneszerző, *Dmitrij Sosztakovics* élete az alkotás szabadságának és az önkényuralom elnyomó hatásának ellentmondásai közepette fejlesztette ki zenei önkifejezésének különböző megnyilvánulásait (*Juhász Attila*). *Clara Schumann* zeneszerző és előadóművész, és *Virginia Woolf* író sorsában az a közös, hogy „mindenható” apa révén és ellenére váltak jelentős művésszé (*Ocsovai Dóra* és *Moretti Magdolna*). Végül *Weöres Sándor* költő életműve és addiktív életformája szorosan összefonódott feleségével és alkotótársával, *Károlyi Amyval*, aki nemcsak irodalmi művei létrejöttéhez, de alkoholizmusa fennmaradásához (kodependencia) is hozzájárult (*Marjai Kamilla*).

## Körvonalak – Vivian Maier önarcképei

*Horváth Anikó*

Karinthy Frigyes Gimnázium, Budapest

*Vivian Maier* több mint százezer képet kitevő életművének felfedezése a kétezres évek elejének egyik legnagyobb művészeti szenzációja volt. Bár sorra jelentek meg a kiállítások, kiadványok, könyvek és filmek, arra a kérdésre, hogy ki volt ez a nő a fényképezőgép mögött, nem érkezett válasz. A Rolleiflex gépe mögé bújódó, a körülötte zajló világ eseményeiben elsősorban csak megfigyelőként részt vevő autodidakta fotós a jelek szerint szándékosan igyekezett eltűnni a világ szeme elől. A fellelhető életrajzi adatok, valamint a fényképek, különösen az önarcképek áttekintése révén a jelen tanulmány kísérletet tesz a művész személyiségét és alkotó munkáját meghatározó folyamatok megértésére. A rejtőzködés és megfigyelés, az élet napos és árnyoldalának dokumentálása, a képek felhalmozása és bemutatása iránti igény, illetve a gyerekek szeretete és a felnőttekkel, különösen a férfiakkal szembeni bizalmatlanság közötti ellentmondások arra engednek következtetni, hogy a fényképezés a túlélés, a feltételezhető traumákkal szemben kialakított ellenálló képesség eszköze volt *Vivian Maier* számára. Bár személyiségére, esetleges pszichiátriai kórképére csak következtetni tudunk, fényképei arról tanúskodnak, hogy az életét kitöltő fényképezés terápiás hatással volt rá.

**„A semmi partjáig jutott embernek az életbe való visszatérése” – az autentikus Én kifejezésének drámája Dmitrij Dmitrijevics Sosztakovics szimfonikus műveiben**

Juhász Attila

ELTE, PPK Pszichológiai Intézet, Budapest

12

A művészetpszichológiai tanulmányok gyakorta a művész életében megjelenő traumatikus eseményekre és a patológiás szemléletre helyezik a hangsúlyt, és kevés szó esik az önazonosság kifejezésének teret adó szabadság hatásairól, illetve az alkotás folyamatának környezeti (politikai, társadalmi) korlátairól. Míg az autentikusság formai vizsgálata hagyományosan az esztétika területéhez tartozik, addig a jelenség egy másik, pszichés vetülete – a belső (lelki megélés) és a külső (alkotás) közötti kontraszt és az ebből fakadó dinamikák, illetve megküzdési formák – művészetpszichológiai elemzésre kínálkozik.

Az előadás során a jelenség magyarázata *Dmitrij Dmitrijevics Sosztakovics* – XX. századi zeneszerző – pszichobiográfiáján keresztül történik. Fókuszban a hatalom elvárásaihoz igazodó háborús szimfóniák (VII., VIII., IX.); a Sztálin halála után írt és a leginkább önéletrajzi X. szimfónia, mely a zeneszerző első lehetősége volt az autentikus művészi megnyilvánulásra; valamint a retrospektív irányultságú és az életművet integráló XV. szimfónia állnak.

*Sosztakovics* választását többek között kultúrtörténeti pozíciója – a jurogyivij (szent félkegyelmű) lét, az orosz művészek sajátos lázadó szerepe –, az alkotások ambivalens motívum-használata, a politikai és társadalmi környezet (különös tekintettel a szovjet kultúrpolitikára), illetve a zene – mint közeg – jellegzetességei indokolják, utóbbi esetében jelenthet-e például kiutat a művész számára az absztrakció?

Az előadás törekszik arra, hogy a tárgyalandó jelenséget több szinten közelítse meg: a diszkurzív, következtetésekre alapuló elemzése, az alkotó mögöttes világának analízise, illetve a létkérdések azonosságának egyetemessége alkotják a vizsgálgóds módszertani ívét.

Hogyan képes egyensúlyozni a zeneszerző az alkotás szabadságának és az önkényuralom elnyomó hatásának ellentmondásai között? Milyen módokon csökkenthető a forma és a belső, tiszta intenció közötti kontraszt? Milyen a pszichés vetülete a folyamatos alkotói újrapozícionálásnak? – többek között ezekre a kérdésekre próbál az előadás válasszal szolgálni a hallgatóság számára.

**„A jöhet akármi”: alkoholfüggőség és kodependencia Weöres Sándor alkotói lenyomatain**

Marjai Kamilla<sup>1</sup>, Gerevich József<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Megálló Csoport Alapítvány a Szenvedélybetegekért, Budapest;

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

*Háttér:* *Weöres Sándor* a XX. századi magyar szépirodalom egyik legjelentősebb szerzőjeként kötelez bennünket a rá való emlékezésre. Miközben pályatársai azt hangsúlyozzák, hogy *Weöres* gyermekiségével vált művészetében érett költőirrássá, az ehhez hasonló ellentmondások átszövik azt is, ami alkoholizmusáról és józansággal elkötelezett írói hitvallásáról elmondható. Épp ennyire ellentmondásosnak mutatkozik az élethosszig mellette kitartó alkotó- és élettárrsal, *Károlyi Amy*val fenntartott kodependens kapcsolat is.

*Célok:* Célunk közelebb kerülni ahhoz, hogy miként hatott az alkoholfüggőség és az ezzel együtt járó kodependencia, a *Károlyi Amy*val megélt kapcsolat *Weöres* alkotói munkásságára.

*Módszer:* Dokumentumelemzés életrajzi témájú dokumentumok áttekintésével, valamint ezzel párhuzamos szépirodalmi műelemzés.

*Eredmények:* Első levélváltásuk alkalmával *Weöres* arra kérte *Károlyi Amy*t: „legyen masszív, mint egy aranyból készült papnő”. A költőtől költőig címzett kérés az első randevú után hamarosan házastársi elköteleződést eredményezett. *Weöres* maga is azt vallotta, hogy az alkohol nem a művészi érték megszületését segíti, hanem az önfelfedező, de „művészileg vacak” írások papírra vetését. Míg „Rock and roll” című versében a fékevesztettség és határtalanság szabadság-illúzióját látta, „A másnapos” című költemény a saját függőségének kiszolgáltatott, halálvágy felé sodródó férfi vívódását tárja az olvasó elé, egyzersmind felsejlik a kodependens társ képe egy olyan verbális árnyjátékban, melyben összemosódik a férfi és a nő személye, a gáncsolás és a támasznyújtás szándéka – a kodependencia kettősségének megfelelően.

*Következtetések:* Habár az alkotói összefonódást a „Macskaszereződés” című kötet is fémjelzi, *Károlyi* mindenekeelőtt házastársi minőségben pártolta a költő alkotói pályáját. A kordokumentumokból tetten érhető, gyermeki képviselőbe ragadt „Sanyika” és a kodependens anyai-szüelői minőséget képviselő *Károlyi Amy* kapcsolatának tétje a felszínen maradás, az életben maradás az alkoholizmus ellenében. *Weöres* munkásságában a függőség több arcát megmutatja: a meghívott szabadság ideálképétől kezdődően a testi-lelki szenvedést hozó kiszolgáltatottságig és beszűkülésig bezárólag. *Károlyi* alakjának kettőssége a kodependencia kétarcúságának megfelelően az idealizált gyá-

molító irányába billen, „aranyból készült papnő” a kezdetektől fogva, élethosszig hű társ, aki csak drámai ritkasággal, hirtelen felindulásból lesz „kurva” *Weöres* alkoholgőzös indulatának elszabadulásakor.

### **Mindenható apák – „hálátlan” lányok? Az apafigura jelentősége Clara Schumann és Virginia Woolf alkotóvá válása mögött**

Ocsovai Dóra<sup>1</sup>, Moretti Magdolna<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SZTE Magyar-Francia Felvilágosodás Kutatóközpont, Budapest;

<sup>2</sup> Magánpraxis, Eger

A személyiség születésében meghatározó szerepet játszó apai princípium jungi értelemben a tanulás, a külső törvény megfelelője. Ahogy *Verena Kast* megfogalmazta, a tehetséges nőt általában az apa fizikai valója vagy indirekt képe inspirálja, támogatja a fejlődésben. Joggal merül fel a kérdés: milyen hatással lehetnek a művészetben az apafigurák lányaik alkotói kiteljesedésére? Előadásunkban két, híres alkotói apalány kapcsolatot ajánlunk pszichobiográfiai elemzésre, különös hangsúlyt helyezve arra, hogyan hozzák felszínre mindazt a születő művek?

*Leslie Stephen*, a szótár-író entellektüel apa bevalottan kulcsszerepet játszott lánya, *Virginia Woolf* alkotóvá válásában. Azzal, hogy könyvtárát korán rendelkezésére bocsátva felkeltette lánya intellektuális kíváncsiságát, követőjévé, irodalmi örökösévé akarta tenni. Az író nő saját alkotási folyamatához oly fontosá váló hosszú, természetben töltött séták feltöltő szókását is tőle „örökölte”. *Woolf* Naplói és apjáról szóló esszéi azonban lefestenek egy olyan képet is, amely a családbéli nő szempontjából egy nehezen elviselhető, félelmetes, kontrolláló karaktert mutat – aki zsarnokoskodott a nőkkel, akik érzelmileg támogatták őt, és amely végül *A világítótorony* című regény Mr. Ramsey-jének figurájában csúcsosodik ki.

Hasonló ambivalencia érhető tetten *Clara Schumann* és apja, a „zseniális zsarnok”, *Friedrich Wieck* viszonyában. A zongoratanárként működő teológus már a bölcsőnél eldönti lánya rendkívüli zenei pályafutását. Ennek megvalósításához minden eszközt bevet: nemcsak Clara gyermekkorát teszi vég nélküli zongoragyakorlássá, de naplóját is ellenőrzi és széljegyzeteli. „A te életed az, hogy beletörődsz művészsorsodba” – ez a delegálás egy életen át elkíséri az apjához érzelmileg kötődő lányt. Amikor *Robert Schumann* iránti szerelmével válaszut elé állítja, a valóban tehetséges, tizenhat éves Clara fellázad az atyai túrannosz kontrollja ellen és menekülésként a férfival köt házasságot – a páratlan zenei karrier beteljesítését választja.

A két alkotó példáján keresztül arra a folyamatra fókuszálunk, miként történik az én-komplexus kiválása az apa-komplexusból a nagy karriert befutó, alkotó nőknél. Van-e közös eredője a tehetséges nők mögött álló apa-archetipusoknak? Hogyan tudják átfordítani mindezt az alkotásba, párkapcsolataikba és végül: milyen tanulságokat emelhet át mindebből a szakember a pszichoterápia számára?

## HOL VOLT... VOLT?

## A vád tanúja a Mátrixban

Hirsch Tibor

ELTE BTK Filmtudomány Tanszék, Budapest

14

A mozgóképen hamis és hiteles emlék, képzelt és valóságos élmény között gyakran elmosódik a határ. A jogász megkülönböztethet igaz és hamis tanút, a pszichológus megkülönböztetheti a kliens igaz és hamis emlékeit a tények fényében. A játékfilmnek nincs eszköze a megkülönböztetésre. Igaz és hamis, „tények fénye” – ott egyformán csak vetített képek.

„Vetítés”: átvitt értelemben is.

A filmművészet általában kesztyűs kézzel bánik képzelgő és önbecsapó hősökkel: túlságosan sok köze van hozzájuk. Rossz a lelkiismerete. Először a filmes új hullámok elméletgyártói mondták ki: a mozizás rituáléja, a sötétített terével, és megnyíló virtuális filmvászon-ablakával, maga is „emlékbeépítő” mesterkedés. Kijelentették: a vászon mögé egy képmutogató embert kell képzelni, a másfél-kétórás világillúziók (azaz beültetett emlékek) tehetséges vagy kevésbé tehetséges hipnotizőrét, és súlyos erkölcsi döntés, hogy ez a mindenkor álomgyáros legalább hajlandó-e figyelmeztetni saját mesterkedéseire a nézőket? *Jean Luc Godard* harcostársai megvetették a „Papa mozi-ját”, és általában a klasszikus Hollywoodot, mely eleplezni próbálja illúzió-természetét, miközben ők – a modern művészfilm – a hatvanas években kimunkált elidegenítő eszköztárával éppen hogy becsületesen eleplezni próbálja illuzionista-önmagát. A modern után jött a posztmodern: ebbe még több belefér: egyre bonyolultabb világteremtő megoldások, de ugyanakkor egyre játékosabb önreflexív eszközök is, melyekkel egy mai film saját illúzióvilágát kipukkasztani képes.

Filmpéldákon keresztül a következő kérdésekre keressük a választ:

- Hogyan tud a film a maga közönsége fejébe hamis valóságot/emléket építeni?
- Hogyan leplezi le, hogy amit mutat, mégsem a hiteles valóság?
- Hogyan ábrázolja hőseit, akiknek fejébe más szereplők ültetnek hamis valóságot/emléket?
- Hogyan tudja sugallni, hogy nincs is olyan, hogy hiteles vagy hamis emlék/valóság?
- Hogyan tudja sugallni – valóságos képsorokkal – hogy a valóság nem létezik?
- Végül: hogyan vonja mindezt vissza játékos kedvében, vagy tartja a nézőt kétségek között?

## Gyermeki emlékezés szexuális abúzusra

Kugler Gyöngyi

Pszicho-Jog BT, Budapest

Az igazságügyi szakértői vizsgálatban, de akár a pszichoterápiás interjú során is felmerül az elhangzottak tényszerűségének, igazságtartalmának feltárási igénye, melynek során a gyermek emlékanyagát hívjuk elő. Ennek sikerességét számos tényező befolyásolja: a gyermek életkora, kognitív- és nyelvi fejlettségi szintje, a család szocioökonómiai státusza, a kikérdezés körülményei (bírórság, rendőrség, terápiás tér stb.), a kikérdező személye, attitűdje, a gyermekkel szerzett előzetes tapasztalatai. Előadásunkban az iskoláskor előtti korosztálynál kutakodunk, megnézzük milyen buktatókkal kell számolnunk, ha a fenti tényezők bármelyikét elhanyagoljuk, vagy lazán vesszük. Néhány eset ismertetésével példákön mutatjuk be, hogy a 3–7 éves gyermekek hogyan emlékeznek a velük törtétekre, a szexuális abúzus eseményből mit és hogyan képesek előhívni, és a náluk tapasztalt emlékezés-előhívás műveletek sajátosságai milyen téves következtetésekre juttathatják a kérdezőt.

A következő kérdésekre keressük a választ:

Beültethető-e szexuális abúzus emlék ennél a korosztálynál?

Betanítható-e szexuális abúzus előadására egy ilyen korú gyermek?

Milyen fejlődéslelektani kapaszkodóink vannak a gyermek elmondásának hitelesítésére?

## Más a szó, ha mondod, és más, ha hallgatod

Vizi János

Országos Mentális Idegsebészeti és Ideggyógyászati Intézet –  
Nyíró Gyula Kórház, Budapest

Jól ismert, hogy az emlékezés távolról sem rekonstruktív, hanem nagyrészt konstruktív folyamat. Vagyis az emlékek „felidézési” folyamatát nagymértékben színezi a személy jelenlegi érzelmei, gondolatai stb. Ez a szakemberek által jól ismert folyamat. Ezzel szemben a bírósági, hatósági eljárásokban szereplőktől elvárt, hogy „valóságúen” idézzék fel a múlt eseményeit. Amennyiben kétség merül fel e tekintetben, azt a jogszabályok különféle szankciókkal fenyegetik. Az eljárásjog mind a mai napig hisz abban, hogy különféle módszerekkel feltárható az „objektív valóság”. Történik ez annak ellenére, hogy több esetben bebizonyosodott ezeknek a módszereknek a megbízhatatlansága a hipnózisban előhívott „emlékektől” a hazugságvizsgáló módszereken, a szembesítéseken át a fantom „visszaemlékezésekig”. Ráadásul ezeknek a módszereknek a megbízhatósága annál kisebb, minél nagyobb az „emlékek” érzelmi telítettsége, jelentősége. Márpedig általában éppen ezeknek az esetekben lenne a legnagyobb szükség a többé-kevésbé megbízható felidézésre. A jog is észleli ezt a problémát, ma már az eljárásjogi kódexek nálunk sem ígérnek igazságszolgáltatást, csak jogszolgáltatást. Ezeknek az elmentmondásoknak néhány aspektusát vázolja fel az előadás.

## SZEXUÁLIS BIZTONSÁG A PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYOKON

Máttyássy Adrienn, Kovács Ágnes, Sutus Nikolett,  
Sándor Alíz, Tóth Mónika, Tóth-Borszéki Báborka

Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

A szimpózium célja a pszichiátriai osztályokon a szexuális biztonság tárgyi és személyi feltételeinek áttekintése a nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján, a jó gyakorlat elősegítését célzó külföldi irányelvek bemutatása és egy hazai munkacsoport – mely felvállalja a honi körülményeket is figyelembe vevő irányelv kidolgozását – megalakulásának elősegítése.

Az egészségügyi ellátás során kiemelt feladatunk, hogy pácienseink biztonságban érezzék magukat, meg tudják őrizni a magánélethez való jogukat és méltóságukat, mindezt egy olyan időszakban, amely legtöbbjük számára életük legsebezhetőbb időszaka. Az elmúlt évek nemzetközi felmérései azt mutatták, hogy a mentális egészségügyi fekvőbeteg szolgáltatásokat igénybe vevők nem mindig érzik azt, hogy a személyzet képes megvédeni őket a nem kívánt szexuális viselkedéstől.

Ahhoz, hogy meg tudjunk felelni ennek az elvárásnak, szükséges, hogy a vezetők tudják, mi a jó gyakorlat a páciensek és munkatársaik szexuális biztonságának előmozdítása terén. A jó gyakorlat sarokpontjainak meghatározására, a munkatársak megfelelő képzésben részesítésére, a téma nyílt kommunikációjára van szükség ahhoz, hogy az ellátóhelyek ebből a szempontból is megfeleljenek a szélesebb értelemben vett emberjogi és egyúttal betegjogi szempontoknak is.

A szimpóziumon saját esetismertetésből kiindulva bemutatjuk a nemzetközi tapasztalatokat és eljárási javaslatokat azzal a céllal, hogy elindulhasson egy munkacsoport, mely felvállalja a szexuális biztonság elősegítését kidolgozó hazai útmutatást.

**Esetismertetés – Szexuális biztonság  
a Pszichiátriai Osztályon**

*Kovács Ágnes, Tóth-Borszéki Báborka,  
Máttyácssy Adrienn*

Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

16

2021 tavaszán, a pandémia harmadik hullámának levonuló ágában, osztályunk járvány előtti struktúrájának visszaállítása előtt kb. 10 nappal történt egy olyan szexuális incidens, amely megrendítette a gyógyító személyzetet és működésünk felülvizsgálatára ösztönzött bennünket.

A 31 éves nőbeteg első pszichiátriai osztályos kezelésére negatív pszichiátriai anamnézist követően súlyos pszichotikus állapot miatt került sor. Gátolt-izgatott fázisváltású affektív zavar alakult ki nála, gátolt állapotai katatón jellegűek, izgatott fázisai pedig fokozott kontaktuskereséssel voltak jellemezhetőek, melynek intenciói hiperszexualizált benyomást is kelthettek, holott inkább biztonságkeresésre, szorongásoldásra irányultak. A páciens férjzett, kisgyermekes anya. A vele kapcsolatba kerülő fiatal férfi beteget szkizofrénia miatt kezeltük, ami drog által indukált pszichózis formájában indult évekkel ezelőtt és enyhe mentális retardációhoz társult. A páciensek szexuális érintkezéséről maguk számoltak be, és konszenzuson alapulóként határozták meg. A Büntető Törvénykönyv „A nemi élet szabadság és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények 197. § (1) bekezdése szerint azonban szexuális erőszakot követ el többek között az a személy, aki más, védekezésre vagy akaratnyilvánításra képtelen állapotát szexuális cselekményre használja fel. Az esetismertetésben bemutatjuk a szexuális érintkezést követő orvosi döntéseket, a legközelebbi hozzátartozó bevonását, és az elhúzódo rendőrségi vizsgálat sarokpontjait, valamint a páciensek gyógykezelésének folytatását és kimenetelét. A nőbeteg számára a gyógyító folyamat a pszichotikus állapot megszűnését eredményezte, a történetekkel való világos tudatú szembesülés és feldolgozás ezután kezdődött el.

**Irányelvek a szexuális biztonság megteremtéséhez  
a pszichiátriai osztályon – nemzetközi ajánlások  
bemutatása**

*Sándor Alíz, Máttyácssy Adrienn*

Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

Minden pszichiátriai osztályon gyógykezelt betegnek és ott dolgozó személynek joga van szexuális szempontból is a biztonságos környezethez. A nemzetközi ajánlások egységesen szükségesnek tartják az adott ország pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó helyeihez adaptált nemzeti irányelvek kidolgozását. Ehhez szükség van mind az ápolók és orvosok, mind az ellátott páciensek tapasztalatainak összegyűjtésére, és ugyanígy tartalmaznia kell elvárásokat és ajánlásokat mind a dolgozókra, mind a páciensekre vonatkozóan.

A pszichiátriai ellátásért felelős vezetők feladatai közé tartozik az is, hogy átfogó oktatást és képzést nyújtsanak munkatársaiknak a szexuális biztonság és a szexuális egészség témájában. A feladatok közé sorolják a szexuális tevékenység, a bántalmazás és a zaklatás megelőzésére és az azokra való reagálásra vonatkozó irányelvek és eljárások kidolgozását.

A pszichiátriai osztály dolgozói számára biztosítani kell annak a tudásnak az elsajátítását, mellyel jobban fel tudják mérni az egyes betegek vulnerabilitását, a szexuális biztonságot szolgáló stratégiák alkalmazását és az esetleges szexuális incidensek esetén szükséges eljárásokat. Az ellátóhelyeknek igyekezniük kell a lehető legbiztonságosabb fizikai környezetet kialakítani és egyedileg beazonosítani a magasabb rizikójú területeket az osztályukon. Javasolt az ellátóknak együttműködni a betegszervezetekkel, a rendőrséggel, a biztonsági szolgálatokkal, ezzel is kifejezve azt, hogy felelősséggel és jelentőségének megfelelően kezelik az esetleges szexuális incidenseket. Az előforduló eseteket a gyógyító munkacsoportokon belül nyíltá kell tenni, és azonnali reflektálást kívánnak.



**Szexuális biztonság pszichiátriai  
fekvőbeteg-osztályokon – nemzetközi adatok  
bemutatása**

*Sutus Nikolett Gabriella, Mátyássy Adrienn*

Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

Ismert adat, hogy a mentális betegséggel élők az átlagpopulációhoz képest kitettebbek a nemkívánatos szexuális érintkezésnek, és ez jelentősen befolyásolhatja kezelésüket és hosszútávú jólétüket. Kijelenthető, hogy az akut fekvőbeteg-osztályokon bármilyen szexuális tevékenység elfogadhatatlan. Sok mentális betegséggel élő személy élettörténetében jelen van a szexuális zaklatás, elhanyagolás vagy erőszak, ami növelheti a szexuális zaklatásokkal és zaklatással szembeni sebezhetőségüket, valamint az ilyen esetek által okozott újbóli traumatizációt. A szexuális gátlás hiánya bizonyos pszichiátriai rendellenességek jellemzője is lehet, ami még sebezhetőbbé teheti a betegeket. Előadásomban bemutatom az ún. „Care Quality Commission” (CQC) 2018-ban készült a „Szexuális Biztonság a Pszichiátriai Osztályokon (Mental Health Wards) vizsgálatának főbb megállapításait. A CQC az egészségügyi és szociális ellátások független szabályozója Angliában, felületes, ellenőrzi és szabályozza a kórházak működését.

**Elég jó-e a jónak hitt gyakorlat?  
Ápolói szempontok megjelenítése**

*Tóth Mónika, Mátyássy Adrienn*

Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

Az elmúlt két év során hónapról-hónapra, sőt hétről-hétre változtak munkánkban az éppen prioritás igénylő ápolói feladatok. Osztályunk struktúrájának a pandémia ideje alatt a második nagy változását éltük meg, melyben bár csökkenő lelkesedéssel, de némi biztonságérzettel a már ismerős-új helyzetben próbáltunk abban bízni, hogy a legtöbb kritikus helyzetre már vannak jó válaszaink. A korábbi esetszemléltetés során bemutatott történések azonban megrendítették az ápolói munkacsapatot is. Együttérzés, bűnbakkeresés, érzelmileg is kiélezett megbeszélések, a történetek minél pontosabb feltárására való törekvés, a tanulságok levonása és néhány működési szabály megváltoztatása – bár nem kevés energiát kívánt az amúgy is kiélezett ellátási körülmények között, de nem írja le mégsem azt az érzelmi megterhelést, amivel mindez járt. Abban azonban megerősített minket, hogy elkötelezetten óvjuk minden eddiginél is körültekintőbben pácienseink biztonságát, beleértve a szexuális biztonságot is.

## NEMI IDENTITÁS ÉS SZOCIALIZÁCIÓ

## A szociális tényezők szerepe a pszichoszexuális fejlődésben

Rihmer Zoltán<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

**Bevezetés:** A pszichoszexuális fejlődést alakító genetikai-biológiai és környezeti-szociális tényezők szerepének kutatásában és értelmezésében az utóbbi időben a tudományos érveken kívül sajnos egyre több ideológiai és politikai szempont is hangsúlyt kapott.

**Célkitűzés:** Mivel a nemi identitás és nemi orientáció alakulását vizsgáló szakirodalom nemcsak megszorodott, de polarizálódott is, az eltérő álláspontokkal kapcsolatos tudományos eszmecsere és vita időszerű.

**Módszer:** A nemi identitás és orientáció kialakulásában szerepet játszó genetikai, biológiai és szociális tényezők jelentőségének feltárása a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján.

**Eredmények:** A tudomány jelenlegi állása alapján megállapítható, hogy a pszichoszexuális fejlődésben kétségtelenül markáns genetikai-biológiai tényezőkön kívül szerepe van a nevelésnek és a rendkívül sokrétű, változó intenzitású, valamint változó emocionális tartalmú környezeti/média behatásnak, illetve szociális mintáknak is.

**Következtetések:** Mivel a pszichoszexuális fejlődést a genetikai-biológiai és szociális tényezők (nevelés, média stb.) együttesen determinálják, a szexuális kisebbséghez való tartozás tehát nem saját döntés eredménye, ezért mindenféle ezzel kapcsolatos diszkrimináció elfogadhatatlan. További tudományos vizsgálatok szükségesek a számos, még nyitott kérdés megválaszolására.

## A pszichológia bio-pszicho-szociális és spirituális emberképe, különös tekintettel a nemi identitás és szexuális orientáció kérdéseire

Hal Melinda<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup> Mathias Corvinus Collegium Test és Lélek műhelyvezető;<sup>2</sup> SE-ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék;<sup>3</sup> Bajai Szent Rókus Kórház, Pszichiátria, Baja

Előadásom célja, hogy a pszichológia és pszichiátria tudományosan elfogadott emberképét mutassam be. Azon szakirodalmi hivatkozásokat kívánom felvonultatni, melyek a nemi identitás és szexuális orientáció fejlődésében szerepet játszanak, hatást gyakorolnak gyermek-, serdülő- és fiatal felnőttkorban egyaránt. Kitérek a médiahatásra és azon ingerekre, melyek identitásunkat alakítják a kognitív tényezőkön, a szociális tanuláson keresztül, valamint a kollektív/szociális tudattalan összefüggéseinek említésével kívánom alátámasztani a tendenciákat, melyeket globálisan érzékelhetünk. A stigmatizáció, diszkrimináció, bántalmazás/zaklatás kérdésében megoldási alternatívát kívánok bemutatni, segítő szakmánkkal összhangban, a tudomány mai, interdiszciplináris és transzparens ismertetése által. Előadásomban esetvignettákon keresztül mutatom be a bizonytalan világ változó problémáit a fiatalok életében. Kitérek a pornográf és túlszexualizált tartalmak pszichológiai hatásaira. Végül a mentális zavarok klasszifikációs rendszereinek paradox leírásairól ejtek néhány szót, szemben a globális trendek által sugalmazott tényezőkkel. Előadásom során transzparensen mutatom be a tudomány mai álláspontját a nemi identitás, szexuális orientáció, a genderelmélet és az újbeszél vonulatai mentén. Esetvignettákon keresztül szeretném megmutatni a hozánk forduló kliensek és családjuk problémáit ebben a megosztó, mégis fontos kérdésben. Kitérek a spiritualitás fontosságára, mely több mint vallásosság, és a pszichoterápiás munka egyik alapvető feltételeként jelenik meg.

## A nemi identitás és a szexuális orientáció kérdései a nevelésben

Uzsalyné Pécsi Rita<sup>1</sup>, Hal Melinda<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Budapest;

<sup>2</sup> Mathias Corvinus Collegium Test és Lélek műhelyvezető;

<sup>3</sup> SE-ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>4</sup> Bajai Szent Rókus Kórház, Pszichiátria, Baja,

Az identitás komplex jelenség, melynek szelete a nemi identitás, majd a szexuális orientáció kérdése. Annak ellenére, hogy a globális trendek a nemi identitás és szexuális orientáció biológiai voltát hangsúlyozzák, mindezt a tudomány nem igazolja annak valóságában. A gyermekek nevelése, az elismert pedagógiai eszközökkel összhangban segít, hogy megtaláljuk, és ne kitaláljuk magunkat. Ehhez a mesék a szimbolikus gondolkodás, az absztrakt gondolkodás és az érzelmi intelligencia fejlődésén keresztül járulnak hozzá. Az identitás számos kérdésének elsődleges átadó közege a család, másodlagos szocializációs közeget az intézményes keretek biztosítanak. Előadásomban tudományos szakirodalommal kívánom alátámasztani, a szociális, környezeti ingerek szerepét az identitás, kifejezetten a nemi identitás és szexuális orientáció kérdéseit illetően. Prezentációmban felvázolom a globális trendek neveléslelektani értelmezési keretét, a szexuális edukáció alappilléreiről beszélek interdiszciplináris szemléletben, kapcsolódva a pszichiátria és pszichológia tudományához, ahogyan a gyakorlatban is dolgozunk. Szexuális edukáció kérdéskörében az óvodáskorú gyermekek érzelmi és értelmi fejlettségéhez igazodó tartalmak ismerete szükséges, amelynek megszerzése alapvetően az óvónők, gondozók közvetítésével történik. Az érzelmi intelligencia fejlesztése ugyanakkor az életünk minden területén döntő fontosságú a stigmatizáció, a bántalmazás megelőzésében. Külön kiemelném a gyermekek és fiatalok erkölcsi fejlődésének kérdéseit, amely kizárólag interdiszciplináris keretben képzelhető el és fejleszthető.

## Az online pornóhasználat pszichológiai összefüggései

Kolumbán Pál<sup>1</sup>, Hal Melinda<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> MCC-Mindset Pszichológia Iskola, Test és Lélek műhely, műhelytag, Budapest;

<sup>2</sup> Mathias Corvinus Collegium, Test és Lélek műhelyvezető;

<sup>3</sup> SE-ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>4</sup> Bajai Szent Rókus Kórház, Pszichiátria, Baja

Az online pornóhasználat egyre népszerűbbé válik napjainkban, s egyidejűleg csökkenő tendenciát mutat az, hogy valaki milyen életkorban találkozik először felnőtteknek szánt szexuális tartalommal (*Lewczuk et al, 2021*). A pornó használatának pszichés következményei szerteágazók: a rendszeres használat depresszióhoz, szorongáshoz vezet (*Camilleri et al, 2021*); gyakran társul megnövekedett (szexuális) agresszióval (*Wright et al, 2021*). Kevesebb eredmény született korábban, mégis fontos kérdés a tinédzser korúak esetében, hogy a még fejlődő szervezetre hatást gyakorló explicit tartalmak milyen módon és mértékben képesek befolyásolni a fiatalok mentális jóllétét, kapcsolataikat és szociális készségeik működését (*Gassó & Bruch-Granados, 2021*). Kutatásom középpontjában az online pornóhasználat áll, vizsgálom, hogy a megnövekedett használati tendenciák milyen mértékben állnak összefüggésben a fiatalok élettel való elégedettségével, mentális jóllétével. Vizsgálom, hogy az érzelmi arcfelismerési képesség mentén a használat gyakorisága összefüggésben állhat-e a FERT-próbán elért teljesítménnyel. A vizsgált változók közül az online pornóhasználatot, az élettel való elégedettséget, a mentális jóllétet önkitöltős, „papír-ceruza” kérdőívek segítségével szeretném mérni, míg az érzelmi arcfelismerési teszt (FERT) számítógépes program segítségével alkalmazható, ahol a válaszok pontossága és a válaszidő is hozzájárul a teljesítmény-pontszámokhoz. A pornóhasználat kapcsán fellépő pszichés következmények változók lehetnek, és leginkább a túlzott használat esetén találtak korábban összefüggéseket az agresszió (és szexuális agresszió) (*Wright et al, 2021*), a depresszió és a szorongás között (*Camilleri et al, 2021*). Akik gyakoribb pornóhasználatról számolnak be, alacsonyabb értékeket mutatnak az élettel való elégedettség, a mentális jóllét, és az érzelmi arcfelismerési pontszámok mentén.

## EMDR EGYESÜLET SZIMPÓZIUMA

### EMDR terápia az onkológiai betegek kezelésében

Havelka Judit

Agora Therapie & Vormingscentrum, Integrativa Belgium, Antwerpen

20

Egy olyan életet veszélyeztető betegség diagnózisa és kezelése, mint a rák, nagymértékű fizikai és pszichológiai stressznek teszi ki a betegeket és a legtöbb ember számára traumatikus élményt jelenthet, melynek következtében kialakuló tünetegyüttes a poszttraumás stressz-zavar (PTSD). Az életveszélyes betegségnek való kitettség traumatikus élményt jelenthet, mely onkológiai PTSD kialakulásához vezethet.

A megélt traumatikus élmény okozta stressz hatására a neurobiológiai rendszerek abnormális adaptációja következik be, ezen kívül gyakran olyan speciális egyéni faktorok is szerepet játszanak a PTSD tünetek kialakulásában, mint a korábbi traumák, illetve negatív életesemények.

Az onkológia olyan szakterülete a gyógyításnak, ahol nagy szükség van a rákkal kapcsolatos stresszorokat kezelni képes pszichológiai eszközökre.

A szemmozgásokkal való deszenzitizálás és újrafeldolgozás (EMDR) terápia ebben nagy segítséget jelenthet, mivel az adaptív információ újrafeldolgozás elősegítheti a veleszületett öngyógyító képesség kiváltását és az immunrendszer természetes gyógyulási folyamatát. Az onkológiai betegekkel végzett EMDR terápiás beavatkozás célja a pszichés egyensúly helyreállítása, a reziliencia tényezők megerősítése és a betegséggel kapcsolatos traumatikus élmények feldolgozásának lehetővé tétele.

### EMDR az addiktológiai ellátásban

Kiss Anna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Országos Mentális Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Drogambulancia, Budapest

<sup>2</sup> Evező Pszichoterápiás Magánrendelő, Budapest

A traumatikus életesemények és a függőség komorbiditási aránya a szakirodalmi adatok szerint közel 75% (Jacobsen, Southwick és Kosten, 2001), míg a PTSD megjelenési gyakorisága az átlagos populációnál tapasztalható háromszorosa (Gielen et al, 2012), ami felveti az EMDR alkalmazási lehetőségeit a szenvedélybeteg populációban.

A traumatikus életesemények mellett az addiktív zavarok kezelésének lehetősége is felmerül, mellyel kapcsolatban több protokoll is napvilágot látott (pl. CravEx, DeTur). Az elméleti háttér szerint a függőséggel kapcsolatosan is diszfunkcionális memóriahálózatok (függőséggel kapcsolatos pozitív emlékek, jövővel kapcsolatos negatív várakozások, illetve a függőséggel kapcsolatos pozitív várakozások) alakulnak ki, melyek csökkentik a felépülés valószínűségét. Ezek a diszfunkcionális hálózatok a traumatikus emlékekhez hasonlóan kezelhetők az EMDR módszertana segítségével. A protokollok hatékonyságát azonban a jelenleg elérhető kutatási adatok nem támasztják alá egyértelműen. Előadásomban Markus és Hornsveld 2017-ben publikált – különböző protokollokat integráló – modelljén keresztül igyekszem összegezni a kérdéskör elméleti és gyakorlati vonatkozásait.

## „Anyád tükre vagy” – Korai traumatizáció és transzgenerációs introjektumok kapcsán kialakult OCD (esetbemutató)

Moretti Magdolna

Magánpraxis, Eger

Az OCD kezelése komplex: a farmakoterápia és a pszichoterápia együttes alkalmazása a leghatékonyabb jelenlegi ismereteik szerint. A kognitív-behavior terápia, mindfulness eszköztára mellett az utóbbi években egyre több adat szól az EMDR terápia hatékonyságáról. Egyes szerzők szerint a klasszikus CBT (expoziáció, válaszmegelőzés) kizárólagos alkalmazása 15–40%-ban hatástalan. Ennek egyik oka, hogy erőteljes kapcsolat van a traumatizáló életesemények és a kényszerbetegség között (*Gershuny et al, 2007; K. Böhm 2016; Karsten Böhm Obsessive-compulsive Disorder and EMDR Therapy. In: EMDR Therapy Scripted Protocols and summary*). A kombinált (CBT+EMDR) kezelés szignifikánsan hosszabb távú tünetcsökkentést jelent (*Böhm and Voderholzer, 2010*).

Az EMDR terápia hatékony a stabilizálás (érzelemreguláció), a kényszercselekedetek, és a forrásként szolgáló traumatikus emlékek feldolgozásában is, jelentősen csökkentve az érzelmi distresszt és a sokszor folyamatos arousal állapot tüneteit.

A kezelés célpontja lehet: maga a traumatikus emlék, az elképzelt triggerszituáció, a valódi triggerszituáció, az ún. legrosszabb scenárió, az automatikus, intruzív gondolatok, a blokkoló hiedelmek, és a kényszer mögött rejlő konfliktushelyzetek is.

Az előadás az elméleti bevezetést követően egy esetvignettát mutat be, melyben korai traumatizáció kapcsán elinduló OCD (elsősorban tisztálkodási kényszerek) komplex – főként EMDR+CBT – technikával történő kezelését, az ego-statekkel való munkát, és a mögöttes transzgenerációs traumák, ismétlődő kényszerek, és bénító hatású üzenetek feldolgozását ismerteti.

## A traumaterápia neurobiológiai hatásai poszttraumás stressz-zavarban

Szigeti F. Judit

Semmelweis Egyetem, Budapest

Hatásvizsgálatok bizonyítják, hogy mind a CBT (kognitív viselkedésterápia), mind az EMDR (szemmozgásos traumafeldolgozás, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eredményesen kezeli a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) klinikai és küszöb alatti formáit. Mindkét módszert elsők közt javasolja a PTSD kezelésére az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a brit egészségügyi módszertani intézet (NICE) és az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA).

PTSD-ben túlműködés észlelhető az anterior cinguláris cortex középső és dorzális részén és mindkét amigdalában, valamint alulműködés a ventromediális prefrontális cortexben és az inferior frontális gyrusban. Ami a strukturális eltéréseket illeti, csökkent volumen mérhető a hippocampus, a bal amigdala és az anterior cinguláris cortex területén. Ezek egyfelől a személyes relevanciával bíró környezeti ingerekre való túl éber figyelmet, másfelől az érzelemszabályozási nehézségeket – a PTSD-szimpomatika fontos elemeit – tükrözik. Kutatások szerint a traumaterápiák éppen ezeken a területeken hatnak, például aktiválva a mediális prefrontális kérget (ezáltal csendesítve a limbikus régiókat), vagy hippokampális volumennövekedést idézve elő. Legújabb epigenetikus hatásokra is fény derült (pl. fokozott FKBP5-génexpresszió és ZFP57-metiláció).

Az EMDR-terápia specifikus hatótényezője, a bilaterális stimuláció, a traumafókuszú elemek jelentős kiegészítője, melynek hatásmechanizmusáról több modell (orientációs reflex, kölcsönös gátlás, munkamemória, alváshipotézisek stb.) is született.

A traumaterápiák neurobiológiai hatásosságának ismerete különösen fontos egy olyan kórkép esetén, aminek farmakológiai ellátási lehetőségei más pszichiátriai zavarokhoz képest korlátozottabbak.

## EMDR alkalmazása fájdalom szindrómákban

Tolva Katalin

Pszichiátriai és pszichoterápiás magánrendelés, Debrecen

22

Az AIP modell szerint a legtöbb patológiás folyamatért korábban keletkezett, az idegrendszerben diszfunkcionálisan tárolt információ felelős. A fájdalom szenzoros és emocionális élmény. A fájdalom percepciója arányos lehet az érintett területen levő szöveti károsodással, lehet eltúlzott, vagy akár szöveti károsodás nélkül is fennállhat. A krónikusan fennálló vagy gyakran visszatérő fájdalomhoz gyakran társul komorbid depresszió, szorongás és PTSD. A fájdalom önmagában is pszichotraumának tekinthető. Kialakulásában traumatizáló életesemények, gyakran preverbális korban elszenvedett hatások is szerepet játszhatnak. Ezek nem épülnek be az autobiografikus memóriába, de triggerelődés esetén intenzív emocionális állapotokhoz és testi tünetekhez vezethetnek. Előfordulhat, hogy az egyén később kialakult, jól felidézhető emlékek aktiválódása esetén azért reagál intenzív érzelmi és testi tünetekkel, mert a konkrét emlék mögött a traumahálózathoz köthető preverbális traumatikus emlék is aktiválódik. A fájdalomtünetek EMDR kezelése komplex feladat. Az átfogó anamnézisz felvétel kiterjed az esetleges gyerekkori adverz események, a fájdalom kialakulását megelőző ingerkörnyezet, és a fájdalommal kapcsolatos emlékek feltárására. Lényeges a fájdalom kialakulásával kapcsolatos pszichoedukáció, stabilizációs gyakorlatok, stresszkezelő technikák megtanítása. A feldolgozó terápiában először a fájdalom kialakulását közvetlenül megelőző, triggerelő élethelyzetekkel, az első (a legrosszabb) és a legutolsó, fájdalomhoz köthető emlékekkel, majd a fájdalomhoz közvetlenül nem köthető, gyakran preverbális traumákkal foglalkozunk.

**HIDAK A SZÜLŐ-GYERMEK  
KAPCSOLATBAN – MENTALIZÁCIÓS  
ÉS KÖTŐDÉSELMÉLET-KUTATÁSI  
EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA**

Szabó Brigitta<sup>1,2</sup>, Miklósi Mónika<sup>3,4</sup>, Lestyán Lilla<sup>2</sup>,  
Losonczy Laura<sup>2</sup>, Tamás Bernadett<sup>2</sup>, Siska Dóra<sup>2</sup>,  
Cserép Melinda<sup>5,6</sup>, Futó Judit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

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

<sup>4</sup> Heim Pál Gyermekkórház és Rendelőintézet,  
Mentálhigiéniai Központ, Budapest;

<sup>5</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet,  
Budapest;

<sup>6</sup> Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

A mentalizáció az a képesség, amivel az egyén magának és másoknak intencionális mentális állapotokat tulajdonít. A mentalizációs kapacitás koragyermekkor-tól fejlődik, és nagyban függ attól, hogy a gyermekkel mennyire mentalizálnak a gondozói. A gondozó-gyermek kapcsolatban megjelenő mentalizáció erőteljesen összefügg a kötődési kapcsolat minőségével. A biztonságos kötődés facilitálja, míg a kötődési bizonytalanság alááshatja a mentalizációs kapacitás fejlődését. A fentiekén túl a traumák és a distressz is negatív kapcsolatban állnak a mentalizációval. A szakirodalom alapján a mentalizáció kiemelt szerepet játszik a biztonságos kötődés transzgenerációs átörökítésében és a mentalizáció károsodása a pszichopatológiák irányába sebezhetővé teheti az egyént. A mentalizáció kapcsolatspecifikus fogalom, az egyén különböző kapcsolatokban mutatott mentalizációs kapacitása eltérő lehet, ezért elengedhetetlen, hogy kapcsolatonként mérjük a konstruktumot. Mindezek miatt megjelent a szakirodalomban a szülői reflektív funkció, ami az a képesség, amivel a szülő képes saját magának és a gyermekének mentális állapotokat tulajdonítani, tehát a mentalizációnak a szülő-gyermek kapcsolatra vonatkoztatott fogalma. Az újabb kutatások a mentalizáció fejlődési sajátosságait is figyelembe veszik, ezért az eltérő korosztályok jellemzőihez alkalmazkodó újabb mérőeszközök jelentek meg.

A Hidak a szülő-gyermek kapcsolatban szimpózi-um keretében a mentalizációs és kötődéseméleti kutatási eredményeinket mutatjuk be.

## A gyermekek externalizáló és internalizáló tüneteinek kapcsolata a szülő maladaptív sémáival és a kötődés minőségével

Lestyán Lilla<sup>1</sup>, Szabó Brigitta<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>3</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

**Háttér:** A szakirodalom szerint a szülő–gyermek kapcsolatban kialakított kötődés minősége összefüggést mutat a gyermek externalizáló és internalizáló tüneteivel. A szülő maladaptív sémáit ebben az összefüggésben még nem vizsgálták.

**Célkitűzés:** 4–17 év közötti gyermekek szüleit vizsgáltuk a maladaptív sémáik, gyermekükkel kialakított kötődésük és a gyermek tüneteinek szülő általi percepciójával kapcsolatban.

**Módszer:** Keresztmetszeti, nem-klinikai vizsgálatunkban 262 szülő töltötte ki tájékozott beleegyezés után a Young-Féle Séma Kérdőív (YSK) elszakíttottság és elutasíttottság sémamartományára vonatkozó tételeit, Tapasztalatok Szoros Kapcsolatokban Kérdőívet (ECR-R) és a Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ). Korrelációs elemzéssel vizsgáltuk az SDQ három alszállájának együtt járását az ECR-R alszálláival, illetve a YSK elszakíttottság és elutasíttottság sémamartományával.

**Eredmények:** A korrelációs vizsgálat közepes mértékű pozitív kapcsolatot eredményezett a szülő kötődési szorongása és a gyermek internalizáló tünete között ( $r(258)=0,49, p<0,001$ ), valamint a szülői kötődési szorongás és a gyermek externalizáló tünete között is ( $r(259)=0,32, p<0,001$ ). A szülő kötődési elkerülése és az internalizáló tünetek között pozitív ( $r(254)=0,38, p<0,001$ ), míg a szülő kötődési elkerülése és a gyermek proszociális viselkedése között hasonló mértékű, de negatív együtt járás mutatkozott ( $r(260)=0,35, p<0,001$ ). Az internalizáló tünetek a maladaptív sémák elszakíttottság és elutasíttottság sémamartományából két alszálláival mutattak közepes mértékű pozitív együtt járást: társas elutasíttottság-érzés/nemkívánatosság ( $r(257)=0,33, p<0,001$ ), illetve a fogyatékoság/szégyen ( $r(257)=0,42, p<0,001$ ).

**Következtetések:** Eredményeink – kutatásunk korlátainak figyelembevételével – arra utalnak, hogy a szülő gyermekével kialakított kötődési kapcsolata, illetve a szülő elutasíttottság sémamartományhoz köthető maladaptív sémái kapcsolatban állhatnak a gyermek externalizáló és internalizáló tüneteivel és a gyermek proszociális viselkedésének mértékével, melynek gyakorlati implikációi vannak.

## A szülői reflektív funkció, a kognitív érzelem-reguláció és a gyermek észlelt jóllétének összefüggése

Losonczy Laura Anna<sup>1</sup>, Szabó Brigitta<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>3</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

**Háttér:** A szakirodalom alapján a kedvezőbb szülői reflektív funkció pozitív kapcsolatban áll a gyermek jóllétével és az adaptív szülői kognitív érzelemszabályozási stratégiákkal, viszont ezt az összefüggést még nem vizsgálták magyar serdülők szülei körében.

**Célkitűzés:** Jelen kutatás célja a szülői mentalizáció, kognitív érzelemszabályozás és a gyermek jóllétéről alkotott percepció kapcsolatának feltárása volt 12–18 éves serdülők szülei körében.

**Módszer:** Keresztmetszeti, nem-klinikai vizsgálatunkban 100 szülő töltötte ki tájékozott beleegyezés után a Szülői Reflektív Funkciók Kérdőívet (PRFQ), a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőívet (CERQ) és az Életminőség Kérdőívet (ILK). Mediátor modellünkben függő változónak az Életminőség Kérdőívet, független változónak a Szülői Reflektív Funkciók Kérdőív Bizonyosság a mentális állapotokban alszállját választottuk, míg a mediátor a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív Pozitív átértékelés alszállja volt.

**Eredmények:** Az első modell szignifikáns volt ( $F(1,98)=15,19, p<0,001, R^2=0,13$ ), a Bizonyosság a mentális állapotokban és a Pozitív átértékelés alszállak szignifikáns pozitív kapcsolatban álltak ( $a=1,47, p<0,001, \beta=0,37$ ). A második modell is szignifikánsnak bizonyult ( $F(2,97)=11,27, p<0,001, R^2=0,19$ ), az elemzés a Bizonyosság a mentális állapotokban alszállja és az Életminőség Kérdőív ( $c'=1,63, p<0,001, \beta=0,33$ ), valamint a Pozitív átértékelés alszállja és az Életminőség Kérdőív között is szignifikáns pozitív kapcsolatot eredményezett ( $b=0,22, p=0,07, \beta=0,18$ ). Az indirekt út, a Bizonyosság a mentális állapotokban alszállja és az Életminőség Kérdőív között a Pozitív átértékelés alszállán keresztül viszont nem bizonyult szignifikánsnak ( $\Sigma ab=0,32[-0,01-0,65], \beta=0,07$ ).

**Következtetések:** Eredményeink arra utalnak, hogy a szülői bizonyosság a mentális állapotokban (mentalizáció) direkt úton áll kapcsolatban a serdülő észlelt életminőségével, míg indirekt úton, a pozitív átértékelésen keresztül a szülői bizonyosság a mentális állapotokban és az életminőség kapcsolata nem bizonyult szignifikánsnak serdülők szülei körében, melynek gyakorlati implikációi vannak.

## A mentalizáció, a kötődés és az evési attitűdök kapcsolata serdülők körében

Siska Dóra<sup>1</sup>, Cserép Melinda<sup>2,3</sup>, Szabó Brigitta<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> ELTE, PPK Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai  
Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet,  
Budapest;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest;

<sup>4</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>5</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

24

**Háttér:** A szakirodalom szerint az evészavarban szenvedő serdülők körében nagyobb arányban fordul elő alacsonyabb mentalizációs kapacitás és bizonytalan kötődés. A mentalizáció szerepét az evési attitűdök és a kötődési mintázatok közötti kapcsolatban magyar nem-klinikai serdülő mintán korábban nem vizsgálták.

**Célkitűzés:** 14–18 év közötti serdülők között vizsgáltuk a reflektív funkció, a kötődés és az evési attitűdök kapcsolatát.

**Módszer:** Nem-klinikai vizsgálatunkban 143 serdülő töltötte ki tájékozott beleegyezés után a Reflektív Funkció Kérdőívet (RFQ-H), a Tapasztalatok Szoros Kapcsolatokban (ECR-R-HU) kérdőívet, valamint az Evési Attitűdök Tesztet (EAT-26). Mediátor modellünkben függő változónak az EAT diétázás és fogyasztásra való készzettség skálát, független változónak a kötődés összpontszámát választottuk, és a mediátor a bizonytalan mentalizáció volt, kontrollálva az elemzést a serdülők nemével.

**Eredmények:** Független mintás t-próbával a diétázás és a fogyasztásra való készzettség és a nem között szignifikáns kapcsolatot azonosítottunk, a nők átlagosan magasabb pontot értek el ezen a skálán ( $M=0,82$ ,  $SD=0,38$ ), mint a férfiak ( $M=0,56$ ,  $SD=0,33$ ;  $t(143)=-3,77$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,07$ ). A mediátor elemzés szignifikáns modellt eredményezett ( $F(2,140)=14,43$   $p<0,001$   $R^2=0,17$ ), a bizonytalan mentalizáció és a kötődési összpontszám közötti kapcsolat szignifikánsnak bizonyult ( $a=0,05$ ,  $p<0,001$ ,  $\beta=0,39$ ). A második modell is szignifikáns volt ( $F(3,139)=,90$   $p<0,001$   $R^2=0,15$ ), viszont a kötődési összpontszám és a diétázás közötti direkt út nem bizonyult szignifikánsnak ( $c'=0,01$ ,  $p=0,31$ ,  $\beta=0,09$ ), míg a bizonytalan mentalizáció és a diéta közötti kapcsolat szignifikáns volt ( $b=0,02$ ,  $p=0,03$ ,  $\beta=0,19$ ). A nem szignifikáns kovariáns volt ( $coeff=0,24$ ,  $p<0,001$ ,  $\beta=0,27$ ). Az indirekt út, a kötődés és az evési attitűd között a mentalizációs bizonyosság keresztül is szignifikánsnak bizonyult ( $\Sigma ab=,01$  [ $0,01-0,02$ ]  $\beta=0,07$ ). A diétázást illetően – a standardizált regressziós együtthatók alapján – a kapcsolata volt a legjelentősebb.

**Következtetések:** Eredményeink – kutatásunk korlátainak figyelembevételével – arra utalnak, hogy a

nemnek meghatározó szerepe van a diétázásban magyar serdülő nem-klinikai mintán, és még a jelentős nemi eltérés mellett is szerepe van a kötődési stílusnak a mentalizációs kapacitáson keresztül, amelynek gyakorlati implikációi vannak.



## **Magunkat kívülről látni, másokat belülről – Mentalizáció és kötődés a szülő–gyermek kapcsolatban**

Szabó Brigitta<sup>1,2</sup>, Miklósi Mónika<sup>3,4</sup>, Futó Judit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

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

<sup>4</sup> Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai  
Központ, Budapest

*Háttér:* Korábbi kutatások alapján a szenzitív gondozás dimenzió közül a szülői reflektív funkció állt legerősebb kapcsolatban a kedvező szülő–gyermek kapcsolattal. Magyar óvodás gyermeket nevelő szülők körében a szülői reflektív funkció és a gondozói viselkedés kapcsolatát még nem vizsgálták. A szakirodalom alapján a mentalizáció mediálja a felnőtt kötődési stílus és az interperszonális distressz közötti kapcsolatot klinikai mintán, viszont ez a kapcsolat még nem ismert nem-klinikai mintán serdülők szülei körében.

*Célkitűzés:* Kutatásaink célja a szülői mentalizáció, az észlelt szülői kompetencia és a gondozói viselkedés kapcsolatának feltárása óvodás gyermeket nevelő szülők körében, valamint a szülői reflektív funkció, a szülői kötődési stílus, stressz és a szülői kompetencia kapcsolatának a feltárása 12–18 éves fiatalok szülei körében.

*Módszer:* Keresztmetszeti, nem-klinikai vizsgálatainkban 135 óvodás gyermeket nevelő szülő töltötte ki tájékoztatott beleegyezést követően a demográfiai adatlapot, Reflektív Funkció Kérdőívet, az Észlelt Szülői Kompetencia Kérdőívet és Multidimenzionális Szülői Magatartás Skálát. Továbbá 186 serdülőt nevelő édesanya töltötte ki a Szülői Reflektív Funkció Kérdőív serdülő változatát, az Észlelt Stressz Kérdőívet, az Észlelt Szülői Kompetencia Kérdőívet és a Kötődési Stílus Kérdőívet. Moderált mediációs elemzést végeztük az anyák kötődési stílusával (mint független változóval), az Észlelt Szülői Kompetencia Kérdőív alszkáláival (mint függő változókkal), és az észlelt stressz-szinttel (mint moderátorral). A modellben a Szülői reflektív funkció kérdőív serdülő változatának a bizonyosság a mentális állapotokban alszkálája volt a mediátor.

*Eredmények:* Óvodás gyermeket nevelő szülők körében a Reflektív Funkció Kérdőív bizonyosság a mentális állapotokban alszkálája szignifikáns kapcsolatban állt az Észlelt Szülői Kompetencia Kérdőívvel és a Multidimenzionális Szülői Magatartás Skálával is. A serdülőt nevelő édesanyák mintáján alacsony stressz-szint esetén a mentalizációs bizonyosság az elutasító kötődési stílusnak a hatékonyság és az elégedettség alszkálákkal való kapcsolatát mediálta.

*Következtetés:* Kutatásaink alapján a mentalizációs bizonyosság kapcsolatban állt az észlelt szülői kom-

petenciával és a szülői magatartásmódokkal magyar nem-klinikai mintán is. A fentiek alapján terápiás helyzetben javasoljuk a mentalizációs bizonyosság figyelembevételét a kötődési stílus függvényében.

## A serdülők életminősége a mentalizációs képességek és az érzelemszabályozási nehézségek tükrében

Tamás Bernadett<sup>1</sup>, Szabó Brigitta<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

<sup>3</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

26

**Háttér:** Korábbi kutatások alapján az érzelemszabályozási és a mentalizációs nehézségek is negatív kapcsolatban állnak a serdülők életminőségével, azonban e három konstruktum kapcsolatát nem-klinikai magyar serdülő mintán korábban még nem vizsgálták.

**Célkitűzés:** A kutatásunk célja 14–18 éves serdülők körében a mentalizációs és az érzelemszabályozási nehézségek, valamint az életminőség kapcsolatának vizsgálata volt.

**Módszer:** Nem-klinikai, keresztmetszeti kutatásunkban 122 serdülő válaszolt tájékozott beleegyezés után demográfia kérdésekre, majd töltötte ki a Reflektív Funkciók Kérdőívet (RFQ), az Érzelemszabályozási Nehézségek Skálát (DERS) és az Életminőség Kérdőívet (ILK). Mediátor modellünkben független változónak a Reflektív Funkciók Kérdőívet, mediátor változónak az Érzelemszabályozási Nehézségek Skálát, függő változónak pedig az Életminőség Kérdőívet választottuk.

**Eredmények:** Az első modell szignifikáns volt ( $F(1,120)=28,79$   $p<0,001$ ,  $R^2=0,19$ ), a serdülők csökkent mentalizációs kapacitása és az érzelemszabályozási nehézségei közötti kapcsolat szignifikánsnak bizonyult ( $a=0,39$ ,  $p<0,01$ ,  $\beta=0,44$ ). A második elemzés is szignifikáns modellt eredményezett ( $F(2,11)=30,48$   $p<0,001$ ,  $R^2=0,34$ ), a mentalizációs nehézségek és a csökkent életminőség közötti út nem bizonyult szignifikánsnak ( $c'=0,02$ ,  $p=0,73$ ,  $\beta=0,03$ ), míg az érzelemszabályozási nehézségek és a csökkent életminőség közötti kapcsolat szignifikáns volt ( $b=0,58$ ,  $p<0,01$ ,  $\beta=0,57$ ). Az indirekt út a mentalizációs diszfunkciók és a csökkent életminőség között az érzelemszabályozási nehézségeken keresztül szignifikánsnak bizonyult ( $\Sigma ab = 0,22$  [ $0,13 - 0,33$ ],  $\beta = 0,25$  [ $0,14 - 0,36$ ]).

**Következtetések:** A magyar – nem-klinikai – serdülők körében végzett vizsgálat eredményei – a kutatás korlátainak figyelembevételével – arra utalnak, hogy a mentalizációs kapacitás az érzelemszabályozási képességen keresztül állhat kapcsolatban az életminőséggel, aminek gyakorlati implikációi vannak.

## NEUROKOGNITÍV FUNKCIÓK MÉRÉSE

Csábi Eszter, Volosin Márta

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

A demencia a XXI. század egyik népbetegsége, előfordulási gyakorisága pedig a társadalom öregedésével egyre csak növekedni fog. Ennek tükrében egyre nagyobb jelentősége van a diagnosztikában szükséges mérőeszközök kialakításának és fejlesztésének. Egyes tanulmányok szerint ennek a folyamatnak az előjele lehet a szubjektív emlékezeti problémák és a mindennapi apró kognitív hibák megjelenése, ezért mielőbbi felismerésüknek jelentős hatása lehet akár a terápiás megoldások sikerességére is. A szimpózium témája a kutatócsoportunk által magyar mintára adaptált Kognitív Hibázás Kérdőív és Multifaktoros Emlékezeti Kérdőív, illetve ezek pszichometriai jellemzőinek bemutatása. Mindemellett, eredményeink alapján az alvás az egyik legfontosabb faktor ezeknek a tüneteknek a megjelenésére, ezért kitérünk azoknak az eredményeinknek a bemutatására, amelyek az alvászavaroknak a kognitív funkciók működésére gyakorolt hatását vizsgálják. A legutolsó előadás célja, nemcsak az alvási apnoe hatásának vizsgálata gyermekkorban, amely különösen érzékeny időszak az agy fejlődése szempontjából, hanem annak feltérképezése is, hogy az általunk összeállított kognitív kérdéssor alkalmas lehet-e egy neuropszichológiai profil felállítására és utánkövetésre.

## **Szubjektív emlékezeti panaszok vizsgálata: a Multifaktoros Emlékezeti Kérdőív magyar nyelvű adaptációja**

Csábi Eszter, Hallgató Emese, Volosin Márta

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

**Bevezetés:** A szubjektív emlékezeti panaszok vizsgálata kiemelkedő jelentőséggel bír, mert megjelenése a demencia kialakulásának előjele lehet.

**Vizsgálatunk célja:** a Multifaktoros Emlékezeti Teszt (Multifactorial Metamemory Questionnaire, MMQ) magyar populációra történő adaptálása, illetve annak vizsgálata, hogy a metamemória működése és az emlékezeti problémák milyen összefüggésben állnak a depressziós és szorongásos tünetekkel, valamint a szubjektív jólléttel.

**Módszer:** A vizsgálatban összesen 474 fő vett részt (életkor: 18–70 év). Az egészségügyi problémák szűrését követően 382 fő adatait elemeztük (átlagéletkor: 33,39 év, iskolai végzettség átlaga: 16,47 év). A résztvevők egy online kérdőívcsomagot töltöttek ki, amely tartalmazta a Multifaktoros Emlékezeti Kérdőívet, a Kognitív Hibázás Kérdőívet, a WHO-Jóllét Kérdőívet, a Beteg Egészség Kérdőívet, valamint a Beck Szorongás Leltárt.

**Eredmények:** Eredményeink alapján MMQ magyar nyelvű változata 4 alskálára osztható: Emlékezeti képességekkel való elégedettség, Emlékezeti képességek, Külső és Belső Stratégiahasználat. Az életkor gyenge összefüggést mutatott az emlékezeti képességek alskálával ( $r(380)=0,162, p<0,002$ ), az iskolázottság azonban egyik alskálával sem mutatott összefüggést. A szubjektív emlékezeti panaszok negatív összefüggésben álltak a depressziós ( $r(380)=-0,479, p<0,001$ ) és szorongásos ( $r(380)=-0,410, p<0,001$ ) tünetekkel, és pozitív korrelációt mutattak a jólléttel ( $r(380)=0,269, p<0,001$ ). A férfiak jobb emlékezeti stratégiákról számoltak be ( $U=14756, p=0,010$ ), mint a nők, a nők pedig több külső emlékezeti stratégiát alkalmaztak, mint a férfiak ( $U=10623, p<0,001$ ).

**Következtetés:** A szubjektív emlékezeti panaszok leg-erősebb bejósolója nemcsak az életkor, hanem a depressziós és szorongásos tünetek megléte, és nem olyan minta esetében, ahol minden olyan betegséget szűrünk, ami hatással lehet a kognitív működésre. MMQ egy jó mérőeszköz lehet nemcsak a szubjektív emlékezeti panaszok felmérésére, hanem az emlékezeti panaszokkal való elégedettség és a stratégiahasználat feltérképezésére, ezáltal egy esetleges rehabilitációs program utánkövetésének alkalmazásában.

## **Objektív és szubjektív emlékezeti működés összefüggéseinek vizsgálata**

Csábi Eszter, Kovács Fanni, Szabó Luca, Rácz Sarolta,  
Almási Mirkó, Sebők Ákos, Volosin Márta

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

**Kutatásunk célja:** annak vizsgálata, hogy az általunk magyar mintára adaptált MMQ és CFQ kérdőívek összefüggést mutatnak-e az objektív emlékezeti teljesítménnyel.

**Módszer:** 88 fő vett részt összesen a vizsgálatban (átlagéletkor: 22,3 év (SD=5,42), iskolai végzettség átlaga: 14,2 év, (SD=2,24)). A vizsgálat két részből állt, az első részben online kérdőívek kitöltésére kértük a résztvevőket, amelynek során a szubjektíven megítélt alvásminőségre (Pittsburgh Alvásminőség Index), alvászavarokra (Athén Inszomnia Skála) és a nappali álmoság szintjére (Epworth Aluszékonysági Skála, Stanford Álmoság és Fáradtság Skála) kérdeztünk rá. Ezen kívül minden résztvevővel felvettük az MMQ és CFQ kérdőívet. A vizsgálat második részében ugyanazon résztvevőkkel kognitív tesztek – Számterjedelem, Hallási Mondatterjedelem, Fordított Számterjedelem, Szólista tanulás, Wisconsin Kártyaszortírozás, Betűs és Szemantikus Fluencia-tesztek és a Rivermead Viselkedéses Emlékezeti Teszt (RVET) történetfelidézés és tárgyképek, arcokra és nevekre való emlékezés altszerteit – vettük fel.

**Eredmények:** Eredményeink alapján a kognitív hibázás a felvett tesztek közül a hosszútávú vizuális emlékezeti teljesítménnyel mutatott negatív ( $r(86)=-0,218, p=0,042$ ) és a betű fluencia teszten megjelenő perszeverációk számával tendenciaszintű pozitív összefüggést ( $r(86)=0,193, p=0,071$ ). Viszont pozitív korreláció jelent meg a kognitív hibázás és az álmoság ( $r(86)=0,277, p=0,009$ ), valamint a fáradtság szintje között ( $r(86)=0,310, p=0,003$ ). Az MMQ tekintetében, a betűs és szemantikus fluencia-teszteken mutatott hiba és perszeveráció mutatott negatív összefüggést a belső és külső stratégia ( $r(86)=0,259, p=0,015$ ) használatával és az emlékezeti működéssel való elégedettséggel ( $r(86)=-0,228, p=0,033$ ). Az emlékezeti működéssel való elégedettség összefüggést mutatott az inszomniás tünetekkel ( $r(86)=-0,267, p=0,012$ ), a szubjektív alvásminőséggel ( $r(86)=-0,310, p=0,003$ ), altatóhasználatával ( $r(86)=-0,377, p<0,001$ ), illetve az álmoság ( $r(86)=-0,219, p=0,040$ ) és fáradtság szintjével ( $r(86)=-0,270, p=0,011$ ). Összegzésképpen, a szubjektív emlékezeti működés és kognitív hibázás leginkább az alvásminőséggel, az aluszékonysággal és a nappali fáradtsággal mutatott összefüggést és nem az objektív teszteken elért eredménnyel.

## Neurokognitív funkciók vizsgálata alvászavarok esetén gyermekkorban

Schulcz Rebeka<sup>1</sup>, Benedek Pálma<sup>2</sup>, Gaál Veronika<sup>3</sup>, Erdélyi Eszter<sup>1</sup>, Kiricsi Ágnes<sup>1</sup>, Rovó László<sup>1</sup>, Bella Zsolt<sup>1</sup>, Csábi Eszter<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert

Orvostudományi Kar, Szeged;

<sup>2</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest;

<sup>3</sup> Pécsi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs;

<sup>4</sup> Szegedi Tudományegyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Szeged

**Bevezetés:** Az Obstruktív Alvási Apnoe (OSA – Obstructive Sleep Apnoe) az alvásfüggő légzészavarokhoz tartozik, amelynek során az ismételt felső légúti elzáródás oxigénhiányos állapotokhoz vezet, ami elindít egy ébredési reakciót szétterjedve ezzel az alvásminőség csökkenését. A fragmentált alvásstruktúra és az ismétlődő hypoxiás epizódok kognícióra gyakorolt hatása kevésbé kutatott gyermekek körében.

**Cél:** Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy az általunk összeállított kognitív funkciókat mérő teszt sor alkalmas-e az esetleges alulműködések feltérképezésére gyermekkorban.

**Módszer:** A vizsgálatban összesen 35 fő vett részt, 19 fő kezeletlen OSAS-sal diagnosztizált gyermek (átlag-életkor: 6,53 év (SD: ,54) és 16 fő kontrollszemély (átlag-életkor: 7,06 év (SD: 1,94). A csoportokat életkor ( $t(33)=-0,909$ ,  $p=0,370$ ) és iskolai végzettség alapján egyeztetettük ( $t(33)=-0,729$ ,  $p=0,471$ ). Komplex munkamemóriát, verbális rövidtávú emlékezetet, valamint végrehajtó- és figyelmi funkciókat vizsgáltunk.

**Eredmények:** Eredményeink alapján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között komplex munkamemória ( $t(33)=-2,476$ ,  $p=0,019$ ), végrehajtóműködés ( $t(32)=-2,805$ ,  $p=0,008$ ), figyelmi funkciók ( $t(30,06)=-2,584$ ,  $p=0,015$ ) és vizuális memória tekintetében ( $t(32)=-3,423$ ,  $p=0,002$ ).

**Következtetés:** Eredményeink arra engednek következtetni, hogy gyermekkorban OSAS esetén a frontális és temporális régiókhoz kötődő, valamint az iskolai készségek fejlődésében szerepet játszó lényeges részképességek érintettek lehetnek. Emellett az alkalmazott tesztbatteria alkalmasnak bizonyul a kognitív alulműködések diagnosztikájára.

## A Kognitív Hibázások Kérdőív (CFQ) magyar nyelvű validálása

Volosin Márta<sup>1,2</sup>, Hallgató Emese<sup>1</sup>, Csábi Eszter<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Szeged;

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, TTK, Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, Szeged

**Bevezetés:** A mindennapi cselekvéseink során valamennyien ejtünk apró kognitív hibákat, figyelmen kívül hagyjuk, például elfelejtjük, hogy bezártuk-e az ajtót, vagy nem vesszük észre, amit keresünk, holott az ott van előttünk. A Kognitív Hibázások Kérdőív (Cognitive Failures Questionnaire, CFQ) egy széles körben használt, 25 tételből álló kérdőív, amely a kognitív hibázások észlelt gyakoriságát méri fel egy 0–4 Likert skála segítségével.

**Módszer:** A kérdőívet a magyar nyelvű validálás során kétszer vettük fel. Egy kisebb, 157 fős minta (106 nő, 51 férfi, életkor  $M=33,83$  év,  $SD=13,7$  év) 7–21 nap különbséggel töltötte ki annak érdekében, hogy megvizsgáljuk az itemek idői konzisztenciáját és az ismételt mérések megbízhatóságát. Egy nagyobb, 381 főt számláló minta (262 nő, 119 férfi, életkor  $M=33,39$  év,  $SD=12,534$  év) bevonásával pedig felmértük a CFQ faktorstruktúráját és a demográfiai és hangulati tényezőkkel való összefüggéseit. A résztvevők egy online kérdőívcsomagot töltöttek ki, amely demográfiával kapcsolatos kérdéseket és az alábbi kérdőíveket tartalmazta: CFQ, Beck Szorongás Leltár, Beteg Egészség Kérdőív, WHO Jólét Kérdőív.

**Eredmények:** A CFQ eredeti 25 tételéből 21 bizonyult stabilnak, amelyek egy komponensbe szerveződtek. A kérdőív ismételt mérések megbízhatósága ( $r(155)=0,831$ ,  $p<0,001$ ) és belső konzisztenciája (Cronbach  $\alpha=0,902$ ) is magasnak bizonyult. A CFQ összpontszáma pozitívan korrelált a szorongással ( $r(380)=0,471$ ,  $p<0,001$ ) és a depressziós tünetekkel ( $r(380)=0,557$ ,  $p<0,001$ ). Negatívan függött össze az életkorral ( $r(372)=-0,358$ ,  $p<0,001$ ) és a jóléttel ( $r(380)=-0,196$ ,  $p<0,001$ ). Továbbá a nők több kognitív hibázásról számoltak be, mint a férfiak ( $U=12356$ ,  $p=0,001$ ). A CFQ és a depresszió ( $r(380)=0,533$ ,  $p<0,001$ ), szorongás ( $r(380)=0,446$ ,  $p<0,001$ ) és a jólét ( $r(372)=-0,348$ ,  $p<0,001$ ) közötti összefüggés az után is szignifikáns maradt, hogy az életkor hatását kontrolláltuk, azonban a depresszió, szorongás és a jólét parciálása után az életkorral való kapcsolat már nem volt szignifikáns ( $r(372)=-0,037$ ,  $p=0,472$ ).

**Következtetés:** Eredményeink illeszkednek a szakirodalmi háttérhez, mely szerint a kognitív hibázások gyakori észlelése inkább egy általános aggodalommal függ össze, mintsem az életkorral. Eredményeink továbbá arra utalnak, hogy a CFQ magyar nyelvű 21 tétel

les változata megfelelő mérőeszközként alkalmazható az észlelt kognitív hibázások mérésére egészséges populáción, és vélhetően különböző betegcsoportok esetén is.

## **GYERMEKPSZICHIÁTRIAI REHABILITÁCIÓ**

*Csáky-Pallavicini Zsófia, Pap Erika, Herczeg Ilona, Komáromi Erzsébet, Sonnevend Mária, Józsa Balázs, Veres Júlia, Várhegyi Linda, Marsalkó Fruzsina, Schwanner Zita, Pálos Anna, Kovács Petra, Martsa Zsuzsa, Kárpáti Judit, Zsigmond Orsolya, Mészár Zsófia, Horváth Diána, Forgács Eszter, Boza Édua*

29

Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ, Budapest

2015 őszétől formálódó szakmai közösségünk munkáját kívánjuk bemutatni, ahol egy interdiszciplináris teamben gyermekpszichiáterek, szakpszichológusok, családterapeuták, neuropszichológus és művészetterapeuták dolgoznak, gondolkoznak és éreznek együtt egy-egy eset kapcsán. Mindezt egy magánszférában működő szakpszichológiai központban, annak Az Egészséges Lelkű Ifjúságért Pro-Juventa Alapítványnak a támogatásával, amelyet az OPNI Gyermekpszichiátriai Osztályának dolgozói alapítottak 20 éve. Hidakat építünk múlt és jelen között, és tovább visszük az alapítvány azon értékeit, amelyek által a gyermekpszichiátriai rehabilitációs munkában figyelembe tudjuk venni a családok egyéni teherbíró képességét, az egyes betegségtípusokhoz illeszkedő diagnosztikai tempót, és amelyek képessé tesznek egy szakmai közösséget arra, hogy hosszú távon egy család mellé állhasson a gyógyulás útján.

**A korai szeparáció, szorongás történeteinek tovább élése az interperszonális kapcsolatok kamaszkori alakulásában**

*Csáky-Pallavicini Zsófia, Pap Erika, Mészár Zsófia, Horváth Diána, Martsa Zsuzsa, Zsigmond Orsolya*

Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ, Budapest

Az első életévek kapcsolati történései, a kötődés bontakozásának mozzanatai, a reguláció kapcsolati alakulása, a szeparációval és az ezzel kapcsolatos szorongással való (közös) megküzdés a személyiség fejlődésének fontos sarokkövei. A Murmo Központban pszichiátriai rehabilitációs profillal kezelt kiskamasz, kamasz korosztály tagjainak kapcsolati történetében, anamnézisében tapasztalataink szerint tetten érhetők a korai kapcsolati traumák jelei, a szülői mentalizációs deficitre utaló jellegzetességek a korai szülő-gyermek kapcsolatban, a korai gyermekkorban jelentkező regulációs nehézségek. A kezelés időpontjában pedig hangsúlyosan jelentkezik a tüneti képből a kapcsolati-kötődési nehézségek széles skálája a serdülők interperszonális terében. Előadásunk ezen jelenségek elméleti, és egy folyamatban lévő kutatás fényében megragadható vonatkozásait vázolja fel.

**Meghatározó kapcsolataink.**

**Család szintű munka a Lotilko programban**

*Csáky-Pallavicini Zsófia, Sonnevend Mária, Veres Júlia, Józsa Balázs, Várhegyi Linda, Schwanner Zita*

Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ, Budapest

Tapasztalatunk szerint a Lotilko programban részt vevő gyermekek mögött olyan sajátos családi rendszerek állnak, melyek különböző okok miatt a tüneteket nem tudják csökkenteni, hanem azok fennmaradásában vagy felerősítésében játszanak szerepet. Ezt nem a szülők hibájának tekintjük, hanem sokszor hozott pszichiátriai betegségeken, traumákon, a szülők megakadt személyiségfejlődésén alapuló, továbbadódó, maladaptív megküzdési stratégiák összességének, melyek közös jellemzője, hogy a család működését ugyan stabilizálják, de nem illeszkednek a serdülő fejlődési igényeihez.

Az előadásban jellemző típusproblémákat mutatunk be, melyeknek mind van hatása, szerepe és jelentősége a családi rendszer zavaraiiban.

## **Traumaelméletek és a TFP-A találkozási pontjai rendszerünkben**

*Csáky-Pallavicini Zsófia, Schwanner Zita,  
Forgács Eszter, Pap Erika*

Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ, Budapest

Komplex terápiás munkánk során élővé vált az elméleti tudás a súlyos tünetek értelmezésében: a patológias tünetek értelmezhetők úgy, mint adaptációs próbálkozások egy nem megtartó környezethez, traumatikus életeseményhez. Adaptivitásuk alapja lehet az, hogy egykor énvédő mechanizmusként hatékonyak voltak egy túlterhelő szituációban. Különös figyelmet igényelnek közülük azok, amelyek alapja valamilyen trauma, környezeti ártalom, melynek hatásai a személység fragmentációjához vezetnek – leíró szinten pedig a tünetek széles köréért felelősek.

Az alacsony szinten szervezett személyiséggel való munkában szemléletünk minden szinten az integrációt célozza. Szükséges először is a tünetek integrálása a megértési keretbe (a traumaszemlélet, a kötődéselmélet, a rendszerszemlélet alapjainak figyelembevételével). Gazdagító a tünetek megértése abból a szempontból, hogy azok miként adaptívak a kliens számára, hogyan segítik a túlélését az itt-és-mostban, illetve mit próbál kommunikálni általuk. A pszichoterápiás munka hatékonyságát az biztosítja, hogy a kliensek különböző terekben (ambuláns pszichoterápia, gyermekpszichiátriai ellátás osztályos és/vagy ambuláns keretben stb.) mutatott érzelmi, viselkedésmintái megérthetővé és integrálhatóvá válnak a terapeuták által, a szakemberek közti kapcsolattartás és intenzív együtt gondolkodás segítségével. Mindennek szakmai hátterét a kezelő teamben, illetve tagjaiban megjelenő érzések, reakciók integrálása adja, mely párhuzamosan kell fusson a gyermek, serdülő mögött álló család folyamatba integrálásával, megtartásával.

## **Rendszer a rendszerben – A Lotilko program evolúciója**

*Pap Erika, Csáky-Pallavicini Zsófia,  
Komáromi Erzsébet Katalin, Herczeg Ilona*

Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ,  
Pro Juventa Alapítvány, Budapest

Teamünk munkáját, szemléletét, és az elmúlt 7 évben felépített szervezetet főbb munkamódjainkon és hatásmérési eredményeinken keresztül kívánjuk bemutatni, fókuszba téve a Lotilko programot, amelynek szemléleti alapját az MBT-A és TFP-A működési kerete adja. A programban az egy éves terápiás munka ideje alatt komplex megsegítést kapnak a résztvevők – egyéni terápia, csoportterápia, családterápia vagy családkonzultáció és szülőcsoport –, amely szülőknek tartott edukációs programmal és módszertani bemutatóval egészül ki. A nyár folyamán a gyerekek számára 1 hetes terápiás alkotótábort szervezünk, és munkáinkból kiállítást rendezünk.

Ilyen módon megvalósulhat a folyamat-diagnosztika, a többszintű terápiás megsegítés, ami által a krónikus mentális problémákkal élő gyerekek és kamaszok családjaikkal együtt erősödhetnek, gyógyulhatnak.

**Összhangzattan – A zeneterápia helye  
a komplex munkában**

*Pap Erika<sup>2</sup>, Kovács Petra<sup>1</sup>, Kárpáti Judit<sup>1</sup>,  
Csáky-Pallavicini Zsófia<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ, Budapest;

<sup>2</sup> Murmo Szakpszichológiai és Művészetterápiás Központ,  
Pro Juventa Alapítvány, Budapest

32

A Murmo Központ gyakorlatából hozott komplex esetek kapcsán kialakult szakmai duettek és triók tapasztalatait szeretnénk az érdeklődőknek bemutatni interaktív módszerekkel olyan esetek ismertetésével, ahol neurokognitív fejlődési zavar a meghatározó a tünetképződésben, és pszichiátriai problémával élő szülők vannak a családi rendszerben. Hogyan lehet esetveztő egy zeneterapeuta a komplex kezelési rendszerben? Milyen szemléleti keretben dolgozunk ezekkel az esetekkel? Hogyan alakulnak a teamen belül a zeneterapeutával közösen vitt esetek kapcsán szakmai duettek, triók? Melyek az összekapcsolódás jellegzetességei? Mindezek a kérdések a rájuk adott válaszokkal hitelesen körvonalazzák a Murmo team szakmai hitvallásának lényegét, melynek fontos sarokköve a nonverbális terápiás terek megnyitása és integrálása a komplex terápiás munkában.

**LMBTQ AFFIRMATÍV PSZICHOLÓGIA:  
ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI  
MEGFONTOLÁSOK**

*Vizin Gabriella*

ELTE, PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

Noha az LMBTQ (leszbikus, meleg, biszexuális, transzgender, queer) affirmatív pszichológia hozadékai bizonyítottak, a pszichológiai intervenciók során mégsem kellően elterjedt és ismert szemléletet jelent ma hazánkban ez a megközelítés. Az LMBTQ fiatalok számos esetben élnek át kirekesztést, diszkriminációt, csúfolás és zaklatás áldozatai, de nem ritka a kortársak vagy a családtagok elutasítása, vagy a hozzáértő, megerősítő klinikai támogatás hiánya. Ezen tényezők distressz forrásává válnak és jelentősen rontják az LMBTQ fiatalok jóllétét, valamint fokozzák a depresszió arányát és hozzájárulnak a szignifikánsan magasabb szuicid rizikó megjelenéséhez is.

Szimpóziumunk célja az affirmációs pszichológiai szemlélet filozófiai, biológiai és pszichológiai alapjainak bemutatásán túl a diszkrimináció lelkiállapokra gyakorolt negatív hatásainak feltárása, valamint tekintést igyekszünk nyújtani az affirmatív pszichoterápiás és pszichiátriai gyakorlatba is.



## Szexualitás és gender-kérdés egzisztencialista megközelítésben

Kőváry Zoltán, Vizin Gabriella, Csizmadia Ráhel  
ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

Míg az egzisztencializmus szellemi ikertestvére – a pszichoanalízis – Freudtól a posztmodern és feminista szerzőkig kiemelt jelentőséget tulajdonított a nemiség kérdésének, addig a különféle egzisztencialista filozófiai és pszichológiai iskolák sokáig nem fektettek túl nagy hangsúlyt erre a témára. *Jean-Paul Sartre* utalt rá, hogy mivel a szexuális ösztön nem a „történetünk-ből” származik, ezért az egzisztencialista filozófusok azt gondolták, hogy nem kell behatóan foglalkozniuk a szexualitással. Különösen igaz ez a legnagyobb hatású filozófusra, *Heideggerre*, aki egyetlen apró utalást sem tesz a szexualitásra egzisztenciális analitikájában. A francia egzisztencialisták, így *Sartre*, *Merleau-Ponty*, és kiváltképp *Simone de Beauvoir* kivételt képeznek ebből a szempontból, mivel ők írásaikban részletesen foglalkoztak a testiség, a szerelem és a szexualitás kérdéseivel. Az egyik legfontosabb mű ebből a szempontból *Beauvoir* „A második nem” című könyve, amelyben a filozófusnő azt állítja, hogy senki sem születik nőnek, hanem azzá válik élete során, és mivel a világ, amely tartalmazza ennek a folyamatnak a feltételeit, a „férfiuralom” világa, ezért válik a nő a címbe jelzett módon másodrendűvé a társadalomban, és konstituálódik meg a férfi számára a Másikként. Ahogy írja, „nem a természet határozza meg a nőt, hanem ő maga, azáltal, hogy testét érzelmei és érzelmei útján magáévá éli.” A nemiséggel kapcsolatos pszichológiai diskurzust a 20. század második felében a pszichoanalízis és annak feminista értelmezése uralta, ezért ennek a korszaknak az egzisztenciális szemléletű pszichológiai irodalmában nem találunk túl sok reflexiót a nemi identitással vagy a nemi különbségekkel kapcsolatban. A téma a reneszánszát élő egzisztenciális pszichológia kortárs szerzőinél sem számít kiemelt jelentőségűnek, de már megjelentek bizonyos kezdeményezések, mint például a transz-identitású szerző, *Laura Halls* írásai, aki *Sartre* és *Beauvoir* nyomán utal a nemiség szociálisan konstruált természetére a „gender esszencializmus” kritikáján keresztül, vagy *Shay Welch* „Existential Eroticism” című könyve. Az előadásban *Beauvoir*, illetve az utóbbi szerzők írásai nyomán próbáljuk meg felvázolni a nemi identitás és a szexualitás egzisztencialista filozófiai és pszichológiai vonatkozásait annak tudatában, hogy a részletesebb kidolgozás a jövő feladatai közé tartozik.

## Affirmatív szemlélet a pszichiátriai ellátásban

Lisincki Anna<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>2</sup>

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

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

A pszichés zavarral elő lesbikus, meleg, biszexuális, transznemű vagy queer (LMBTQ) személyek különösen sérülékeny csoportnak számítanak, fokozottan ki vannak téve a stigmatizáció és diszkrimináció veszélyének. A többi páciens részéről eltérő szexuális orientációjuk vagy nemi identitásuk miatt tapasztalhatnak elutasítást, az LMBTQ közösségen belül pedig pszichés problémáik kapcsán. Igényük és szükségük is van az ellátásra, hiszen kutatások alapján gyakrabban jelenhet meg náluk depresszió, szuicid magatartás, káros szerhasználat és PTSD. Ehhez a stigmatizáció, diszkrimináció, társas kirekesztés, valamint a verbális és fizikai abúzus gyakori előfordulása is hozzájárul. Felmérések alapján a káros szerhasználat kétszer-háromszor, depresszió és öngyilkossági kísérlet négyszer olyan gyakran fordul elő közöttük, mint az átlagpopulációban. A transznemű közösség tagjai különösen veszélyeztetettek, 41%-os valószínűséggel követnek el életük során legalább egyszer öngyilkossági kísérletet, még ez az arány a nem-transzneműek körében 5%. Ezek a páciensek ugyanakkor a szégyen, az elutasítástól való félelem miatt gyakran arra kényszerülnek, hogy az egészségügyi ellátás során eltitkolják valódi identitásukat vagy orientációjukat, esetleg elkerülik a segítségkérést, pedig problémáik bizonyítottan hatékony módszerekkel enyhíthetőek lennének. Emellett, a kutatások azt mutatják, hogy a segítő szakemberek jelentős része nem érzi magát megfelelően felkészítve az LMBTQ páciensekkel való munkához. Nemzetközi irányelvek, bizonyítékokon alapuló, hatékony módszerek ismerte segíti a kezelőszemélyzet munkáját, valamint a terápia hatékonyságát is. Az APA (2021) irányelvében az affirmatív szemléletet határozza meg a szexuális és nemi kisebbségek tagjainak kezelése során, melynek része az elfogadó attitűd, a biztonságos környezet kialakítása, elfogadó és személyközpontú szemlélet alkalmazása. Emellett fontos az egészségügyi személyzet képzése és informálása a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos ismeretekről és hatékony módszerekről, valamint az LMBTQ közösségen belül a mentális zavarokra vonatkozó információk terjesztése. Előadásunkban meglévő kutatási eredmények és irányelvek összefoglalásával, valamint gyakorlati példákkal szeretnénk hozzájárulni az ismeretek bővítéséhez ezen a területen.

### A diszkrimináció okozta distressz CBT terápiaja LMBTQ+ fiatalok számára

Vizin Gabriella<sup>1</sup>, Németh Ádám<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Autizmus Alapítvány, Budapest

34

Az LMBTQ+ (leszbikus, meleg, biszexuális, transzgender, queer) fiatalokat érintő diszkrimináció jelentős hatással van mentális egészségükre. Kutatási eredmények arra utalnak, hogy LMBTQ+ fiatalok körében a depresszió előfordulási gyakorisága meghaladja a 30%-ot. Lesújtó jelenség, hogy az LMBTQ+ fiatalok háromszor nagyobb valószínűséggel kísérelhetnek meg öngyilkosságot nem LMBTQ társaikhoz képest.

Jelen előadás fő célja egy 8 alkalmas kognitív viselkedésterápiás (CBT) szemléletű online csoportterápia bemutatása, mely bizonyítottan hatékony LMBTQ+ fiatalok diszkriminációjából adódó depressziójának mérséklésében és jóllétének emelésében.

Az AFFIRM Online egy Kanadában kidolgozott 8 alkalmas CBT módszer, melyet LMBTQ+ fiatalok számára fejlesztettek ki, elsősorban a diszkriminációs hatásból fakadó distresszük csökkentése céljából. A program nyolc online csoportterápiás ülésben, 8 lépésben segíti a résztvevők distresszének mérséklődését a CBT eszköztár alkalmazása révén. A lépések közötti 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 terápiában részesülő LMBTQ+ fiatalok depressziójának szintje mérséklődött, a megküzdési kapacitásuk javult a várólistás kontrollcsoport eredményeihez képest.

Az AFFIRM Online adaptálása és alkalmazása hatékony segítséget jelenthet a magyar LMBTQ fiatalok diszkrimináció okozta distresszének mérséklésében.

### Szégyenérzés versus autentikus büszkeség: LMBTQ személyek pszichoterápiájának sajátosságai

Vizin Gabriella

ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

Az LMBTQ személyek aránya a társadalomban meghaladja az 1%-ot. Az LMBTQ fejlődés háttere multikauzális és jelentős hányadban kora gyermekkortól kezdődően megjelenő lelki és viselkedési jegyek utalnak a biológiai nemtől eltérő fejlődésmenetre. Az LMBTQ személyek kora gyermekkoruktól kezdve tapasztalhatnak kirekesztettséget, iskolai zaklatásokat, nem ritkán fizikai vagy szexuális abúzus áldozataivá válhatnak, valamint a kortársak, a családtagok elutasítását élhetik meg. Ezen hatások hozzájárulnak ahhoz, hogy az LMBTQ személyek 70%-ánál kialakulhat valamilyen – pszichoterápiás beavatkozást igénylő – mentális zavar.

Számos esetben tapasztalható a pszichoterápiás intervenciót nyújtó ellátó személyzet körében a hozzáértő, megerősítő támogatás hiánya. Annak ellenére, hogy nyilvánvaló, hogy a már kialakult nemi identitás megváltoztatására irányuló terápia alkalmazása etikátlan, az affirmatív szemlélet alkalmazása mégis alulreprezentált hazánkban.

A pszichológiai beavatkozások kiemelt jelentőségűek a nemi identitás megfogalmazásától kezdve a coming outon át az identitás elfogadásáig. A pszichoterápia a nemi identitással kapcsolatos nehézségek tisztázása során, a stigmatizáció megelőzésekor, a testképzavar, a szexualitással kapcsolatos averziók, vagy egyéb, komorbidan megjelenő pszichiátriai zavarok kezelésében hasznos és elengedhetetlen.

Előadásomban LMBTQ személyekkel végzett pszichoterápiás tapasztalatokra és szakirodalmi ajánlásokra támaszkodva igyekszem bemutatni a pszichoterapeuta szupportív, affirmatív szerepének jelentőségét a terápiás hatások elérése érdekében, elsősorban a stigmatizációból fakadó szégyenérzés mérséklése és az autentikus büszkeség – mint protektív faktor – megelőzése tekintetében.

## A társadalmi kirekesztés hatása az LMBTQ személyek jóllétére

Unoka Zsolt Szabolcs

Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Előadásomban a társadalmi kirekesztés és elutasítás vagy a hátrányos megkülönböztetés és üldöztetés LMBTQ személyek jóllétére tett hatásaival foglalkozok. A csoportba tartozás és a kirekesztettség megélésének neurobiológiai alapjairól, esetleg evolúciós jelentőségéről beszélek, majd pedig a *Hegeltől* származó elismerés fogalom jelentőségéről a társadalmi kirekesztés megértésében. Végül esetrészleteken és kutatási eredményeken keresztül mutatom be, hogy az LMBTQ emberek jólléte milyen összefüggést mutat az adott társadalomban uralkodó kirekesztő, vagy elismerő diskurzussal.

## PERINATÁLIS PSZICHOFARMAKOLÓGIA

### A lítium alkalmazásának klinikai gyakorlati kérdései a várandósság tervezése idején, a várandósság alatt és a posztpartum időszakban

Kurimay Tamás, Pelikán Anett, Szederkényi József

Észak-Közép-Budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budai Családközpontú Lelkiegészség Centrum, Budapest

35

A lítium terápiás alkalmazásának kezdete az 1940-es évek végére tehető. Elsődleges indikációs területe a bipoláris affektív zavar, mind a depressziós, de különösen a mániás epizódok profilaxisában és kezelésében, a szuicídium rizikójának csökkentésében hatékony lítium-reszponder páciensek esetében.

A várandósság tervezésénél vagy a várandósság felismerésénél alkalmazhatósága és biztonságossága kérdésessé válik az első trimeszterben történő használat kockázata miatt, miszerint akadálytalanul áthatol a placentán és fejlődési rendellenességek magasabb kockázatával hozzák összefüggésbe (kardiovaszkuláris fejlődési zavar, Ebstein-anomália). A szoptatás időszakában pedig az anyatejbe történő kiválasztódás, a magas relatív csecsemődózis adhat okot aggodalomra.

A perinatális időszakban mindezek miatt alaposan átgondolt kezelési tervet igényel az alkalmazása a lítiumot szedő és lítium-reszponder pácienseknél, figyelembe véve, hogy az új vizsgálatok és ajánlások a korábbihoz képest alacsonyabb magzati kockázatot és kedvezőbb alkalmazhatóságot mutatnak.

Az előadás körbejárja a hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok, valamint saját klinikai tapasztalataink alapján a lítium perinatális alkalmazhatóságának kérdését, valamint azt a gyakran tapasztalható, a szerzők szerint megkérdőjelezhető klinikai gyakorlatot, miszerint várandósság esetén minden más szempontot figyelmen kívül hagyva a magzati kockázat miatt a lítiumot azonnal le kell állítani, illetve a várandósság tervezésénél a jó profilaktikus hatással rendelkező lítiumterápia mellett is el kell hagyni a lítiumot.

A perinatális időszakban alkalmazott terápiás elvek és stratégiák szerint a várandósság tervezése során és felismerése esetén az anyai mentális betegség, különösen a bipoláris zavar kiújulásának kockázatát a perinatális időszakra, szülői szerepre, a gyermekkel való kapcsolatra vonatkozó kockázatával, az anyai mentális zavar kezelési lehetőségeit az anya gyógyszeres kezelése esetén annak a magzat, illetve az újszülött potenciális gyógyszerexpozíciójának kockázatával összefüggésben szükséges vizsgálni és értékelni.

A jól átgondolt kezelési terv és a szoros anyai, magzati monitorizálás, peripartum és posztpartum után-

követés mellett az anyai és magzati kockázatok rövid- és hosszútávon csökkenthetőek.

Esetvinyetták bemutatásával tárgyaljuk a perinatális időszakban a lítiumkezelés aktuális irányelveit és az ellátás jelenlegi tudásunk szerint optimalizált gyakorlatát.

## **Pszichofarmakológia és szoptatás**

*Pelikán Anett<sup>1</sup>, Kurimay Tamás<sup>2</sup>, Szederkényi József<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest;

<sup>2</sup> Észak-Közép-Budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest

A szoptatás a csecsemőtáplálás biológiai normája, amely a csecsemő optimális növekedését, fejlődését biztosítja. A nemzetközi (World Health Organization – WHO, United Nations’ Children’s Fund–UNICEF, Centers for Disease Control–CDC, and American Academy of Pediatrics–AAP) és hazai (Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról) ajánlások az első életévben megkezdett, 6 hónapos korig kizárólagosan, majd a hozzátáplálás mellett legalább 1 éves korig (vagy még tovább) folytatott szoptatást javasolják.

Az anyatej nutritív összetevőin és funkcióján túl az „élő” frakcióban immunsejteket, őssejteket, növekedési faktorokat, enzimeket, hormonokat és számos biológiailag aktív anyagot találunk, melyek a csecsemő testi, idegrendszeri fejlődésben, immunrendszerének érésében, akut és krónikus betegségeinek prevenciójában fontos szerepet töltenek be. Ezen túl a szoptatást és a szoptatáson keresztüli kapcsolatot összefüggésbe hozzák a csecsemő neurohormonális, vegetatív, pszichés működéseinek, stressz-válaszának, alvás-ébrenlét ritmusának, jóllakottság-éhség érzetének szabályozásával, valamint a későbbi viselkedés- és érzelmszabályozással, társas- és érzelmi fejlődésével. A szoptatás az anyai bevonódás, érzékenység, elköteleződés és válaszkészség, a szülő és gyermek közötti pozitív interakciók, kötődés támogatásában is szerepet játszik. Az utóbbi években fókuszba került az anyatej epigenetikai szabályozó hatása, az anyatejben található őssejtek szerepe, az anyatej által befolyásolt bélmikrobiom és az idegrendszeri fejlődés, működés, neurodegeneratív betegségek kapcsolata is.

Mit jelenthet ez számunkra a perinatális időszak pszichiátriai ellátásában, amikor szoptató anyák gyógyszeres kezeléséről, ablaktálásáról, gyermekük elválasztásáról teszünk javaslatot?

Előadásunkban szeretnénk a hazai és nemzetközi ajánlásokat, új eredményeket, valamint saját tapasztalatainkat összefoglalni. Mindezek alapján a mindennapi klinikai gyakorlatban alkalmazható szempontokat kínálunk azoknak, akik a gyermekvállalás, a várandósságra való felkészülés és a laktáció időszakában találkoznak azokkal a nővel és anyákkal, akiknél a pszichofarmakológiai kezelés szükségessége felmerül. Segítünk új nézőpontot találni az eddigi, szoptatás idején alkalmazott gyógyszeres kezelés esetén a gyermek elválasztását és mesterséges táplálását biztonságosnak tartó javaslatok helyett lehetőséget keresni a biztonságos és hatékony gyógyszerválasztásra.

## A telemedicina mint ellátási forma aránya a Baba-Mama-Papa Együtt programban – mit hozhat a jövő?

Szederkényi József<sup>1,2</sup>, Pelikán Anett<sup>2</sup>, Fenyves Tamás<sup>2</sup>, Kurimay Tamás<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest;  
<sup>2</sup> Észak-Közép-Budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budapest

A COVID-19 pandémia jelentős – részben kényszer szülte – változásokat követelt és hozott a pszichiátriai ellátásban (is). Ezek közé tartozik a telemedicina is, melynek bevezetése kihívás elé állította mind a szakmát, mind a pácienseket. A perinatális ellátás hagyományos nehézségei, problémái (pl. mobilitás, izolálódás) fokozottabban jelentkeztek. A pandémia hullámai során a programban dolgozó kollégák a páciensekkel együttműködve integrálták ezt az ellátási formát, standardok alakultak ki, figyelembe véve az online terápia nehézségeit is (pl. nyugodt környezet megteremtése, korlátozott láthatóság). Most, hogy a pandémia nyomása enyhülni látszik, a következő felmerülő kérdés, hogy a telepszichiátria – mint ellátási forma – milyen mértékben, arányban marad jelen. Ez természetesen egyszerre múlik a kollégák hajlandóságán, és a páciensek preferenciáján. Előadásunkban saját tapasztalatainkat szeretnénk megosztani a telemedicina alakulásáról az elmúlt (COVID által kevésbé szorongatott) időszakban a Baba-Mama-Papa Együtt Programban a perinatális ellátás keretén belül, kitérve az arányszámok változására, illetve a páciensek preferenciájára.

## STIGMATIZÁCIÓ ÉS DISZKRIMINÁCIÓ

### Stigmatizáció, strukturális diszkrimináció és Antistigma-Program: a rendszerszintű stigmatizáció elleni hatékony küzdelem egyes szükséges feltételeiről

Kapócs Gábor

Észak-Közép-Budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest

A mentális betegséggel élő emberek egyéni, interperszonális szinten tapasztalt megbélyegzése és diszkriminációja mellett a nemzetközi kutatások, országjelentések és szakirodalmak egy további, strukturális szinten megjelenő stigmatizációt is azonosítanak: ez a törvényhozás és a törvények alkalmazásának olyan szándékolt vagy nem szándékolt intézményes gyakorlatait jelenti, melyek hátrányos helyzetbe hozzák a mentális betegséggel élő embereket, és amelyek – ha nem ismerik fel és kezelik őket időben – normává szilárdulhatnak, társadalmi rutinná téve a megkülönböztetést és a kirekesztést. A strukturális diszkrimináció számtalan formát ölthet: a teljesség igénye nélkül ide sorolhatók (a) a pszichiátriai ellátásokra fordított alacsonyabb költségvetési források; (b) az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei; (c) a leromlott állapotú infrastruktúra; (d) bizonyos ellátási típusok – például a bentlakásos intézmények – nagymértékű izoláltsága; (e) a rehabilitációs foglalkoztatási lehetőségek szűkössége; (f) a mentális betegséggel élőket különösen sújtó szociális és egészségi egyenlőtlenségek is.

A strukturális diszkrimináció természetesen nem választható el a nyilvános stigmáktól, elvégre mind a jogalkotók, mind a jogalkalmazók döntéseit és cselekvéseit meghatározzák a mentális betegséggel élő emberekről alkotott társadalmi képzetek – és fordítva: a struktúrákba beépült diszkriminatív gyakorlatok jelentősen hozzájárulnak ezen stigmák állandó újratermelődéséhez. Éppen ezért az örökmozgó folyamat megakasztása sem lehetséges határozott törvényalkotói akarat nélkül, hiszen olyan hatalmas és komplex területek működésébe történő célzott szakpolitikai beavatkozásokat kíván meg, mint az egészségügy, a köz- és felsőoktatás, a szociális ellátás, az igazságügy, a lakhatás, a munkaerőpiac, vagy éppen a média.

Mindebből következően egy országos szintű anti-stigma-program akkor lehet igazán hatékony és eredményes, ha az egyéni, a társadalmi és a rendszerszintű stigmatizáció jelenségét egyenként és összefüggéseiben is módszeresen vizsgálja, programelemei mindhárom dimenziót át- és lefedik, végrehajtása iránt pe-

dig a jogalkotó is elkötelezett. Mindezek alapján egy eredményes és hatékony országos antistigma-program elemi feltétele a különböző állami szereplők aktív részvétele és támogatása a végrehajtás során.

### Mentális betegséggel élők önstigmatizációja

Simon Lajos<sup>1,9</sup>, Vass Edit<sup>1</sup>, Zsély Anna<sup>2</sup>,  
Sztancsik Veronika<sup>3</sup>, Szemán-Nagy Anita<sup>4</sup>,  
Őri Dorottya<sup>5</sup>, Vajsz Kornél<sup>4</sup>, Horváth Márton<sup>6</sup>,  
Vincze Katalin<sup>7</sup>, Yang Zijian Győző<sup>8</sup>,

- <sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;
- <sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;
- <sup>3</sup> Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Felnőtt Pszichiátriai Osztály, Debrecen;
- <sup>4</sup> Debreceni Egyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Debrecen;
- <sup>5</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest;
- <sup>6</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest;
- <sup>7</sup> Karolinska Intézet, Solna (Svédország);
- <sup>8</sup> MorphoLogic, Budapest;
- <sup>9</sup> Moravcsik Alapítvány, Budapest

Nemzetközi adatok alapján ismert, hogy minden második mentális zavarral élő tart attól, hogy betegsége miatt igazságtalan bánásmódban lesz része. Közel egyharmaduk tapasztal mentális zavarával kapcsolatba hozható hátrányokat a munkavállalás területén, csaknem minden ötödik beteg számol be nehézségekről a pénzintézetekkel, biztosítókkal való együttműködésben. Az önstigma a mentális betegséggel élők internalizált stigmája, ami akkor alakul ki, ha megismerik a nyilvános stigma tartalmát és magukra nézve elfogadják, igaznak és jogosnak tartják azt.

A vizsgálatunk során több mint 111 mentális betegséggel élő személy töltötte ki a kérdőíveket.

A kérdőív kitöltésekor a válaszadók diagnózisa: 23% szkizofrénia, 29% bipoláris zavar, 55 % depresszió és 23% személyiségzavar.

*Anticipált Diszkrimináció Kérdőív (QUAD)* – A válaszadóknak a különböző helyzetekben megjósolható diszkriminatív állításokkal kapcsolatos egyetértése és egyet nem értése nagyrészt közel 50%-os volt. Szignifikáns mértékben utasították el a diszkrimináció lehetőségét négy csoport esetében – a barátokkal, a tanárokkal, a családjukkal és az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatban.

*Önstigma kérdőív mentális betegséggel élők számára* – Rövidített változat (SSMIS-SF) – Az önstigmatizáció négy fokozata – tudatosság, egyetértés, alkalmazás, azonosulás – közül az azonosulás szintje a válaszadók részéről a leginkább elutasított.

Az előadásban ismertetjük a vizsgálat további eredményeit.

## Serdülőkorú viszonya a mentális betegségéhez a Diszkrimináció és Stigma Becslő Skála mentén

Simon Lajos<sup>1</sup>, Vajsz Kornél<sup>2</sup>, Őri Dorottya<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Moravcsik Alapítvány, Budapest

<sup>2</sup> ELTE, PPK, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>3</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiénés Központ, Budapest;

<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Az előadás a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet egy serdülőkorú páciensének megéléseit mutatja a saját mentális betegsége, és annak társadalmi megítélése kapcsán. A Nemzeti Antistigma Program (NAP) keretei között végzett tanulmány egy átfogóbb vizsgálat bevezető kvalitatív kutatása. Egy pánikzavarból felépült, de még érzelmi zavar és hangulati tünetek jeleit mutató serdülőkorú pácienssel felvett anamnesztikus adatokat (interjú, SAFA-Sz, BAI, BDI, CBCL) és a pszichiátriai gondozás során nyert információkat vetjük össze a Diszkrimináció és Stigma Becslő Skála (DISC-12) strukturált interjú eredményeivel, valamint annak utánkötése során feltárt stigmatizációval kapcsolatos megéléseivel.

Az interjúk keretein belül bemutatjuk a serdülő nehézségeit és erősségeit saját kórképét illetően, illetve a pszichiátriai diagnózisával kapcsolatban megélt, személyét érintő méltánytalan bánásmódokat.

Foglalkozunk azzal, hogy a serdülő mit nem tett meg életében, tartva attól, hogy mások a pszichiátriai problémája kapcsán hogyan reagálnak, valamint azzal, hogy és mennyiben tud megbirkózni a pszichiátriai problémája miatt felmerülő stigmával és diszkriminációval. Végül arra is kitérünk, hogy mennyiben és konkrétan hogyan érte pozitív megkülönböztetés a pszichiátriai problémája miatt.

A vizsgálat egy kiragadott fiatal páciens élményvilágára koncentrál, ami árnyalhatja azt a képet, amit a kvantitatív stigmakutatások mutatnak. Segít a számadatok plasztikusabb értelmezésében, közelebb hozza az embert a vizsgálatban szereplő mentális és szociálpszichológiai konstrukciókhoz.

## A média szerepe a mentális zavarokat övező stigmatizáció fenntartásában: szentimentanalízis

Vass Edit<sup>1</sup>, Zsély Anna<sup>2</sup>, Sztancsik Veronika<sup>3</sup>, Szemán-Nagy Anita<sup>4</sup>, Őri Dorottya<sup>5</sup>, Vajsz Kornél<sup>4</sup>, Horváth Márton<sup>6</sup>, Vincze Katalin<sup>7</sup>, Yang Zijian Győző<sup>8</sup>, Simon Lajos<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;

<sup>3</sup> Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Felnőtt Pszichiátriai Osztály, Debrecen;

<sup>4</sup> Debreceni Egyetem, BTK, Pszichológiai Intézet, Debrecen;

<sup>5</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest;

<sup>6</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest;

<sup>7</sup> Karolinska Intitutet, Solna (Svédország);

<sup>8</sup> MorphoLogic, Budapest

A személyes tapasztalatok hiánya miatt az emberek gyakran támaszkodnak a médiára a mentális zavarokra irányuló elképzeléseik kialakításában. A sokszor téves, eltúlzott, pontatlan, gyakran komolytalan médiaábrázolás ugyanakkor sokkal inkább a mentális zavarokkal szembeni stigmatizáció megszilárdulását, semmint a reális ábrázolásra építve az elfogadó attitűd kialakulását szolgálja. E megállapítást megerősítő egyes kutatási eredmények kapcsolatot találtak a televízió-nézésrel töltött idő és a stigmatizáció mértéke között, amennyiben a rendszeres tévénezést a mentális zavarokkal kapcsolatos negatívabb megítéléssel hozták összefüggésbe. Bár ez az összefüggés egyben azt is sugallja, hogy a média a stigmatizációval szembeni küzdelem fontos színterévé válhat a jövőben, e lehetőség feltárásához először a téves ábrázolás mértékének és e közlések természetének megismerésére van szükség. A magyar nyelvű online sajtótermékek szentimentanalízise e kérdés megválaszolásában nyújthat segítséget. A vizsgálat során az egyes folyóiratok cikkeiben megbúvó szentimenteket (szerzői attitűdöt tükröző nyelvi elemeket), valamint ezzel összefüggésben az emotív szemantikai tartalmakat (szöveg szintjén azonosítható érzelmeket) vizsgáljuk. A vizsgálat keretében először egy kézzel annotált magyar nyelvű szentiment-korpuszt elemzünk. Ezt követően az elemzést gépi tanulási folyamat segítségével terjesztjük ki az online médiatartalmak szélesebb körére. A vizsgálatunk első sorban arra a kérdésre keresi a választ, hogy a magyar online sajtóban milyen arányban jelenik meg a mentális zavarokkal kapcsolatos negatív és pozitív viszonyulás.

**ORVOSOK, ORVOSTANHALLGATÓK  
MENTÁLIS EGÉSZSÉGE**

*Kelemen Oguz*

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

40

A szimpózium előadásaiban a szerzők vázolják az orvosok és orvostanhallgatók mentális problémáira vonatkozó hazai és nemzetközi releváns kutatási adatokat, megosztják személyes praxisuk tapasztalatait, és bemutatják a Szegeden működő – az orvostanhallgatókat segítő – gyakorlatot, illetve az orvosok körében végzett külföldi ellátási programot, megvizsgálva annak a hazai ellátás szempontjából hasznosítható elemeit.

**Orvostanhallgatók mentális egészségének támogatása**

*Kelemen Oguz, Racs Eszter*

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

Számos szakirodalmi adat van arra vonatkozólag, hogy már az orvostanhallgatóknál is magas arányban észlelhetők mentális betegségek. Ráadásul más egyetem diákjaival összehasonlítva is kiemelkedően magas a pszichés disztressz és a mentális problémák aránya.

Előadásunkban áttekintjük a téma nemzetközi irodalmát, valamint részletezzük az egyetemünkön működő mentális segítségnyújtás lehetőségeit. A Mediwell kortárssegítő csoport több más mellett a kiegészítő megelőzésben, stresszkezelésben is segítséget kínált a hallgatóknak. Aktuálisan egészség-szakpszichológus munkatársak nyújtanak segítséget mind magyar, mind angol nyelven a medikusoknak. Az ellátási tapasztalatból merítve elemezzük a felmerülő komplex problémákat és az ellátási utakat.



## Hogyan segíthetünk az orvosoknak a pszichiátriai ellátás megkeresésében?

Kelemen Oguz<sup>1</sup>, Mátyáássy Adrienn<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged;  
<sup>2</sup> Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, Kecskemét

Az orvosok pályafutásuk során nagyszámú rendkívüli eseménnyel, váratlan helyzettel találkozhatnak és ez nemcsak fizikailag, de lelkileg és érzelmiileg is megterhelő. Ez különösen igaz, ha korlátozott erőforrásokkal, kevés támogatással és változó szervezetben (pl. a pandémia miatt) dolgoznak. Bár az orvostudományok során megszerzett ismeretek alapján feltételezni lehetne, hogy jobban ismerik a tüneteket és/vagy a gyógyítás lehetőségeit, mint a nem orvosi végzettségű emberek, ugyanakkor az is ismert tény, hogy az orvosok nehezen ismerik be a betegségüket – legyen az fizikai vagy lelki eredetű. Ahogy többek között egy, a *The Lancet*-ben, 2021-ben közölt tanulmány is megerősíti, az orvosok gyakran nehezen hozzák meg azt a következtetést, hogy segítségre van szükségük. Ennek egyik oka, hogy bizonytalanok abban, hogy el lehet-e problémájukat „titkolni”, hiszen személyes és szakmai világuk között számos átfedés van. A kutatások számos okot vázoltak fel, amelyek alá támasztják a mentális problémákkal küzdő orvosok ellátására szakosodott mentálhigiénés, pszichiátriai ellátás szükségességét. Új, bizonyítékokon alapuló keretet javasolnak arra vonatkozóan, hogy az egyéni és szervezeti beavatkozásokat hogyan lehet integrált módon alkalmazni az orvosi egyetemeken, az egészségügyi intézményekben. Új kezdeményezésekre van szükség, és sürgető feladat az orvosok mentális egészségének és jóllétének védelme érdekében a speciális ellátás jó gyakorlatának kialakítása. A pandémia alatt szerveződtek az online térben ingyenesen is igénybe vehető szupervíziós, illetve pszichológiai támogatást nyújtó felajánlások. Bízható és fontos, hogy vannak olyan vizsgálatok, melyek azt jelzik, hogy az egészségügyi szakemberek gyorsabban gyógyulnak, mint azok, akik nem rendelkeznek egészségügyi háttérrel. Az előadás bemutat az orvosok számára biztosított, külföldön működő ellátási lehetőséget is.

## „Doktor úr, a maga lelke sose fáj?” – hazai és nemzetközi adatok és személyes tapasztalatok az orvosok mentális egészségéről

Mátyáássy Adrienn<sup>1</sup>, Kelemen Oguz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bács-Kiskun megyei Oktatókórház, Kecskemét;  
<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

2022 márciusában a *The New York Times* közölt egy cikket arról, hogy vajon mi lehet az oka annak, hogy sok orvos titokban gyógyít(tat)ja mentális betegségét. A mi figyelmünket erre a jelenségre a saját praxisunkat is egyre növekvő számban megkereső orvoskollégák irányították. Többségük évek (sőt akár évtizedek óta) küzd kezeletlen, vagy „folyósói találkozásokból” származó tanácsok alapján történő öngyógyításra támaszkodó pszichiátriai problémákkal. A mentális egészségügyi problémák már a COVID-járvány előtt is foglalkozási veszélyt jelentettek az orvosok számára, 2021-ben hazai kutatási eredményekről számoltak be *Spányik és mtsai*. A *The Journal of the American Medical Association* 2015-ben megjelent szisztematikus áttekintése és metaanalízise megállapította, hogy a rezidens orvosok kb. 29%-a tapasztalt depressziót vagy depressziós tüneteket. Egy 2019 augusztusában közzétett tanulmány szerint a sürgősségi orvosok 16%-a teljesítette a poszttraumás stressz-zavar diagnózisának kritériumait. A világjárvány rontott a helyzeten: egy 2020 őszi végzett felmérés azt sugallta, hogy a „frontvonalban” dolgozó orvosok 36%-a szenved PTSD-ben. Az orvosok esetében sok más szakmához képest magasabb az öngyilkosság kockázata is. Egy 2016-os, több mint 2000 orvosnő bevonásával készült tanulmányban több mint 40%-uk azt gondolta, hogy mentális betegség jegyeit tapasztalja önmagán, azonban többségük nem kért segítséget. Ismeretek *Györffy Zsuzsa* idevágó, hazai kutatási eredménye is. Egy 2020-as brit vizsgálat azt mutatta, hogy már az orvostanhallgatók sem kérnek segítséget mentális egészségük állapotuk miatt, jóllehet jelentős részüket igen magas pontszámot ért el a szorongást, öngyilkossági intenciókat és depressziót mérő skálákon.

Saját eseteink elemzése szerint is ennek leggyakoribb oka a megbélyegzéstől való félelem, a szakmai előmenetel miatti aggodalmak, az orvosi alkalmassági vizsgálatokon a korlátozástól való félelem, a titoktartás betartásának (betarthatóságának) megkérdőjelezése. Egy másik kiemelendő motívum, a még napjainkban is masszívan jelenlévő általános orvosi vélekedés, mely szerint egy pszichiátriai probléma beismerése megkérdőjelezi a kompetens orvosi szerepvállalást.

## A BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR

Unoka Zsolt Szabolcs

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

42

Szimpoziumunkon a Borderline Személyiségzavar Kutatócsoportunk eredményeit mutatjuk be. Első előadásban, *Szabó Dominik* a személyiségzavar vonások mérésére kidolgozott hosszú PID-5 kérdőív rövidítésének folyamatát és a rövidített változat pszichometriai jellemzőit ismerteti. *Grúz László* a Zimbardo Időperspektíva Kérdőív rövidített változatával vizsgálja, hogy a különféle időperspektívák milyen kapcsolatban állnak a korai maladaptív sématarományokkal és a borderline személyiségzavar vonásokkal. *Balogh Dávid* borderline személyiségzavarral élőkkel készített fenomenológiai interjúk kvalitatív elemzését mutatja be, a szuicidiummal kapcsolatos élményekre fókuszálva. *Salgó Ella* önegyüttérzés és a szegény kapcsolatát vizsgáló kísérleti helyzet vizsgálati tervét mutatja be. Végül, *Szily Dorottya* a borderline személyiségzavarral élők és egészséges kontrollszemélyek testsémájának és testképének eltéréseit mutatja be.

### Támogatás:

Vizsgálatunk a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal NKFI K 132546 sorszámú, pályázatból részesült támogatásban.

## Szuicid magatartás fenomenológiai elemzése borderline személyiségzavarban szenvedőknél

Balogh Dávid<sup>1</sup>, Unoka Zsolt<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Az öngyilkosság és az önsértő magatartás a borderline személyiségzavar (BPD) legfenyegetőbb tünetei közé tartoznak. Ez a tanulmány az öngyilkos és nem öngyilkossági szándékú önsértő magatartás élményvilágát vizsgálta BPD-ben szenvedő felnőttek körében. Az interpretáló fenomenológiai analízist (IPA) hat BPD-s felnőttel készült interjúból származó téma kidolgozására használtuk. Az értelmezési keret a strukturált egzisztencia-analízis (SEA) keretrendszer volt. Ennek alapján a következő témák merültek fel

### (1) a testi dimenzióval kapcsolatban:

- természet: a környezettől való elidegenedés, a környezet él, az egyén halott;
- dolgok: az önkárosításhoz használt eszközök kettős természetűek – egyszerre énhez tartozó és elidegenedett;
- saját test: elidegenedés a saját testtől, a lelki fájdalom átalakulása fizikai fájdalommá;
- kozmosz: közömbösség, üresség, káosz.

### (2) társadalmi dimenzió:

- társadalom: közömbösség, kirekesztés, a másság érzése;
- mások: saját cselekedetek feletti uralom a mások alávetettségére adott reakcióként;
- ego: elutasítás;
- kultúra: elszigeteltség.

### (3) személyes dimenzió:

- személy: identitáshiány;
- én: gyengeség, betegség;
- én: szétesés;
- tudat: zűrzavar.

### (4) lelki világ:

- végtelen: a halálban a nem-lét nyugalma, ami vonzó;
- eszmék: az öngyilkosság megoldás;
- szellem: semmi a „túloldalon”;
- lelkiismeret: az öngyilkosság erkölcsi megítélése relatív.

A tanulmány fenomenológiai megközelítése során olyan motivációk sora tárul fel, amelyek segítenek megérteni a BPD-vel élő egyének öngyilkossággal és önkárosító viselkedéssel kapcsolatos élményeit.

## A Zimbardo Időperspektíva Kérdőív rövidített változatának vizsgálata borderline vonásokkal és a korai maladaptív sémákkal kapcsolatban

Grúz László<sup>1</sup>, Szabó Dominik<sup>1</sup>, Salgó Ella<sup>1</sup>,  
Unoka Zsolt<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest

**Elméleti háttér:** Kutatásunkban a *Zimbardo és Boyd* (1999) által kifejlesztett Zimbardo Időperspektíva Kérdőív (ZTPI) rövidített változatát alkalmaztuk mentális betegséggel élő személyek körében. Az időperspektíva egy olyan folyamat, amelynek során az egyén automatikusan a múlt, a jelen vagy a jövő pszichológiai időkategóriába helyezi személyes élményeit. Amíg a múlthoz kötődő személyeken gyakran eluralkodnak a múlttal kapcsolatos gondolatok, problémák, addig a jelen-orientáltakra jellemző, hogy a jelenben vannak lehorgonyozva és a jelenbeli helyzetből próbálják kihozni a maximumot. A jövőorientált személyek a hátrányos kimenetel és a problémás helyzet kedvező kimenetelének megfontolásával oldják meg a konfliktusos helyzeteket.

**Hipotézisek:** Feltételeztük, hogy a borderline vonások és a korai maladaptív sémák kapcsolatot mutatnak a múltra irányuló időorientációval.

**Módszerek:** A vizsgálatunkban 173 mentális betegséggel élő személy vett részt. Felhasznált tesztek: ZTPI; az önkitöltős Borderline Tünetlista (BSL-23), illetve a Young Séma Kérdőív rövid változata.

**Eredmények:** Az önkitöltős Borderline Tünetlista (BSL-23) tekintetében szignifikáns, közepes erősségű kapcsolatot találtunk a múlt negatív skálával ( $r=0,438$   $p<0,001$ ) és a jelenfatalista skálával ( $r=0,201$   $p<0,001$ ). Korai Maladaptív Sémák tekintetében, amelyet a Young Séma Kérdőív (YSQ) rövid változatával vizsgáltunk, a múlt negatív skála minden sémátartománnyal gyenge, illetve közepes erősségű kapcsolatot mutatott. A ZTPI rövid változatának skálánkénti Cronbach alfa értékei 0,521–0,785 között helyezkedtek el.

**Megbeszélés:** Mivel a borderline páciensek körében elterjedt a múlton való rágódás és a korai maladaptív sémák is domináns szerepet játszanak a viselkedésük, illetve érzelmi világuk szervezésében, feltételezhető volt, hogy ez a múltorientációval kapcsolatot mutat. A mintánk heterogenitása miatt mindenképp további, homogénebb mintán elvégzett kutatás ajánlott. Érdeemes lehet továbbá egyes betegpopulációkat időperspektívák mentén összehasonlítani.

## Önegyüttérzés és szégyen borderline személyiségzavarban – kutatási terv bemutatása

Salgó Ella, Grúz László, Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest

**Előzmények:** Egyre több kutatás bizonyítja a szégyen – mint érzelem – borderline személyiségzavarban játszott lényeges szerepét, és arra vonatkozóan is vannak adatok, hogy az önegyüttérzés elősegítése egy lehetséges ellenszere a szégyenérzet fennmaradásának. Kutatásunkban az önegyüttérzést és a másokkal való együttérzést elősegítő imaginációk hatását vizsgáljuk potenciálisan szégyent kiváltó szociális helyzetek megítélésében, borderline személyiségzavarban szenvedő pácienseket egészséges kontrollcsoporttal összevetve.

**Módszer:** A kutatás első részében a vizsgálati alanyok (50 borderline és 50 egészséges személy) egy „compassionate coach” meditációt hallgatnak végig, amelyben elképzelnék egy olyan személyt, aki kedvesen, támogatóan, együttérzéssel viszonyul hozzájuk, és segíti őket a mindennapi nehézségeik leküzdésében. A meditáció után egy rövid videót néznek meg, amelyben egy hétköznapi, potenciálisan szégyent keltő helyzetbe képzelik magukat. A kutatás második részében egy loving-kindness meditációban a másokkal való együttérzést keltjük fel, majd az ezt követő videóban egy másik, ismeretlen személy kerül valamilyen megszegyenítő élethelyzetbe. Egy harmadik, semleges scenárióban az imagináció során egy semleges személyt kell elképzelnük, aki nem fejez ki érzelmeket, és ezt követően vetítjük le a szégyent keltő helyzetről szóló videókat. Az önegyüttérzés és másokkal való együttérzés, illetve a szégyenérzet aktuális mértékét a videók levetítése után egy csúszkán jelölik be a vizsgálati személyek, a vizsgálat előtt pedig felvesszük *Kristin Neff* Önegyüttérzés Skáláját (2003), és Együttérzés Skáláját (2019), illetve a Szégyen Élmény Skálát (*Andrews et al.*, 2002).

**Hipotézisek:** Feltételezésünk szerint az önegyüttérzés alacsonyabb, a szégyen magasabb mértékű borderline személyiségzavarban, mint az egészséges kontrollcsoportban, és az önegyüttérzést és együttérzést erősítő imaginációk hatására változást lehet elérni az önegyüttérzés és a szégyen megtapasztalásának mértékében mindkét csoportban.

**A DSM-5 Személyiségleltár magyar rövid változatának (PID-5-HSF) kialakítása és pszichometriai jellemzőinek vizsgálata**

tósággal és érvényességgel rendelkező, a kutatásokban és a klinikai gyakorlatban egyaránt hatékonyan alkalmazható mérőeszköz.

Szabó Dominik<sup>1</sup>, S. Nagy Zita<sup>2</sup>, Salgó Ella<sup>1</sup>,  
Unoka Zsolt<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

44

*Elméleti háttér:* A DSM-5 a kategoriális személyiségzavar-modell mellett bevezette a személyiségzavarok alternatív, dimenzionális modelljét is. Az alternatív modellben szereplő 25 maladaptív személyiségvonás és 5 vonásdomén mérésére egy önbevalláson alapuló 220 tételes kérdőívet alakítottak ki, a DSM-5 Személyiségleltárt (PID-5).

*Cél:* Kutatásunk célja a PID-5 magyar rövid változatának elkészítése, majd a létrejött rövid változat megbízhatóságának, érvényességének és klinikai alkalmazhatóságának vizsgálata volt.

*Módszer:* A 220 tételes PID-5 rövidítése 567 fős, egészséges személyekből álló mintán (328 nő, átlagéletkor=37,35 év [SD=13,27]) történt. Az így létrejött 123 tételes rövid változat (PID-5-HSF) pszichometriai elemzését exploratív és konfirmatív módszerek ötvözésével végeztük el 389 fős (283 nő, átlagéletkor=32,09 év [SD=11,65]) klinikai, és 647 fős (463 nő, átlagéletkor=38,08 év [SD=12,66]) korcsoportban és nemben illesztett nem-klinikai mintán. A minták között mutatkozó különbségeket csoportösszehasonlítások segítségével tártuk fel, valamint megvizsgáltuk a PID-5-HSF skálái és a DSM-5 kategorikus személyiségzavar-diagnózisok közötti együtt járásokat is.

*Eredmények:* A PID-5-HSF 25 vonásfacetjének uni-dimenzionalitása igazolást nyert. Az exploratív faktorelemzések alapján mindkét mintán az ötfaktoros struktúra mutatta a legjobb illeszkedést. Az 5 vonásdomén a minták között jó replikálhatósággal rendelkezett, a gátolatlanság domént kivéve (Tucker-féle kongruencia együttható=0,82). A megerősítő faktorelemzésekben mindkét mintán a legjobb illeszkedést az APA 15 vonásfacetet tartalmazó modellje mutatta (nem-klinikai:  $\chi^2=5607,23$ ,  $df=2602$ ,  $\chi^2/df=2,15$ , CFI=0,84, RMSEA=0,04, SRMR=0,08; klinikai:  $\chi^2=5023,83$ ,  $df=2602$ ,  $\chi^2/df=1,93$ , CFI=0,83, RMSEA=0,05, SRMR=0,10). A PID-5-HSF vonásskálái képesek voltak jól elkülöníteni a klinikai és nem-klinikai csoportba tartozó személyeket (Cohen-féle  $d$ : 0,07–2,10, medián=0,80). Végül, a PID-5-HSF releváns vonásfacetjei és vonásdoménjei jellemzően elfogadható mértékben korreláltak a DSM-5 egyes kategorikus személyiségzavar-diagnózisaiival.

*Következtetés:* A DSM-5 Személyiségleltár magyar rövid változata (PID-5-HSF) kellő mértékű megbízha-

**Testséma és testkép borderline személyiségzavarban**

Szily Dorottya<sup>1</sup>, S. Nagy Zita<sup>2</sup>, Kelemen Rebeka<sup>3</sup>,  
Unoka Zsolt<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest;

<sup>3</sup> MTA TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet,  
Budapest

**Bevezetés:** A borderline személyiségzavar (BPD) a személyiség szerkezetét érintő betegség. Kihat a páciens énképére, mely magában foglalja a testképet is. A BPD és a testdiszmorfiás zavar között – egyes szerzők szerint – kimondottan gyakori az együtt járás. A személyiség szerkezetét befolyásoló első elemei vélhetően nagyon korai életszakaszban alakulnak ki. A legtöbbben egyetértenek abban, hogy a személyiség kialakulásának kezdeti elemei a testtel összefüggő tapasztalásokkal, mozgásokkal szoros kapcsolatban lehetnek. Ezekből a tapasztalásokból kialakuló mentális leképeződés a testséma.

**Hipotézis:** Mindezek fényében feltételeztük, hogy a BPD-ben – mivel egy személyiség szerkezetet érintő, strukturális zavarról van szó – nem csupán negatívabb testhez való attitűdinális viszonyulást találunk, hanem a testséma esetében is eltéréseket fogunk találni egészséges személyekhez képest.

**Módszer:** Kutatásunkban 31 borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciens (25 nő, 6 férfi), és 30 egészséges személy (19 nő és 11 férfi) vett részt (a két csoport átlagéletkora egyaránt 29 év volt). A személyiségzavar meghatározásához a SCID-5-PD félig strukturált interjút használtuk. A testhez való attitűdinális viszonyt a Testi Attitűd Tesztel mértük fel. A testsémát a Testábrázolás feladattal mértük.

**Eredmények:** A testhez való attitűdinális viszony mindhárom – teszt által mért – faktor esetében szignifikánsan negatívabb attitűd irányában tért el borderline betegek esetében a kontrollcsoportéhoz képest (testméret negatív értékelése:  $t(54)=4,343$ ;  $p<0,01$ ; 95% CI= [ ,752; 2,031]; saját test ismeretének hiányos volta:  $t(54)=2,709$ ,  $p=0,014$ ; 95% CI= [ ,089; ,677]; általános testtel való elégedettség:  $t(54)=4,394$ ,  $p=0,002$ , 95% CI= [ ,756; 2,08]). A betegcsoport tagjai mind a nyitott, mind a csukott szemes feladatban többet tévesztettek. Nagyobb eltérést találtunk borderline csoport javára a testkörvonaluk nyitott szemes ( $t(54)=2,65$ ,  $p=0,014$ ; 95% CI=[ ,59; 3,609]), illetve csukott szemes ( $t(54)=2,114$ ,  $p=0,044$ ; 95% CI=[ ,24; 3,472]) észlelésében, illetve az összesített pontokban csukott ( $t(54)=2,218$ ,  $p=0,030$ ; 95% CI=[ ,272; 3,88]), illetve nyitott szemmel ( $t(54)=3,072$ ,  $p=0,003$ ; 95% CI=[1,062; 4,352]).

**Megbeszélés:** Az eredmények alapján úgy tűnik, a borderline betegek testképe mind attitűdinális szinten, mind érzékelés szintjén jelentősen eltér az egészségesektől.

**KOGNITÍV TESZTEK SZOCIÁLIS KONTEXTUSBAN**

Unoka Zsolt Szabolcs

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,  
Budapest

Szimpoziumunkban egy olyan tesztbattériát mutatunk be, amelyen végrehajtott funkciókat szociális és nem szociális kontextusban vizsgáltunk. A vizsgálatunkban kutatócsoportunk arra keres megoldást, hogyan lehet a már meglévő végrehajtott funkció feladatokat egy általános szociális kontextusba helyezni. Az első előadás a teszt-keret bemutatásáról szól. *Berán Eszter* előadásában a szociális kontextus munkamemória (N-back; Számterjedelem paradigmák) teljesítményre tett hatásával kapcsolatos eredményeket mutatja be. Előadásában a szociális kontextusnak Stroop teszttel és Go/No-Go tesztekkel mért gátló funkciókra tett hatásáról számol be. *Unoka Zsolt* előadásában a társas helyzeteknek a váltásra, azaz a kognitív flexibilitásra (Local-global; Number-letter paradigmák) tett hatásait tárgyalja. Kutatócsoportunk egy olyan vizsgálati keretet kívánt megteremteni, amelyben a már meglévő végrehajtott funkciókat mérő tesztek egy olyan szociális keretbe helyezhetők el, amelyben a szociális hatások végrehajtott funkció teljesítményt befolyásoló hatása ellenőrzötten mérhető. Vizsgálataink másik célja, hogy megállapítsuk, hogy a személyiségzavar vonásokkal és a személyiség funkcionálásával milyen kapcsolatot mutat a végrehajtott funkciók terén nyújtott teljesítmény egészséges és személyiségzavarban szenvedő személyek mintáján.

**Támogatás:**

Vizsgálatunk a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal NKFI K 132546 sorszámu, pályázatból részesült támogatásban.

## A munkamemória működésének különbségei eltérő társas helyzetekben

Berán Eszter<sup>1</sup>, Soltész Péter<sup>2</sup>, Lévy Evelyn<sup>2</sup>,  
Bajzát Bettina<sup>2</sup>, Szabó Dominik<sup>2</sup>, Unoka Zsolt<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest

**Háttér:** Korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy a végrehajtó funkciókra hatással lehet a társas helyzet minősége. Kutatásunkban a végrehajtó funkciók működését vizsgáltuk eltérő szociális keretekben egészséges személyeknél. Az általunk használt számítógéppel szimulált szociális helyzeteket a szociális value orientation (SVO) elmélet alapján alakítottuk ki. Eszerint négyféle alapvető viszonyulási mód létezik, amibe az emberek viselkedése besorolható: altruista, pro-szociális, individualista és versengő orientáció. Ennek alapján öt helyzetet alakítottunk ki társas kereteinkben: együttműködő, versengő, segítő, segített, és független helyzeteket, amelyekben a résztvevők egy fiktív játékpártnel vettek részt. Ezekben a helyzetekben vizsgáltuk a résztvevők munkamemóriájának működését az N-back és a számterjedelem paradigmáinak segítségével. Azt vártuk, hogy a munkamemória teljesítménye eltérő lesz a különböző társas-szimulációs helyzetekben.

**Módszer:** Vizsgálatunkban 40 pszichiátriai zavarban nem szenvedő egészséges személy vett részt. A rétegzett mintavételben a korosztályi kategóriák a következők voltak: 18–20 év, 21–30 év, 31–40 év, 41–50 év, 51–60 év. Minden korcsoportba 8–8 személy tartozott, és a férfiak és nők aránya is kiegyenlített volt. A vizsgálati személyek feladata a fent említett N-back és számterjedelem feladatok végrehajtása volt eltérő társas-szimulációs helyzetekben, amit PsychoPy 3.0-ban elkészített program segítségével mutattunk be számukra.

**Eredmények:** Az előzetes eredmények azt mutatják, hogy a munkamemória teljesítménye eltérő volt a különböző társas-szimulációs helyzetekben.

## Kognitív és motoros gátlási képesség vizsgálata szociális kontextusban

Soltész Péter<sup>1</sup>, Salgó Ella<sup>1</sup>, Lévy Evelyn<sup>1</sup>,  
Berán Eszter<sup>2</sup>, Szabó Dominik<sup>1</sup>, Unoka Zsolt Szabolcs<sup>1</sup>

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

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

**Miyake és mtsai (2000)** szerint a végrehajtó kognitív funkciók jól elkülöníthető része a gátlási funkció, amelyen keresztül a személyek ingerre adott válaszukat hatékonyan és gyorsan tudják differenciálni. A gátlási funkció alapvető az egészséges funkcionáláshoz. A gátlási funkció mérésének két gyakran alkalmazott eszköze a Go/No-Go és a Stroop tesztek. Mindkét teszt egyrészt elég egyszerű ahhoz, hogy az esetleges gátlási funkcióktól független kognitív hátrányok vagy előnyök ne befolyásolják a gátlási képességek mérését, másrészt viszont a gátlási funkciókat hatékonyan mérni képesek.

Vizsgálatunkban közel 40 egészséges személy vett részt, rétegzett mintavétellel.

A gátlási funkció a szignáldetekciós törvényekkel való szoros kapcsolatában egy olyan trade-off-ot valószínűsít meg, amelyben a gátlási válasz sebessége és a téves riasztások vagy kihagyások egymást ellentételezik. A téves riasztások vagy kihagyások magas aránya egy személyre jellemző mintázatot is kialakíthat. Emiatt feltételezhető, hogy a személy érzelmi, pszichés állapotai ezen egyensúlyokat egyik vagy másik irányba tolják el. Ezen kívül érzelmi terhelés alatt feltételezhető a kognitív feldolgozás általános lassulásából fakadóan a gátlási válasz lassulása és a fokozott pontatlansága is.

A kutatásokban gyakran használt Go/No-Go és Stroop tesztet a keretrendszerben úgy módosítottuk, hogy magában a tesztben használt ingerek nem változtak jelentősen, de a teszt körülményeiben megjelenítettük a versengő vagy kooperáló személyes kapcsolatot. Ez a személyes kapcsolati típus hordozza a mérni kívánt hatást. Ezen kívül egy társas hatást nem hordozó gépi ellenféllel való kontaktusban is felvettük a kognitív teszteket.

Elvárásainkkal ellentétben a mért reakcióidők a társas helyzetben szignifikánsan rövidebbek voltak mindkét feladatban, a kooperatív helyzetekben a reakcióidő tendenciózusan rövidebbnek mutatkozott. A vizsgálati személyek rivalizáció közben magasabb arousalt éltek meg szubjektíven, miközben kooperációs partnerük teljesítményét pozitívabban ítélték meg. A feladatok közben többet hibázó személyek sikeres válaszaikban nagyobb reakcióidő varianciát mutattak mindkét társas helyzetben.

Eredményeink alapján látható, hogy sine-morbo populáción a gátlási funkciók működésére a társas helyzet – annak vizsgált jellegeitől függetlenül – első-sorban facilitatív hatással van.

### **A szociális impulzusok végrehajtó funkciókra gyakorolt hatásának mérésére kialakított teszt-keret vizsgálata**

*Unoka Zsolt Szabolcs<sup>1</sup>, Soltész Péter<sup>1</sup>, Lévay Evelyn<sup>1</sup>, Berán Eszter<sup>2</sup>, Szabó Dominik<sup>1</sup>*

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

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

47

Előadásomban bemutatom azt a szociális keretet, amelyben a végrehajtó funkciókat vizsgáljuk. Egy egyékes keretet hoztunk létre, amelybe az egyes végrehajtó funkciókat mérő paradigmák behelyezhetők. A szociális keret főbb elemei: egy másik (fiktív) személy jelenléte, és egy helyzet, amely valamilyen relációt biztosít a feladatmegoldás során ehhez a személyhez. A tesztelés során a résztvevő pontokat gyűjt, és a másik (fiktív) jelenlévő is pontokat gyűjt az adott végrehajtó funkcióban nyújtott teljesítménye alapján. Hat fajta szociális relációt alakítottunk ki:

- (1) független feladatvégzés egy élettelen környezetben, egy játékautomata random eredményeinek bemutatásával;
- (2) független feladatvégzés egy másik személy jelenlétében;
- (3) rivalizáció egy vetélytárral;
- (4) együttműködés egy csapattárral;
- (5) segítőkész helyzet, amikor a másik résztvevőt a pontszámaival segíti;
- (6) segített helyzet, amikor a másik résztvevő segíti a teszt alanyát a pontszámaival.

A kutatás alanya a feladatok során többször látja fiktív partnerét videón. A másik fiktív személy eredményei úgy vannak beállítva, hogy azok megközelítsék a résztvevő eredményeit. A partnerségi viszony kialakítását és azt, hogy a résztvevő bele tudja élni magát a helyzetbe, több módon próbáltuk elérni: a feladat instrukciója minden esetben hangsúlyozza a helyzetben uralkodó relációt; pontozással és a másik teljesítményének látványával; versengő feladatban a jobb teljesítmény jutalmazásával; játékos felület létrehozásával; a partnert különböző nevekkkel illetjük, úgymint csapattárs vagy vetélytárs, és ezt többször is hangsúlyozzuk a feladat során; partner megjelenítésével. A partner megjelenítésekor egyelőre neutrális arckifejezést bemutató videókat vetítünk, azonban a továbbiakban alapérzelmeket bemutató videókat is alkalmazni fogunk, így árnyalva és fokozva a szociális helyzet hatását.

A EF-kat mérő paradigmákat *Miyake és mtsai* (2000) modellje alapján választottuk ki, úgy, hogy mindhárom fő végrehajtó funkció területet legalább 2, egy könny-

nyebb és egy nehezebb paradigmával tudjuk mérni. Ezeket a paradigmákat az alapszabályaik megtartásával alkalmassá tettük a keretben történő alkalmazásra. A három fő végrehajtó funkció terület, amelyet lefed kutatásunk: (1) a váltás (Local-global; Number-letter paradigmák); (2) a munkamemória (N-back; Számterjedelem paradigmák), és (3) a gátlás (Go/No-Go és Stroop paradigmák).

### Kognitív flexibilitás vizsgálata szociális kontextusban

Unoka Zsolt Szabolcs<sup>1</sup>, Lévy Evelyn<sup>1</sup>, Soltész Péter<sup>1</sup>, Salgó Ella<sup>1</sup>, Szabó Dominik<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, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest

*Bevezetés:* Az előadás a Miyake-modellje alapján kijelölt három fő végrehajtó-funkció terület közül a kognitív flexibilitás (váltás, shifting) területére fókuszál a Number-Letter és Local-Global paradigmák segítségével, neutrális („hideg” paradigma) és szociális hatással („forró” végrehajtó funkció paradigma) bíró helyzetben. Korábbi vizsgálatok, amelyek a kognitív flexibilitást vizsgálták személyiségzavarokban szenvedő páciensek (pl. borderline, kényszeres személyiségzavar) körében, arra jutottak, hogy a pácienseknek jelentős nehézségei vannak ezen a területen. Kutatásunk további újdonsága a kognitív flexibilitás szociális funkciókkal, szociális helyzetekkel való kapcsolata, amely szintén feltérképezésre váró terület.

*Cél:* Kutatásunk célja annak felmérése, hogy egyes személyiségzavar-vonások, személyiség-funkcionálás mentén milyen módon változik a kognitív flexibilitás terén nyújtott teljesítmény egészséges személyek és a személyiségzavaros páciensek esetében, illetve, hogy ezt milyen mértékben tudja befolyásolni a szociális tér, azaz egy másik személy együttműködő vagy versengő jelenléte egy olyan helyzethez képest, amelyben a résztvevő egy élettelen automata random eredményeiről kap információt.

*Hipotézisek:* Feltételeztük, hogy a szociális helyzetek hatására végrehajtó funkcióbeli teljesítményváltozás mutatható ki, illetve, hogy különböző személyiségvonásokkal, illetve személyiségfunktionalitással rendelkező résztvevők eltérő végrehajtó funkció teljesítményt mutatnak majd a különböző szociális helyzetekben.

*Módszerek:* Vizsgálatunkban 20 személyiségzavarban szenvedő és 28 egészséges személy vett részt. A negatív pszichiátriai státuszról önbevallás és szűrőkérdőív (Brief Symptom Inventory, BSI-53; Személyiségzavar Súlyosság BNO-11 Skála, PDS-ICD-11) segítségével győződünk meg. Emellett a vizsgálati alanyok kitöltötték a DSM-5 Személyiség Kérdőív (PID-5) rövid, 123 tételes változatát. A kognitív flexibilitást (váltás, shifting) a Number-Letter és Local-Global paradigmák segítségével mértük.

*Eredmények:* A szociális helyzetnek a kognitív flexibilitásra irányuló hatása kimutatható, illetve a személyiségzavar mutatók és a funkcionálás szintjei szoros kapcsolatban állnak a kognitív teljesítménnyel.



Vizsgálatunk eredményei szerint a kognitív flexibilitás fontos készség a személyiség funkcionálása szempontjából, és a társas kontextus hatása befolyásolja ezen készségünket.

## **AZ OSZTÁLYOS CSOPORTSÉMATERÁPIÁS REZSIM ÉS A KALAND- ÉS TERMÉSZETTERÁPIA INTEGRÁLÁSA**

### **Hogyan ápolunk az erdőben? – Ápolói szempontok a természet- és kalandterápiás program klinikai alkalmazásában**

49

*Hordósi Judit<sup>1</sup>, Rákár-Szabó Natália<sup>2</sup>, Bernula Melinda<sup>1</sup>*

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

<sup>2</sup> ELTE, PPK – Ember-Környezet Tranzakció Intézet, Budapest

2022 tavaszán új terápiás eljárást fogadott be a SE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás Osztálya, ami az itt dolgozó ápolók munkájába is sok változást, új elemeket hozott.

A munkánkat érintő óriási változás az új helyszín, ami térben és jellegében is távol esik a megszokott klinikai berendezkedéstől. A természet- és kalandterápia hétköznapi foglalkozásai a csillebérci erdőben zajlanak, ahová a páciensek a budapesti tömegközlekedéssel jutnak el, ápolói kísérettel. Az utazással kapcsolatos dilemmák, döntések, feladatok és nehézségek egy új dimenziója az ápolói hatáskörnek.

Az erdő nyitott terében zajló napi programban is más szerepet kap az ápoló. A falak nélküli térben óhatatlanul belekerülünk a terápiás tevékenységekbe és ülésekbe, ami nagyobb érzelmi bevonódással és szerepbizonytalansággal jár. A nem strukturált időkben a páciensek figyelemmel követése is új értelmet nyer – például egészen más súllyal esik a latba a páciens szem elől tévesztése, vagy éppen egy hosszúra nyúló mosdószünet.

Minden résztvevőtől, így az ápolóktól is kiemelkedő fizikai és mentális igénybevételt és alapos előkészületeket kíván meg a háromnapos hétvégi 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 nekünk, kísérőknek is csodálatos pillanatok ajándékoz, és a csoporttal való folyamatos, intenzív együttlét során felemelő tapasztalat a páciensek fejlődését, állapotjavulását, gyógyszerigény csökkenését látni.

#### **Támogatás:**

A program és a vizsgálat a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal NKFI K 129195 sorszámú, „Az impulzivitás transzdiagnosztikus vizsgálata: személyiségvonásokkal, gátló funkciózavarral, gyermekkori bántalmazással és genetikai vulnerabilitással való összefüggéseinek feltérképezése” című pályázatból részesült támogatásban.

**A természet- és kalandterápiával kombinált  
sématerápia (N-ABST) módszertanának  
integrációja és vizsgálata a SE Pszichiátriai és  
Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás Osztályán**

*Rákár-Szabó Natália<sup>1</sup>, Kenézli Eszter<sup>2</sup>,  
Unoka Zsolt Szabolcs<sup>3</sup>, Szabó Gábor Timur<sup>4</sup>,  
Düll Andrea<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ELTE, PPK, Ember és Környezet Tranzakciós Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Pszichiátria Program, Budapest;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;

<sup>4</sup> KéTTÉ Alapítvány, Budapest;

50

A SE Pszichoterápiás Osztályán egyedülálló lehetőség nyílt arra, hogy Természet-Kalandterápiával kombinált Sématerápia (N-ABST) programot integráljuk a klasszikus Sématerápia (ST) rezsimbe, majd a hatékonyságát vizsgáljuk a személyiség funkcionálisának és 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, annak személyiségváltozásra gyakorolt hatásában is vizsgálja.

A programban 6–6 alkalommal, 4 hetes ST és a N-ABST programokat szerveztünk. A N-ABST programban heti 2, összesen 7 teljes napot töltenek erdei környezetben a résztvevők, a Budai-hegységben. A 3. hétvégén egy bürsönyi „expedíció” is része a programnak, ekkor 3 teljes napot tölt a csoport a zavartalan természetben, szabad ég alatt.

A gyerekkortól alakuló fejlődési folyamatok minősége meghatározza az egyén működését a cselekvési motívumok, az alkalmazkodási folyamatok és a másokkal való kapcsolatokban való önmegélés területén. Az ST elmélete szerint a „korai maladaptív sémák” akkor alakulnak ki, ha a környezet nem tud megfelelő választ nyújtani a gyermekek öt alapszükségletének területén, melynek következtében az egyén önmagával és másokkal való kapcsolatában sérül és későbbi diszfunkcionális működés alakul ki. A természet- és kaland alapú terápiák az „önismeret” és „öntapasztalás” megélésének új kontextusát és módját biztosítják. A természetben zajló aktivitások olyan társas és egyéni tapasztalásokat kínálnak, 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 kapcsolódás miatt maradandó tapasztalásokhoz vezet, kinesztetikus 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 (*Rákár-Szabó, Kenézli, 2019*).

A sématerápia során alkalmazott feltárást és korrekciót célzó terápiás munkát nagyon jól kiegészíti a N-ABST eszköztára: az alapszükségletekre egyéni szinten reagáló, vagy éppen a társas működés reflexiójára és korrekciójára szolgáló csoportos és egyéni tevékenységek sora éppúgy, mint a természet gyógyító erejét használó ökoterápiás, mindfulness alapú tevékenységek és feltöltődés.

## Az impulzivitáskutatástól a kalandterápiáig – Hogyan lehet különböző kutatási és terápiás megközelítéseket integrálni egy egyetemi klinikán?

Réthelyi János<sup>1</sup>, Nemoda Zsófia<sup>1</sup>, Kenézli Eszter<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Pszichiátria  
Program, Budapest

2018-ban új, innovatív kutatási projektet indítottunk el a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika több kutatócsoportjának együttműködésében. Az impulzivitást, mint transzdiagnosztikus tünetet, ennek különböző összetevőit vizsgáltuk két kórképben, így felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitási zavarban és borderline személyiségzavarban. Az impulzivitás vizsgálatához klinikai, pszichológiai, kognitív, elektrofiziológiai és kognitív mérőeszközöket használtunk. Már a kutatás tervezési szakaszában is felmerült, hogy intervenció vizsgálatban is fontos lenne az impulzív tünetek kezelését megpróbálni e kórképekben. Így fogalmazódott meg az a koncepció, hogy a Klinikán működő pszichoterápiás csoportokat olyan terápiás elemekkel bővítjük, melyek célzottan az impulzív tünetekre irányulnak. Hogyan jutottunk el az impulzivitáskutatástól a kalandterápiáig? Rövid előadásunkban ezt a folyamatot szeretnénk bemutatni.

## Természet, vadon, kaland, élmény – kalandterápia, természetterápia

Rákár-Szabó Natália<sup>1,2,3</sup>, Szabó Gábor<sup>2,3</sup>,  
Kenézli Eszter<sup>3,4</sup>, Düll Andrea<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK – Ember és Környezet Tranzakció Intézet,  
Budapest;

<sup>2</sup> kéTTé Magyar Tapasztalati Tanulás Alapítvány, Budapest;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest;

<sup>4</sup> Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Pszichiátria  
Program, Budapest

A Kalandterápia (Adventure Therapy) „egy ‘cselekvés-központú’ terápiás megközelítést jelent, amelyben a hagyományos, elsősorban verbális szinten zajló terápia hatása a fizikai ‘cselekvések és tapasztalatok’ révén fokozódik” (Gass, 1993, idézi Rákár-Szabó, Kenézli, 2019). Továbbá „a kaland-tevékenységek terápiás támogatási folyamatokkal való stratégiai kombinációja, azzal a céllal, hogy a résztvevők életében változások történjenek. A kaland a terápia konkrét, cselekvésen alapuló, élményszerű közege. A konkrét tevékenységeket úgy választják meg, hogy az adott terápiás célokat elérjék.” (Gillis, Ringer, 1999). A módszertan elsősorban társas, de egyéni tapasztalások sorát is kínálja, melyek a kihívások miatt magas fokú személyes bevonódást eredményeznek. A csoportos gyakorlatok főleg a szabad ég alatt zajlanak és a személyes nehézségek mellett a személyiség és a csoport erőforrásai is megjelennek, reflektálhatóvá válnak. A természet-terápia (Nature-Therapy) „terápiás megközelítés, amely a természetben, mint gyógyító közegben zajlik, non-verbális és kreatív módszereket használva” (Berger, Mcleod, 2006). Számos pszichológiai előny realizálható a természeti környezetben töltött idővel (Louv, 2005, Segal, 2020), beleértve az énkép és önbecsülés javulását (Mayer et al, 2009), a stressz-szint csökkenését, az érzelemszabályozás javulását (Leather et al, 1998) és a mélyebb kapcsolat kialakulását az egyéni célokkal és spiritualitással (Roscoe, 2009). Számos vonatkozó kutatás igazolta már pl. az én-hatékonyág, reziliencia, szociális készségek, önkontroll és egyéb pozitív irányú személyiségváltozások növekedését (Gass, 1993; Miles, 1997; Kaplan, Talbot, 1983; Russel, 2001), de kórházi terápiás programba integrált módon, felnőtt pszichiátriai betegekkel alkalmazott program és vizsgálat tekintetében a SE Pszichoterápiás Osztályának N-ABST programja nemzetközi viszonylatban is egyedülálló.

Crisp és O'Donnell (1998) szerint „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 megtanul-

hatókká, illetve helyrehozhatókká válnak a kézzelfogható korrekciós tapasztalatok által”.

Jelen prezentációban röviden, de sok színes képpel és hanggal kísérve igyekszünk bemutatni a természet- és kalandterápia módszertanának elméleti alapvetéseit éppúgy, mint néhány nemzetközi gyakorlatot.

### **Valódiság/valóságosság tudat, mint szükségleteink észlelésének előfeltétele és ennek fejlesztési lehetőségei a N-ABST terápiában**

*Szegő Andrea*

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Sématerápia során a páciensek alapvető érzelmi szükségleteinek azonosításán, validálásán és érvényesítésén dolgozunk. A szükségleteket az érzések, testi érzetek tudatosítása segítségével azonosítjuk, azonban ez – különösen a súlyosabb személyiségpatológiájú páciensek esetén – sokszor nehézségekbe ütközik. Ilyenkor a páciens érzéseit, illetve testi érzeteit képtelen tudatosan átélni, tehát megélni, ezért élményei létében bizonytalan.

Az, hogy ilyen egyáltalán előfordulhat – hogy valaki a saját élményeiben bizonytalan – rámutat arra a tényre, hogy testi érzeteink, érzéseink megélésének készsége fejlődésük során, a külvilág hiteles visszatükrözése által jön létre. Amennyiben a külvilág nem igazolja vissza érzeteinket – tehát amit belülről érzékelünk, az nem esik egybe azzal, amit a külvilág visszatükröz rólunk –, elbizonytalanodunk a külvilág, illetve saját érzeteink valódiságában/valóságosságában.

A jelenség ahhoz hasonlatos, mintha mardosó szomorúságunk ellenére a tükörből felszabadultan vigyorgó arcunk pillantana vissza ránk. Ebben az esetben bizonyára elbizonytalanodnánk a tükör vagy szomorúságunk valódiságában. Amennyiben egész gyerekkorunkban egy ilyen hamis tükört, vagy a tükör hiányát kapjuk, nem tud kifejlődni az, amit előadásunkban saját valódiságunk tudatának (valódiság tudat), illetve a külvilág valóságossága tudatának (valóságosság tudat) neveztünk el.

A csoportfolyamatok elején megfigyeléseim szerint rendre a valódiság (Létezik-e a problémám vagy csak rosszul látom? Van-e helyem egy terápiás csoportban? Elég nagy bajom van-e ahhoz, hogy beszéljek róla?), illetve a valóságosság kérdésköre (Valóban fontos vagyok-e a terapeutának vagy csak a pénzért csinálja? Valóban engem lát, vagy csak diagnosztikai kategóriákba dobozol?) merül fel.

Amennyiben a páciens a külvilág, illetve a belső világának valóságosságáról nem nyer némi bizonyosságot, akkor valós szükségleteit se tudja azonosítani, ezáltal a sématerápiás folyamat elakad.

A természet- és kalandterápia ebben a tudatosodási folyamatban nyújt segítséget azáltal, hogy a külvilág és az érzetek tapasztalásának és a kettő találkozásának új terepét nyújtja.

**Osztályos Csoportsématerápiás rezsím és a kaland- és természetterápia integrálása a SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás Osztályán**

*Unoka Zsolt Szabolcs<sup>1</sup>, Rákár-Szabó Natália<sup>2</sup>, Kenézlői Eszter<sup>1</sup>*

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

<sup>2</sup> ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Ember és Környezet Tranzakciós Intézet, Budapest

Előadásunkban két pszichoterápiás módszer integrálásának kísérletéről, és a kísérlet hatékonyságát vizsgáló kutatásról számolunk be. Az osztályos csoport-sématerápiás rezsím alapelve szerint az alap érzelmi szükségletek (kötődés, együttműködés, csoportba tartozás, önállóság, önérvényesítés, identitás, önkontroll, az érzelmek és a szükségletek szabad kifejezése, játékoság, pihenés, kreativitás) azonosításának, validálásának és érvényesítésének az elősegítése a cél. Ennek elérése érdekében egyéni, csoportos, nagycsoportos, osztályos rezsím kereteiben kapcsolati, élmény-alapú, kognitív és új viselkedési készségeket elősegítő technikákat alkalmazunk. A séma-csoportterápián, a művészetterápián, a mozgásterápián, a relaxációs és imaginációs csoportokon, a meseterápián és a kommunikáció tréningen, valamint az osztályon a köztes időben a nővéri beavatkozások révén más-más csatornákon, módszerekkel – de egységes szemléletben – próbáljuk elősegíteni a szükségletek érvényesítésének célját. A kaland- és természetterápia alapelvei és módszertana megismerésekor és az együttműködés kialakításakor nagy hangsúlyt helyeztünk arra, hogy megtaláljuk a közös pontokat és megértsük, hogy ez a módszer milyen eszközökkel járul hozzá a sématerápiás célokhoz. Közös munkánk során világossá vált, hogy a természettel való kapcsolat elemi szüksége egy olyan új alapszükséglettel gazdagította a sématerápiás megközelítést, ami korábban nem szerepelt benne. Előadásunkban bemutatjuk az integrációs folyamat lépéseit, nehézségeit, tanulságait és a kutatás folyamatát, valamint esetleg előzetes eredményeit.

**Egy új terápia bevezetésének kalandjai, avagy a séma- és kalandterápia integrálása során felmerült nehézségek**

*Unoka Zsolt, Hajduska-Dér Bálint, Seres Imola, Gerlinger Lilla, Szegő Andrea*

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Osztályunkon évek óta tartó hagyománya van a séma-terápia alkalmazásának. Ez év áprilisában a megszokott pszichoterápiás módszereinket és technikáinkat kaland- és természetterápiás elemekkel egészítettük ki. A két terápiás forma hasonlóságai és különbözőségei, a köztük lévő kohéziója, inspirálóan (és szorongáskeltően is) hatottak ránk. A különbözőségeken keresztül az osztályunk megszokott működését, a beválogatási feltételeket, az osztályos kereteket, a szabályokat és a házirendet is át kellett értékelnünk. Jelen előadásunkban a kétféle terápiás módszer integrálása során felmerült nehézségeket, illetve ezek megoldására való törekvésünket mutatjuk be.

# Előadások

54

## A jelen lehetőségei és kihívásai az egészségfejlesztés területén a rendvédelemben

Ambrusz Aliz<sup>1,2</sup>, Malét-Szabó Erika<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság Humánegészségügyi Szolgálat Egészségügyi és Pszichológiai Alosztály Nyíregyháza;

<sup>2</sup> Debreceni Egyetem Humántudományok Doktori Iskola, Pszichológia Doktori Program, Debrecen

<sup>3</sup> Belügyminisztérium, Budapest

A rendőrség a magyarországi és az európai uniós elvárásoknak megfelelően részt vesz az egészség értéként való közvetítésében. 2017-ben készült el „A Rendőrség Egészségfejlesztési és Egészségvédelmi Programja 2017–2021” (Élet-Erő-Egészség Program), melynek folytatása az Élet-Erő-Egészség Program 2022–2026. A rendőrségi egészségmegőrzési tevékenység főszereplői között az orvosi apparátus, a pszichológusok és a munkavédelmi megbízottak vannak. Ezen igen komplex rendszer nemcsak az egyénre helyezi a hangsúlyt, hanem figyelmet fordít arra is, hogy a munkakörnyezet egyre jobb színvonalú biztosításával hozzájáruljon az egészségmegőrzéséhez. A foglalkozás-egészségügyi, házi- és a fogorvosi ellátásban dolgozók aktívan részt vesznek a gyógyító munkában is. A pszichológusok az alkalmasság megítélésén túl a mentálhigiénés tevékenységet is végzik.

A rendvédelemben 2011-ben megszűnt a korkedvezményes nyugdíj, mely hosszú távon azt eredményezi, hogy a rendvédelemben dolgozók átlagéletkora nő, így új korosztály jelent meg az aktív dolgozói körben. Az egészségfejlesztésnek is másként kell megszólítani a különféle generációkat. A munkaterhelés folyamatos növekedésével a fizikai- és a mentális egészség megőrzése is egyre nagyobb odafigyelést igényel. Az elmúlt években a COVID-19 járvány súlyos terheket tett a rendvédelmi dolgozók vállára. Az egészségfejlesztési program elemei a lehetőségekhez mérten alkalmazkodtak az elmúlt évek kihívásaihoz és a technikai fejlődés előnyeit felhasználva biztosították az elérhetőségüket. A vezetői hozzáállás és a megfelelő team munka valószínűleg még ilyen nehezített körülmények között is jelentősen növeli az egészségfejlesztés hatékonyságát.

## Punk, OCD, család

Andrássy Gábor

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen

„A punk olyan dühös kölyköktől származik, akik szeretnek kreatívak lenni”. A The Ramones (1974–1996) korunk zenéjére igen nagy hatással lévő együttes volt. Tagjai: *Dee Dee* (elutasítottság, bizalmatlanság), *Johnny* (könyörtelen mércék, hiperkritikusság), *Joey* Marfan-szindrómás, kényszerbeteg (csökkentéértékség, behódolás, önfeláldozás), és *Tommy* – az együttes magyar származású tagja – (jól funkcionáló). Ők mindannyian felvették a Ramone vezetéknevet. Ez a csapat 22 éven át működött, keményen dolgozott (2263 koncert), számos tekintetben modellezve egy középosztálybeli családot (Ramonék). A tagok egyéni problémái, illetve a közöttük lévő számos kimondott és még inkább kimondatlan konfliktus szintén egy diszfunkcionális családhoz teszi őket hasonlatossá. Előadásomban a súlyosan traumatizált tagok Young-féle sémáinak áttekintésével és a tagok közti dinamika leírásával igyekszem az együttes és egy család közt párhuzamot vonni; bemutatni azt a lenyűgöző teljesítményt, ahogyan létrehoznak egy mások által elismert és szeretett „családot”. Bemutatom, hogyan sikerülhetett súlyos kötődészavarokkal rendelkező, infantilis embereknek, akik szinte predesztinálva voltak elmeszociális otthonba kerülésre (*Joey*), kriminalitásra (*Dee Dee*), erőszakos alkoholfüggővé válásra (*Johnny*) és sikertelenségre, önerejükkel építeni egy számos tekintetben funkcionáló családot, és számukra elfogadható, „boldog” életet élni.

## Háttal a külvilágnak – rehabilitáció a kényszergyógykezelésből

Bacsák Dániel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE ÁJK Kriminológia Tanszék;

<sup>2</sup> ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociológia Tanszék, Budapest

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) Magyarország egyetlen forenzikus pszichiátriai intézménye, melynek elsődleges feladata a kényszergyógykezelés végrehajtása – ennek a büntetőjogi intézkedésnek a célja a vonatkozó jogszabály szerint a társadalom védelmén túl a betegek megfelelő kezelése és gondozása.

Az elmúlt két évtizedben számos nemzetközi kutatás megállapította, hogy a súlyos mentális zavarok önmagukban nem növelik meg szignifikáns mértékben az erőszakos viselkedés esélyét, ellenben más klasszikus kriminogén tényezővel párosulva már jelentősebb mértékben emelhetik a kriminális cselekmények kockázatát. Mindebből következik – az Európai Forenzikus Protokoll ajánlásával összhangban –, hogy a mentális zavarban szenvedő elkövetők bűnismétlési valószínűségének csökkentése, mely a kényszergyógykezelés megszüntetésének de iure az egyetlen kritériuma, nem korlátozódhat kizárólag a betegség gyógyszeres terápiájára, hanem egy, az előzetesen felmért kockázatokat célzó, komplex pszichoszociális rehabilitációt tesz szükségessé.

De vajon ez mennyire összeegyeztethető a jelenlegi büntetés-végrehajtás minden más szempontot felülíró biztonsági szemléletével és az IMEI-nek a hatályos jogszabályok adta kereteinél is jóval szűkebbre szabott működésével?

Előadásomban mellett érvelek, hogy

- szükséges lenne a kényszergyógykezelés folyamatába beilleszteni a kockázatelemzés és kockázatkezelés módszertanát;
- a kockázatkezelés mentén szükség lenne egy komplex pszichorehabilitációs program kidolgozására és végrehajtására, amire még a jelenleg hatályos, az IMEI működését szabályozó jogszabályok is lehetőséget biztosítanak;
- jelentős veszélyeket rejt magában az, hogy jelenleg az IMEI működése semmilyen szakmai kontroll alatt nem áll, miután sem a büntetés-végrehajtás, sem a törvényességi felügyeletet ellátó ügyészség, sem más szervezet nem vizsgál(hat)ja az ellátás minőségét;
- miért indokolatlan, hogy a jelenlegi jogrendszerben semmilyen alternatívája nincsen az IMEI-ben végrehajtott kényszergyógykezelésnek, valamint az is, hogy létező, szabadságvesztéssel járó büntetések esetén használt jogintézményeket sem alkalmaznak ezen a területen.

Előadásom célja, hogy Magyarország egyetlen forenzikus pszichiátriai ellátást végző intézményére, működésének hiányosságaira, átalakításának fontosságára – az IMEI egykori munkatársaként és a területtel foglalkozó társadalomkutatóként – ráirányítsam a hazai szakemberek figyelmét.

**Egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei  
a mentális betegségekkel élőkkel szemben  
a COVID-19 járvány idején**

Bagi Otília<sup>1</sup>, Farkas Fanni Fruzsina<sup>1</sup>, Rafael Beatrix<sup>2</sup>,  
Pető Zoltán<sup>3,4</sup>, Letoha Annamária<sup>3,5</sup>, Bilicki Vilmos<sup>6</sup>,  
Seffer Péter<sup>6</sup>, Szendi István<sup>6,7</sup>, Gál Bernadett Ildikó<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar,  
Pszichológiai Intézet, Szeged;

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Preventív Medicina Tanszék, Szeged;

<sup>3</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Járványügyi Ellátó Központ, Szeged;

<sup>4</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged;

<sup>5</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Klinika, Szeged;

<sup>6</sup> Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai  
Kar, Informatikai Intézet, Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;

<sup>7</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK Oktatókórháza  
– Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;

<sup>8</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert  
Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

*Bevezetés:* A SARS-CoV-2 vírus megjelenése krízisá-  
llapotot eredményezett az egész egészségügyi ellátás-  
ban, hatással volt a koronavírusal fertőzött betegeket  
ellátó dolgozók jóllétére, valamint megváltoztathatta  
a különböző betegségtípusokkal kapcsolatos explicit  
és implicit attitűdjeiket is. Kutatásunk elsődleges célja  
volt, hogy megvizsgálja az egészségügyi betegellátás-  
ban részt vevő dolgozók mentális betegségekben  
szenvedőkkel szembeni implicit attitűdjeit.

*Módszerek:* Kutatásunkban 15 férfi és 31 nő vett részt,  
átlagéletkor 34,7 év (SD=10,3), beosztásuk szerint 18  
ápoló, 3 pszichológus, 23 orvos, 2 látogatókísérő. Viz-  
gálatunkban az egészségügyi ellátók munkahelyi ki-  
égésének a mérésére a Maslach Kiegészítő Leltárt (MBI)  
alkalmaztuk, az implicit attitűdök mérésére pedig az  
Implicit Asszociációs Tesztet (IAT) használtuk.

*Eredmények:* Elemzésünk során nem tapasztaltunk  
szignifikáns eltérést a COVID szenzitív, COVID neut-  
rális és mentális betegségeket jelző szavakra adott re-  
akcióidők között ( $F(2, 76)=0,362, p=0,698, \eta^2_{\text{partial}}=$   
0,009), viszont az aktuálisan a Járványügyi Ellátó Köz-  
pontban dolgozók szignifikánsan magasabb pontszá-  
mot értek el az MBI érzelmi kimerülés és deperszonal-  
izáció alskáláján (érzelmi kimerülés: Welch  $t(37,4)=$   
-3,09,  $p=0,004$ , deperszonalizáció: Welch  $t(36,0)=$   
-2,20,  $p=0,034$ ). Ezen kívül eredményeink alapján  
nincs összefüggés a kitöltők explicit és implicit  
attitűdjei között. Pszichiátriai betegekkel kapcsolatos  
munka és mentális betegségekre adott reakció kap-  
csolata:  $F(1, 34)=0,4380, p=0,513$ , pszichiátriai bete-  
gekkel kapcsolatos munka nehézsége és a mentális  
betegségekre adott reakció kapcsolata:  $F(1, 34)=0,00317,$   
 $p=0,955$ ).

*Következtetés:* Vizsgálatunk eredményei alátámasz-  
tották, hogy a járványellátásban aktuálisan dolgozó  
szakembereket nagyobb mértékű megterhelés érte,  
amely tükröződött kimerültségük mértékében. Emel-  
lett az egészségügyi dolgozók pszichiátriai betegekkel  
kapcsolatos explicit viszonyulásai eltérnek az auto-  
matikusan kialakuló implicit attitűdjeiktől.



## Egy makacs pánikzavar gyermekkori gyökerei és azok kezelése

Baltás Péter

MED-COR BT, pszichiátriai és pszichoterápiás magánrendelés, Miskolc

A 35 éves, objektíve sikeres életű, családos nőbeteg utcai pánik-rosszullétei miatt jelentkezett rendelésem. Főleg összeeséstől, elájulástól és megszegyenüléstől félt. Pánikbetegsége GYES utáni munkahelyi kudarc-élményeit követően kezdődött. Korábban pszichiátriai betegsége nem volt. Pszichiátriai gyógyszert nem akar szedni. Pánikzavara miatt pszichológus már kezelte, KIP technika során gyermekkorban nagyapjától elszenvedett szexuális abúzus emlékképe került felszínre. (Később beigazolódott, hogy az abúzus valóban megtörtént, többször is.) A páciens a döbbenetes KIP-élményre katarzissal reagált, de pánik-rosszullétei továbbra is ismétlődtek, a terápiát abbahagyták. Én kognitív viselkedésterápiával indítottam. A páciens megtanulta a pánik-spirál leállítását, a nyugodt légzés technikáját. Ezt követően átmeneti javulás következett, majd pánikos tünetei újra felerősödtek. Ekkor intenzíven kutatni kezdtük tünetei hátterét. Fő kiváltó és fenntartó tényezőként a gyermekkori szegye-nerzetet találtuk, melyet nemcsak a szexuális abúzus miatt, hanem apja alkoholizmusa miatt is rendszere- sen átélt. Ez után imaginációban a páciens felnőtt- je többször beszélt a benne élő kislány-énjével, megnyugtatta a kislányt, hogy nincs miért szégyenkeznie, a rossz dolgokért egyedül csak felmenő rokonai a fele- lősek, ő rendben van, ő jó és sikeres felnőtté válik majd. A páciens ezek után általános megkönnyebbülést ér- zett, lazábban tudott utcán gyalogni, pánikos tüne- tei sokat enyhültek. Asszertivitásának erősítésével is foglalkoztunk. Önbizalma, önbecsülése fokozatosan helyreállt. Élete minden részét oldottabban, több örömmel meri megélni. 1 év terápia után pánikos tü- netek már csak ritkán jelentkeznek, és ezeket több- nyire megjelenésükkor hatástalanítani tudja. Kezelése során kérésére csak pszichoterápiát alkalmaztunk, semmiféle gyógyszer nem kapott. Most már csak 2–3 havonta kér megerősítő konzultációs órát.

## A COVID-19 járvány mentális egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata pszichiátriai betegek körében

Bélteczki Zsuzsanna

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Sántha Kálmán Szakkórház, Nagykálló

*A vizsgálat célja:* A WHO 2020. március 11-én a CO-VID-19 járványt világjárványnak nyilvánította. Hirtelen az egész emberiségnek szembe kellett néznie a megfertőződés veszélyével, a munkahelyi és pénzügyi bizonytalansággal, a kormányzati intézkedések miatti izolációval. Irodalmi adatok szerint a pandémia új pszichés tünetek megjelenéséhez, valamint a meglévő pszichiátriai betegségek súlyosbodásához vezet. Jellemzőnek találták a koronavírus-fertőzéstől, a haláltól való félelmet, a tehetetlenség megjelenését, amihez a megbetegedettek hibáztatása társul. A posztinfekciós időszakban az érintettek 5–8%-ánál korábban nem igazolt pszichés zavarok jelentkeztek, ami kétszeres kockázattövekedést jelent. Pilot-vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük: a hirtelen változás milyen mé- don befolyásolja a már korábban ellátott pszichiátriai betegek mentális állapotát és az újonnan megjelenő pszichés betegségekben hogyan tükröződik a pandé- mia hatása. Ehhez a COVID-19 Pandemic Mental Health Questionnaire (CoPaQ) kérdőívet használtuk fel, amellyel a pandémia okozta személyes és szociális következmények mérhetők. A vizsgálat során az aláb- biakra fókuszáltunk: szorongás, korlátozó intézkedé- sekhez való alkalmazkodás, interperszonális kapcso- latok minősége, paranoid gondolatok és fenyegetett- ség érzés, intézményi és politikai bizalom megléte, társadalmi kohézió mértéke.

*Anyag és módszer:* A kérdőíves kutatás tervezése 2021 januárjában kezdődött, a COVID-19 járvány mentális egészségre gyakorolt hatásait vizsgáló hazai és nemzetközi kutatási eredmények összegyűjtésével és megismerésével. Saját felmérésünk lebonyolítását a pandémia során alkalmazott korlátozó intézkedések nehezítették. A felmérésbe hospitalizált és ambuláns betegeink közül 26 személyt vontunk be (15 nő, 11 fér- fi). Az átlagéletkor 42,7 év volt. 8 beteg (5 nő, 3 férfi) ellátása újonnan, a COVID-19 mentális hatásai követ- keztében történt. Mindkét csoportban vezető diagnó- zis major depresszív epizód/zavar, illetve a különböző szorongásos zavarok voltak, 11 betegnél pszichés ko- morbiditás állt fenn. Az új eseteknél lényeges trigger volt a COVID-fertőzésnek való kitettség, míg a koráb- ban is fennálló pszichés zavarok vulnérabilissá teszik az egyént részben biológiai tényezők, részben a sérült egyéni védekezés, a karanténal összefüggő szoron- gás és a pszichiátriai ellátás zavara miatt.

**Pszichiátriai szakápolók tapasztalatainak feltárása a COVID-os betegek ellátása során**

Birtalan Ilona Liliána<sup>1,2,3,4</sup>, Rácz József<sup>5,1,6,7</sup>, Kelemen Oguz<sup>8,3</sup>

<sup>1</sup> ELTE, PPK, Kvalitatív Pszichológiai Kutatócsoport, Budapest;

<sup>2</sup> Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat, Budapest;

<sup>3</sup> SZTE, Szent-Görgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged;

<sup>4</sup> ELTE, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>5</sup> ELTE, PPK, Pszichológiai Intézet,

Tanácsadás- és Iskolapszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>6</sup> SE-ETK Addiktológiai Tanszék, Budapest;

<sup>7</sup> Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, Budapest;

<sup>8</sup> Bács-Kiskun megyei Kórház, Pszichiátriai Osztály, Kecskemét

*Bevezetés:* 2019 után a koronavírus gyors terjedése háttérrel volt az egészségügyi ellátórendszer működésére, így hazánkban is szükségszerűen átszervezésre került a betegellátás. A betegszám növekedése maga után vonta az egészségügyi dolgozók erőforrás szempontú átszervezését is a betegek támogatása és segítése érdekében. A COVID-os páciensek ellátásában nagy szerepet vállalt a pszichiátriai szakterület is.

A szomatikus fekvőbeteg-osztályon végzett karanténban történő munkavégzés számtalan új helyzet elé állította a pszichiátriai szakápolókat: új munkakörülmények, új szakmai követelmények, nem utolsósorban új, és nem ismert betegséglefolyás. Kutatásunk célja, hogy feltérképezzük a szakápolók tapasztalatait az átcsoportosításukat követő, COVID-ellátásban beöltött munkavégzésükhöz kapcsolódóan.

*Módszer:* Kutatásunkban kvalitatív módszertant alkalmaztunk, amelybe 10 szakképzett pszichiátriai ápolót vontunk be, akik 2020 júliusa és 2021 áprilisa között láttak el COVID-19 fertőzött betegeket. Az interjúkat személyesen, félig strukturált interjúk formájában vettük fel. Adatgyűjtési és adatelemzési módszertanunk az alapvetően egészségpszichológiai beágyazottságú interpretatív fenomenológiai analízis.

*Eredmények:* Tanulmányunk eredményei azt mutatják, hogy COVID-19 pandémia következtében történő szakápolói áthelyezések tapasztalatai újradefiniálták a (1) szaktudásokhoz, szakmai tapasztalatokhoz való viszonyt, azok relevanciáit; (2) jelentősen befolyásolták a szociális környezet folyamatainak súlyozását, és az ahhoz való viszonyulást; (3) valamint háttérrel voltak a személyes egészségmagatartás, énkép alakítására.

*Következtetés:* Eredményeink alapján elmondható, hogy a karantén-betegellátás során a bekövetkezett szervezeti-ellátási változások jelentős befolyással voltak a pszichiátriai szakápolók szervezeti keretek között történő önmegvalósítására, és a szervezeti keretekben is túlmutató személyes értékrendszerére.

**Az Enneagram és felhasználásának lehetőségei**

Blaskó Ágnes, Kertész Ágnes

Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szekszárd

*„A személyiség elérése nem kevesebbet tartalmaz, mint egy különleges egyedi lény teljességének a lehető legjobb kibontakozását.” (C. G. Jung)*

Az Enneagram egy hosszú múltra, de viszonylag rövid tudományos útra visszatekintő komplex személyiségelmélet, mely igen ígéretes személyiségleíró, és a társas pszichológiai dinamikát magyarázó modell.

Előadásom alapkérdése egy olyan téma bemutatása, feldolgozása, amely az emberiséget mindig is foglalkoztatta, hogy miként tudjuk minél teljesebben kibontakoztatni személyiségünk rejtett tartalékát. Az ember, hogy valóban kreatívvá váljon, személyiségét teljes mértékben kifejlessze – az önmegvalósítás művészetét elérje –, igazi önismeretre, megfelelő, egészséges önértékelésre, és a belső erőforrások egyszerű, természetes felhasználására lenne szükség, melyhez egy izgalmas keretet nyújt az Enneagram.

Több szempontból közelítettem meg a témát. Céloom egyrészt egy összefoglaló képet adni az Enneagram eredetéről, szerkezetéről, dinamikájáról, másrészt szemléltetni azt, hogy miként használható a rendszerre önismeretre, mások megismerésére, segítségére a pszichológia, mentálhigiéné területén, valamint megmutatni azt, hogy hol lehetne még használni az Enneagram adta ismereteket.

Céloom volt továbbá, hogy rálássak arra, hogy hova lehetne beilleszteni az Enneagram rendszer nyújtotta ismeretet a humán segítő foglalkozásúak szakmai munkájába, és kíváncsivá tett az, hogy milyen pszichológiai kutatások folynak körülötte és miként szerepel ott.

## Szorongás a határon: menekültek és segítők

Csigó Katalin<sup>1,2</sup>, Spányik András<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Debrecen;

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;

<sup>3</sup> Medspot Alapítvány, Budapest

Önkéntes orvosok és pszichológusok 2015-ben alapították a Medspot Alapítványt annak érdekében, hogy a szíriai háborúból menekülők számára ingyenes elsősegélyt és krízisintervenciót tudjanak biztosítani a határmenti menekülttáborokban.

Idén az Alapítvány ismét megszervezte a segítségnyújtást, és az orosz-ukrán háború első hetétől folyamatos orvosi és pszichológiai ellátást biztosít az ukrán-magyar határ mentén. Az ellátók között sürgősségi orvosi gyakorlattal rendelkező orvosok mellett klinikai szakpszichológusok, pszichoterapeuták és pszichiáterek is részt vesznek.

Előadásunkban szeretnénk megismertetni a menekültellátásra szerveződött munkaközösségünket, igyekszünk bemutatni az orvosi ellátás pszichológiai aspektusainak, valamint az orvos-pszichológus párosok együttműködésének sajátosságait. Kitérünk továbbá a menekültellátás módszertani sajátosságaira és az analitikusan orientált gondolkodásmód alkalmazhatóságának kérdéskörére a krízisellátásban. Bemutatjuk a speciális és folyton változó körülményeket, melyek között a hetek alatt szerveződött szakmai csoportunk igyekszik helytállni. Megpróbáljuk áttekinteni a segítők lelki megterhelődésének, az ellátás során jelentkező pszichológiai fenyegetettségnek és a veszélyeztető mértékű bevonódásnak kérdését, valamint érinteni fogjuk a menekültekkel végzett orvosi és pszichológiai munka speciális kérdéseit: szorongástűrés – és fenyegetettség; alkalmazkodási képesség – és keretnélküliség, biztonság hiány – és biztonság igény; változó körülmények és adaptáció.

## Kényszerbetegség és világjárvány. Hogyan befolyásolta a kényszerbeteggek tüneteit a COVID-19 járvány?

Csigó Katalin<sup>1,2</sup>, Németh Attila<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;

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

**Bevezetés:** A COVID-19 világjárvány jelentős pszichés hatást gyakorolt mind az egészséges, mind a pszichiátriai zavarban szenvedők mentális állapotára. A vizsgálat célkitűzésében a COVID világjárvány és a kényszerbeteggek általános mentális állapota, illetve tüneti állapota közötti lehetséges összefüggések vizsgálatát tűztük ki.

**Módszer:** A vizsgálatba 45 kényszerbetegét vontunk be, akik az OM Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház Módszertani Intézet OCD Szakambulancia és Pszichiátriai Ambulancia páciensei voltak. A vizsgálati csoporton belül elkülönítettük a következő alcsoportokat: kontaminációs tünetektől szenvedő és attól mentes betegek; fertőzésen átesett és át nem esett betegek; illetve folyamatos terápia alatt álló és nem álló betegek. Vizsgálati módszerként kérdőívvel felmértük a közel két éve fennálló pandémia következtében kialakuló általános állapotváltozást, az egészségügyi előírások betartását, valamint a kényszeres tünetekben beálló változásokat.

**Eredmények:** A vizsgálat legfontosabb eredménye az, hogy az állapotromlás mértéke szempontjából a fenntartó terápia a legjelentősebb tényező, és sem a tüneti dimenzió (tüneti alcsoport), sem a COVID-fertőzésnek nem volt lényeges szerepe. Eredményeink azt mutatják, hogy a járvány nem specifikus stressz hatása szignifikánsan kevésbé érintette a gondozás alatt állókat a terápiában nem részesülőkhöz viszonyítva. Ugyanakkor a tüneti kép jellegzetességei és a COVID-fertőzés ténye nem befolyásolták szignifikánsan a betegek általános állapotát, az egészségügyi előírások betartását és a kényszeres tünetek változását sem. Az eredmények alátámasztják azt, hogy egy ilyen akutan fellépő, és tartósan fennálló stresszhelyzetben, mint a világjárvány, a folyamatosan elérhető szakmai segítség, a megfelelő terápiás kapcsolat az egyik legfontosabb protektív faktor a visszaesés megelőzésében.

## A pszichoanalízis új útjai

Danics Zoltán

Magánrendelés, Telki

A pszichoanalízisről napjainkban is élnek az évszázados hiedelmek, leegyszerűsítő (vulgár-freudista) elképzelések. Jól képzett, olvasott szakemberek fejében is gyakran idejétmúlt ismeretek formálják a pszichoanalízis képét. „Ti csak ültök ott kényelmes fotelekekben és hallgatjátok a páciensek meséit” mondja nem egy orvos, idegtudós. A tájékozottabbak pedig azt gondolják, az analitikusok gyermekkori traumák után kutatnak a páciensek elméjében és nagy rátalálások, felismerések katarzisa szünteti meg a mentális tüneteket (vagy teszi elviselhetővé azokat).

Még pszichiáterek, pszichológusok is a közel százéves freudi modellben gondolkodnak a pszichoanalízisről, ami szerint az analitikus okos kérdésekkel tereli a páciens kutakodását és pazar értelmezésekkel világít be a tudattalan homályába, ahonnan gyerekkori trauma képe sejlik elő és az napvilágra kerülve, tudatossá válva megoldja a pszichés problémát.

Ehhez képest a jelenkori pszichoanalízis elmélete és gyakorlata is rengeteget változott, finomodott Freud eredeti elképzeléseire képest. Már maga Freud is többszörösen módosította pl. a traumáról alkotott elképzelését. A későbbi iskolák alapjaiban változtattak a pszichoanalízis mikéntjén. A dívány és a munkamód maradt ugyan, de hogy mire figyel és mit tesz az analitikus, az jelentősen megváltozott. Az interperszonális, az interszubjektív és a kapcsolati analízis pl. az analitikus és a páciens kapcsolatát, a köztük zajló folyamatokat helyezi a figyelem homlokterébe. Különös jelentőséget nyer az itt-és-most, a történésekhez kapcsolódó érzések, az élmény, valamint a hitelesség.

## A depresszió és az öngyilkossági rizikó rövid szűrési módszere alapján azonosított pszichiátriai ellátási szükséglet

Diószegi Judit<sup>1</sup>, Torzsa Péter<sup>2</sup>, Rihmer Zoltán<sup>3,4</sup>, Sándor János<sup>1</sup><sup>1</sup> Debreceni Egyetem, ÁOK, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen;<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest;<sup>3</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest;<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

**Bevezetés:** Az öngyilkosság jelentős népegészségügyi problémát jelent világszerte, az európai régióban és Magyarországon egyaránt. A befejezett öngyilkosságok többsége pszichiátriai kórképekhez kapcsolódik, leggyakrabban depresszió talaján alakul ki. Az akut öngyilkossági veszély és major depressziós epizód során megjelenő öngyilkossági gondolatok a háziorvosi gyakorlatban azonosíthatóak a Rövid Beck Reménytelenség Skála (RS-4 kérdés) és a Rövid Beck depresszió Kérdőív (BDI-9) segítségével (Rihmer és Torzsa szűrési algoritmus).

**Célkitűzés:** Jelen vizsgálat célja a javasolt szűrési algoritmus (RS és BDI-9 együttes használata, ahol a szűrési eredmény pozitív, ha  $RS \geq 6$ , vagy ha az  $RS \geq 2-5$  és a  $BDI \geq 19$ ) által feltárt pszichiátriai ellátási szükséglet leírása az átlagos 1600 fős háziorvosi praxis és a hazai 25 évnél idősebb felnőtt lakosság tekintetében a Hungarostudy 2002 felnőtt mintán kapott eredményei alapján.

**Módszerek:** A Hungarostudy 12 668 fős reprezentatív mintáján rendelkezésre álló RS és BDI-9 adatait használtuk. Az elemzésből kizártunk 805, már ismert pszichiátria ellátásban részesülő egyént, továbbá azt a 658, illetve 491 esetet, akiknél az RS és a BDI-9 felvételére nem volt lehetőség. Ezt követően került sor a javasolt szűrési protokoll alapján az esetszámok számítására, melyet vetítettünk egy átlagos (1600 fős) háziorvosi praxisra és a 25 évnél idősebb hazai népességre.

**Eredmények:** Vizsgálatunk alapján egy háziorvosi praxisban 102 páciens már pszichiátriai kezelés alatt állt az adatfelvétel megelőzően, 165 főnek pedig egyértelműen pszichiátriai ellátásra lenne szüksége, további 35 fő esetében esetleges ellátási igény feltételezhető. Ezek az esetszámok a 25 évnél idősebb felnőtt lakosság esetében 463 150, 747 944 és 159 370. Amennyiben a módosított protokollt alkalmaztuk, melynek során a Beck-kérdőív kitöltésének szükségességét jelző RS pontszám értékét emeltük (2–5 helyett 3–5 vagy 4–5), az ily módon azonosított ellátási igény jelentősen nem csökkent (átlagos praxisban 161–191, 156–180; országosan 733 561–868 766, 709 972–819 287 páciens).

**Következtetések:** Vizsgálatunk alapján a javasolt szűrési algoritmussal jelentős pszichiátriai ellátási szükséglet azonosítható. Mivel ehhez azonban jelentős többletmunka kapcsolódik mind a háziorvosi praxisekben, mind a pszichiátriai szakellátásban, a szűrési szisztematikus alkalmazása azt követően történhet meg, miután a szükséges kapacitások kiépítése megtörtént.

### **A nem-szuicidális önsértés és rizikómagatartások összefüggései felsőoktatásban tanulók körében**

*Drubina Boglárka*<sup>1,2,3</sup>, *Kökönyei Gyöngyi*<sup>2</sup>,  
*Reinhardt Melinda*<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> ELTE, PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE, PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

<sup>3</sup> Fővárosi Gyermekvédelmi Szakszolgálat, Szakértői Bizottság, Budapest;

<sup>4</sup> Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek-, és Serdülőpszichiátria, Budapest

61

**Bevezetés:** A nem-szuicidális önsértés (non-suicidal self-injury, NSSI) alatt az egyén saját testének szándékos és közvetlen megsértését értjük, öngyilkossági szándék nélkül (pl. vágás, égetés, ütés, karmolás) (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Néhány nemzetközi kutatás szerint az NSSI gyakran együtt jár más típusú rizikómagatartásokkal (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat) (*Haw et al*, 2005; *Hilt et al*, 2008). Egyes kutatók az NSSI-t direkt, a rizikómagatartásokat pedig indirekt önsértésként értelmezik, amelyeket egy kontinuum mentén lehet értelmezni (pl. *Fox et al*, 2015).

**Célkitűzés:** Kutatásunkban a felsőoktatásban tanuló fiatal felnőttekre fókuszáltunk, hiszen körükben igen magas (10–38%) az NSSI prevalenciája (*Brown et al*, 2007; *Gandhi et al*, 2018), továbbá több kutatás szerint ez egy pszichésen sérülékeny időszak (*Arria et al*, 2009).

**Módszer:** Vizsgálatunkban 228 felsőoktatásban tanuló fiatal vett részt (átlagéletkor=21,5 év, SD=2,6; 64,5% nő). Az NSSI élethossz prevalenciája 31,6% (n=72), azaz a minta körülbelül egyharmada érintett volt NSSI-ben valamikor élete során. Az egyetemista nők körében szignifikánsan gyakoribb az NSSI és több NSSI-epizódról számolnak be, mint a férfiak. Az előadás részletesen ismerteti az NSSI további leíró adatait (pl. jellemző módok, attitűdinális komponensek, motivációk) a mintában. Rámutattunk arra is, hogy az 5 vagy több NSSI-epizódról beszámolóknak körében a maladaptív étkezési szokások szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő, mint a nem önsértő társaiknál ( $t=2,19$ ,  $p<0,05$ ). Az általunk mért további rizikómagatartásokban nem mutatkozott szignifikáns különbség. Bináris regressziós modellben (Nagelkerke  $R^2=0,052$ ) az életkor kontrollálása mellett a rizikómagatartások közül szintén csak a maladaptív étkezési szokások bizonyultak a nem-szuicidális önsértés szignifikáns magyarázó változójának ( $OR=0,83$ ;  $p<0,05$ ).

**Eredmények:** Eredményeink alapján a maladaptív étkezési szokások kapcsolatban állnak az NSSI-ben való érintettséggel. Ez egybecseng a nemzetközi adatokkal: az NSSI-ben érintett egyetemisták 25–30%-a maladaptív étkezési szokásokról is beszámol (*Gollust*

*et al*, 2008). A két jelenség kapcsolatát érdemes a jövőben egyéb lehetséges mediátorváltozókkal (pl. érzelemszabályozási nehézségek) együtt vizsgálni.

**Támogatás:**

A Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH *Reinhardt Melindát* az FK 138604 számú, *Kökönyci Gyöngyit* pedig az FK 128614 számú pályázat keretében támogatja.

62

## Idegenlégiósok a COVID-ban

*Ekler Katalin*

Mohácsi Kórház, Pszichiátria, Mohács

2020 őszén, a COVID-19 második hullámában az idegenlégiós (nem belgyógyász/nem pulmonológus/nem infektológus/nem intenzíves) orvosok bevonása is szükségessé vált a COVID/COVID intermedier osztályok munkájába. Sőt, pszichiáterek, neurológusok is voltunk ott, felváltva dolgoztunk az anyaosztályon és a „COVID-ban”, többségünk több hónapot töltött el az utóbbi helyen. Nem volt könnyű, hangzik lágyítva. Hogyan bírtuk ki, mivel segítettük önmagunkat és időnként úgy tűnt, hogy a többieket is.

A komfortzóna messze elhagyása miatt halmozott stresszhelyzetek között éltünk. A szakmaiság, felelősségvállalás, vállalhatóság kérdőjelei, döntések, sőt büntethetőség, támogatás és hiánya okozott gondot a mindennapokban. A megküzdés része volt a szimbólumok távolító, sűrítő, elgondolkodtató képzése is. Bőrgyógyász kollégánk fogalmazta meg: az átnevezéssel könnyebb ugyanaz, más szemmel néz rá az ember. A többiek „csak” használták a COVID-szlenget.

Saját Vörös Zónánkban a leggyakoribbak voltak: Idegenlégiós, Nemzetközi Brigád; Elvarázsolt Kastély; Jurassic Park; Archeológus; COVID Kurír.

Az Elvarázsolt Kastélyt kiragadva megjelenhet egy távoli, különálló, különleges, félelmetes, de kiemelt jelentőségű hely, ahol szinte bármi megtörténhet, de legalábbis, nem a megszokott események történnek (halál, élet-halál harc, belgyógyászati gyógyszerek, ve-seelgtelenség, 80% alatti oxigén szaturáció).

Ha a helyet a Vidám Parkra szelídítjük, akkor is szoronghatunk, a hordóban állva kell maradni, a tükrök torzítanak, s akkor nem is tudom, melyik kép az igazi, milyen orvos vagyok, ha nem a megszokott kereteim között, a bevált eszközeimmel, a megszokott kérdésekre felelve dolgozom.

Büszkék voltunk, hogy szelídíthettük a valóságot, átkeretezhattuk annak nyomasztó hatását, s úgy tűnik, még szkafanderben is maradtunk pszichiáterek, a szokatlan körülmények közt szokatlan módon javítottuk saját és a körülöttünk levők lelki egyensúlyát, szimbólumokkal, humorral.

*Rejtő Jenő* szerint „A belépés díjtalan...”

Különös tisztelettel várom a COVID-viselt pszichiáter, neurológus kollégák megjelenését!

Senki Alfonz

## „Jelez a testem!” – Mágikus gondolkodás a daganatos betegség eredetének szubjektív magyarázataiban

Esperger Zsófia, Kovács Péter  
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Az onkopszichológia területéhez tartozó jelenség a szubjektív betegségtörténetben megjelenő mágikus gondolkodás egy esete: amikor a rosszindulatú daganat kialakulását a páciensek gyengének vagy rossznak ítélt személyiségstruktúrákkal magyarázzák. Ekkor a páciens fantáziájában saját pszichéjét közvetlenül kapcsolja össze a rákos elváltozás eredetével – jellemző módon alárendelődésre való hajlamát, depresszív élményvilágát, alacsony önértékelését kiemelve. A diagnózis közlését követő krízisállapotban ezek a „könnyen elérhető” magyarázatok kontrollérzetet biztosítanak, ugyanakkor büntudatot is keltenek, melynek hatására az onkológiai kezelés büntetésként értelmeződhet. Ezek a tudatos vagy nem tudatos lélektani folyamatok jelentősen megnehezítik a páciensek aktív, asszertív részvételét saját kezelésükben. Az előadásban három esetvignettán keresztül mutatom be a büntudati érzésekkel összefüggésben megjelenő lehetséges compliance problémákat. A betegségeredettel kapcsolatos mágikus gondolkodás összefüggésben lehet a premorbid személyiség strukturális problémáival, mely struktúra a krízis hatására alacsonyabb szintekre regrediálódhat. Ezekben a szinteken olyan merevvé válhat a páciens szubjektív betegségtörténete, hogy a terapeuta hozzáállásában egyszerre válik szükségessé a realitások képviselése (komplex betegségeredet), és a pácienssel való konfrontálódás elkerülése. Kitérek az „indukált” esetekre, melyek eltérő lefolyást mutatnak, és kevésbé merevek. A pszichés eredetet központba állító páciensek terápiás motivációja mögött állhat, hogy a terapeutát omnipotens tulajdonságokkal ruházzák fel, és irreális terápiás célokról fantáziálnak. Így fontossá válik a compliance problémákra szűkített fókusz, mellyel a páciensek ágencia érzése növelhető, adherenciájuk megteremthető. Az előadás végén kitérek arra, hogy a jelenséggel találkozó szakembereknek az intrapszichés folyamatok megértése mellett a rákra hajlamosító személyiség koncepciójának kulturális beágyazottságát, kutatottságát, és a köztudatba való beépülését is integrálniuk szükséges saját viszonyulásuk kialakításakor.

## Járványellátásban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók pszichológiai megterhelődéssel kapcsolatos jellemzői

Farkas Fanni Fruzsina<sup>1</sup>, Bagi Otília<sup>1</sup>, Rafael Beatrix<sup>2</sup>,  
Pető Zoltán<sup>3,4</sup>, Letoha Annamária<sup>3,5</sup>,  
Szkaliczki Andrea<sup>6</sup>, Osváth Péter<sup>6</sup>, Warta Miklós<sup>7</sup>,  
Csongor Alexandra<sup>6</sup>, Szendi István<sup>8,9</sup>,  
Gál Bernadett Ildikó<sup>10</sup>

- <sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged;
- <sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Preventív Medicina Tanszék, Szeged;
- <sup>3</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Járványügyi Ellátó Központ, Szeged;
- <sup>4</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged;
- <sup>5</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Klinika, Szeged;
- <sup>6</sup> Pécsi Tudományegyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs;
- <sup>7</sup> Pécsi Tudományegyetem, ÁOK, Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet, Pécs;
- <sup>8</sup> Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Informatikai Intézet, Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;
- <sup>9</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK Oktatókórháza – Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;
- <sup>10</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

**Bevezetés:** A COVID-19 világjárvány következtében kialakult globális krízisállapot az egészségügyet, az abban dolgozókat több szempontból állította új kihívások/megpróbáltatások elé. A megváltozott munkakörülmények intenzív mentális és fizikai megterhelést jelentettek az egészségügyi munkavállalókra. Kutatásunk célja az volt, hogy felmérje a pandémia SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ járványellátásában foglalkoztatott dolgozóira gyakorolt pszichológiai hatását.

**Módszerek:** A kutatásban 18 ápoló, valamint 28 orvos és egyéb foglalkozású vizsgálati személy vett részt. A tesztek kitöltését vállalók nemi megoszlása: 11 férfi és 35 nő. A résztvevők átlagéletkora 33,9 év volt (SD=9,69). A vizsgálat során a Karolinska Exhaustion Disorder Scale-t (KEDS), a Maslach Kiegészítő Leltárt (MBI), Derogatis-féle Tünetlistát (SCL-90R), és az Észlelt Stressz Kérdőívet (PSS) vettük fel a mentális megterheltség felmérésére, a megküzdési kapacitás feltárására pedig a Pszichológiai Immunrendszer Felmerést (PISI).

**Eredmények:** A Járványügyi Ellátó Központban aktuálisan dolgozók jelentősen magasabb pontszámot értek el a KEDS-en és az MBI Érzelmi kimerülés skáláján is, mint az eredeti munkahelyükre visszatért dolgozók. A megküzdési kapacitás fordítottan korrelált a KEDS és az MBI egyes alskáláival.

*Következtetések:* A jelenleg járványellátásban dolgozók pszichológiai megterheltsége nagyobb mértékű, mint az eredeti munkahelyre visszatért dolgozóké. Ezek alapján elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók ezen krízishelyzetben történő pszichológiai támogatása és megküzdési képességeik megerősítése kiemelt fontosságú mind az egyén, mind a társadalom egésze szempontjából.

64

## Szöveg – önpusztítás – pszichopatologia

Fekete Sándor<sup>1</sup>, Eklics, Kata<sup>2</sup>

<sup>1</sup> PTE, ÁOK, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs;

<sup>2</sup> PTE, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Nyelvi Kommunikációs Intézet, Pécs

A vizsgálat szövegeket – mint végső személyes búcsúdokumentumot – hasonlít össze az önpusztítás spektrumában a klinikumban, a világhálón, a médiában. Megkísérelt és befejezett cselekmények előtt írt írásokat, nem-szucid kontrollok szövegeivel veti össze.

A szövegek elemzése tartalmi, nyelvi jellemzők nyomán történt, verbális „viselkedés”-ként tekintve az „üzenetekre”. 110 klin (búcsú)-levelet, hasonló számú világhálóról származó szöveget és média-bemutatást kódoltunk, statisztikai összevetéssel elemeztünk.

A nyert adatok bemutatásával, lehetséges interpretációival (levélhossz, nem, negatív, énközpontúság, negativitás, abszolutista kifejezés változói szerepei) az önpusztításra vonatkozó levélcsoportok, üzenetek, megjelenések elkülönítését kíséreltük meg.

A kapott eredmények segíthetik a szövegek és hátterük jobb megértését, és a levél írói helyzetének pontosabb rizikóbecslését.



## **A Metakognitív Tréning magyar szkizofrén mintán végzett hatékonyságvizsgálatának legfontosabb eredményei**

*Fekete Zita<sup>1</sup>, Vass Edit<sup>2</sup>, Tana Ünige<sup>3</sup>, Oláh Barnabás<sup>1</sup>, Domján Nóra<sup>4</sup>, Kuritárné Szabó Ildikó<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Debrecen;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;

<sup>3</sup> Mentálhigiénés Központ, Szentendre;

<sup>4</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

Az utóbbi évtizedekben több, a szkizofrénia kiegészítő kezelésében szerepet vállaló módszer jelent meg, ilyen a Metakognitív Tréning (MKT) is. Az MKT a szkizofrénia tüneteinek megjelenésében és fennmaradásában szerepet játszó kognitív deficiitek fejlesztését célozza.

Az MKT magyar szkizofrén populáción esetlegesen kimutatható hatékonyságának vizsgálatára egy egyeztetett, randomizált, kontrollált vizsgálatot terveztünk hat hónapos utánkövetési periódussal.

Kutatásunk fókuszában a Metakognitív Tréningnek a szkizofrénia tünettanára gyakorolt hatása és az MKT neurokognitív és szociális kognitív funkciók esetleges javulásában kimutatható hatása állt. Ezek vizsgálatára a Pozitív és Negatív Tünetek Skáláját, a Wisconsin Kártyaszortírozási Tesztet, a Neuropszichológiai Státusz Ismételtető Vizsgálatára Szolgáló Battériát, a Szemből Olvasás Tesztet és a Cartoon tesztet alkalmaztuk. Emellett kíváncsiak voltunk pácienseink szubjektív értékelésére is az MKT-t illetően.

A vizsgálatban 46, szkizofréniaival diagnosztizált (DSM-5) páciens vett részt. A bevonási kritérium a 70 feletti IQ volt (Wechsler Intelligenciavizsgálat).

A vizsgálati csoportot az MKT 23 résztvevője képezte, a kontrollcsoport 23 páciense csupán a szokásos kezelési módban (farmakoterápia, pszichiátriai gondozás) részesült. A két csoportot randomizálással képeztük.

Eredményeink szerint a Metakognitív Tréningen résztvevő páciensek a kontrollcsoporttal összehasonlítva kevesebb pozitív, negatív és dezorganizált tünetet mutattak, illetve a tüneti súlyosság összesített mutatóján is jobb eredményeket értek el a tréningidőszak végére, majd további javulást mutattak az utánkövetési időszak alatt.

A neurokognitív funkciók tekintetében a téri-vizuális funkciók működésében mutattunk ki kedvező irányú változást a tréningen résztvevő csoportban a kontrollcsoporttal összehasonlítva a tréningidőszak végére.

Az MKT résztvevői saját bemeneti eredményeikkel összehasonlítva javulást mutattak a tréning végére a harmadrendű tudatelméleti műveletek színvonalá-

ban és a megtévesztés felismerésében. Mindezek az összesített tudatelméleti teljesítményt tükröző mutatóban is megjelentek.

Pácienseink a tréningről igen kedvezően nyilatkoztak, azt hasznosnak és szórakoztatónak találták.

Összességében elmondható, hogy vizsgálatunk alátámasztotta a Metakognitív Tréning tünettanra és kognitív funkciókra gyakorolt hatékonyságát – a rendelkezésünkre álló nemzetközi adatokhoz hasonlóan – hazai szkizofréniaival diagnosztizált mintán is.

## Szaktudományok helyzetének változása az elmúlt évtizedekben

Feller Gábor

Petz Aladár Egyetemi Oktatókórház, Győr

66

Az elmúlt években a világban történt változások miatt egyre inkább foglalkozunk a *pszichiátriáról* alkotott véleménnyel. A kutatási eredmények következtében sikerült a szaktudományt a tudományos élet központja felé irányítani, de számos tényező vizsgálata szükséges az aktuális eredmény értékeléséhez.

Előadásomban felsorolom és értékelem azokat a tényezőket, amelyek folyamatos változása alapvetően befolyásolja a következményeket.

A személyes tapasztalatok és az elmúlt évtizedek során megnyilvánuló változások is szélsőségesen befolyásolják az eredmények értékelését. A tudomány mellett gyökeresen változott a politikai háttér, a hitbéli hozzáállás, a társadalmi megítélés és átalakultak a világ különböző kontinensei közötti kapcsolatok.

Gyakorlati szempontból az egészségügyben való szerep hivatalos és gyakorlati megnyilvánulása is sokat változott. Személyes tapasztalatunk alapján célirányos gyakorlatunkkal tudjuk a legjobb eredményt elérni hivatásunkban. Ez utóbbi eredményezheti azt, hogy a többi szaktudománnyal javíthatjuk a kapcsolatot, valamint munkahelyi vezetőként az utánpótlást is biztosíthatjuk.

## Autoimmunitás a terápiarezisztens kényszerbetegség hátterében? Egy eset tanulságai

Ferencz Ákos<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Specialistspsykiatrin barn, unga och vuxna, Växjö;

<sup>2</sup> Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház, Nagykálló

A PANDAS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) az akut kezdetű gyermekkori neuropszichiátriái szindrómák (PANS) máig vitatott, heterogén csoportjának legkorábban leírt altípusa. A betegség jellemzően drámaian hirtelen kezdetű, fluktuáló lefolyású kényszeres és/vagy tic-tünetekkel, valamint neurológiai eltérésekkel jár. A háttérben autoimmun folyamat valószínűsíthető, de a pontos etiológia máig tisztázatlan, és magas szintű evidenciák hiányában az egyértelmű terápiás irányelvek is váratnak magukra. Főként anekdotikus irodalmi adatok utalnak a célzott antibiotikus és különféle immunológiai terápiák szerepére a gyógyulásban, csakúgy, mint az elhúzódó lefolyás megelőzésében.

Utóbbi terápiák alkalmazásának előfeltétele a PANDAS esetén az A-csoportú, béta-hemolitikus Streptococcus-fertőzés felismerése, illetve a PANS alapját adó immunológiai zavar gyanúja. A differenciáldiagnózist rendszerint nagyban nehezíti a PANS szerteágazó tüneti képe, mely az OCD, a tic, az evészavarok és különféle szorongásos kórképek mellett az ADHD és az autizmus gyanúját is felvetheti.

A nemritkán éveken átívelő lefolyás ellenére bizonytalan, hogy a PANS perzisztálhat-e felnőttkorban. Az elhúzódó gyermek-, illetve serdülőkori betegség nyilvánvaló pszichológiai következményein túl a helyzetet valószínűleg az „epitóp terjedés” folyamata is tovább bonyolíthatja, melynek során a kezdetben egy antigén ellen irányuló autoimmunitás idővel más, távoli antigénekre is áttér, további tüneteket okozva. Az irodalomban mindenesetre alig érhető el a PANS/PANDAS felnőttkori formáiról szóló esetleírás.

A jelen előadásban bemutatott 29 éves páciens esetében a beállított immunosuppresszív kezelés egyik napról a másikra hozott szinte teljes remissziót a másfél évtizede fennálló, krónikus-hullámzó kényszeres-szorongásos-affektív tüneti képben. A tartósan eredményes és tolerálható terápiás stratégia megtalálása különösen komoly kihívást jelent.

## Az öngyilkosság-megelőzés perspektívái az iskola mikroszociológiai közegében, különös tekintettel a pedagógusok szerepére

Flach Richárd<sup>1</sup>, Szél Erzsébet<sup>2</sup>, Nagy László<sup>1</sup>, Fodor Róbert<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Pécs;

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

**Háttér és célkitűzések:** Hazai viszonylatban az öngyilkosság vezető halálok a 18 év alatti korosztályban, valamint egyre több kutatás szól az öngyilkosság szempontjából rizikófaktornak tekinthető önsértés jelenségének emelkedéséről is. A megelőzés, felismerés és kezelés szempontjából kulcsszerepe van a mentálhigiénés kapuőröknek, akik legtöbbször az iskola mikroszociológiai közegének szereplői. Kutatásunkban pedagógusok öngyilkossággal, és nem öngyilkossági szándékkal történő önsértéssel kapcsolatos ismereteit és érzelmi viszonyulásait vizsgáltuk. Kérdésfeltevésünk kiterjedtek a prevenció irányába mutató pszichológiai konstruktumok feltérképezésére (mentalizáció, érzelmi intelligencia, reziliencia) is.

**Módszerek:** Kérdőíves, keresztmetszeti, feltáró kutatásunkban online, kényelmi mintavételezés keretében, gyakorló pedagógusokat kértünk fel: (1) A tanárok tudása és attitűdje az önsértésről; (2) Az öngyilkossággal kapcsolatos kérdések; (3) Öngyilkossággal kapcsolatos észlelt kompetencia; (4) Mentalizáció; (5) Rezi-liencia; (6) Érzelmi Intelligencia konstrukumait mérő eszközök kitöltésére.

**Eredmények:** A nemzetközi szakirodalomban szereplő adatokhoz hasonló eredményeket kaptunk az öngyilkosságra, és önsértésre vonatkozó ismeretek tekintetében, bár a kitöltők heterogén válaszadási mintázatot mutattak. Megismertük a pedagógusok önsértésre és számos releváns kérdésre vonatkozó attribúciós tendenciáit. Nem sikerült ugyanakkor összefüggést találni a reziliencia, mentalizáció, érzelmi intelligencia és az öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek, valamint az önsértésre vonatkozó ismeretek és attitűd szempontjából.

**Következtetések:** Vizsgálatunk figyelemfelhívó jellege aláhúzza

- elsősorban az öngyilkossággal és önsértéssel kapcsolatos ismeretek oktatásának fontosságát (hiszen egyik vonatkozásban sem teljeskörű a pedagógusok ismerete);
- a prevenció szempontjából a vizsgált konstruktumok jelentőségét;
- a helyi, iskolai protokollok megalkotásának szükségességét.

Ezen folyamatok szereplői lehetnek az indirekt munkamódot képviselő iskolapszichológusok, megfelelő szakmai szabályozók és protokollok mentén.

## Pszichedelikumok által facilitált pszichoterápia: Két tradíció találkozása

Frecska Ede<sup>1</sup>, Bokor Petra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, ÁOK, Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen;

<sup>2</sup> Károli Gáspár Református Egyetem Tanárképző Központ, Budapest

Ha a hazaiban nem is, de a nemzetközi pszichiátriában a pszichedelikumok reneszánsza zajlik napjainkban. Számos rangos egyetemen pszichedelikus munkacsoportok szerveződnek nevezett szerek vizsgálatára különböző mentális zavarok terápiájában. Hasonló forrongáson már átesett szakmánk az ötvenes években. Egy közel négy évtizedes moratórium után elméleti tudásban és kutatás-szervezési tapasztalatokban bővelkedve, valamint ideológiai megkötöttségektől felszabadultabban zajlanak a klinikai vizsgálatok pszichedelikumokkal major depresszió, szerfüggés, terminális daganatok, kényszerbetegség, szorongásos állapotok, poszttraumás stressz szindróma és szkizofrénia kezelésére. A pszichedelikus élmény nem csak farmakológiailag meghatározott, önmagában diszponáló eleme a hatásnak, a folyamatban kulcsszerepe van a felhasználó szándékának, elvárásainak, beállítódásának, kozmológiájának, valamint az előkészítésnek (mindezek a set részei), a környezetnek (setting), és nem utolsósorban az utófeldolgozásnak, az élményt követő pszichoszociális intervencióknak is (reintegráció). A holisztikus hozzáállás nehezen megkerülhető, ezért az optimális pszichedelikus farmakoterápia egyúttal pszichedelikum által facilitált pszichoterápia is. Amíg más kultúrák gyógyító tradíciói számára nem ismeretlen modalitásról van szó, addig a nyugati pszichoterápia számára olyan meglehetősen szokatlan élmények generálódhatnak a folyamatban, amelyekkel való megbirkózás meghaladhatja a szokványos pszichoterápiás képzés kereteit és nem nélkülözhet orvostantropológiai ismereteket.

**Pszichiátriai tünetek Post-COVID szindrómában**

Fullajtár Máté, Hidasi Zoltán

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

Az előadás elején a Post-COVID szindróma fogalmát ismertetjük, különös tekintettel az irodalomban található diagnosztikus kritériumokkal, nevezéktannal kapcsolatos nehézségekre, különbségekre.

Az eltérő definíciók bemutatása után a Post-COVID szindróma jellegzetes pszichiátriai tüneteit mutatjuk be, nagy hangsúlyt fektetve a differenciáldiagnosztikai kérdésekre, kihívásokra is. A differenciáldiagnosztikai vizsgálatok fontosságát egy esetismertetéssel szemléltetjük.

Az előadás központi részében részletesebben bemutatunk három klinikai esetet.

Az első betegnél az affektív tünetek, a második esetben a paranoid téveszmék, míg a záró esetismertetésben a delírium tünetei határozták meg a klinikumot.

Az esetek közös pontja, hogy a pszichiátriai tünetek a lezajlott SARS-CoV-2 fertőzés után négy héten belül léptek fel.

Az előadásban kifejezett hangsúlyt kap, hogy a Post-COVID szindróma pszichiátriai tüneteinek ellátása csak a tágabb bio-pszicho-szociális kontextusban értelmezhető és kivitelezhető sikeresen.

Az előadás záró részében a Post-COVID szindróma kezelésében elért sikerek, eredmények mellett a felépő nehézségeket és a terápiás elakadásokat is bemutatjuk.

**Állattartási szokások feltárása és kiegészítő kezelésként alkalmazott állatasszisztált terápiais megközelítés iránti attitűdök vizsgálata pszichiátriai betegséggel élők körében – Pilot**

Gál Bernadett Ildikó, Baukó Krisztina,

Domján Nóra, Kálmán János

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged

*Bevezetés:* Az állatasszisztált foglalkozások széles körben alkalmazott kiegészítő intervenciós és terápiás módszerek, melyekkel számos fejlesztési cél megvalósítható a pszichiátriai betegségek kezelésének területén. A témában született tanulmányok hangsúlyozzák előnyeiket a kommunikációs és szociális készségfejlesztésben, empátiatréningek kiegészítéseként, a depresszió és a szorongás tüneteinek csökkentéséért, vagy az észlelt stressz-szel való megküzdés fejlesztésében. Szkizofréniával élők körében biztató eredmények születtek a negatív tünetek enyhülésével összefüggésben, valamint az észlelt stressz-szint csökkenésével kapcsolatosan.

*Problémafelvetés:* Az állatasszisztált intervenciók és terápiás megközelítések változatos módszertani háttérrel rendelkeznek. A metodológiai sokféleség azonban az eljárásokat nehezen összehasonlíthatóvá, az eredményeket és a hatékonyság megítélését ellentmondássá teszi. Mindemellett világszinten egyre népszerűbb trend az állatokkal való együttélés. A kisállattartás iránti lelkesedés az utóbbi években egyre erősödik, ami hatással lehet a páciensek életminőségére és preferenciájára is, azonban ezzel kapcsolatban nem születtek még a témában releváns szakmai tanulmányok.

*Célok:* Vizsgálatunk hiánypótlónak számít a szakirodalomban, mivel egyrészt szeretnénk megismerni a pszichiátriai betegséggel élők attitűdjeit az állattartással összefüggésben, és az állatokkal kapcsolatos általános vélekedéseiket, másrészt pedig felmérni nyitottságukat a kiegészítő terápiás megközelítésként alkalmazható állatasszisztált intervenciók és terápiás foglalkozások iránt. Továbbá szeretnénk felmérni a betegek aktuális állapotát, tüneteik súlyosságát, valamint életminőségét és stressz-szel kapcsolatos megküzdési mintázataikat, illetve ezek korrelátumait az állattartási szokásokkal.

*Hasznosíthatóság:* Célnk, hogy átfogóan megismerjük a különböző pszichiátriai betegséggel élők állattartási attitűdjeit, valamint preferenciáikat az állatokkal támogatott kiegészítő kezelési lehetőségekkel kapcsolatosan annak érdekében, hogy felhasználó-orientált terápiás intervenciókat tervezhessünk a jövőben. Így a terápiás foglalkozások egyszerre illeszkedhetnek

a páciensek igényeihez, illetve lehetőséget teremthetnének a strukturált módszertani megközelítések kidolgozásához az állatasszisztált intervenciók komplex hatékonyság-vizsgálataiban.

### **A gyomor-bélrendszer és az autizmus spektrumzavar kapcsolata**

*Gallai Mária*

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet  
Mentálhigiéniai Központ, Budapest

A gasztrointesztinális panaszok gyakori komorbid állapotok autizmus spektrumzavarban, a tünetek sokszor atípusos formában jelentkeznek. A fel nem ismert és kezeletlen GI betegségek viselkedés- és állapotromlást okoznak. Atípusos GI tünetek jelentkezése esetén is fontos a szakma szabályainak megfelelő kivizsgálás és ellátás az autista gyerekek számára.

Az autista gyermeket nevelő szülők GI tünetek hiányában is gyakran alkalmaznak eliminációs (többségében glutén/kazein mentes) diétát. A megfelelő tudományos alapossággal végezett vizsgálatok döntő többségében nem találtak összefüggést az eliminációs diéta és autizmus tünetei között. Ezek alapján nem javasolt az eliminációs diéta rutinszerű alkalmazása, de egy-egy megfelelően alátámasztott pozitív esettanulmány továbbra is van. A mikrobiom kutatások új lendületet adtak a bél-agy tengely és az autizmus összefüggésének vizsgálatára és potenciális új terápiás lehetőségek bevezetésére.

Előadásomban irodalmi áttekintés alapján bemutatom a GI kezelések hátterében álló teóriákat és ezek potenciális alkalmazási lehetőségeit.

## A disszociáció és stressz kapcsolata a pandémia alatt

Garbóczy Szabolcs<sup>1</sup>, Kolozsvári László Róbert<sup>2</sup>, Szemán-Nagy Anita<sup>3</sup>, Rekenyi Viktor<sup>2</sup>, Nagy Ágnes<sup>3</sup>, Katalin Héjja-Nagy<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Debrecen;

<sup>2</sup> Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Családorvosi és Foglalkozás-Egészségügyi Tanszék, Debrecen;

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

**Bevezetés:** A COVID-19 okozta félelem pszichológiai következményei – mint a distressz vagy szorongás – széles körben vizsgáltak, és a kutatók igen gyakran azt találták, hogy a társadalomnak az egyik legsérülékenyebb csoportját ezen a téren a felsőoktatásban tanuló hallgatók jelentik.

**Betegek/minta:** Tanulmányunkban azt igyekeztünk megvizsgálni, vajon a megnövekedett észlelt stresszszint több disszociatív élményhez vezet-e a Debreceni Egyetem hazai és nemzetközi hallgatói körében. Online kutatásunkban összesen 1674 hallgató vett részt.

**Módszer:** Ezt a vizsgálatot három körben folytattuk le, és vizsgálataink idejére a következők voltak a legjellemzőbbek a különböző körökben: (1) lezárás, nincs vakcina; (2) nincs lezárás, nincs vakcina; (3) nincs lezárás, van vakcina. Két tesztet használtunk angol és magyar nyelven: az Észlelt Stressz Skálát (PSS) és a Disszociatív Élmények Skálát (DES II).

**Eredmények:** Eredményeink szerint az észlelt stresszszint csökkenő tendenciát mutatott a mérések során a teljes mintát tekintve; PSS átlagok körönkénti változása: 2,201862–2,145006–2,052723. Az elhúzódó stressz patológiás disszociációt provokált: az amnézia és a depersonalizáció alszálak emelkedést mutattak. Ezek átlagai a DES II-n körönként rendre: 4,6317–8,3333–8,9247 és 4,9724–7,7778–11,3978. Míg az abszorpció – mint adaptív megküzdési mechanizmus – végig magas szinten maradt a pandémia ideje alatt. Ennek átlagai a DES II-n körönként: 16,4227–14,5833–16,9758. Ezzel egyidőben azt is kimutattuk, hogy (a) a női; (b) a nemzetközi és (c) az egészségügyi szakos hallgatók számára nagyobb erőfeszítést igényelt a világjárvánnyal való pszichés megküzdés.

**Következtetések:** Kiemelendő fontosságú a gyorsan elérhető, lényeges segítség, melyet a hallgatók számára biztosít a képző intézményük, valamint a hatékony stratégiák alkalmazása a reziliencia fokozására az elhúzódó stressz-szel járó szituációkban, különös tekintettel az orvostanhallgatók esetében.

## COVID-19 járvány és a szakorvosképzés testközelből – pszichiáter rezidensek tapasztalatai

Gergics Enikő<sup>1</sup>, Asbóth Cecília<sup>2</sup>, Gurzó Szabina<sup>3</sup>, Hrapcsák Anita<sup>1</sup>, Kupcsik Fanny<sup>2</sup>, Nagy Petronella<sup>4</sup>, Oláh Orsolya<sup>5</sup>, Szilvágyi Gergő<sup>4</sup>, Szocsics Péter<sup>2</sup>, Szűcs Zsuzsanna<sup>6</sup>, Bitter István<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;

<sup>3</sup> Fejér Megyei Szent György Kórház, Pszichiátriai Osztály, Székesfehérvár;

<sup>4</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;

<sup>5</sup> Észak-Közép-Budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest;

<sup>6</sup> Szent Borbála Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Osztály, Tatabánya

**Bevezetés, háttér:** A COVID-19 járvány alatt a szakorvosképzésben résztvevő rezidensként számos nehézséggel kellett megküzdenünk az intézmények és osztályok profilváltásaitól kezdve az átvezénylésekig. A közép-magyarországi régió tíz pszichiáter rezidenseként a hétköznapi munkavégzés során nagyon eltérő tapasztalatokat szereztünk, ezeknek az egyéni tapasztalatoknak a megosztását segítette az elméleti képzés alatt kialakult csoportunk és a járvány alatt is mindvégig megtartott képzési alkalmaink.

**Célkritizés:** Személyes tapasztalataink összegzésével a szakképzésben és a munkavégzésben bekövetkezett változásokat kívánjuk bemutatni, valamint azt, hogy ezek milyen hatást gyakoroltak a betegellátásra.

**Módszerek:** A tapasztalatok összegyűjtése a következő nagy témakörök mentén történt: (1) fejlődési lehetőségek és kompetenciakérdések a „szomatikus”, valamint a pszichiátriai betegellátás során; (2) a társszakmákkal való együttműködés; (3) a pszichiátriai betegek megítélése és ellátási nehézségei; (4) a szakképzés, oktatás. A nyílt kérdésektől a közös vita vezetett a specifikusabb kérdésfeltevésekhez és a tendenciák megfogalmazásáig.

**Eredmények:** A résztvevők 2 héttől 8 hónapig terjedő időtartamban dolgoztak COVID-ellátásban, és munkánk egy részében valamennyien kezeltünk COVID-fertőzött pszichiátriai betegeket is, így előtérbe került az általános orvosi készségek fejlesztése. A pszichiátriai ellátásban a sürgősségi szemlélet vált uralkodóvá, és különös nehézséget jelentett a védőöltözetben történő kommunikáció és a hozzátartozókkal való korlátozott kapcsolattartás. A társszakmákkal való kapcsolat javulását éltük meg, könnyebbé vált a konzíliumkérés, de a pszichiátriai konzíliumok iránti fokozott igény a terhelést is növelte. A pszichiátriai betegek iránti előítéletek és diszkrimináció súlyosbodott, és

az ellátáshoz való hozzájutást is jelentősen korlátozta. Az oktatás a klinikumban háttérbe szorult, azonban az elméleti képzést csoportunk online formában változatlan gyakorisággal és aktivitás mellett megtartotta, emellett az online tér más, független képzéseken is megkönnyítette a részvételt.

*Következtetés:* A járvány alatt több lehetőségünk nyílt az általános orvosi kompetenciák fejlesztésére, azonban mind a pszichiátriai betegellátásban, mind a szakképzésben jelentős nehézségekkel szembesültünk, noha a szakképzés esetében ezt az online képzések enyhítették.

### **Katatím képélmény alkalmazása evészavaros betegeknel csoportpszichoterápia keretében**

*Hamvas Szilárd, Menus Ádám, Szabó Gyöngyi, Mailingdor Dorottya Csenge*

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

*A témaválasztás indoklása:* Az anorexia nervosa (AN) ugyan nem népbetegség, de gyakorisága és az életkorhoz viszonyított mortalitási aránya (SMR) ijesztően magas, a farmakoterápiás megközelítés többnyire sikertelen, pszichoterápiás kezelése kihívásokkal teli. A SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán néhány éve újra indult az AN fekvőbeteg-ellátás. A hazai gyakorlatban komoly hiátus, hogy osztályos kezelést már nem igénylő, de még továbbra is alacsony testtömeg indexű betegek ellátása nem biztosított.

*A téma körvonalazása:* Ebben a kényszerhelyzetben kezdtük kidolgozni az Evészavaros betegek csoportpszichoterápiáját, mely blokkosított rendszerben Katatím Imaginatív Pszichoterápiát és Sématerápiás megközelítést alkalmaz. Az AN és a bulimia nervosa háttérében számos pszichológiai ok állhat, kezdve a korai tükrözés zavarától a hamis szelfen át a szexuális abúzusig. Több esetben alexitímia teszi nehezen „elérhetővé” a páciens. Az imaginált és rajzban ábrázolt képekben a különböző pszichés háttér jól érzékelhető, tetten érhető. Az előadás az első csoport eddig összegyűlt tanulságait tekinti át.

*Tanulságok:* Az evészavar felfogható a szimbolizáció zavarának, a páciens a pszichés problémáit saját testét használva fejezi ki. Az imagináció során a páciensek által átélt és rajzban ábrázolt képek élményszerűen fejezik ki a belső történéseket. Ez lehetőséget kínál arra, hogy a lelki történések a testi kifejezés helyett a psziché szintjén kerüljenek kifejezésre és feldolgozásra. Tapasztalatunk szerint ezek csoportban történő feldolgozása egyszerre kínálja az értelmezés és az érzelmi korrekció lehetőségét.

**A Harcolás, Menekülés, Lefagyás Kérdőív hazai adaptációjának korai eredményei és a mérőeszköz pszichometriai sajátosságai**

Kapitány-Fövény Máté<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest;

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

72

*Bevezetés:* A domináns stresszválasz (harcolás, menekülés, lefagyás) paradigmájának megbízható kérdőíves vizsgálatára korábban nem állt rendelkezésre magyar nyelvű, validált mérőeszköz.

*Célkitűzés:* Jelen kutatás célként tűzte ki a Fight, Flight, Freeze Questionnaire adaptációját.

*Módszer:* A jelenleg is zajló vizsgálatba online kérdőív segítségével vonunk be egészséges kontrollszemélyeket (SE ETK hallgatói), illetve hangulat-, vagy szorongásos zavarral diagnosztizált résztvevőket (önsegítő online közösségek). A kérdőív a Harcolás, Menekülés, Lefagyás Kérdőíven túl az alábbi validált skálákat tartalmazza: 9 itemes Beck Depresszió Kérdőív (BDI); Spielberger Vonásszorongás Leltár (STAI-T); 21 tételes Módosított Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-21); Viselkedéses Gátló és Aktiváló Rendszer Skálái (BIS-BAS). A domináns stresszválaszt mérő skála adaptációs vizsgálatok az eredeti skála (Fight, Flight, Freeze Questionnaire) megalkotói által javasolt háromfaktoros struktúra helytállóságát konfirmátoros faktorelemzéssel (CFA) ellenőriztük az Mplus szoftver alkalmazásával. A modell illesztéséhez a súlyozott legkisebb négyzetek paraméterbecslés módszerét (weighted least squares mean and variance adjusted; WLSMV) alkalmaztuk. A külső validitást Spearman-féle rangkorrelációs elemzésekkel vizsgáltuk.

*Eredmények:* A bemutatott korai eredmények 180 fő válaszáin alapulnak (átlagéletkor=28,38; SD=12,98; 74,4% nő; 22% pszichiátriai diagnózissal rendelkező). A konfirmátoros faktorelemzés esetén a háromfaktoros megoldás megfelelő illeszkedési paraméterekkel volt jellemezhető (RMSEA < 0,08, CFI > 0,95, TLI > 0,95). A belső konzisztencia vizsgálata a teljes skála (Cronbach alfa=0,87) és a három alszála (Harcolás: Cronbach alfa=0,81; Menekülés: Cronbach alfa=0,83; Lefagyás: Cronbach alfa=0,93) magas megbízhatóságát jelezte. A külső validitás tekintetében szignifikáns együttjárást találtunk a Harcolás faktor és a viselkedési impulzivitás ( $r_s=0,29$ ,  $p=0,001$ ), valamint a nyugtalanság ( $r_s=0,22$ ,  $p=0,013$ ) között; a Menekülés faktor és a depresszió mértéke ( $r_s=0,58$ ,  $p=0,000$ ), a szorongás mértéke ( $r_s=0,51$ ,  $p=0,000$ ), a viselkedésgátlás ( $r_s=0,29$ ,  $p=0,001$ ) között. Ezen jellemzőkkel mutatott szignifikáns pozitív együttjárást a Lefagyás faktora is ( $r_s=0,36$ ,  $p=0,000$ ;  $r_s=0,47$ ,  $p=0,001$ ;  $r_s=0,52$ ,  $p=0,001$ ).

*Következtetések:* A Harcolás, Menekülés, Lefagyás Kérdőív korai adaptációs és pszichometriai eredményei alapján megbízható, a klinikumban is hasznosítható mérőeszközzel beszélhetünk.



## Biomarker alapú szóazonosítás: a depresszió jelenlétének potenciális torzító hatása

Kapitány-Fövény Máté<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest;

<sup>2</sup> Országos Mentális Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

Az elmúlt évtizedekben az agy–számítógép interfész kutatások rohamos fejlődésével lehetővé vált, hogy különböző biomarkerek segítségével egyre pontosabban azonosítsunk kimondott és belső beszéd vagy gondolat formájában megjelenő szavakat. Az előadásban az alábbi három főbb vizsgálati terület/módszer áttekintésével foglalkozunk a szóazonosítást célzó neurolingvisztikai kutatások jelenlegi lehetőségeivel:

(1) *elektromiográfiai paradigma*: e kutatási irány a hang nélkül „kimondott” vagy éppen képzeletben leírt szavak hátterében feltárható izommunka, és az izommunkára kiadott agyi parancs mérését tűzi ki célul, beleértve az arc és a nyak izomtevékenységének vizsgálatát, illetve az ún. gondolat-írás jelenségkörét;

(2) *funkcionális mágneses rezonanciavizsgálati paradigma*: azon a megfigyelésen alapul, hogy a különböző szavak (jelentésük alapján) az agy eltérő területein reprezentálódnak, illetve fejtenek ki tovaterjedő agyi aktivitást, ilyen értelemben lokalizálhatóvá válhatnak;

(3) *elektroencefalográfiai paradigma*: az ide köthető eddigi eredmények alapján az artikuláció tervezésében és kivitelezésében központi szerepet játszó agyi régiók aktivitását mérő elektródák (főként a centrális és centro-parietális elektródák) révén, a transzfer tanulási statisztikai módszerével a kimondott szóhoz tartozó EEG mintázat alapján beazonosítható a belső beszéd formájában megjelenő szó EEG „képe” is.

Mindezen vizsgálatok elsősorban a kommunikációra képtelen betegek kapcsán hordoznak jelentős gyakorlati implikációkat, ugyanakkor számos olyan tényező van, amelynek potenciális torzító hatása jelenleg még nem ismert. Az előadás végén így bemutatom egy hamarosan induló szópredikációs EEG-vizsgálat protokollját, melynek során depressziós páciensek és egészséges kontrollszemélyek együttes bevonásával vizsgáljuk a szóazonosítás pontosságának alakulását érzelmileg pozitív, negatív és semleges szavak esetén. Ezen vizsgálat rávilágíthat arra is, hogy a depresszió jelenléte miként befolyásolja az EEG aktivitást affektív ingerek bemutatásakor.

## Reflexiók a mentális egészség problémaival és kezelésükkel foglalkozó ellátórendszerek átalakítására és fejlesztésére tett vitaindító javaslatunkra

Kapócs Gábor<sup>1</sup>, Bacsák Dániel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ÉKC Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Budai

Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest;

<sup>2</sup> ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociológia Tanszék, Budapest

Napjainkban a hazai pszichiátriai ellátórendszert számos olyan kihívás éri, melyekkel szemben a jelenlegi strukturális, működési és finanszírozási keretek között nincsen, vagy csak részben van felkészülve, ráadásul a COVID-19-járványnak az egész társadalomra gyakorolt kedvezőtlen mentális hatásait még csak most kezdjük felismerni. Magyarországon a pszichiátria ellátást az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek együttesen, mégis párhuzamosan biztosítják: az egyes ellátási típusok és szintek közötti horizontális és vertikális együttműködések sok esetben esetlegesek, vagy akár teljességgel hiányoznak, ami nehezen átlátható betegutakat, jelentős területi egyenlőtlenségeket, ellátási zavarokat és hiányokat, valamint a szükséges multidiszciplináris megközelítés hiányosságait eredményezik. Mindezek miatt egyre gyakrabban sérülhetnek a mentális zavarokkal küzdő magyarországi lakosok megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátáshoz, valamint az emberi méltósághoz fűződő jogaik.

A *Psychiatria Hungarica* hasábjain 2022 tavaszán adtuk közre a hazai pszichiátriai ellátórendszer fejlesztéséről szóló programjavaslatunkat. Ebben a WHO jól-létet előtérbe helyező egészségdefiníciójából indultunk ki, majd nemzetközi és hazai adatokat, valamint néhány külföldi közpolitikai programot is bemutatva igyekeztünk átfogó helyzetelemzést adni az európai és a magyar lakosság mentálhigiénés állapotáról és a hazai ellátórendszerek jelenlegi működéséről. Végül – kiemelt figyelemmel az elmúlt években készült különböző szakmai programok ajánlásaira is – konkrét javaslatokat fogalmaztunk meg a pszichiátriához kapcsolódó egészségügyi és szociális ellátórendszerek átalakítására, együttműködésére, fejlesztésére. Írásunkat vitaindítóknak szántuk és nem is kellett csalatkoznunk, hiszen már számos kommentár érkezett rá, egyetértést kifejezők és kritikai észrevételeket megfogalmazók egyaránt. Tanulmányunk kinyilvánított célja éppen ez volt: végre egy nyílt szakmai diskurzust nyitni.

Előadásunkban az eddig kirajzolódott vitapontok közül kiemelten foglalkozunk az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek integrációjával kapcsolatos felvetésekre, mert meggyőződésünk, hogy a mentális zavarral élő honfitársaink és hazai a pszichiátria ügyét

csak e két terület alapos (történeti, statisztikai, strukturális) ismeretével és együttes alakításával lehetséges előre vinni, helyzetüket javítani. Mindezekkel a jelen mellett a következő generációk lelki és testi egészségét is lényegesen javíthatnánk.

**COVID-19 járvány hatásai a kapcsolati pszichiátriára az Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Budai Családközpontú Lelkiegészség Centrum pszichiátriai konziliáriusi tevékenységére**

*Kapócs Gábor, Kenedli Konrád, Oláh Orsolya, Bánréti András, Kurimay Tamás*

ÉKC Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest

*Kérdésfelvetés:* Változtak-e a BCsLC – az ÉKC Szent János Kórház és Szakrendelő osztályain végzett – konziliáriusi tevékenységének főbb mutatói a COVID-19 járvány alatt? Hogyan alakult a jellemző diagnózisok aránya a korábbi hasonló időszak adataihoz képest? Kimutatható-e különbség a COVID és a nem-COVID osztályokra adott konzíliumok jellemzői között?

*Vizsgált időszak:* 2020.03.01. 00:00–2022.02.28. 24:00 óra, illetve az ezt megelőző 24 hónap (2018.03.01.–2020.02.28.).

*Módszer:* A Kútvolgyi Karantén Kórház és az ÉKC Szent János Kórház COVID-osztályaira a két időszakban adott konzíliumokra vonatkozó adatgyűjtés és leválogatás a kórházi elektronikus adatbázisból, a diagnózisok összesítése és megoszlásuk vizsgálata, áttekintésük és értékelésük, figyelemmel a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a COVID-19 fertőzéshez kapcsolódó ellátások során észlelt diagnózisokra.

*Eredmények:* 2018 és 2020 márciusa között összesen 78 689 beteghez 1567 pszichiátriai konzíliumot teljesítettünk, ez az ÉKC Új Szent János Kórház többi osztályán kezelt beteg 2%-a. A COVID-19 pandémia időszakában 24 hónap alatt összesen 61 856 beteghez 1643 pszichiátriai konzíliumot adtunk, mely ugyan csupán 5%-os növekedést jelent (ebből 207-et a COVID-osztályokon kezelt 4314 beteg számára), azonban betegszámarányosan ez 31%-kal gyakoribb konzíliumkérést, a társosztályokon észlelt pszichés problémát jelez. A COVID- és nem-COVID osztályok összehasonlítására értelemszerűen csak a 2020–2022-es évek adatait használtuk fel. Míg a nem-covidos betegeket kezelő osztályokon is 26%-kal nőtt a konzíliumkérések aránya a korábbi évekhez viszonyítva (2,0%-ról 2,5%-ra), a COVID-osztályokon konzíliumot igénylő esetek aránya a nem-COVID osztályokénak 1,92-szerese volt (4,8% és 2,5%). A konzíliumok során kiadott diagnózisok vizsgálata elsősorban a szorongásos kórképek (F4.00 főcsoport) gyakoriságának növekedését mutatja (51,4%-os emelkedés: 0,35%-ról 0,53%-ra).

*Megbeszélés, következtetések:* A BCsLC látja el az ÉKC Szent János Kórház és Rendelőintézet összes osztályán a pszichiátriai konzíliumokat, ide értve a COVID-19 pandémia miatt megnyitott Kútvolgyi Karantén Kórházat és az új COVID-ellátó egységeket is. A kon-

ziliumi tevékenység főbb adatainak bemutatásával a szerzők a kapcsolati pszichiátria szemszögéből jellemzik a pszichiátriára nehezedő terhelést a pandémia idején, és a kapott adatokat összehasonlítják az ismert nemzetközi adatokkal.

### **A „természet gyógyító ereje”, avagy a természeti környezet, a gyógyító kertek és a terápiás kertészkedés szerepe a terápiás folyamatokban**

*Kapócs Gábor, Kurimay Tamás*

ÉKC Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest

A „természet” fogalmára több tudományos koncepció létezik. Mottónkat tájépítészekről választottuk: „A természet nem csak valami körülöttünk: részei vagyunk a természetnek és nekünk is részünk a természet.” A természet terápiás felhasználásával foglalkozó kutatásokban általában három típusú kapcsolatot vizsgálnak: a természet szemlélését, a természetben való jelenlétet és az aktív részvételt a természettel kapcsolatos tevékenységekben. A természeti tényezők adaptálása gyógyító terápiák részeként az ún. „nature therapy”, vagy „green care”. Ezek modalitásai az állat-asszisztált terápiák; a kertészet-terápia („horticulture therapy”, „therapeutical gardening”); és az erdő-terápia. A természet gyógyulást segítő alkalmazásának több megközelítése létezik: a gyógyító kertek, a terápiás kertek és az ún. kognitív iskola. Míg a gyógyító kertekben minden környezeti tényező segíti javítani az emberek egészségét, a terápiás kertek a páciensek egy speciális csoportjának igényeihez lettek tervezve, mint a terápiás folyamat részei. Míg a terápiás kertészkedésnek az USA-ban az 1950-es évekre, a gyógyító kerteknek („healing garden”, „Heilgarten”) Európában fél évezredre visszanyúló hagyományai vannak. A 2000-es évek elejétől Svédországból indult ki ezeknek a tapasztalatoknak az építészetben és a tájépítészetben történő alkalmazása (Design and Health) a környezetpszichológia segítségével. Az 1980-as évektől zajlik szisztematikus kutatás az embert körülvevő környezetnek az emberek jóllétére (wellbeing) gyakorolt lényeges hatásáról. Ennek magyarázatára több különböző elmélet született: *Kaplan* elmélete az elfáradt figyelem helyreállításáról a napi stresszoroktól való megszabadulás révén egy relaxált állapot segítségével; *Ulrich* evolúciós perspektívából megfogalmazott stressz-csökkentési elmélete; és *Wilson* biophilia-elmélete, mely szerint az embernek veleszületett képessége a természettel való pozitív kapcsolat, amely segíthet a stressz csökkentésében, a fizikai és lelki egészség javításában. Elsősorban *Ulrich* úttörő kutatásai nyomán a világ számos országában alakultak ki a természet gyógyító alkalmazásának különböző módszerei (pl. nature exposure, nature immersion, forest therapy, shinrin-yoku, biophilic design), melyek több betegségben is bizonyítottan jótékony hatásúak. Összefüggés mutatható ki a városi környezet okozta stressz és egyes pszichiátriai betegségek előfordulása között, melyet a dopaminrendszerre kiható idegrendszeri fejlődési okokkal magyaráznak.

## Posztdikció és intrinszik vallásosság: a hiedelemrendszerek időbeli szerveződése a prediktív kódolás keretei között

Kéri Szabolcs

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

<sup>2</sup> Nyíró Gyula Kórház, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,  
Budapest

**Bevezetés:** A prediktív kódolás és az észlelés téves időzítése és összeolvadása a tudatmezőben utólagos előrejelzést (posztdikció) eredményez, ami kritikus tényező a nem empirikus hiedelmek kialakulásában. A téveszmét mutató személyek hajlamosak a predikció („Azt hiszem, esni fog az eső.”) és a valós percepció („Érzem, hogy esik az eső.”) időbeli inverziójára, tévesen arra következtetve, hogy előrejelzéseik a valóságnál gyakrabban helyesek. Nem ismert, hogy a posztdikció hogyan kapcsolódik a vallásos hittartalmakhoz, és ez milyen kapcsolatot mutat a deluzív reprezentációkkal. Különös jelentőségű az intrinszik vallásosság és a téveszmék viszonya.

**Módszer:** A posztdikció jelenségét egy temporális diszkriminációs feladat segítségével vizsgáltuk vallásosan elkötelezettek (n=50), ateista személyek (n=50) és az általános populáció (n=300) körében. A feladat során öt, a számítógép képernyőjén megjelent négyzet közül kellett megjósolni, hogy melyik válik pirossá.

**Eredmények:** Eredményeink magasabb posztdikciót mutattak ki rövid predikció-percepció időintervallumoknál az intrinszik vallásos csoportban az ateistákhoz képest, azaz a mély jelentőséggel felruházott hittartalmakat valló személyek gyakrabban érezték a predikciókat valóságnak ( $p < 0,01$ ,  $d = 0,6$ ). Extrinszik (tradicionalista) vallási szocializáció esetén ilyen hatás nem volt. Az intrinszik vallásosság és a deluzív tartalmak között nem volt összefüggés ( $r = 0,12$ ), mely utóbbiak a hosszú predikció-percepció intervallumok esetében kapcsolódtak össze a posztdikció mértékével.

**Következtetés:** Eredményeink azt jelzik, hogy a mély és érzelmileg telített vallásos hittartalmak és a téveszmék a posztdikció időkeretei között elkülönülnek: a vallásos hittartalmak az információfeldolgozás automatikus, míg a deluzív tartalmak a kontrollált fázisával mutatnak összefüggést.

## Posztdikció és a pozitív tünetek kapcsolata szkizofréniában

Engelhardt Kinga<sup>1</sup>, Makkos Zoltán<sup>2</sup>, Kéri Szabolcs<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Nyíró Gyula Kórház, Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,  
Budapest

**Cél:** A posztdikció jelenségének lényege, hogy egy esemény előrejelzése (predikció) és bekövetkezése észlelése (percepció) összeolvad vagy felcserélődik. Vizsgálatainkban arra kerestük a választ, hogy szkizofrén betegek esetében a posztdikció milyen összefüggést mutat a klinikai tünetekkel, az antipszichotikumok adagjával és az esetleges major depresszív zavar előfordulásával.

**Módszer:** A kérdés megválaszolásához szkizofrén betegek (n=54) és major depresszív zavarral diagnosztizált személyek (n=60) posztdikciós teljesítményét hasonlítottuk össze egészséges kontrollszemélyekkel (n=50). A posztdikciós feladat során öt, a számítógép képernyőjén megjelent négyzet közül kellett kiválasztani, hogy melyik válik pirossá. Fokozott posztdikció esetén a vizsgálati személyek a valóságnál pontosabbnak ítélik meg a jóslás hatékonyságát.

**Eredmények:** Eredményeink szerint a posztdikció kifejezettebb különböző predikció-percepció időintervallumoknál szkizofrén betegek esetében az egészséges kontrollcsoporttal és a major depresszív zavarral diagnosztizáltak között nem volt különbség. A posztdikció mértéke korrelációt mutatott a pozitív tünetekkel ( $r = 0,47$ ), míg az antipszichotikumok adagjával fordított összefüggésben állt ( $r = -0,41$ ).

**Következtetés:** Eredményeink arra mutatnak rá, hogy a posztdikció specifikus kapcsolatban áll a pozitív tünetekkel, amely a téveszmék jelenlétével magyarázható. A predikció-percepció fúzióból adódó realitás-tesztelési zavart az antipszichotikumok javítják. A hangulatzavarok nem járnak a posztdikció eltéréseivel.

## Befejezett öngyilkosságok Magyarországon: 2015–2019, 2020, 2021 – számok

Kiss Dániel

Észak-Közép-Budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő  
Budai Családközpontú Lelkiegészség Centrum, Budapest

**Bevezetés:** 2021-ben szomorú és egyben sokkoló adattal kellett szembesülnie a magyar társadalomnak és a mentálegészségügyi szakmáknak: 2020-ban a befejezett öngyilkosságok száma Magyarországon egyik évről a másikra 10%-kal nőtt, a korábbi évtized csökkenő tendenciáit megtörve. 2015–2019-ben a fent említett csökkenő tendenciában a befejezett öngyilkosságok átlag száma 1694,6 fő volt, úgy, hogy a 2019-es adat 1550 fő. 2020-ban a befejezett öngyilkosságok száma 1706 főre ugrott. (A 2021-es adatok május végén várhatóak a KSH gondozásában.) Az elmúlt két évünket a COVID-19 pandémia határozta meg, mindamelllett hogy ez az adat nem kapta meg társadalmilag a kellő figyelmet. Fontos kérdés, hogy milyen változások történtek az elmúlt két évben a magyarországi szuicid statisztikákban.

**Módszer:** Az előadás keretében a KSH statisztikai adatainak használatával arra keressük a választ, hogy 2020-as és 2021-es szuicid statisztikákban milyen változások láthatóak a 2015-2019-es évek átlagához viszonyítva a leíró statisztikákban (nem, kor, halál ideje, lakhely, családi állapot).

**Eredmények:** Mivel a 2021-es adatok az absztrakt megírásának idejében még nem álltak rendelkezésre, azokról csak az előadásban lesznek információk.

## A COVID-19 járvány mentális egészségre gyakorolt hatásai – szakirodalmi áttekintés

Kiss Edina<sup>1</sup>, Bélteczki Zsuzsanna<sup>1</sup>, Máth János<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék, Debrecen

Az elmúlt években életünket alapjaiban változtatta meg a COVID-19 járvány, melynek pontos egészségügyi, gazdasági és társadalmi hatásai még napjainkban is felbecsülhetetlenek. Ezen időszak alatt a tudományos kutatások és a publikált szakirodalmak kardinális részét képezte a pandémia, illetve következményeinek vizsgálata. Egyre több kutatás állította felmérésének középpontjába a járványhelyzet közvetlen pszichoszociális következményeiként gyakran fellépő reakciókat: a szorongást, a lehangoltságot, a kilátástalanság és reménytelenség érzését, az alvászavart, vagy akár a szuicid gondolatok megjelenését.

Előadásomban azoknak a hazai és nemzetközi felméréseknek az eredményeit szeretném átfogóan ismertetni, melyek ezzel a speciális vizsgálati mintával foglalkoztak. Az egyik – 42 ország részvételével zajló – kutatás során azt tapasztalták, hogy a pszichiátriai betegséggel élő személyek esetében a járvány első időszakában a fokozott depresszió és szorongás mellett kedvezőtlen változás volt tapasztalható számos olyan életmódbeli tényezőben, melyek a mindennapos mentális jóllét fenntartása és a stressz-szel való megküzdés hátterének biztosítása mellett a fertőzés megelőzése szempontjából is kiemelkedően fontosak. Ezek az eredmények támpontként szolgálhatnak azzal kapcsolatban, hogy a pszichés zavarai miatt nehezebben alkalmazkodó, és a járvány kiváltotta pszichés és fizikai megterhelést fokozottan megélt emberek milyen beavatkozási pontok mentén kaphatnak segítséget. Egy újabb kutatás arra hívja fel a szakemberek figyelmét, hogy az izoláció és a szociális visszahúzódas – az autodestruktív magatartásra hajlamosító tüneteket provokáló direkt hatás mellett – az alapbetegség relapszusán keresztül indirekt módon is növelheti az öngyilkossági rizikót. A mentális zavarokban szenvedők sokkal veszélyeztetettebbek a megfertőződés szempontjából, körükben – a betegség típusától függetlenül – a vírusfertőzés kockázata több mint másfélszeresére nőtt.

## Szakpszichológiai irányelvek: célkitűzések és lehetőségek

Kovács Péter<sup>1</sup>, Gonda Xénia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Országos Onkológiai Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest

78

A Klinikai Szakpszichológia és Klinikai Szakpszichológus Pszichoterapeuta Tagozat ötfős testülete 2021-ben két szakmai irányelv elkészítésére tett javaslatot, melyek elfogadólag jóváhagyásra kerültek: a szakpszichológus tagozat által kezdeményezett, az Egészségügyi Közlönyben megjelent két szakterületi irányelv: „Az onkopszichológiai ellátás szakmai irányelve” és „A szakpszichológiai ellátás szakmai irányelve”.

Egy irányelvnek célja, hogy tudományos, szakirodalmi, illetve gyakorlati, szakértői konszenzuson alapulóan szakmai ajánlásokat fogalmazzon meg a hivatásukat végző szakemberek számára. Az irányelv nem tankönyv, nem jogrendszer vagy jogtár, bár annak nyilvánvalóan nem mondhat ellent. Az irányelv a mindennapi gyakorlat számára kíván ajánlások mentén segítséget és iránymutatást nyújtani: nem előír, de a benne foglalt szakmai, hazai és nemzetközi ismereteken alapuló konszenzusok szerint erősen ajánl és javasol. Az irányelv a szakterületeken dolgozó kollégák friss szakirodalmakban is megjelenő gyakorlati tudásának egyfajta általánosított foglalata és kerete, amelyből kiindulva egy pályakezdő, vagy egy, a szakterületen tájékozódni kívánó kolléga számára hasznos lehet egyes szituációkban, adott esetben elakadásoknál, vagy éppen a munka megszervezésénél, vagy a társszakmákkal való együttműködés kialakításánál.

Az irányelv része és bizonyos szempontból eszköze annak, hogy a szakma átlátható, és ezáltal könnyebben megismerhető kontextust nyerhessen szakmai, szakmaközi, és akár lakossági, társadalmi szinteken is: könnyebben illeszthető általa például a szakpszichológusi tevékenység egy pszichiátriai, vagy egy szomatikus osztály betegellátásának gyakorlatához, ezáltal segítséget jelenthet a hatékony együttműködés kiépítése során, és státuszteremtő erővel is bírhat. A pontos és körülírt kompetenciahatárok, valamint kijelölt felelősségi körök, a végezhető és végzett tevékenységek deklarálása a szakpszichológiai szakma erősödését, stabilizálódását eredményezi.

## Az ártalmas gyermekkori élmények jelentősége a serdülőkori evészavarokban

Kovács-Tóth Beáta<sup>1</sup>, Oláh Barnabás<sup>1</sup>, Túry Ferenc<sup>2</sup>,  
Kuritárné Szabó Ildikó<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Debrecen;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet,  
Budapest

**Bevezetés:** Az evészavarok komplex etiológiájában az ártalmas gyermekkori élmények (bántalmazás+családi diszfunkciók) gyakran fontos szerepet játszanak. Több kutatási adatot ismerünk arra vonatkozóan, hogy a súlyos gyermekkori bántalmazás növelheti az evészavar kockázatát. Az egyéb gyermekkori ártalmas élmények és az evészavar kockázat közötti összefüggés azonban kevésbé vizsgált terület.

**Cél:** Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot végeztünk magyar serdülők normál mintáján annak felmérésére, hogy az evészavarok kockázata hogyan függ össze az ártalmas gyermekkori élmények (ACE) gyakoriságával, továbbá hogy az evészavar kockázat valamelyik ACE típussal inkább együtt jár-e.

**Módszerek:** 432 (12–17 éves) serdültőlől gyűjtöttünk adatokat. A demográfiai és antropometriai kérdések mellett az evészavar kockázat megítéléséhez a SCOFF kérdőívet alkalmaztuk; az ártalmas gyermekkori élmények vizsgálatához az ACE Score Calculatort használtuk.

**Eredmények:** A négy vagy több ACE-t átélő serdülőknek 5,7-szer nagyobb esélyük volt a magas evészavar kockázati csoportba kerülésre azokhoz képest, akik nem számoltak be ACE-ről. A bántalmazás esetében a halmozódás jelentősebb összefüggést mutatott az evészavarok általános kockázatával, mint a családi diszfunkciók esetében. Az érzelmi bántalmazás (EH=3,475), a fizikai bántalmazás (EH=3,440), a szexuális bántalmazás (EH=10,973), az érzelmi elhanyagolás (EH=3,331) egyaránt növeli az evészavar kockázatát. A diszfunkcionális családi körülményeket megvizsgálva a mentális betegséggel élő családtag (EH=3,401) mutatott csak összefüggést. Az elhízás megnövelte a kockázatát az evészavar előfordulásának (EH=8,872) és a gyermekkori bántalmazások halmozódásával járt.

**Következtetések:** Vizsgálatunk az evészavar kockázat és az ACE kapcsolatára vonatkozóan az első Közép-Kelet-Európában. Az evészavarok kockázatának megnövekedése szempontjából a bántalmazásoknak volt nagyobb szerepük, összehasonlítva a családi diszfunkciókkal. Eredményeinkkel az ACE evészavarokban játszott szerepének pontosabb megismeréséhez járulunk hozzá. Fontos felhívni a szakemberek figyelmét az ACE jelentőségére az evészavarok diagnosztikájában és terápiájában, ami a terápiás intervenciók szempontjából is alapvető lehet.

## **A pácienshez vezető híd (ViAlTa) pillérei, melyek jelentősen befolyásolják a terápia hatékonyságát**

*Lehóczky Pál Zoltán*

L+L Pszicho-Építészeti Stúdió Bt., Budapest

A terápia, ezen belül a pszichoterápia hatékonyságát jelentősen javítani tudja, ha megtaláljuk azokat a páciensben rejlő szempontokat, melyek alapján az egyéni mintázatra tudjuk szabni beavatkozásunkat, együttműködésünket. Többen foglalkoztak már a páciens és a terápiás hatékonyság összefüggésével. Legkidolgozottabb rendszernek – pszichoterápiás szempontból – a személyközpontú terápia ön-explorációval kapcsolatos megállapítása, és a terápiában való figyelembe vétele tekinthető. Természetesen a terápia folyamata során egyre inkább feltárul a páciens egyéni mintázata. De lehetséges-e már a terápia elején valamilyen gyors tájékozódás és segítség az egyénhez vezető út megtervezéséhez? Az alábbiakban egy ilyen szempontrendszer, megközelítés lehetséges módját, és rendszerét igyekszem bemutatni.

Több ezer órás terápiás tapasztalat, valamint ([a] 1993. március 1. és 1996. december 31. közötti időszak, Nap utcai ambulancia, 295 beteg; [b] 2000. január 1. és 2001. december 31. közti időszak, magánrendelés, 186 új beteg; [c] 2008. március 1. és 2010. február 28. közti időszak, magánrendelés, 365 beteg; [d] 2014. március 1. és 2016. február 28. közötti magánrendelés 260 új beteg, 2018. január 8. és 2019. január 7. közötti magánrendelés 123 beteg) közel 1300 beteg felvételi állapotának és terápia során felvett kórrajzának elemzése alapján fogalmazódott meg bennem egy olyan osztályozási rendszer, mely segíthet a lehetőségek, irányok, hatékony megközelítések könnyebb megtalálásában a pszichoterápia keretein belül. A rendszer előnye, hogy nem kötődik terápiás megközelítéshez, ugyanúgy használható az analitikus terápiában, mint a viselkedésterápiában, de segítséget jelenthet a gyógyszeres terápia megtervezésében is. A rendszer a páciens betegségéhez, gyógyulásához való viszony feltárására épít. Ez az elem a terápiát megalapozó szakaszban szinte mindig előkerül valamilyen formában. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy ezt a megközelítést érdemes hangsúlyosan a kapcsolat fókuszába helyezni a terápia megtervezésekor, a terápia páciensre történő illesztésének szakaszában. A megismeréséhez nem kell különleges eszköz, csak néhány célzottabb kérdés, vagy az általam kidolgozott kérdőív megválaszolása és az erre irányuló figyelem. A három pillér: Viszonyulási dimenzió, Alaki dimenzió, Tartalmi elemek.

## **A pácienshez vezető híd (ViAlTa) milyen lehetőségeket nyit ki a terápia megtervezésekor és hogyan befolyásolhatja a terápia hatékonyságát**

*Lehóczky Pál Zoltán*

L+L Pszicho-Építészeti Stúdió Bt., Budapest

ViAlTa rendszerben a Viszonyulási és Alaki dimenziók, valamint Tartalmi elemek ismerete, elrendezése, a beteg–betegség–gyógyulás folyamat megértéséhez adhat új szempontokat, és segítheti a terápia személyre szabott megtervezését, ezzel jelentősen növelve a terápia lehetséges hatékonyságát.

Néhány általános megállapítás:

1. A betegek jelentős részének van a saját betegségéről és gyógyulásáról elképzelése, melyre érdemes figyelni, mert nagy segítséget adhat a páciens megértésében és a terápia megtervezésében.

2. A gyógyulást megkönnyíti, ha a terápia és így a gyógyító munka koncepciója, gyakorlata illeszkedik a beteg betegség–gyógyulás koncepciójához, mert ez a beteg öngyógyító erőit könnyebben mozgósítja, illetve könnyebben kapcsolódnak össze egy hatékony gyógyulási folyamattá.

3. A gyógyítás könnyebb, ha a betegnek egységes betegség koncepciója van, mert ilyenkor az ehhez illesztett terápia (ha a terapeutának van több terápiás megközelítése) viszonylag gyors javulást eredményezhet.

4. Sokkal nehezebb az olyan betegek gyógyítása, ahol a betegségkonceptió nem egységes, hanem „több elemű”, „töredezett”, „ellentmondásos”. Az ilyen betegeknek a több terápiás technikát integráló megközelítéssel lehet elérni eredményeket. Vagy az „élményekben integráló”, „analógiás elemekkel operáló” technikák használata mutatkozik hatékonynak, vagy a kapcsolat folyamán, főként a raport időszakában igyekszünk a beteg viszonyulásában a kongruenciát kialakítani, erősíteni.

Fentieket néhány eset bemutatásával szeretném illusztrálni.

**Metakognitív tréning ambuláns keretek között**

*Mátisné Orsós Juianna*

Lelki Egészségünkért Szekszárd Alapítvány, Szekszárd

Előadásom célja a metakognitív tréning ambuláns keretek között történő működésének bemutatása. A metakognitív tréninget *Steffen Moritz* és munkacsoportja dolgozta ki 2004-ben, azóta eredményesen használják a szkizofrénia kiegészítő terápiájaként szerte a világon (*Moritz*, 2004, 2015, *Fekete*, 2016). A tréning célja a gondolkodásbeli torzításoknak a felismerése és korrekciója (elhamarkodott következtetés, monokauzális attribúció, kognitív merevség), amelyek szerepet játszanak a tünetek kialakulásában és fenntartásában, valamint a szociális kogníció (empátia, mentalizáció) deficitjeinek fejlesztése.

Csoportterápiánk során a 10 modulból álló tréning feldolgozása heti két alkalommal történt. A csoport összetételét tekintve heterogén volt. Módszertanként a kognitív terápia elemeit alkalmaztuk. A tréning a tüneti tartalmak hátterében álló kognitív torzításokat célozta meg. Az eredményességet a felkészítő ülés előtt és a csoport zárása után a Beck Depresszió Kérdőív és a Beck Szorongás Leltár felvételével mértük, valamint írásos visszajelzést kértünk a csoporttagok élményéről.

Közvetlen eredményként értékelhető, hogy a terápia során kimutathatóan csökkent a depresszió és a szorongás mértéke. Az elmúlt másfél éves időszakban, azt tapasztaltuk, hogy a tréningen résztvevő személyek közül a hat személyből egy ember került vissza az osztályos ellátórendszerünkbe.

A klinikai vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a tréning következményeként emelkedhet a betegek önértékelése, életminősége és ezek az eredmények hosszabb távon is megmaradhatnak. Ezen értékek mérése jövőbeni utánkövetéses vizsgálat tárgya lehet.

**Egyszemélyes pszichiátriai és pszichoterápiás magánrendelés tapasztalatai a koronavírus-járvány kapcsán**

*Mihály Andrea*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest;

<sup>2</sup> Venustus Bt., Budapest

2020. március 23-án magánrendeléselem teljes digitális átállítására kényszerültem a koronavírus-járvány első hulláma alatt hozott korlátozó intézkedések miatt.

A digitális átállítás feltételei teljes mértékben adottak voltak a rendelő oldaláról, már előzőleg megtörtént a kötelező orvosi informatikai alkalmazás beszerzése és az EESZT-hez való csatlakoztatása, rendelkeztem megfelelő számítógéppel, interneteléréssel, korábban bevezettem rendelésemen az online számlázórendszert. A kliensek oldaláról megvolt a megfelelő nyitottság a digitális eszközök alkalmazására és az igény az ellátás megszakítás nélküli folytatására.

Előadásomban bemutatom, hogy milyen eszközöket alkalmaztam a telemedicinális rendelés során, statisztikailag is áttekintem a betegszámok és ellátási formák alakulását 2020. március 23. és 2022. március 23. között éves bontásban is, összehasonlítva megelőző két év adataival. A 2020–2022 közötti időszak statisztikai adatait az általam alkalmazott online magánorvosi szoftverből nyertem.

A megelőző két évhez képest a 2020. március 23. és 2022. március 23. közötti időszakban rendelésemen az orvos–beteg „találkozások” száma éves szinten több mint duplájára nőtt. Előadásomban ennek lehetséges okait is ismertetem, valamint kitérek arra, hogy személyesen milyen nehézségekkel szembesültem a járvány ideje alatt és milyen tanulságokat tudok levonni a jövőre vonatkozóan.



## Sportolói teljesítmény növelése pszichoterápiás módszerek kombinációjával – esetismertetés

Mihály Andrea<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest;

<sup>2</sup> Venustus Bt., Budapest

Amíg egy fiatal sportoló eljut az országos bajnokság szintjére, mind ő, mind a családja komoly áldozatokat hoz, az élsport folyamatos lemondásokkal jár. A viszszafejtés az elért eredményeket illetően azonnali, vagy siker-, vagy kudarcélménnyel jár. A hazai edzői kultúra még mindig inkább büntetés-, mint jutalom-alapú, számos traumatikus élményt okozva ezzel a sportolók életében.

Egy csapatsportot űző fiatal, tehetséges sportoló keveset meg azzal, hogy nincs sikerélménye választott sportjában, nem megy úgy neki, ahogy szeretne – és ahogy tudna – játszani.

Miután mind személyes, mind sportolói múltjában traumatikus élményeket említett, ezért a standard EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) terápiát választottuk első módszernek, amelyet traumák célzott feldolgozására fejlesztettek ki. Első változatát 1989-ben írta le írta le *Francine Shapiro*, azóta az egyik legdinamikusabban fejlődő és kutatott terápiás módszer. A kliens nyitottsága és fejlődési vágya lehetővé tette, hogy párhuzamosan elindítsuk a mindfulness alapú kognitív terápiát, amely konkrét meccsszituációkban is segített fókuszálni és a jelenben maradni, ezáltal megragadni, kihasználni az adódó lehetőségeket.

A közel egy évig tartó közös munka meghozta gyümölcsét, a sportoló személyisége, játéktípusa sokkal érettebbé, tudatosabbá vált. Egy sportolónál a támogató folyamat sikerességéről az eredmények beszélnek, ezzel mérhetővé válik a terápia hatékonysága is. A 21 éves sportoló az országos bajnokság ranglistáján (mely 200 játékos eredményeit mutatja) a 2020-2021-es szezonban a 80. helyen állt, a 2021-2022-es szezont a 32. helyen zárta. Előadásomban a közös munkát kívánom bemutatni, rávilágítva azokra a kulcstényezőkre, mely a folyamat sikerességét garantálták.

## A depresszió és a problémás digitális eszköz-használat összefüggései az ADHD tüneteket mutató egyetemi hallgatók körében

Müller Vanessa, Fűzné Pikó Bettina

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

**Bevezetés:** A figyelemhiányos hiperaktív-zavart (ADHD) sokáig gyermekkorra korlátozottan tartotta a szakmai közösség – az elmúlt 20 évben került át a fókusz a felnőtteket vizsgáló kutatásokra. Az ADHD-val élő hallgatók veszélyeztetettek a lemorzsolódást illetően, jellemzőek esetükben a komorbid mentális zavarok (pl. depresszió) és az addikciók (pl. alkohol, pszichoaktív szerek) társulása. A szerfüggőség mellett a viselkedési függőségek megjelenése is kapcsolatot mutat a tünetegyüttesrel (pl. szerencsejáték, internet). A jelen század modern viselkedési függőségei között kiemelt szerepet kap a problémás digitális eszköz-használat – amely jelentős bélyeget nyomhat a fiatal felnőttek mentális egészségére és jóllétére. Kutatásunkban a hazai keretek között egyelőre keveset vizsgált témakört, az egyetemi hallgatók ADHD tüneteinek, a problémás okostelefon- és közösségimédia-használat, valamint a depresszív tünetek gyakoriságának kapcsolatát tárjuk fel.

**Módszer:** A kvantitatív, kérdőíves vizsgálat mintáját a magyarországi felsőoktatásban tanuló hallgatók alkották (N=488, M=26,82, SD=8,89). A demográfiai adatok és a szerfogyasztás gyakoriságának leképezésén felül, a kutatás mérőeszközei között helyet kapott az Epidemiológiai Kutatási Központ Depresszióskálája (CES-D), a problémás okostelefon- (SAS-SV), a közösségimédia-használat kérdőív (BSMAS) és a felnőtt figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar szűrőteszt (ASRS v1.1).

**Eredmények:** Az ADHD tüneteket nem mutató hallgatók csoportja (n=246) és az ADHD tüneteket mutató csoport között (n=242) szignifikáns különbségek mutatkoztak a depresszió tüneteire (t(486)=3,98, p<0,001), a problémás okostelefon- (t(486)=5,86, p<0,001) és közösségimédia-használat (t(486)=7,40, p<0,001) területén is. Az alkohol és dohányzás terén nem volt jelentős különbség a két csoport között. Lineáris regressziót alkalmazva (F(4, 489)=38,13, p<0,001, R<sup>2</sup>=0,24) a figyelemzavar (β = 0,31, p<0,001) és hiperaktivitás tüneteire (β = 0,10, p<0,05), valamint a problémás közösségimédia-használat (β=0,18, p=0,001) járultak hozzá leginkább a depresszív tüneteket megjelenéséhez.

**Következtetés:** Eredményeink felhívják a figyelmet az ADHD tünetekkel élő hallgatók jelenlétére a hazai felsőoktatásban, rámutatnak sérülékenységekre a modern viselkedési függőségeket illetően – eltávolodva a kémiai addikciók témakörétől. Adataink egyedülállóak a hazai lélektan és pszichiátria területén, ösztönzőként hatnak az intervenció és terápiás programok kialakításának folyamatára.

**Egy öngyilkosság-megelőző webapplikáció ismertetése: A 12 lépéses biztonsági terv**

Oriold Károly

Oriold & Társai Kft., Budapest

82

Az Ellipse (E-Lifelong Learning In Prevention of Suicide in Europe) ERASMUS + projekt keretében egy öngyilkosság-prevenációs webapplikációt fejlesztettünk ki. <https://12stepsplan.com/hu/12-lepeses-biztonsagi-terv-2/>.

A Bécsi Orvosi Egyetemmel, a svéd Blekinge Régió Pszichiátriai Kórházával, a svéd SPES szervezettel, a lengyel Öngyilkosság-megelőző Szövetséggel, a Varsói Egyetemmel, a krakkói Jagelló Egyetemmel, az Alkalmazott Tudományok Norvég Egyetemével és kiadónkkal közös projektben megfelelő kutatások után közösen fejlesztettük ki a 12 lépéses biztonsági tervet.

A webapplikáció – ami ingyenesen magyarul is elérhető – célja az érintett személyek biztonságának fenntartása, érzelmi viharaik, kríziseik kezelése, a védőfaktorok erősítése, a rizikófaktorok figyelemmel kísérése, csökkentése, a reziliencia növelése.

*Az applikáció 12 lépése a következő:*

1. Mi az a helyzet, amiben vagy?
2. Érzések azonosítása.
3. Gondolatok azonosítása.
4. Cselekedetek azonosítása, számbavétele.
5. Tartsd távol pusztító késztetéseidet!
6. Javítsd helyzetedet!
7. Helyettesíts! Csitítsd a vihart!
8. Vedd számba kapcsolataidat, s kapcsolódj újra!
9. SMS/Chat.
10. Segélyvonalak
11. Maradj biztonságban, mit tegyél veszélyben?
12. Hívd a mentőket – egy gombbal azonnali hívás.

Az applikáció folyamatos lehetőséget kínál az érzések, gondolatok azonosítására, megértésére, a megnyugtatóra, az újrapcsolódásra, a destruktív gondolatok, késztetések helyettesítésére, cseréjére, biztonságos helyszínre jutásra, és végső esetben a segítő szervektől történő segítségkérésre, egyszeri alkalommal is és folyamatos fejlődést is lehetővé téve.

A következő lépések megtételére van lehetőség:

- Érzések, gondolatok, cselekedetek azonosítására, megnevezésére, (naponta lehet értékelni nem csak az állapotot, de a dühkezelés, önbizalom és konfliktuskezelés minőségét).
- Pusztító gondolatoktól, késztetésektől való eltávolodásra, elhatárolásra, (mit használhatok helyette, mit gondolhatok, érezhetek pusztító gondolatok, érzések helyett).
- Új, egészséges gyakorlatok, rutinok kialakítására, (egészséges táplálkozás, testmozgás, kifelé a függőségéből).

- Értékekhez, értelemhez való kapcsolódásra.
- Kapcsolati network rögzítésére, ki (barát, pszichológus, pszichiáter, tanár, kolléga, testvér, szülő), mikor (a nap melyik szakában) ér rá, miben nyújt támogatást (kávézás, baráti beszélgetés, terápiás segítség, elkísér a pszichiáterhez, segít közlekedni).
- Nyugalmat és derűt jelentő emlékek tárolása, szükséghelyzetben ezek elővétele.

## Játékok a szégyen és a szépség határán – a pszichodráma lehetőségei az ambuláns pszichiátriában

Pénzes István

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Budapest

Nincsen helyem  
így, élők közt. Zúg a fejem,  
gondom s fájdalمام kicifrázva;  
mint a gyerek  
kezeiben a csörgő cserreg,  
ha magára hagyottan rázza.  
(József Attila: *Nagyon fáj*, 1936)

Az ambuláns pszichiátriai ellátásban a csoportterápia fontos interaktív és reflektív közeget jelent a páciensek számára. Védett megnyilatkozási lehetőség, ami a csoportélmény inspiráló erejét is kínálja az elszigeteltséggel küzdő betegeknek. Az alábbi empirikus anyag a Bajcsy-Zsilinszky Kórház Pszichiátriai Szakrendelésen zajló pszichodráma csoportokon keletkezett.

A pszichiátria klinikai közegében a pszichodráma csoportba érkező páciens magányos és szégyenkezik. Érzéseiben, gondolataiban és viselkedésében kívül találja magát embertársai többségén. Diagnózisával azonosul vagy harcol ellene, gyógyszeres terápiáját elfogadja vagy szabotálja. Akár együttműködik, akár ellenáll, ha magára tekint, kétségbeesik és szégyenkezik.

A szépség a szégyenhez hasonlóan a másságban gyökeredzik, kívül van a várakozásokon, megragadja a vele találkozókat. Céltalan és érdek nélküli, mégis közeledésre bírja azt, aki megtapasztalja.

A pszichiátriai tünetek mögött minden esetben a lelki élet eredendően kreatív aktusa áll, sikertelen alkalmazkodási kísérlet. A klinikai pszichodrámaiban a tünetképzés szcénájára rácsodálkozik a csoport. A „csörgő hangja” és a „csörgőt rázó kéz” mint az alkotás, és mint az alkotó kerülnek a színpadra, és akkor váratlanul a kirekesztettség érzései mögül előbukkan a játészó, zenélő gyermek, a szégyen mögöl a szépség.

Az előadás ennek a határnak az átlépését szeretné megmutatni klinikai esetpéldákön keresztül. A páciensek saját kreativitásukkal ismerkedhetnek, közös alkotási folyamatban vehetnek részt. Mindezt az egymásra figyelés állapotában, ami a sérült interszubjektív világukat reménytelibbé, békésebbé teheti.

## Különleges előírások az egészségügyi adatok kezelése, továbbítása során

Pércsyné Fábíán Krisztina

Petz Aladár Egyetemi Oktatókórház, Győr

A számítástechnika rohamos és robbanásszerű fejlődésének következtében hihetetlen mennyiségű információ tárolására vagyunk képesek, elképzelhetetlenül kis helyen.

Napjainkra az informatikai rendszerek és hálózatok a hatékony munkavégzés olyan eszközei, amely nélkül a kórházak működése sem fenntartható.

Az IT rendszerek és hálózatok azonban sérülékenyek, és ezáltal támadhatók. Ennek okán minden felhasználónak bizonyos mértékig egyéni felelőssége is a sérülékenységek kiküszöbölése.

A gyógykezelés során az egyik legelemibb, legalapvetőbb és egyben legősibb szabály az orvosi titoktartási kötelezettség betartása.

A személyes adatok védelmét törvény szabályozza, amelynek betartása a pszichiátriában fokozott nehézséget jelent. Naponta szembesülünk azzal, hogy az osztályon kezelt betegekről szeretnének információhoz jutni.

Önmagában az a tény, hogy valaki egy nyilvántartáshoz hozzáférési jogosultsággal rendelkezik, nem jelenti azt, hogy saját belátása szerint keresgélhet, olvasgathat a rendszerben, hiszen a meghatározott cél csak azokban az esetekben áll fenn, amikor az érintett személyes adataival a kórházi dolgozónak feladata van.

Előadásomban konkrét példákkal mutatom be és foglalom össze a pszichiátriai betegek kezelésével kapcsolatos adatkezelést, illetve adattovábbítás sajátosságait.

## A nem-szucidális önsértés és az érzelmszabályozás összefüggései klinikai serdülőpopulációban

Reinhardt Melinda<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE, PPK, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek-, és Serdülőpszichiátria, Budapest

84

**Háttér és célkitűzések:** Különböző kutatások szerint klinikai kamaszpopulációk különösen sérülékeny csoportnak számítanak a nem-szucidális önsértés tekintetében. A test nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos megsértésének élettartam prevalenciája e körben konzekvensen magas, 41–87% közötti (Claes, Vandereycken és Vertommen, 2007; Nock et al, 2006). A nem-szucidális önsértés számos érzelmszabályozási deficittel társul (Hauber et al, 2019), ezért vizsgálatunkban a két jelenség kapcsolatára fókuszáltunk pszichiátriai beteg serdülők körében.

**Módszer:** 159 pszichiátriai ellátásban részesülő 13–21 év közötti serdülő (84,3% lány; átlagéletkor 16,10 év; szórás=1,49) töltötte ki a kérdőívcsomagot. Az önsértő viselkedést az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőívvel (Klonsky és Glenn, 2009), az érzelmszabályozási stratégiák közül a tapasztalati elkerülést a Tapasztalati Elkerülés Kérdőívvel (Greco et al, 2008), a negatív szelf-fókuszú ruminációt pedig az Önkritikus Rumináció Kérdőívvel (Smart et al, 2015) mértük fel.

**Eredmények:** A vizsgált, pszichiátriai betegségben szenvedő kamaszok 71,1%-a (N=113) számolt be az élete során nem-szucidális szándékos önsértésről, a teljes minta 34%-a (N=54) pedig aktuális önsértést is jelzett. A pszichiátriai beteg serdülő lányok 7-szer nagyobb eséllyel vesznek részt nem-szucidális önsértésben, mint a fiúk. Az aktuálisan önsértők körében szignifikánsan magasabb a maladaptív érzelmszabályozási stratégiák – így az érzelmek, gondolatok, emlékek elnyomása ( $F(2)=7,50$ ;  $p<0,001$ ) és az önkritikus rágódás ( $F(2)=10,97$ ;  $p<0,001$ ) – jelenléte a korábban és a sohasem önsértőkhöz képest. A klinikai kamaszpopulációban az egy hónapnál korábban és a sohasem önsértők nem különböztek az alkalmazkodást nehezítő érzelmszabályozás tekintetében. Az életkor és a nem kontrollálása mellett is elmondható, hogy a tapasztalati elkerülés 13%-kal ( $OR=1,13$  [1,05–1,22]), az önkritikus rumináció pedig 12%-kal növeli meg az aktuális önsértés esélyét ( $OR=1,12$  [1,05–1,20]).

**Következtetések:** Hazai klinikai serdülőpopulációban magas, a nemzetközi trendekhez hasonló a nem-szucidális önsértés előfordulási aránya. Ellátásában érdemes figyelembe venni az elkerülés-alapú és a negatív szelf-fókuszú érzelmszabályozási mechanizmusok leépítését.

### Támogatás:

A Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH Reinhardt Melindát az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

## A pszichiáter szakorvosi és az igazságügyi pszichiáter szakértői vizsgálatok összehasonlítása

Resch Mária Magdolna

Mitrász Kft., Sopron

A szakértők jelentős hiánya miatt egyre inkább előtérbe kerül az eseti szakértők felkérése. A pszichiátria szakma sem kivétel ez alól.

Az előadás célja, hogy rávilágítson a kétféle szakmai vizsgálat között egyértelműen megtalálható alapvető alaki és tartalmi különbségekre.

A tartalomelemzés módszerével emeli ki és veti össze azokat a korábbi módszertani levelekből, szakművelekből és a jogszabályi követelményrendszerekből származó elemi ismereteket, amelyeknek a segítségével egzakt módon meghatározhatók a két szakmai munka formai és tartalmi különbségei.

Az alaki különbségek között az egyik legfontosabb az igazságügyi szakvélemények fejlődése (és annak tartalma), amely a szakorvosi ambuláns lapoknak ebben a formában nem követelménye. Jóval kevesebbet árul el a vizsgáló orvos a személyéről, az alkalmasságáról, mint az igazságügyi orvos a szakmai rátermettségéről és kompetenciájáról. Más a vizsgáló és a vizsgált személy közötti viszony a két helyzetben, így más a vizsgálandó személyhez való hozzáállás, odafordulás, a megismerés célja majd folyamata.

Kinek szól a készült irat? A klinikai orvos jórészt a betegnek vagy esetleg a kollégának írja. A szakértő mindig a kirendelőnek, aki sosem szakmabéli, ezért itt különösen fontos az (köz)érthetőség. A szakértő nem használhat idegen szavakat és kifejezéseket, még a diagnózisban sem.

A számos tartalmi különbség közül figyelemfelkeltő jelleggel néhány gyakori kérdést emelnék ki: (1) Lehete heteroanamnézist alkalmazni? (2) Hányszor explorálhatok? (3) Konzílium/ társszakértő bevonása hogyan és mikor lehet/szabad? (4) Mit tartalmaz az anamnézis, és mit a státusz? (5) Összefoglalás vagy eredmény?

Az összefoglalás a klinikai orvos esetében mindig a betegség megállapításáról, esetleg a differenciáldiagnosztika érdekében további vizsgálatok indikálásáról, vagy a konkrét diagnózis tükrében a terápia felállításáról szól. A szakértő minden esetben a neki feltett kérdések mentén vizsgál, és az „összefoglalása” – vagyis az eredmény – ezen kérdések megválaszolása lesz. Ettől nem térhet el.

Az absztrakt terjedelmi korlátok miatt csak néhány lényeges mozzanatot emelt ki a klinikai orvos és a szakértő munkájának különbségei közül. Tekintettel azonban arra, hogy összefoglaló mű ebben a témában nincs, nem hozzáférhető, az előadás a problémát tematikusan körül járva segítséget nyújthat az eseti szakértők számára.

## Alkohol, nikotin, ivóvíz és öngyilkosság

Rihmer Zoltán<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

**Bevezetés:** Az alkoholizmusnak és a dohányzásnak a szuicid magatartással való többirányú kapcsolata régóta ismert, és újabban egyre több szó esik az ivóvíz lítium- és arzéntartalmának az öngyilkos magatartásban játszott szerepéről is.

**Célkitűzés:** Az alkohol nyilvánvaló jelentősége mellett a dohányzás és az ivóvíz egyes összetevőinek (lítium, arzén) az öngyilkos magatartásban betöltött, kevésbé ismert szerepének feltárása.

**Módszer:** A nemzetközi és hazai szakirodalom, valamint a saját, e témakörben történt vizsgálataink áttekintése és bemutatása.

**Eredmények:** A krónikus alkoholbetegség – akárcsak a nem alkoholistáknál – depressziós betegeknek az akut alkoholos befolyásoltság – jól ismert, szignifikáns szuicid rizikófaktorok. Saját vizsgálataink szerint a dohányzás, illetve az ivóvíz alacsony lítium- és magas arzéntartalma szintén hajlamosítanak öngyilkosságra.

**Következtetések:** 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 tényezőknek tekinthetők. Hazánkban az alacsony lítium- és magas arzéntartalmú ivóvízellátás területi megoszlása részben magyarázza a szuicid mortalitásban régóta fennálló északnyugat–délkelet különbséget.

## A csökkenő hazai öngyilkosságok lehetséges okai

Rihmer Zoltán<sup>1,2</sup>, Döme Péter<sup>2,1</sup>, Gonda Xénia<sup>1</sup>, Bélteczki Zsuzsanna<sup>3</sup>, Németh Attila<sup>2</sup>, Szilágyi Simon<sup>4</sup>, Balázs Judit<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;

<sup>3</sup> Sántha Kálmán Szakkórház, I.sz. Pszichiátria Osztály, Nagykálló;

<sup>4</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház, Pszichiátriai Osztály és Krízisintervenció, Budapest;

<sup>5</sup> ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest

**Bevezetés:** A depresszió és az öngyilkosság komoly népegészségügyi probléma, különösen hazánkban, ahol a 2000-es évek elejéig a szuicid ráta a világon a legmagasabbak között volt.

**Célkitűzés:** A közel 40 éve folyamatosan csökkenő hazai öngyilkossági ráta lehetséges okainak elemzése.

**Módszer:** Az öngyilkos magatartás témakörével foglalkozó hazai szakirodalom áttekintése és szintézise.

**Eredmények:** A magyarországi szuicid ráta 1983-ban volt a legmagasabb (46/100 000) majd – a 2007 és 2011 közötti megtorpanástól eltekintve – 2019-re folyamatosan 16/100 000-re, vagyis 65%-kal csökkent. A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a kezelésben lévő depressziós betegek számának folyamatos és markáns növekedése mellett a munkanélküliség, az alkoholfogyasztás és a dohányzás csökkenése, a javuló életfeltételek és interperszonális kommunikációs lehetőségek javulása (pl. telefonvonalak) lehetnek a legfontosabb tényezők ebben a kedvező változásban. Legújabb adataink szerint az ivóvíz relatíve alacsony lítium- és magas arzéntartalma szintén szuicidumra hajlamosító tényezők. Sajnos 2020-ban, a COVID-19 pandémia idején a szuicid ráta 16%-os növekedése volt észlelhető.

**Következtetések:** Az öngyilkosság az esetek jelentős részében megelőzhető, de mivel komplex jelenségről van szó, a megelőzésnek az orvosi-pszichiátriai szempontokon túl magában kell foglalni különböző szintű pszichoszociális és közösségi intervenciókat is.

**Háború, harc és pszichózis: a háborús téveszmék fenomenológiai megközelítése***Simon Mária, Tényi Tamás*

PTE Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

A fenomenológiai pszichopatológia a jelenlegi diagnosztikus rendszerek deskriptív megközelítésén túl lépve a szubjektív élményvilág felől közelíti meg a kóros állapotokat. A fenomenológiai szakirodalom a szkizofréniában megfigyelhető tüneteket jelentős részben olyan kóros szubjektív élményekkel hozza összefüggésbe, illetve eredezteti, melyek a szingularitás, az individuáció, vagy a szelf-jelenlét alapvető élményének zavarai. A szelf-telítettség csökkent volta miatt a gondolkodás, észlelés és emlékezés kevésbé rendelkezik az énhez tartozás élményével. Az első személyű perspektíva instabilitása a belső világ objektivizációjához vezet, a páciens gyakran éli meg, hogy gondolatai tárgyak, testétől elidegenedik, testével való kapcsolata elveszíti spontaneitását. A fentiekből fakadóan az interszubjektivitás is zavart szenved, így mások és a környező szociális világ mint titokzatos, fenyegető, érthetetlen vagy éppen intruzív, támadó jellegűként jelenik meg a páciens számára.

Gyakran találunk párhuzamot technikai-kulturális és társadalmi jelenségek és a szkizofrén pszichózisok élményvilága között. Ezek az élmények, jóllehet lényegileg elkülönülnek egymástól, mégis sokszor hasonló tematika köré szerveződnek. Gyakori megfigyelés, hogy egyes aktuális technikai vagy társadalmi-kulturális jelenségek tematizálják a pszichotikus élményvilágot és a téveszméket.

Jelen előadás a háborús fenyegetettség, vagy a háborúnak, támadásnak való kitettség és a pszichotikus élményvilág strukturális analógiáiból indul ki. Ehhez az interszubjektivitás súlyos, pszichotikus állapotban fellépő zavara szolgál alapul, melynek talaján a háborús helyzettel analóg félelmek, fenyegetettség, határsértések, és egyéb manipulációk élményei bukkannak fel és tematizálják a pszichózist. Sajátos jelenségként foghatók fel, s a pszichotikus élményeket szintén jól tematizálják az „illegitim háborúk”, vagyis a partizánakciók és terrorcselekmények. Az előadásban az I. világháborútól kezdve tekintjük át a háborús élményvilág és a harci tematika megjelenését a pszichotikus tünetekben a pszichiátriai klinika anyagában – példákkal illusztrálva.

**Könyvmásítás – egy művészetterápiás módszer és alkalmazási lehetőségei***Simon Mária*

PTE, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

A könyvmásítás vagy idegen szóval az „altered book” technika, a közelmúltban vált művészetterápiás módszeré. A technika maga már régebb óta ismert: használaton kívüli, leselejtezett könyvek átalakítását jelenti. Ez történhet akár a könyvlapok átdolgozásával, átrajzolásával – különféle technikák alkalmazásával. Ugyanakkor lehetséges címkék, fülek, borítékok be ragasztása üzenetekkel, esetleg kisebb tárgyakkal, a lapok hajtogatása stb., miáltal az itt található vizuális információk külön jelentéstöbbletet kapnak. Fontos továbbá a könyv elő- és hátlapjának kidolgozása.

A könyv, jóllehet nagyrészt individuális reakciókat vált ki, egy inherens struktúrával bíró hívóinger: a lapokon látható szöveg és ábrák grafikus elemként viselkednek, csökkentik az üres lap okozta szorongást, így az átdolgozandó könyv a szabad kreativitás hívóingeréül szolgálhat. A könyv lapozható, s a lapok szekvenciális egymásutánisága, előhívja a könyvben eleve ott rejlő narratívást. A könyv átalakításakor egy már eleve meglévő narratív anyagot dolgozunk át – konkrétan, de metaforikusan is. Az elkészült munka átlapozása ugyanakkor újra és újra előhívja a reflektivitást. A könyv kinyitható, majd átlapozás után becsukható, ennél fogva az ilyen jellegű alkotás az érzelmek és emlékek időben stabil tárhelyül szolgál, mely időszakosan elővehető, majd ismét lezárható, s ezzel lehetővé teszi az érzelmekkel való munka lehatárolását, az elárasztó emlékekkel való munka biztonságosabb jellegét.

A technika egy további változata a „black out poetry” módszer. Ekkor az alkotó a könyv lapjain látható szavakból kiválasztja azokat, melyekkel dolgozni kíván. A többi kifeketíti, különböző technikákkal kitakarja. Majd a kiválasztott szavakat különféle grafikus technikákkal fűzi egymás után. Az így létrejövő alkotások költőiek, a kép és vers határán mozognak, különös többletjelentéssel bírnak.

A technika jól alkalmazható olyan esetekben, amikor a kliens – bármilyen okból lezár egy életszakaszt vagy egy kapcsolatot, különös tekintettel gyász esetében is. Az előadásban a technika bemutatását példák, esetekkel illusztrálom.

## Észlelt stressz COVID előtt és után a magyar lakosság körében

*Stauder Adrienne, Susánszky Éva*

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

**Célkitűzések:** A szubjektív stressz-szintet és megküzdést vizsgáltuk a 2021. évben reprezentatív magyar minta alapján, különböző demográfiai csoportokban, összehasonlítva a COVID időszak előtti, 2013. évi adatokkal.

**Módszerek:** A Hungarostudy 2021 országos felmérés keretében 7000 fővel készült strukturált interjú. A minta nem, életkori csoportok, iskolai végzettség és lakóhelytípus szerint reprezentálta a teljes felnőtt lakosságot. A szubjektív stressz-szintet és megküzdést az Észlelt Stressz Skála (PSS10) alapján határoztuk meg. Az egyes alcsoportok értékeit a 2013. évi, hasonló módszertannal készült 2000 fős reprezentatív felmérés eredményeivel hasonlítottuk össze. Egyéb alkalmazott kérdőívek: rövid Beck Depresszió Skála (BDI), rövid WHO Jólét Skála (WHOWB), Szubjektív Testi Tünetek Kérdőív (PHQ15). Az összefüggéseket ANOVA elemzéssel, Pearson korrelációs próbával és független mintás t-próbával vizsgáltuk.

**Eredmények:** A PSS10 átlagpontszám magasabb volt nőkben (14,2±6,9), mint férfiakban (13,7±6,6), mely értékek mindkét nemből alacsonyabbak voltak, mint 2013-ban. Az észlelt stressz-szint az életkorral nőtt. Iskolázottság alapján férfiaknál az egyetem, míg nőknél az érettségi járt a legalacsonyabb stressz-pontszámokkal. A munkát illetően a munkanélküliek PSS10 átlaga 18,5, míg a közalkalmazottak v. köztisztviselők 12,5 ponttal a legkevésbé stresszesek. Anyagi helyzet tekintetében azok a legkevésbé stresszesek, akik kisebb összeget tudnak tartalékolni (12,3±6,7). A PSS10 szoros korrelációt mutatott a BDI ( $r=0,518$ ), PHQ15 ( $r=0,237$ ), illetve WHOWB ( $r=-0,392$ ) pontszámokkal. Többváltozós elemzésben a szubjektív testi tünet pontszám legjelentősebb prediktora az észlelt stressz volt.

**Megbeszélés:** A 2021-ben, a COVID harmadik hulláma után végzett felmérés alapján összességében az észlelt stressz pontszámok alacsonyabbak voltak, mint a 2013-as felmérés során. A két felmérés eredményeit összehasonlítva a nők és az alacsonyabb végzettségűek pontszámaiban volt a legjelentősebb különbség a két felmérés között.

## A klinikai szakpszichológus szerepe a traumatológiai ellátásban

*Szeifert Noémi Mónika*

Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest

A nemzetközi irányelveknek megfelelően a Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézetben, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztályos háttérrel rendelkező klinikai szakpszichológusokból álló munkacsoport kapcsolódik a sebészeti traumatológiai ellátáshoz.

A traumatológiai ellátás összehangolt csapatmunkát igényel a szakemberek részéről, mely gyógyító team részét képezi a pszichológiai ellátás is.

A súlyos fizikai sérüléseknek mindig van pszichés következménye is. A traumát elszenvedett egyén testi integritásának fenyegetettségét éli át, közvetlenül és gyakran teljesen váratlan módon, kiszámíthatatlanul kerül szembe az erőszakkal vagy a halállal, melynek során intenzív félelmet, rettegést, kiszolgáltatottságot, kontrollvesztést és a megsemmisülés fenyegetettségének érzését éli át. Egzisztenciális nézőpontból megközelítve, minden trauma a létezésünket kérdőjelezi meg.

A kritikus esemény (critical incident, CI) olyan hirtelen bekövetkező, váratlan, gyakran az életet közvetlenül fenyegető és veszélyeztető történés (pl. autóbaleset), amely meghaladja az egyén azon képességét, hogy adaptívan reagáljon rá, s potenciális krízisválaszt hozhat létre. Ez magában foglalja a szuicid rizikót is, valamint akut stressz-zavart, alkalmazkodási zavart és poszttraumás stressz-zavart, összefoglalva pszichiátriai diagnosztikus kategóriákat eredményezhetnek. Az akutan fellépő pszichés tünetek és a potenciálisan kialakuló hosszútávú pszichés zavarok indokoltá teszik a kritikus eseményhez időben és térben minél közelebbi krízisintervenció beavatkozást a traumatikus élményt követően.

Az előadásomat egy fiatal, zebrán elgázolt lány eseti ismertetésével, krízisintervenció munkánk lépéseinek bemutatásával szeretném illusztrálni, mely esetpélda betekintést nyújt a klinikai pszichológiai munka szerepébe a traumatológiai ellátásban.

## A COVID-19 világjárvány magyar egészségügyi dolgozókra gyakorolt pszichés stresszorai

Szeifert Noémi Mónika<sup>1</sup>, Szilágyi Simon<sup>2</sup>,  
Schmelowszky Ágoston<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály, Budapest;

<sup>3</sup> ELTE, PPK, Klinikai Pszichológiai és Addiktológiai Tanszék, Budapest

88

**Bevezetés:** A COVID-osztályokon a betegeket ellátó egészségügyi szakemberekre több mint két éve folyamatosan szélsőséges pszichés teher nehezedik. A pszichés stresszorok rövid, közép és hosszú távon egyaránt éreztethetik hatásaikat, különböző pszichés tüneteket, megbetegedéseket generálva. A COVID-19 pandémia pszichés szempontból is katasztrófahelyzetnek tekinthető, mely halmozott és sűrített lélektani krízishelyzeteket jelent a betegnek, az őt ellátó szakembernek és a társadalomnak egyaránt.

A Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézetben végzett kutatásunk az Intézetben dolgozó egészségügyi személyzet pszichés állapotát mérte fel a harmadik hullám lecsengése után két hónappal, 2021 nyarán, még a negyedik hullám indulása előtt.

**Módszer:** 123 egészségügyi dolgozó vállalkozott az online kérdőívcsomag kitöltésére, és ebből 88 fő fejezte be a teljes kitöltést. A kitöltőket két csoportra osztottuk abban a tekintetben, hogy az elmúlt 6 hónapban minimum 1 hónapig folyamatosan dolgoztak-e az Intézetben működő COVID-osztályokon vagy sem. Az általunk alkalmazott mérőeszközök a következők voltak: Beck Depresszió Kérdőív – rövid változat (BDI), Spielberg Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S), Események Hatása Kérdőív (RIES), Megküzdési Módo-dok Kérdőív (Lazarus).

**Eredmények:** A kitöltők 52%-a (46 fő) szenved alvászavarban, enyhétől a súlyosig terjedő spektrumon. A megkérdezett dolgozók 61%-a (75 fő) szenved a depresszió különböző súlyosságú tüneteitől. 88% (108 fő) jelölte a krónikus fáradtság tüneteit, különböző szinteken. 44,2% (31 fő) szenved különböző erősségű szorongásos tünetektől. 75% (66 fő) esetében jelentkeztek a PTSD különböző erősségű tünete. A dolgozók 29,8%-a (25 fő) számolt be megnövekedett szénhidrát-, alkohol-, és gyógyszer-használatról.

**Következtetés:** Kutatásunk felhívja a figyelmet arra, hogy a COVID-ellátásban dolgozók eltérő pszichés érzékenységgel és megküzdési stratégiákkal reagálnak a rájuk nehezedő extrém fizikai és pszichés terhelésre. A pszichés tünetképzés szempontjából a leginkább érzékeny csoport a 18–45 év közötti korosztály, családi állapotukat tekintve az egyedülállók, a női dolgozók, nővérek, és a kevésbé tapasztalt kollégák nagyobb rizikónak vannak kitéve a PTSD tünetképzés és egyéb

pszichés zavarok megjelenése szempontjából. Több mint 1 hónapot folyamatosan COVID-osztályon dolgozni szintén rizikótényezőnek tekinthető a jelentős distressz kialakulása és a megjelenő mentális zavarok tekintetében.



## COVID Intenzív Osztályon kezelt betegek pszichés szupportálása

Szeifert Noémi Mónika

Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest

A COVID-19 pandémia jelentős kihívás elé állította az egészségügyi ellátásban dolgozó szakembereket a szomatikus kezelés és az alkalmazható pszichológiai intervenciók szempontjából egyaránt. A pszichológusok által alkalmazott szorongásoldó technikák egy része (relaxáció, Autogén Tréning, légzéskontroll) egyáltalán nem, vagy csak fokozott körültekintés mellett alkalmazhatók a COVID Intenzív Osztályon kezelt betegek esetében. A súlyos vírushelyzet és az intenzív osztályos kezelés önmagában, egymástól függetlenül is lélektani krízisállapotnak tekinthető, mely során az alapvető biztonságérzet elvész, minden kiszámíthatatlanná és kontrollálhatatlanná válik. Váratlan és nehezen kontrollálható módon zajlik a megbetegedés és a felgyógyulás időszaka is. Lényeges szempont, hogy a COVID Intenzív Osztályon kezelt betegek megfelelő pszichés támogatásban részesüljenek.

A pandémia harmadik hulláma alatt 90 beteget látunk el a Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet COVID Intenzív Osztályán, 78%-uk nem invazív, 45%-uk invazív lélegeztetésben részesült, intenzív kezelésük 3–32 napig tartott. A napi szinten végzett klinikai munkám során rendszeresen tapasztalható volt, hogy a vírushelyzet következtében megjelenő szorongásos tünetekhez társult az intenzív osztályos kezelés által kiváltott pszichés stressz, valamint nem ritkán a többszörös veszteségélmény egy halmozott lélektani krízishelyzetet generálva.

Előadásomban összegzem a COVID Intenzív Osztályos kezelés pszichés stresszorait, legfőbb pszichopatológiai vonatkozásait, valamint betekintést nyújtok az ott folytatott klinikai pszichológiai ellátásba, mely kiemelt hangsúlyt helyez rövid, célzott intervenciók által (pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés szupportálás, kognitív technikák, krízisintervenció) az ott kezelt betegek pszichés állapotának a stabilizálására, ezzel is támogatva a szomatikus gyógyulást.

## A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében

Székely András<sup>1</sup>, Tóth Mónika Ditta<sup>2</sup>, Purebl György<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Végeken Egészségélektani Alapítvány, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A magyar fiatalok körében a depresszió és az öngyilkosságok aránya európai és világviszonylatban is az élmezőnybe tartozik. A 15–29 éves fiatalok körében az öngyilkosság a vezető halálok, melynek hátterében leggyakrabban a kezeletlen mentális betegség, legtöbbször a major depresszió áll. 2020 és 2021-ben a COVID-19 járvány hatására számos országban kimutathatóan megemelkedett a szorongás, a depresszió, a poszttraumás érzelmi tünetek és a stressz mértéke a járványt megelőző időszakhoz képest, a depresszió aránya bizonyos országokban megháromszorozódott a lakosság körében.

Hungarostudy 2021 kutatásunkban a felmérések korábbi eredményeivel vetjük össze az egyes depresszió-kategóriákba sorolható 18–29 év közötti személyeket. A depressziós tüneteket a Rövidített Beck Depresszió kérdőívvel (BDI9) vizsgáltuk.

Az eredmények azt mutatják, hogy míg 2013-ban a súlyos mértékű depresszió a megkérdezett fiatalok 3,2%-ára volt igaz, addig 2021-re ez az érték 64%-kal, 8,8%-ra nőtt. A klinikai mértékű depresszió aránya 2013-hoz képest 2021-ben megduplázódott (6,3%-ról 12,4%-ra nőtt). A felnőtt lakosság körében jellemző nemi különbség ebben a korosztályban nem mutatható ki a depresszióra nézve. Leginkább érintettek a magas iskolai végzettségűek, illetve a munkanélküli fiatalok. Szintén rizikócsoporthoz tartoznak a roma etnikum a fiatalok körében a súlyos depresszióra nézve, akik körében az öngyilkossági gondolatok is gyakrabban jelennek meg.

A depresszióra nézve fontos védőfaktorot jelent a társas támasz, minél inkább számíthat valaki másokra, annál kevésbé valószínű a depresszió megjelenése. A házastársi stressz és az észlelt stressz mértékével pozitív irányú kapcsolat mutatkozott.

Az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok előfordulásában nem mutatkoznak nemi és iskolai végzettség szerinti különbségek a vizsgált mintában. A fiatalok összesen 2,7%-a foglalkozott már ilyen gondolatokkal. A munkanélküli fiatalok azok, akik legnagyobb arányban gondoltak már öngyilkosságra (11%-uk), őket pedig az eltartottak követik (közel 8%).

A depressziós tünetek és az öngyilkossági gondolatok komplex összefüggést mutatnak mind más lelki zavarokkal, mind a társadalmi-gazdasági helyzettel. Az eredmények részletes elemzése egymástól jelentősen különböző kockázati csoportokat tár fel, amelyek teljesen eltérő megközelítést igényelnek a megelőzés és a lelki egészség fejlesztése szempontjából.

**Perifériás Brain Derived Neurotrophic Factor szintjének kapcsolata a kognitív működésekkel a szkizofrénia-bipoláris spektrumban – szisztematikus áttekintés és metaelemzés**

Szendi István<sup>1,2,3</sup>, Dombi B. Zsófia<sup>4</sup>,  
Burnet Philip WJ<sup>5</sup>

<sup>1</sup> SZTE TTIK Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;

<sup>2</sup> SZTE IKIKK Kognitív Medicina Kompetenciaközpont, Szeged;

<sup>3</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK

Oktatókórháza – 'Agilis' Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;

<sup>4</sup> Richter Gedeon Nyrt., Orvostudományi főosztály, Budapest;

<sup>5</sup> Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford

90

*Háttér:* Az agyi eredetű neurotróf factor (BDNF: brain derived neurotrophic factor) számos neurodevelopmentális, stresszel kapcsolatos és neurodegeneratív zavar kórélettanában szerepet játszik. Figyelembe véve jelentős konvergencia szerepét a különböző kockázati és plaszticitási folyamatok között, valamint azt, hogy a periférián könnyen mérhető, potenciális biomarkerként érdemes tanulmányoznunk.

*Célkitűzés:* Jelen szisztematikus áttekintés és metaelemzés célja, hogy megvizsgálja a perifériás BDNF relevanciáját a szűkebb szkizofrénia-bipoláris spektrumban a társuló kognitív működészavarok összefüggésében.

*Módszer:* A PRISMA irányelv alapján kerestünk 2000 január és 2021 június között angol nyelven közölt tanulmányokat az Embase és a Medline adatbázisok lektorált folyóirataiban. Kereső fogalmaink („schizo\* OR bipolar”) AND (BDNF\* OR „brain derived neurotrophic factor”) AND („neurocognit\*” OR cognit\*) voltak.

*Eredmények:* Összesen 815 olyan közleményt azonosítottunk, ami a szkizofrénia vagy bipoláris zavarban észlelt kognitív működések és a BDNF szintek közötti összevetésről számolt be, ezekből 32 felelt meg a szisztematikus áttekintés kritériumainak. Specifikusan szkizoaffektív zavarban szenvedő betegekkel is foglalkozó közleményt nem találtunk. Ezekből 24 tanulmány felelt meg a metaelemzés kritériumainak (19 szkizofréniaival, 5 tanulmány bipoláris zavarral élő betegeket vizsgált). Az eredmények azt jelzik, hogy a betegeknél a BDNF szintek alacsonyabbak az egészséges kontrollszemélyekhez viszonyítva, különösen betegségük heveny fázisaiban. A betegek kognitív működései is elmaradtak a kontrollszemélyekétől, ugyanakkor korreláció a kognitív károsodás és a BDNF szintek között nem volt mindig kimutatható. Kognitív intervenciók és az antipszichotikus terápia javítani tudott egyes kognitív működéseken és változtatott a perifériás BDNF szinteken.

*Következtetés:* A BDNF a neurális reziliencia egyik konvergencia-tényezője, melyre állapotjelzőként érdemes tekintenünk, ami segíthet az egyéni betegség-

lefolysis és terápiás beavatkozások hatásosságának követésében a szkizofrénia-bipoláris spektrumban és a társuló kognitív működészavarok esetében is. E felforrja perifériás szintjének változását kockázati és pro-  
tektív tényezők, gyulladásos, immunológiai és meta-  
bolikus paraméterek tágabb kontextusában célszerű  
értékelni.

**Egy lehetséges megoldás a járvány krízisében.  
Foglalkozásterápiás csoportok a Jahn Ferenc  
Dél-pesti Kórház, COVID-fertőzött pszichiátriai  
betegeket ellátó osztályán**

*Szűcsné Révai Katalin*

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai  
Rehabilitációs Osztály, Budapest

2021 november végétől kórházunkban, a szakmaspecifikus koronavírus-ellátás keretében létrehozott pszichiátriai betegeket ellátó osztályon foglalkozásterápiás csoportok működtek. Pszichiátriai betegeknek különösen nehéz a COVID-19 fertőzés okozta stressz-szel megküzdniük. Esetükben a fizikai és szociális izoláció következtében megemelkedett szorongásszint, frusztrációs hatások, depressziós tünetek fokozottan jelentkeznek, problémamegoldó eszköztáruk hiányos. A pszichiátriai tünetek súlyosbodását, illetve a fertőzés okozta irritabilitás, alvászavarok, koncentráció- és figyelemzavarok kezelését segítik elő a csoportfoglalkozások. Védőöltözetben is működhet a szocioterápia. A kreatív foglalkozások, az együtt munkálkodás enyhítik a kapcsolati és önértékelési zavarokat. Megteremtődik az alkotás közbeni sikerélmény, melynek segítségével a résztvevők „kimozdulhatnak” bezártságukból, újra fontosnak és hasznosnak érezhetik magukat. Alkotásaikkal, amit többnyire személyes tárgynak tekintettek, az osztály falait díszítettük. A Játékcsoport jó terepe a feszültségcsökkentésnek, örömszerzésnek. Az ünnepeket is becsempészük a karanténba; karácsonykor, húsvétkor verseket olvastunk fel. Meseelemző csoporton lehetőség nyílt a személyes problémák megvitatására, saját indulataik áttételes levezetésére, érzéseik megfogalmazására vagy vágyaik kifejezésére. A Játékos Agytornán kognitív képességeiket hasznosíthatták. A ráhagyó jellegű foglalkoztatáson, 5 hónap alatt 363 beteg vett részt. Csökkentek a kényszerű összezártság, a gyógyító folyamat okozta konfliktusok és a depressziós tünetek, mert megszűnt az alulstimulált környezet okozta regresszió. Az ismétlődő foglalkozások rendszerességet, stabilitást jelentettek. Mindez a gyógyító és az ápolási munkát is segítette, kommunikációs lehetőségeket teremtett a beteg és a gyógyító team között. Megvalósulhatott a biopszicho-szociális nézőpont. Mint minden krízis, a súlyos járványügyi helyzet is magában rejtja a fejlődési lehetőségeket, a segítői kreativitást. Rugalmasabbá, nyitottabbá váltunk a foglalkozásterápia alkalmazásával a covid osztályon. Új megoldás született, a régi tapasztalatok felhasználásával.

**Az újabb neurobiológiai modellek lehetőségei  
a pszichoszomatikában.  
Pszichoterápiás konzekvenciák**

*Tiringer István<sup>1</sup>, Heckenberger-Nagy Evelyn<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> PTE, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Pécs;

<sup>2</sup> Szent Rókus Kórház, Baja

A szomatikus tünet zavarok (DSM-5) kezelése a hazai orvoslásban nem kap kellő figyelmet. A nemzetközi kutatásokban is sok vita övezi a tartósan megterhelő (disteszt okozó, BNO-11) testi tünetek különböző felfogásait.

Az elmúlt években azonban az idegrendszer működésének újabb koncepciói, pl. a prediktív feldolgozás modellje, lehetőséget adott a funkcionális tünetek és a szomatopszichés zavarok olyan integratív modelljeinek kidolgozására, amelyek segítenek túllépni a medicina dualisztikus, szomatikus–pszichés gondolkodásmódjának korlátain.

Az újabb felfogások szerint a pszichoszomatikus tünetek elsősorban a megtestesült (embodied) szelf zavarával függenek össze, amelynek jellemzője a beteg szubjektív betegségmodellje és a biológiai eltérések közötti inkongruencia, a tünetek szubjektív magyarázatának és a beteg önreflexiós képességének rugalmatlansága, valamint a tünetekkel kapcsolatos jelentős korlátozottság és szenvedés a mindennapokban. A megtestesült szelf zavarának koncepciója támpontokat ad a döntően testi okokkal összefüggő betegségek nem specifikus tüneteinek, mint pl. a fájdalom, fáradtság, émelygés, szédülés árnyaltabb megértéséhez is.

Az előadásban két esetpéldán (egy funkcionális tünetektől, krónikus fáradtságtól és fejfájással küszködő, valamint egy szomatopszichés zavarban, áttétes rákban szenvedő beteg krónikus fájdalmai) keresztül mutatjuk be a tartósan megterhelő testi tünetek diagnosztikájának főbb szempontjait, valamint ismertünk egy olyan pszichoterápiás modellt is, amely túlmutat a jelenleg domináns kognitív-viselkedésterápiás módszerek lehetőségein. A megtestesült mentalizációval és testorientált technikákkal dolgozó módszerek lehetőséget adnak egy olyan individuális bio-pszichoszociális betegségmodell kidolgozására, amely segíti a szelf jobb pszichoszomatikus megértését és kiegyensúlyozottabb működését.

## Szeptikus osztályon kezelt betegek hospitalizációjának pszichés következményei

Török Bettina, Sebők Barbara, Uzlov Vlagyimir, Szeifert Noémi

Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest

92

**Elméleti bevezetés:** Szakirodalmi áttekintés során viszonylag kevés kutatási adat áll rendelkezésre az invazív sebészeti beavatkozásokat, szeptikus folyamatot, hosszú hospitalizációt kísérő pszichés megbetegedéseket (depresszió, megemelkedett szorongás-szint, öngyilkossági gondolatok, PTSD tünetek) vizsgáló tanulmányok tekintetében. Az említett leggyakoribb kísérő pszichés tünetek feltérképezése, azok súlyossági fokozatának becslése lehetővé teszi a célzott pszichoterápiás intervenciók alkalmazását, szükség esetén pszichotrop gyógyszerek bevonását a kezelésbe. Biopszicho-szociális szemléletben gondolkodva a különböző szintek kölcsönhatásban állnak egymással, ezért fontos, hogy a kezelés is komplex, integratív hozzáállással történjen multidiszciplináris keretek között.

**Célkitűzés:** A Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet Szeptikus Osztályán kezelt fekvőbetegek pszichés állapotának (szorongás, depresszió, reménytelenségérzés, szuicid rizikó becslés) felmérése és utánkövetése.

**Módszer:** A kutatásról előzetesen informált és beleegyezésüket adó betegek három kérdőívet töltöttek ki három alkalommal: a beteg kórházba kerülésekor, a 10. napon, illetve a 21. napon. Az általunk alkalmazott mérőeszközök a Beck Depresszió Kérdőív – rövid változat (BDI), Spielberg Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S), Beck-féle Reménytelenség Skála (RS).

**Minta:** A vizsgálatban eddig összesen 109 személy vett részt. A nemi eloszlást tekintve a résztvevők 42%-a nő (46 fő) és 58%-a férfi (63 fő). Átlagéletkoruk 57,15 év (SD:19–85 év).

**Eredmény:** A férfi kitöltők 44,4%-a (28 fő) mutat emelkedett szorongás-szintet a hospitalizáció során, míg nők körében ez az arány 52,17% (24 fő). Depresszió különböző súlyosságú előfordulása a férfi betegek körében 85,7%-a (54 fő), nők körében ez az arány 82,6% (38 fő). A férfi kitöltők 98,4%-ban (62 fő) alakult ki reménytelenség érzése a hosszú gyógyulás különböző szakaszaiban, míg nők körében ez az arány 100% (46 fő).

**Konklúzió:** A súlyos szomatikus betegség és a kezelés ideje, hosszú időtartama pszichésen is érzékeny időszak, ami a különböző súlyosságú pszichés zavarok kialakulásának rizikótényezője. Az alap pszichoterápiás intervenciók megelőzhetik a súlyos pszichés zavarok kialakulását, elősegítik a betegek gyógyulási folyamatba való bevonhatóságát, együttműködését, hatásosak továbbá a posztoperatív fájdalom és az átélt stressz csökkentését illetően is.

## Kórházi szakdolgozók észlelt stressz-szintjének és szomatikus tüneteinek együtt járása a pandémia első hulláma után. A kiégés előjelzésének új gyakorlati lehetőségei

Török Imre András<sup>3</sup>, Kelemen Emese<sup>1</sup>, Németh-Rác Kata<sup>1</sup>, Szabóné Frank Erika<sup>1</sup>, Bara-Kádár Katalin<sup>2</sup>, Bálint Mária<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, SZTE Oktatókórháza, Kiskunhalas;

<sup>2</sup> Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szekszárd;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológiai Tanszék, Budapest

**Cél:** Az elmúlt években az egészségügyben dolgozók egészségügyi állapotát újszerű kihívások tették próbára. A vizsgálatot a pandémia első hullámát követő augusztusban végeztük. Az egészségügyi dolgozók jelentős része nem panaszkodik többletterhelésről, sőt gyakran represszor attitűd miatt kevéssé is észleli a stressz növekedését. Ilyen esetekben a szomatikus tünetek könnyebben jelezhetik a fokozott terhelés hatásait. Célunk a veszélyt jelző szomatikus és pszichés tüneti mintázatok azonosítása faktoranalízis és statisztikai elemzés segítségével.

**Módszerek:** A vizsgálatban 345 egészségügyi szakdolgozó vett részt. Felhasznált kérdőívek: Észlelt Stressz Kérdőív (4 item-es); D típusú személyiség skála; Munkahelyi Stressz Kérdőív (Magyar Hipertónia Társaság).

**Eredmények:** A társas támogatás jelentős védelmet nyújt a stressz hatásaival szemben. A D-skála felhívja a figyelmet az ebből a szempontból veszélyeztetett dolgozókra is, és a negatív affektivitás magasabb szintjére. A kitöltők 18%-ának tesztértékei meghaladták a jelentős stressz-szintet.

Az Észlelt Stressz Kérdőív, a D típusú személyiség-skála, és a Hipertónia Társaság tünetlistája további elemzést tett lehetővé, a 20 szomatikus és pszichés tünet gyakoribb együtt járásának felderítésével.

A faktoranalízis a 20 tünet közül 11 tünetet emelt ki, amelyek 6 faktormintázatot alkottak. A következő tünetek alkották a faktorokat: fáradtság, koncentrációzavar, fejfájás, feszültségérzés, palpitáció, szédülés, belső remegés, gyötrő gondolatok, izzadás és hányinger.

Három faktor mutatott korrelációt az észlelt stresszszel, a negatív affektivitással és a társas támogatásra való alacsonyabb nyitottsággal. A három faktorból egy volt kiemelkedő, ez a faktor mutatta a legmagasabb korrelációkat a mért változókkal (észlelt stressz  $r=0,421$ , negatív affektivitás  $r=0,482$ , társas támogatásra való zártság  $r=0,211$ ,  $p=0,000$  szignifikancia-szintek mellett.) A faktort az izomfeszülés, fáradtság, koncentrációzavar, palpitáció, feszültségérzés tünetei alkotják.

**Következtetések:** Az egészségügyben a szomatikus panaszokra való figyelemnek a jelentősége nagyobb,

hiszen a dolgozók attitűdjének gyakran része a fokozott áldozatvállalás, a saját állapot miatti panaszkodás alacsony szintje, a pszichés fáradás gyengeségnek tekintése.

A vezetők számára informatív a könnyebben vállalható testi tünetek megfogalmazására figyelni. Különösen, hogy együttes jelenlétük jelezheti a fokozott stresszterhelést, és a kiégés közeli állapotot.

## A pszichogén halál

Varga Réka

Észak-Közép-Budai Centrum Új Szent János Kórház, Kútvölgyi Rendelőintézet, Felnőtt Neurózis Szakrendelő, Budapest

A pszichogén halál intenzív pszichés traumához kötődik, mely rövid időn belül olyan erős ingerőbbletet hoz a lelki életbe, hogy azt lehetetlen a szokásos módon feldolgozni. A pszichogén halálhoz vezető folyamat során a normál motiváció és a célorientált viselkedés fokozatos, progresszív hanyatlása zajlik. Megfelelő intervenció nélkül az első tünetek megjelenésétől számítva huszonegy napon belül bekövetkezik a halál. Meghalhat egy embertársunk azért, mert úgy gondolja, hogy visszavonhatatlan vereséget szenvedett, és beletörődik a halálba, mely az egyetlen megküzdési lehetőségnek tűnik számára. A pszichogén halál nem öngyilkosság.

Már a történelem korábbi időszakaiban megfigyelték a jelenséget, távolabbi kultúrákban „mágikus halál”-ként aposztrofálják. Napjainkban katasztrófák életben maradt áldozatainál, valamint kórházba bekerülő idős betegeknel és súlyos testi kórkép diagnózisával szembesülő pácienseknél figyeltek fel megjelenésére.

A pszichogén halálhoz vezető út állomásai az alábbi sorrendben követik egymást: szociális visszahúzóódás, majd az érintett apátiássá válik, ezután következik az abulia stációja, majd a pszichés akinézia, és innen számítva három-négy nap alatt bekövetkezik a pszichogén halál. Röviddel a halál előtt paradox jelenség, a „hamis ébredés” észlelhető.

A pszichogén halál közvetlen biológiai okát, ami a szervezet fizikai pusztulásához vezet, a Cannon-féle stresszmodell írja le. A fent részletezett fázisok hátterében az agy működését vizsgálva a dopamin egyensúlyának zavara detektálható. A mélylélektani megközelítés szerint a traumatikus esemény szembesíti az egyént végső tehetetlenségének élményével, elvész a biztonságérzet és a kontroll érzése, s ezen elemi fenyegetésérzés indítja be a biológiai stresszválaszokat.

A pszichogén halál első négy fázisából lehetséges visszafordítani az állapotot, így döntő fontosságú a tünetek mielőbbi felismerése. A modern kezelésben a soktalanítás, valamint az agyi dopaminrendszereken ható gyógyszerek alkalmazása mellett a pszichoterápiás intervencióé a főszerep, melynek célja a belső motiváció újjáélesztése, a kontroll érzésének visszaszerzése, a szelf visszaállítása érettebb változatban, és az élettörténet újrafirása, hogy az magában foglalja a traumát annak minden vonatkozásával együtt.

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

## Az elmeállapot megfigyelésének jogi buktatói a polgári eljárásokban

Vizi János

Országos Mentális Idegsebészeti és Ideggyógyászati Intézet –  
Nyíró Gyula Kórház, Budapest

94

A gondnoksági perekben elrendelt elmemegfigyelésnél felmerül a megfigyelés versus gyógykezelés dilemmája. Akiknél felmerül a gondnokság alá helyezés, általában eleve kezelés alatt állnak. Álláspontom szerint ezekben az esetekben szakmailag és etikailag is elfogadhatatlan a szakszerű kezelés megszakítása a megfigyelés idején, ez nem is szokott megtörténni. A gondnoksági perekben a cél az érintett jogainak védelme. A szakszerű kezelés ezzel összhangban áll. Ha az érintett állapota javul, az is az ő érdekeit szolgálja, jogi szempontból indokolt, hogy a kezeléssel elérhető állapot legyen az alapja a megítélésnek. Ha a beteg állapota jelentősen javul, ez a belátási képességre is kihathat, a szakértő dönthet úgy, hogy olyan véleményt ad, amely nem alapozza meg a gondnokság alá helyezést, annak fenntartását stb. A bíróság által elrendelt elmemegfigyelés a személyes szabadság korlátozását jelenti. Ugyanakkor a korlátozások foganatosítása jogilag meglehetősen problematikus. Kérdés, hogy a személy végrehajtja-e a bírósági határozatot, megjelenik-e a kijelölt pszichiátriai osztályon. Ha nem, milyen jogi lehetőségek vannak ennek biztosítására, ha egyáltalán vannak. Ha a személy megjelenik az osztályon, rendelkezésre áll-e bármilyen korlátozó eszköz annak érdekében, hogy együttműködjön a megfigyeléssel, ezen belül biztosítaná azt, hogy a személyt akarata ellenére is megakadályozhassák az osztály elhagyásában? A Pp. hallgat arról, hogy a személyt mikor és hogyan lehet korlátozni. Álláspontom szerint az a beteg, aki nem tanúsít (közvetlen) veszélyeztető magatartást és el akarja hagyni az osztályt, jogszerűen nem akadályozható meg ebben. Azonban, ha a személy a megfigyeléshez szükséges idő előtt távozik, akkor a megfigyelés célja meghiúsul. Másfelől, ha olyan személy távozását akadályozzák meg, aki nem tanúsított (közvetlen) veszélyeztető magatartást, akkor megvalósulhat a személyes szabadság jogellenes korlátozása, amely (büntető)jogi következményeket vonhat maga után. Felmerül a finanszírozás kérdése. A megfigyelés igazságszolgáltatási érdekből történik. A hatályos jogszabályok alapján a finanszírozás forrása egyértelműen az egészségbiztosítás, tekintettel arra is, hogy az érintettet a hatályos jogszabályok alapján tárgyi költségmentesség illeti meg.

## Kérdezze meg kezelőorvosát! – Mentális betegek kezelése az alapellátásban

Wernigg Róbert

Országos Kórházi Főigazgatóság, Alapellátásfejlesztési Igazgatóság,  
Alapellátástervezési és Fejlesztési Főosztály, Budapest

Magyarországon nagyjából 700 ezer fő szenved kezeletlen depresszióban (*Rihmer-Torzsa, 2020, Wernigg és mtsai, 2020*), és milliós nagyságrendű az ellátatlan alkoholbetegek száma (WHO 2018; *Wernigg és mtsai, 2020*). Ugyanakkor a szakellátás előregedő és fogyó humán kapacitás mellett (KSH), alacsony határfokkal működik, mivel a rutinesetek tömege terheli, nehezítve, – hogy feladatának megfelelően – a speciális szak tudást igénylő feladatokra összpontosítson. Ennek hátterében részben ellátásszervezési (pl. gyógyszerrendelési) szabályok állnak: a háziorvos kénytelen számos rutinesetben is a szakellátást igénybe venni, ahonnan gyógyszerírási javaslattal jön vissza a beteg, így szükségtelenül megnő az orvos–beteg találkozások száma, és meghosszabbodik a definitív ellátásig eltelt idő. Az orvos–beteg találkozások száma hazánkban évente átlagosan 11 (OECD): ez kirívóan magas szám, miközben a lakosság élménye az egészségügyi szolgáltatások elérhetetlensége. Mindez arra utal, hogy az ellátórendszer működése kevésbé célirányos, a betegek tisztításra szorulnak.

A WHO European Mental Health Action Plan (2013) kiemeli: az alapellátás képes elérhető, kompetens és megfizethető módon biztosítani a tömegek mentális ellátását, mivel (1) rezponzív (alacsonyküszöbű); (2) lakossághözeli; (3) holisztikus szemléletű; (4) koordinációra képes. Ezek jól hasznosíthatók a mentális zavarok esetében, amelyek többnyire más szomatikus megbetegedéssel társulnak (SAMSHA-HRSA, *Ratzliff és mtsai, 2016*). Emellett egy friss vizsgálat szerint a mentális betegek felhasználói élményét leginkább az azonnali elérhetőség (42,4%), a stigmamentes légkör (30,1%) és a kommunikáció (17%) befolyásolta (*Coronado-Vasquez et al, 2022*).

Az alapellátás informatikai támogatás, protokollok, képzési rendszer, monitoring és megfelelő finanszírozási modell révén alkalmassá tehető az egyszerű rutinesetek (pl. szövődménymentes depresszió, alkoholabúzus, szorongásos zavarok, korai demenciák) lakossághözeli, definitív kezelésére. Az alapellátási pszichológusok közreműködésével alacsony intenzitású pszichoterápiás beavatkozások végezhetőek. A szakellátás szerepe lehet az alapellátás konzultatív támogatása (akár telemedicinális eszközökkel), valamint a speciális kompetenciát igénylő esetek (pszichózis, szuicid krízis, OCD, személyiségzavarok, kettős diagnózisú páciensek stb.) közvetlen, komplex ellátása.

## Az a fantasztikus Nyugat-Európa

Zala Attila

Magánrendelő, Eisenstadt

11 éve dolgozom Nyugat-Európában – két évet töltöttem Németországban, 9 esztendeje gyűjtök tapasztalatokat Ausztriában.

Témakörökre bontva szeretném a magyar és a nyugat-európai szisztémát összehasonlítani. Előadásom erősen szubjektív jellegű.

Milyen előnyeim származtak a külföldi munkavállalásból – mik voltak az illúzióim, csalódásaim? Érték-e veszteségek azáltal, hogy elhagytam Magyarországot?

Előadásomat a következő pontok köré szervezve építem föl:

- A pszichiátriai struktúra, és főleg a szociális hátterrendszer különbségei.
- A kollegialitás és az emberi kapcsolatok nehézségei.
- A magyar és a külföldi kollégák szakmai felkészültségének és munkamentalitásának különbségei.
- Vajon különbözik-e a kinti beteganyag az itthoni páciensektől?
- És végül: Mi az a tapasztalat, amit szívesen hazahoznék Magyarországra?

## A Twitch egészséges és addiktív használata

Zsila Ágnes<sup>1</sup>, Orosz Gábor<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Unité de Recherche Pluridisciplinaire Sport Santé Société, Laboratoire Sherpas, Université d'Artois, Liévin, Franciaország

**Bevezetés:** A Twitch.tv az egyik legnépszerűbb videojáték-közvetítéssel foglalkozó internetes platform, amelyen naponta több mint két és félmillió néző követi kedvenc játékosainak élő közvetítését. A weboldal látogatottságának dinamikus növekedését jelzi, hogy 2019-ben közel 1,3 millió nézőt vonzott, míg 2020-ban 2,1 millióra, 2021-ben pedig már 2,8 millióra emelkedett a napi látogatottsága. Ez azt jelenti, hogy a nézők közel 2 milliárd óra élő közvetítést néztek meg a platformon 2021 nyaráig. A Twitch rendkívüli népszerűsége a tudományos világ érdeklődését is felkeltette. A korai tanulmányok hangsúlyozták a potenciálisan addiktív használat negatív következményeinek feltárására irányuló kutatások szükségességét.

**Cél:** Vizsgálatunk célja, hogy kialakítsunk egy olyan mérőeszközt, amely alkalmas a problémás Twitch-használat mérésére, valamint megvizsgáljuk az addiktív Twitch-használat összefüggéseit a pszichés distressz különböző indikátoraival.

**Módszer:** Kutatásunk 1544 magyar Twitch-felhasználó részvételével zajlott (89% férfi, átlagéletkor 25,4 év, szórás 6,4), egy online kérdőív segítségével. Első lépésben a 6 tételes Problémás Twitch-használat Skála (PTS) kialakítása történt, melynek elméleti alapját a hatkomponensű Griffiths-modell – a viselkedési addikciók tüneteinek leíró modellje – képezte.

**Eredmények:** A PTS feltáró és megerősítő faktor-elemzés során is kiváló illeszkedést (CFI > 0,99, TLI > 0,99, RMSEA < 0,03), valamint megfelelő belső konzisztenciát mutatott ( $\alpha=0,74$ ). A középpérték feletti tünetgyakoriságról beszámoló felhasználók a mintának csupán 0,58%-át alkották. Nem és iskolázottság szerint nem mutatkozott különbség a tünetek gyakoriságában, azonban előfordulásuk az életkor előrehaladtával enyhén csökkent. A tünetek gyakorisága mindemellett gyenge, szignifikáns kapcsolatot mutatott az internetesjáték-zavar, a depresszió, szorongás, szomatizáció, valamint a maladaptív nappali álmodozás tüneteivel.

**Következtetés:** Az eredmények azt sugallják, hogy az addiktív Twitch-használat előfordulása a felhasználók körében a jelentős időtöltés ellenére is ritka lehet, azaz a Twitch a függőség kialakulásának szempontjából alacsony kockázatú platform. A függőségre utaló tünetek azonban kapcsolatot mutatnak a pszichés egészség alacsonyabb színvonalával. Eredményeink megerősítésére mindazonáltal további vizsgálatok

szükségesek, amelyek reprezentatív mintán, gazdagabb kulturális kontextusban vizsgálják az időtöltés és az addiktív használat összefüggését.



# Kerekasztal-beszélgetések

## A PSZICHIÁTRIA A VILÁGJÁRVÁNYOK ÉS HÁBORÚK IDEJÉN

### Kerekasztal beszélgetés a pálya különböző szakaszain állókkal a közönség bevonásával

*Bitter István<sup>1</sup>, Szekeres György<sup>1,2</sup>, Baginé Tóth Erika<sup>3</sup>, Kállai Imre<sup>4</sup>, Kovács Márton Áron<sup>5</sup>, Bálint Benedek<sup>6</sup>*

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

<sup>2</sup> Rókus Kórház, Budapest;

<sup>3</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Szeged;

<sup>4</sup> Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Kenézy Gyula Campus, Felnőtt Pszichiátriai Osztály, Debrecen;

<sup>5</sup> Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs;

<sup>6</sup> Bethesda Gyermekkorház, Ilka utcai Gyermekpszichiátriai Osztály, Budapest

A Magyar Pszichiátriai Társaság Elnökségének és Fialat Pszichiáter Szekciójának közös szervezésében, immár másodjára hívjuk/hívunk meg Önöket/Benneteket egy kerekasztal-beszélgetésre, mely ebben az évben a világjárványoknak és a háborúknak a pszichiátriai ellátásra gyakorolt hatásával foglalkozik különböző generációk eltérő meglátásain keresztül.

Mit is jelent pontosan a szakmai identitásunk a nehéz időkben? Van, akinek már akad tapasztalata, van, aki még most keresi a talajt a lába alatt és próbál helyt állni az új szerepekben. Mi az, amit az ezzel járó szorongásokból mi magunk is hazaviszünk? Hogy legyünk hitelesen a betegeink mellett, miközben mi is nehezen bonyolódunk bele a családi asztalnál az egész világot foglalkoztató témákba? Talán a korszellem változásainak tükrében rejlik egy elfogadható válasz?

Feltehetően számos új helyzetnek pozitív aspektusai is vannak, ami kreatív megoldásokra sarkallhat minket, illetve nem elhanyagolható a más szakmákkal való szorosabb együttműködés „kényszere” sem – annak minden előnyével.

A szakmai életút különböző fázisaiban levő kollégák rálátása az aktuálisan kialakult helyzetre – az ellátásban betöltött szerepükből adódóan – eltérhet egymástól. A generációs különbségekből adódó eltérő

meglátások egy lehetőséget is hordoznak magukban, amennyiben ezeket nyíltan meg tudjuk osztani egymással, tanulva egymástól, ami elősegítheti az egymáshoz való közeledést is.

Kezdő és tapasztaltabb kollégáink a pályafutásuk néhány kiemelhető állomásán járnak éppen – rezidens, szakorvos-jelölt, frissen szakvizsgázott, tapasztalt szakorvos, docens és professzor emeritus –, így talán sokak számára tudunk azonosulási lehetőségeket kínálni. A kerekasztal-beszélgetést szeretnénk megnyitni a közönség számára is egy közös, interaktív beszélgetés formájában, hogy a téma iránt érdeklődőknek lehetősége legyen hozzászólásra, személyes élmények megosztására.

## SZUICIDOLÓGIAI KERESZTAL

*Szilágyi Simon*

Péterfy Sándor utcai Kórház Krízisintervenciós és Pszichiátriai Osztály, Budapest

98

Moderátor: Németh Attila

Felkért hozzászólók: Osváth Péter, Rihmer Zoltán, Balczár Lajos, Szilágyi Simon

A kereszttal során a résztvevők bemutatják hazai szuicid arányszámok változásait és áttekintik az magyar öngyilkossági szcéna háttértényezőit. Tárgyalják az aktuális helyzet javítását célzó öngyilkosság-megelőzési lehetőségeket is.

## IGAZSÁGÜGYI PSZICHIÁTRIAI KERESZTAL 1.

**A készülő igazságügyi pszichiáter szakértői módszertani levél legvitatottabb kérdései**

*Baran Brigitta<sup>1</sup>, Kristóf Andrea<sup>2</sup>, Somogyi Andrea<sup>3</sup>, Vizi János<sup>4</sup>, Dósa Ágnes<sup>5</sup>*

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet, Budapest;

<sup>3</sup> Figori Kft, Budapest ;

<sup>4</sup> Nyíró Gyula Kórház Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Jogi és Forenzikus Osztály, Budapest;

<sup>5</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Moderátor: Kristóf Andrea

Résztvevők: a módszertani levél készítésében közreműködő igazságügyi pszichiáter szakértők

Az igazságügyi pszichiáter szakértő „különleges (pszichiátriai) szakértelmével” segíti a bíróságokat és a különféle hatóságokat határozataik meghozatalában. Vagyis a pszichiátria a szakma mindenkori, bizonyítékokon alapuló tudásanyagát adja át a jog képviselői számára közérthető, világos megfogalmazásban.

Évtizedek óta hiányzik azonban az igazságügyi pszichiáter szakértők munkáját segítő, számukra szakmai támpontot jelentő, érvényes módszertani levél.

A Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara (MISZK) által kijelölt módszertani levél fejlesztő bizottság tagjai munkájuk során számos olyan kérdésbe botlottak, melyben a szükséges szakmai konszenzus nem, vagy alig volt elérhető. Ilyenek: a jogszabályoknak a pszichiátria szakma számára elavult kifejezéseinek használata, a jogi meghatározások szakmai definíciója, a szakértői kompetenciák pontos meghatározása, a modern vizsgálóeszközök (telemedicina) beemelése stb.

Kereszttalunkon mindhárom oldal (jogi, szakértői, pszichiátriai) képviselőinek részvételével pro és kontra érvek mentén próbálunk – a hallgatóság aktív részvételére is számítva – a vitatott kérdések megoldásához közelebb kerülni.

## **IGAZSÁGÜGYI PSZICHIÁTRIAI KEREKASZTAL 2.**

### **Az igazságügyi pszichiáter szakértői gyakorlat égető kérdései – elvárások, korlátok és lehetőségek**

*Baran Brigitta<sup>1</sup>, Réthelyi János<sup>1</sup>, Bitter István<sup>1</sup>,  
Dósa Ágnes<sup>2</sup>, Kristóf Andrea<sup>2</sup>, Gazdag Gábor<sup>3</sup>*

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet,  
Budapest;

<sup>3</sup> Jahn Ferenc Kórház Addiktológia II. Pszichiátriai Osztály, Budapest

Moderátor: Réthelyi János

Résztevők: A SE igazságügyi pszichiátriai szakmai  
grémium tagjai

Meghívottak: IM, BM, MISZK, NSZKK, Pszichiátria  
és Igazságügyi OrvostanTagozat, OBH, PÉF képviselői.

Az igazságügyi pszichiátria egyetemi oktatása és tudományos művelése Magyarországon az 1880-as évek-re nyúlik vissza. *Moravcsik Ernő Emil* volt az első magyar igazságügyi pszichiátriai tanszék (akkoriban Törvényszéki elmekörtan tanszék) vezetője a budapesti orvosegyetemen (a Magyar Királyi Pázmány Péter Tudományegyetem Orvostudományi Karán).

Egyetemünk igazságügyi pszichiátria szakmai grémiuma felelős az igazságügyi pszichiáter szakértővé váláshoz szükséges igazságügyi pszichiátria szakképesítést eredményező képzésért. Célunk, hogy a képzés során a leendő igazságügyi pszichiáter szakértők olyan elméleti és gyakorlati szakmai ismereteket szerezzenek, hogy különleges szakértelmükkel hatékonyan és tudományos bizonyítékokkal is megalapozottan támogatassák a bíróságokat és a különféle hatóságokat az ítéletalkotásban, illetve határozataik meghozatalában.

Az elmúlt években azonban az igazságügyi pszichiáter (és pszichológus) szakértők száma rohamos csökkenést mutat, és mostanra kritikus igazságügyi pszichiáter szakértői hiány alakult ki az igazságügyi szakértői intézetekben is. Ez részben a szakértői kar magas átlagéletkorával és a vállalhatatlan szakértői munkakörülmények miatti fokozatos lemorzsolódással magyarázható, illetve azzal, hogy az igazságügyi pszichiáter szakorvosképzésre évente csak néhány pszichiáter szakorvos jelentkezik. A bíróságok a kötelező intézeti gyógykezelés jogszerűségét vizsgáló nem peres eljárásban országszerte – igazságügyi szakértő hiányában – pszichiáter szakorvosokat foglalkoztatnak az eljárásban eseti szakértőként. A pszichiáter szakorvosok eseti szakértőként való foglalkoztatása viszont az így is humán erőforrás hiánnyal küzdő pszichiátriai betegellátás biztonságosságát veszélyezteti.

Kerekasztalunk témája a jogi és a pszichiátriai betegellátás oldaláról is tarthatatlan állapot okainak feltárása mellett a probléma lehetséges megoldásainak keresése – meghívott illetékes minisztériumok és szervezetek, betegszervezet képviselőinek részvételével.

## VESZÉLYEZTETŐ BETEGEK ELLÁTÁSA KEREKASZTAL

## HIDAK ÉS UTAK – GONDOZÓI KEREKASZTAL

### Tartósan veszélyeztető magatartású betegek gondozása

### A hidakhoz utak is kellenek...

100

Litkei Éva<sup>1</sup>, Wernigg Róbert<sup>2</sup>, Bérdi Márk<sup>3</sup>,  
Blazsek Péter<sup>4</sup>, Dósa Ágnes<sup>5</sup>, Kiss-Szöke Anna<sup>6</sup>,  
Szabó Ferenc Ádám<sup>7</sup>, Szegődi Nóra<sup>8</sup>

Balczár Lajos<sup>1</sup>, Englert Tímea<sup>1</sup>, Erdélyi Rita<sup>2</sup>,  
Kiss-Szöke Anna<sup>3</sup>, Slezák Adrienn<sup>4</sup>, Váradi Enikő<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Országos Mentális Ideggyógyászati Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest;
- <sup>2</sup> Országos Kórházi Főigazgatóság, Budapest;
- <sup>3</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály; magánrendelés, Budapest;
- <sup>4</sup> Szent Margit Rendelőintézet Pszichiátriai Gondozó, Budapest;
- <sup>5</sup> Semmelweis Egyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest;
- <sup>6</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Járóbeteg szakrendelés és gondozás, Szeged;
- <sup>7</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Forenzikus Munkacsoport, Budapest;
- <sup>8</sup> Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat Pszichiátriai Szakrendelő-Gondozó, Budapest

- <sup>1</sup> Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Pszichiátriai Szakrendelő és Gondozó, Veszprém;
- <sup>2</sup> Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó, Kecskemét;
- <sup>3</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Járóbeteg szakrendelés és gondozás, Szeged;
- <sup>4</sup> Országos Mentális Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház Pszichiátriai Gondozó, Budapest;
- <sup>5</sup> XVI. kerületi KESZ Pszichiátriai Gondozó és Főnix ház, Cogito Alapítvány, Budapest

Az elmúlt években kiemelkedő figyelem fordult a pszichiátriai ellátás során az auto- és heteroagresszív viselkedés kockázataira és ezek lehetséges legpontosabb felmérésére. Az alkalmazott becslőskálák számos olyan kockázati tényezővel számolnak, melyek az egyén élete során statikusnak tekinthetők, így hosszmeteszben tartósan magas kockázatú, akár tartósan veszélyeztető viselkedésmintákat, magatartást eredményeznek a páciensek egy részénél.

A pszichiátriai gondozók egyesületei több mint 10 éve képviseltetik magukat kerekasztal formájában a Magyar Pszichiátriai Társaság vándorgyűlésein, illetve konferenciáin. Témáikban igyekeztek teret adni a gondozói munkát érintő aktualitások megvitatásának, és a hallgatósággal együtt közös platform kialakításának. Napjainkban a pszichiátriai járóbeteg-ellátás komoly gondokkal küzd. Szakember- és finanszírozás hiányában a gondozás a régi módon már nem folytatható tovább.

A közvetlen veszélyeztető viselkedést tanúsító beteg ellátásának jogi háttere jól körülírt, bár a „saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszély” fogalma sok szubjektív elemet tartalmaz.

Jelen kerekasztalt – a probléma súlya miatt – az öszszefogás jegyében, a fővárosi és a vidéki gondozói egyesület együttesen szervezte.

Nem közvetlenül veszélyeztető magatartás akár tartós fennállása esetén azonban az ambuláns vagy gondozói ellátásban dolgozó pszichiáter meglehetősen eszköztelenné válik a rendszerint rosszul együttműködő beteg ellátása során. A sürgősségi ellátás jogi feltételei nem állnak fenn, a jogszabályi keretek tisztázatlanok. A jelenlegi szabályozás a kötelező gyógykezelést alig megvalósíthatóvá teszi intézményi keretek közt is, ambuláns formában pedig ez elérhetetlen – ha egyáltalán elméletileg lehetséges.

- Témái:*
- Az egyesületek (FŐPSZICHE, MPGRE) rövid bemutatkozása.
  - A gondozók akkreditációjának kérdései.
  - Gondozási protokoll és finanszírozás.
  - A gondozás és alapellátás kapcsolatának szükség-szerű módosításai.
  - Új ellátási formák a gondozásban: NTR.
  - A gondozás jövője, tervek a rendszer átalakításához.

Kerekasztalunk során a tartósan veszélyeztető magatartású betegek ambuláns ellátásban, gondozásban való menedzselésének lehetőségeiről, a fejlesztések irányairól szeretnénk beszélni, valamint a lehetséges utakat feltérképezni, figyelembe véve az ellátórendszer valós adottságait és jogi lehetőségeit.

A kerekasztal célja az aktív, közös gondolkodásra ösztönzés a betegközpontú, és személyre szabott gondozás fejlesztésének reményében.

## ORSZÁGOS KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSOK EGYESÜLETE KEREKASZTAL

### Pszichiátriai gondozás, otthonközeli rehabilitáció együttműködésben

*Herold Krisztián<sup>1</sup>, Slezák Adrienn<sup>2</sup>, Englert Tímea<sup>3</sup>,  
Grósz Attila Pál<sup>4</sup>, Bódy Éva<sup>5</sup>, Berényi András<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Pécs;

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet –  
Nyíró Gyula Kórház, Pszichiátriai Gondozó, Budapest;

<sup>3</sup> Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.,  
Veszprém;

<sup>4</sup> TÉR Magánrendelő és Közösségért Alapítvány Közösségi  
Szolgáltatások Dél-Balaton, Siófok;

<sup>5</sup> Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Budapest;

<sup>6</sup> Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Debrecen

*Esetbemutató – erősségek-gyengeségek a betegutak-  
ban, pszichiátriai gondozás az egészségügy és a szociá-  
lis szolgáltatások együttműködésében*

(Országos Közösségi Ellátások Egyesületének [OKEE]  
kerekasztala)

*Célkitűzés:*

- A kerekasztal célja, hogy a krónikus pszichiátriai betegséggel élők pszichoszociális rehabilitációjában, gondozásában tevékenykedő szakembereket közös gondolkodásra invitálja a minél hatékonyabb együttműködések elősegítésére.
- Esetbemutatókon keresztül tekintünk rá a pszichiátriai gondozás és a közösségi ellátások együttműködésében történő rehabilitációra, támogatásra, a közös munkában lévő lehetőségekre, eredményességekre.
- Gyakorlati tapasztalatokon keresztül véleményt cserélünk, hogy a jelen ellátási struktúra, ellátási térkép milyen kihívások elé állítja a gondozást végző szakembereket, hogy válhat erőforrássá az interprofesszionális együttműködés.
- A kerekasztal során rátekintünk, hogy a mindennapi gyakorlatban eddig alkalmazott hatékony betegutak mennyiben változtak a pandémia során, után, az aktualitásokat a jó gyakorlatokon és a felmerülő dilemmákon keresztül tekintjük át egészségügyi és szociális szakemberek bevonásával.

*Módszertan:* A közösségi pszichiátriai ellátások rendszerszemléletű, viselkedésterápiás eszközökre épülő támogatások, amelyek jól illeszkednek az egészségügyi szakellátáshoz, és a szociális alapszolgáltatásokhoz. A közösségi ellátások szolgáltatásai a krónikus pszichiátriai betegeknek nyújtanak segítséget a kompenzált egészségügyi állapot fenntartásában, a szociális kompetenciáik fejlesztésében.

Magyarországon a kliens felépülési folyamata több helyen – melyeket jó gyakorlatokként említünk – psi-

chiátriai egészségügyi gondozóval funkcionális integrációban, más területeken szoros interprofesszionális együttműködésben otthonközeli valósul meg.

*Feladatok:*

- Szakmai, ágazati, ágazatközi érdekképviselet, a pszichiátriai betegséggel élők, a velük foglalkozó szakemberek általános és speciális érdekeinek védelme.
- Országos módszertani feladatok, szakmai irányelvek, szakmai protokollok kidolgozása.

*Tervezett résztvevők:*

*Slezák Adrienn és a Soteria Alapítvány Matéria Klubháza, Közösségi Ellátás Budapest*

*Englert Tímea a Horgony Pszichiátriai Betegekért Közhasznú Alapítvány Közösségi Ellátás, Veszprém*

*Grósz Attila Pál, Bódy Éva, Berényi András, Herold Krisztián, OKEE*

**TELEMEDICINA ÉS TELEPSZICHIÁTRIA  
KEREKASZTAL**

**A pszichiátria jövője: képbe került  
a telepszichiátriai ellátás**

102

*Radics Judit<sup>1</sup>, Unoka Zsolt<sup>2</sup>, Graef Anikó<sup>3</sup>,  
Horváthné Schmidt Ilona<sup>4</sup>, Driesz Márta<sup>5</sup>,  
Moretti Magdolna<sup>6</sup>, Oriold Károly<sup>7</sup>*

<sup>1</sup> Petz Aladár Egyetemi Oktatókórház, Győr;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás  
Klinika, Budapest;

<sup>3</sup> IX. kerület Pszichiátriai Gondozó, Budapest;

<sup>4</sup> Magánrendelés, Győr;

<sup>5</sup> Hetényi Géza Kórház, Szolnok;

<sup>6</sup> Magánrendelés, Eger;

<sup>7</sup> Lélekben Otthon Alapítvány, Budapest

Jóllehet a telemedicina évtizedekkel ezelőtt kezdett teret hódítani, alkalmazása világszerte, így hazánkban is csak a COVID-19 pandémia és az ezzel járó korlátozások, karanténszabályok nyomán vált szükségessé – gyakorlatilag valamennyi orvosi szakterületen.

Úgy tűnik, újabb és újabb járványok előtt állunk, de a távgyógyászat már ettől függetlenül is a mindennapi élet szerves részévé vált. Egyáltalán nem átmeneti telemedicinális időszakról van szó, hanem arról, hogy egy váratlan világvárvány felgyorsította a távgyógyászat alkalmazását, sok esetben megmutatta annak előnyeit, de legfőképpen megkerülhetetlenné és elfogadottá tette azt, hogy orvosi, egészségügyi ellátásra sor kerülhet az orvos és a beteg közvetlen személyes találkozása nélkül is.

Kerekasztalunk a telemedicina klinikumban történő megjelenéséről, kiemelten pedig telepszichiátriai alkalmazásáról szól.

Az előadók maguk is személyes tapasztalattal rendelkeznek a telepszichiátriai ellátások terén, mely tapasztalatuk már dokumentált formában is – Telepszichiátriai esettanulmányok című könyv – elérhető.

# Munkacsoportok

## KIP MŰHELY MUNKACSOPORT

*Fadgyas Ildikó, Andriska Ildikó, Andriska Eszter*

Szent Kristóf Szakrendelő XI. kerületi Pszichiátriai Gondozó,  
Budapest

**Célkitűzés:** Újratervezés idején tisztáznunk szükséges, mit szeretnénk elérni, mik azok a dolgok, amelyek igazán fontosak, mit mond a belső hangunk, miközben kérdéseinkre keressük a választ. Hiszünk abban, hogy az integratív terápia célszerű választás az újraközeledés segítésére: hatékony, jól strukturált, kellőképpen kidolgozott terápiás eszköztárral rendelkezik, gyors feszültségmentesítésre, hosszabb távú lelki harmonizálásra alkalmas.

**Módszer:** A Katatím Imaginatív Pszichoterápia módszerét az 1950-es években *Hanscarl Leuner* dolgozta ki és vezette be a pszichoterápiák sorába tudományosan megalapozott módszerként.

Ennél a módszernél az alapvető és központi történet módosult tudatállapotban és/vagy relaxációban az imagináció és az imaginációban folyó pszichoterápiás munka. Ezt az egész terápiás folyamat során szisztematikusan és célzottan alkalmazzuk. Az imaginációkkal való munka a terápiás ösztörténetbe ágyazódik.

A műhely során röviden áttekintjük:

- a katatím imaginatív pszichoterápia történetét;
- a *Hanscarl Leuner* által kidolgozott szimbólumokat;
- a szimbólumok gyakorlati alkalmazhatóságát;
- meglevő terápiás eszköztárunkba illeszthetőségét;
- gazdagon illusztrált esetrészletekkel;
- integratív terápiás lehetőségekkel.

A műhely során – amennyiben a résztvevők igénylik – lehetőség nyílik a sajátélményű munkára: a csoport által egyeztetett módon a hétköznapi transz létrejöttének segítségével a gyakorlatban is megtapasztalhatjuk a katatím szimbólumok csodás világát.

**Eredmények:** Az integratív terápia egyik alapvető módszere 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 ad-

nak a belső világ tükröződéséhez. Így a terapeuta a problémák transzformált képével foglalkozik, ezáltal csökken az ellenállás, a terápia során bekövetkező mélypszichológiai változás az imaginált képben leolvasható és a terápiás történések nyomán 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 órá tökéletes hasznosítására

## SZEMFÉNYVESZTŐ MŰVÉSZET

### A szerző már az ellenkezőjét sem gondolja? A Szemfényvesztő művészet továbbgondolása három tételben

Gerevich József

Addiktológiai Kutató Intézet, Solymár

1. *William Butler Yeats* a Választás című versében felteszi a kérdést: „A szerző választani kényszerül:/élete legyen tökély vagy a mű?” Ezeket a sorokat legújabb könyvemben idéztem, de a feltett kérdésre elmaradt a részletes elemzés. Hiszen minden egyes alkotó különböző választ adott erre az explicit módon ritkán feltett kérdésre. Művészetpszichológiai szempontból a válasz kikerülhetetlen, e workshop közönségét is erre inspirálom.

2. *John Berryman* életének és költészetének elemzése készített arra, hogy elkezdjek érdemben is foglalkozni az alkoholivás (szerhasználat) és művészi alkotás összefüggéseinek kérdésével, meghaladva azt az egyszerű és látszólag magától értetődő sommás választ: a kémiai anyag ellene dolgozik a produktív művészi tevékenységnek. Könyvemben eltérő példákat sorakoztatok fel, de elemzésem így is leegyszerűsítő és felületes maradt. A kérdés mindenképpen továbbgondolásra érdemes.

3. Van-e „leépülés” a művészetben? A kézenfekvőnek látszó válasz (igen) azonban megint csak leegyszerűsítő: *Ravel* Bolerója, *Willem de Kooning* Alzheimer-kóros állapotban készült képei, *Lovis Corinth* stroke utáni művészete vagy *Hölderlin* kései versei (nem is szólva *Gulácsy Lajos* posztpszichotikus festményeiről vagy *Louis Wain* absztrakt macskáiról) felvetik azt a kérdést, valóban követi-e a műalkotás a kórkép deteriorizációját, megkérdőjelezve a „pszichopatológiai művészet” fogalmát.

Elsősorban azok jelentkezését várom, akik készek közös töprengésre, interaktív együttgondolkodásra. A workshopon való részvételnek nem feltétele a Szemfényvesztő művészet elolvasása. De ajánlott.

## TÜNDÉRHEGYI PSZICHODIAGNOSZTIKUS MUNKACSOPORT

### Pszichodiagnosztikai híd a pszichiátriai és a pszichoterápiás ellátás között. A DSM-5 AMPD (Személyiségzavarok Alternatív Modellje) indikációs lehetőségei

*Rubovszky György Zsolt, Bányai Ákos, Boros Edit, Füzesi-Kulcsár Szilvia, Margitics Marcell, Milák Piroška, Petrovszki Irén, Sarbak István, Ternován Szilvia, Sörös Petra, Dávid József, Kiss Tibor Cece*

Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Osztály, Budapest

A személyiségzavarok ellátása és pszichodiagnosztikája régóta kihívást jelent az ellátórendszer számára. Rendszeres tapasztalatunk, hogy ez a döntően integrálatlan indulatok által meghatározott kórkép nehezen illeszthető be a jelenlegi ellátási rendszerbe, gyakran élnek meg a segítők tehetetlenségét a velük való munka során. A személyiség struktúráját érintő zavarok gyakran és könnyen változó állapotokat eredményeznek, ami mind a pszichoterápiás, mind a pszichiátriai ellátást kihívások elé állítja. A terápia során a kezelőkben időről-időre megjelenő elégtelenség-élmény pedig áthelyezésekhez vezethet, s ez az ellátó-intézmények szoros együttműködését teszi szükségessé.

A tüneti és a strukturális diagnosztikus szemléletek is megosztóak tudnak lenni a szakmán belül. Ennek nyomán a DSM-5 már két megközelítést tartalmaz a személyiségzavarok diagnosztikájára tekintetében. A II. fejezet a hagyományos kategoriális megközelítést írja le, miközben egyre több szakember ért egyet abban, hogy ez a megközelítés nem képes megfelelően megragadni a páciens egyéni tapasztalatait és élményeit (*Bogaerts, Luyckx és mtsai, 2021*). Ezen aggályok feloldása érdekében a DSM-5 III. fejezete egy alternatív, hibrid modellt mutat be, amely egyrészt a személyiség szerveződésének súlyosságát és a maladaptív személyiségvonások dimenzionális megközelítését foglalja magában (American Psychiatric Association, 2013). Az ún. Személyiségzavarok Alternatív Modelljének (Alternative Model of Personality Disorders, AMPD) első modulja így két kritérium mentén méri a személyiségzavar súlyosságát

*A kritérium:* az intraperszonális funkcionális (identitás és önirányítottság), továbbá az interperszonális funkcionális (empátia és intimitás) mentén.

*B kritérium:* A második modul pedig a patológiás személyiségvonásokat helyezi fókuszba.

Az AMPD lehetőséget ad arra, hogy a szakember diszkrét személyiségzavar-kategóriák helyett a funk-



cionalitás egymással kereszteződő dimenzióira koncentrálhasson (*Morey és mtsai, 2011*).

Munkacsoportunkban arra teszünk kísérletet, hogy az osztályunkon folyó kutatás tapasztalatai alapján bemutassunk az ellátórendszer számára kihívást jelentő eseteket, annak érdekében, hogy a betegellátás szervezését pontosabbá tudjuk tenni. Célunk ezzel segíteni az eligazodást a személyiségzavarral élő páciensek éppen aktuális szükségletei és adekvát ellátási formái között, különös hangsúlyt fektetve a pszichoterápiás alkalmasság feltételeinek meghatározására.

# Poszterek

106

## KLINIKAI ÉS ALAPKUTATÁSOK

### A megerősítés érzékenysége és a rossz szülői bánásmód interakciója bejósolja egyes affektív agyterületek nyugalmi működését serdülőkorban

Ágrez Kristóf<sup>1</sup>, Rádosi Alexandra<sup>1,2</sup>, Bunford Nóra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Természettudományi Kutatóközpont, Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet, Fejlődéstani és Transzlációs Idegtudomány Kutatócsoport, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

**Bevezetés:** A gyermekkorban elszenvedett rossz szülői bánásmód egyaránt összefügg a megerősítés érzékenységgel (1) és az affektív feldolgozáshoz köthető agyterületek működésével (2, 3), azonban ezek kölcsönhatása egyelőre ismeretlen. Kutatásunkban a rossz bánásmód és a megerősítés érzékenysége egy releváns alrendszer (Behavioral Inhibition System; BIS) érzékenysége közötti interakció prediktivitását vizsgáltuk a nyugalmi agyműködésre, mely magyarázatot adhat ezek érzelemszabályozáshoz (4), és internalizáló zavarokhoz (5) fűződő viszonyainak neurális hátteréhez.

**Módszer:** A Budapest Longitudinal Study of ADHD and Externalizing Disorders keretében serdülők (n=141; M=16,35 év; SD=1,12 év; 63,8% fiú) önbevalláson alapuló kérdőíveket, például Kérdőív az Otthoni Környezetről (CATS) és Megerősítésérzékenység-elmélet-Személyiségkérdőív (RST-PQ) töltöttek ki, és egy 10 perces nyugalmi állapotú fMRI mérésen vettek részt.

**Eredmények:** A Funkcionális Hálózati Konnektivitás (6) elemzés eredményei azt mutatták, hogy a CATS Elhanyagolás/Negatív otthoni légkör × RST-PQ BIS két klaszter kapcsolatainak aktivitását jósolta be (pFDR < ,05). Egyik klaszter a jobb gyrus orbitalis posterior (OFCpost) és a frontális kéreg mediális része közötti, másik a jobb OFCpost és a kétoldali amygdala, valamint a bal hippocampus közötti kapcsolatait tartalmazta. A konnektivitás a BIS érzékenységgel a rossz bánásmód enyhébb szintjén negatív, súlyosabb szintjén pozitív együtt járást mutatott.

**Megbeszélés:** Eredményeink alapján feltételezhető, hogy a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód szenzitizálja az említett agyterületekhez kapcsolódó rendszert, amely a különböző konfliktusos (például két megközelítést, vagy megközelítést és eltávolodást kiváltó) ingerhelyzetek feloldásáért felel, továbbá ezen agyterületek diszfunkciója egyaránt együtt járást mutat érzelemszabályozási nehézségekkel is.

#### Hivatkozások:

<sup>1</sup> 10.1111/sltb.12718

<sup>2</sup> 10.1017/S0033291712002942

<sup>3</sup> 10.1017/S0954579415000954

<sup>4</sup> 10.1016/j.j.paid.2021.110718

<sup>5</sup> 10.1007/s10578-011-0266-x

<sup>6</sup> 10.1016/j.neuroimage.2007.11.001

## Két személy egyidejű vizsgálata nagy denzitású EEG hiperszenking segítségével szkizofrénia spektrumban

Fullajtár Máté, Kakuszi Brigitta, Bitter István, Czobor Pál

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A szkizofrénia spektrumban fellépő társas interakciós problémáknak fontos szerepük van a betegek mindennapi életében. A szkizofréniával kapcsolatos legtöbb neurobiológiai kutatás a betegeket nem valódi szociális interakciós helyzetben tanulmányozta. A vizsgálatok többnyire egyszemélyes feladathelyzeteken alapultak.

**Cél:** A társas interakciós folyamatok neurobiológiai hátterének jellemzése agyi P300 eseménykapcsolt potenciálok segítségével, két egymással interakcióban lévő személynél.

**Módszer:** A vizsgálatban szkizofrén (N=32) és egészséges kontrollszemélyek (N=48) vettek részt. A P300 komponensre fókuszálva Go/No-Go feladathelyzetet használtunk, amelyben a résztvevőknek párokban „actor-observer” (cselekvő-megfigyelő, majd felváltott sorrend) helyzetekben egy viselkedési válaszgátlás feladatot kellett végrehajtaniuk. Ingerként az International Affective Picture System képeit alkalmaztuk, melyeket a Presentation software segítségével jelenítettünk meg. Az EEG-jelek rögzítésére feladatvégzés közben két nagy denzitású, 256-csatornás BioSemi erősítő rendszert használtunk. A P300 elemzése során irodalmi adatok alapján a fronto-centrális agyterületre fókuszáltunk. Míg a korábbi vizsgálatok többnyire egyszemélyes, aktív cselekvő helyzetben vizsgálták a P300 agyi választ, mi a megfigyelő helyzetre összpontosítottunk.

A pszichopatológiai tüneteket a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) segítségével jellemeztük.

**Eredmény:** Megfigyelő helyzetben szkizofrén betegeknél a P300 amplitúdó szignifikáns ( $p < 0,05$ ) redukciót mutatott az egészséges személyekhez képest. A cselekvő-megfigyelő feladathelyzetben a sorrendiség (időbeli ismétlődés) hatására (cselekvőből lett megfigyelő) egészséges személyeknél a P300 amplitúdó csökkent, míg szkizofrén betegeknél növekedést mutatott.

**Következtetés:** Eredményeink igazolják, hogy a szkizofrén betegeknél korábban egyszemélyes feladathelyzetben leírt P300 deficit egyszerű társas interakció során (megfigyelő helyzet) is detektálható. A P300 amplitúdó sorrendiséggel összefüggő különböző irányú változásai mögött egészséges személyeknél a habituáció, szkizofrén betegeknél pedig az irodalomban leírt habituációs deficit, illetve a kóros jelentőség-tulajdonítás állhat.

Támogatás:

Nemzeti Kutatási Program# 2017-1.2.1-NKP-2017-0002

## II-es típusú diabéteszesek distressze és gyógyszeres adherenciája a koronavírus-járvány idején

Heckenberger-Nagy Evelyn<sup>1</sup>, Tiringer István<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szent Rókus Kórház, Baja;

<sup>2</sup> PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Pécs

**Bevezetés:** A cukorbetegség nagyon gyakran érzelmi distresszt okoz, melyet betegség-specifikusan diabétesz distressznek hívunk. A magas distressz nemcsak pszichés megterhelést jelent, az érintett betegek rosszabb adherenciával, rosszabb glikémiás kontrollal rendelkeznek, és körükben magasabb a halálozás is. A krónikus betegségben szenvedők, így a cukorbetegség, sebezhetőbbek a COVID-19 fertőzéssel szemben, és esetükben megnövekedett a komplikációk és a mortalitás esélye is. Kutatásunkban a COVID-19 és a korlátozások okozta hatásokat is vizsgáltuk: felmértük, hogyan befolyásolja a pandémia az aggodalmakat, a diabétesz distresszt, és hogy ez jobb vagy rosszabb adherenciával társul-e.

**Vizsgálati módszer:** Keresztmetszeti vizsgálatunk online platformon zajlott. A kérdőívek magukban foglaltak szociodemográfiai kérdéseket, COVID-19 fertőzéssel összefüggő kérdéseket, diabétesz distresszel, életminőséggel, gyógyszeres és életmódbeli adherenciával kapcsolatos itemeket. A kérdőívet 252 fő töltötte ki. A vizsgálatban gyűjtött adatokat anonim módon, csoport-szinten, SPSS programcsomag segítségével elemeztük.

**Eredmények:** A diabéteszrel összefüggő distressz és a COVID-19 szorongás pontszámai között pozitív, gyenge erősségű korreláció áll fenn ( $\rho = 0,250$ ,  $p < 0,001$ ). Az életminőség és a COVID-19 szorongás között gyenge, negatív korreláció áll fenn ( $\rho = -0,286$ ,  $p < 0,001$ ), azaz, ha valaki jobbra értékeli az életminőségét, kevésbé fél a koronavírustól. A magasabb koronavírus-szorongás enyhe pozitív összefüggést mutat az adherenciával ( $\rho = 0,131$ ,  $p = 0,038$ ). Érdekes eredmény, hogy a diabéteszrel összefüggő szorongás és az adherencia nem mutatnak összefüggést, tehát, ha a beteg jobban szorong a cukorbetegsége és annak szövődései miatt, attól még nem lesz jobb az adherenciája.

**Megbeszélés:** A COVID-19 járvány negyedik hulláma csak enyhe, statisztikailag nem jelentős mértékben növelte a cukorbeteg szorongását. A betegség-specifikus distressz és életminőség konstruktumok érvényességét látszik alátámasztani a COVID-19 szorongással mutatott fordított kapcsolatuk. Míg a distressz pozitív, addig az életminőség negatív összefüggésben van a COVID-19-cel kapcsolatos szorongással. Ezek az összefüggések azért figyelemre méltóak, mert egy betegség-specifikus distressz- és életminőségskála, valamint egy járványspecifikus szorongás-skála pozitív együtt járását mutatják, ami nem magyarázható a három skála tételeinek tartalmi átfedésével.

**Biológiai mozgásingerekre adott agyi válaszok vizsgálata autizmus spektrumzavarban: nagy denzitású EEG-vizsgálat**

*Kakuszi Brigitta<sup>1</sup>, Szuromi Bálint<sup>2</sup>, Bitter István<sup>1</sup>, Czobor Pál<sup>1</sup>*

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

<sup>2</sup> Országos Mentális Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

108

**Bevezetés:** A biológiai mozgás (BM) feldolgozása a szociális kognitív folyamatok fontos összetevője, mivel elősegíti mások szándékainak és érzelmi állapotainak a felismerését. A BM-ből származó, szociálisan releváns információk hiánya problémát jelenthet a mindennapi társas kapcsolatokban. Korábbi kutatások alapján az autizmus spektrumzavarral (ASD) élő személyek csökkent képességet mutatnak a BM-ből származó információk kiértékelésében, amely a betegségben megfigyelhető szociális interakciós problémák egyik mögöttes tényezője lehet.

**Célkitűzés:** Az autizmus spektrumzavarban megjelenő szociális interakciós problémák neurobiológiai hátterének vizsgálata biológiai mozgásingerekre nyert vizuális eseménykapcsolt potenciálok segítségével.

**Módszer:** Vizsgálatunkban összesen 52 személy (ASD=14, egészséges kontroll=38) vett részt. Az EEG-jelek rögzítését nagy denzitású, 256-csatornás BioSemi erősítő rendszerrel végeztük. Biológiai mozgás ingerként az irodalomban használt, általános emberi mozgásmintázatokat (pl. futás, dobás, mászás, ugrás) megjelenítő, időben dinamikusán változó pontingereket (PLD) használtunk. Kontroll ingerként véletlenszerűen mozgó pontmintázatokat (scrambled motion, SM) alkalmaztunk. Előzetes szakirodalom alapján érdeklődésünk fő területe (ROI) a temporo-parietális kapcsolódás agyi régiója volt. A feldolgozás során a BM és SM ingerekre adott kiváltott válaszok csoportkülönbségeit vizsgáltuk.

**Eredmény:** Előzetes eredményeink alapján az ASD és kontrollcsoportok között szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) detektálható mind a BM mozgásra adott korai (P1, P2) mind a késői kiváltott válaszokat esetében. A csoportok közötti eltérések a vizuális kiváltott válaszok korai komponenseit illetően szignifikáns amplitúdó növekedést, míg a késői komponensek esetében csökkenést mutatnak.

**Következtetés:** Vizsgálatunk eredményei konzisztensek az ASD DSM-5 diagnosztikai rendszer szerinti leírásával, amely a szenzoros inputra adott hiper- vagy hiporeaktivitást klinikai kritériumként fogalmazza meg. A biológiai mozgásingerekre nyert agyi kiváltott válaszok vizsgálata elősegítheti az ASD-ben érintett szociális kognitív károsodások agyi biomarkereinek azonosítását.

**Köszönetnyilvánítás és támogatás:**

Köszönetünket fejezzük ki az AOSZ munkatársainak, *Kővári Editek* és *Schindele Ildikónak*, valamint *Németh Krisztina*, *Havasi Ágnes* megbízott szakértőnek, akik támogatásukkal jelen kutatás megvalósításához hozzájárultak.

Nemzeti Agykutatási Program# 2017-1.2.1-NKP-2017-0002

## A COVID-19 járványhelyzet pszichés hatásainak vizsgálata onkológiai betegek körében

Kékes-Szabó Marietta

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A COVID-19 járványhelyzet olyan kihívással állította szembe az emberiséget, aminek hatásai nem csupán az egyének, de a társadalom szintjén is megragadhatóak. A malignus daganatos páciensek betegségeikből adódóan, illetve az alkalmazott terápiás eljárások miatt különösen veszélyeztetettek az infekció(ka)t illetően, ami sérülékennyé teszi őket a különböző mentális problémák kialakulására. Ráadásul a veszélyhelyzetből fakadó korlátozások, az interperszonális kapcsolatok – mint szociális támasz – limitált elérhetősége, további mentális egészségromlást eredményezhet. Kutatásomban a distressz, szorongás és depressziós állapot járványhelyzettel összefüggő alakulását tekintetem át. Vizsgálatomba 30 fő COVID-19 járványhelyzet előtt (életkor: 31–79 év,  $M=55,80$ ,  $SD=14,15$ ), valamint 35 fő annak kihirdetése után ambulanciánkon ellátott (életkor: 27–78 év,  $M=50,23$ ,  $SD=13,92$ ) beteg került be. Hipotézisem szerint a járványhelyzet kihirdetését követő időszakban ambuláns pszichológiai ellátást igénylő betegek nagyobb mértékű distresszt élnek meg, mint a járóbeteg-ellátásban korábban megjelent páciensek (H1). A magasabb distressz érték kifejezettebb szorongással (H2) és mélyebb fekvésű hangulattal (H3) társul. Első hipotézisem statisztikailag is alátámasztást nyert, vagyis a distressz mértékére vonatkozóan szignifikáns különbség adódott ( $t(63)=-3,596$ ,  $p=0,001$ ). Második és harmadik hipotézisem esetében csak tendenciális különbségek mutatkoztak. A betegek pillanatnyi szorongása a COVID-19 járványhelyzet kihirdetése után ambuláns ellátásba kerülteknél tendenciálisan magasabbnak bizonyult. A vonásszorongás értéke hasonlóan alakult. Mindkét csoportban enyhe depressziós állapot tűnik élénk. A distressz értéke a pillanatnyi szorongás mértékével ( $r=0,4$ ) és a depressziós állapot súlyosságával ( $r=0,5$ ) pozitív irányú, közepes korrelációt, azaz jelentős kapcsolatot mutat. Utóbbi változók között pozitív irányú, de immár magas korreláció, markáns kapcsolat látszik ( $r=0,7$ ). A súlyosabb depresszív állapottal küzdő betegek a problémálistán is több problémát jelöltek meg ( $r=0,6$ ), az életkor növekedése negatív irányú összefüggést mutat a családi életre vonatkozó nehézségek terén ( $r=-0,4$ ). Az összevetés 99%-os valószínűségi szinten történt meg. A férfiak és a nők eredményei hasonlóak voltak. Az eredmények a negatív érzelmek felerősödését, a szorongásos és depressziós zavarok megnövekedett gyakoriságát mutatják, emellett pedig a pszichológiai szűrések, intervenciók fokozott jelentőségére világítanak rá.

## Mentalizációs képességek és szérum lipidszintek felnőtt Major Depresszióval (MDD) élő pácienseknél gyermekkori bántalmazás esetén – előzetes eredmények

Nyárondi Péter<sup>1</sup>, Péterfalvi Ágnes<sup>2</sup>, Szennai Martin<sup>1</sup>, Karakas-Török Dominika<sup>1</sup>, Fábi Eszter<sup>1</sup>, Tényi Tamás<sup>1</sup>, Czéh Boldizsár<sup>2</sup>, Simon Mária<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PTE, ÁOK, Klinikai Központ Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs;

<sup>2</sup> PTE-ÁOK Laboratóriumi Medicina Tanszék, Pécs

**Bevezetés:** A gyermekkori bántalmazás hozzájárul a rosszabb mentális és fizikai állapothoz felnőttkorban, beleértve a major depressziós zavar, valamint a szív- és érrendszeri betegségek megnövekedett kockázatát is. Emellett a gyermekkori bántalmazás összefüggésbe hozható a mentalizációs deficitekkel is major depresszióban. Elérhető adatok állnak rendelkezésre azal kapcsolatban, hogy a mentalizációs deficitek rontják az érzelemszabályozást, s ezáltal tartós stresszt hoznak létre. A kardio-metabolikus betegségek gyakran társulnak major depresszióval, és rontják annak lefolyását és kimenetelét. E tényezők kölcsönhatásáról keveset tudunk.

**Célkitűzések:** Súlyosabb gyermekkori bántalmazáson átesett és bántalmazásnak nem kitett major depressziós pácienseket vizsgáltunk, egészséges kontrollokkal összehasonlítva. A gyermekkori bántalmazás a szérum lipid- és lipoprotein szintekre gyakorolt hatását néztük. Felmértük továbbá a páciensek mentalizációs képességeit is. (Az irodalom alapján az alexitímiát csökkent szelf-mentalizációként konceptualizáltuk. A másokra irányuló mentalizációt a „Szemből olvasás” Tesztel néztük.)

**Módszerek:** Major depressziós pácienseket ( $N=42$ ) és illesztett egészséges kontrollcsoportot ( $N=20$ ) vizsgáltunk. Meghatároztuk az összkoleszterin, a trigliceridek, a nagy és kis sűrűségű lipoproteinek (HDL-C és LDL-C) szintjeit, a testtömegindexet és a testmozgást egy átlagos héten. A klinikai tünetek, a mentalizációs képességek és a gyermekkori bántalmazás felmérésére a Gyermekkori Trauma Kérdőívet, valamint a mentalizációs készségek meghatározására a Torontói Alexitímia Skálát és a „Szemből olvasás” Tesztet használtunk.

**Eredmények:** A depressziós tünetek súlyosságának, a demográfiai és életmódváltozók kontrollálása után a gyermekkori bántalmazás a szérumlipid-elváltozások erős prediktorának bizonyult. A mentalizációs deficitek korreláltak a gyermekkori bántalmazással. A szérum triglicerid szint és HDL-C szignifikáns előrejelzője volt a Szemből olvasás Tesztben nyújtott deficitnek ( $p<0,05$ ;  $p=0,005$ ) és az alexitímiának ( $p<0,05$ ;  $p<0,05$ ) a major depressziós csoportban.

*Következtetések:* Több, egymással korreláló útvonal közvetítheti a gyermekkori bántalmazás súlyosbító hatásait a major depresszió lefolyására és kimenetelére. Előzetes eredményeink szerint a csökkent szelf-mentalizáció és mások mentalizálásának csökkent képessége egyaránt mediáló tényezők lehetnek.

### Mentalizációs készségek vizsgálata major depressziós zavarban és borderline személyiségzavarban – előzetes eredmények

Karakas-Török Dominika<sup>1</sup>, Fábi Eszter<sup>1</sup>, Szennai Martin<sup>1</sup>, Csuta Cintia<sup>1</sup>, Kelemen Oguz<sup>2</sup>, Tényi Tamás<sup>1</sup>, Simon Mária<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PTE ÁOK, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs;

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

*Bevezető:* A borderline személyiségzavar (BPD) az akut pszichiátriai ellátásban leggyakrabban előforduló és legtöbb terápiás kihívást jelentő személyiségzavar, mely gyakran társul major depressziós zavarral (MDD). Igazolt, hogy a mind a borderline személyiségzavar, mint a major depresszió a szociális működések nehezítettségével jár. Ezen belül a legtöbbet kutatott a mentalizációs készségek zavara, melynek javítására terápiás módszer is elérhető. A mentalizáció összetett, több dimenziós készség, mellyel jelentést tulajdonítunk saját és mások mentális állapotainak. A mentalizációs készségek mérése azonban számos nehézségbe ütközik. Jóllehet jelenleg különféle tesztek érhetőek el a mentalizáció egyes dimenzióinak megítélésére, közülük csak kevés alkalmas például az implicit mentalizáció mérésére ökológiailag valid keretek között.

*Módszerek:* Jelen vizsgálatunkban olyan major depressziós pácienseket vizsgáltunk, akiknek egy része borderline személyiségzavar diagnózist is kapott (MDD+BPD; n=11), illetve akiknél nem állt fenn kísérő személyiségzavar (MDD; n=11). A páciensek mentalizációs képességeit többek között a videó alapú Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC) teszt magyar verziójával mértük, mely a túlmentalizálást és az alulmentalizálás megítélését is lehetővé teszi. A legújabb elméletek szerint a MASC az implicit mentalizáció mérésére is alkalmas, ökológiailag valid eszköz. A vizsgálatot tünetbecslő skálákkal, impulzivitás, intelligencia, alexitímia, és affektus szabályozás mérésével egészítettük ki.

*Eredmények:* A két csoport között nem volt különbség életkorban, IQ-ban, a depresszió és szorongás mértékében. Az MDD+BPD csoport szignifikánsan rosszabb teljesítményt nyújtott a MASC összpontszámában (p<0,001), a BPD és MDD csoport mind a túl- és alulmentalizálás terén több pontot ért el, mint az MDD csoport, itt azonban – vélhetően a kis elemszám miatt – szignifikáns különbség nem volt kimutatható.

*Következtetés:* A MASC magyar verziója különbséget jelez az MDD+BPD és MDD páciensek implicit mentalizációs készségei között. Nagyobb esetszámmra, to-

vábbi tesztekkel való összehasonlításra és kontroll-csoport bevonására van szükség, hogy a BPD+ MDD csoport mentalizációs deficitjeit tovább vizsgáljuk, s a terápiás megoldásra javaslatokat tegyünk.

### **Internet, információk és közösségimédia-használat összefüggése a szuicid gondolatok változásával a COVID-19 járvány során**

*Stock Gábor<sup>1</sup>, Vadon Nikolett Beáta<sup>2</sup>, Sütöri Sára<sup>3</sup>, Elek Livia Priyanka<sup>2</sup>, Erdélyi-Hamza Berta<sup>2</sup>, Fountoulakis Konstantinos N<sup>4</sup>, Smirnova Daria<sup>5</sup>, Gonda Xénia<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;

<sup>3</sup> Department of Psychology Stockholm University Stockholm, Stockholm;

<sup>4</sup> 3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki Greece, Thessaloniki;

<sup>5</sup> International Centre for education and Research in Neuropsychiatry (ICERN), Samara State Medical University, Samara, Russia

111

**Bevezető:** A pandémia következtében a lezárások, távmunka, illetve a karantén miatt nőtt az otthon töltött idő mennyisége és a társas elszigeteltség, tovább növelve az internet szerepét a társas kapcsolatokban és az információszerzésben, ami a mentális egészségre is jelentős hatással van. Kutatásunk célja a COVID-19 alatti internethasználati szokásoknak a szuicid gondolatok – járvány alatti – változásával való összefüggésének vizsgálata volt.

**Módszerek:** Vizsgálatunkban a 42 országban zajló COMET-G magyar mintáját használtuk. 763 személy internetes felületen töltötte ki a kérdőívet, mely a járvánnyal kapcsolatos internetes információk miatti aggodalmakkal, az internethasználat járvány alatti változásával, a járvány alatti közösségimédia-használattal, illetve az internetes dezinformációkkal kapcsolatban is tartalmazott kérdéseket. Emellett felmértük a szuicid gondolatok járvány alatti változását is. Az adatok elemzésére ordinális regressziót használtunk, korrigálva nemre és életkorra. Az elemzés R (version R-4.1.1) és R stúdió (version 2021.9.0.351) segítségével történt.

**Eredmények:** Az interneten töltött idő növekedésével szignifikánsan emelkedett a szuicid ideáció ( $\beta=0,13$ ,  $p=0,01$ ). Az internetről származó információk miatti aggodalom ( $\beta=0,12$ ,  $p=0,03$ ) és az internethasználati szokások járvány alatti változása ( $\beta=0,51$ ,  $p=0,02$ ) csak a korrigálatlan modellekben gyakoroltak szignifikáns hatást a szuicid gondolatokra. Az internetes források félrevezetőnek értékelése ( $\beta=-0,04$ ,  $p=0,54$ ), illetve az izoláció alatti közösségimédia-használat ( $\beta=0,26$ ,  $p=0,057$ ) nem volt szignifikáns hatással a szuicid gondolatokra.

**Megbeszélés:** Kutatásunk eredményei szerint az internetezéssel eltöltött idő mennyiségével nőtt a szuicid ideáció, azonban az izoláció alatti közösségimédia-használat esetében nem tapasztaltunk hatást, az

internethasználati szokások járvánnyal összefüggő változásának hatása pedig a nemre és életkorra történő korrekció után eltűnt. Az internetről származó dezinformációk sem gyakoroltak szignifikáns hatást a szuicid ideációra, és az internetes információk miatti aggodalom szignifikáns hatása a korrigált modellekben eltűnt. Eredményeink segíthetnek az internethasználat mentális egészségre gyakorolt hatásának megértésében, illetve megelőző és beavatkozási módszerek kialakításában veszélyhelyzetek idején.

### A zenés intervenciók hatásának vizsgálata invazív lélegeztetésben részesülő betegeknél – különös tekintettel a delírium megelőzésére és a stressz biomarkereinek változására

Szendi István<sup>1,2,3</sup>, Dalos Vera Daniella<sup>4</sup>, Szabó-Erdélyi Viola<sup>5</sup>, Lovas András<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, 'Agilis' Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;

<sup>2</sup> SZTE TTIK Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;

<sup>3</sup> SZTE IKIKK Kognitív Medicina Kompetenciaközpont, Szeged;

<sup>4</sup> SZTE SZAOK Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskola, Szeged;

<sup>5</sup> Liszt Ferenc Zeneművészeti Egyetem, Budapest;

<sup>6</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház a SZTE SZAOK Oktatókórháza, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kiskunhalas

Az intenzív terápiás osztályok (ITO) mesterséges légköre, a monoton zaj (50–60 dB), a betegek izolációja, és kommunikációban, illetve kontrollgyakorlásban való gátoltsága olyan stresszorok, melyek könnyen vezethetnek negatív kimenetelű tünetekhez. Az invazív lélegeztetésben részesülő betegek körében az organikus okok mellett a fenti faktoroknak tulajdonítható a magas distressz és a szorongás, valamint bizonyos pszichiátriai rendellenességek kialakulása, melyek az intenzív osztályról történő elbocsátás után is hónapokig jelen lehetnek. A delírium-szindróma a lélegeztetőgépen lévő betegek 80%-át is érintheti, s minél tovább áll fent, annál inkább képes kitolni a gépi lélegeztetés időtartamát, a kórházi tartózkodás hosszát, illetve hozzájárul a morbiditás és a mortalitás magasabb arányához. Ezért kiemelten fontos megtenni minden olyan beavatkozást, mely segíthet megelőzni ennek a kór állapotnak a kialakulását.

Kutatásunk fókuszában a zeneterápiás intervenciók egy receptív formája, a musicmedicine (MM) áll, mely egy olyan nonfarmakológiai támogató kezelés, ami a betegek életkörülményeinek javítására hivatott. Az MM nem követeli meg a relációs viszony meglétét a terapeuta és páciens között. A terápiás hatás itt csupán magának a zene értékének tulajdonítható, míg a terapeuta vagy a foglalkozás vezetőjének feladata a zenehallgatási anyag összeállításában merül ki. A MM intervenció akkor is alkalmazható, ha a beteg állapota nem teszi lehetővé a közvetlen interakciót, vagy ha a helyiség logisztikailag nem felel meg egy terápiás közeget létrehozásához.

Elsődleges célunk, hogy az intervenció által csökkentsük a delírium-szindróma kialakulásának előfordulási gyakoriságát, vagy a kialakult delíriumos állapot súlyosságát. Feltételezzük, hogy a MM csoportoknál ez markánsabban mutatkozik meg. Célunk továbbá a betegek stresszreakciójának csökkentése, melyet bizonyos vitális paraméterek (pulzusszám, légzésszám,



szisztolés vérnyomás, oxigéntelítettség) monitorozásával kívánunk kimutatni. Az MM csoportok átlagértékei várhatóan jobban közelítenek a normál tartományokhoz, mint a kontrollcsoporté. További célunk a betegek invazív lélegeztetésben és az ITO-n töltött idejének, illetve szedatívum szintjének csökkentése. A szakirodalom alapján az intervencióban résztvevők-nél ez hamarabb elérhető, mint a kontrollcsoportnál. Kutatásunkban emellett összehasonlítjuk a komolyzene, a magyar népzene és a fehérzaj hatását, valamint vizsgáljuk a zenei preferenciával kapcsolatos összefüggéseket is.

### **A zenés intervenciók hatásának vizsgálata invazív lélegeztetésben részesülő betegeknél – a Music Medicine Program bemutatása**

*Szendi István<sup>1,2,3</sup>, Dalos Vera Daniella<sup>4</sup>,  
Szabó-Erdélyi Viola<sup>5</sup>, Lovas András<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> SZTE TTIK Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;

<sup>2</sup> SZTE IKIKK Kognitív Medicina Kompetenciaközpont, Szeged;

<sup>3</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK Oktatókórháza – 'Agilis' Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;

<sup>4</sup> SZTE SZAOK Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskola, Szeged;

<sup>5</sup> Liszt Ferenc Zeneművészeti Egyetem, Budapest;

<sup>6</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK Oktatókórháza – Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kiskunhalas

113

Az invazív lélegeztetésben részesülő betegek számos stresszorral küzdenek az intenzív terápiás osztályokon (ITO). Az organikus okok mellett részben a mesterséges, monoton, izolált környezeti faktoroknak tulajdonítható a magas distressz és a szorongás. Emellett rendkívül hamar kialakulhat a betegeknél a delírium-szindróma, melynek kezelése már a pszichiátriai gondozás körébe tartozik. A fiziológiai stressz és fájdalom csökkentésére használt szedatívumok, és maga a gépre kapcsolt állapot is önrontó körként működve hajlamosító tényező a delírium kialakulásának folyamatában, annak fenntartásában. A zenés intervenciók bizonyítottan pozitív hatással vannak a kritikus állapotú betegek életminőségének javítására, a szorongás oldására, így ideális kiegészítő kezelési alternatívát nyújtanak az ITO-n végzett standard ellátás mellett.

Célunk bemutatni a Music Medicine Program (MMP-ITO) kialakításának főbb megfontolásait, működését és várt eredményeit. A Music Medicine (MM) a zene-terápiás foglalkozások receptív formája, amely nem követeli meg a relációs viszony meglétét a terapeuta és páciens között. A terápiás hatás itt csupán a zene értékének tulajdonítható, míg a terapeuta vagy a foglalkozás vezetőjének feladata a zenehallgatási anyag összeállításában merül ki. Kutatásunk alapját egy legfeljebb 28 napig tartó intervenció alkotja, melyben az ITO invazív lélegeztetésben részesülő betegeinek napi 30 perc zenehallgatási lehetőséget biztosítunk. A program egyben randomizált kontrollált vizsgálat (RCT) is, így a két zenei stílus (klasszikus és népzene) mellett placebo feltételként használunk fehér zajt, kontroll feltételként pedig a standard ellátás adatait. A betegek szedációs- és delíriumszintjét ismételt mérések elrendezésben vizsgáljuk 1–1 zenehallgatási alkalom előtt és után, míg a stressz biomarkereinek (pulzusszám, légzésszám, szisztolés vérnyomás, oxigéntelítettség) monitorozása folyamatos az intervenció alatt.

Az intervenció periódus végére célunk a betegeknél a distressz csillapítása, a delírium-szindróma ki-

alakulásának megelőzése vagy enyhítése. Emellett az MM csoportoknál várhatóan rövidül a gépi lélegeztetés és az ITO-n tartózkodás ideje, valamint csökken a szedatívumok adagolásának mennyisége a kontrollcsoporthoz képest. Tanulmányunkban a klasszikus zene és népzene hatásait hasonlítjuk össze a fehérzaj hallgatással, és retrospektív módon vizsgáljuk a zenei preferencia – mint befolyásoló tényező – hatását.

**A munkahelyi stressz egyes elektrofiziológiai paramétereinek folyamatos mérése, valamint noninvazív csökkentésének vizsgálata munkaidőben intenzív terápiás osztályokon és a sürgősségi betegellátásban**

Szendi István<sup>1,2,3</sup>, Rudics Emese<sup>4</sup>, Horváth Rózsa<sup>5</sup>, Németh-Rác Kata<sup>3</sup>, Bilicki Vilmos<sup>1</sup>, Bánhalmi András<sup>1</sup>, Hompoth Emőke Adrienn<sup>1</sup>, Balogh Mária<sup>5</sup>, Lovas András<sup>6</sup>

<sup>1</sup> SZTE TTIK Szoftverfejlesztés Tanszék, Szeged;

<sup>2</sup> SZTE IKIKK Kognitív Medicina Kompetenciaközpont, Szeged;

<sup>3</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK

Oktatókórháza, 'Agilis' Pszichiátriai Osztály, Kiskunhalas;

<sup>4</sup> SZTE ÁOK Interdiszciplináris Doktori Iskola, Szeged;

<sup>5</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK

Oktatókórháza, Sürgősségi Betegellátó Osztály, Kiskunhalas;

<sup>6</sup> Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK

Oktatókórháza Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kiskunhalas

*Bevezetés:* A kórházak COVID-részlegein (Ruiz-Fernández *et al*, 2021), intenzív terápiás (Sanliturk, 2021), valamint sürgősségi betegellátó osztályain dolgozó egészségügyi szakemberek (Bardhan *et al*, 2019) munkájuk során intenzív stresszhelyzeteket élnek át. A krónikus stressz növeli a kiégés (Guntupalli *et al*, 2014), valamint az egyes egészségkárosító magatartásformák, és az ezekkel összefüggésben megjelenő megbetegedések kockázatát (Cohen *et al*, 2007).

*Célkitűzés:* A kutatás célja az egészségügyi szakemberek körében előforduló munkahelyi stressz pszichológiai és fiziológiai jellemzőinek vizsgálata, valamint a noninvazív, munkaidő alatt alkalmazott szívfrekvencia variabilitáson alapuló (HRV) biofeedback tréning stressz-csökkentő hatékonyságának vizsgálata. A vizsgálat további célja a stressz és az egyes személyiség- és temperamentum-jellemzők közötti kapcsolatok feltárása.

*Módszerek:* A résztvevőket a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház – a SZTE SZAOK Oktatókórháza – Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályának, Sürgősségi Betegellátó Osztályának, valamint a COVID-ellátó részlegeinek egészségügyi dolgozói közül választottuk ki.

A vizsgálat során a résztvevők szív működését egy hordozható EKG jel- és fizikai aktivitás mérésére alkalmas eszköz 4–7 napon (munkanap és szabadnap) keresztül folyamatosan regisztrálja. Emellett a résztvevők szubjektív aktivitás-élményük (energia, motiváltság, lelkesedés) és hangulatuk aktuális szintjét egy mobilapplikációban naponta néhányszor értékelik. A HRV biofeedback tréning elvégzése munkaidő alatt szünetekben történt. Kontrollhelyzetben identikus körülmények között relaxáció zajlik. A tréning során a résztvevők pulzusának mérése pulzoximéterrel, a szubjek-

tíven észlelt stressz-szint értékelése önkitöltős skálákkal (Distressz hőmérő (Roth *et al*, 1998); STAIS-5 (Zsidó *et al*, 2020)) történik. A személyiség- és temperamentum-jellemzők felmérésére pszichológiai kérdőíveket alkalmazunk.

*Hipotézisek:* A szívfrekvencia variabilitásban, valamint a szubjektív aktivitás-élményben bekövetkező változások előre jelezhetik a stressz intenzitásának növekedését.

A HRV biofeedback tréning hatékonyan csökkenti az észlelt stressz szintjét, és a stressz okozta testi reakciók (pulzus) intenzitását.

Bizonyos személyiség- és temperamentum-jellemzők (szorongó, ciklotím, depresszív temperamentum; ártalomkerülés; viselkedés gátló rendszer (BIS) intenzívebb aktivitása) esetében a stressz szintje intenzívebb, mint azok hiányában

## PSZICHIÁTRIA A GYAKORLATBAN

### A kariprazin hatása a szkizofrénia széles tüneti spektrumára

Barabássy Ágota, Dombi Zsófia Borbála,  
Balogh Ágnes, Csehi Réka, Djuric Darko,  
Laszlovszky István, Németh György

Richter Gedeon Nyrt., Budapest

115

*Bevezetés:* A szkizofrénia tünetei három fő csoportba sorolhatóak: pozitív (téveszme, hallucináció, dezorganizáció), negatív (érzelmi elsívárosodás, örömtelenség, szegényes beszéd, szociális visszahúzódság és ennek következtében a szociális kapcsolatok leépülése) és kognitív (figyelem, memória, döntéshozatal) tünetek. Míg a jelenleg elérhető antipszichotikus gyógyszerek hatásosak a pozitív tünetek kezelésében, a negatív és kognitív dimenziók enyhítése továbbra is kihívást jelent<sup>1</sup>. A poszter célja, hogy bemutassa a kariprazin hatásosságát a szkizofrénia széles tüneti spektrumának és különböző fázisainak kezelésében.

*Módszerek:* Az elemzések két rövid (NCT01104766, NCT00694707) és két hosszú távú vizsgálat (NCT01412060, EudraCT 2012-005485-36) eredményein alapulnak. A rövid távú vizsgálatokban a kariprazint (1,5–6 mg/nap) aripiprazollal (10 mg/nap), riszperidonnal (4 mg/nap) és placeboval hasonlították össze akut pszichotikus epizódokban szenvedő betegekben, valamint egy olyan alcsoportban, ahol túlnyomórészt negatív tünetek jelentkeztek (PNS). A két hosszú távú vizsgálatban a kariprazin hatásosságát nézték a visszaesés megelőzésében (3–6 mg/nap) a placebohoz képest, valamint a hosszú távú negatív tünetek enyhítésében (4,5 mg/nap) a riszperidonnal (4 mg/nap) szemben.

*Eredmények:* Akut tünetek kezelésében az összes aktív kezelés jobb volt a placebonál; azonban a PNS alcsoportban csak a kariprazin volt jobb a placebonál (kariprazin  $p=0,038$  és  $0,003$ ; riszperidon;  $p=0,361$ ; aripiprazol,  $p=0,346$ ). Hosszú távon, a kariprazin kezelés szignifikánsan késleltette a relapszust a placebo csoporthoz képest ( $p=0,026$ ); és a PNS hosszú távú kezelésében is jobb volt, mint a riszperidon ( $p=0,0022$ ).

*Következtetés:* A kariprazin hatásos a szkizofrénia tüneteinek és fázisainak széleskörű kezelésében, így például az akut és a PNS tünetek kezelésében, valamint a visszaesés megelőzésében, rövid és hosszú távon egyaránt.

#### Irodalom

1. Fochtmann LJ, Medicus J, Hong S-H: Performance in Practice: Practice Assessment Tool for the Care of Patients With Schizophrenia. Focus (Madison). Published online 2020. doi:10.1176/appi.focus.20200034

## A kariprazin hatásossága a receptorprofil tükrében

Barabássy Ágota, Dombi Zsófia Borbála,  
Csehi Réka, Djuric Darko, Kiss Béla,  
Laszlouszky István, Németh György

Richter Gedeon Nyrt., Budapest

## Színnel-lélekkel: Művészetterápia a Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztályon és a Nappali Kórházban

Füzesi-Kulcsár Szilvia, Salz Gabriella,  
Harmatta János

Országos Mozgásszervi Intézet és Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet – Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály, Nappali Kórház, Budapest

116

**Háttér:** A szkizofréniát pozitív, negatív, kognitív és affektív tünetek jellemzik, amelyek mindegyike kezelést igényel<sup>1</sup>. A kariprazin, egy dopamin D3 receptort preferáló D3/D2 és szerotonin 5-HT1A receptor parciális agonista, amely egyúttal antagonistá hatást is kifejt az 5-HT2A és 5-HT2B receptorokon. A kariprazint az EU-ban, így Magyarországon is, szkizofréniára kezelésére törzskönyvezték.<sup>2,3</sup> Jelen poszter célja a kariprazin hatásosságának bemutatása szkizofréniában, egyedi receptor-profiljának fényében.<sup>4</sup>

**Módszerek:** Az elemzés 5 kariprazin vizsgálat eredményein alapul, melyeket szkizofrén betegekben végeztek (NCT00694707, NCT01104766, NCT01104779, EudraCT2012-005485-36, NCT01412060). A pozitív és negatív szindróma skála (PANSS) adatait elemezték az in vitro receptorhatások megfontolásával egyetemben.

**Eredmények:** A kariprazin magas D3- (Ki=0,085-0,3 nM) és D2-receptor-affinitást (Ki=0,49–0,71 nM) mutat. A túlnyomórészt negatív tüneteket mutató betegeknél a kariprazin hatásosnak bizonyult a riszperidonnal szemben a negatív (PANSS – Factor Score for Negative Symptoms; LSM D=-1,46; P=0,0022) és a kognitív tünetekre (PANSS – Marder Disorganized Thought Factor; LSM D=-0,63; P=0,05), ami potenciálisan a D3 receptorokhoz való erős affinitását tükrözi. Akut szkizofréniában szenvedő betegeknél a kariprazin a placeboval szemben hatásosnak bizonyult a pozitív tünetek kezelésében (PANSS Marder Positive Symptom Factor; LSM D=-2,23; P<0,0001), valamint a visszaesés megelőzésében (24,8% vs. 47,5%; relatív kockázat=0,45), ami a D2 receptorokhoz való erős affinitásával hozható összefüggésbe. Továbbá, a kariprazin affinitása az 5-HT1A- (Ki=1,4–2,6 nM), 5-HT2B- (Ki=0,58–1,1 nM) és az 5-HT2A-receptorokhoz (Ki=18,8 nM) segíthet megmagyarázni az affektív tünetekre gyakorolt hatásokat (PANSS Marder Anxiety/Depression Factor LSM D=0,60; p<0015).

**Következtetések:** Egyedülálló receptorprofiljának köszönhetően a kariprazin a szkizofréniára széles körű tüneteinek kezelésében hatásos antipszichotikum.

## Irodalom

1. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB et al.: Am J Psychiatry. Published online 2004. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.45859
2. Fagiolini A, Alcalá JÁ, Aubel T et al.: Ann Gen Psychiatry. Published online 2020. doi:10.1186/s12991-020-00305-3
3. Stahl SM, Laredo S, Morrissette DA: Ther Adv Psychopharmacol. Published online 2020. doi:10.1177/2045125320905752
4. Kiss B, Horvath A, Nemethy Z et al.: J Pharmacol Exp Ther. 2010; 333(1):328–340. doi:10.1124/jpet.109.160432

Művészetterápiás csoportjainkon a kép lesz a vizuális nyelv, ami közvetíti a szavak által ki nem fejezhető. Csoporthangsúlyú, analitikusan orientált pszichodinamikus szemlélettel dolgozunk. A különböző technikákkal készült alkotások a terápia kiemelt részét hivatottak segíteni a gyógyító folyamatban. Az alkotások a belső világ, a tudattalan lélekrész megismerésén túl számos esetben művészi értéket is képviselnek. Olyan egyetemes és individuális szimbólumokat tartalmaznak, amelyek láthatóvá, megérthetővé, integrálhatóvá teszik a pszichés tartalmakat. Gyógyítani annyi, mint egészsé tenni. Ami egész, az pedig nem mindig tökéletes, de mindig teljes. A teljesség elérése viszont mindig egy folyamat. Pszichiátriai kórképeknél – különösen személyiségzavaros betegeknél – nagyon gyakori jelenség a kezdeti elfojtás, hasítás jelensége. Osztályunkon kezelt borderline személyiségstruktúrával rendelkező pácienseknél gyakoriak a destruktív fantáziák és cselekedetek. A művészetterápia sajátossága, hogy az alkotásban minden káros következmény nélkül kifejezhető a teremtő és pusztító erők, a páciens megélheti, hogy a legpusztítóbb fantázia is kreatív akusba fordítható. A művészetterápia során a pácienseknek lehetőségük van belső állapotaik, fantáziáik kifejezésére, ami által segítséget kapunk ahhoz, hogy valódi „képet alkossunk” a páciens belső érzelmi állapotairól, illetve a páciens képessé váljon érzeteire reflektálni. Mindez segíti a jelentésadás folyamatát, a mentalizációt és visszatérő mintázatok felismerését. A szeparáció és az agresszió körüli konfliktusok képi megjelenítése és a csoporton keletkező érzések megbeszélése hozzásegítik a pácienseket egy érettebb, integráltabb szelf-reprezentáció kialakulásához.

## **Demens beteget gondozó primer családtagok terhelődésének és a gondozással kapcsolatos információforrásoknak a vizsgálata**

Hiánypótló volna a családi gondozó információs segedanyaggal történő ellátása a diagnózis felállításával egyidejűleg.

*Gedeonné Dallos Rita, Ádám Szilvia*

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Zalaegerszeg

**Bevezetés:** Hazánkban a teljes lakosság 20,4%-a 65 év feletti. Szakértői becslés szerint közülük 250 000 demens beteg, ellátásuk többnyire saját lakókörnyezetben, informális gondozók által történik. A kutatás célja a demens beteget gondozó családtagok terhelődésének és a betegséggel, gondozással kapcsolatos információforrásoknak a vizsgálata.

**Módszer:** A kutatás kevert – kvalitatív és kvantitatív – módszerek alkalmazásával történt. Az online kérdőíves felmérés eredményeit (N=84) személyesen felvett félig strukturált interjú (N=13) egészítette ki. A kérdőívbe az alábbi validált tesztek kerültek: MSPSS, PhQ-15, GHQ. Az interjúban a Zarit–ZBI teszt felvétele történt meg. A kérdőívekből nyert adatokat leíró statisztikai elemzéssel, az interjúkat tartalomelemzéssel értékeltük.

**Eredmények:** A kérdőívet kitöltők 90,38%-a, az interjúban részt vevők 100%-a nő. Átlagosan napi 5,25 óra gondozási időt fordítanak hozzátartozójukra, 54%-uk egyedül, támogató segítség nélkül. A gondozottak 51,5%-át neurológus, 32,9%-át pszichiáter szakorvos, 7,4%-át háziorvos diagnosztizálta. A pszichés megterhelés leggyakoribb okaként az információk hiányát találtuk. Válaszadók 64%-a előzetes ismeretekkel nem rendelkezett a demenciáról, az összes megkérdezett 28%-a senkitől nem kapott tájékoztatást a gondozási feladatokról. A gondozók 75%-a internetes böngészéssel, 60%-uk közösségi oldalon keres válaszokat szakmai kérdéseire. A szomatikus tünetlista adataiból kiemelendő a derék-, háttáji fájdalom (72%), fáradtság, kimerültség (97%), alvásproblémák (63%), gyomorfájás (27%), izületi fájdalmak (36%). A pszichés terhelődést a szociális izoláció (77%), a munkaerőpiaci részvétel csökkenése (32%) vagy megszűnése (54%) tovább fokozza. A boldogságot mérő 10 fokú Likert-skála 4,54 pontos átlagos értéke szintén jelzés értékű.

**Konklúzió:** Az egészségügyi és szociális ellátórendszerben a fókusz a beteg személyen van, az őket gondozók adaptálható információt, funkcionális támogatást nem, illetve keveset kapnak. A probléma megoldása komplex, holisztikus szemléletet és az egészségügyi-szociális ellátórendszer korrekt partneri együttműködését megkívánó beavatkozásokkal érhető el, az alábbiak mentén: információnyújtás, tanácsadás, (pszicho)edukáció, szupervíziós lehetőség elérhetősége. Civil szereplők aktivitásának támogatása kívánatos.

**Imaginatív képek alkalmazása  
az onkopszichológiában**

*Kékes-Szabó Marietta*

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

118

Az onkopszichológia keretein belül számos lehetőség nyílik az imaginatív képekkel való munkára. A beteg relaxált helyzetben, képzelőereje segítségével például olyan helyet (re)konstruálhat magának, ami számára a biztonság/gyógyulás lehetőségét kínálja, s ahol kényelmesen elhelyezkedve örömet élhet át. A „képzeletbeli utazások” rendszerint különleges élményt nyújtanak a páciensek számára, mivel ideiglenes kilépést tesznek lehetővé aktuális, malignus daganatos betegségekkel fakadóan nyomasztó élethelyzetükből. A megtapasztalt belső képekből erőt merítve pedig hatékonyabban folytatják a betegséggel való megküzdést. Emellett szorongások és fájdalmak csökkentésére is kiválóan használható a módszer, de a kezelések mellékhatásainak csökkentésében és az immunrendszer támogatásában is bizonyítottan eredményes. A terápiás üléseken – a relaxációt követően – az imaginatív képek művészetterápiás alkotófolyamatban történő megjelenítése változatos eszközök segítségével történik. A kreatív tevékenység a célként kitűzött hatás elmélyítésére alkalmas. Prezentációmban járóbeteg-szakrendelés keretében végzett – ilyen irányú – tevékenységemről kívánok rövid keresztmetszetet adni.

**A katatím imaginatív pszichoterápia (KIP)  
alkalmazása egy borderline személyiségzavarral  
küzdő páciensnél (esetbemutató)**

*Kékes-Szabó Marietta*

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A katatím imaginatív pszichoterápia (KIP)/katatím képélmény pszichoanalitikus gyökerekre visszanyúló pszichoterápiás eljárás, ami mélylélektani alapokon nyugszik. Módosult tudatállapotban végzett munka. A terapeuta és a páciens közötti dialógusban, szimbolikus képek imaginációjáról van szó. Megszólaltathatóvá és feldolgozhatóvá teszi a tudattalan tartalmakat. Előrehaladottabb formájában a kognitív átdolgozás számára is teret kínál. Előnye, hogy védelmet képes nyújtani az áttétel nagyon intenzív jelenlétével szemben, hiszen az ilyen jellegű érzések a képekbe vetülnek. A korai emocionális deficitek feltöltése három operációs szinten (alap-, közép- és felsőfok) zajlik, utat nyitva a személyiség utólagos érése, valamint a konfliktusok feldolgozásának irányába. Ahogyan az egyes motívumok, úgy a terápiás tartás, az intervenció stílusa és technikája, valamint a beszélgetés vezetésének módja is az adott szinten zajlik.

- *Alapfokon vezérelv az erősítés, felnevelés és a konfliktuskerülés.* A terápiás tartás ehhez igazítottan kísérelt, empátikus és feltétel nélküli elfogadást és segítséget nyújtó szupportot jelent. A motívumok a korai, preödipális élményvilág kifejeződését mozdítják elő.
- *Középfokon a terápiás tartás már konfliktusra irányuló, célzottan konfrontatív lehet.* A problematika érdemi részét megjelenítő standard motívumokon túl egyéb hívóingerek is alkalmazhatóak. Fókuszban az ödipális fázis és a késői fejlődési szakaszok állnak.
- *Felsőfokon az egységes, jól integrált személyiség kialakítása a cél.* Itt az archaikus dimenziók és személyiségaspektusok egybeolvasztása történik. Az esetbemutató során a módszernek egy borderline személyiségzavaros pácienssel végzett tanulságait foglalom össze, rámutatva a felmerült nehézségekre és a terapeuta oldalról emlékezetessé vált, megérintő pillanatokra.

## FIATAL ELŐADÓK SZEKCIÓJA

### A DCC gén szerepet játszik a közelmúltbeli stressz-expozíció nélküli depressziós tünetek kialakulásában – egy GWAS eredményei

Erdélyi-Hamza Berta<sup>1,2</sup>, Török Dóra<sup>3</sup>, Gál Zsófia<sup>3</sup>, Győrik Dorka<sup>3,2</sup>, Eszlári Nóra<sup>3,4</sup>, Bagdy György<sup>3,4</sup>, Juhász Gabriella<sup>3,4,5</sup>, Gonda Xénia<sup>1,4</sup>

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, Gyógyszerhatástani Intézet, Budapest;

<sup>4</sup> NAP-2-SE Semmelweis Egyetem Új Antidepresszív Gyógyszercélpont Kutatócsoport, Nemzeti Agykutató Program, Budapest;

<sup>5</sup> SE-NAP 2 Genetikai Agyi Képző Migrén Kutató Csoport, Nemzeti Agykutató Program, Budapest

**Bevezetés:** A depresszió tüneteiben és genetikai hátterét tekintve is heterogén, ami az egyik oka annak, hogy a különböző genom-szintű asszociációs vizsgálatok (GWAS) csak kevés eredményt hoznak. A depresszió különböző altípusai esetében a genetikai háttér mellett a környezeti hatások is eltérő szerepet játszanak. Az általános populációban a depresszió örökölhetőségét 42–45%-ra becsülik, de súlyos, rekurrens depressziós minták esetében az örökletesség 75% is lehet. Így feltételezhető, hogy a stressztől függetlenül kialakuló „endogén” depressziók és a környezeti események által kiváltott „reaktívabb” depressziók kialakulásához különböző gének járulhatnak hozzá. Jelen vizsgálatunkban a közelmúltbeli stressz nélkül megjelenő depressziós tünetek genetikai hátterét vizsgáltuk általános populációs mintán genom-szintű elemzéssel.

**Módszerek:** GWAS elemzést végeztünk a UK Biobank adatbázisban. Az elmúlt két hétben jellemző depressziós tüneteket a Current Depression Score (CDS) segítségével mértük, emellett felmértük az elmúlt két évben bekövetkezett életeseményeket. Elemzésünkben azokra a vizsgálati személyekre összpontosítottunk, akik az elmúlt 2 évben nem számoltak be súlyos stresszorokról (n=187513). Az SNP-szintű asszociációt lineáris regressziós modellekkel vizsgáltuk, additív genetikai hatásokat feltételezve, a PLINK2.0 programmal. A modellekben a nem, az életkor és a genetikai adatok első tíz főkomponense kovariánsként szerepelt. A Bonferroni-korrigált szignifikanciaszint  $p \leq 5,0 \times 10^{-8}$ , a szuggesztív szignifikanciaszint  $p \leq 1,0 \times 10^{-5}$  volt. Az eredményeket a FUMA v1.3.8 segítségével értelmeztük.

**Eredmények:** A 49 szignifikáns SNP közül a top SNP (rs60939828) a DCC génben található, mely génben négy másik SNP (rs4940240, rs8097041, rs8089865, rs10164055) is szuggesztív szignifikanciát mutatott.

**Megbeszélés:** A DCC génben öt olyan genom- vagy szuggesztív szinten szignifikáns SNP-t azonosítottunk, melyek befolyásolhatják a depresszió kialakulását a közelmúltban bekövetkezett súlyos stresszorok hiányában. Korábbi állatkísérletek, humán post mortem agyi és genom-szintű asszociációs vizsgálatok szintén alátámasztják a DCC/Netrin 1 gén lehetséges szerepét a depresszióval összefüggésben. A gén által kódolt Netrin 1 receptor az idegrendszer fejlődése mellett a felnőttkori neuroplaszticitásban is szerepet játszik, így a gén feltárt variánsai potenciális biomarkerként segíthetnek a depresszió különböző altípusainak elkülönítésében, valamint molekuláris targetek azonosításában.

## COVID-19 és traumatizáció: a szomatiform disszociáció és az alexitímia szerepe a PTSD kialakulásában

Kovács Nikoletta<sup>1</sup>, Szabó Tamara<sup>1</sup>, Takács Aliz<sup>1</sup>, Szócs Henrietta<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

120

**Céltűzés:** Korábbi kutatási eredmények rávilágítottak, hogy a COVID-19 periódusában a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) gyakorisága megemelkedett. A PTSD kialakulásában jelentős hatású lehet a szomatiform disszociáció és az alexitímia, azonban a COVID periódusában ezzel kapcsolatos feltáró elemzések nem születtek. Emiatt kutatásunk fő célja a COVID periódussal összefüggésben kialakuló PTSD háttértenyezőinek feltárása, különös tekintettel a szomatiform disszociációra és az alexitímiára.

**Vizsgálati módszer:** Az adatfelvétel online elérhető, önkitöltős kérdőívcsomag segítségével, kényelmi mintavétellel történt. A vizsgálat során a PTSD-t (PCL-5), a szomatiform disszociációt (SDQ-5) és az alexitímia (TAS-20) mértékét mértük fel. Összesen 422 fő töltötte ki a kérdőívünket. Statisztikai elemzésnél az SPSS 26.0 program segítségével lineáris regressziót, moderációs és mediációs hatásvizsgálatot, valamint az SDQ-5 esetében feltáró faktoranalízist végeztünk.

**Eredmények:** A szomatiform disszociáció és a PTSD kapcsolatát igazolták eredményeink, a disszociáció szomatiform megjelenése kismértékben bejósolja a PTSD tüneteinek súlyosságát. Az alexitímia esetén a mediációs és moderációs hatás is szignifikáns; bevonása a moderációs modellbe majdnem duplájára növelte a megmagyarázott variancia mértékét. Az eredmények alapján a szomatiform disszociáció mértéke bejósolja a PTSD tüneteinek súlyosságát, azonban a hatás az alexitímia növekedésével egyre kisebb.

**Megbeszélés:** Eredményeink illeszkednek a korábbi kutatásokban közölt adatokhoz, emellett a szomatiform disszociáció, az alexitímia és a PTSD kapcsolata felhívja a figyelmet a poszttraumás tünetek testi vonatkozására, relevanciájára, kifejezetten a COVID-19 pandémiát követő időszakra nézve. Jelen kutatás eredményei a COVID-19 pandémiát követő pszichodiagnosztika és terápiás gyakorlat hangsúlyosan traumafókuszú megközelítésének szükségességére mutatnak rá. A társadalombiztosítás viselt költségei tekintetében kiemelt fontosságú lenne a traumával kapcsolatos zavarok megfelelő szűrése, szubklinikai és klinikai szintű tüneteinek kezelése és a traumatizált személyek mielőbbi ellátásba vétele.

## Akusztikus és vizuális eltérési negativitás mint potenciális biomarkerek szkizofréniában

Molnár Hajnalka, Marosi Csilla, Farkas Kinga, Csukly Gábor

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

**Bevezetés:** Az eltérési negativitás (mismatch negativity, MMN) egy kiváltott válasz, amely akkor jelenik meg az átlagolt EEG regisztrátumon, ha egy nem várt inger szakítja meg megszokott ingerek sorozatát. A MMN amplitúdója és megjelenési ideje erősen függ a bemutatott inger fizikai tulajdonságaitól. A mismatch jel generálása NMDA funkcióhoz kapcsolódik. A mismatch negativitás – mint potenciális biomarker – felmerült a szkizofréniás diagnosztizálásában és terápiájának fejlesztésében. Ismereteink szerint ez az első kutatás, mely egyszerre vizsgálja az akusztikus és vizuális eltérési negativitást szkizofrén páciensek és egészséges kontrollszemélyek bevonásával.

**Módszer:** Kutatásunkban 39 szkizofrén páciens és 39 illesztett kontrollszemély vett részt. Az alanyokról 64 csatornás EEG-t rögzítettünk 8 vizsgálati blokkban. Egy blokk egy akusztikus és egy vizuális szekcióból állt, köztük 20 másodperc szünettel. A bemutatott akusztikus inger 100 vagy 200 ms hosszúságú pittyegő hang volt. Vizuális ingerként 6 vagy 12 küllős ún. windmill mintákat használtunk. A figyelem fenntartásának érdekében egy feladatot alkalmaztunk, melynek során az alanyoknak egy úrhajót kellett irányítaniuk billentyűzet segítségével. Az akusztikus eredményeket három régióban (jobb és bal frontális, frontocentrális) elemeztük. A vizuális adatokat négy régióban elemeztük (jobb és bal occipitális, középvonali occipitális, frontális). A mismatch jel számolásakor a deviáns inger amplitúdójából kivontuk a megegyező tulajdonsággal rendelkező standard inger amplitúdóját.

**Eredmények:** Mindkét akusztikus inger esetén szignifikáns csoportkülönbséget találtunk a mismatch jel amplitúdójában minden vizsgált régióban (hosszú akusztikus inger esetén  $p=0,008$ , rövid akusztikus inger esetén  $p=0,0005$ ). Vizuális ingerek esetén a csoportok között nem volt szignifikáns eltérés. A 12 küllős windmill minta a kontrollcsoportban minden régióban kiváltott MMN-t, míg a betegcsoportban csak egy régióban. A 6 küllős windmill minta csak a betegcsoportban, két régióban váltott ki eltérési negativitást. A mismatch jel amplitúdója nem mutatott korrelációt a klinikai adatokkal. Szignifikáns korrelációt találtunk a betegek nikotin bevétele és a mismatch negativitás között.

**Következtetés:** A robusztus csoportkülönbség akusztikus ingerek esetén arra enged következtetni, hogy az akusztikus eltérési negativitás valószínűleg megbízhatóbb biomarker lehet szkizofréniában, mint a vizuális eltérési negativitás.



## Affektív temperamentumok mint a non-adherencia lehetséges prediktorai: egy metaanalízis eredményei

Szabó Georgina<sup>1</sup>, Fornaro Michele<sup>2</sup>, Döme Péter<sup>3</sup>, Várbíró Szabolcs<sup>4</sup>, Gonda Xénia<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> New York Psychiatric Institute, Columbia University, New York City, NY 10032, USA;

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;

<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A legújabb kutatások szerint a domináns affektív temperamentumok befolyásolhatják az előírt farmakoterápiás beavatkozások betartását.

**Célkitűzés:** Tekintve, hogy a témával kapcsolatos tanulmányokat még nem vizsgálták szisztematikusan, a publikált, releváns kutatási eredmények szintetizálását és az adatok metaanalízisét tűztük ki célul.

**Módszerek:** Szisztematikus keresést végeztünk a Scopus, Web of Science, PubMed és az OVID MedLine adatbázisokban a „TEMPS-A” ÉS (adherence VAGY compliance) keresőkifejezést alkalmazva annak érdekében, hogy be tudjunk azonosítani minden olyan vizsgálatot, melyet 2022. március 31-ig bezárólag publikáltak, és amelyek kvantitatív adatokat dokumentálnak az affektív temperamentumokról a Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris és San Diego (TEMPS-A) kérdőívvel mérve, az adherencia mértékéről bármilyen adherencia mérőskálával mérve, illetve ezen mérőszámok kapcsolatáról bármilyen statisztikai mutatóval kifejezve. A kísérleti elrendezésre, a résztvevők életkorára, illetve a kezelés típusára vonatkozóan nem tettünk kitélt. Összefoglaltuk a rendelkezésre álló eredményeket és kvantitatív metaanalitikus módszereket alkalmaztunk a nem adherens és adherens alanyok affektív temperamentum pontszámainak összehasonlítására. Az adatokat randomhatás modellel elemeztük, hatásméret mutatókat az adherens és nem adherens alanyok közötti pontszámok standardizált átlagkülönbségét (SMD) választottuk. Minden statisztikai elemzést az R statisztikai program Metafor v.3.0 csomagjának használatával végeztünk.

**Eredmények:** 9 vizsgálat felelt meg a beválasztási kritériumoknak (összesen n=1138 alany), melyek alapján szignifikánsan magasabbnak bizonyultak a ciklotím (SMD=-0,872; CI: [-1,51 to -0,24]; p=0,007), az ingerlékeny (SMD=-0,773; CI: [-1,17 to -0,37]; p<0,001) és a depresszív (SMD=-0,758; CI: [-1,38 to -0,14]; p=0,017) temperamentum alskálák pontszámai a nem adherens alanyok között mind pszichiátriai, mind nem pszichiátriai betegmintákban az adherens alanyokhoz képest.

**Limitációk:** Viszonylag alacsony számú tanulmány és nagy módszertani heterogenitás az adherencia mérésében.

**Következtetések:** Noha szükség van még további alapkutatásokra, hogy feltérképezzük a potenciális klinikai és pszichoszociális moderátorokat a különböző klinikai populációkban, de úgy tűnik, hogy a ciklotím, ingerlékeny és depresszív affektív temperamentum pontszámok lehetséges prediktorai az adherenciának, és ezáltal a kezelés általános kimenetelének is.

**Az evészavarok komorbiditása más pszichés zavarokkal: az alexitímia moderációs hatása az evészavar és szégyen kapcsolatában**

Szabó Tamara<sup>1</sup>, Kovács Nikoletta<sup>1</sup>,  
Takács Aliz<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE, PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék,  
Budapest

122

**Célkitűzés:** Kutatásunk fő célja az evészavar és szégyen kapcsolatának vizsgálata lakossági mintán, különös tekintettel az alexitímia és evészavar interakciójának hatására. Hipotézisünk, hogy az érzelmek kifejezési és azonosítási képességének zavara, az alexitímia negatívan befolyásolja a szégyenérzet észlelését evészavarban szenvedők esetén.

**Vizsgálati módszer:** Az adatfelvétel online, önkitöltős kérdőívcsomag segítségével, kényelmi mintavétellel történt. A vizsgálat során a szorongás és depresszió (PHQ-4), állapot szégyen (SSGS), szociális szorongás (FNE), alexitímia (TAS-20), trait szégyen (ESS) és étkezési rendellenességek (SCOFF) mértékét mértük fel. Kérdőívünket összesen 444 fő töltötte ki. Statisztikai elemzésnél a JASP 0.16 program segítségével deskriptív statisztikai vizsgálatot, korrelációs vizsgálatot, lineáris regressziós vizsgálatot, független mintás t-próba vizsgálatot, valamint moderációs hatásvizsgálatot végeztünk.

**Eredmények:** A 444 kitöltőből 115 érte el a SCOFF kérdőív diagnosztikai kritériumpontszámát. Leíró statisztikánk alapján az evészavarral küzdő személyek átlagos eredményei minden mutatónál magasabbak, mint a nem evészavaros személyek átlagos eredményei. A PHQ-4 pontszáma a nem evészavarosok körében átlagosan 4,9, az evészavarosoknál pedig 7,8; SSGS szégyen tételeinek átlagos pontszámai 9,2 és 13,9; FNE 23,2 és 32,0; ESS 32,2 és 51,7; TAS-20 53,4 és 62,5. Korrelációs vizsgálataink alapján az összes vizsgált változó pozitív irányban korrelál egymással, minden korreláció szignifikáns ( $p < ,001$ ). A Student és Welch t-próba alapján szignifikáns különbség van minden vizsgált mutató esetén az evészavaros és nem evészavaros csoportok átlagos értékei között ( $p < ,001$ ).

Lineáris regresszióval vizsgáltuk a hipotézist, az SCOFF hatását az ESS-re, melyben moderáló együtthatóként az alexitímiát (TAS-20) vontuk be. Az alexitímiás személyek esetében a SCOFF pozitív hatása az ESS-re gyengébb mértékű, mint a nem alexitímiás személyek esetében. Ez a jelenség az evészavarosok körében jelentős, ekkor az alexitímia és a SCOFF-skála interakciós változónak koefficiense  $-14,36$ . Az evészavarosok körében az alexitímiás személyek kevésbé élnek meg szégyenérzetet, hiába növekszik a SCOFF-on elért pontszámuk.

**Megbeszélés:** Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy az evészavarral küzdő személyek gyógyításában fontos krónikus szégyen az alexitímián keresztül hozzáférhető, s ez a pszichodiagnosztikai és terápiás gyakorlat alexitímia fókuszú megközelítésének szükségességére mutat rá.

## **Protektív faktorok a COVID traumatizáció tekintetében: a reziliencia, a coping és a társas támasz szerepe**

*Takács Aliz<sup>1</sup>, Szabó Tamara<sup>1</sup>, Kovács Nikoletta<sup>1</sup>, Szabó Réka<sup>1</sup>, Vizin Gabriella<sup>2,1</sup>*

<sup>1</sup> ELTE PPK, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest;

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

**Háttér:** A SARS-CoV-2 vírus által okozott megbetegedés fokozott pszichés megterheléssel, szorongásos és depresszív tünetek gyakori megjelenésével társul, amellyel egyre több tanulmány foglalkozik. Több kutatás már a COVID utáni poszttraumás stressz-zavar prevalenciáját is vizsgálta, és felhívta a figyelmet arra, hogy a pandémia komoly rizikófaktort jelent a mentális egészségünkre.

**Célkitűzés:** Jelen kutatásban azt vizsgáljuk, hogy milyen megküzdési módok jellemzőek, kik azok, akik reziliens magatartást mutathatnak, valamint, hogy az elhúzódó COVID-járvány nyomán hogyan alakul az észlelt társas támogatás.

**Módszerek:** A mintavétel típusa kényelmi és hólabda módszerrel történt egy több kérdőív-ből álló online tesztbatteria segítségével. Az adatgyűjtés 2022. január–március folyamán történt, mely egybeesett itthon az ötödik COVID-19 hullámmal. A demográfiai kérdéseken kívül az alábbi kérdőívek felvétele történt: a PTSD Ellenőrző Skála – PCL-5, a Rövid Reziliencia Skála – BRS, a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív – MSPSS és a Megküzdési MódoK Kérdőív – WOCQ-22.

**Eredmények:** Azok a személyek, akik súlyos tünetekkel estek át a COVID-19 okozta megbetegedésen, nagyobb valószínűséggel merítették ki a klinikai szintű PTSD kritériumait, továbbá a PTSD tünetek tekintetében az enyhe és a súlyos tünetekkel átesők között volt a legnagyobb különbség. A magas PTSD összpontszámmal rendelkezők a problémaorientált megküzdési módot preferálták az érzelemfókuszúval szemben, a problémafókuszú preferencia szoros együtt járását mutatott a társas támogatással és a rezilienciával, valamint a reziliencia is pozitív kapcsolatban állt a társas támogatással. Végül pedig minél nagyobb volt a társas támogatás mértéke, annál kevesebb poszttraumás tünetről számoltak be a kitöltők, illetve minél inkább preferálta valaki a problémára irányuló coping stratégiát, annál kevesebb PTSD szimptóma jellemezte.

**Következtetések:** A megnövekedett PTSD prevalenciát kutatásunk is megerősítette, mindazonáltal ismételtlen bizonyítást nyert, hogy a társas támogatása és az adaptív megküzdési mód kiváltképpen fontos protektív erővel bír, ezért olyan további kutatásokra

van szükség, melyek valóban segíthetik a gyakorlati szakembereket mind a preventív, mind a gyógyító munkájukban.

### **Támogatás:**

Nemzeti Agykutatási Program# 2017-1.2.1-NKP-2017-0002

**Kételyben rejlő bizonyosság – A pandémiával kapcsolatos összeesküvés-elméletekben való hit és a depressziós tünetcsoportok hatása a vallásosság és a spiritualitás változására a COVID-19 során**

Vadon Nikolett Beáta<sup>1,2</sup>, Sütöri Sára<sup>3</sup>, Elek Livia Priyanka<sup>1,2</sup>, Erdélyi-Hamza Berta<sup>1</sup>, Stock Gábor<sup>4</sup>, Foutoulakis Konstantinos N<sup>5</sup>, Smirnova Daria<sup>6,7</sup>, Gonda Xénia<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest;

<sup>3</sup> Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Stockholm University, Stockholm;

<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest;

<sup>5</sup> 3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki;

<sup>6</sup> International Centre for Education and Research in Neuropsychiatry (ICERN), Samara State Medical University, Samara, Russia;

<sup>7</sup> Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Samara State Medical University, Samara, Russia

124

**Bevezetés:** A veszélyhelyzetek az összeesküvés-elméletekbe vetett hit növekedésével és a spiritualitás változásával járnak együtt, ami közvetlenül, vagy az egészségmegőrzéssel kapcsolatos intézkedések betartása iránti hajlandóság révén befolyásolja a jóllétet és a mentális egészséget. Célunk a járványhelyzettel összefüggésben a pandémiával kapcsolatos hiedelmek, a depresszió, valamint a spiritualitás változása közötti összefüggések vizsgálata volt.

**Módszer:** Az elemzésekhez a 42 országban zajló COMET-G vizsgálat magyar mintáját használtuk, mely 763 felnőtt adatait tartalmazza. A hiedelmek és a depressziós tünetcsoportok hatását a vallásosság és a spiritualitás változására a COVID-19 során korra és nemre korrigált ordinális regressziós modellekkel elemeztük. A számolásokat az R (R-4.1.1) és R-studio (2021.9.0.351) programmal végeztük.

**Eredmények:** A világjárványhoz kapcsolódó összeesküvés-elméletekben való hit szignifikánsan összefüggött a vallásosság és a spiritualitás változásával a COVID-19 során. A hiedelmekben való erősebb hit a vallásosság és spiritualitás növekedésével (készen állt a járvány előtt:  $\beta=0,24$ ,  $p<0,01$ ; a vírus biokémiai fegyver:  $\beta=0,24$ ,  $p<0,001$ ; 5G technológia eredménye:  $\beta=0,38$ ,  $p<0,001$ ; világ vezetői hozták létre válság előidézésére:  $\beta=0,26$ ,  $p<0,001$ ; a bolygót elpusztító isteni erő jele:  $\beta=0,97$ ,  $p<0,001$ ), míg a tudományosan elfogadott eredetbe vetett hit (állatokkal való érintkezésből véletlenül jelent meg:  $\beta=-0,13$ ,  $p<0,05$ ) a vallásosság és a spiritualitás csökkenésével járt együtt. A CES-D ( $\beta=0,2$ ,  $p<0,05$ ) és két tünetcsoportja (irritabilitás és társas kapcsolati problémák:  $\beta=0,09$ ,  $p<0,05$ ; depresszív hangulat és szomatikus panaszok:  $\beta=0,03$ ,

$p<0,05$ ) szintén szignifikáns összefüggést mutatott a vallásosság és a spiritualitás növekedésével, míg az anhedónia nem ( $\beta=0,03$ ,  $p=0,15$ ).

**Megbeszélés:** Az összeesküvés-elméletekben való hit és a depresszió – különösen az irritabilitás és a társas kapcsolati problémákkal kapcsolatos tünetek –, valamint a depressziós hangulat és a szomatikus panaszok szignifikánsan összefüggtek a vallási és spirituális hit növekedésével, míg az anhedónia nem. A világjárvány tudományosan elfogadott okába vetett hit enyhén csökkent, míg a legerősebb kapcsolatban állt a spiritualitással az a meggyőződés, hogy a vírus a bolygó elpusztítását célzó isteni erő jele. Eredményeink segíthetnek megérteni az összeesküvés-elméletek és a spiritualitás szerepét a veszélyhelyzetekben, valamint azok kapcsolatát a mentális egészséggel.

---

# WAPR

---

## **Mental Health Services and COVID-19 Pandemic: what do the professionals think?**

*Prof. Gabriele Rocca*

World Ass. for Psychosocial Rehabilitation, WAPR  
President, Milano, Italy

Italy was the first European country to face the Covid-19 pandemic and to implement a very strict lockdown in the spring of 2020. The lockdown came suddenly and had a significant impact on the functioning of psychiatric services causing significant changes.

These transformations have had inevitable consequences for users, staff and the general population. It was therefore necessary to understand what has happened, what has worked and what has not worked, in an attempt to transform this dramatic crisis into an opportunity for positive evolution. To address this problem, we developed an ad hoc questionnaire to find out what the professionals thought about the new organization and how they felt at that time. The questionnaire, not validated, was accessible on the WAPR Italy website. The questionnaire included five questions for demographic characteristics, role and setting of the professionals and eight multiple-choice questions concerning opinions about the service activity in the lockdown. The responses highlighted some specific issues such as: the opportunity to adopt remote support through the use of technologies; the need to implement personalized and non-standardized therapeutic projects; the overriding need to promote social inclusion and avoid the isolation of residential facilities.

These and other topics will be presented and discussed during the presentation.

## **Spirituality and Social Determinants for Psychiatric Rehabilitation**

*Prof. Zeb Taintor*

New York University

The World Health Organization and the American Psychiatric Association (APA) have embraced the concept of Social Determinants of Mental Health (SDOMH), which „are conceptualized in dynamic confluence with biomedical determinants and psychological determinants of mental health. All clinicians, no matter their particular orientation of work, should see the relevance of SDOMH as situated in an enhanced biopsychosocial model.” The 16 SDOMH, according to the APA, are in four categories:

- *Reduced Options/Poor choices*: adverse features of the built environment, homelessness, poor quality of housing, instability, low education, poor education quality, education inequality; adverse early life experiences, childhood maltreatment;
- *Behavioral Risk Factors*: neighborhood disorder, disarray or disconnection; food insecurity, poor dietary quality; unemployment, underemployment, job insecurity; discrimination, and social exclusion/ social isolation;
- *Physiologic Stress Responses*: exposure to air, water, or soil pollution; poor or unequal access to transportation; poverty, income inequality, wealth inequality; exposure to conflict: war, shooting, violence, migration etc.;
- *Psychological Responses*: exposure to the impact of global climate change; poor or unequal access to health insurance or health care; area-level poverty, concentrated neighborhood poverty; interaction and involvement with the criminal justice system.” The APA proposes to focus “also the underlying structures that encompass institutions, public policies, and social norms including structural racism.”

Social psychiatry research shows more dynamic factors, including spiritual beliefs which will be offered as supplements for rehabilitation programs.

**Subjective aspects of the rehabilitation process**

*Germana Agnetti, MD*

co-director, IRIS Postgraduate School of Psychotherapy  
Eu Vice President of WAPR  
Milano, Italy

**“From residential care to supported housing for people with mental disorders”**

*Prof. Angelo Barbato*

WAPR postpresident, Milano, Italy

126

In the last years the subjective experience of people with severe mental health problems undergoing a process of rehabilitation and recovery has been increasingly recognized as an important factor in fostering excellence and recovery-oriented attitudes in mental healthcare. Perspectives and views of individuals who use mental health services are relevant drivers of change in the system by offering insights into unmet needs and factors that can impact on the course of disorders. A bottom up approach, in which service users draw on their own experiential knowledge is now a legitimate focus of research and practice.

In this presentation different aspects of subjective experience will be considered, in relations to the views of people of their personal distress, the interaction with other people both at individual and collective level, the relationship with the healthcare system and the formal and informal caregivers.

Concepts about relational issues embedded in subjectivity will be presented and some aspects of the challenge faced by services in relation to subjective-oriented practices will be discussed.

Residential care and supported housing are two models of accommodation for people with mental disorders in post-institutional mental health systems. In residential care, the emphasis is on treatment and rehabilitation provided by professionals in staffed facilities belonging to community psychiatric services, whereas in supported housing the emphasis is on outreach need-led support to people living in their own home integrated in the community.

The supported housing approach grew from a dissatisfaction with the original model of residential facilities, developed in the early wave of downsizing or closure of mental hospitals, based on the concept of a “linear continuum”, in which persons were supposed to gradually progress from hospitals, through less supervised accommodations, halfway houses, group homes, to reach finally independent housing. This model failed in most cases to move people toward independent lives and trapped many people in segregated residential settings. This was also due to the confusion between accommodation and care. Instead, a core aspect of the supported housing model is the separation between accommodation and treatment services.

Problems of supported housing may include housing affordability, location in unattractive neighborhoods, complex organization of outreach services, failure to provide flexible support, boundary problems between health and social services, isolation and safety of residents.

The latest developments will depend on integration between the social sector (housing) and the health sector (mental health care).

An array of residential services are required in a balanced mental health system. At a given point, shelters that represent veritable social lifeboats, tertiary care facilities, supervised residential settings, or apartments may represent the best balance between the need for socialization, treatment, crisis support, rehabilitation, and autonomy. The adoption of a supported housing approach does not mean that time-limited residential alternatives to hospital admission should not be available. However, the availability of a variety of solutions should not open the door to an uncontrolled increase of small institutions

### **The long lasting effects of the Covid-19 pandemic on the daily interactions among ethnic Hungarians in Romania from a sociological perspective**

*Prof. Györgyi Szilágyi, Dr. András Györbíró,  
Drs. Judit Gombik*

Partium Christian University, Oradea (Partiumi Keresztény Egyetem, Nagyvárad)

In our research we focused on the study of the long lasting effects of the Covid-19 pandemic. The research was carried out on a sample formed of ethnic Hungarians in Romania, mainly in Transylvania region.

The pandemic resulted in significant changes in terms of daily interactions, in the way people worked, interacted, kept in touch with their friends, colleagues and families. These are well known facts, as the whole world went through these changes more or less simultaneously. However, it is much less researched and spoken about, how these 1.5–2 years will shape the future habits in these aspects. Can the people turn back to their interaction habits they had before the pandemic? Can they take something with them as good practice from the mostly online based interactions? Will this change the way they think about mobility, separation of work and private spheres, scheduling and general interaction? What are the emotional attitudes towards these methods, and can we observe any significant difference in these aspects among the respondents according to their age, sex or social status?

These are the most relevant issues we tried to discover through our research.

### **Generation Z. Novel needs for prevention and rehabilitation**

*György Purebl MD PhD*

director

Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences,  
Budapest, Hungary

Individuals born after 1995 are sometimes called to belong to Generation Z. Abundant research demonstrates that in some psychological characteristics Gen Z is different to any other generation! They are fast, instant-minded and short-term focused and social media is probably the most significant communication channel for them. Many of them lack traditional ambitions but show significant sensitivity for others and for environment. Nevertheless this generation are also characterised (at least in the high income countries) with higher frequency of certain mental disorders. For example there was a five-fold increase of mental disorders amongst UK university students between 2007-2018. Therefore exploring of the underlying psychological risk factor and tailoring mental health intervention to the special needs of this generation are both unanswered needs in recent mental health care.

## New Role of Psychosocial Rehabilitation

*Prof. Ida Kosza MD PhD*

WAPR Board Member,  
President of Hungarian Branch  
Pomáz, Hungary

128

The world, and humanity because of covid19 virus pandemic has a paradigma changing. Nothing will be the same in our life, as it before was.

The consequences of this period are very different. We call this symptomes postcovid syndrom, what can bring somatic and mental factors. The somatic symptomes are often very sirious, covid positivity needs hospital treatment with breathing machines. After hospital treatment the symptomes 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 deepression, anxiety. In connection with spirituality is raised the question, what is the definition of spirituality. Somee 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 postcovid era is influencing their life as well.

Our main task is to teach, what means spirituality, and to use the pozitve 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.



# Névmutató

129

## A:

Agnetti Germana – 126  
Ambrusz Alíz – 54  
Andrássy Gábor – 54

## Á:

Ágrez Kristóf – 106

## B:

Bacsák Dániel – 55  
Bagi Otília – 56  
Balázs Judit – 8  
Balczár Lajos – 100  
Balogh Dávid – 42  
Baltás Péter – 57  
Barabássy Ágota – 115, 116  
Baran Brigitta – 98, 99  
Barbato Angelo – 126  
Berán Eszter – 46  
Bélteczki Zsuzsanna – 57  
Birtalan Ilona Liliána – 58  
Bitter István – 97  
Blaskó Ágnes – 58

## Cs:

Csábi Eszter – 26, 27  
Csáky-Pallavicini Zsófia – 29, 30, 31  
Csigó Katalin – 59

## D:

Danics Zoltán – 60  
Diószegi Judit – 60  
Drubina Boglárka – 61

## E:

Ekler Katalin – 62  
Engelhardt Kinga – 76  
Erdélyi-Hamza Berta – 119  
Esperger Zsófia – 63

## F:

Fadgyas Ildikó – 103  
Falkai Péter – 3  
Farkas Fanni Fruzsina – 63  
Fekete Sándor – 64

Fekete Zita – 65  
Feller Gábor – 66  
Ferencz Ákos – 66  
Flach Richárd – 67  
Frecska Ede – 67  
Fuchs Ágnes – 8  
Fullajtár Máté – 68, 107  
Füzesi-Kulcsár Szilvia – 116

## G:

Gallai Mária – 69  
Garbóczy Szabolcs – 70  
Gál Bernadett Ildikó – 68  
Gedeonné Dallos Rita – 117  
Gerevich József – 11, 104  
Gergics Enikő – 70  
Gorwood Philip – 3  
Grúz László – 43

## H:

Hal Melinda – 18  
Hamvas Szilárd – 71  
Havelka Judit – 20  
Hárdi Lilla – 4, 7, 9  
Heckenberger-Nagy Evelyn – 107  
Hegedűs Ildikó – 9  
Herold Krisztián – 101  
Hirsch Tibor – 14  
Hordósi Judit – 49  
Horváth Anikó – 11

## J:

Juhász Attila – 12

## K:

Kakuszi Brigitta – 108  
Kapitány-Fövény Máté – 72, 73  
Kapócs Gábor – 37, 73, 74, 75  
Karakas-Török Dominika – 110  
Kelemen Oguz – 40, 41  
Kepics Zsanett – 10  
Kékes-Szabó Marietta – 109, 118  
Kéri Szabolcs – 5, 76  
Kiss Anna – 20  
Kiss Dániel – 77

Kiss Edina – 77  
Kolumbán Pál – 19  
Kosza Ida – 128  
Kovács Ágnes – 16  
Kovács Nikoletta – 120  
Kovács Péter – 78  
Kovács-Tóth Beáta – 78  
Kőváry Zoltán – 33  
Kugler Gyöngyi – 14  
Kurimay Tamás – 35

**L:**

Lehóczky Pál Zoltán – 79  
Lestyán Lilla – 23  
Lisincki Anna – 33  
Litkei Éva – 100  
Losonczy Laura Anna – 23

**M:**

Marjai Kamilla – 12  
Mátisné Orsós Julianna – 80  
Mátyássy Adrienn – 15, 41  
Mihály Andrea – 80, 81  
Molnár Hajnalka – 120  
Moretti Magdolna – 21  
Müller Vanessa – 81

**Ny:**

Nyárondi Péter – 109

**O:**

Ocsovai Dóra – 13  
Oriold Károly – 82

**P:**

Pap Erika – 31, 32  
Pelikán Anett – 36  
Pénzes István – 83  
Pércsyné Fábíán Krisztina – 83  
Purebl György – 127

**R:**

Radics Judit – 102  
Rákár-Szabó Natália – 50, 51  
Reinhardt Melinda – 84  
Resch Mária Magdolna – 84  
Réthelyi János – 51  
Rihmer Zoltán – 18, 85  
Rocca Gabriele – 125  
Rubovszky György Zsolt – 104

**S:**

Salgó Ella – 43  
Sándor Alíz – 16  
Schulz Rebeka – 28  
Sebestyén Árpád – 10

Simon Lajos – 5, 38, 39  
Simon Mária – 86  
Sinkó Eszter – 6  
Siska Dóra – 24  
Soltész Péter – 46  
Stauder Adrienn – 87  
Stock Gábor – 111  
Sutus Nikolett Gabriella – 17

**Sz:**

Szabó Brigitta – 22, 25  
Szabó Dominik – 44  
Szabó Georgina – 121  
Szabó Tamara – 122  
Szederkényi József – 37  
Szegő Andrea – 52  
Szeifert Noémi Mónika – 87, 88, 89  
Szendi István – 90, 112, 113, 114  
Székely András – 89  
Szigeti F. Judit – 21  
Szilágyi Györgyi – 127  
Szilágyi Simon – 98  
Szily Dorottya – 45  
Szűcsné Révai Katalin – 91

**T:**

Taintor Zeb – 125  
Takács Alíz – 123  
Tamás Bernadett – 26  
Tiringer István – 91  
Tolvay Katalin – 22  
Tóth Mónika – 17  
Török Bettina – 92  
Török Imre András – 92

**U:**

Unoka Zsolt Szabolcs – 35, 42, 45, 47, 48, 53  
Uzsalyné Pécsi Rita – 19

**V:**

Vadon Nikolett Beáta – 124  
Varga Réka – 93  
Vass Edit – 39  
Vizi János – 15, 94  
Vizin Gabriella – 32, 34  
Volosin Márta – 28

**W:**

Wernigg Róbert – 94

**Z:**

Zala Attila – 95

**Zs:**

Zsila Ágnes – 95