

A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
Debreceni Akadémiai Bizottsága
Közleményei

A FALAKON KÍVÜL ÉS BELÜL
Pszichiátriai aktualitások

Debrecen, 1988.

1103736

A Magyar Tudományos Akadémia
Debreceni Akadémiai Bizottsága
Közleményei

A falakon kívül és belül
Pszichiátriai aktualitások

A Debreceni Akadémiai Bizottság
Mentálhigiéniai Munkabizottsága
és a
Debreceni Orvostudományi Egyetem
Ideg- és Elmekezelő Osztályának
Szociálpszichiátriai Munkacsoportja
által 1988. április 22-én rendezett
tudományos ülés előadásai

Szerkesztette: Dr. Molnár László

Debrecen, 1988.

MTAK



0 00002 37328 7

666400

Lektorálta: Dr. Bagdy Emőke
Dr. Mészáros István

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

ISBN: 963 7064 06 0

Felelős kiadó: Dr. Bognár Rezső

Kiadja a Debreceni Akadémiai Bizottság

Engedélyszám: 57406

Példányszám: 500

M. TUD. AKADÉMIA KÖNYVTÁRA
Könyvtári jelzés: AC 323 19.83

MGM Rehabilitációs Üzem, Debrecen

TARTALOMJEGYZÉK

Dr. Túry Ferenc: Bevezető	1
Dr. Böszörményi Zoltán: Dichotomizálhatunk-e szomato- és pszichoterápia alkalmazásánál?	3
Dr. Papp Éva: Extramurális pszichiátriai ellátás intézetünkben	12
Pék Győző, Dr. Demeter József: Neurózis szakgondozásunk tapasztalatai	18
Dr. Túry Ferenc, Dr. Molnár Gábor: Egyéni és csoporthipnoterápiás lehetőségek neurotikus és pszichoszomatikus betegek ellátásában	24
Dr. Molnár Gábor: A klimaktérium és involúció mentálhigiénés problémái	31
Csiky-Mészáros Mária, Pék Győző, Dr. Molnár Gábor, Dr. Remenyik Éva: Pszichoszomatikus bőrbetegek pszichológiai vizsgálata	41
Dr. Szabó Pál: Az emocionális sírásról	50
Szunyoghy Tamás: Tapasztalatok a Luria-Nebraska neuropszichológiai teszttel	59
Joó Mária Nóra: A neuropszichológia szerepe a pszichiátriai betegellátásban	71
Vita	83

BEVEZETŐ

Dr. Túry Ferenc

A pszichiátria története folyamán az extramurális ellátás szerepe egyre nőtt, mindinkább vékonyodtak a fekvőbeteg-intézmények falai. Az ideggondozó hálózaton kívül manapság már a kórházi osztályok is több olyan feladatot vállalnak, melyek ambuláns ellátáshoz kapcsolódnak. Megyénkben erre azért is nagyobb a szükség, mert a pszichiátriai ágyak száma itt a legalacsonyabb az országban. Az extra- és intramurális munka között tehát mind több a kapcsolódási pont.

Az extramurális teendők jó részét kitevő neurózisellátás nagy pszichoterápiás igénnyel is jár. Klinikánkon, a DOTE Ideg- és Elmeklinikáján a két éve alakult neurózis szakgondozás szolgál ennek keretében. A problémákról 1988. márciusában Dr. Demeter József számolt be a területi pszichiátriai értekezleten.

Tény, hogy a 15 % körüli neurózis-morbiditás egyre nagyobb nyomást gyakorol a ma még eléggé szervezetlen pszichoterápiás lehetőségekre. A pszichoterápia mai honi helyzetéről egy humoros egyetemi kiadvány mottója idézhető, mely az értelmiség helyzetét így jellemezte: az értelmiség előtt a szemafor zöldet mutat, de a sineket felszedték. A pszichoterápiára ugyanez áll, talán annyi a különbség, hogy a sineket még alig rakták le, nincs intézményes kerete.

Klinikánk neurózis-szakgondozását négy pszichiáter és négy pszichológus végzi. Pszichoterápiás tevékenységünk mellett szociálpszichiátriai vonatkozású munkát is végeznek, s e munka összefogásának igénye hívta életre a szociálpszichiátriai munkacsoportot. Ezúttal tapasztalatainkról, vizsgálatainkról számolunk be.

Az első előadót, Böszörményi Zoltán Professzor Urat külön köszönet

illeti, mert nemcsak jelenlétével, hanem előadásával is megtisztelte az ülést. A pszicho- és farmakoterápia kapcsolatának elemzését vállalta. A második előadás a Városi Ideggondozó Intézet extramurális pszichiátriai tevékenységről szól, köszönjük Séra Ibolya Főorvosnőnek és munkatársainak, hogy ezzel is segítik az extra- és intramurális elmegyógyászat összhangját.

Klinikánk előadásai fő vonalaiban három tematikus egységbe foghatók. A pszichoterápiás tapasztalatokról részben a szakgondozás tükrén át, részben a hipnoterápia kapcsán lesz szó. Ezután heterogénebb vizsgálatokról hallunk ismertetést az involúció mentálhigiénés problémáitól a pszichoszomatikus bőrbetegek pszichológiai vizsgálatán át a siráskutatásig. A harmadik egység határterület, itt ugyanis a neuropszichológiai vizsgálatok hasznáról hangzik el elemzés a pszichiátriai diagnosztikában.

A klinikán folyó szociálpszichiátriai munka nemcsak ennyi, mert például a pszichiátriai betegek rehabilitációjáról, ennek megszervezéséről, koordinálásáról Dr. Degrell István számolt be a területi elmeértekezleten.

Röviden: sok teendőnk van még, gondjaink nem csupán helyiek, hanem össz-pszichiátriaiak, sőt, társadalmiak. Mindenesetre reméljük, hogy a mai ülés is segít közelíteni egymáshoz a címben jelzett falak két oldalán közös ügyért dolgozókat, javul a kommunikáció - betegeink érdekében.

Budapesti János Kórház Rendelőintézet Mentálhigiénés Osztály
/igazgató főorvos: Dr. Várady Géza/

Dichotomizálhatunk-e szomato- és pszichoterápia alkalmazásánál?

Prof. Dr. Böszörményi Zoltán

/Prof. Dr. Angyal Lajos emlékének/

Először is a meghívást köszönöm meg, mert szülővárosomba mindig szívesen jövök. A feltett kérdésre, mely régi, de még mindig aktuális a pszichiátriában, természetesen nemmel kell válaszolnom. Hivatkozom Plátonra, aki Charmides-ében már kifejtette, hogy a testi és gyógyszeres kezeléseket ki kell egészíteni ún. beszélgetésekkel /"epodai"/ is. De ezt tanultuk már a modern pszichofarmakon-éra előtti időben is. Két felejthetetlen mesteremre kell emlékeznem, kik sajnos már nem élnek, Angyal Lajosra és Gyárfás Kálmánra, akik megkivánták, hogy az orvosok ott üljenek az inzulin-kómából ébredező, vagy az elektrosokk után felocsudó betegek mellett, velük beszélgessenek, biztató-szupportív jelleggel. De idevágó feladat volt az ún. narkoanalízis, tehát az intravénásan adott barbiturátok hatásának csökkenésekor létrejött rövid kapcsolat kihasználása, az exploráción túlmenő némi biztatás, vagy a faradizálás mellett elejtett bátorító szavak szerepe is.

Bár az említett összefüggések, ill. kezeléskombinációk szerepe mindmáig érvényes, aktuálisabb a pszicho- és farmakoterápia együttes, vagy külön-külön alkalmazásának kérdése az egyes pszichiátriai kórképeknel. Itt ma szélsőséges felfogások érvényesülnek világszerte,

bár józan és reálisabb megítélések egyaránt a mérlegelő kombinatív kettős módszer alkalmazása mellett szólnak. Ezt támasztják alá azok a nézetek, mely szerint egyelőre egyik módszer sem igazán "nozotrop" hatású, még a mai biokémiai biztató közelítés mellett sem, mely egyes neurotranszmitterek és modulátorok szerepét a nagyobb kórképeknél bizonyítottanak véli. A pszichoterápia egyes ágai, melyek pl. a tanulás-elméletcsolatosak, szintén némi joggal igényelhetik egyes betegeknél az önálló alkalmazást.

Ugyanakkor a kettős lehetőség kihasználása együttesen logikusan növelheti terápiás esélyeinket.

Néha természetesen nincs választási lehetőségünk: egy eszméletlen, vagy súlyosan nyugtalan, esetleg dementálódott betegnél csupán a drogok alkalmazása jön szóba! Itt kell megemlíteni azt a tényt is, hogy jó kontaktusú betegeknél ugyanakkor a gyógyszer beadásakor a drog-hatás mellett kétségtelenül fellep némi "metafarmakológiai effektus" is, mely függ az összhelyzettől, az orvos-beteg kapcsolattól, a beteg ún. compliance-ától, tehát közreműködésétől stb.

Akkor sem választhatunk, ha vagy nincs gyógyszerünk, vagy nincs jó terapeutánk: ez utóbbi eset a gyakoribb. De akadnak olyan végletes élethelyzetek, amelyeknél csak pszichés behatás próbálható meg. Ilyen a közismert és sok filmen ábrázolt szituáció, amikor az öngyilkosjelölt éppen ugrani készül egy emeleti párkányról, és erről valakik, egy pap, egy pszichológus vagy egy tűzoltó le akarja beszélni... De néha még ilyen helyzetben is groteszk módon lehetőség nyílik a két módszer alkalmazására: Bitter egy előadásában beszámolt egy hasonló esetről. Az Operaház felújításán dolgozó egyik lengyel vendégmunkás akart kiugrani az erkélyről, megtiltva, hogy hozzá közelítsenek. Végül beleegyezett abba, hogy búcsúzóul egyik barátjával még megigyon egy pohárka vodkát. Ebbe sikerült Haloperidolt belekeverni, amit megivott, de utána röviddel elkábult, sirni kezdett és lemondott suicidiumáról...

A kezeléskombinációk mérlegelése természetesen az egyes

betegségcsoportoknál különböznek. Legvitatottab neurotikusoknál. Az analitikusok joggal hangsúlyozzák, hogy a trankvillánsok gátolhatják a pszichoterápiás folyamatot, a beteg késztetését, motiváltságát, a spontaneitást, így nehezítik a problémákkal való konfrontációt is, a pszichés élmények szintelenebbek lesznek, a verbális kommunikáció fogyatékosabb és a várt érzelmi kapcsolat is fékezettebb. Egyes schizophrenek a neuroleptikus hatást mint személyiségük csonkítását élhetik meg, mely belső életükbe előnytelenül beleavatkozik. Néhány depressziósnál még jobban felszínre hozza az öndestrukciót. Többféle betegnél a drog kiszorít minden személyes kapcsolatot és a beteg "infantilizálását" eredményezi, ezáltal szinte névtelen, anonym marad, mely a kapcsolatot érthetően minimumra redukálja kezelőjével szemben. Ugyanakkor sokan rámutattak, hogy csak a gyógyszer teszi lehetővé a pszichoterápiás megközelíthetőséget, főleg, ha egyúttal a beteget még be is kell illeszteni, integrálni egy kórházi közösségbe. Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a régi elmeosztályi klímát is a pszichotrop drogok alkalmazása változtatta meg igen előnyösen, megkönnyítve az ápolók munkáját is. A neuroleptikumok tették lehetővé a munka- és csoportpszichoterápia intenzívebb alkalmazását is. Böszörményi több kísérlettel bebizonyította, hogy egyes schizophreneknél neuroleptikus kezelés mellett egy neurózisekvivalens állapot /Schultz-Hencke értelmében/ alakítható ki, mely őket alkalmassá teheti épp olyan csoportpszichoterápiás folyamatok mozgására, mint a neurotikusakat.

A depressziósokra vonatkozóan Becker közölt egy jelentős összefoglalást témánkkal kapcsolatosan. Klermant idézi, aki három főcsoportot különít el a kombinációs kezelés kérdésében:

1. A tisztán gyógyszerhívók, akik főleg organikusan, vagy biológiailag orientáltak (cinikusan ezeket azokhoz hasonlítja, akik tisztán isszák a tömény szeszt). Ezek attól is félnek, hogy a pszichoterápia a tüneteket felerősíti. Erre említi Birkmayer már hírhedtté vált mondását, miszerint a legnagyobb szerencsétlenség ami

egy depressziókat érhet az, ha találkozik egy pszichoterapeutával. Annyi valószínűleg igaz ebből, hogy a pszichoterápia amiképp valahol hatásos, éppúgy lehetnek káros mellékhatásai is, mint a drogoknak, vagy az elektrosokknak. Másrészt ekkor kiesik a drogok ún. feltételezett agyi pótló funkciója, mely ugyan még korántsem olyan bizonyított pl. az inzuliné diabetesben.

2. A drog-elutasítók, a prohibicionisták, akik tehát minden gyógyszer adását elvetik. Ezek félnek a negatív placebo-hatástól, attól, hogy a tünetek és a szorongás hatása letöri a motivációt a kezelés folytatására. Ez az ellenvetés persze nem lehet érvényes súlyos izgalmi állapotoknál vagy hallucinációknál.

3. A drogok és pszichoterápia pragmatikus kombinációja (ezeket ún. cocktail-keverőknek minősíti). Praktikus- eklektikus orvosok ezek, akik a kettős alkalmazástól remélnék optimális hatást. Hisznek abban, hogy a drogok javítani tudják a központi idegrendszer azon diszfunkcióit, melyek a tünetképzés okai, előnyösen befolyásolják az emocionalitást, mely egyúttal az emberközi kommunikálást is elősegíti. Az ellentábor némi joggal hivatkozik arra, hogy az intenzív pszichoterápia jobban tudja segíteni a pácienseket problémamegoldó teljesítményükben, sőt ezen képességüket hosszabb távon is biztosíthatják. Ezzel szemben joggal veti ellen a másik csoport, hogy az idő- és pénzráfordítás sokkal kisebb a drogok híveinél, mint az elnyúló pszichoterápiáknál, sőt a kezelő orvosok kiképzése is lényegesen olcsóbb... Nem elhanyagolható szempontok ezek, főleg a mai aktuális helyzetünkben!

A kombinatív kezelés előnyeit depressziósoknál egyébként meggyőzően bizonyították Paykel, Weissman, Klerman és társaik, akik közel 300 ambulans betegnél amitryptilin, placebo vagy drog-nélküli kezelés mellett támogató-kontaktuserősítő terápiát alkalmaztak, két csoportra különítve a depressziós betegeiket. A legjobb eredményt szignifikánsan a drog és pszichoterápia együttes alkalmazásánál észlelték, így az antidepresszáns szerepének fontossága

bebizonyosodott.

A drog-kezelés lehetőségeiről az utóbbi néhány évben három magyar könyv is megjelent, így erről tájékozódhattak.

Ellenállok a kísértésnek, hogy a könyvek előnyeit és hibáit taglaljam. Fontosabbnak vélem a pszichoterápia mai aktuális helyzetét kissé megvilágítani, kiemelve, hogy az ortodox pszichoanalízissel nem fogok foglalkozni.

Míg a pszichodrogok meghatározása alig vitatott, a pszichoterápiáé annál inkább: a banális laikus biztatástól a mélyanalízisig terjedhet a tere. Mégis beszűkítik a fogalmat azon helyzetekre, melyekben egy képzett terapeuta professzionális kapcsolatba lép egy kezelésre szoruló beteggel, meghatározott időre. Masserman egyik könyvében egy ultrarövid, sikeres kezelését említi: sürgős segítséget kért tőle egy férfi, akit csupán előjegyezni akart, de ez kétségbeesve azonnal telefonon beszámolt hirtelen fellépett potenciázavaráról. Masserman nyugtatón közölte vele, hogy minden életműködésünkben van ingadozás, ár és apály... A férfi később jelent meg hálálkodva, mondván, hogy e néhány mondat őt már panaszmentessé tette. Sajnos az elnyújtott, eredménytelen kezelésekről jóval több példát mondhatnánk.

Masserman diplomatikusan hangsúlyozza, hogy a gyógyszerelés csak átmeneti megoldás lehet, amíg a beteg életnehézségei megoldódnak, ezt célszerű előtte is hangsúlyozni, főleg, ha elvárásainak megfelelően azonnal pszichoterápiát remélne. Más betegeknél, főleg néhány műszaki értelmiséginél ennek éppen az ellenkezőjét láthattuk, mert döntő volt a kémiai hatásba vetett hitük: egyik ilyen beteg ragaszkodott hozzá, hogy antidepressanst tartalmazó infúziókkal kezeljük, mint egyik rokonát, suicidiumot is kilátásba helyezve. Kérését eleinte teljesítettük, majd placebo- /Ringer/ infúziók mellett végeztük el eredménnyel a szükséges szupportív-elfedő jellegű pszichoterápiát. Nyugati országokban a pszichoanalízis nagy presztízse miatt ennek éppen az ellenkezője jellemző, tehát a betegek "megsértődnek", ha pilulákkal akarják pszichés problémáikat elintézni.

Más országokban egyes szervi eredetű bántalmakat a közösség jobban elfogad, mint a pszichogén jellegűeket. Ezt maguk a betegek is tudják, így nyilvánvalóan emocionális-reaktív kedélyzavaroknál is a vegetatív-szomatikus panaszokat, a kifáradást emelik ki inkább, Bálint szavaival élve, ezeket "kinálják fel" orvosuknak. Ez esetekben kis adagokban gyakran célszerű pszichofarmakonokat rendelni, mert a gyógyszer lehet ez a "vehiculum", amelyik a beteget az orvoshoz közelebb hozza, így kialakulhat a transzferencia. Főleg, ha az orvos a szükségnek megfelelően inkább "pseudo-fiziológiás" magyarázatot talál fel ugyanis, mélylélektani utalások helyett. Később ezekre is sor kerülhet, ha a kapcsolatuk stabilizálódott, egyúttal a drogokat is a minimumra lehet redukálni.

Munkatársaimmal együtt többször láttuk, hogy a múltban végzett hallucinogén kísérleteinknél egyes jelentkezőket segélykérően a kémiai anyagokba vetett hitük hozott hozzánk, később a révületkeltők hatására előkerültek gyermekkori élményeik, esetleg más elfelejtett-elnyomott történések, amelyekről a szerhatás elmúltával is szívesen elbeszélgettek. Több technikai érdeklődésű és materialista felfogású betegünknek utólag szinte az ilyen explorációs anyaggal kellett bizonyítanunk, hogy szükségük van a pszichoterápiára. Több voluntőr valójában indirekte pszichoterápiás segítséget kérve jelentkezett nálunk, mint erről Malitz és mások az USA-ból is beszámoltak. Ez azért lepett meg minket, mert ott a pszichoterápiás igények nagyobb tudatosítását, e módszerek elismerésének nagyobb fokát feltételeztük.

A mai lélekgyógyítás főleg az ún. kognitív irány felé fordult, mint ezt egy utóbbi cikkében Tringer is kifejtette. Ő ugyan elsősorban a Beck által depressziósoknál alkalmazott módszert ismertette, mely valóban hasznos és elterjedt. Meg kell azonban jegyezni, hogy Becknek már voltak elődei, akik komoly, elterjedt és elismert mozgalmakat és iskolákat alapítottak. Itt főleg Ellis és Kelly nevét kell hangsúlyozni. Részletekbe itt sem mélyedhetünk, csupán a fő

irányelveket említhetjük meg.

Ellis az ún. racionális-emocionális terápiáját 1955-ben ismertette. Ez elvben egyezik Beck későbbi kognitív irányzatával, de nem szorítkozik csupán a depressziókra. Módszerének egyik lényege, hogy feltárja betegeinek ún. irracionális elképzeléseit, melyeket 12 alaptípusba sorol. Közülük csak az elsőt említem: ez annak feltételezése, hogy minden felnőttet a környezetében élő személyeknek feltétlenül szeretni és tisztelni kell... Ezeket az irreális elképzeléseket feltárás után korrigálni kell és más megítéléssel, állásfoglalással lehetőleg helyettesíteni. A módszert egyébként röviden az ismert Mérei-Szakács pszichológiai tankönyv is ismerteti. Bonyolultabb és csak röviden említhető Kelly módszere, mely az ún. personal construct elméleten alapszik. Lényege az, hogy felderítendő a betegek ún. anticipációja, tehát a bekövetkezendő eseményekkel kapcsolatos elő-beállítódása, mely az események megélését már eleve eltorzíthatja. Ennek a kóros beállítódásnak a feltárása és megszüntetése lenne a terapeuta feladata. Bonyolult módszerét néhány esetközléssel magyarázza, első ilyen esetében egy olyan 51 éves nő szerepel, akit előbb már 15 éven át kezeltek pszichoanalízissel, eredménytelenül (az érdeklődőknek sajnos csak az eredeti angol monográfia ajánlható: ed. E. Button, 1985).

Az előbb vázolt pszichoterápiás fejlődés valójában csak újszerű, de nem újkeletű: Stransky bécsi pszichiáter már a századunk elején hangsúlyozta, hogy kezelésünknek a "thymopsyche" mellett a "noopsychére", tehát logikai-értelmi sikra is kell irányulnia. A kognitív irányzat térhódítása újabban egyre kétségtelenebb. Idevág lényegében Yager ún. eklektikus kezelésmódja is, melynek részleteit célszerűnek tartom ismertetni.

Yager szerint a pszichoterápiás pluralizmusra, vagy eklekticizmusra, mely az analitikus orientáción túlmenő, vagy azt elutasító, esetleg koncepció-nélküli, empirikus adatokra épült gyógyító módszert jelentené, saját magunknak szükségünk van, ezt

bizonyítja saját percepció és kognitív rendszerünk, mely megszabja, hogy miként organizáljuk környezetünk valós tényeit, a realitást.

Az emberi magatartást összetettsége miatt egy nézőpontból nem is lehet kellően értékelni. Az orvosi, szociológiai, pszichológiai irányzatok mind más részletekre fókuszálnak, de az eltérő perspektívák nem zárják ki egymást feltétlenül, mert a lényeges információk csupán egy-egy részletét ragadják meg. A vizsgálatot szervező klinikus is megfigyelései mellett saját látóterét akaratlanul is beszűkíti: a valóságot saját fogalomrendszerén /prekonceptióin/ keresztül dolgozza fel, betegét is a megszokott magatartásmintái szerint értékeli. Így elkerülhetetlen, hogy egyes kulcs tüneteket ki ne emeljen az összképből, mely a kórismét is determinálja. Bizonyították, hogy angol és amerikai elmeorvosok egyes videotape-interjúkat másként értelmezték: az amerikaiak több tünetet észleltek. A különbségeket még az azonos pontozóskálák alkalmazása is alig mérsékelte, mely előzményi és tünettani információkat egyaránt tartalmazott. Érzékeléseinket tehát elő-fogalmaink komolyan befolyásolják /concept driven perception/. De ez szerencsére nemcsak a mi szakmánkra vonatkozik: még a gastroscopiás, vagy röntgenleletek értékelésénél is bebizonyították ezt. Így kiderül, hogy valójában minden orvos ún. mintafelismerő, mert érzékelésünket kognitív sémáinkkal vetjük egybe, így önkénytelenül is belső modelleket alkotunk, melyek gyakran merevek és alkalmatlanok. Ezekkel töltjük ki a hiányos adataink közötti réseket. De a kórismét illető felfogásainkat módosítja egyes fontosabb kollégák nézete, vagy az adatok "tálalása", a vizsgáló életkora, személyisége, kognitív stílusa, információkezelése, az inkább atomisztikus, vagy holisztikus-egészet megragadó megközelítése stb.

A terapeuta ezek alapján keresi a helyzetmegoldást. Yager szerint a jó klinikus eklektikus-mentális manővert hajt végre, tehát több vonatkozásból közelít betegéhez, a biológiai és pszichodinamikai szempontokat mérlegelve. De Bono javasolja, hogy a megoldásokat latolgatva információtömegünket többször át kell csoportosítani, mert

ez alternatív kezelésmódokat hozhat felszínre.

Ismerni kell a beteg realitásérzkét, elvárásait, kezelési elképzeléseit, melyek nagyon eltérhetnek a kezelőtől. Szerencsés esetekben ezek közel kerülhetnek egymáshoz, ilyenkor érthetően nagyobb az összhang, könnyebb a kezelő helyzete a módszer legjobb irányú megválasztásában. A terapeutának tehát széles alapon képzett polihisztornak kellene lennie, komoly klinikai rutinnal, farmakológiai tudással és egyben becsületes önkritikával, mely utóbbi révén ha érezné azt, hogy betegének olyan kezelés szükséges, amelyet ő nem nyújthat, úgy küldje el azt más orvoshoz.

A pszichoterápiás módszerek közötti hasznossági különbségre Yager szerint kevés a bizonyítható adat, több utal a kongruenciára. Az összehasonlításokból az is kitűnik, hogy egyes terapeuták elfogult bigottsága paradox módon betegeinek előnyére lehet. Tehát jobb egy módszerében vakon bizó, mint az, aki szkeptikusan szemléli az összes gyógymódokat. Az empirikus pragmatizmus volt eddig a medicina sarokköve, nem az elméletekhez kötött kezelési próbálkozások sora. A túl-teoretizáló leg több szakmában nem magát a beteget, hanem szinte saját elméleteiket "kezelik". Az eklekticizmus előnye az is, hogy ha a kezdeti stratégia nem vált be, úgy a kezelő átkapcsolhat más koncepciós-sikra, melyen a más megközelítésnek már több sikere lehet, főleg, ha a terapeuta kognitív hajlékonyabb. Egyébként a beteg tovább kapja a céltalan gyógymódot, vagy túl korán irreverzibilisnek, defektuálódottnak minősítődik: az utóbbinak hátrányait felesleges lenne részletezni.

Azt remélem, hogy az említett gondolat-mozaikok némileg rávilágítottak a pszichiátria egyes újabb problémáira és egyben további ismeretszerzésre, vagy akár önbírálatra készíthették hallgatóimat.

Debrecen Megyei Városi Tanács Rendelőintézet, Felnőtt Ideggondozó
Intézet

/Intézetvezető: Dr. Séra Ibolya/

Extramurális pszichiátriai ellátás intézetünkben

Dr. Papp Éva csop. vez. főorvos

Debrecenben Gyermekek Ideggondozó Intézet 1959 óta működik. Véletlen egybeesés, hogy a Felnőtt Ideggondozó Intézet ma 25 éve kezdte meg munkáját Dr. Szabó Pál főorvos vezetésével. 1977-ben az integráció során a két Ideggondozó Intézet közös vezetéssel egyesült és szoros szakmai egységként működik.

Az elmúlt 25 év alatt megváltozott a gondozás fogalma, ma már nemcsak a beteg ellenőrzése és a szükséges gyógyszerekkel történő ellátása a feladatunk, hanem a megelőzés, a gyógyítás és az utógondozás mellett a rehabilitációjukban történő segítségnyújtás is. Az intramurális betegellátás az extramurális ellátás irányába tolódott el. A beteg a területen él, dolgozik, ott zajlanak esetleges pszichotikus történései, ott vár munkahelyi és familiáris problémáiban megoldási segítséget. Megoldást vár abban is, hogy minél kevesebb alkalommal kerüljön hospitalizációjára sor. Ebben nagy segítséget jelent az új psychotrop gyógyszerek és depot készítmények bevezetése. Sajnos, ezek a gyógyszerek csak meghatározott mennyiségben állnak betegeink számára rendelkezésre. 3 évvel ezelőtt végeztünk felmérést, melyből megállapítható volt, hogy az utóbbi években csökkent a fekvőbeteg-intézeti beutalások száma, és a hospitalizáció ideje is lényegesen csökkent. Nőtt az egyes kórházi kezelések közötti

időintervallum.

Ma már túlhaladottak az évtizedekkel ezelőtti felállított gondozási normák, melyek szerint gondozott az a beteg, aki 1 évben egy alkalommal megjelenik a rendelésen, vagy 1 alkalommal gondozónő lakásán felkeresi. A gondozói munka nem esetleges, nem csupán a beteg spontaneitásától függő, hanem tudatosan megtervezettnek és megszervezettnek kell lennie. Az optimális gondozást az jelentené, ha minden betegről minden hónapban állna információ rendelkezésünkre. Ezt úgy képzeljük megvalósítani, hogy egyik hónapban a beteg jön be rendelésre, másik hónapban a gondozónő keresi fel otthonában, és a következő hónapban hozzátartozója számol be az elmúlt negyedévben történt, a beteggel kapcsolatos eseményekről. Sajnos, ehhez a munkához intézetünk jelenlegi létszáma kevés, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy betöltetlen orvosi és gondozónői állásaink vannak több, mint egy éve. Bizunk abban, hogy a hozzátartozókkal eredményesebben tudunk együttműködni, mint eddig, évekkel ezelőtti már próbálkoztunk tanácsadást szervezni hozzátartozók számára a betegekkel kapcsolatos problémáik megoldására, de nem jöttek be a rendelkezésükre álló időpontban.

Jelentős mértékben megváltozott az intrafamiliaris struktúra, a legtöbb családban minden családtag dolgozik és a beteg napközben egyedül van otthon napokig, hetekig, esetleg hónapokig. Ezt próbáltuk csökkenteni azzal, hogy betegeink számára 1979-ben létrehoztunk egy foglalkoztató klubot, ahol igyekszünk a betegek magányosságát feloldani és emellett hasznos tevékenységet biztosítani számukra. Idejük legnagyobb részét kézimunkázással töltik, s az elkészített termékekből évente két alkalommal kiállítást rendezünk, a rendelkezésre álló pénzüsszegeből történik a jutalmazásuk. Emellett kulturális, egészségügyi felvilágosító programlehetőségeik is vannak. Kiállítást, filmelőadásokat tekintenek meg, évente több alkalommal kirándulni mennek és műsoros programokat állítanak össze, melyek előadására meghívják az intézet dolgozóin és hozzátartozóikon kívül az

őket támogató szocialista brigádok tagjait is. Intézetünk dolgozói apróbb ajándéktárgyakkal honorálják munkájukat, igyekezetüket és eredményeiket a műsoros programok utáni tombola formájában. A foglalkoztató klub létezése a Debrecen Megyei Városi Tanács Rendelőintézet anyagi támogatásának is függvénye, az általuk biztosított anyagi alapból történik csekély mértékű étkeztetésük, uzsonna formájában és a nagyobb ünnepek műsoros programok utáni megvendégelésük, valamint a kézimunka alapanyagok beszerzése.

Feltehetjük a kérdést, hogy hol kezdődik és hol végződik a gondozási munka? A gondozás már a prevenciónál kezdődik, valamint az egészséges életmódra neveléssel. Ezzel kapcsolatosan évente több alkalommal tartunk felvilágosító előadást üzemekben, iskolákban.

Jó kell legyen a kapcsolatunk az alapellátást végző orvos kollégákkal, mivel a betegek legnagyobb részét ők utalják intézetünkbe. Igen gyakran ők már akkor észlelik a betegnél a tünetek kiújulását, amikor még nem jelentkezik intézetünkben a megbeszélrt jelentkezési időpontban és igyekszik dissimulálni is. Ha a körzeti kolléga előzetesen informál bennünket, könnyebben rá tudunk kérdezni a panaszokra, tünetekre és a beteg is készségesebben beszél róla, ha látja, hogy ismerjük gondjait, problémáit. Természetesen ez paranoid betegnél negatív irányúvá válhat, úgy véli, mi figyeljük vagy figyeltetjük.

Pillanatnyilag megoldatlan a neurotikus betegek hovátartozása és - ha szükséges - fekvőbeteg-intézetbe utalása. Ezzel kapcsolatban meg kell jegyezmem, hogy az egyének tolerancia-készsége az utóbbi években nagyfokban csökkent. Régen is voltak olyan familiáris, munkahelyi vagy szituatív tényezők, melyek következtében az illető egyén közérzete, hangulati élete, teherbirása megváltozott, de saját magával el tudta fogadtatni, hogy kellemetlen tünetek a lezajlott eseményekkel ok-okozati összefüggésben vannak és bizonyos időt igényelve elmúlnak, vagy legalábbis veszítenek annyit negatív érzelmi töltésükből, hogy ismét megszokott életmódját, munkáját folytatni tudja.

Természetes, hogy a hosszú idő óta fennálló, fixálódott, conversiós, szomatizálódott neurotikus tünetek szakorvosi ellátást, időnként hospitalizációt is igényelnek a gyógyulás érdekében, ez is jelentős probléma, mert neurózis-osztály nincs, és valójában sem a pszichiátriai, sem a neurológiai osztályon történő elhelyezésük nem igazi megoldás. Az aktuálneurózisok gyógyítása nagyrészt az alapellátás feladata /problémáik megbeszélése, enyhe sedatívumok és nem hosszú ideig tartó quietas formájában/. Azt hiszem, azt is célszerű újrászervezni, hogy minden körzeti orvoshoz tartozó gondozóintézeti orvos hetente bizonyos meghatározott időben személyesen vagy telefonon rendelkezésre áll az aktuális betegekkel kapcsolatos problémák megbeszélésére, kivéve természetesen az akut eseteket, melyek konzultálására bármikor rendelkezésükre állunk.

Másik fontos terület, ahol szükség van a jó együttműködésre, a fekvőbeteg-intézetben dolgozó kollégákkal kapcsolatos. Budapesten hallottam egy tudományos ülésen, hogy a fekvőbeteg-intézeti és gondozóintézeti orvosok között egy jelentős különbség van, hogy minden gondozóban dolgozó orvos éveket töltött fekvőbeteg-intézeti munkával és van osztályos tapasztalata, fekvőbeteg-intézetben dolgozó orvosok viszont igen csekély számban dolgoztak valaha is gondozóintézetben s így szemléleti módunk a betegfelvételt illetően különböző. Szeretnénk, ha a kollégák nem gondolnák egy esetben sem, hogy szabadulni akarunk a betegekkel kapcsolatos problémáktól. Ha beutaljuk, ha valóban felvételt nyerne, még ha rövid időre is, mind a pszichiátriai, mind a suicidium veszélyeztetettségű, mind a krízishelyzetben levő neurotikus beteg, akkor ezt az állapota és a gondozói ellátás lehetőségeinek korlátai egyaránt indokolják.

Tudjuk, hogy az osztályok helyhiánnyal küzdenek, de közös érdekünk és a beteg érdeke, hogy a beutalt beteg felvételre kerüljön, különösen ha mentővel, esetleg rendőrség igénybevételével történik beutalása. Az is nagyon hasznos lenne, ha értesülnénk róla telefonon vagy írásban, hogy a beteget adaptációs szabadságra hazaengedték, már

ezen idő alatt felkereshetné a gondozónő és felhivná figyemét, hogy a megadott időpontban az osztályon jelentkeznie kell.

A gondozásnak hosszú ideig kell tartani, hiszen tudjuk, hogy a pszichotikus eseményeek ritkán fordulnak elő csupán egy alkalommal. Fennáll a lehetőség a tünetek ismételt jelentkezésére, de folyamatos ellenőrzés, szervezett gondozás mellett megfelelő gyógyszereléssel kisebb a lehetősége az ismétlődésnek és újabb hospitalizáció szükségességének.

Kiemelt feladat a veszélyeztetett családok gondozása, mely a két részleg közös feladata és szükség esetén családterápia alkalmazása is felmerült.

A serdülőkori suicidium gondozás igen nagy szakmai felkészültséget, empátiás készséget igényel és gyakran erős érzelmi igénybevételt, emocionális feszültséget jelent a terapeuta számára is. Évek óta folyik pszichoterápiás tanácsadás fiatalok számára gyermek részlegünkben, mely iránt nagy az érdeklődés és az igény; ez jó effektussal működik. Többféle pszichoterápiás eljárást alkalmazunk, ezek közül leggyakoribb a Rogers-féle személyi központú rövid pszichoterápia, autogén tréning és különböző csoport-terápiák. Jó az együttműködés az orvos - pszichológus - gondozónői terápiás team-munkában, erről 3 éve Budapesten számoltunk be tudományos ülésen.

A suicidiumot megkísérelt betegek gondozása felnőtteknél is komoly, körütekintő és rendkívül megterhelő munka. Életvezetési tanácsadást, sokszor évekig tartó pszichoterápiát igényel. Emellett talán ennek a betegcsoportnak van a legnagyobb szüksége szociális, társadalmi valamint intrafamiliaris összefogásra gyógyulásuk érdekében.

Néhány éve felmérést végeztünk betegeink szociális helyzetéről és elszomorító képet kaptunk. Betegeink jelentős része a létminimum alatti jövedelméből tartja el saját magát, sokszor családját is. Ez évben csökkent a szociális segély lehetősége, ami tovább rontja betegeink megélhetését lehetőségét.

Gyakran adunk javaslatot betegeinknek elhelyezkedésük elősegítésére, de mindannyian tudjuk, hogy az ideggondozói ajánlólevél nem minden esetben hoz pozitív eredményt.

Újszerű és körütekintő feladatot jelent az újrászervezett lelki telefon-segély szolgálat. Megalakításakor - mely Dr. Szabó Pál főorvos úttörő munkásságának köszönhető - a debreceni volt hazánkban az első. Komoly megterhelés a nappali hívások körütekintő és megnyugtató megválaszolása egyéb feladataink ellátása mellett, mivel jelenleg csak a délutáni és éjszakai telefonügyelet függetlenített, ügyeleti ellátás formájában. Jelentős feladat a telefonügyeletben részt vevők képzése, ellenőrzése, az empátiás készségük fejlesztése, a döntési képesség és készség fokozása, a veszélyhelyzet felismerése és elhárítása.

Feladataink jelentős részét képezi az alkoholista betegek kezelése és gondozása. Intézetünk feladatkörébe tartozik annak megállapítása is, hogy a tanácsai egészségügyi hivatalhoz bejelentett egyén valóban alkoholista-e és szükséges-e számára kötelező alkohol-elvonókúra elrendelése. Az alkoholisták nagy részének nincs betegségtudata, a kezelés ellen tiltakoznak, zaklatásnak veszik a gondozónői látogatást és behívó levelünket.

Az intézetünkben működő alkoholelleanes klubnak nagy szerepe van a visszaesés megakadályozásában, az utógondozásban, a szabadidő kulturált eltöltésében és abban, hogy elsajátítsák az egymáson segíteni akarás és tudás szép feladatát. A klub jelentős anyagi támogatást kap a Városi Tanács Rendelőintézet igazgatóságától.

Ahhoz, hogy munkánkat a jövőben még eredményesebben tudjuk végezni, még szorosabb kapcsolatot kell tartani az alapellátással, fekvőbeteg-intézeti munkatársakkal, valamint a társadalmi szervekkel, hogy ne csak a szorosan vett gondozási munkát, hanem a prevenciót, gyógykezelést, gondozást és a betegek rehabilitációját is elő tudjuk segíteni.

Bizunk abban is, hogy a nehéz gazdasági helyzet ellenére a depot készítmények rendelkezése emelkedni fog és ezáltal kevesebb lesz a hospitalizációra kerülő betegek száma.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmekeglinika
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/

Neurózis szakgondozásunk tapasztalatai

Pék Győző, Dr. Demeter József

A DOTE Ideg- és Elmekeggyógyászati Klinikáján 2 éve működik a neurózis szakgondozás, melynek elsődleges célja a klinikára került neurotikus, pszichoszomatikus betegek lehetőleg kiscsoportos formában történő pszichoterápiás ellátása. Másodlagosan a szakellátási területről is vállalunk pszichoterápiás segítségnyújtást.

Mindezek feltétele, hogy a beteget valamely osztályon történő megfigyelés és átvizsgálás után utalják a szakgondozásra. Ha intézeti felvételre nincs szükség, a klinika ambulanciája végzi el a szükséges organikus jellegű vizsgálatokat.

A szakgondozást jelenleg 4 klinikai pszichológus és 4 pszichiáter végzi. A szupervíziót - Bálint-csoport formájában - tapasztalt pszichoterapeuták biztosítják.

Az új betegek fogadása heti egy alkalommal történik, amit a szakgondozásban résztvevők felváltva végeznek. A rendelés során felmérő interjúkkal és kiegészítő vizsgálatokkal elemezzük a kórelőzményt, a tüneteket és a személyiséget. A betegeket tájékoztatjuk a pszichoterápiáról, a pszichoterápiás szerződés jellegéről.

Személyzeti csoportmegbeszélés formájában - ugyancsak hetente - kerül sor a pszichoterápiára alkalmasnak ítélt és a terápiát vállaló betegek terápiás tervének kidolgozására:

1. Milyen legyen a terápiás orientáció?
2. A beteg számára az egyéni vagy a csoportos kezelés az alkalmasabb?
3. Milyen gyakorisággal és mennyi ideig tartson a terápia?

4. Ki vállalja a beteget, kinek van szabad kapacitása?

A csoportterápiák mellett szakgondozásunkban a különböző egyéni pszichoterápiás módszerek is nagy szerepet kapnak, az utóbbiak közül alkalmazzuk a viselkedésterápiák számos változatát, az imaginációs technikákat, az exploratív és szupportív eljárásokat.

Csoportformában két eljárást, a problémacentrikus megbeszéléseket és a tünetképződésben szerepet játszó lelki mechanizmusok megértő feldolgozását elősegítő, e műveletszintet is kombináló relaxációs tréninget, valamint a hipnoterápiát sikerült elfogadtatni és rendszeressé tenni. Gyakorlatilag 3-4 hónapos váltással tudunk új csoportokat indítani.

1986 márciusa és 1987 márciusa között 82 beteg 681 órában részesült egyéni kezelésben, a csoportterápiában résztvevő betegek száma 33, a terápiás órák száma pedig 101 volt. 1987-ben az egyéni pszichoterápiában résztvevő betegek száma 87, az egyéni terápiás órák száma 755 volt. Ebben az évben 37 beteg vett részt csoportterápiás foglalkozásokon, összesen 110 órában.

Kezdetől fogva egyértelmű volt számunkra, hogy nem akarunk úgynevezett terápiás közösséget, a gyógyítás minden mozzanatát érintő és a személyzeti hierarchia minden szintjét involváló pszichoterápiás rezsimet létrehozni. Ennek megszervezése átfogó pszichoterápiás szemléletváltást kívánna /1/.

Az ambuláns csoportpszichoterápia előnyei az osztályos csoportokkal szemben: a terapeuta nagyobb függetlensége és felelősségvállalása, a hospitalizációs ártalmak kiküszöbölése, a betegek emancipálásának lehetősége /2/. Természetesen problémát jelent a demokratikus csoportfoglalkozások, élmények, tapasztalatok társadalmi méretű hiánya, a betegek pszichoterápiás tájékozatlansága.

Meggyőző tapasztalatokat szereztünk arról, hogy az ún. betegségnyomás motiváló szerepe mellett a megfelelő előkészítésnek és tájékoztatásnak is döntő jelentősége van az eredményes csoportos munkában. Az előjegyzett betegek közül többnyire azok jönnek el az első csoportfoglalkozásra és vesznek részt intenzíven a további csoportmunkában, akiknél az előző két feltétel teljesül /3/.

Hazánkban a pszichoterápia még nem integrált része az egészségügynek. Az utóbbi években megjelent közlemények a látszólagos elfogadás és az ideológiai fenntartások megszűnése ellenére a pszichoterápia helyzetét ellentmondásosnak ítélik. Az ellentmondás több tényezőtől fakad, aminek két legfontosabb eredője a szükséglet-igény és lehetőség diszkrepanciája, amely jelentkezik a betegek, a terápiát végzők és a jelenlegi egészségügyi rendszer részéről is.

A másik tényező a rendelkezésre álló pszichoterápiás eljárások és gyakorlati alkalmazások illetve használhatóságuk közötti eltérés. Az utóbbi évek "psycho-boom"-ja során gombamódra szaporodtak a pszichoterápiás módszerek. Kérdés, hogy rendelkezik-e mindegyik specifikus hatással vagy az úgynevezett nem-specifikus tényezők /jó emberi kapcsolat, empátia, elfogadás stb./ fejtenek ki kedvező hatást /4/.

A pszichoterápia indikációs területe valójában igen széles. Az utóbbi évek erőfeszítései, a nagy számban megjelenő kiadványok ellenére azonban a lakosság legnagyobb része nem rendelkezik olyan mentálhigiénés kultúrával, amely motiváltabbá tenné őket a pszichoterápiára. Bizonyos rétegekben erőteljes igényt tapasztalunk önismereti és személyiségfejlesztő foglalkozásokra. Nemcsak a betegek nem motiváltak kellőképpen, hanem a hagyományos medicínális modell keretei sem alkalmasak a hatékony munka végzésére.

Magyarországon a pszichoterápiás ellátásban valószínűleg még sokáig a pszichiátriáé lesz a vezető szerep annak ellenére, hogy ezt a tevékenységet nem lehet csupán a pszichiátriára korlátozni. Természetesen a pszichiátrián belül sokkal nagyobb szerepe van, mint más szakterületen. A pszichózisok kezelésének bizonyos időszakában a pszichoterápiának is döntő szerep juthat, míg a neurotikusok is szorulhatnak biológiai kezelésre. Felmérések igazolják, hogy a neurotikus egyének és a pszichoszomatikus zavarban szenvedő betegek ellátása járóbetegként a legcélszerűbb /5/.

A terápiás munka letéteményese az úgynevezett személyzeti csoport. Klinikákon ennek tagjai képviselik a pszichoterápiás szemléletet. Általános tapasztalatok szerint a terápiás teammunka

beindításához nagyfokú lelkesedésre, áldozatkészségre van szükség, a változás, az újítás vállalására, hitre, hogy a munka eredményre fog vezetni. De a lelkesedés nem tudja eléggé számba venni a realitást, önmagában a mindennapok rutinjában nem tartható fenn, fokozza a hajlamot a szenzitivitásra, a terápiás teamen kívüli környezet viszonyulásának hibás megítélésére, a belső munka idealizálására, dicsőítésére. A harcra beállítotttság további terheket ró a személyzetre, energiát vesz el a terápiás munkától.

Ugyanakkor a terápiás team nem tud "félgőzzel" működni, mert úgy elakad. Mindazonáltal a terápiás teammunka a személyzet tagjaitól valóban fokozott áldozatot kíván involválódásban, feszültségvállalásban.

Kulcskérdés, hogy hogyan tartható fenn ez a munkamód anélkül, hogy - mint többen is felvetik - ne jelentse a személyzet tagjainak pszichés kizsákmányolását. A hatékony működés nem egy vezetőhöz, hanem több személyhez kötött, akik egymást váltani tudják /6/.

Klinikánkon a neurózis szakgondozás és a terápiás teammunka lehetőségét egy felső szintű döntés tette lehetővé, de a lehetőség kihasználása inkább alulról jövő kezdeményezéssel, a szakgondozást kialakítók önálló munkájával vált valóra.

A személyzeti csoport munkájában a nyugalmi szakaszokat nálunk is krízisek váltják fel, néha elakadások jelentkeznek, amelyek mögött tipikus csoportdinamikai folyamatok is megjelennek. Mindez megnyilvánul a kivárási taktikákban, passzivitásban, adminisztratív, bürokratikus mozzanatokban, és nem utolsósorban a jellemző szociálpszichológiai jelenségben, a "bűnbakképzésben". A "bűnbakképzésben" természetesen a kisebb terápiás aktivitást és hatékonyságot mutató csoporttagok járnak elől.

Az, hogy az említett problémákat meg tudjuk-e oldani, nagymértékben a személyzeti csoport működési stílusán, hatékonyságán múlik. Azon, hogy képes-e az adekvát érzelmi, indulati megnyilvánulásokat megjeleníteni. A csoport tagjai között meglévő rejtett konfliktusokat, ellentéteket felszínre tudja-e hozni, nyitlta tudja-e tenni, fel tudja-e dolgozni. Képesek-e a személyzeti csoport tagjai megbeszélni a betegekkel kapcsolatos beállítódásaikat,

érzéseiket, nehézségeiket. Ezt a munkaszintet elméletben könnyű követelni, a gyakorlatban megvalósítani azonban annál nehezebb. A pszichoterápiás team működése elég jól lemérhető azon, hogy mennyire rendszeresen és intenzíven működik a legkritikusabb, legkényesebb feladatú személyzeti csoport, a pszichoterápiás esetmegbeszélés.

A mi tapasztalatainkból is általánosítható, hogy a személyesség, érzelmi involválódás, érzelmi többletbefektetés, mellérendelt, demokratikus szervezési viszonyok és kapcsolatok, a kimondatlan ellentétek és konfliktusok nyílttá tétele és felszínre hozása lehetnek a pszichoterápiás team hatékony és kreatív tevékenységének főbb garanciái.

Nem nehéz belátni, hogy szűkebb és tágabb viszonyaink között ezek megvalósítása nem kis nehézséget jelent.

Irodalomjegyzék

1. Yalom, I.D.: A csoport kialakítása: hely, idő, nagyság, előkészítés.
Ford.: Csuhai Cs.K. MPT Pszichoterápiás Szekció, Csoport-pszichoterápiás Munkacsoport. Szemináriumi anyagok. Budapest /1985/.
2. Lovas ZS., Szőnyi G.: Az osztályos kiscsoport mint önálló pszichoterápiás alaphelyzet - hasonlóságok és eltérések az ambuláns csoporttal és a családterápiával szemben.
Psychiatria Hungarica 3: 3-14 /1988/.
3. Yalom, I.D.: Az osztályos csoport-pszichoterápia általános elvei.
Ford.: Lovas Zs. MPT Pszichoterápiás Szekció, Csoportpszichoterápiás Munkacsoport. Szemináriumi anyagok. Budapest /1987/.
4. Füredi J.: A pszichoterápia helye az egészségügyben.
Népegészségügy 68: 73-76 /1987/.
5. Pável M.: Pszichiátriai ellátásunk jellemző adatai és tendenciái.
Psychiatria Hungarica 1: 15-27 /1986/.
6. Szőnyi G.: A klinikai csoport-pszichoterápia néhány tanulsága a szociálpszichológia számára.
Pszichológia 7: 419-429 /1987/.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeklinikája
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/

Egyéni és csoporthipnoterápiás lehetőségek
neurotikus és pszichoszomatikus betegek ellátásában

Dr. Túry Ferenc, Dr. Molnár Gábor

Nem átfogó ismertetés következik, hanem illusztratív beteg-ismertetésekkel szeretnénk tapasztalatainkról számot adni.

A hipnózisnak, ennek a jellegzetesen megváltozott tudatállapotnak az alkalmazása egyre terjed a pszichoterápiában. Szerepe van ebben a fejlődésben a nemzetközi színvonalú hazai hipnóziskutatásnak is, mely kivált az elektrofiziológiában hozott új adatokat a féltkei dominanciaváltozások vonatkozásában, de az utóbbi 1-2 év szociálpszichofiziológiai vizsgálatai is jelentősek, melyek a hipnotizőr-hipnotizált interakcióját célozzák; emlithetjük az aktív éber hipnózis módszerének kidolgozását is /1,2/.

A hipnózis során bekövetkező tudatállapot-változás csak az alap, melyre specifikus pszichoterápiás eljárások épületét kell felhúzni, így jobb hipnoterápiáról beszélünk. Ebből következik, hogy a hipnoterápia eredményes végzéséhez jártasság szükséges például a relaxációs módszerekben, a behavior-terápiás technikákban, a felbukkanó szimbólumok elemzésében analitikus orientációra, csoporthipnózisban a csoportdinamika szabályainak ismeretére van szükség, a kapcsolat kialakításában pedig nem nélkülözhetők a rogersi alapelvek.

A hipnoterápia napjainkban jelentős stílusváltáson ment keresztül. Az autoriter, mágikus elemek helyét a betegcentrikus

/mondhatjuk akár: kliens-, vagy személycentrikus/ megközelítés foglalta el. Ehhez nagy érzelmi igénybevétel, mély involválódás szükséges a terapeuta részéről, de a beteg is aktívabb, mint az autoriter eljárások alkalmazásakor.

Az új stílus a technikákban is megmutatkozik, a direkt, parancsoló hipnózis-indukciók helyett elterjedtek a megengedő és az indirekt módszerek. Ez utóbbiak egy kiváló USA-beli pszichiáter, Milton Erickson nevéhez fűződnek /3/. Gyakorta használtak a hipnobehaviorális eljárások is, a viselkedéstanulás igen felgyorsulhat hipnózisban /4/. A már említett aktív éber hipnózis - mely végképp szertefoszlatta a hipnózis alvásszerűségének tévhitét - is mindinkább alkalmazott a terápiában, például a betegek dinamizálására.

Megemlítendő, hogy a hipnoterápia indikációs területe is bővül, újabban egyre több próbálkozás van például pszichotikusok állapotának ilyen jobbitásával, ami régebb egyértelműen kontraindikált volt.

Az általánosságok után tekintsük át saját tapasztalatainkat. A neurózis-szakgondozás keretén belül folyik klinikánkon hipnoterápia, jelenleg egy kiképzett, egy képzésben lévő, valamint két koterapeutaként segítő pszichiáter alkalmazza.

Körülményeink meglehetősen szerények, a betegeket el kell látnunk klinikánk rekonstrukciójának zajaira felkészítő szuggesztiókkal is. Gondok vannak a dolgozók pszichoterápiás szocializáltságával is, a figyelmeztető tábla mellett is gyakran zavarnak.

Pszichoszomatikus kórképek

A bőrgyógyászatban jól ismert a hipnoterápia haszna, sok pszichoszomatikus bőrbetegség van. Jó tapasztalatokat szereztünk psoriasisban, krónikus ekzémában, urticariákban.

Példa: egy 31 éves nőbeteg, aki 14 éves kora óta szenved psoriasisban, télen jelentkezett, amikor panaszai a legki-fejezettebbek voltak. Kezdetben a bőr napoztatására, edzésére vonatkozó szuggesztiókat kapott, ez nem hozott javulást. A

kor-regresszió módszerével, amikor is a beteg egészséges korára /általában gyermekkorára/ visszavezető szuggesztiókat kap, hirtelen javulni kezdett, azóta gyakorlatilag tünetmentes. Az azóta eltelt két tél alatt panaszai kissé előjöttek, de 1-2 hipnózis után ezek is megszűntek. A kor-regresszió során a beteg szerv mintegy "újra tanulja" egészséges voltát, a vegetatív idegrendszeri szabályozás helyreáll.

A bőrgyógyászati betegségeken kívül két, asthma bronchialisban szenvedő beteg panaszai is javultak hipnoterápiára, ha nem is a teljes tünetmentességig. Számukra a megtanult autohipnózis igen előnyös volt. Ezt elősegítendő néha hipnózis-kazettákat is adunk betegeinknek, természetesen gondos mérlegelés után /a hipnotizőrtől, illetve a kazettától való túlzott függés nehézségeket okozhat/.

A gastrointestinalis rendszer betegségei közül egy 19 éves nő emésztési panaszait említhetjük, melyek 4-5 hipnózisból álló terápia után megszűntek.

Kedvező hatású a hipnoterápia fejfájások esetében is. Több fiatal betegünk volt /főként egyetemi hallgatók/, akiknek migraine-szerű fejfájásai néhány hipnózis után megszűntek, vagy ritkultak, illetve rohamaik esetén autohipnózissal segíteni tudtak magukon. Ilyenkor gyakran nincs szükség mély hipnózisra.

A fentiekén kívül ejtsünk néhány szót a torticollisról is, mely sokszor pszichogén. Két, 30 év körüli férfibeteg panaszai is megszűntek 6, illetve 7 ülés után; a terápia tulajdonképpen csak tüneti szinten maradt, az izomműködés kontrollálására helyezve a hangsúlyt. Mindketten gátolt, nehezen megnyilatkozó betegek voltak, a feltáró pszichoterápia nehézségekbe ütközött volna. Részletes intézeti átvizsgálásban részesültek, nagy adagban kaptak izomrelaxansokat, extrapyramidalis támadáspontú szereket, béta-blokkolókat, stb. A gyógyszereket fokozatosan teljesen elhagytuk. Itt felvethetjük a hipnoterápia gazdasági előnyeit is.

Külön területként vethetjük fel a táplálkozászavarok kérdéskörét. Az anorexia nervosa jól ismert - e betegek hipnoterápiára kevésbé látszanak alkalmasnak. A manapság egyre terjedő bulimia nervosa viszont jól befolyásolható hipnoterápiával. 1987-ben számoltam be egy bulimiás férfibetegről egy kerekasztal-megbeszélésen. Jelenleg is folyik két bulimiás nőbeteg terápiája, egyikük bulimiás epizódjai megszűntek, de még neurastheniás panaszai vannak /ezek csökkentésére az aktív éber terápia még kezdeti fázisban van.

A bulimiások hipnotikus fogékonysága (amint azt standardizált fogékonyságmérő tesztekkel jól meghatározhatjuk - legismertebb a Stanford Hipnotikus Szuszeptibilitási Skála Weitzenhoffer és Hilgard tollából /8/), magasabb az átlagpopulációnál Pettinati vizsgálatai szerint /9/. Ezért is látszanak alkalmasabbnak a hipnoterápiára. A szexuális ösztön zavara, mindhárom említett bulimiás beteg evészavarát szexuális frusztráció, önértékelési zavar váltotta ki.

Neurotikus körképek

A neurotikus betegek körében a hipnoterápiának különösen két módszere látszik gyümölcsözőnek, az egyik a hipnobehaviorális technikák csokra, a másik a Leuner-féle katathym képélmény módszere /5,6,7/. Az előbbire példa egy 31 éves férfi, akinek autóbaleset után közlekedési phobiája alakult ki, s hipnózisban jól deszenzitizálható volt. Másik példa: ugyanez segített egy 26 éves kényszerbeteg nőn is feltáró terápia mellett, mely súlyos anyós-konfliktust hozott felszínre. A feltáró, exploratív terápia mellett a tüneti szint, a viselkedés tréningezése a másik, szintén fontos irány, ezeket párhuzamosan célszerű alkalmazni.

A Leuner által kidolgozott, szimbolikus elemeket alkalmazó terápia hipnózisban is nagyon előnyös, bár a szerző nem erre szánta. Kettős haszna van: feltáró lehet a megjelent szimbólumok értelmezésével, de elfedő, tüneti értéke is lehetséges, mert a beteg szimbólumainak világában történő terápiás intervenciók során célba

vehetünk egy-egy tünetet, például ihat a beteg a patak hűs vizéből hasi panaszait enyhítendő, és így tovább. A szimbólumok nyelve analitikus tapasztalatokat, az imaginált képekbe való beavatkozások komoly empátiát, beteg-terapeuta közötti összhangot igényelnek. Egy példa: egy 26 éves agoraphobiás nő imaginációjában a terápiás ülések alatt sivár mező, kiszáradt magányos fa, halottasház, juhnyáj és mogorva juhász jelent meg. Az értelmezés során kiderült, hogy a beteg férjének egy fivére hatévesen vízbe fulladt, s ezután szülei újabb gyermeket vállaltak, a beteg későbbi férjét, és őt is Ferencnek keresztelték, mint az elhunyt fivért. A beteg ezt majdhogynem véletlenül tudta meg az esküvő előtt, nem is vette fel férje nevét, mindig félig-meddig túlviláginak tartotta őt. Amikor pedig a későbbi ülések alkalmával közel mert menni a mogorva juhászhoz, benne megdöbbenve ismerte fel volt főiskolai tanárát, akivel vőlegénye /jelenlegi férje/ mellett plátói szerelmi kapcsolatot ápolt. Ez a kulcsfontosságú komplexus hosszas problémafeltáró munka során sem jött volna felszínre.

A converziók között meglehetősen gyakoriak a nyelészavarok. Két fiatal /25 és 28 éves/ nőbeteg nyelészavarát hamar meg lehetett oldani a problémafeltárás mellett alkalmazott hipnoterápiával - panaszuk mögött házastársi, illetve anyós-konfliktus állott /a betegeknek "túl sokat kellett nyelniük"/.

Csoport-hipnoterápiák

Egy éve kezdtük a hipnoterápia csoportos alkalmazását kettős vezetéssel, eddig három csoportot irányítottunk. Az első két csoport pszichoszomatikus volt, főleg bőrbetegekből állt, a harmadikba már neurotikus, főleg anxiosus betegeket is bevontunk. A csoportok létszáma 5-7 volt a kezdeti 1-2 fős kimaradások után. Az indukciókat felváltva végeztük, a megbeszélés is így történt. A betegek autohipnózist is tanultak és folytattak otthon, illetve szükség szerint kazettával is elláttuk őket. A csoportdinamika észrevehetően

potenciálta a hatékonyságot. A csoportos indukció után gyakran egyénenkénti szuggesztiók is elhangzottak, míg egyikünk a csoportfolyamatot tartotta kézben, a másik az egyes betegekkel törődhetett. Erre annál is inkább szükség volt legutóbbi csoportunk esetében, mert az eléggé vegyes összetételű volt.

A bőrgyógyászati betegek között urticaria, allergiák, vitiligo, krónikus lokális pyoderma, erős tenyérizzadás fordult elő. Emellett asthma bronchialis, neurotikus szivpanaszokkal küszködő, kényszeresen köhögő, neurastheniás és anxiosus betegek szerepeltek a csoportokban. Heti egy alkalommal, összesen 10-12, 70-75 perces ülés volt. Betegeink kora 14-54 év közötti, a második csoportban lévő két bőrbeteg serdülő lány bevonása nem volt sikeres választás a csoportdinamika szempontjából. A betegek általában jelentősen javultak, jól használták az autohipnózist, de voltak olyanok, akik nem változtak, bár ez például progrediáló vitiligo esetében előnynek számíthat.

A csoportmódszerekben különböző imaginációkat, bőrtornát, kor-regressziót, kor-progressziót alkalmaztunk.

A fentiekben javarészt a hipnoterápia sikeres és előnyös voltáról volt szó. Természetesen nem minden beteg alkalmas erre, ilyenkor hiába is erőltetnénk. Terápiás kudarcok, megszakadt terápiák is vannak. A terápiás hatás függ a betegség természetétől, a szomatikus és pszichogén komponensek arányától, a beteg fogékonyságától, averzióitól, stb. Nem csodaszer tehát a hipnózis, de sok esetben bizvást ajánlható. Az említett kórképeken kívül más területen is használjuk /például szenvedélybetegségeken/, erre kitérni jelenleg nincs mód.

Irodalomjegyzék

1. Mészáros I.: Hipnózis.
Medicina, Budapest /1984/.
2. Bányai É.I., Mészáros I., Csókay L.: Interaction between hypnotist and subject: A social psychophysiological approach /preliminary report/.
In: Modern Trends in Hypnosis. Ed.: Waxman, D., Misra, P.C., Gibson, M., Basker, M.A. Plenum Press, New York, pp. 97-108 /1985/.
3. Buda B. szerk.: Pszichoterápia.
Gondolat, Budapest /1981/.
4. Tringer L., Mórotz K.: Klinikai viselkedésterápiák.
Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest /1985/.
5. Leuner, Hc.: Grundlinien des Katathymen Bilderleben aus neuerer Sicht.
In: Katathymes Bilderleben. /Hgb. Leuner, Hc./
Hans Huber Verlag, Bern, pp. 9-56 /1980/.
6. Bagdy E.: Katatim képélmény-módszerrel végzett fokális pszichoterápia.
Magyar Pszichológiai Szemle 44: 305-320 /1987-88/.
7. Bagdy E.: Fokális, rövid pszichoterápia katatim képélmény-módszerrel.
Psychiatria Hungarica 1: 61-68 /1986/.
8. Weitzenhoffer, A.M., Hilgard, E.R.: Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B.
Cons. Psychol. Press, Palo Alto, California /1959/.
9. Pettinati, H.M., Horne, R.L., Staats, J.M.: Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia.
Arch. Gen. Psychiatry 42: 1014-1016 /1985/.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmekegyetemi
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/

A klimaktérium és involúció mentálhigiénés problémái

Dr. Molnár Gábor

A klimaktérium a nemi érettség szakaszából az involúció korába átvezető 10-15 éves periódus, amikor gyakran szomatikus és pszichés panaszok alakulnak ki. Nem tisztázott azonban, hogy a klimaktériummal járó perifériás hormonális változásokkal, vagy pedig az idegrendszer öregedésével kapcsolatosak-e a tünetek. Az sem teljesen világos, hogy valóban a klimaktérium-e az oka a 45-60 éves kor között jelentkező pszichés zavaroknak, mert egyes adatok /1/ szerint főként azok betegszenek meg a menopausa környékén és után, akik a lelki bajra megelőzően is hajlamosak voltak. Az epidemiológiai vizsgálatok válaszolhatnak arra, hogy van-e valamilyen szerepe a klimaktériumnak a pszichiátriai morbiditásban.

A klimaktérium és involúció mentálhigiénés jelentősége nagy. Erre utal az is, hogy Magyarországon majdnem két millió az 50 évesnél idősebb nő és ennél alig kevesebb az e korosztályhoz tartozó férfiak száma. A kérdés szociálpszichiátriai jelentőségére vonatkozó adatok közül csak egyet emelünk ki /1. ábra/. 1960 óta rohamosan csökken a nyugdíjasok között az aktív keresők aránya, ami társadalmi feszültségeket takarhat és pszichés konfliktusok forrása lehet.

107 nőt vizsgáltunk 40-75 éves kor között, akiknek a méhét myoma uteri vagy hyperplasia endometrii miatt eltávolították, de az ovariumokat megkímélték. Minden beteg egy kérdőívet töltött ki, amelyben 0-3 ponttal jellemezte a panaszait. 23 tünetet értékelték:

hevülés, izzadási rohamok és verejtékezés, depressziós hangulat, szorongás, emlékezet és figyelemzavar, feszültség-ingerlékenység, száraz vagina, libido-nehezségek és diszkomfort érzés a házasságban, álmatlanság, fejfájás, insufficientia érzések, fáradékonyság, félelem az öregedéstől és az egészségromlástól, bőrérzés zavarok, pl. hangyamászás érzése, súlyváltozás, kellemetlen szivdobogás és szédülés érzése, emésztési zavarok, vizelési panaszok, a "nőiesség" zavarai. 0 pont a panasz hiányát, 1 pont a csekély mértékű, 2 pont a közepes, 3 pont a súlyos tünetet jelentette. A panaszok együtteséből szindrómákat képeztünk. A vasomotoros szindróma a hevülés és izzadási rohamok összpontszáma, a depressziós tünetegyüttes a depressziós hangulat, szorongás, emlékezet- és figyelemzavar, feszültség, ingerlékenység, álmatlanság, insufficientia érzés, fáradékonyság, szivdobogás és szédülés érzése, valamint az emésztési zavarok összpontszáma volt, a szexuális zavaroknak a száraz vagina, libido-csökkenés, a házastársak elhidegülése, míg a neurastheniás tünetegyüttesnek az emlékezet- és figyelemzavar, fejfájás, fáradékonyság, az öregedéstől és egészségromlástól való félelem, a nőiesség csökkenésének az összpontszáma felelt meg. A 23 tünet összpontszámával mértük az általános közérzet alakulását.

A pszichés panaszok alakulása inkább az életkorral /2-3. ábra/, mint a hysterectomy óta eltelt idővel volt kapcsolatban. A műtét alatt az ovariumokat megkímélték, ezért a nők pszichés tüneteinek kortól függő alakulásáról óvatos következtetések vonhatók le. Körültekintőnek kell azonban lennünk, mert a betegeket hyperplasia endometrii és myoma uteri miatt kezelték, mely kórképeket a fiziológiástól különböző hormonális viszonyok jellemzik /az oestrogen elválasztás magasabb a normálisnál/.

A vasomotoros tünetek elkülönítését az indokolta, hogy az irodalmi adatok szerint /2/ ezek a panaszok közvetlenül együttjárnak a klimaktériummal. Ez a szindróma leggyakrabban 50-54 éves kor között fordult elő, míg 60-65 éves kor között volt a legritkább.

Kialakulásában a szerzők többsége az oestrogen szintézis csökkenésének elsőrendű szerepet tulajdonít.

A neurastheniás tüneteket leggyakrabban 45-49 éves kor között és 60 éven felül tapasztaltuk. Felmérésünk nem tesz különbséget a neurasthenia és az agy organikus károsodása miatt kialakult pseudoneurastheniás szindróma között. Az az általános felfogás, hogy a neurasthenia etiológiájában a klimaktérium hormonális változásainak a szerepe nagyon kérdéses, inkább a szociális tényezők, valamint a korábbi személyiségfejlődés a döntő /3/.

A szexuális zavarok előfordulási gyakorisága az 55-59 éves kortól hirtelen megugrik és ezt követően állandó szinten marad. A szexuális panaszok egyik oka a libido csökkenése, a másik a dyspareunia, amelyik hátterében gyakran a vagina atrophíája áll. Míg a dyspareunia jól kezelhető oestrogen származékokkal, addig a libido csökkenésének pszichoszociális okai vannak /4/.

Az irodalom egyik legvitatottabb problémája a depresszió és a klimaktérium kapcsolata /5/. Betegeink leggyakrabban 45-49 éves kor között és 65 éven felül panaszkodtak lehangoltságra. Dominian /6/ szerint a depresszió oka lehet a menopausa, mint pszichés stressz, következhet a személyes életvezetés jellegéből a klimaktériumtól függetlenül, de lehet ún. endogén pszichózis, vagy a három tényező együttesen alakítja ki a tüneteket. A hangulatzavart a vasomotoros panaszok másodlagosan is kiválthatják.

Ha a pszichés és szomatikus panaszokat egyaránt magába foglaló általános közérzet alakulását vizsgáljuk, akkor azt tapasztaljuk, hogy 45-49 éves kor között és 60 éven felül a leggyakoribb az egészséges közérzet rosszabbodása.

Adataink tehát arra utalnak, hogy az egészségügyi ellátásnak különös figyelmet kell szentelnie a klimaktérium korai /45-55 év/ szakaszában és az involúcióban /60-75 év/ lévő nőknek. Különösen a mentálhigiénés gondozásnak jelent ez feladatot. Az is igaz, hogy a panaszok többnyire nem súlyosak. Az epidemiológiai felmérés nem ad

arra választ, hogy milyen okok növelik a klimaktériumban a pszichiátriai morbiditást. A biológiai tényezők közül az ovariumok csökkenő oestrogen elválasztása és az agy öregedését kísérő biokémiai változások a legjelentősebbek. Mentálhigiénés szempontból talán fontosabbak a pszichoszociális tényezők, hiszen 45-60 éves kor között halmozódnak a konfliktusok forrásai. Általában ekkor válnak ki a gyerekek a családból, ekkor vesztik el leggyakrabban a szüleiket az emberek és a nyugdíjazással járó nehézségek is ebben az időszakban tudatosulnak. Azok a nők alkalmazkodnak könnyebben a klimaktériumhoz, akiknek sikerült kialakítaniuk a megelőző életkorban a konfliktusok feldolgozásának megfelelő módzatait. Ez döntően a családban és a munkahelyen történik. A társadalomban működő kulturális tradícióknak is fontos szerepük van. Azokban az országokban, amelyekben a nők tradicionális feleség-anya-nagymama szerepei differenciáltan megőrződtek, a klimaktérium zavartalan lefolyású. Az európai országokban kevésbé problematikus a változások kora, ha a nők anyagi körülményei rendezettek, magasabb a műveltségük, több a lehetőségük a társadalmi beilleszkedésre /7/.

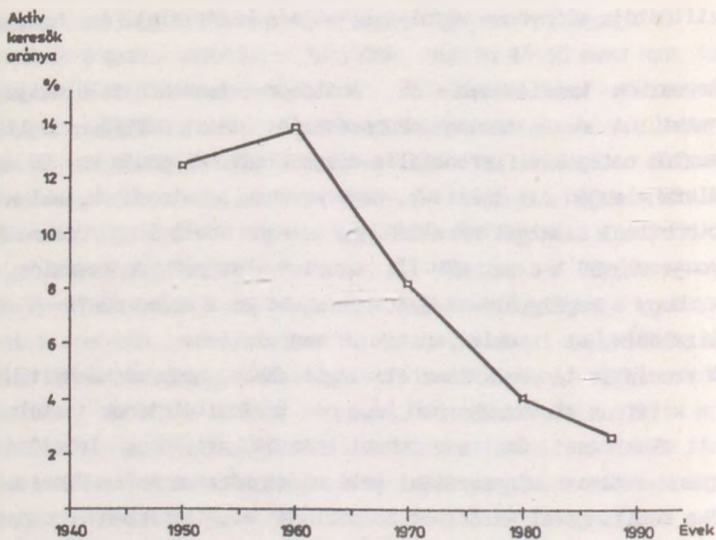
Végül szeretnénk felvázolni, hogyan képzeljük a pszichiátriai ellátást klimaktériumban és involúcióban /4. ábra/. Nagyon fontosnak véljük a diagnosztikai kritériumok használatát, akár a DSM-III-at, akár a RDC-t. Lényeges az egyes szindrómákat célzó becslőskálák alkalmazása, amelyekkel a kórkép súlyosságát lehet jellemezni. Ebben a korcsoportban különösen a depresszió- és dementia-skálák jelentősek. Terápiás fontosságú, hogy ne minősítsünk depressziós betegeket demenseknek. A neuropszichológiai vizsgálatok a dementia-k differenciális diagnózisában fontosak. Segítségükkel azt lehet megállapítani, hogy a teljesítmény csökkenése milyen mértékben hozható összefüggésbe a lokális agyi károsodással. A hangulatzavarok megítélésében is lényeges lehet, hiszen a lokális pszichoorganikus szindrómára az érzelmi élet változása a jellemző.

A DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájával közösen immár egy

évtizede vizsgáljuk a klimaktérium és involúció pszichoendokrinológiáját. A nők pszichés panaszait az oestrogen hiány provokálhatja /8/. Az irodalmi adatok szerint a szexuálsteroidok szubsztitúciója előnyösen befolyásolhatja a közérzetet és hangulatot /9/.

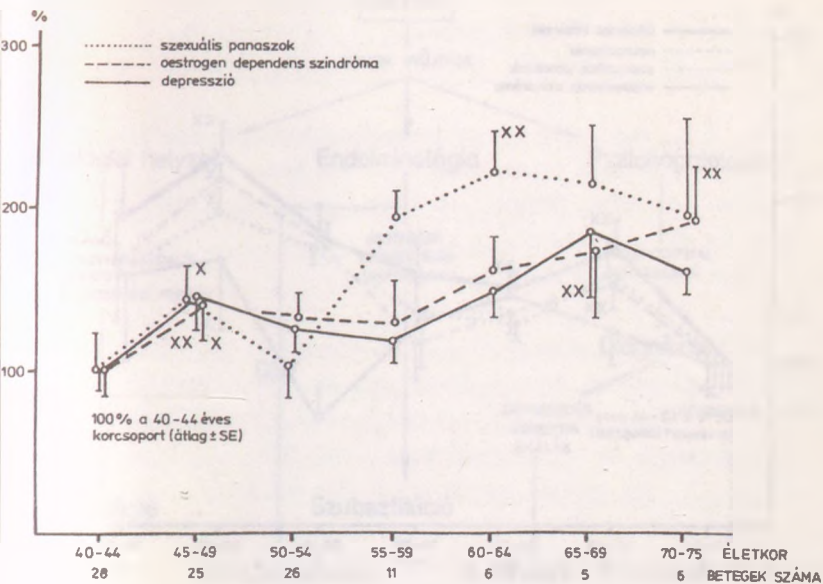
A depressziók kezelésében az antidepresszívumok felülmúlják a hormonokat. A dexamethason szuppressziós teszt /DST/ segíti a depressziós betegek differenciális diagnózisát. Mi eddig kb. 50 beteg vizsgálata alapján azt találtuk, hogy azoknak a betegeknek, akiknek a szérum cortisol szintjét az előző nap estéjén adott 1 mg dexamethason nem nyomja el, 80 %-a a DSM-III szerint "major" depressziós. Úgy véljük, hogy a megfigyelések gyarapodásával ez a szám 60-70 % körül stabilizálódik, az irodalmi adatoknak megfelelően.

A szociális tényezők ismerete segít abban, hogy megkönnyítsük az ebben a kritikus életszakaszban levő nők további életének tartalmas és örömteli alakítását. Segíti a rehabilitációt, azt, hogy lehetőségeket teremtsünk a társas környezettel való harmóniára. A KLTE Szociológiai Tanszéke segítségével kérdőívet dolgoztunk ki, amelyben döntően az izolációra, társadalmi- anyagi helyzetre, a tevékenységi formákra vonatkozóan kívántunk adatokat kapni. Kezdeti tapasztalataink szerint az idősebb korosztályú lakosoktól elég nehéz kérdőívvel információkhoz jutni, mert a teszteknek kb. csak a 20-30 %-át kaptuk vissza kitöltve. Meggyőződésünk, hogy csak a komplex terápiás megközelítésnek van eredménye klimaktériumban és involúcióban.



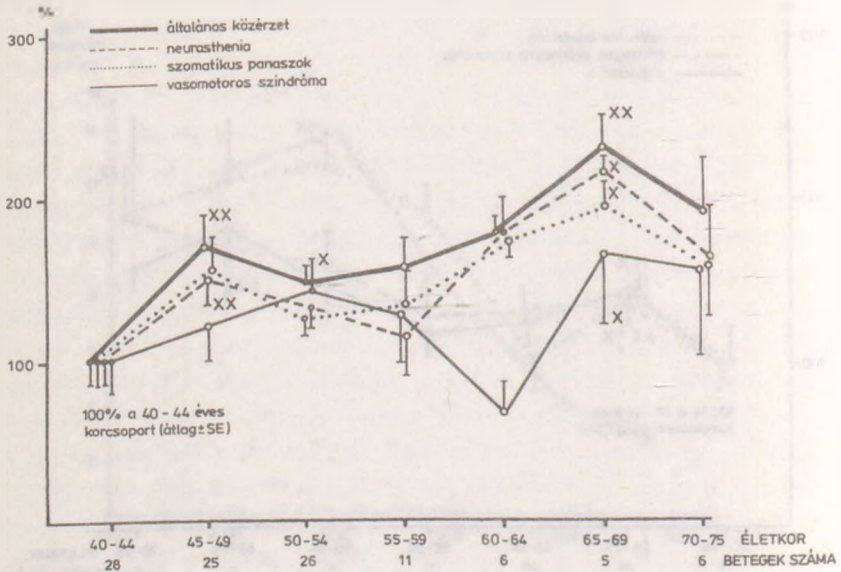
1. ábra

A NYUGDÍJKORHATÁR UTÁN IS AKTÍV KERESŐK
ARÁNYA A NÉPESÉGBEN



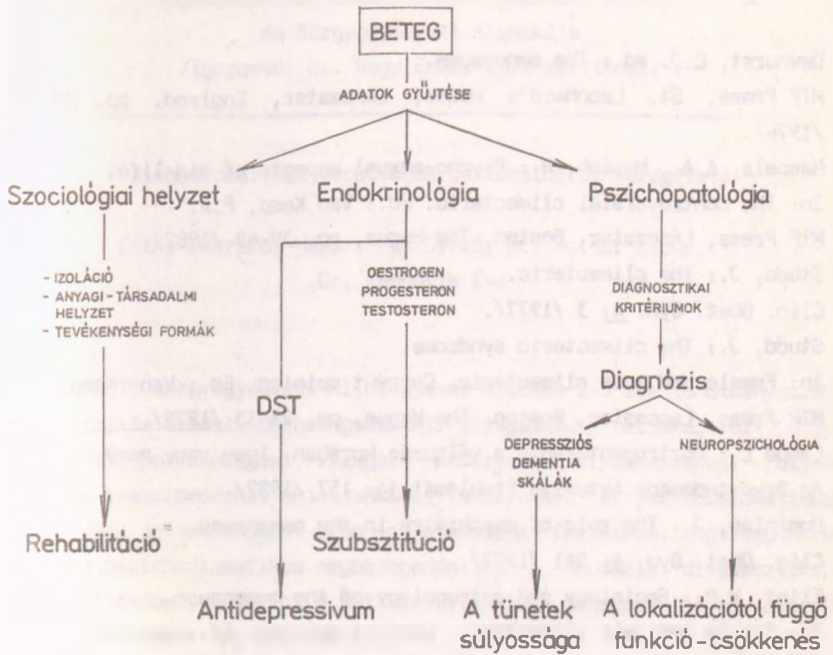
2. ábra

A SZEXUÁLIS ZAVAROK, AZ OESTROGEN DEPENDENS SZINDRÓMA ÉS A DEPRESSZIÓ ELŐFORDULÁSI ARÁNYA A KÜLÖNBÖZŐ KORCSOPORTOKBAN



3. ábra

AZ ÁLTALÁNOS KÖZÉRZET, A NEURASTHENIA, A SZOMATIKUS PANASZOK ÉS A VASOMOTOROS SZINDRÓMA ELŐFORDULÁSI ARÁNYA A KÜLÖNBÖZŐ KORCSOPORTOKBAN



4. ábra

A KOMPLEX PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁS FELADATAI
KLIMAKTERIUMBAN ÉS INVOLÚCIÓBAN

Irodalomjegyzék

1. Dewhurst, C.J. ed.: The menopause.
MTP Press, St. Leonhard's House, Lancaster, England, pp. 219-245 /1976/.
2. Haspels, A.A., Musaph, H.: Psycho-sexual aspects of mid-life.
In: The controversial climacteric. Ed.: Van Keep, P.A.
MTP Press, Lancaster, Boston, The Hague, pp. 39-49 /1982/.
3. Studd, J.: The climacteric.
Clin. Obst. Gyn. 4: 3 /1977/.
4. Studd, J.: The climacteric syndrome.
In: Female and male climacteric. Current opinion. Ed.: Van Keep, P.A.
MTP Press, Lancaster, Boston, The Hague, pp. 23-33 /1979/.
5. Lampé L.: Ősztrogénterápia a változás korában. Igen vagy nem?
Az Orvostudomány Aktuális Problémái 44: 157 /1982/.
6. Dominian, J.: The role of psychiatry in the menopause.
Clin. Obst. Gyn. 4: 241 /1977/.
7. Flint, M.P.: Sociology and antropology of the menopause.
In: Female and male climacteric. Current opinion. Ed.: Van Keep, P.A.
MTP Press, Lancaster, Boston, The Hague, pp. 1-8 /1979/.
8. Molnár G., Takács I., Bazsáné K.Zs., Smid I.: Hormonális változások a nők climacteriumban és involutióban kezdődő endogén psychosisaiban.
Ideggyógy. Szemle 40: 254-262 /1987/.
9. Dennerstein, L.: Depression in the menopause.
Clin. Obst. Gyn. 14: 33-48 /1987/.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeklinikája
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/
és Bőrgyógyászati Klinikája
/Igazgató: Dr. Nagy Endre egyetemi tanár/

Pszichoszomatikus bőrbetegek pszichológiai vizsgálata

Csiky-Mészáros Mária, Pék Győző, Dr. Molnár Gábor,
Dr. Remenyik Éva

A DOTE Bőrgyógyászati Klinikájával közösen 2-3 éve tanulmányozzuk az allergiás eredetű bőrbetegségeket. Vizsgálatunk célja az volt, hogy különböző pszichológiai vizsgáló módszerek alkalmazásával olyan sajátos reakciómódokat mutassunk ki, amelyekkel a pszichoszomatikus bőrbetegek jellemezhetők. Ezen sajátosságok feltárása segítségünkre lehet a pszichoszomatikus megbetegedés és a neurózis diagnosztikai elkülönítésében, valamint e két kórfolyamatban szerepet játszó eltérő lelki jelenségek megismerésében.

A pszichoszomatikus betegségek kialakulásában mind a szervi, mind a lelki összetevők közel egyenrangúan vesznek részt, kölcsönhatásban vannak. Egyrészt az organikus sebezhetőség, azaz a betegségre való fogékonyság, másrészt a hosszan tartó, intenzív emocionális megterhelés együttes jelenléte vezet organikus szervi elváltozásokhoz, melyhez a személyiség kevésbé teherbíró védekezési, elhárító mechanizmusai társulnak /1/. A neurózis ezzel szemben az érzelmi élet elsődleges zavarán alapszik, alapvetően pszichikus természetű.

A pszichoszomatikus betegek a kórfolyamat kialakulásának kezdetén még funkcionális, a szervekben ki nem mutatható elváltozások stádiumában vannak és a neurotikus betegek is funkcionális panaszokat mondanak, ezért a két betegségfolyamat közötti differenciálás a korai

stádiumban fontos, amikor a pszichoszomatikus zavar még reverzibilis lehet /2/. Így a terápiás beavatkozás eltérő jellege is indokolja a két kórfolyamat elkülönítését.

A bőr és a psziché szoros kapcsolata jól ismert. A bőr képes emocionális folyamatokat közvetíteni a külvilág felé. Az affektivitás zavara következtében kialakuló vegetatív diszfunkciók pedig képesek priméren bőrelváltozásokat okozni. Az így létrejövő betegségeket pszichoszomatikus dermatózisoknak, vagy pszichodermatózisnak nevezzük.

A vizsgált bőrbetegeket krónikus urticaria, Quincke-cedema, pruritus miatt kezeltük. 39 beteg MMPI, 35 beteg Leary és 19 beteg PFT teszteredményeit értékeltük. A PFT eredményeit 15 fős, orvostanhallgatókból álló kontrollcsoport adataival hasonlítottuk össze.

Az MMPI többdimenziós kérdőíves vizsgálati módszer, amely szomatikus, pszichés, szociális és kórlélektani területeket foglal magába. 566 állításról kell a vizsgálati személynek eldöntenie, hogy azok saját magára vonatkoztatva érvényesek-e vagy sem. A választások feldolgozása után a személyre jellemző úgynevezett MMPI-profil rajzolható fel 3 validitási és 10 klinikai skálán elért értékpontoknak megfelelően /3/.

A Leary teszt 128 tulajdonságot tartalmazó lista, amely alapján a vizsgálati személy önmagát jellemzi. A módszer 8 személyiségvonás mentén 8 féle személyiségtípust különböztet meg /4/.

A PFT Rosenzweig által kidolgozott frusztrációs próba, melyben a vizsgálati személy agresszív megnyilvánulásait, feszültségszabályzó mechanizmusait tanulmányozhatjuk, az agresszió komponenseiről és irányultságáról tájékoztat /5/.

A fent ismertetett pszichológiai vizsgáló módszerek elvégzésével a következő eredményeket kaptuk.

A pszichoszomatikus kórfolyamatokban jellegzetes MMPI-profil regisztrálhatunk, ezt a konstellációt pszichoszomatikus csúszdaként emlegetik /3/. A 10 klinikai skála közül az első 3 /Hd - D - Hy, azaz

hipochondria - depresszió - hisztéria/ egymáshoz viszonyított lefutását, csökkenő értékpontjaik által kirajzolódó képet nevezzük így. Természetesen nem minden beteg esetében mutatkozott meg ez a konstelláció. Ezért a Pressing Lajos által kidolgozott differenciál-diagnosztikai indexet alkalmaztuk, mely a neurotikus és a pszichoszomatikus kórképek közötti elkülönítést segíti /6/. Ennek alapján a 39 vizsgálat személyből 15 bizonyult egyértelműen pszichoszomatikus betegnek. A többi páciens esetében a kapott értékek a diagnosztikai döntés szempontjából az úgynevezett bizonytalansági övezetbe estek. Ebből arra következtethetünk, hogy egyes betegségtörténetekben keveredik, nehezen választható el a szervek vulnerabilitásának és a neurotikus jellegű feszültségszabályozásnak a szerepe.

A kérdőív értékeléséből kitűnik, hogy pszichoszomatikus betegeinket a szomatikus panaszok nagyobb súlya jellemzi, több figyelmet fordítanak testi tüneteikre, valamint magasabb szorongásszinttel rendelkeznek, azaz pszichés konfliktusaikat nem tudják hatékonyan feldolgozni, elhárítani.

A Leary-teszt alapján /I-II. táblázat/ megállapíthatjuk, hogy vizsgált személyeink nagy többsége bizalomteli, kevésbé lázadó. Inkább magabiztos, környezetéről gondoskodó, konformista személyiségvonásokkal jellemezhetők. Konfliktusaikért, kudarcukért önmagukat okolják, nem másokat hibáztatnak. Tehát a projekció, ami a szorongás elhárításának egyik hatékony pszichés mechanizmusa, nem lelhető fel pácienseinknél.

A frusztrációs teszt alapján /III. táblázat/ pszichoszomatikus bőrbetegeinknél sajátos feszültségmegoldási típus figyelhető meg. Szignifikánsan eltérő válaszreakciókat regisztrálhattunk az agresszió irányultságát illetően: kifelé irányuló, másokat büntető és befelé irányuló, önbüntető válaszok preferálásában, valamint két reakciótypus tekintetében: az agresszivitás kinyilvánításában és a kellemetlenség elfogadásában /Össz kevesebb, I.össz több, E kevesebb, m több/.

Ezek szerint a kifelé, mások ellen irányuló agresszió visszafogottabb, gátoltabb a pszichoszomatikus bőrbetegeknél, nyílt támadásra, offenzióra nem kerül sor, nem hibáztatják, nem okolják környezetüket. Ezzel szemben az önbüntető attitűd, a saját személy elleni agresszivitás a kifejezettebb, mely magasabb szorongás-szinttel társul. Mivel az az eszköztár, mely a feszültségek feldolgozását segíti, esetükben fejletlenebb, ezért cselekvőképtelenek, passzív, várakozó magatartásúak, nincs energiájuk a helyzet megoldására. A kifelé történő feszültség-lereagálás lehetőségeinek korlátozottsága következtében a befelé irányuló, öndestruktív, szervkárosító feszültség-lereagálás történik.

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy a pszichoszomatikus bőrbetegek agresszív tendenciái gátoltak, rejtve maradnak. A felgyülemlett belső feszültségeiket, szorongásaikat adekvát lereagálási módok hiányában nem tudják elhárítani, feldolgozni, így ezek a vegetatív idegrendszerre hatva, annak közvetítésével vezethetnek organikus károsodáshoz. Eredményeink összecsengenek más hasonló vizsgálatok tapasztalataival /7/, ahol szintén kirajzolódott egyfajta pszichoszomatikus PFT-konstelláció, mely a frusztrált helyzetekhez való inadekvát reakciómódok, alkalmazkodási zökkenők, patológiás, önbetegítő mechanizmusait tárja elénk. A pszichoszomatikus megbetegedésekben kórképtől függetlenül - így asztmában, colitisben, ulcusban és az általunk is vizsgált bőrbajokban egyaránt - az "acting in" válaszkészség mutatkozik meg. Ennek a folyamatnak a hátterében a pszichoszomatikus betegek regresszivebb énvédő mechanizmusai, elsősorban a tagadás kezdetlegesebb elhárító mechanizmusa áll /1/, mely a projekciós elhárítás híján így mégis védelmet jelent a pszichikus regresszióval (pszichózis) szemben. A korai stádiumban felismert pszichoszomatikus zavarok pszichoterápiájának ezért olyan adekvát elaborációs utak megtanítására kell irányulnia, melyek a feszültségek hatékony megoldásához vezetnek. Itt főként a ventilációs, illetve személyiségáthangoló és

feszültségcsökkentő terápiákra gondolhatunk, hasznos a különböző relaxációs technikák alkalmazása.

Ezzel szemben neurotikus betegeinknél a konfliktus magjának kibontása, tudatosítása, valamint a hibás intrapszichés mechanizmusok áthangolása az elsődleges terápiás feladat /2/.

Dominancia	47,94 $\pm$ 2,66
Szeretet	63,42 $\pm$ 3,02
Vezető	8,71 $\pm$ 0,99
Autonóm	5,28 $\pm$ 0,68
Agresszív	11,60 $\pm$ 0,90
Bizalmatlan	8,02 $\pm$ 1,03
Önbüntető	13,48 $\pm$ 1,40
Dependens	13,40 $\pm$ 1,51
Szeretetre vágyó	15,48 $\pm$ 1,64
Gondoskodó	16,54 $\pm$ 1,43

I. táblázat

Az allergiás bőrbetegek /n= 35/ személyiségvonásai
a Leary-teszt adatai alapján
/értékpontok, átlag $\pm$ SE/

	betegek száma
Vezető	7
Autonóm	1
Agresszív	4
Bizalmatlan	0
Önbüntető	4
Dependens	6
Konformista	8
Felelősségteljes	5

II. táblázat

Az allergiás bőrbetegek /n= 35/ megoszlása
a Leary-teszt személyiségtípusai alapján

	Betegek (n=19)	Kontroll (n=15)	t	p
GCR	41,47±8,2	43,33±6,6	-0,712	NS
E _{össz}	42,89±10,2	51,60±8,6	2,67	<0,05
I _{össz}	58,68±8,8	51,66±8,9	2,28	<0,05
M _{össz}	51,57±12,8	45,86±10,1	1,40	NS
O-D	59,57±11,3	56,00±11,3	0,911	NS
E-D	37,78±10,6	41,33±8,6	-1,042	NS
N-P	56,89±10,9	52,60±10,1	1,171	NS
E'	60,57±15,8	60,33±16,3	0,044	NS
E	39,00±9,2	47,66±8,6	-2,789	<0,01
e	49,36±11,0	51,26±11,8	-0,483	NS
<u>E</u>	46,63±7,8	45,80±8,5	0,294	NS
I'	56,47±16,9	51,33±13,1	0,966	NS
I	49,36±11,3	46,73±9,6	0,716	NS
i	59,48±14,8	54,13±11,8	1,214	NS
<u>I</u>	45,26±9,9	47,73±9,6	-0,731	NS
M	43,79±10,9	43,33±6,2	0,143	NS
M'	53,68±12,8	51,53±16,0	0,435	NS
m	59,05±11,4	50,53±10,9	2,038	<0,05
<u>E+I</u>	43,36±8,7	45,06±11,3	-0,492	NS

III. táblázat

A pszichoszomatikus bőrbetegek és a kontrollcsoport
PFT-tesztben adott válaszainak értékei /átlag±SD/
/a két csoport összehasonlítása kétmintás t-próbával/

Irodalomjegyzék

1. Süléné Karakas Zs.: Az asztmás betegek megértéséhez, pszichodinamikájához és pszichoterápiásan orientált betegvezetéséhez kapcsolódó pszichoszomatikus elméletek.
Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekciójának Komplex Pszichoterápiás Munkacsoportja, 4. /1987/.
2. Császár Gy.: Pszichoszomatikus orvoslás.
Medicina, Budapest /1980/.
3. Bagdy E., Pressing L., Bugán A., Zétényi T.: Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás. Akadémiai Kiadó, Budapest /1986/.
4. Kulcsár Zs.: Személyiség-pszichológia.
Tankönyvkiadó, Budapest /1977/.
5. Mérei F., Szakács F.: Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek.
Medicina, Budapest /1974/.
6. Pressing L.: Differenciáldiagnosztikai indexek az MMPI-próbában a neurózisok elkülönítésére.
Ideggyógy. Szemle 38: 24-33 /1985/.
7. Császár Gy., Juhász E.: A gastrointestinalis rendszer két megbetegedésének (ulcus, colitis) pszichológiai vizsgálata.
Pszichológia a gyakorlatban, 41. Akadémiai Kiadó, Budapest (1981).

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeclinikája
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/

Az emocionális sirásról

Dr. Szabó Pál

A sirás azon kevés fiziológiai folyamat egyike, amely megkülönbözteti az embert az állatoktól. Ennek ellenére a kutatók meglepően keveset tettek ezen jelenségek feltárása céljából. A sirás-vizsgálatok túlnyomó része az újszülöttek sirásával foglalkozik, a felnőttek sirásáról alig lehet adatot találni.

Hippokratesz szerint a könnyek az agy nedvei. A középkor fiziológusai úgy gondolták, hogy a könnyek által a melankóliát okozó rossz nedvektől szabadul meg a szervezet. Többen azt feltételezik, hogy a sirásnak a kommunikációban van szerepe. Ennek ellentmond az a tapasztalat, hogy az emberek általában akkor sirnak, amikor egyedül vannak. Hobbes szerint a női könny a vízi energia leghatékonyabb formája. A pszichoanalitikusok úgy vélik, hogy a sirás az internalizált agressziót semlegesíti /1/. Ashley Montagu szerint a sirás a nasopharynx normális működéséhez, az orrnyálkahártya nedvesen tartásához szükséges /2/. Ez a feltevés azzal is cáfolható, hogy az újszülöttek 2-3 hónapos korukig könny nélkül sirnak. Frey elmélete a legújabb /3/. Eszerint a könnyezés a homeosztázis fennmaradását szolgálja, siráskor a könnyel az emocionális stressz során keletkező káros anyagok távoznak.

Elméletét a következőkre alapozza: 1/ A stressz kémiai változásokat okoz a szervezetben. 2/ Az emocionális sirás excretoros folyamat. 3/ Az emberek általában jobban érzik magukat sirás után.

A sirással kapcsolatos kutatások leglényegesebb eredményeit

emlitem meg.

Az irritáló anyagok által kiváltott ún. reflex-könny és az emocionális sírás közben termelődő könny mind mennyiségi, mind minőségi szempontból különböző /4/.

Hormonzavarokban és hormonkezelések hatására az emocionális sírás különböző alterációit észlelték. A sírási küszöb bizonyos gyógyszerekkel befolyásolható.

Ikvizsgálatok eredménye alapján a sírásban genetikai tényezők nem játszanak szerepet.

Személyiségvizsgálatokkal a sírást semmilyen személyiségdimenzióval nem sikerült összefüggésbe hozni /3/. Williams viszont úgy találta, hogy a többet sírók nagyobb empátiás készséggel rendelkeznek /5/.

A férjüket látványosan sirató özvegyek egészségesebbek és tovább élnek /6,7,8,9/. Bizonyos pszichoszomatikus betegségekben szenvedők az átlagnál kevesebbet sírnak, és a sírással kapcsolatos attitűdjük negatívabb /10,11,12,13/.

Ezekből az eredményekből kitűnik, hogy a sírásra a biológiai tényezők mellett szociokulturális tényezők sokasága hat.

A célból, hogy az eltérő társadalmi klíma sírásra kifejtett hatásait feltárjam, 2 éve egy kultúrközi vizsgálatba kezdtem. Egy amerikai kutató, William Frey kezdeményezésére az általa is használt kérdőívek magyar változatát juttattam el több mint 600 személynek. A vizsgálati személyek túlnyomó része 20-25 éves egyetemi vagy főiskolai hallgató. A kérdőívek a sírással kapcsolatos kérdéseken kívül a szomatikus és pszichés állapotra vonatkozó kérdéseket is tartalmaztak. A kérdőívhez csatoltuk a Zung-tesztet és az ún. sírási naplót, amelyen a vizsgálati személyek 30 napon át jegyezték sírási epizódjaik jellegzetességeit.

A kérdőívet 70 nő és 67 férfi küldte vissza kitöltve.

I. táblázat

Az ún. emocionális sírás gyakorisága amerikai és magyar populációban
/sírási epizód/hónap/

U S A

Nők: 5,3 /0-29/

modus: 3

Férfiak: 1,4 /0-15/

modus: 0

Magyarország

Nők: 3,88 /0-23/

modus: 2

Férfiak: 1,34 /0-9/

modus: 0

A nők mind az amerikai, mind a magyar populációban 3-4-szer annyit sírnak, mint a férfiak. Meglepő, hogy a magyar nők kevesebbet sírnak, míg az amerikai és magyar férfiak sírási gyakorisága azonosnak tűnik. A vizsgálati személyek saját maguk által becsült sírás-gyakorisága /nők: 3,92; férfiak: 1,25/ és a sírási naplóban feltüntetett sírási gyakoriság azonos /nők: 3,88; férfiak: 1,34/. Figyelemre méltó, hogy egy másik, de a szóban forgóhoz hasonló összetételű vizsgálati minta tagjai az előző adatoknál lényegesen alacsonyabb értékeket /nők: 2,17; férfiak: 0,39/ jelöltek meg, amikor a táplálkozási szokásokkal kapcsolatos kérdőív kérdései közé iktattuk a sírási frekvenciára vonatkozó kérdéseket, és a vizsgálati személyek nem regisztrálták sírási epizódjaikat.

II. táblázat

Az emocionális sírás gyakorisága férfiak körében

Teológus hallgatók: $2,13 \pm 1,88$ / $n=15$ /

Többi hallgató: $1,19 \pm 1,77$ / $n=54$ /

/átlag $\pm$ SD/

kétmintás t-próba: $p < 0,001$

A többi táblázat adatait is a kétmintás t-próbával értékeltük.

Az értékelés végén derült ki, hogy a magyar férfi mintába egy olyan homogén szubpopuláció került /teológus hallgatók/, amely tagjai szignifikánsan gyakrabban sírnak / $p < 0,001$ /, mint a minta többi része. A két szubpopuláció Zung-tesztben elért értéke közötti különbség majdnem szignifikáns / $p = 0,059$ /. Ezek a különbségek a szociokulturális hatások jelentőségét demonstrálják, emellett felhívják a figyelmet arra, hogy a vizsgálati populáció megválasztására különös gondot kell fordítani.

A hormonoknak a sírásra gyakorolt hatását igazolja az a tény, hogy a fiúk és lányok sírási gyakorisága csak 13 éves kortól kezd különbözni, továbbá az, hogy a "dry eye" szindróma a postmenopausában válik gyakorivá. Feltételezve a hormonok esetleges hatását, összehasonlítottam a hormonális fogamzásgátló tablettát szedő nők sírási gyakoriságát a fogamzásgátlót nem szedőkével.

III. táblázat

A hormonális fogamzásgátlás és az emocionális sírás kapcsolata

Fogamzásgátlót szedő nők: $3,5 \pm 2,40$ / $n=14$ /

Fogamzásgátlót nem szedő nők: $3,89 \pm 4,21$ / $n=54$ /

Az értékek: sírási gyakoriság átlaga $\pm$ SD

A hormonális fogamzásgátlót szedő nők sem a sirási gyakoriság, sem a Zung-tesztben elért érték szempontjából nem különböznek a fogamzásgátlót nem szedő nőktől.

A sirási epizódok a menstruációs ciklus napjain a következő módon oszlanak meg. A sirási gyakoriság a menses alatt - főleg a ciklus harmadik napján - és az ovuláció körül magasabb, míg a ciklus második felében, a progeszteron fázisban kevesebbet sirnak a nők. Hasonló eredményekről számolnak be amerikai kutatók is /3/.

Mind a nők (81,42%), mind a férfiak (80,59%) túlnyomó része jobban érzi magát sirás után.

Eredményeink szerint a vizsgálati személyek kb. 80%-a meg tudja állni, hogy ne sirjon, ugyanakkor csak kb. 1/5 részük képes arra, hogy akarattal sirjon (a nők és férfiak között nincs különbség). Ez a jelenség a sirással kapcsolatos kedvezőtlen társadalmi megítéléssel magyarázható.

A hormonális különbségeken és a társadalmi elvárásokon kívül a nők magasabb sirási rátáját magyarázhatja az a tény is, hogy a vizsgálat alatt a nők 40,5%-a élt át rendkívüli érzelmi stresszt, míg a férfiaknak csupán 22,38%-a. A Zung-teszt alapján a nők 18,8, a férfiak 11,9%-ánál merül fel a depresszió gyanúja. Mentálhigiéniai szempontból ezek az adatok a felsőoktatási intézményekben tanuló nők veszélyeztetett voltára hívják fel a figyelmet.

A depressziót becsülő skálát egyik obligát tétele a sirásra vonatkozik. A depresszió és a sirás kapcsolatát a Zung-teszt segítségével vizsgáltam. A Zung-teszt alapján depresszióra gyanús nők és férfiak többet sirnak, mint az egészségesek, ez a különbség azonban statisztikailag nem szignifikáns.

IV. táblázat

A depresszióra gyanús (Zung-teszt:40 pont fölött) és az egészséges szubpopuláció sirási gyakorisága

Depresszióra gyanús nők	/n=13/:5,15±6,30
Valószínűleg egészséges nők	/n=50/:3,82±2,82
Depresszióra gyanús férfiak	/n= 8/:1,62±2,56
Valószínűleg egészséges férfiak	/n=41/:1,19±1,82
	átlag ± SD

A depresszió és a sirás kapcsolatát a másik irányból is megvizsgáltam. A vizsgálati mintát a sirási frekvencia szerint 3-3 alcsoportra osztva úgy tűnik, hogy a gyakrabban sirók mind a nőknél, mind pedig a férfiaknál a Zung-tesztben magasabb értékkel rendelkeznek.

V. táblázat

A sirási gyakoriság és a Zung-tesztben elért érték közötti kapcsolat

Sirási gyak. Zung-teszt értéke

NŐK:	I. csoport (n=21)	0-2/hó	34,47±4,71
	II. csoport (n=13)	3-5/hó	38,61±8,88
	III. csoport (n=13)	6/hó	39,50±7,86
FÉRFIAK:	I. csoport (n=37)	0-1/hó	32,61±6,26
	II. csoport (n= 8)	2-3/hó	29,75±5,58
	III. csoport (n= 7)	4/hó	36,57±7,50

A nők I. és II. ($p < 0,01$) és a nők I. és III. csoportja ($p < 0,001$) közötti különbség statisztikailag szignifikáns.

A férfiak I. és II., valamint a II. és III. csoportja közötti különbség statisztikailag szignifikáns ($p < 0,01$).

Eredményeink megerősítik, hogy az emocionális sirás olyan, meglehetősen komplex jelenség, amelyet mind biológiai, mind pedig szociokulturális és pszichológiai tényezők befolyásolnak. A jelenség jobb megértése céljából vizsgálataimat nagyobb populáción, a társadalom más csoportjaiban, más korosztályokon is, továbbá bizonyos betegcsoportokban is el kell végezmem.

Irodalomjegyzék

1. Löfgren, L.B.: On weeping.
Int. J. Psychoanalysis 47: 375-381 /1966/.
2. Montagu, A.: Natural selection and the origin and evolution of weeping in men.
J. Am. Med. Association 174: 392-397 /1960/.
3. Frey, W.H.: Crying: The mystery of tears.
Winston Press, Minneapolis /1985/.
4. Frey, W.H.: Crying behavior in the human adult.
Integrative Psychiatry 1: 94-100 /1983/.
5. Williams, D.G.: Weeping by adults: personality correlates and sex difference.
J. Psychology 110: 217-226 /1982/.
6. Helsing, K.J., Szklo, M., Comstock, G.: Factors associated with mortality after widowhood.
A. J. Public Health 71: 802-809 /1981/.
7. Rees, W.D.: Bereavement and illness.
J. Thanatology 2: 814-819 /1972/.
8. Weizman, S.G., Kamm, P.: About mourning: support and guidance for the bereaved.
Human Sciences Press, Inc. New York /1985/.
9. Rees, W.D., Lutkins, S.G.: Mortality of bereavement.
Brit. Med. J. 4: 13-16 /1967/.
10. Alexander, F.: Psychosomatic Medicine.
WW Norton and Co. New York /1950/.
11. Saul, L.J., Bernstein, C.: The emotional settings of some attacks of urticaria.
Psychosomatic Medicine 3: 349-369 /1941/.

12. Kepecs, J., Robin, M., Brunner, M.: Relationship between certain emotional states and exsudation into the skin.

Psychosomatic Medicine 13: 10-17 /1951/.

13. French, T.: Psychogenic factors in asthma.

Am. J. Psychiatry 96: 91 /1939/.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeklinikája
/Igazgató: Dr. Molnár László egyetemi tanár/

Tapasztalatok a Luria-Nebraska neuropszichológiai teszttel

Szunyoghy Tamás

Az elmúlt években a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozatának tudományos ülésein több előadást tartottam a Luria-tesztről, így ennek ismertetésétől most eltekintek. Az eddig végzett mintegy 50 vizsgálat közül az elmúlt fél évben 13 idegsebészeti betegen végzett vizsgálatról számolok be. Azt vizsgáltam, hogy az amerikai standard magyar populáción hogy működik, mennyire megbízhatóan jelzi az agyi diszfunkciókat és megerősíti-e a neurológiai diagnózisokat.

A betegek összesített adatait az I. táblázat tartalmazza. Mint látható, az 1. és 6. sorszámú betegnél a teszt nem jelez agyi diszfunkciót, mint ahogy ez a diagnózisok alapján várható lenne. Neurológiai tüneteik is igen enyhék. Ennek oka, hogy mindkét beteg telekobalt irradiációban részesült. Számos megfigyelés mutatja, hogy - legalábbis a besugárzás idejére - a betegek tünetmentessé válnak.

Az 5. beteg vizsgálata nem jelez agyi diszfunkciót. Ennek oka talán az lehet, hogy a műtét után jelentősen javult a beteg állapota, enyhe maradvány tünetei voltak, amik nem érték el a kritikus szintet.

Két betegnél nem került sor műtetre (4. és 10.). A 10. beteg eredményei negatívak, egyetlen érték sem közelíti meg a kritikus szintet. Neurológiai vizsgálatakor is csak szemfenéki elváltozásokat találtak. A 4. beteg három skálaértéke utal agyi diszfunkcióra (1. ábra). A teszt alapján legkifejezettebb a vizuális érintettség. Ez

azonban álpozitív eredmény: mint kiderült, a vizsgálatot megelőzően szemészetén volt a beteg, ahol gyógyszeres pupillatágítást végeztek rajta.

Két beteg vizsgálatára műtét előtt került sor (2. és 9. sorszámu beteg). A vizsgálat öt skálaértéknél megbízhatóan jelzi az agyi diszfunkciót (2. és 3. ábra).

A további hét betegnél műtét után került sor a vizsgálatra. Eltérő mértékben ugyan, de mindegyik betegnél kimutatható az agyi károsodás. A legsúlyosabb elváltozásokat a 8., 11., 12. és 13. sorszámu beteg mutatta, ezért róluk részletesebben lesz szó. Mindnyájuknál dominál a parietális érintettség (4., 5., 6., 7. ábra).

A motoros kivitelezés nem okoz különösebb nehézséget egyik betegnek sem. Demonstráció alapján tökéletesen végrehajtják a feladatot, ahol viszont ez elmarad, és csak szóban ismertetjük, feltehetően a beszédmegértés zavara és az ideomotoros apraxia következtében a teljesítmények csökkennek. Amit mindannyian gyengén teljesítettek, a két kéz váltakozó nyitása-csukása, ami a mélyérzékszavar következménye (ezt nevezi Horányi parietális retardációnak). A vizuális felismerés zavara az occipitalis lebeny sérülései mellett a jobb parietális lebeny sérülésénél a legkifejezettebb, ezért meglepő volt, hogy a vizuális skálán mindegyik beteg gyengén teljesített. A tesztnek ez a része a tárgyak felismerését, a térlátást vizsgáló feladatokat tartalmazza. Luria, Szemernyickaja és Pataki adatai szerint a jobb parietális sérülések nehezen lokalizálhatók és általában csak speciális feladatokkal foghatók meg. Az arckifejezések összehasonlítása, az emocionális mimika felismerése károsodik, mivel zavart az ingerek megjegyzése és összehasonlíthatósága (ha semleges és expresszív arcképeket rövid latencia-idővel exponálnak, az arc ugyanaz-e, vagy más?). Mivel arcok felismerése csak az eredeti Luria-vizsgálatban szerepel, tervezem, hogy ezzel kibővítem a Luria-Nebraska tesztet.

A beszédmegértés skálán a bal oldali sérült értéke kiugróan magas

(5. ábra). A bal féltekében jelentős szerepe van a parietalis lebenynek a beszéd, főleg a megnevezési funkciók és a logikai-nyelvtani transzformációk végrehajtásában. A beszédmegértési feladatok, melyek logikai és nyelvtani összefüggésben állnak nagyobb valószínűséggel károsodnak, mint az alapvető szövegértési és reflektív beszédfeladatok. A kifejező beszéd képességének elmosódása a hibás kinaesthészis visszacsatolás következtében a legvalószínűbb. A bal és jobb félteke skálaértékei - melyeket a teszt speciális tételeiből kapunk meg - megbízhatóan jelzik a károsodás oldal-lokalizációját. Mint ismeretes a parietalis lebeny funkciói az érzésműködés, olvasás, írás, számolás, térbeli tájékozódás. De a parietalis bántalmak nem a legmagasabb, nem szemléletes gondolkodási mechanizmusokat - mint pl. ítéletalkotás, szintetikus gondolkodás - károsítják, hanem a kezek, főleg a jobb kéz finomabb munkára alkalmas mozgásait, valamint az emberközi érintkezéshez szükséges mechanizmusokat (írás, olvasás, számolás). Több beteg CT-vizsgálata is megtörtént, így a pontos lokalizációt ellenőrizni lehetett.

Végül két megjegyzés:

1./ Tervezzük, hogy a jövőben - a lehetőségek szerint - műtét előtt és után is megvizsgáljuk a betegeket, amire azért lenne szükség, hogy a neurológiai állapotukban bekövetkező változásokat pontosabban regisztrálhassuk.

2./ Akut osztályról lévén szó, nincs lehetőség a rehabilitáció megtervezésére és végrehajtására. A közelmúltban a Megyei Tanács Kenézy Gyula Kórházában megnyílt rehabilitációs osztály remélhetőleg megoldja ezt a gondot is.

Sor- szám	Nem	Kor (év)	Vizsgálat a műtét:	NEUROLÓGIAI DIAGNÓZIS	Eltérés a Luria- Nebraska tesztben
1.	F	66	után	Tumor intra-supra-parasellaris /chromophob adenoma/. Hypofunctio hypophyseos.	-
2.	F	48	előtt	Tumor metastaticus cerebelli l.d. St.p.resectionem lobi inferioris pulmonis l.s. propter neoplasma.	+
3.	F	32	után	Tumor fronto-centralis recidivans l.d. Epilepsia symptomatrica.	+
4.	F	25	nem volt műtét	Polytraumatisatio. Trauma craniocerebrale. Contusio cerebri.	+
5.	N	23	után	Tumor cerebelli. Angioblastoma.	-
6.	F	40	után	Tumor regionis frontalis recidivans l.d. Glioblastoma multiforme.	-
7.	F	39	után	Trauma craniocerebrale. Contusio cerebri. Haematoma subdurale acutum l.s. Epilepsia symptomatrica.	+
8.	N	49	után	Tumor cerebri recidivans regionis occipito-parieto- temporalis l.d.	+
9.	F	49	előtt	Tumor temporalis l.d. Glioblastoma multiforme.	+
10.	F	38	nem volt műtét	Non-Hodgkin lymphoma. Infiltratio meningum.	-
11.	F	48	után	Meningeoma falcis parietale recidivans l.s.	+
12.	F	48	után	Tumor lobi parietalis l.d.	+
13.	F	62	után	Meningeoma parasagittale biparietale.	+

I. táblázat

A betegek összesített adatai

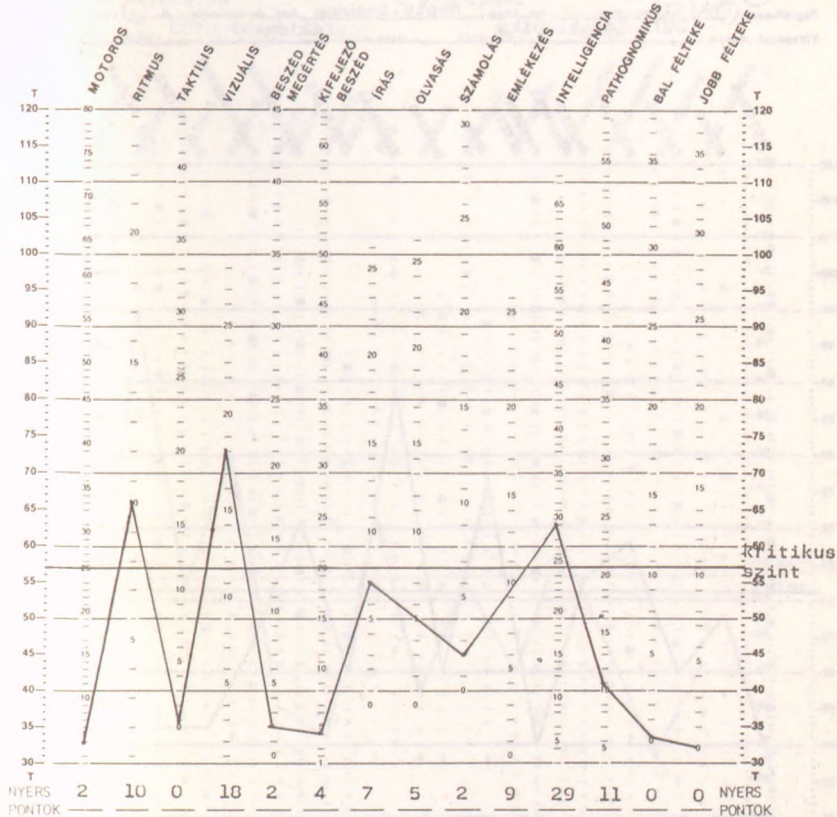
LURIA-NEBRASKA

Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira!

4. beteg

Neve: S. T. Kora: 25 Vizsg. ideje: 1987.12.14.
 Neme: (F) N Családi állapota: nőtlen
 Foglalkozás: művezető Isk. végz.: technikum Kéz dominancia: B (J)
 Vizsgálat helye: DOTe Idegkliniká Vizsgáló: Szunyoghy



Kézirat!

OIEI-DOTE; 1985.

1. ábra

2. beteg

48

1987.10.16.

Novo:

Kora :

Vizsg. ideje:

Name _____

N

N

nóis

Name : (F)

oktató

late 1940s.

gépíró, techn.

K4a dominante : B

9

Vizsgálat helye :

Vizsgáló :

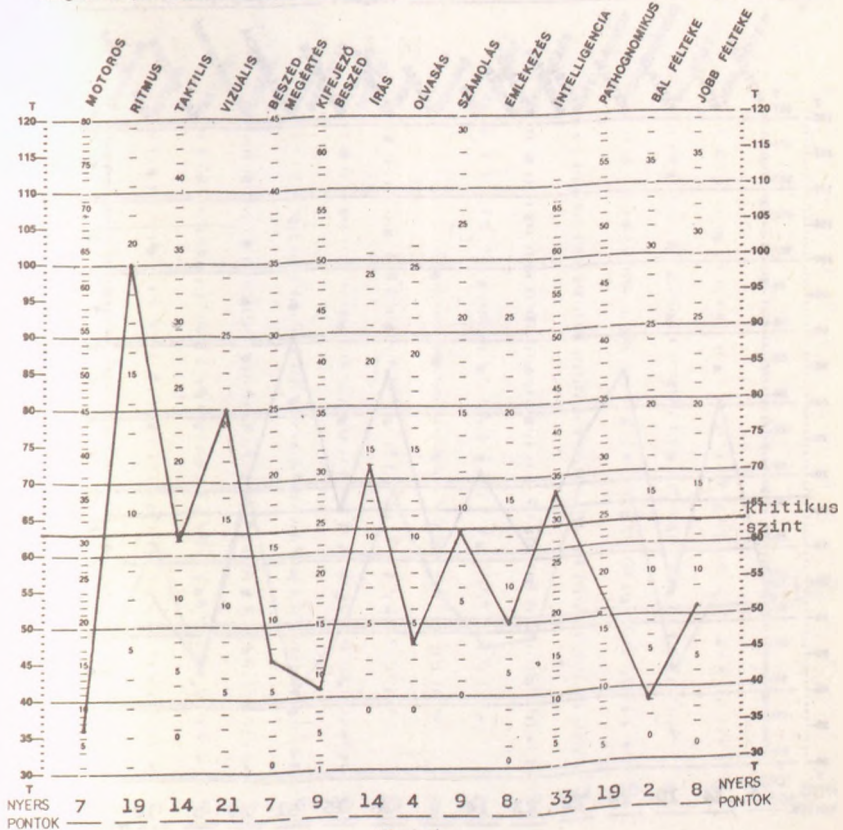


2. Ábra

LURIA-NEBRASKA Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira! 9. beteg

Neve: M.J. Kora: 49 Vizsg. ideje: 1988.02.24.
Neme: ☒ F ☐ N Családi állapota: nős
Foglalkozás: lakatos Isk. végz.: 8 + 3 ipari Kéz dominancia: B ☒ J
Vizsgálat helye: DOTe Idegklinika Vizsgáló: Szunyoghy



Kézirat!
OIEI-DOTE; 1985.

3. ábra

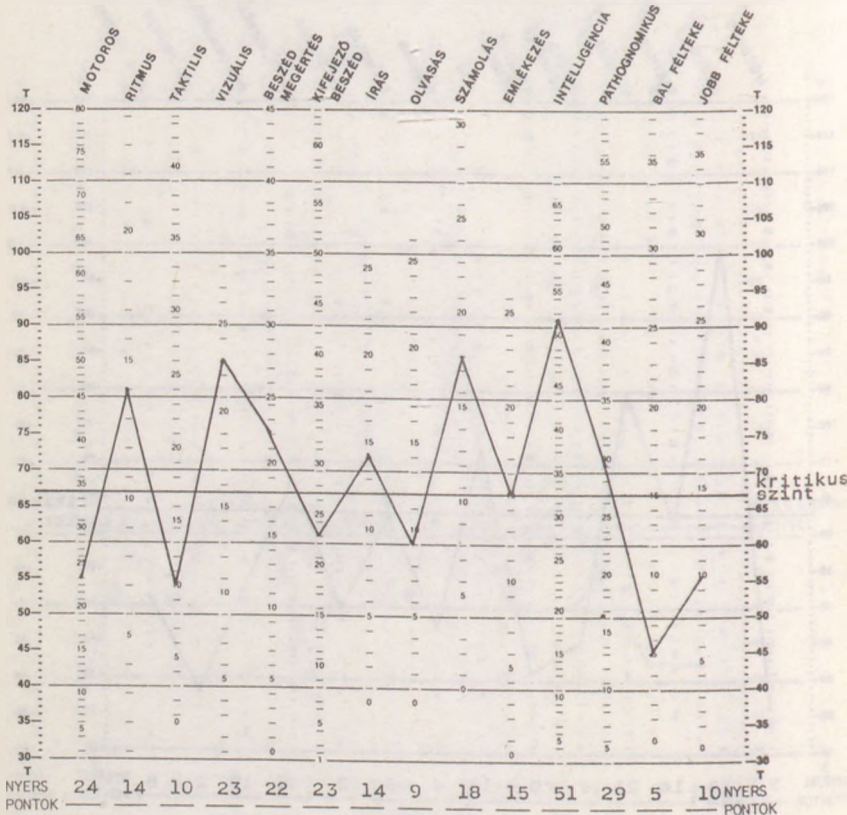
LURIA-NEBRASKA

Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira!

B. beteg

Neve: Z. M. Kora: 49 Vizsg. ideje: 1988.02.29.
 Neme: F ☒ Csakírási állapota: férjezett
 Foglalkozás: betanított munkás Is. végz.: 8 általános Kéz dominanciája: B ☒
 Vizsgálat helye: DOTe Idegklinika Vizsgáló: Szunyoghy



Kézírati!

OIEI-DOTE; 1985.

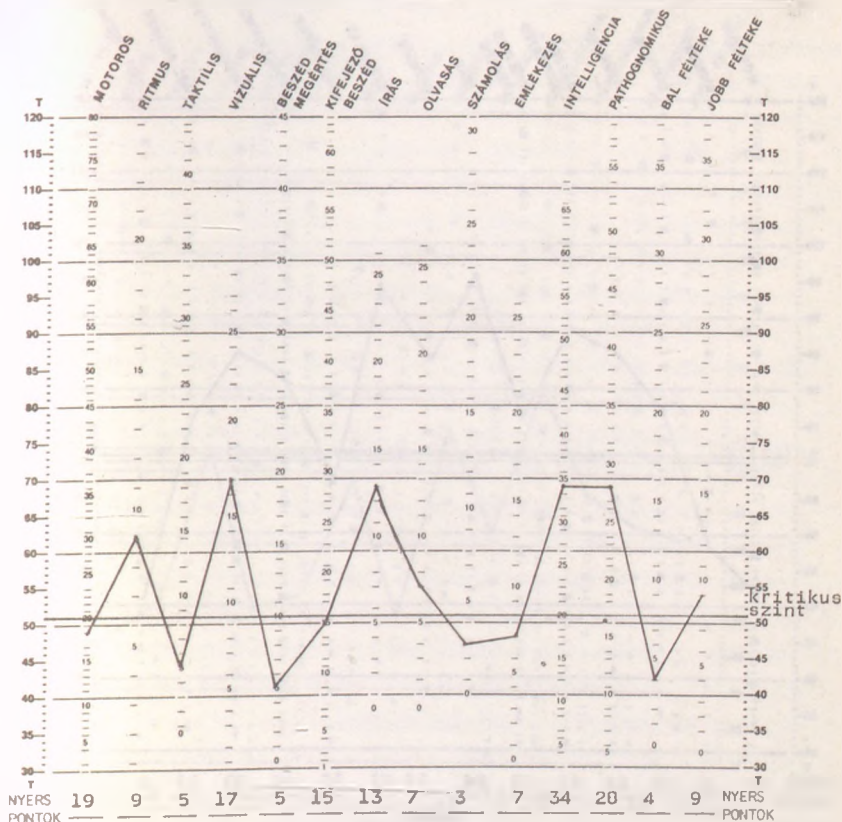
4. ábra

LURIA-NEBRASKA

Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira! 11. beteg

Név: Sz. B. Kor: 48 Vizsg. Ideje: 1987.08.22.
 Név: (F) N Családi állapota: nős
 Foglalkozás: buszvezető Isk. végz.: 0 általános Kéz dominancia: B (2)
 Vizsgálat helye: DOTÉ Idegklinika Vizsgáló: Szunyoghy



Kézirat
 OIEI-DOTE; 1985.

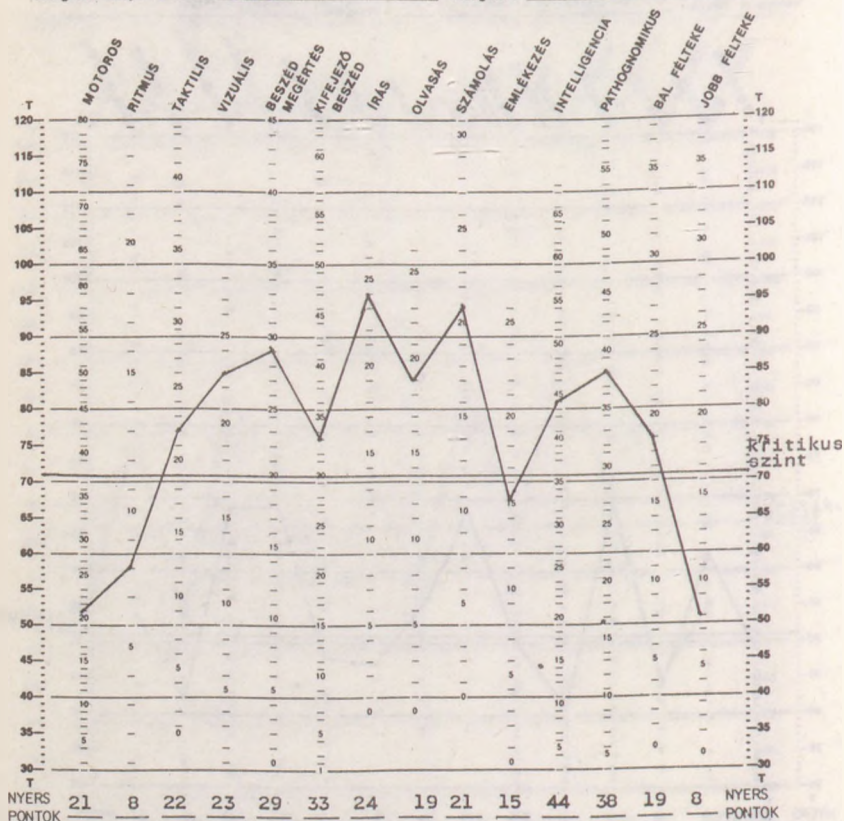
5. ábra

LURIA-NEBRASKA

Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira! 12. beteg

Név: E. CS. Kor: 40 Vizsg. ideje: 1987.00.12.
 Neme: (F) N Családi állapota: nőtlen
 Foglalkozás: építésvezető Iskol. végz.: érettségi + 3 ipari Kéz dominancia: B (J)
 Vizsgálat helye: DOTe Idegkliniká Vizsgáló: Szunyoghy



Kézirat!

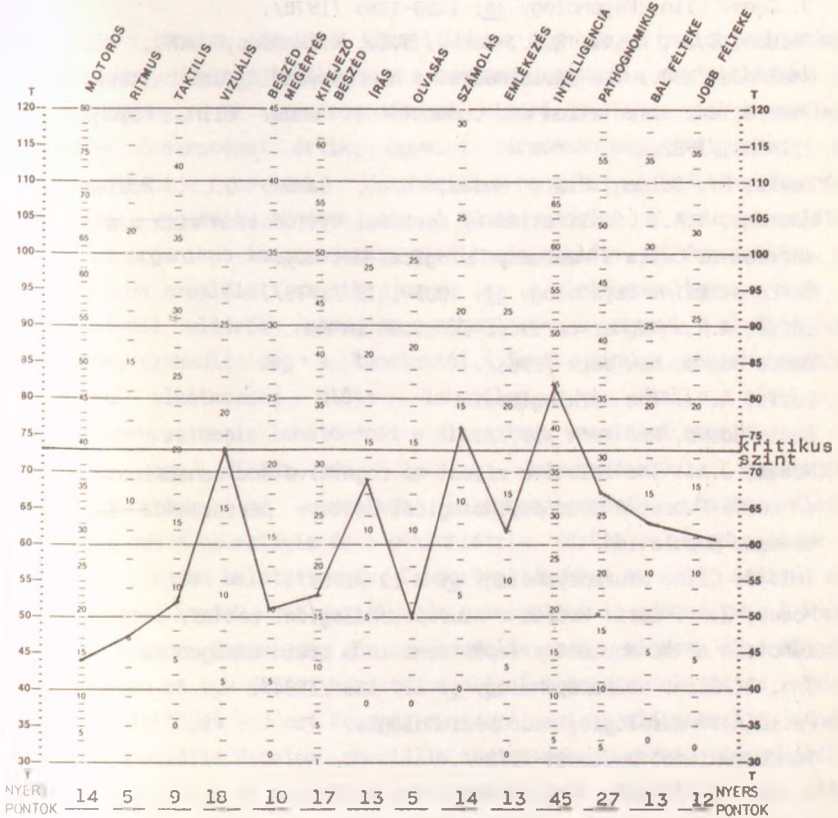
OIEI-DOTE; 1985.

6. ábra

LURIA-NEBRASKA Neuropsychologiai teszt

Kísérleti kutatás céljaira! 13. beteg

Nevé: Sz. K. Kora: 62 Vizsg. Ideje: 1988.03.17.
 Neme: ☒ N ☐ F Családi állapota: nős
 Foglalkozás: segédmunkás Isk. végje: 6 általános Kéz dominancia: 8 ☒ J
 Vizsgálat helye: DOTe Idegklinika Vizsgáló: Szunyoghy



Kézirat!

OIEI-DOTE; 1985.

7. ábra

Felhasznált irodalom

1. Cristensen, A.L.: Luria's a neuropsychological investigation. Spectrum, New York /1975/.
2. Golden, C.J., Hammeke, T.A., Purisch, A.: Diagnostic validity of the Luria neuropsychological battery. J. Cons. Clin. Psychology 46: 1258-1265 /1978/.
3. Golden, C.J., Ariel, R.N., McKay, S.E., Wilkening, G.N., Wolf, B.A., MacInnes, W.D.: The Luria-Nebraska neuropsychological battery. Theoretical orientation and comment. J. Cons. Clin. Psychology 50: 291-300 /1982/.
4. Lewis, G., Golden, C.J., Moses, J.A., Osmon, D.C., Purisch, A.D., Hammeke, T.A.: Localization of cerebral dysfunction with a standardized version of Luria's neuropsychological battery. J. Cons. Clin. Psychology 47: 1003-1019 /1979/.
5. Luria, A.R.: Higher cortical function in man. Basic Books, New York /1966/.
6. Luria, A.R.: The working brain. Basic Books, New York /1973/.
7. Moses, J.A.: The relative effect of cognitive and sensorimotor deficits on Luria-Nebraska neuropsychological battery performance in a brain damaged population. Int. J. Clin. Neuropsychology 6: 8-12 /1984/.
8. Moses, J.A.: Luria-Nebraska neuropsychological battery performance as a function of sensorimotor impairment in a brain damaged sample. Int. J. Clin. Neuropsychology 6: 123-126 /1984/.
9. Péter Á.: Neurológia, neuropszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest /1984/.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeklinikája
/Igazgató: Dr. Molnár László/

A neuropszichológia szerepe a pszichiátriai betegellátásban
Joó Mária Nóra

Ha a tünetek oldaláról közelítünk az organikus pszichoszindrómák leírásához, gyakran találkozunk a pseudoneurasthenia megjelöléssel. Ez alatt többnyire az agykárosodásokat kísérő pszichés és szomatikus tünetek összességét értik, úgymint fáradékonyosság, figyelem- és koncentrációs zavarok, dysphoriás hangulat, inditékcsökkenés, fejfájás, vegetatív tünetek, stb. A tünetcsoportot a neurastheniától csak az organikus idegrendszeri elváltozás megléte differenciálja. A klasszikus szemlélet szerint ennek az a létjogosultsága, hogy a neurózistól eltérően pseudoneurastheniában a szervi elváltozások kezelése szabadít meg a tünetektől. Tehát minden pszichoterápiás módszer alkalmazása előtt lehetőleg ki kell zárni a pszichoneurasthenia lehetőségét a klasszikus szemlélet szerint.

Az agy diffúz és lokális károsodásaival egyéttjáró tünetcsoportok, az organikus pszichoszindrómák, határterületet képviselnek a neurológia és a pszichiátria között - mindkettőnek a kompetenciájába beletartoznak. Csoportosításukkal a múlt század óta sokan foglalkoztak - az osztályozás szempontjai is módosultak. A múlt század közepén Griesinger még úgy gondolta, hogy minden elmebetegség hátterében az agy diffúz károsodása áll. A századforduló táján alakul ki az a felfogás - s ezt Kraepelin vizsgálatai is alátámasztják - hogy minden speciális ártalom speciális betegséghez vezet. Beenhoeffer ismeri fel, hogy az organikus pszichoszindrómák tünettana nem attól függ, hogy milyen betegségeket kísérnek, és, hogy az organikus pszichoszindrómák különböznek azoktól a pszichés zavaroktól,

amelyeknek a háttérében nem áll organikus károsodás. Az organikus pszichoszindrómák közös jellemzőjének a tudatzavart tartja és megkülönbözteti az akut, illetve krónikus lezajlási formát. M. Bleuler elkülönít lokális és diffúz organikus szindrómákat - az utóbbin belül pedig a tudatzavar mértéke, illetve a pszichés funkciók regressziójának mértéke szerint differenciál. Az angol Robertson akut, mnesztikus zavarokkal járó és krónikus organikus zavarokat különböztet meg. Az amerikai Sandok beszél diffúz, ezen belül akut és krónikus organikus szindrómákról, háttérbe szorítva a másféle tünetegyütteseket (ezeket nem sorolja csoportba, csak részletes etiológiájuk szerint ismerteti). Az újabb felosztások is többnyire az időbeli lefolyás, az etiológia és a tünetek szerint differenciálnak- ez jellemzi a jelenleg használatos nozológiai rendszerek szemléletét is.

A BNO inkább etiológiai szempontok szerint kategorizálja a betegségeket: a dementiák (senilis, praesenilis, arteriosclerotikus) mellett az alkoholos pszichózisok és a gyógyszerek okozta pszichózisok szerepelnek a felosztásban - de helyet kapnak az átmeneti és idült organikus pszichózisok is (1. ábra). A DSM-III. inkább a tüneti-leíró szempontok szerint csoportosít: a dementiák mellett szerepelnek a hallucinosisok, a paranoid szindrómák, a hangulatzavarok, az amnesztikus szindrómák és a személyiségzavarok - de helyet kapnak az intoxikációk, a megvonásos tünetek, valamint az atípusos és kevert formák (2. ábra). M. Bleuler (1969) felosztását továbbfejlesztve Berner (1981) beszél diffúz agyi szindrómákról, lokális, általános agyi szindrómákról - ezen belül pedig elkülönít speciális alcsoportokat. A diffúz organikus szindróma fő jellegzetességeként az intelligencia és az emlékezet zavarát jelöli meg, az általános lokális szindrómára pedig elősorban a hangulat- és indítékzavart tartja jellemzőnek. A károsodás lokalizációjától függően a lokális pszichoszindróma különböző formáit differenciálja:

1. Orbito-frontalis károsodás esetén főként az ösztönélet és az affektuszavarok dominálnak.

2. Diencephalis (vagy köztiagyi) szindróma esetén a bioritmuszavarok és a thalamus-dementia jellemző.

Vannak olyan agyi károsodások is, melyeket, annak ellenére, hogy lokálisak, egyaránt jellemez a teljesítmény- és a hangulati élet zavara. Ezért az ún. "noo-thymopszichikus" szindrómákat a szerző külön tárgyalja.

a./ Ha a károsodás a frontalis lebeny konvexitását érinti, az indítékzavarokhoz társulhat aphasia, apraxia, neurológiai tünetek (ataxia).

b./ A temporalis lebeny károsodásainál a hangulat és az affektív reaktibilitás zavarai állnak előtérben.

c./ A Korszakov-szindrómánál pedig a rövid idejű emlékezőzavar és a konfabuláció mellett megfigyelhető a hangulatzavar és a befolyásolhatóság (2. ábra).

Az említett nozológiai rendszerek közül egyik sem használja a pseudoneurasthenia kifejezést.

Az osztrák nozológiai rendszerhez hasonlóan a neuropszichológia is a pszichés funkciók lokalizációja felől közelít az organikus pszichoszindrómák leírásához – történetileg is a neurológiáról vált le. A funkciók analízise segítségével fedti fel valamely agyterület károsodását. A tüneti csoportosítás és az intelligenciavizsgálat mellett a neuropszichológiai módszereket jól lehetett használni a károsodások helyének meghatározására. Azt szeretnénk igazolni, hogy a fejlett neuroradiológiai módszerek korában sem veszítette létjogosultságát, sőt pótolhatatlan a neuropszichológiai vizsgálat mind a neurológiában, mind a pszichiátriában. Arra voltunk kíváncsiak, hogy mennyire felel meg a Berner-féle felosztás organikus neurológiai betegeink pszichopathológiai besorolására.

- Első betegünk 54 éves, segédmunkás, krónikus alkoholista. Kb. egy éve folyamatosan kialakuló dementia miatt vettük fel. Önmagát sem tudja ellátni. CT-lelete diffúz cerebrális atrophíára utal.

- Második betegünk 43 éves, segédmunkás, felvétele előtt két hónappal

fokozatosan súlyosbodó jobboldali centralis facialis paresis, jobboldali hemiparesis, hemihyposztés alakult ki. CT felvétele baloldalt parietalisan elhelyezkedő multiplex tumor-metastasisra utal (3. ábra). A primer daganat a hasban vagy a tüdőben helyezkedhet el.

- Harmadik betegünk 53 éves főiskolai tanár. Fél éve enyhe baloldali hemiparesis, tájékozatlanság, konfabuláció alakult ki. A CT kétoldali thalamus-tumort igazolt.

- Negyedik betegünk 66 éves, húsz éve hypertóniás nő. 1987-ben fejfájással, szédüléssel járó rosszullét után kialakuló emlékezés- és térbeli tájékozódászavar miatt vettük fel. Neurológiailag jobboldali homonym hemianopsiát, jobboldali jelzett facialis paresist, renyhe alsóvégtagi reflexeket találtunk. CT vizsgálata baloldali, occipitalisan elhelyezkedő, és jobboldali thalamus-területi lágyulásra utalt, melynek háttérében arteria cerebri posterior területi keringészavar lehetett (4. ábra).

Berner úgy találja, hogy diffúz agyi károsodások esetén - bár a hangulati- és ösztönélet zavarai is jelentkeznek és indítécsökkenés is van - legkifejezettebb az emlékezés- és intelligencia-károsodás, azaz dementia. Lokális agyi szindrómákban nagyjából megkimélt az intelligencia; a hangulat-, valamint az indítékszavar dominál (5. ábra).

- Első betegünk - a berneri felosztás diffúz organikus pszichoszindróma kategóriájába sorolható - valószínűleg alkoholos eredetű corticalis atrophiajában a súlyos emlékezőszavar és a jelentős mértékű intelligencia-károsodás (VQ=65) mellett a neuropszichológiai vizsgálat a tervszerű, célirányos tevékenység zavarára utal. Emellett acalculia, agraphia, konstruktív apraxia, óra-idő agnosia, ujj-agnosia, a formai-alaki épség mellett a spontán beszéd tartalmi elszegényedése, dinamikus apraxia is megfigyelhető volt. Az emlékezés minden modalitása (verbális, vizuális, téri, idői) károsodott. érzékszálódás, tudatzavar nem volt (6a. ábra).

A parietalis - kissé a frontális lebenyt is érintő -

tumor-metastasisban szenvedő beteg kifejezett neurológiai tünetei mellett a neuropszichológiai vizsgálat alapján a jobb-bal tévesztés, számolászavar (a parietalis lebeny jellegzetes funkciókárosodásai) dominálnak. Affektív labilitása és inditékcsökkenése viszonylag jelentős. Az intelligenciacsökkenést ($VQ=68$) amnesztikus - pontosabban effereñs-motoros - aphiája magyarázhatja. Az intelligenciavizsgálat részpróbái közül a közös lényeg megnevezése és a számolás ütközik nehézségbe. A megőrző emlékezés felülmúlja a saját átlagot (6b. ábra).

A kétoldali thalamus-tumoros betegekre is elsősorban a motiváció-, illetve inditékcsökkenés, az emocionális közömbösség és bioritmus-zavarok jellemzőek. A kifejezett neurológiai tünetek ellenére az intellektuális károsodás nagyon enyhe ($IQ=104$, dementia-index=13%), a verbális teljesítményszint megtartott ($VQ=1224$). Az emlékezet- és tájékozódászavar jelentős. A megjegyző emlékezés súlyosan károsodott, az emlékezeti interferencia kifejezett. A vizuális és verbális memória-modalitások egyaránt érintettek. Konfabuláció jelenségek is megfigyelhetők. A megőrző emlékezés kevésbé érintett (6c. ábra).

A lokális és diffúz organikus pszichoszindróma ötvöződik occipitalis lágyulásos betegünk esetében. Vízonylag szegényes neurológiai tünetek (jobbaldali centralis facialis paresis, kezdetben meglevő, majd regrediáló jobbaldali homonym hemianopsia) mellett az occipitalis és a parietalis lebeny károsodására utalt a neuropszichológiai vizsgálat. Bennekvése alatt optikai tárgyagnosiát, totális alexiát, szín-agnosiát, a másolásra vonatkozó agraphiát, konstruktív apraxiát, téri és idői tájékozódászavart, emlékezőszavart találtunk. Későbbi kontrollvizsgálatokor parietalis tünetei mérséklődtek, kifejezettebbé vált hangulat- és inditékzavara, intelligenciacsökkenése (6d. ábra).

A bemutatott betegek adatai többnyire igazolják a Berner-féle osztályozás használhatóságát. Úgy tűnik, hogy a pseudoneurasthenia fogalma - mivel túl általános - kevésbé használható.

Összefoglalva az eddigieket, a következőkben mondhatjuk a neuropszichológiai vizsgálat jelentőségét a pszichiátriában:

1./ A neuroradiológiai módszerekkel egyre jobban igazolható az agy organikus károsodásának ténye és lokalizációja. A laesióval összefüggésbe hozható pszichés funkciók zavara azonban csak neuropszichológiai módszerekkel mutatható ki.

2./ A pszichiátria egyik központi kategóriája, a dementia, az irreverzibilis teljesítménycsökkenés. A neuropszichológia segít a válaszadásban, hogy az intelligenciacsökkenés az idegrendszer körülírt károsodásával hozható-e összefüggésbe, vagy esetleg más okkal.

3./ Az agy mélystruktúráinak károsodása egyaránt eredményezheti az intelligencia csökkenését (subcorticalis dementia), illetve a hangulati élet zavarát. Az emlékezet differenciált vizsgálata nagymértékben hozzájárul a diagnózishoz.

4./ A neuropszichológiai vizsgálat abban is segít, hogy a pszichés funkciók ép elemeire támaszkodva meg lehessen tervezni a beteg optimális rehabilitációját.

Senilis és praesenilis organikus pszichotikus állapotok
senilis dementia
praesenilis dementia
arteriosclerotikus dementia

Alkoholos pszichózisok
delirium tremens
alkoholos Korszakov-pszichózis
alkoholos dementia
egyéb alkoholos hallucinosisek
kóros részegség
alkoholos féltékenység

Gyógyszerek okozta pszichózisok
gyógyszermegvonási szindróma
gyógyszerek okozta paranoid/hallucinációs állapotok
patológias gyógyszer-intoxikáció

Átmeneti organikus pszichotikus állapotok
heveny confusió állapot
félheveny zavartság

Egyéb /idült/ organikus pszichotikus állapotok
nem alkoholos eredetű Korszakov-pszichózis
dementia máshová sorolt állapotokban

1. ábra
Organikus pszichoszindrómák felosztása
a BNO-IX. szerint

DSM-III.:

Dementia

Delirium

Hallucinosisek

Paranoid szindrómák

Személyiségzavarok

Intoxikációk

Megvonásos tünetek

Atípusos és kevert formák

Berner:

Diffúz organikus pszichoszindróma

Lokális organikus pszichoszindróma

a/ Orbito-frontalis

b/ Diencephalis

c/ Corticalis-subcorticalis

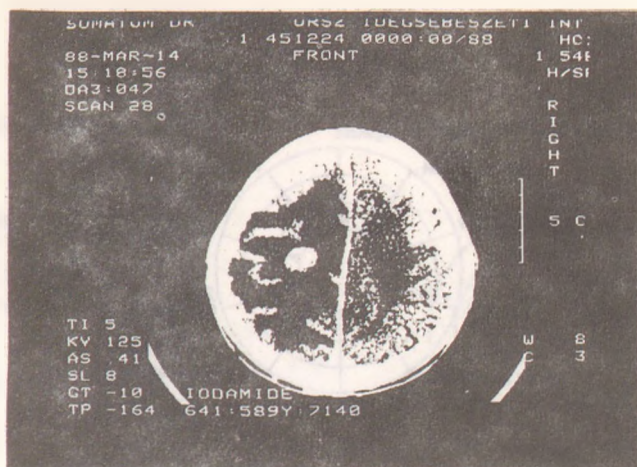
- frontalis konvexitást érintő

- temporalis

- Korszakov-szindróma

2. ábra

Organikus pszichoszindrómák felosztása
a DSM-III. és Berner /1981/ szerint



3. ábra

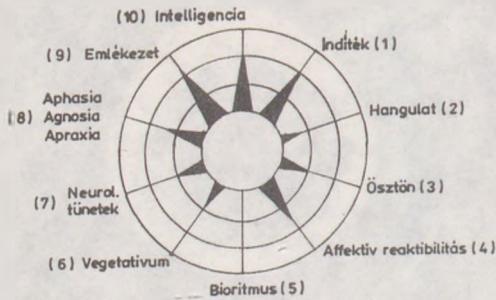
MULTIPLEX TUMOR METASTASIS CT FELVÉTELE
(2. beteg, ld. a szövegben)



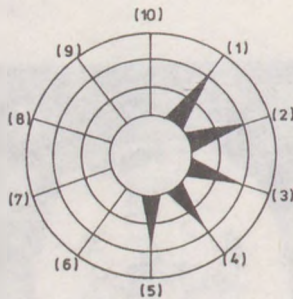
4. ábra

OCCIPITALIS LEBENYBELI LÁGYULÁS CT FELVÉTELE
(3. beteg, ld. a szövegben)

Diffúz organikus pszichoszindróma



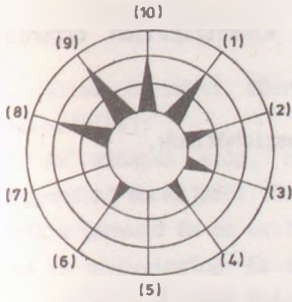
Lokális organikus pszichoszindróma



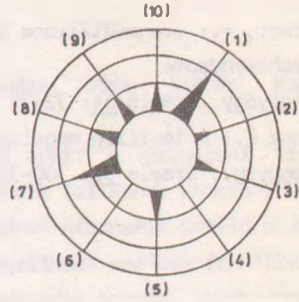
5. ábra

A DIFFÚZ ÉS LOKÁLIS ORGANIKUS PSZICHOSZINDRÓMA JELLEMZŐ TÜNETEINEK INTENZITÁSA BERNER (1981) SZERINT

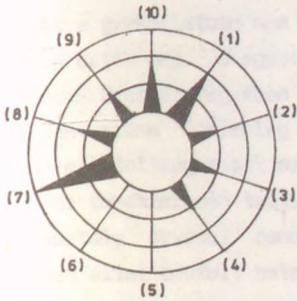
(a.) Diffúz corticalis atrophia (1. beteg)



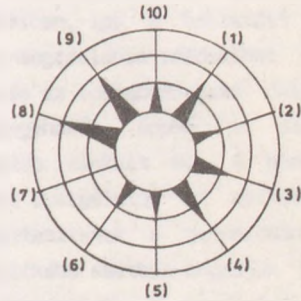
(b.) Kétfoldali thalamus-tumor (3. beteg)



(c.) Bal parietalis tumor (2. beteg)



(d.) Baloldali occipitalis lágyulás (4. beteg)



8. ábra

NEUROLÓGIAI BETEGEINK PSZICHOPATOLÓGIAI
TÜNETELEMZÉSE A BERNIER-FÉLE DIAGRAM
SEGÍTSÉGÉVEL

Felhasznált irodalom

1. Berner, P.: Grundsätzliche Erwägungen zur Klassifikation organischer Psychosyndrome.
Ideggógy. Szemle 34: 72-79 /1981/.
2. Kuncz E.: A testileg megalapozható heveny pszichózisok.
Ideggógy. Szemle 31: 300-305 /1978/.

VITA

Dr. Papp Éva előadásához fűzött megjegyzések

Dr. Szabó Erzsébet főorvosnő (Nyiregyháza, Jósa András Kórház Elmeosztálya):

Az előadás szép, részletes képet adott a Debreceni Városi Ideggondozó munkájáról. Számos kérdés vetődik fel ennek kapcsán. Ezek közül a gondozó és az osztályok kapcsolatának kérdéseit önálló szakmai ülés is tárgyalhatná. Ez a kapcsolat a legritkább esetben felhőtlen. A két területen dolgozó kollégák empátiás készsége egymás iránt nem a legjobb. A legtöbb véleménykülönbség a beutalások indokoltságának megítélésében van. A gondozóban dolgozóknak esetenként percek állnak rendelkezésre annak eldöntésére, hogy osztályra utalják-e a beteget, vagy megnyugtatóan rendezni tudják az észlelt állapotot. Zsúfolt rendelésen nincs lehetőség a beteg megfigyelésére. Az osztályon dolgozó általában kevés időt töltenek a gondozóban, az ott folyó munkát a gyakorlatban nem ismerik részleteiben, így a buktatóit sem mindig értik meg. Jó együttműködés csak integrációban valósulhat meg. Szabolcs Szatmár Megyében köztudottan kevés az ideggondozóban dolgozó orvosok száma (jelenleg kettő!). Nyiregyházán éppen a szűkös orvos-ellátottság miatt szoros együttműködés alakult ki. A gondozó orvosai rendszeresen teljesítenek ügyeleti szolgálatot az osztályon, az osztály orvosai rendszeresen helyettesítenek a gondozóban. A gondozó által beutalt beteget csak a legritkább esetben engedjük haza még aznap az osztályról. Vitás esetben megbeszéljük a gondozóval, a beutalóval a részleteket, s minden szempont figyelembe vételével döntünk. A jó együttműködés a betegek érdekét szolgálja, s bármely területen működő elmeegógyásznak ezt kötelessége szem előtt tartani.

Pék Győző előadásához fűzött hozzászólások

Dr. Séra Ibolya főorvosnő (Debrecen, Városi Ideggondozó Intézet):

Célszerű volna a gondozó intézet és a fekvőbeteg osztály együttműködése arra vonatkozóan is, hogy a közös betegeknek végzett, pszichológiai vizsgálatok eredményét kölcsönösen közöljék egymással, ez egyrészt munkát takarítana meg, másrészt bizonyos tesztek megismétlése (meghatározott időintervallumon belül) nem teszi reálissá az értékelést.

Dr. Demeter József (DOTE, Ideg- és Elmeklinika) válasza:

Ez mindenképpen indokolt, s hasznos lenne, ha már a beutalón is szerepelne az esetlegesen elvégzett pszichológiai vizsgálat eredménye. A klinikai zárójelentéseken a megtörtént vizsgálatok eredménye röviden szerepel, de szükség esetén részletes vizsgálati leletet is közlünk.

Dr. Szakács Ferenc egyetemi docens (OTE, Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszék):

Az igen korrekt és informatív előadások mindegyike jelentős volt legalább abban az értelemben, hogy újszerű és fontos munkáról számolt be Dr. Túry Ferenc és munkacsoportja. Debrecen pszichológiai életének fontos eredménye, hogy - több érdekes téma között - ambuláns pszichoterápiai munkáról és az országban itt bevezetésre került neuropszichológiai vizsgáló módszerről eshetett szó. Az elhangzott előadásokhoz gratulálok. Alábbiakban szólnék néhány szót a bennem felmerült kérdésekről.

Dr. Séra Ibolya főorvos asszony felszólalásában hangsúlyozta annak fontosságát, hogy a jobb betegellátás érdekében fokozottabb együttműködésre volna szükség az egyes egészségügyi intézmények között, amivel én is egyetértek. Felmerült, hogy így a pszichológiai vizsgálatok szükségtelen megismétléséből fakadó problémák is

elkerülhetők volnának. Én messzemenően egyetértek ezzel is, mivel valóban vannak olyan vizsgálatok, amelyeknél a tanuló (és belátásos) tényezők miatt mindaddig a beteg emlékszik a vizsgálatra. Pl. nem lehet megismételtetni az intelligencia vizsgálatot valamely igazságügyi (beszámítási képességgel kapcsolatos) probléma esetén, ill. a megismételt (magasabb szinten való eredményt hozó) vizsgálatot nem lehet figyelembe venni. Érvényes ez minden olyan teljesítmény-tesztre, amelyben a megoldás időhöz kötött, és amelyben a belátáson alapuló felismerésnek, problémamegoldásnak fontos szerepe van. Meg lehet azonban ismételni azokat a vizsgálatokat, amelyeknél a beteg aktuális vagy habituális állapotáról, tulajdonságairól, személyiségvonásairól számol be (önjellemezés), vagy olyanokat, amelyekben a vizsgált személy nem képes átlátni manipulálni a vizsgálatot, mivel az főként projektív tartalmakat elemez, pl. Rorschach-próba, TAT, stb. A gyakorlatban azonban (remélhetőleg) nem jelent a megismétlés kérdése súlyos problémát, hisz pszichológiai véleményt önálló felelősséggel csak szakpszichológus adhat, nekik pedig tisztában kell lenniük azzal (is), hogy melyik vizsgálatot lehet megismételni és melyiket nem. A "pszichológiai lapnak" egyébként a kórrajzban (lenne) a helye, az Eü. Közlöny 1977. nov. 1-jei számában az eü. miniszter 38/1977 (Eü.k.25.) Eü. M. sz. utasításának melléklete részletesen leírja azt.

Dr. Túry Ferenc előadásához fűzött kérdés

Dr. Szabó Erzsébet főorvosnő (Nyíregyháza, Jósa András Kórház Elmeosztálya):

A hipnoterápia eredményességéről az előadás meggyőzőtt. Táppénzes felülvizsgálóként kérdezem, meddig szükséges a betegeket kiemelni a munkából, hiszen a kezelés - mint hallottuk - hónapokig is eltarthat. Mivel a felülvizsgáló főorvosi bizottságban nemcsak elmeorvosok,

hanem más szakterületen dolgozó kollégák is vannak, nem egyszerü őket meggyőzni, hogy e terápiában részesülő betegek betegállományban tartása indokolt.

Dr. Túry Ferenc válasza:

Nem lehet egységes sémát adni a táppénzes időszakra vonatkozóan, ez egyénenként betegenként változik. Vannak, akik járóbetegként és munkaképes állapotban járnak a heti egy-két alkalomra, pl. az említett psoriasisos beteg.

Dr. Mészáros István egyetemi tanár (Debrecen, KLTE) megjegyzése:

Valóban nem lehet egységes álláspontot képviselni, s ez nemcsak a hipnoterápiára, hanem a pszichoterápiákra általában vonatkozik. Nagyon sok pszichoszomatikus beteg (bőrbetegek, asztmások, stb.) betegsége nem zavarja munkaképességüket, így kezelésük nem feltétlenül igényel táppénzes állományt.

Dr. Molnár Gábor előadásához fűzött kérdés

Dr. Szabó Erzsébet (Nyiregyháza, Jósa András Kórház Elmeosztálya):

Szeretnék hallani az involúcióban jelentkező pszichózisok hormonkezelésének lehetőségeiről. Van-e olyan készítmény, amellyel meggyőző eredményt értek el?

Dr. Molnár Gábor válasza:

Ösztrogen szubsztitúcióval nincsenek rendszeres terápiás tapasztalataink. Eddig annyi bizonyos, hogy a hormonhiány hozzájárulhat a pszichózisok, elsősorban a depressziók provokálásához. A kezelést az is nehezíti, hogy a természetes ösztrogen származékok nem hozzáférhetők Magyarországon.

Csiky-Mészáros Mária előadásához fűzött megjegyzések

Dr. Szakács Ferenc egyetemi docens (OTE, Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszék):

Az előadó a vizsgált bőrbetegség pszichoszomatikus jellegét bizonyos személyiségjellemzőkre alapozza. Felmerült az a probléma, hogy ezek tekinthetők e predispozícióknak, vagy inkább a tartós frusztráció (stressz) következményei-e. Az alkalmazott teszt a Rosenzweig-féle frusztrációs próba, a PFT volt, amelynek hazai standardizálását nemrég fejeztük be. A teszt képein - mint ismeretes - frusztrációs helyzetben beszélget két ember: az egyik mond valamit (ez oda van írva), a másik válaszol (ez nincs odairva), s a vizsgált személynek bele kell élnie magát abba, hogy ő mit válaszolna. Azt lehetett volna gondolni, hogy szocio-ökonomiai és kulturális helyzettől függően viselkedünk ilyen helyzetben, s leszünk agresszívek, vagy közömbösek. A faktorelemzések azonban arra utalnak, hogy az efajta attitűd mélyebben, úgy látszik, sokkal inkább idegrendszeri sajátosságoktól, mint társadalmi tényezőktől meghatározott. Ezt (ti. azt, hogy a tesztben mért agresszivitás idegrendszeri sajátosságokon alapul) támasztja alá egy régebbi (Dr. Geréby Györggyel közösen végzett) vizsgálatunk, amelyben a PFT-tesztmutatók és az EEG-mutatóik alapján a várható agresszivitás mértéke szerint négy csoportba sorolt személyek esetében a várható valószínűséget szignifikánsan meghaladó mértékű egyezést találtunk. E két vizsgálati eredmény alapján is okkal feltételezhetjük, hogy létezhetik az idegrendszeri reaktivitásnak olyan típusa, amely (pl. elfojtott agresszió következményeként) kodeterminánsként részt vehet bizonyos szomatikus folyamatokban, amelyek bőrtünetekhez vezetnek.

Dr. Kocsis András főorvos (Berettyóújfalu, Zöld Sándor Kórház):

A bőrgyógyászati betegségekben szenvedőkkel kapcsolatban két

előadás is megemlékezett. Összehasonlították-e a bőrbetegek pszichoterápiáját a gyógyszeres kezeléssel? Nyilvánvaló, hogy a kellemetlen betegségben szenvedő bőrbetegeket megviseli lelkiileg is a testi betegség. Ennek a tehernek a csökkentése eredményes lehet. Nehéz ugyanakkor azt hinni, hogy a pszichoterápiák oki kezeléseket jelentenek, lényegesen bele tudnak avatkozni a bőr anyagcseréjébe.

Dr. Molnár Gábor válasza:

A bőrbetegek pszicho- és farmakoterápiájának összehasonlítása nem volt eddig célunk. Elsősorban krónikus urticariásokkal foglalkozunk, akiket hónapok óta eredménytelenül gyógyítanak. Nem tudjuk, miért, de a pszichoterápia többnyire eredményes miközben a betegek a gyógyszereiket változatlanul szedik. Ami a vitiligót illeti, ott inkább a betegség okozta másodlagos pszichés tünetek befolyásolhatók a lelki kezeléssel.

Dr. Mészáros István egyetemi tanár (KLTE):

Néhány éve előadás hangzott el egy közös bőrgyógyász-pszichiáter megbeszélésen a psoriasis csoportos hipnoterápiájáról szegedi kollégáktól. Nagyon eredményesen tudták befolyásolni ezt a betegséget. A hatásmechanizmust pontosan nem ismerjük, de igen markáns változásokról van szó. Valami lényeges történik a bőrben. Ismert, többször igazolt jelenség, hogy hipnózisban égési elváltozásoknak megfelelő bőrreakciók, érreakciók is kialakulhatnak.

Dr. Túry Ferenc hozzászólása:

Gyakran találkozni a pszichoszomatikus betegségekkel kapcsolatban azzal a félreértéssel, hogy a pszichoterápia csupán a betegség okozta lelki terhet enyhíti. Nem csupán erről van szó, a pszichoterápiák a pszichoszomatikus betegséget gyógyítják, melyek kialakulásában a pszichés tényezőknek döntő szerepük lehet. Ez természetesen szemléletváltást jelent sok betegséggel kapcsolatban.

Dr. Szabó Pál előadásához fűzött észrevételek

Dr. Séra Ibolya főorvosnő (Debrecen, Városi Ideggondozó Intézet):

Érdemes volna a sirások elemzése mellett párhuzamosan a nevetések elemzésével is foglalkozni, mivel mindkettő ugyanazon töről fakad és komplexebbé is tenné az emocionalitásról nyert képet.

Dr. Szabó Pál válasza:

Vannak, akik úgy gondolják, hogy a sirás és a nevetés is a stressz elleni védekezés módszere, de tudomásom szerint a két jelenséget nem vizsgálták együtt.

Dr. Szőnyi Magda vezető pszichológus (DOTE Orvosi Pszichológiai Oktatócsoport):

Megdöbbenett az a statisztikai adat, amely szerint az amerikai mintához viszonyítva nálunk alacsonyabb a sirási gyakoriság. A "keep smiling" jelszavú országhoz képest is?

Szeretném felhívni a figyelmet Vértés O. András nyelvész kutatásaira, aki az elmúlt 100-200 év irodalmában az érzelmek kifejeződésének változását vizsgálta. Azt találta, hogy az érzelmek kifejezése sivárabb lett, ill. a keményebb, feszültebb irányba változott. Különösképp eltűntek az un. magasztosabb érzelmeket kifejező szavak, vagy ezek pejorativ jelentésváltozáson mentek keresztül. A múlt században a sirás természetes, sőt elvárt, érzelemgazdagságot jelölő jelenséggént szerepelt, nagy emberek, nagy események jellemzője lehetett.

Tehát megfordítva: a sirás lehetőségét megadva érzelmi elfojtásokat szabadíthatunk fel, érzelmi gazdagodást indíthatunk el, visszaadhatjuk feszültségoldó, megkönnyebbülést kiváltó lehetőségét.

Gyermekekórházakban a szülők látogatásának egyik leggyakoribb

ellenérve az volt, hogy felzaklatja a gyermekeket, s utána sirnak. Nem lehetséges, hogy a sirás érzellemmozgósító ereje a gyógyulási folyamatot inkább gyorsítaná is? Szenvedéseknél a sirás vajon nem könnyíti-e a fájdalom elviselését?

A sirás mindig tartalmazhatja a vigasztalás, vagy vigasztalódás reményét, a könnyek nélküli szenvedés csak a "nem én vagyok, aki ezt átéli" izolációs mechanizmus segítségével az eltűrés, kibírás ürjét jelenti.

Engedjük meg magunknak a nagy, katartikus sirásokat!

Dr. Böszörményi Zoltán egyetemi tanár :

Okozhat-e elektrolit veszteséget egy kiadós sirás?

Dr. Szabó Pál válasza:

A legkiadósabb könnyezéssel kb. 100 ul könny ürül. Ez nem befolyásolja jelentősen az elektrolit-háztartást. Érdekes azonban, hogy egyesek szerint az emberi könnymirigy a tengeri madarak sómirigyének felel meg, amely a veséhez hasonlóan hatalmas mennyiségű sótól képes a hónapokig sós vízben élő madarak szervezetét megszabadítani.

Dr. Szakács Ferenc egyetemi docens (OTE Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszék) hozzászólása:

Az előadás valóban nagyon érdekes kérdést tárgyal: miért sir az ember? Érdekes volt látni (és hallani), hogy a közönség nevetett, miközben a sirásról volt szó. Eszébe jut az embernek, amit Darwin mondott a sirásról-nevetésről (az egyik görcsös belégzés, a másik görcsös kilégzés - vagyis valami egyféle dolog a kettő) és amit Freud mondott a viccről (ti. azt, hogy elhárítás). Érdekel az előadó véleménye erről. A másik kérdésem: nem gondoltak-e arra, hogy feltérképezzék: konkrétan mit tekintenek az emberek sirást kiváltó oknak (életkor, nem, iskolázottság, lakóterület, ország, stb.

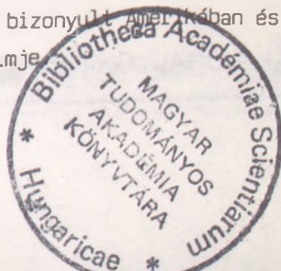
szerint)?

Dr. Szabó Pál válasza:

Ami az előadás alatti hahotázást illeti, az engem is meglepett. Amikor az előadásomat irtam, nem találtam benne semmi humorosat. Úgy gondolom, hogy ez a nevetés a háritás jele, ugyanúgy, mint az is háritás a kutatók részéről, hogy nem foglalkoztak a sirás jelenségkörével. De ez a hozzáállás általános: az emberek magánemberként elfordulnak, ha siró embert látnak, mint kutatók nem foglalkoznak a sirással, és ha hallgatóként kénytelenek a sirásról hallani valamit, ezt nevetéssel intézik el. Ez szerintem a háritás egyik formája.

A sirás körül számtalan bonyolult, egyelőre megválaszolatlan kérdés van. Vannak, akik szerint a sirás egészséges, kívánatos. Ugyanakkor olyan adatok is vannak, amelyek szerint a pszichés szempontból beteg emberek lényegesen többet sirnak. Saját vizsgálatom közben is találkoztam teljesen egészséges egyénekekkel, akik havi 15 alkalommal sirnak, de vannak betegek, akik szinte soha. A sirási gyakoriság igen szélsőségesen ingadozhat az egészségesek körében, a pszichés egészség, a depresszió és a sirás közötti kapcsolat meglehetősen laza.

A sirási naplón a vizsgálati személyek feltüntették a sirási epizódok okát, körülményeit, a sirás tartamát és kísérő jelenségeit, továbbá százalékban azt is megpróbálták kifejezni, hogy különböző érzelmeik hogyan változtak meg a sirás folyamán. Ezek az eredmények nem fértek be az előadás keretébe. A nők elsősorban interperszonális konfliktusaik miatt sirnak, a férfiak inkább film, olvasmányélmény, vagy zene hatására. Az eddigi eredmények szerint a sirás leghatékonyabb ingere maga a siró ember látványa. Ismertek olyan filmek, un. "tearjerker"-ek, amelyek a közönség jelentős részét könnyekre fakasztják. Ilyennek bizonyult Amerikában és Magyarországon is Zeffirelli "A bajnok" c. filmje.



CRUPODEX®

sebhintőpor



A Crupodex sebhintőpor dextranomen (térhálósított dextrán polimer) tartalmaz 0,1–0,3 mm átmérőjű gyöngyök formájában. Nedvező sebekre szórva magába szívja az exsudátumot, az átitatott réteg rendszeres cserélése biztosítja a seb feltisztulását.

HATÓANYAG

60 g dextranomerum dobozonként

JAVALLAT

Nedvező, gennyes sebek, pl. ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek égési sebek tisztítása.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes

ALKALMAZÁS

A vízzel vagy fiziológiás sóoldattal átitatott, még nedves sebre kell szórni, kb. 3 mm vastagságban, majd steril kötéssel lazán fedni, a kötést rögzíteni. A Crupodex réteg teljes átitatódása előtt (szürkés-sárgás elszíneződés), általában naponta 1–2 alkalommal, erőteljesen váladékozó sebek vagy fe-

kélyek esetén gyorsabban, kötést váltás szükséges. A kocsonyás réteget fiziológiás sóoldattal kell eltávolítani.

MELLÉKHATÁSOK

A szívóhatás következtében enyhe fájdalomérzés fordulhat elő.

FIGYELMEZTETÉS

Száraz sebekre nem használható. A szem közelében fokozott óvatossággal kell alkalmazni.

A kötést idejében kell cserélni, mert ha a Crupodex telítődik, kéregszerű réteget képez, és nehezen távolítható el. Ha a seb feltisztult és a váladékozás erősen csökkent, más kezelésre kell áttérni. A Crupodex a sima felületet alkossá teszi, ezért ha a padlóra szóródik, gondosan fel kell takarítani.

MEGJEGYZÉS

✦ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A bőrtakaró időlt folytonossági hiánya (ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása stb.) esetén — „Egészségügyi rendelkezés” jogcím megjelöléssel — térítésmentesen rendelhető, ha a beteg hosszabb ideig tartó, otthon is elvégezhető kórokozása szükséges.

Csomagolás

60 g 30 Ft



Előállítja



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

HEVIZOS[®]

**Chemotherapeuticum
antiviralis**

kenőcs



Herpes vírusfertőzésekben alkalmazható lokális készítmény. A kenőcs hatóanyaga a herpes vírus DNS szintézisébe avatkozik be, ezáltal gátolja annak szaporodását. A felvitt dózis jelentős része a bőrben lokalizálódik, a kezelés során általános hatás nem tapasztalható.

HATÓANYAG

80 mg 3-/2-dezoxi- β -D-ribofuranozil-/5-izopropil-uracil, 10 g vízzel lemosható szuszpenziós kenőcsben.

JAVALLATOK

Herpes simplex recidivans, herpes zoster és herpes progenitalis recidivans helyi kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Jelenleg nem ismeretes.

ALKALMAZÁS

A beteg bőrfelületet naponta 3—5 alkalommal kell vékonyan bekenni. A kezelési idő tartama 3—5 nap, amely kivételesen az eset súlyosságától függően 6—12 napra emelhető.

MELLÉKHATÁS

Enyhe, égő, átmeneti csipős érzés.

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető.

CSOMAGOLÁS

1 tubus (10 g) 10,— Ft

Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

**Vásárolja termékiinket,
nem felejtí
ízeinket !**



Tartósítóiipari Kombinát

H-4030 Debrecen, Monostorpályi út 92.
Telefon: (52) 13-622 · Telex: 072-279, 072-338

H-3001 Hatvan, Szocialista brigádok tere 2.
Telefon: (38) 11-833 · Telex: 025-241

