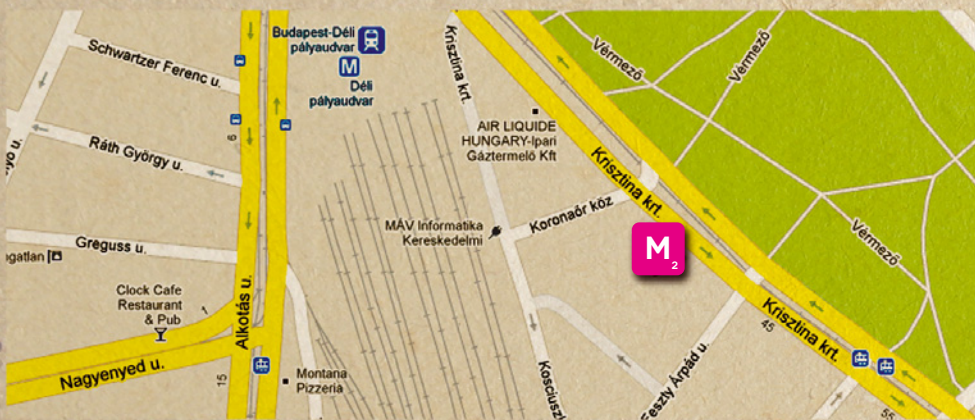




V₁ **VADASKERT KÓRHÁZ**
1021 BUDAPEST, LIPÓTMEZEI ÚT 1-5.



M₂ **HOTEL MERCURE BUDA**
1013 BUDAPEST, KRISZTINA KRT. 41-43.



P₃ **PESTI SZÍNHÁZ**
1056 BUDAPEST, VÁCI UTCA 9.

20 ÉVES
A VADASKERT

**KÖZÖS UTAK -
ÚJ DIMENZIÓK**
A GYERMEKEK
MENTÁLIS
EGÉSZSÉGÉÉRT

A MAGYAR GYERMEK-
ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIA
ÉS TÁRSSZAKMÁK
TÁRSASÁGÁNAK
XXXVII. KONGRESSZUSA

**2013.
ÁPRILIS 18-20.**

VADASKERT KÓRHÁZ,
HOTEL MERCURE BUDA

PROGRAM ÉS ABSZTRAKT KÖTET

Szeretném néhány szóban bemutatni megújult társaságunkat, a Magyar Gyermekek- és Ifjúságpszichiátria és Társszakmák Társaságát (MAGYIPETT). A korábban szakorvosokat tömörítő egyesület nyitni szeretne azon szakemberek felé, akik a gyermekekkel történő napi munka során folyamatosan együtt dolgoznak. A gyermekek és fiatalok mentális egészségének megőrzésében és gyógyításában a team-munka, a gyermek környezetében lévő segítő szakemberek összefogása, munkájuk koordinálása kiemelt fontosságú. A közös társaság létrehozásának célja ennek az együttműködésnek az elősegítése.

Megújult társaságunk első kongresszusa kerül most megrendezésre „Közös utak, új dimenziók” mottóval, utalva ezzel a közös célért dolgozó szakemberek együttműködésének fontosságára. A találkozót meghívott előadói a gyermekpszichiátria új diagnosztikai és terápiás irányzatairól, a gyermekek jogairól és védelméről, valamint az autista és a tipikusan fejlődő gyermek kognitív mechanizmusainak különbségéről tartanak beszámolót. Nagy örömmel köszöntjük kongresszusunkon az Európai Gyermekpszichiátriai Társaság elnökét, Prof. Ruud Minderaat, aki az európai gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás jövőjéről fog beszélni. A találkozón számos érdekes előadást hallhatunk az egyes pszichiátriai állapotokon belül a diagnózis felállításának nehézségeiről, a betegség tüneteiről, a kezelésről. A legújabb tudományos eredmények, saját tudományos vizsgálatok, illetve esetleírások szintén szerepelnek a programban. A szakmák közti együttműködés szép példáit mutatja a négy workshop, melyek célja a problémás gyermekekkel foglalkozó szakemberek közti kommunikáció elősegítése.

A kongresszus a fennállásának 20. évét ünneplő Vadaskert Kórházzal közösen kerül megrendezésre. A csütörtöki elő-kongresszusi program a rezidensek és a gyermekpszichiáterek életpálya modellje köré szerveződött. A péntek esti fogadásra a Vadaskert Kórházban kerül sor, ahol sok meglepetés mellett kötetlenül beszélgethetünk és ünnepelhetünk együtt.

Sok szeretettel várunk mindenkit, aki a gyermekek lelki és testi egészségével foglalkozik. Reméljük, hogy az együtt eltöltött idő elősegíti a szakemberek közti kooperációt és a közös utak kialakítását, fejlődését.

Kiss Enikő
MAGYIPETT elnök

A Kongresszus házigazdája:
a 20 éves Vadaskert Kórház

Szervező bizottság:

Dr. Bugán Enikő	Dr. Kiss Enikő
Dr. Gallai Mária	Dr. Nagy Péter
Dr. Gáboros Julianna	Dr. Páli Eszter
Dr. Kamuti Katalin	Dr. Pósz Krisztina
Dr. Kapornai Krisztina	

Szervezőiroda:

Benyhe Ildikó
Congressline Kft.
1065 Budapest Révay köz 2.
Tel.: (+36 1) 429 0146, (+36 1) 312 1582
Fax: (+36 1) 429 0147
E-mail: benyhe@congressline.hu

www.congressline.hu

A kongresszus támogatói, kiállítók:

G.L. Pharma
EGIS Gyógyszergyár Nyrt.
AT WORK Kft.
Krasznár és Fiai Könyvesbolt Kkt.



ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

Konferencia és regisztráció helyszíne:

2013. április 18.

Vadaskert Kórház

1021 Budapest, Lipótmezei út 1-5.

2013. április 19-20.

Hotel Mercure Buda

1013 Budapest, Krisztina krt. 41-43.

A programfüzet hátsó, belső oldalán található térkép szerint.

Regisztrációs iroda nyitva tartása:

2013. április 18., csütörtök, Vadaskert Kórház

2013. április 19., péntek, Hotel Mercure Buda

2013. április 20., szombat, Hotel Mercure Buda

12:00 – 18:00

8:00 – 18:00

8:00 – 13:00

Résztvételi díjak	Helyszínen
Társasági tagok	19.000,- Ft
Nem tagok	23.500,- Ft
Rezidens, PhD, Nyugdíjas	14.000,- Ft
Napijegy	10.000,- Ft/nap (csütörtök, péntek)
	7.000,- Ft (szombat)
Kísérő	5.000,- Ft

A résztvételi díj tartalmazza a konferencián való részvételt, kredit igazolást, a konferencia kiadványait, a kávészüneteket. (5400 Ft közvetített étkezés)

A napijegy ára tartalmazza az aznapi részvételt a tudományos programon, kitűzött és programfüzetet, a kávészünetet. (1800 Ft közvetített étkezés)

Társasági programok

2013. április 18., csütörtök, 19.00

Molnár Ferenc: Monokli

Pesti Színház

(1052 Budapest, V. kerület, Váci utca 9.)

Jegyár: 2500-2700 Ft/db

2013. április 19., péntek, 19:00

Fogadás a Vadaskert Kórházban – a Vadaskert Alapítvány szervezésében és támogatásával (1021 Budapest, Lipótmezei út 1-5.)

A MAGYIPETT első önálló kongresszusa egybeesik a magyarországi gyermekpszichiátriai ellátás egyik fontos szereplője, a Vadaskert Kórház és Szakambulancia fennállásának 20 éves évfordulójával. Ebből a jeles alkalomból a Vadaskert Kórház vendégül látja a MAGYIPETT kongresszusának résztvevőit, ill. azokat a kollégákat, régi munkatársakat és az elmúlt 20 év közös munkájában részt vett szakembereket, akik szeretnének együtt ünnepelni velünk.

A fogadáson a vendégek szórakoztatásáról a Kórház dolgozóiból erre az alkalomra alakult, a világhír küszöbén álló Pink Freud zenekar, ezt követően pedig a minőségi zenét kedvelők között népszerű Cabaret Medrano játszik majd. Reményeink között szerepel a szabadtéri rendezvényt lehetővé tévő időjárás, de ha a tavasz addig sem érkezik meg, a programokra a Vadaskert Kórház épületében kerül sor. A rendezvény házigazdája Dr. Nagy Péter kórházigazgató.

Ebéd (Hotel Mercure Buda)

2 fogásos ebéd, egy üdítővel vagy ásványvízzel

2013. április 19., péntek 3.000,- Ft/fő/alkalom

2013. április 20., szombat 3.000,- Ft/fő/alkalom

(A szálloda melletti épület önkiszolgáló éttermében is van lehetőség étkezésre.)

Regisztráció és szállásfoglalás lemondási feltételei

Lemondási határidő: 2013. március 18.

2013. március 18. előtti befizetés és lemondás esetén a résztvételi díj 80% át és a szállásdíj egészét visszafizetjük.

2013. március 18.– március 30. közötti lemondás esetén a résztvételi díj 50%-át és a szállásdíj 50%-át visszatérítjük.

2013. március 30. utáni lemondás esetén nem áll módunkban a résztvételi és a szállásdíjat visszafizetni.

Szak- és továbbképzés:

A kongresszus akkreditációja folyamatban van, a kreditpontok utólag kerülnek jóváírásra.

Referátumok, előadások, kerekasztal, munkacsoport:

Az előadások kezdetét a részletes program tartalmazza. Kérjük a szekciók elnökeit és az előadókat, hogy a rendelkezésre álló időt pontosan tartsák és tartassák be.

Az előadáshoz számítógépet és projektort biztosítunk, kérjük, hogy a prezentációk anyagát a szekció ülés előtt minimum fél órával adják le a teremben ülő technikusoknak.

2013. ÁPRILIS 18., CSÜTÖRTÖK

14:00 – 18:00 ELŐKONGRESSZUS

VADASKERT KÓRHÁZ

A gyermekpszichiátria helykeresése – életpálya-modellek

A csütörtök délutáni előkongresszus két nagy területet ölel majd fel: az egyik a gyermekpszichiátriai ellátás szervezésével, gyakorlati megvalósításával, rendszerével kapcsolatos tapasztalatok megbeszélése és konstruktív megvitatása lesz. Erre a széles körű és sokszínű információk összegyűjtése érdekében meghívtunk több kollégát, akik az elmúlt években praktizálásuk helyszínüül külföldi országot választottak.

A beszélgetés szervezője és moderátora Dr. Gádoros Júlia.

Az előzőekhez szorosan kapcsolódik a délután másik nagy témája: a magyarországi gyermek- és ifjúságpszichiáter rezidensképzés helyzete és a szakorvosjelöltek és fiatal szakorvosok várható életpályája. A beszélgetés az aktuális helyzet nehézségeit és pozitívumait igyekszik feltárni, ill. célja lesz az esetlegesen megvalósítható előrelépések megfogalmazása.

A beszélgetés szervezője és moderátora Dr. Garas Péter.

Az előkongresszusra a belépés díjtan. Szeretettel várjuk mindazokat a rezidenseket, szakorvos kollégákat és más szakmák képviselőit, akik a fenti témák iránt érdeklődnek.

ÁPRILIS 19., PÉNTEK

10:00 – 10:05 MEGNYITÓ

10:05 – 11:25 PLENÁRIS ELŐADÁSOK

Üléselnök: Kiss Enikő, Gádoros Júlia

Új irányzatok a gyermekpszichiátriában

Nagy Péter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Gyermekjogok és gyermekvédelem Magyarországon

Herczog Mária

Eszterházy Károly Főiskola, Szociálpedagógiai Tanszék, Eger

11:25 – 11:35 Kávészünet

11:35 – 12:50 1. SZEKCIÓ: KUTATÁS

Üléselnök: Gádoros Júlia, Nagy Péter

A korai anya-gyerek kapcsolati veszélyeztetettség felismerése

az interakciós mintázatok atipikus jegyeinek elemzésével

Eigner Bernadett

ELTE BGGYK Pszichopedagógiai Tanszék, Budapest

MÁTYÁS TEREM

MARGIT TEREM

A gyermek- és serdülőkori depresszió jellemzői és felnőttkori kimenetele

Kiss Enikő^{1,2}, Baji Ildikó¹

¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

ADHD és a komorbid depresszió jellemzői – szakirodalmi áttekintés

Szabó Krisztina, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) hazai klinikai validálásának eredményei

Turi Eszter¹, Vida Péter¹, Halász József¹, Gervai Judit², Gádoros Júlia¹

¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²MTA TTK Kognitív Ideg tudományi és Pszichológiai Intézet, Budapest

A szuicidum dimenziói osztályunkon

Dochnal Roberta, Pintér Sarolta, Baukó Krisztina, Kiss Tibor, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

11:35 – 12:50 KÖZÖS (N)EVEZŐ – workshop

MÁTYÁS TEREM

A nevelési tanácsadók, pedagógiai szakszolgálatok, szakértői bizottságok és a gyermekpszichiáterek együttműködési lehetőségeiről

Moderátor: Máté Mónika

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Meghívott vendégek:

Padányi Klára, gyógypedagógus

1.sz. Pest Megyei TKVSZRB

Bary Éva, gyógypedagógus

1.sz. PEST Megyei TKVSZRB

Then Zsolt, gyógypedagógus

Gyáli Kistérség Nevelési Tanácsadó és Logopédiai Szakszolgálat

Dr.Gádoros Júlia, gyermekpszichiáter

Vadaskert Kórház

Dr.Mészáros Gergely, gyermekpszichiáter

Vadaskert Kórház

Dr.Máté Mónika, gyermekpszichiáter

Vadaskert Kórház

12:50 – 13:30 Ebédészünet

13:30 – 14:15 PLENÁRIS ELŐADÁS

Üléselnök: Gádoros Júlia, Nagy Péter

A Kommunikációs Ösztön és a Kulturális Tanulás kognitív mechanizmusainak vizsgálata tipikusan fejlődő és autizmussal élő gyermekeknél

Gergely György

CEU, Kognitív Fejlődéslélektani Kutatóközpont

14:15 – 15:30 2. SZEKCIÓ: TERÁPIA

Üléselnök: Bugán Enikő, Máté Mónika

Élmény- és kalandterápia alkalmazási lehetőségei családokkal

Kenézli Eszter, Labancz Dániel, Vida Péter, Skaliczky Dávid, Boros Balázs, Gádoros Júlia

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

“Találkozástól kapcsolatig” Serdülő csoportok vezetési tapasztalatai a “M.EE.T.ING.” és “KO.NT.AK.T.” tükrében

Tóth Simon Márió, Iker Melinda

Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

A korai maladaptív sémák és diszfunkcionális attitűdök megjelenése gyermekkorban

Kakuszi Szilvia, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Differenciál-diagnosztikai nehézségek az autizmus és kényszerkomorbiditás esetén

Bálóné Dányi Izabella

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Differenciáldiagnosztikai nehézségek az autizmus és a kényszerbetegség komorbiditása esetén – esetismertetés

Nemes Andrea

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

14:15 – 15:30 GYERMEKVÉDELEM – workshop

Konzultációs pszichiátriai ellátás a gyermekvédelmi rendszerben

Dallos Gyöngyvér, Mészáros Gergely, Garas Péter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

15.30 – 15.40 Kávészünet**MÁTYÁS TEREM****MÁTYÁS TEREM****MARGIT TEREM****15:40 – 16:55 3. SZEKCIÓ: EVÉSZAVAR**

Üléselnök: Dallos Gyöngyvér, Gácsér Magdolna

Testtérképezés – új művészetterápiás lehetőség bemutatása evészavarral kezelt fiatalokkal

Rozgonyi Emőke, Gyulavári Ágnes, Klein Izabella

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Evészavarok és a személyiségvonások összefüggései – Evészavarral a felnőttkor küszöbén

Kövesdi Andrea, Csenki Laura

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Szülőcsoport súlyosan anorexiás lányok szüleivel

Kövesdi Andrea, Csenki Laura, Komlósi Piroška

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Van-e helye a gyógyszeres terápiának az anorexia nervosa kezelésében?

Besenyi Csilla, Böhm Mónika

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Korai szabályozás és gyermekkorai evészavarok

Bóna Adrien, Péley Bernadette

PTE BTK Pszichológia Intézet, Pécs

15:40 – 16:55 4. SZEKCIÓ: KUTATÁS

Üléselnök: Balázs Judit, Kapornai Krisztina

A korai maladaptív sémák és diszfunkcionális attitűdök megjelenése gyermekkorban

Kakuszi Szilvia, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Komorbiditás és életminőség gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarban

Keresztény Ágnes^{1,2,3}, Dallos Gyöngyvér^{1,2}, Miklósi Mónika^{1,3,4}, Velő Szabina³, Róka Anita³, Gádoros Júlia², Balázs Judit^{2,3}

¹SE, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

²Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

³ELTE PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

⁴Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

MARGIT TEREM**MÁTYÁS TEREM**

Komorbid ADHD hatása a major depresszív zavar megjelenési idejére és az öngyilkos magatartásra depressziós gyermekpopulációban
Kapornai Krisztina, Orosz E., Szabó K., Benák I., Kiss Enikő, Baji Ildikó, Vetrő Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A rumináció és a korai kezdetű depresszió kapcsolata – irodalmi összefoglaló

Halas Kitti, Kapornai Krisztina, Vetrő Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Autizmus kialakulásának rizikó tényezői: gének, környezet és gén – környezet interakció

Gallai Mária

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

17:05 – 18:00 KÖZGYŰLÉS

MÁTYÁS TEREM

19:00 FOGADÁS

VADASKERT

A MAGYIPETT első önálló kongresszusa egybeesik a magyarországi gyermek-pszichiátriai ellátás egyik fontos szereplője, a Vadaskert Kórház és Szakambulancia fennállásának 20 éves évfordulójával. Ebből a jeles alkalomból a Vadaskert Kórház vendégül látja a MAGYIPETT kongresszusának résztvevőit, ill. azokat a kollégákat, régi munkatársakat és az elmúlt 20 év közös munkájában részt vett szakembereket, akik szeretnének együtt ünnepelni velünk.

A fogadáson a vendégek szórakoztatásáról a Kórház dolgozóiból erre az alkalomra alakult, a világhír küszöbén álló Pink Freud zenekar, ezt követően pedig a minőségi zenét kedvelők között népszerű Cabaret Medrano játszik majd. Reményeink között szerepel a szabadtéri rendezvényt lehetővé tévő időjárás, de ha a tavasz addig sem érkezik meg, a programokra a Vadaskert Kórház épületében kerül sor.

A rendezvény házigazdája dr. Nagy Péter kórházigazgató.

ÁPRILIS 20., SZOMBAT

9:00 – 11.15 5. SZEKCIÓ: AUTIZMUS, EVÉSZAVAR ÉS TERÁPIA MÁTYÁS TEREM

Üléselnök: Halász József, Páli Eszter

„On-line” tréning autizmus spektrum zavarban szenvedő gyermekek szüleinek

Csernyák Péter, Besenyei Csilla

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Serdülőkori pszichózis – esetismertetés

Csók Edit¹, Gácsér Magdolna²

¹SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Szeged

²Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyermekpszichiátria, Gyula

Intenzív csoportterápia autizmus spektrum zavarral élő serdülőknek
Horváth Dóra, Mészáros Lőrinc, Soós-Csordás Patricia, Jantek Gyöngyvér, Gallai Mária

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Mi lesz az autizmus spektrum zavarból felnőtt korban?

Mészáros Lőrinc¹, Szári Laura²

¹SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

²„Egy Másik Út” Tanácsadó és Terápiás Központ, Budapest

Autizmus és szexualitás – betekintés a nemiség és a társas igények változásának megközelítési sajátosságaiba az autizmus spektrumzavar körében

Prekop Csilla, Farkas Edit, Solt Anna

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A legkorábbi kezdetű evészavar – a szelektív evés zavar jellemzői és lehetséges etiológiai tényezői

Jantek Gyöngyvér, Mészáros Lőrinc

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Evészavar Munkacsoport, Budapest

Kis gyerekek a nagy csoportban. A családállítás alkalmazhatósága testi és pszichés tüneteket mutató 5-13 éves gyerekeknél

Angster Mária

Enni vagy nem L/Enni? – a csecsemőkori evészavarok eredete és szülő-csecsemőterápiás gyógyítása

Molnár Judit Eszter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A szociális munkás szerepe a gyermekpszichiátriai esetkezelésben

Sztanó Flóra, Sorompó Anett, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest

9:00 – 11.15

6. SZEKCIÓ: TERÁPIA**MARGIT TEREM**

Üléselnök: Gallai Mária, Kamuti Katalin

Képi kifejezés gyermekotthonban nevelkedett, érzelmileg sérült identitását kereső fiatal rajzain

Platthy István

*Pécsi Gyermekotthon, Csontváry Képzőművészeti Stúdió, Pécs***A „COOL-élés törvényei” – egy serdülőkori szociális készségfejlesztő tréning bemutatása**

Gregó Enikő, Marossy Zsófia

*Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest***Facebook tükör**

Timkóné Solymos Réka

*Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs***A pszichológus helye a gyermekotthonban, a pszichológiai munka lehetőségei és határai**

Damsa Dániel

*Gyermekek Átmeneti Otthona, Nevelőszülői Hálózat és Utógondozói Otthon, Pécsi Gyermekotthon***Félelem a gyógyulástól – az evészavar terápia gátjai**

Havasi Mónika, Vetrő Ágnes

*SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged***30 éves a Veszprémi Gyermek és Ifjúsági Pszichiátriai Szakrendelő**

Illésné Vörös Szilvia, Cseri Veronika, Jutasi Mónika

*Veszprémi Gyermek- és Ifjúsági Pszichiátriai Szakrendelő***Internetes betegjelentkezés a Vadaskert Kórház és Szakambulanciára**

Galasi Zsófia, Dallos Gyöngyvér, Mészáros Gergely, Gáboros Júlia

*Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest***PREDI-NU: A „Kiút a depresszióból ” önségítő internetes program – Egy innovatív, e-health alapú intervenció bemutatása**Németh Adrienn¹, Tóth Mónika², Cserhádi Zoltán², Székely András², Purebl György², Túry Ferenc²¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest²SE Magatartástudományi Intézet, Budapest**Krónikus fájdalommal élő gyermekek, serdülők komplex terápiás programjának ismertetése**

Mag Judit, Sztanó Flóra, Major János, Szikszai Andrea, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest

11.15 – 11.30 Kávészünet

11.30 – 12.20 **PLENÁRIS ELŐADÁS****MÁTYÁS TEREM**

Üléselnök: Vetrő Ágnes, Kiss Enikő

Quality of care in child and adolescent psychiatry: how to proceed in Europe?

Prof. Ruud Minderaa

President of ESCAP, University Medical Center Groningen, Child and Adolescent Psychiatry, Hollandia

12.20 – 13.10 Ebédészünet

13.10 – 14.40 A szakmaközi együttműködés lehetőségei a gyermekbántalmazás észlelésében és igazolásában – kerekasztal beszélgetés**MÁTYÁS TEREM**Moderátor: Sonnevend Mária¹Résztevők: Dr. Fodor Miklós², Dr. Galajda Ágnes³, Dr. Révész Magda⁴, Dr. Scheiber Dóra⁵, Dr. Sófi Gyula⁶, Stefán Lilla Orsolya⁷, Dr. Tomasovszki László⁸¹SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest²Pszichiáter, Neurológus, Addiktológus, Klinikai farmakológus, Igazságügyi szakértő³Magyar Bírónők Egyesülete, Fővárosi Törvényszék, Budapest⁴Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Fióka Gyermek- és Ifjúságjóléti Központ⁵Országos Gyermekegészségügyi Intézet⁶Igazságügyi gyermekpszichiáter szakértő, Családterapeuta, Gyermekorvos⁷Budapest XII. kerületi rendőrkapitányság⁸Gyermek- és felnőtt szakpszichológus, Igazságügyi szakértő**13.10 – 14.40 Externalizációs tünetek jellemzése és értelmezése – workshop****MARGIT TEREM**Gáboros Júlia¹, Halász József¹Egri Tímea², Kovács Ágnes¹, Vida Péter¹, Vidomusz Réka¹¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar14.40 – 14.50 **A KONGRESSZUS ZÁRÁSA**

2013. április 19. péntek, 10:05 – 11:25
PLENÁRIS ELŐADÁSOK

Új irányzatok a gyermekpszichiátriában

Nagy Péter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Bevezetés: A gyermekpszichiátriai kórképekre vonatkozó ismereteink és a rendelkezésre álló diagnosztikus és terápiás eszközök az elmúlt évtizedben számos területen bővültek és fejlődtek. Mind a kutatás, mind a diagnosztika, mind a terápia terén megfigyelhetők bizonyos tendenciák, amelyek a gyermekpszichiátria terén is megjelennek.

Módszer: A kutatások, a terápia és a diagnosztika elmúlt időszakban tapasztalható változásai az irodalom erre vonatkozó adatainak áttekintése alapján kerülnek ismertetésre.

Eredmények: A kutatások területén a tendencia minden aspektusban a növekedés irányába mutat: nőnek az esetszámok, a centrumok száma, az adatok elvárt minősége; különösen igaz ez a gyermekpszichiátriában is használt gyógyszerek kipróbálását célzó kutatásokra, ill. a genetikai tanulmányokra. A diagnosztikában az irány az objektivitás növelése felé mutat, részben a szubjektivitást kiküszöbölni igyekvő kérdőívek, tesztek és interjúk alkalmazásának terjedésével, részben pedig a diagnosztikai rendszerek bizonyítottságára törekvéssel – mindkét tendencia hordoz negatívumokat is a pozitív aspektusok mellett. A terápiában pedig szintén a bizonyítékokon alapuló intervenciók alkalmazásának sürgetése fedezhető fel tendenciaként, mind a pszichológiai, mind a farmakológiai terápiákban. Növekedni kezdett, és várhatóan növekedni is fog az újabb technológiák alkalmazása a kezeléseknél, ill. egyértelműen úgy tűnik, stabilan csökken a hospitalizációk időtartama, miközben egyre nagyobb teret nyernek az ambuláns, vagy néhány napos ellátásban biztosítható intervenciók.

2013. április 19. péntek, 11:35 – 12:50

1. SZEKCIÓ: KUTATÁS

A korai anya-gyermek kapcsolati veszélyeztetettség felismerése az interakciós mintázatok atipikus jegyeinek elemzésével

Eigner Bernadett

ELTE BGGYK Pszichopedagógiai Tanszék, Budapest

A korai anya-gyermek kapcsolat minősége a mindennapos játékos interakciók vizsgálatával elemezhető. A „szemtől szembe” korai interakciókban felismerhetők a kapcsolati és kommunikációs zavarok, a diszfunkcionális együttlétek, a patológiás fejlődéshez vezető interakcionális sajátosságok. A korai interakciók zavarai és diszharmóniája veszélyeztető tényező lesz a gyermek egészséges fejlődésére (mind a kognitív, mind az érzelmi-szociális fejlődést tekintve), mind családi kapcsolatainak minőségére nézve. Saját kutatásomban ötven anya-gyerek páros interakcióit vizsgáltam a gyermekek négy és fél hónapos korában. Mind az anya, mind a gyermek interakciós viselkedését, és az anya játékoságát elemeztem, az összehatás pedig az interakciós szinkronitásban „mérhető”. Kutatásomban az atipikus interakciós jegyek, illetve mintázatok elemzésére saját kódrendszert dolgoztam ki, melynek alapján elkülöníthetők a problémamentes, harmonikus és a diszfunkcionális interakciók. A zavarjegyeket mutató interakció összefüggött további vizsgált tényezőkkel, illetve sajátos mintázatok mutatkoztak az anyai stílus és a baba stratégia tekintetében. Az interakciók elemzésével kapcsolati mintázatok, fejlődési irányok, patológiák bejósolhatók, így a módszernek preventív jelentősége van.

A gyermek- és serdülőkorai depresszió jellemzői és felnőttkori kimenetele

Kiss Enikő^{1,2}, Baji Ildikó¹

¹Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Az előadás a gyermekkori kezdetű major depresszív zavar lefolyását és hosszú távú prognózisát mutatja be a vonatkozó szakirodalom alapján. A depresszió lefolyásának lehetséges típusait fontos egyértelműen definiálni, így a visszatérő jelleget, a részleges és teljes remisszió fogalmát, a teljes gyógyulást valamint a visszaesést (relapszust) határozzuk meg először. Longitudinális utánkövetéses vizsgálatok alapján a gyermekkori depresszióban a vizsgált minta típusától függően az egyszeri epizód aránya 28-40%, a visszatérő epizódé 35-48%, míg a perzisztáló hosszú epizód 8-22%-ban van jelen. A teljes remisszióig eltelt idő klinikai mintán 2 év volt. A remisszió időpontja függ a gyermek életkorától az MDD (major depresszív zavar) megjelenésekor, az index epizód súlyosságától, valamint a kezelés nélküli depressziós időszak hosszától. A visszatérő epizód korai rizikótényezői között tartják számon a fentiekén kívül a komorbid pszichés zavarok jelenlétét, a negatív életeményeket, a negatív kogníciók kialakulását, valamint a családban előforduló depressziót.

A gyermek- és serdülőkorai affektív betegségek szoros összefüggést mutatnak a fiatal felnőttkori depresszióval. A 15 éves kor után kezdődő és a fiatal felnőttkori depresszió között direkt kapcsolat van, míg a gyermekkori kezdetű MDD a serdülőkorai oppozíciós zavar, szorongásos kórképek és/vagy szerabúzuson keresztül indirekt módon járul hozzá a fiatalkori major depresszió megjelenéséhez.

ADHD és a komorbid depresszió jellemzői – szakirodalmi áttekintés

Szabó Krisztina, Vetrő Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A figyelemzavar hiperaktivitással élő gyermekek és serdülők a hétköznapi élet több területén hátrányt szenvednek (tanulás, családi és kortárs kapcsolatok, sportélet, stb.) viselkedési és érzelmi tüneteik miatt. Az ADHD mellett kialakuló depresszió tovább rontja ezeknek a fiataloknak az életminőségét, beilleszkedési lehetőségeit. Gyakran más gyermekpszichiátriai zavar, oppozíciós zavar, magatartászavar, szorongás tünete is társulnak a vizsgált állapothoz.

A komorbid állapotok súlyosabb tünetekkel és jelentős funkciókárosodással járnak.

Az előadás célja – a szakirodalmi adatok áttekintésén keresztül – az ADHD és a major depresszió együttes megjelenésére való figyelem felhívása, jellemzőiknek megismertetése, a gyógyító munka során a lehetséges beavatkozási pontok feltárása, valamint új kutatási lehetőségek megfogalmazása.

Módszer: Az internet segítségével elérhető korszerű kutatási eredmények összegyűjtése.

Az ADHD-ban szenvedő gyermekek depressziójának megelőzéséhez hozzájárulhat a komorbid állapotok kialakulásának jobb megértése.

A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) hazai klinikai validálásának eredményei

Turi Eszter¹, Vida Péter¹, Halász József¹, Gervai Judit², Gádosor Júlia¹

¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²MTA TTK Kognitív Idegudományi és Pszichológiai Intézet, Budapest

Háttér: Az SDQ a pszichés zavarok felmérésére, szűrésére létrehozott gyors és hatékony mérőeszköz, melyet a világ számos országában használnak kutatási és klinikai területen egyaránt. Vizsgálatunk célja a korábbi normatív mintán történő validálás klinikai populációra történő kiterjesztése mellett a diagnosztikai differenciáló képességének felmérése volt.

Módszer: A Vadaskert Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Kórház három részlegén került sor a gyermek és szülői verziók kitöltésére. A mintába 716 fiatal került (átlagos életkor 13,9 ($\pm 1,8$) év; 253 lány, 463 fiú), akik összesen 8 diagnosztikus csoportot képeztek.

Eredmények: A kérdőív belső konzisztencia mutatói a mérsékeltől a megfelelőig terjedtek, a szülői értékelések valamivel megbízhatóbbnak mutatkoztak az önjellemzésnél. A kontroll és klinikai populáció között a kérdőív összes skálája megfelelően diszkriminált mind az egyes diagnózisok, mind az összevont internalizáló-externalizáló-kevert kategóriák mentén. Feltártuk továbbá a BNO diagnózisokra jellemző specifikus SDQ profilokat. A normatív adatok alapján korábban megállapított klinikai határértékek felett pedig megfelelő arányban szűrte ki a problémás eseteket. **Összefoglalás:** A kérdőív a normatív minta után a klinikai populáción történő alkalmazása során is megfelelően validnak és érzékenynek bizonyult. Az SDQ hazai alkalmazása ez által teljesebbé vált.

A szuicidum dimenziói osztályunkon

Dochna Roberta, Pintér Sarolta, Baukó Krisztina, Kiss Tibor, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezető: Az emberi magatartás egyik legveszélyesebb formája az öngyilkosság. Ezen belül a fiatalkori öngyilkosság és öngyilkos magatartás - egyre növekvő tendenciája miatt - világszerte kiemelt népegészségügyi jelentőséggel bír.

A WHO adatai szerint évente 123 853 ember követ el öngyilkosságot évente, melynek majdnem 80%-a férfi. A magyarországi öngyilkossági mutatók hullámzóak ugyan, de mindig magasak voltak. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2008-as adatai alapján, világviszonylatban az ötödik helyen álltunk. Ennek mintegy ötszöröse az öngyilkossági kísérletek száma. Az átlag öngyilkossági ráta az Európai Unióban 10,1/100 000 fő. Litvániában a legmagasabb, majd ezt követi Magyarország, Finnország és Szlovénia (KSH, 2008, Bertolote, 2002). A magyarországi statisztikák keretén belül figyelemre méltó az a tény, hogy az öngyilkosságok megoszlása az ország területén csaknem állandó. A legtöbb öngyilkosságot az ország délkeleti megyéiben követik el (Bács-Kiskun, Csongrád és Hajdú-Bihar megye) (KSH, 2005).

Egyre nagyobb problémát jelent, hogy az öngyilkosság előfordul már gyermek- és serdülőkorban is. Nemzetközi adatok szerint, bár országonként kissé változik, a serdülőkorosztályban a halálokok között a közlekedési balesetek után a második helyen szerepel. Kutatások azt mutatják, hogy 11-13 éves kortól kezdődően hirtelen megemelkedik az öngyilkosságok száma, és folyamatos emelkedést mutat. Az utóbbi időben világszerte megfigyelhető a felnőtt szuicid ráta csökkenése, de ez a csökkenés nem észlelhető a fiataloknál (Cheifetz és mtsai., 1987, Aro és mtsai., 1993).

Célkitűzés, hipotézisek: Vizsgálatunk célja a SZTE Általános Orvostudományi Kar, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályára, 2007 és 2010 között, önsértő magatartás vagy szuicid kísérlet miatt bekerült gyermekek és serdülők kórtörténetének áttekintése és feldolgozása volt.

1. Osztályunk elsődleges területi ellátási kötelezettsége, az általunk vizsgált periódusban, Csongrád és Bács-Kiskun megyék voltak. Tekintettel arra, hogy Csongrád és Bács-Kiskun megyékben a felnőttkori öngyilkos magatartás mindig kiemelkedő helyet foglalt el az országos statisztikákban, feltételeztük azt, hogy a gyermekek, főleg a serdülők körében is igen magas eredményeket kapunk.

2. Feltételeztük továbbá, hogy az öngyilkossági kísérletek száma, az irodalmi adatoknak megfelelően, magasabb lesz lányokban, mint fiúkban.

3. A család potenciálisan védő szerepére való tekintettel, feltételeztük, hogy az elvált családokban, illetve a nevelőotthonban, nevelőszülőknél lakó gyermekek esetében is magasabb az öngyilkos magatartás.

4. Irodalmi adatok szerint a hangulatzavarok és a feszült családi háttér fontos rizikótényezői az öngyilkos magatartásnak feltételeztük, hogy az általunk vizsgált gyermekek magas pontszámot érnek el a depressziós tünetek (Gyermek Depresszió kérdőív) és a családi kapcsolatok (Index of Family Relations) értékelésére szolgáló kérdőíveken

Beteganyag és módszerek: 2007. január 1. és 2010. december 31. időszakban osztályunkra önsértés, szuicid gondolat, fenyegetőzés, vagy szuicid kísérlet miatt bekerült gyermek- és serdülők kórlapjait elemeztük retrospektív. Az elemzés során a következő szempontokat vettük figyelembe: életkor, nem, családi háttér, lakóhely, iskolatípus, tanulmányi eredmények, szuicid kísérlet elkövetésének és ellátásának módja, családi anamnézis a szuicidium tekintetében, pszichológiai tesztek eredményei (Intrafamiliaris kapcsolatok kérdőív – IFR, Gyermek Depresszió Kérdőív – GYD). Az adatok értékeléséhez SPSS 17 statisztikai programot használtunk.

Eredményeink: Négy éves időszakban osztályunkra 229 gyermeket vettünk fel öngyilkos, önsértő magatartás miatt. 2007-ben 68, 2008-ban 51, 2009-ben 62 és 2010-ben 48 gyereket láttunk el. 117 gyermek öngyilkossági kísérlet miatt, 112 gyermek pedig öngyilkossági gondolat, fenyegetőzés vagy egyéb önsértés (pl. falcolás) miatt került osztályunkra. Az öngyilkossági kísérletek legnagyobb része (33,19%) gyógyszerbevétellel történt. A gyermekek 28,2%-a egyszer, 25,63%-a többször kísérelt meg öngyilkosságot.

A felvett gyermekek és serdülők átlagéletkora 15,17 $\pm$ 1,8 év volt. A legfiatalabb gyermek 10 éves volt. A serdülőkorú fiatalok a legveszélyeztetettebbek.

Mintánkban az öngyilkos magatartás gyakorisága szignifikánsan emelkedik serdülőkorban (17,03% - 14 éves, 17,03% - 15 éves, 21,83% - 16 éves, 24,02% - 17 éves). Az irodalmi adatoknak megfelelően, nemi eloszlás szempontjából női dominancia igazolódott (66,8% lány). Szocio-demográfiai szempontból rizikófaktornak bizonyult a városi lakhely (a gyermekek 74%-a városban lakott) és a bizonytalan családi háttér (44,98% elvált szülők gyermeke volt). Az intrafamiliaris kapcsolatok fontosságára utal a mintában elért magas IFR pontszám is (52,4% - 50 pont feletti értéket ért el). Három- vagy több testvér viszont védő tényezőnek tűnik. A gyermekek mintegy 82,9%-a normál iskolába járt, tanulmányi eredményeik a közepes-gyenge kategóriába sorolhatók. A családi anamnézis öngyilkosság-önsértés szempontjából nem volt informatív.

Összefoglalás: Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy eredményeink összhangban vannak az irodalmi adatokkal, melyek rámutatnak arra, hogy nem csak Európában, de Magyarországon is gyakori a fiatal- és serdülőkorú öngyilkosság és kísérlet, bár a négy év alatt szignifikáns emelkedés nem figyelhető meg.

Vizsgálatunk alátámasztja a serdülőkorú dominanciát, az instabil családi háttér hajlamosító hatását is. A városi lakhely szintén rizikótényezőként említhető. Klinikai mintánkra határozottan jellemző a női nem túlsúlya. Úgy az öngyilkossági kísérletek száma, mint a gondolat-egyéb önsértés- szignifikánsan magasabb volt a lányok esetében.

Emellett az általunk vizsgált családi kapcsolatokra vonatkozó pszichológiai tesztek jelző értéke is kiemelendő és hangsúlyozza annak fontosságát, hogy egyre nagyobb teret kell adnunk mind a primer, mind a szekunder prevenciós módszereknek

2013. április 19. péntek, 14:15 – 15:30

2. SZEKCIÓ: TERÁPIA

Élmény- és kalandterápia alkalmazási lehetőségei családokkal

Kenézli Eszter, Labancz Dániel, Vida Péter, Skaliczky Dávid, Boros Balázs, Gádos Júlia

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A gyermekpszichiátriai és a családterápiás gyakorlatban is ismert, hogy a gyermekeknél, serdülőknél fennálló lelki zavar a családi rendszerre, a tagok lelki egészségére, a család életminőségére is hatással van.

A Vadaskert Kórházban működő élményterápiás munkacsoportunk legújabb programjában rendszereszméletű, családi együttműködést segítő, havi rendszerességgű hétvégi csoportjainkon egyszerre négy család vesz részt. Kalandos, érzelmi, kognitív, és fizikai kihívással is járó gyakorlatok során lehetőségük nyílik arra, hogy tapasztalati úton megéljék a megküzdési stratégiákban, a családtagok közti kommunikációban, konfliktuskezelésben megjelenő erősségeket, és rálássanak a család flexibilitását, kohézióját csökkentő maladaptív megoldásmintáikra, ezekre alternatív megoldásokat találjanak. Ebben segítségünkre van a kórházunkban kifejlesztett speciális élményterápiás módszertan (pl. alacsony- és magaskötélpálya-elemek, együttműködést fejlesztő, outdoor gyakorlatok) és a videotréning is. A történetek megértése, a visszajelzések legalább akkora hangsúlyt kapnak, mint az emlékezetes élmények, mely által a család adaptívabb megoldások, a közös felelősségvállalás, egymás jobb megértése és elfogadása irányába mozdulhat el, illetve az inexistenciens gyermek kikerülhet a betegszerepből. A családi élmény- és kalandterápia módszertana, gyakorlata mellett bemutatjuk a program hatékonyságára vonatkozó vizsgálatunkat is.

“Találkozástól kapcsolatig” Serdülő csoportok vezetési tapasztalatai a “M.EE.T.ING.” és “KO.NT.AK.T.” tükrében

Tóth Simon Mária, Iker Melinda

Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

Előadásunk célja, hogy bemutassuk a járóbeteg szakellátás keretein belül megvalósult, serdülők részére szervezett, tíz alkalmas, zárt és tematikus csoportok vezetési tapasztalatainak egy szeletét. A “kaMasz önfEjlEszttő és asszerTivitás tréning”, valamint a “Kortárs öNfejlesztő és Alkotó csoport” a szakrendelésünkön gondozott fiatalok közül, a kollégák delegálásával, és a szülők bevonásával tevődtek össze. Tematikájukat tekintve a serdülőkorhoz kapcsolódó szorongások, igények, és elvárások közös megfogalmazására törekedtünk. Ennek során a tagok és a vezetők aktív részvételével, a csoportfolyamatokon keresztül, strukturált játékok és közös alkotások segítségével a fiatalok egy közös térben együtt fejlődve kaphattak és adhattak visszajelzéseket, kipróbálhattak és közvetíthettek adaptív viselkedési mintákat, gyakorolhattak egy biztonságosabb légkörben. A két csoport összetétele, keretei és határai, az alkalmazott struktúra lényeges eltéréseket is mutatott, csakis úgy, mint a csoportvezetői aktivitás, kerettartás, transzparencia és spontaneitás, ugyanakkor a csoportok dinamikai elemei nagyban hasonlítottak. Mindezek terápiás felhasználása tette lehetővé, hogy a csoporttagok közösen eljussanak a találkozáson keresztül a kapcsolatig. Így előadásunkban arra teszünk kísérletet, hogy a lényegesen különböző csoportok közös és meghatározó, terápiásan jól használható hasonlóságaira hívjuk fel a figyelmet.

Differenciál-diagnosztikai nehézségek az autizmus és kényszer komorbiditás esetén

Báloné Dányi Izabella

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Kényszeres tünetek miatt érkezett osztályunkra esetbemutatásunk anyaga. Megfigyelése során felmerült az autizmus lehetősége is, ezért ebben az irányban is folytattunk vizsgálatokat. A diagnózis pontosításában a következő szempontokat vettük figyelembe: nyelv és kommunikációban belüli a sztereotip szóhasználat, a társalgás hiánya, a mértéktelen emphatikus gesztusok használata. A reciprok szociális interakciókon belüli a szociálisan modulált szemkontaktus hiánya, mennyiségileg csökkent reciprok társas kommunikáció, az empátia, belátás és a felelősség teljes hiánya. Rugalmas viselkedés szervezés terén a korlátozott érdeklődés erősen specifikus témák iránt, nyújtott információt autizmus irányában. További segítség volt a szülők által kitöltött kérdőív, ami alapján átfogó képet kaptunk a család mindennapi nehézségeiről és az iskolai beilleszkedési problémákról.

Differenciáldiagnosztikai nehézségek az autizmus és a kényszerbetegség komorbiditása esetén – esetismertetés

Nemes Andrea

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Az autizmus spektrum zavarral élők körében magas arányban fordul elő szorongásos kórkép. Az autizmus három fő területének (szociális interakciók, kommunikáció, repetitív érdeklődés, viselkedés) markáns érintettsége esetén a szorongásos panaszok, különös tekintettel az obszesszív-kompulzív tünetek elkülönítése nehézséget okozhat.

Az előadás célja esetismertetéssel keresztül bemutatni a két kórkép differenciáldiagnosztikai nehézségeit.

Részletes perinatális és fejlődési anamnézis felvételét követően az osztályos felvétel keretén belül gyógypedagógiai, pszichológiai vizsgálat, félig strukturált diagnosztikus interjú (MINI), tesztek (CY-BOCS, GYD, Spielberger, MMPI) felvétele történt. A fejlődési anamnézis, gyógypedagógiai vizsgálat (ADOS) alapján az Asperger-szindróma, az exploratív beszélgetések, pszichológiai vizsgálat, tesztek alapján a kevert kényszergondolatok- és cselekedetek diagnózis igazolódott. Komplex terápia (farmakoterápia, kognitív-viselkedésterápia, autista specifikus fejlesztés) alkalmazása hatására a tüneti képen lassú javulás indult.

Az autizmus mellett megjelenő komorbid pszichiátriai betegségek saját jogon való vizsgálata és kezelése szükséges. Vita tárgyát képezheti, ha a tünetek átfedést mutatnak egymással (pl. sztereotip tünetek). Részletes kivizsgálás (fejlődési anamnézis, viselkedésszindróma, specifikus tesztek) alkalmazása esetén pontos diagnózis, és ennek megfelelően terápiás terv állítható fel.

2013. április 19. péntek 14:15 – 15:30

GYERMEKVÉDELEM

Konzultációs pszichiátriai ellátás a gyermekvédelmi rendszerben – workshop

Dallos Gyöngyvér, Mészáros Gergely, Garas Péter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Háttér: A gyermek- és ifjúságpszichiáter mind ambuláns, mind osztályos keretek között zajló munkája során rendszeresen kerül kapcsolatba különböző típusú gyermekvédelmi ellátásban nevelkedő gyermekekkel.

Klinikai tapasztalatunk alapján elmondható, hogy a sürgősségi beutalások többségében az egészségügyi ellátásba kerülés indoka agresszív, indulatos viselkedés, illetve a gondozási hely kereteinek és szabályainak kirívó átlépése, valamint önsértő magatartás, öngyilkossági gondolat és szándék hangoztatása.

Visszatérő és joggal felmerülő kérdés, hogy a hangsúlyosan szituatív, a gyermekvédelmi rendszer sajátos felépítéséhez és működéséhez köthető indulati állapotok, súlyos kerettartási nehézségek megoldása elvárható és várható-e az egészségügyi ellátástól.

Nemzetközi adatok is utalnak az egészségügyi ellátó rendszer ebbéli korlátaira, tekintve, hogy a fentebbi tünetek és panaszok a gyermek természetes közegében (pl. nevelőotthon) jelentkeznek és így a kezelésük is ott lehet a leghatékonyabb.

Célkitűzés: Előadásunkban a konzultációs/liaison terápia lényegére, kialakulásának alapjaira, illetve a hagyományos konzílium formához képest tapasztalható előnyeire fókuszálunk.

Módszerek: A Vadaskert Kórház munkatársai több budapesti gyermekotthonnal tartanak külső konzíliárius kapcsolatot, ennek részleteit, eredményeit mutatjuk be.

Eredmények: Ez a korszerű együttműködési forma lehetővé teszi, hogy a szakember a gyermekek ellátása mellett az őket gondozó, nevelő személyzetet is folyamatosan segítse, irányítsa, a fejlődéshez szükséges folyamatokat facilitálja. Emellett az edukálásnak, szupervízióknak is fokozott jelentősége van.

Ismertetjük kórházunk ez irányú infrastruktúráját, működési modelljét is.

Megbeszélés: Tapasztalataink szerint az indulatkezelési- és impulzuskontroll zavarok miatti sürgősségi és akut beutalások jelentősen csökkentek. A rendszeres külső konzílium és szakorvosi kontroll a gyermekvédelmi rendszerben dolgozók munkáját könnyíti, hatékonyságát növeli. Kiemelendő, hogy a gyógyszeres terápiák szükségessége és a gyakran tapasztalható polipragmázia gyakorisága is csökkent.

2013. április 19. péntek, 15:40 -16:55

3. SZEKCIÓ: EVÉSZAVAR

Testtérképezés – új művészetterápiás lehetőség bemutatása evészavarral kezelt fiatalokkal

Rozgonyi Emőke, Gyulavári Ágnes, Klein Izabella

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Klinikánkon új művészetterápiás lehetőséget próbáltunk ki. Intenzív terápiás hét keretében, evészavarral küzdő serdülő lányokkal, a testtérképezés módszerére építve dolgoztunk. Elsőként próbáltuk e HIV-betegekre kidolgozott programot mozgás és színházterápiával integrálni, és azt anorexiás kamaszok kezelésére adaptálni. A testtérképezés módszere (Body Mapping- Jonathan Morgan, 1999) a testi tapasztalást a vizuális művészeti kifejezésmóddal kapcsolja össze, melynek során egy életnagyságú alkotás születik. E lehetőség továbbgondolása adta számunkra az ötletet, hogy a művészeti ágak sokrétű lehetőségeit használva mélyebb testtudati szinten próbáljunk meg olyan terápiás élményt lehetővé tenni, mely segíti elfogadni testüket és integrálni a testükben hordozott belső tartalmaikat.

Evészavarok és a személyiségvonások összefüggései – Evészavarral a felnőttkor küszöbén

Kövesdi Andrea, Csenki Laura

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Az evészavarok számának növekedése és azok sokszínűsége a kamasz korosztályban a differenciáldignosztika jelentőségére, és a későbbi kezelési lehetőségek illetett megtervezésére hívja fel a figyelmet. Az evészavarok patogenezise a bio-pszicho-szociális modellben válik értelmezhetővé. Előadásunkban a pszichológiai tényezőket, a személyiség olyan vonásait emeljük ki, melyek jelenléte a személyiségben az egyéni kezelés szükségességét is felveti akár a kamaszkoron túl, a fiatal felnőtt korban is. Az evészavarokban a személyiségi jellegzetességeket tekinthetjük predisponáló tényezőnek, az evészavartól elkülöníthető, domináns entitásnak a cirkuláris okság összefüggései szerint. A restriktív anorexiásoknál megfigyelt jellegzetes személyiségvonások a perfekcionizmus és a kényszeresség, míg a bulimiás páciensekre az impulzivitás volt jellemző, melyek figyelembevételével érdemes a kezelést megtervezni. Esetrészletekkel szemléltetjük a személyiség jellemzőit és a kezelés, továbbküldés folyamatának problémás pontjait. Jelenleg megoldásra váró feladatnak látjuk egy hatékonyabban működő továbbküldési rendszer kidolgozását osztályunk és felnőtt pácienseket kezelő kollégák között.

Szülőcsoport súlyosan anorexiás lányok szüleivel

Kövesdi Andrea, Csenki Laura, Komlósi Piroska

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

2012 decemberében három súlyos állapotba lévő AN kamasz került osztályos felvételre. Tüneteikben, szomatikus állapotukban (BMI 13,8; 14,2; 14,4) és pszichés működésükben (folyamatos súlycsökkenés osztályos körülmények között, evés teljes elutasítása és azzal kapcsolatos manipulációk) is hasonló képet mutattak. Esetenkénti családterápia helyett szülőcsoportban kezdtünk el a szülőkkel dolgozni 2013 januárjától. Miért szülőcsoport?

A praktikus okokon túl, családterápiás tanulmányaink során kíváncsiságként aktívan élt bennünk a szülőcsoport lehetősége, mely megvalósításához most megfelelőnek láttuk a körülményeket. A csoportot 6 alkalomra terveztük, kétheti gyakorisággal. Komlósi Piroska által vezetett külső szupervízió biztonságot adott az újszerű munkához. A szülők hasonló élethelyzetéből indultunk ki, melynek pozitív tartalmait igyekeztünk megerősíteni és a tudattalan tartalmakat felszínre hozni. Emellett célunk volt, a pszichoszomatikus családokra jellemző határtalanságot és rejtett kommunikációt megfogalmazni és megszólaltatni, kihasználva a három család hasonló transzgenerációs örökségét. Munkánk részleteit mutatjuk be előadásunkban.

Van-e helye a gyógyszeres terápiának az anorexia nervosa kezelésében?

Besenyey Csilla, Böhm Mónika

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Az evészavarok több etiológiai faktorra visszavezethető kórképek, ezért kezelésük is komplex megközelítést igényel. Anorexia nervosában a kognitív viselkedésterápia jelenti a kezelés alapkövét, a farmakoterápia másodlagos jelentőségű. Mai ismereteink szerint nincsen olyan gyógyszeres terápia, amelynek hatását egyértelműen bizonyították volna a testsúlygyarapodásban vagy anorexia nervosával kapcsolatos kóros gondolatok megváltoztatásában. A gyógyszeres terápia anorexia nervosában elsősorban a komorbid betegségek kezelésére szolgál. A kezelés első szakaszában a testsúly normalizálása mellett a kísérő depresszív tünetek, kényszerek, szorongásos kórképek kezelésére szóba jönnek antidepresszívumok és nagypotenciálú benzodiazepinek. A beszűkült tudatállapot miatt antipszichotikus kezelés válhat indokolttá annak ellenére, hogy az antipszichotikus kezelés eredményességét alátámasztó irodalmi adatok ellentmondásosak. A testsúly normalizálását követően, a relapszusok megelőzésében, jelentős szerep jut az antidepresszívumoknak. Előadásunkban az osztályunkon anorexia nervosával kezelt gyermekek, serdülők gyógyszeres kezelési gyakorlatát mutatjuk be.

Korai szabályozás és gyermekkori evészavarok

Bóna Adrien, Péley Bernadette

PTE BTK Pszichológia Intézet, Pécs

Az utóbbi időben jelentős hangsúly került a maladaptív vagy diszfunkcionális szelf-szabályozás, ezen belül az érzelmszabályozás tanulmányozására (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010), illetve összefüggéseikre különböző pszichopatológiai állapotokkal. Jelen előadásban egyrészt az érzelmszabályozás zavarainak fejlődéslélektani vonatkozásait tekintjük át, különös figyelemmel a fejlődési pszichopatológiai vonatkozásokra, másrészt a maladaptív szabályozási mechanizmusok szerepét vizsgáljuk gyermekkori evészavarokban.

Az önszabályozási kapacitás – beleértve az érzelmek, a figyelem, a fiziológiai állapotok és a viselkedés hatékony szabályozását (Shonkoff, 2000) – szorosan és közvetlenül kapcsolódik az elsődleges gondozóval megélt élményekhez (Schore, 2001, 2002).

A korai fejlődésben jelentkező szabályozási deficit a későbbi fejlődést is jelentősen befolyásolja, így az első életévben bekövetkező szabályozatlan állapotok tartós funkcióromláshoz vezethetnek (Eisenberg és mtsai. 2010). Az adaptív szelf-rendszer minden későbbi alkalmazkodás alapját képezi.

A fejlődési pszichopatológia ún. rizikó- és protektív kutatási modellje egy olyan elmélet, amely egyszerre próbálja kezelni az környezeti és egyéni különbségeket a kockázatok és védőfaktorok vonatkozásában. Figyelembe veszi mind a rizikó és protektív tényezők direkt hatását, mind a védőfaktoroknak a kockázati tényezőkre gyakorolt lehetséges befolyását (Jessor, 2003). Fentiek alapján a korai szabályozási folyamatokat és az evészavarok rizikó és protektív tényezőit áttekintve amellet érvelünk, hogy a maladaptív vagy diszfunkcionális érzelmszabályozási technikák legjobban, mint transzdiagnosztikus rizikó és/vagy fenntartó tényezők érthetők meg.

2013. április 19. péntek, 15:40 -16:55

4. SZEKCIÓ: KUTATÁS

A korai maladaptív sémák és diszfunkcionális attitűdök megjelenése gyermekkorban.

Kakuszi Szilvia, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: A sémákkal foglalkozó irodalomban a gyermekek, serdülők kapcsán kevesebb adat, módszer, eredmény ismert. A klinikai kivizsgálás során már a latencia korú gyermekeknél számos korai maladaptív séma, diszfunkcionális attitűd jellegű gondolat fogalmazódik meg, mely számos kérdést vet fel a diagnosztikai eszközök, pszichopatológiai összefüggések, terápiás lehetőségek kapcsán.

Cél: Elsődleges cél összefoglaló jellegű betekintés az adott korosztály sémáinak megjelenési formáiról; a vonatkozó irodalom összefoglalása valamint a további kutatásra, vizsgálatra ösztönző kérdések tárgyalása. Másodlagos cél a nemzetközi irodalomban megjelenő gyermekkori séma-terápiás módszerek összefoglalása, új irányzat elemeinek ismertetése.

Módszer: A gyermek és ifjúságpszichiátriai kivizsgálás során előfordult esetrészletek valamint a kapcsolódó nemzetközi szakirodalom áttekintése különös tekintettel a legújabb terápiás irányzatra.

Eredmény: Megfigyelésem szerint gyermekek illetve serdülők esetében a korai maladaptív séma, diszfunkcionális attitűd elsősorban a problémás (tüneti) viselkedés kapcsán válik azonosíthatóvá mellyel az elsődleges, másodlagos környezet viselkedése, életeménye összefüggést mutathat. A megfigyelés számos további kérdést, limitációt vet fel, ugyanakkor kijelöli számunkra a gyermekkori sémákkal kapcsolatos vizsgálati-, illetve beavatkozási pontok irányát, az egyes elemek alkalmazási lehetőségeit.

Komorbidity és életminőség gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarban

Keresztény Ágnes^{1,2,3}, Dallos Gyöngyvér^{1,2}, Miklósi Mónika^{1,3,4}, Velő Szabina³, Róka Anita³, Gáboros Júlia², Balázs Judit^{2,3}

¹Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

²Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

³ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

⁴Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Bevezető: Vizsgálatunk célja figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) diagnózisú gyermek és serdülő korosztály között a komorbid kórképek megjelenésének és az életminőségnek az összehasonlítása.

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

Eredmények. Az ADHD mellett leggyakrabban előforduló kórkép mindkét korcsoportban az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az öngyilkos magatartás, valamint gyermekeknél a mániás epizód, serdülőknel a generalizált szorongásos zavar volt. A serdülő csoportban szignifikánsan magasabb volt az ADHD mellett megjelenő kórképek száma, mint a gyermek csoportban (t=-3,726; df=50,202; p<0,001). A serdülő csoportban az életminőség számos területén nagyobb mértékű csökkenés volt kimutatható a serdülők saját megítélése szerint (iskola: t=-4,543; df=84, p<0,001; család: t=-3,782; df=190, p<0,001; testi egészség: t=-4,118; df=189, p<0,001; lelkiállapot: t=-4,508; df=70, p<0,001), mint a gyermek csoportban.

Összefoglaló: Vizsgálatunk felhívja a figyelmet az ADHD korai felismerésének, valamint gyermek- és serdülőkori is az externalizációs és az internalizációs komorbid zavarok felmérésének fontosságára. Kiemelkedő klinikai relevanciájú eredményünk az öngyilkos magatartás gyakori előfordulása az ADHD mellett mindkét korcsoportban.

Komorbid ADHD hatása a major depresszív zavar megjelenési idejére és az öngyilkos magatartásra depressziós gyermekpopulációban.

Kapornai Krisztina, Orosz E., Szabó K., Benák I., Kiss Enikő, Baji Ildikó, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezető: Az egyidejűleg fennálló figyelemzavar-hiperaktivitás betegség (ADHD) negatívan befolyásolhatja a major depresszió (MDD) klinikai megjelenését és prognózisát. Tanulmányunkban az ADHD hatását vizsgáltuk az első depressziós epizód megjelenési idejére és az öngyilkos viselkedés súlyosságára gyermekkori depresszióban.

Módszer: A diagnózisok felállítása, a betegség-kezdet és az öngyilkos viselkedés súlyosságának megállapítása DSM-IV alapú, félig-strukturált interjú felvételével történt. A vizsgálatból kizártuk azokat akiknél ADHD nem, de egyéb externalizáló kórkép fenn állt az MDD mellett. 593 depressziós gyermeket (320 fiú) vizsgáltunk, átlagos életkoruk a depresszió megjelenésekor 10,54±2,27 év volt.

Eredmények: A minta 20,4%-ánál (n=121, 101 fiú) állt fenn komorbid ADHD, akik átlagéletkora szignifikánsan alacsonyabb volt (9,61±2,25 év) az első epizód idején, mint azoknak, akiknél nem állt fenn ADHD (10,78±2,25 év; p<0,000). A különbség nemek szerint vizsgálva is szignifikáns maradt. A DSM-IV tünetei alapján felállított szuicid skálán, a komorbid csoport pontszáma nem tért el szignifikánsan a depressziós csoport pontszámától; sem a teljes mintában, sem nemi bontásban vizsgálva.

Összefoglaló: Az ADHD és MDD együttes fennállása esetén a depresszió korábban jelenik meg mind a lányokban, mind a fiúkban. A jelen vizsgálati populációban a komorbid ADHD nem súlyosbította a szuicid viselkedést.

A rumináció és a korai kezdetű depresszió kapcsolata-irodalmi összefoglaló

Halas Kitty, Kapornai Krisztina, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A rumináció a negatív hangulati állapotra adott válasz egy formája, ami magába foglalja az ismétlődő passzív fókuszálást a depressziós hangulat tüneteinek, ezeknek a tüneteknek a lehetséges okain és következményeinek. A rumináció, mint kognitív stílus és a depresszió közötti unikális kapcsolat magyarázatára hozta létre Nolen-Hoeksema (1991) a válaszstílus elméletet.

A rumináció szerepét a depresszió kialakulásában azóta számos más kutatócsoport is vizsgálta. Jelen tanulmányunk célkitűzése az volt, hogy az elméletet vizsgáló kutatások eredményei mentén, áttekintsük a választási elmélet leginkább alátámasztott hipotéziseit, a rumináció hatásmechanizmusait és depresszióval való kapcsolatának bizonyítékait. Úgy tűnik az elmúlt két évtizedben számos felnőtt mintán végzett tanulmány foglalkozott a ruminációval, azonban a gyermek és serdülőkorban ruminációról, és annak depresszióban játszott szerepéről kevesebb kutatási adat áll rendelkezésre. Továbbá, a választási elméletet fiatalabb életkorban vizsgáló tanulmányok általában közösségi mintákon végzett keresztmetszeti és longitudinális kutatások. Ezen kutatások publikált eredményeinek összefoglalása mellett, a fiatalok választási stílusokban és depresszióban megjelenő nemi különbségek összefüggéseit vizsgáló tanulmányok eredményeit és a fiatalokra adaptált választási kérdőíveket is bemutatjuk.

Végezetül az áttekintett tanulmányok eredményeinek összegzése és ajánlásai alapján az előadásunk röviden bemutatja a rumináció és a depressziós hangulat bizonyított kapcsolatának terápia implikációt.

Autizmus kialakulásának rizikó tényezői: gén, környezet és gén – környezet interakció Gallai Mária

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Az autizmus spektrum zavar kialakulásában a genetikai tényezők meghatározóak. Az autizmus-sal élők klinikai tünetei viszont rendkívül heterogének, a fenotípus megjelenési formája tág spektrumot ölel fel. Az epigenetikai kutatásokból tudjuk, hogy a genom kifejeződését környezeti faktorok erősen befolyásolják. Az autizmus kialakulását befolyásoló tényezők kutatása során a gén szerepe mellett olyan epigenetikai faktorok szerepe is nyilvánvalóvá vált, melyek az agy fejlődése során befolyásolják az agy biokémiáját, ki-be kapcsolnak bizonyos agyfejlődést befolyásoló géneket, vagy más módon szabályozzák a gén expresszáldását. Ezeknek a környezeti hatásoknak a kutatása jelenleg is intenzíven folyik. Előadásomban rövid összefoglalást adok arról, hogy jelenleg hol tartanak a genetikai vizsgálatok és a gén- környezet interakció kutatása az autizmus kialakulásának hátterében.

2013. április 20. szombat, 9:00 – 11:15 **5. SZEKCIÓ: AUTIZMUS, EVÉSZAVAR ÉS TERÁPIA**

„On-line” tréning autizmus spektrum zavarban szenvedő gyermekek szüleinek Csernyák Péter, Besenyei Csilla

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Autizmus spektrum zavarban szenvedő gyermekek esetén sokszor találkozunk azzal a problémával, hogy a szülők otthoni, családi környezetben nem észlelnek problémát a gyerek viselkedésével kapcsolatban, viszont az óvodában, iskolában súlyos magatartásproblémákat jeleznek. Osztályunkon ezért bevezettük a kivizsgálás során a kortárs közösségben megfigyelhető tünetek, ami kommunikáció, reciprok szociális interakciók és rugalmas viselkedésszervezés területén észlelhetők, szülők általi on-line monitorozását egy osztályunkon dolgozó szakember segítségével.

A szülő szemének felnyitásához, diagnózis befogadásához vezető út nem mindig egyszerű, ennek módszertanát fejti ki az előadás során. Fontos egy elfogadó légkör kialakítása, amely során egy empátias megértéssel segítjük a szülőnek a diagnózis elfogadását és ezzel a terápiára való motiválást.

Serdülőkori pszichózis – esetismertetés

Csók Edit¹, Gácsér Magdolna²

¹SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Budapest

²Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyermekpszichiátria, Gyula

A gyermek- és serdülőkorban megjelenő pszichózis ritka, de igen súlyos mentális zavar. Ismert, hogy pszichózis tüneteit nemcsak pszichiátriai kórképekben, hanem anyagcserezavar, endokrin és neurológiai kórképek, mérgezők, káros szerhasználat következtében is észlelhetjük. A pszichiátriai kórképek kialakulására vonatkozóan a bio-pszicho-szociális szemlélet jellemző. Fiatal lány betegünk esetében is értelmezhető a pszichózis kialakulása ezzel a szemlélettel. Biológiai és környezeti tényezők, genetikai sérülékenység, bántalmazás és egyéb traumatizáló életesemények, szerhasználat együttes hatása okozhatta a serdülő patológiáját. A kezelés során az ellátó rendszer által állított akadályokkal is küzdenünk kellett.

Intenzív csoportterápia autizmus spektrum zavarral élő serdülőknek

Horváth Dóra, Mészáros Lőrinc, Soós-Csordás Patricia, Jantek Gyöngyvér, Gallai Mária

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Az osztályunkon fél évente megszervezett, intenzív terápiás napok célja, hogy a serdülők egy elfogadó, biztonságos közegben, kortársak és szakemberek visszajelzéseinek segítségével mélyíthessék önismeretüket, növelhessék önbizalmukat, fejleszthessék szociális készségeiket. Sok autizmus spektrum zavarral élő fiatal számára ez az egyetlen olyan kortárs közeg, ahol kompetensnek élik meg magukat.

A terápia négy napon át, napi négy óra terápiás munka és másfél-két óra kötetlen társas helyzet, „klub” formájában valósul meg. Utóbbi közelebb áll a hétköznapi helyzetekhez, és segíti a terápia során elsajátított készségek generalizálását.

A terápia során a kognitív-viselkedésterápiás eszközöket zeneterápiás, művészetterápiás és dráma elemekkel ötvözzük. A gyakorlatokat a csoportfolyamat során igyekszünk a csoport érdeklődése, igényei szerint alakítani, és lehetőség szerint egyénre szabni. Előadásunkban bemutatunk néhányat a terápia során kifejlesztett gyakorlatokból, eszközökből.

A fiatalok terápiája kapcsán a szülőknek is segítséget nyújtunk, két csoportos szülőkonzultáció formájában. A szülők motivációját és aktivitását látva, ezen alkalmak nyomán havi rendszerességgel szülőcsoportot is indítottunk.

Mi lesz az autizmus spektrum zavarból felnőttkorban?

Mészáros Lőrinc¹, Szári Laura²

¹SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

²„Egy Másik Út” Tanácsadó és Terápiás Központ, Budapest

Magyarországon nem áll rendelkezésünkre megbízható számadat, hogy hány autizmus spektrum zavarban (ASD) érintett személy él az országunkban. Az adatok csak a lakosságban előforduló ASD-személyek diagnosztizált minimumát képezik (Bognár, dr Bíró & Marossy-Dévai, 2009). Életkorilag sem ragadnak meg egy elég széles populációt, hiszen a minta 94-96%-át a 0-24 éves korúak képezik (Bognár, dr Bíró & Marossy-Dévai, 2009). Brit kutatás szerint az autizmussal élő felnőttek aránya megegyezik a hivatalos nemzetközi gyermekkori prevalenciával (1% körül), minden korcsoportban, 20-80 éves korig (Brugha et al., 2012).

Mi lesz Magyarországon az autizmus spektrum zavarral élő személyekkel? Az utóbbi évtized kutatásai és saját klinikai gyakorlatunk alapján keresünk választ erre a kérdésre, valamint arra, hogy milyen sokféle megközelítésben szemlélhetjük ezen egyének felnőttkori kimenetelét és milyen szerepet játszhatna ennek megsegítésében az együttműködés a felnőtt- és gyermek-pszichiátriák között.

Autizmus és szexualitás – betekintés a nemiség és a társas igények változásának megközelítési sajátosságaiba az autizmus spektrumzavar körében

Prekop Csilla, Farkas Edit, Solt Anna

Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Az autizmus spektrumállapot veleszületett és az egész életút során nehezíti az érintett személy kölcsönösség társas kapcsolatainak kialakításához, és eredményes menedzseléséhez szükséges kommunikációs és kognitív készségeit. Ugyanakkor sokuknak alakul ki serdülő, vagy fiatal felnőttkortól a barátok, társak iránti jogos igénye, amelyhez jelentős segítségre van szükségük jóval a probléma megjelenése előtti években.

Az ASD sajátosságainak megfelelő kognitív edukációs szemlélet specifikumait tekinthetjük át röviden.

Célunk, hogy az autizmussal élő személyekkel és családjukkal foglalkozó segítő szolgáltatók egymással is összehangolt mentalitást képviselve végezhesék munkájukat.

A legkorábbi kezdetű evészavar – a szelektív evés zavar jellemzői és lehetséges etiológiai tényezői

Jantek Gyöngyvér, Mészáros Lőrinc

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály Evészavar Munkacsoport, Budapest

Számos gyermek életében vannak olyan időszakok, mikor valamilyen mértékben válogatóság. Egyes gyermekeknél azonban a köznyelvi értelemben vett „válogatosság” igen súlyossá és tartóssá válhat, szélsőségesen beszűkítve az étkezési repertoárt. A DSM-V diagnosztikus rendszerében a szelektív evés zavar külön kategóriát képez majd, reakcióként a rendellenességben érintett gyermekek és serdülők klinikailag is jelentős számára, akik az eddigiekben nem kaphattak a tüneteiket pontosan fedő diagnózist. A szelektív evés mint probléma sok esetben már a hozzátáplálás megkezdésekor megjelenik, komoly pszichés terhelést okozva a családnak, valamint következményesen a gyermeknek is. A szelektív evés zavar rendkívül gyakori pervazív fejlődési rendellenességgel élő gyermekek körében, ezen kívül a szorongó, valamint kényszeres vonásokkal jellemezhető gyermekek csoportjában is magasabb előfordulási arányokat tártak fel a klinikai megfigyelések. Fontos közvetítő változó lehet ezen étkezési rendellenességben érintettek minden alcsoportjában a szenzoros túlérzékenység, mely egyben egyfajta magyarázattal is szolgál a tünetekre.

Előadásomban a szelektív evés zavar jellemzőit, lehetséges magyarázatai tárgyalom.

Az elméleti háttérrel klinikai példákkal, esetbemutatóval szeretném gazdagítani.

Kis gyerekek a nagy csoportban. A családállítás alkalmazhatósága testi és pszichés tüneteket mutató 5-13 éves gyerekeknél

Angster Mária

A családállítás irodalmában tudomásom szerint még nem számoltak be arról, hogy 5-13 éves gyerekekkel felnőtteknek szervezett családállítás csoportban dolgoznak. Egy 7 éves, súlyos autoimmun betegségben szenvedő kisfiú szülei végzett állításból az látszott, hogy a gyerek a halott bátyát követi. Mivel félő volt, hogy nem éri meg a 13 éves kort, amikor is az akkori tapasztalatok szerint már alkalmas rá, hogy részt vegyen egy családállításban, és a gyerek képviselője azt jelezte vissza, hogy jó hatással lenne rá, ha maga is találkozhatna a báty képviselőjével, az állítást vele is megismételtük. Azóta rendszeres gyakorlattá vált, hogy amennyiben a szülőkkel végzett állításból az látszik, hogy a gyerek javát szolgálja, akkor másnap, vagy egy idő múlva őt is elhozzák, és vele is megismétljük az állítást. Az előadásban példákkal illusztrálom a családállítás 5-10 éves gyerekek számára módosított formáját, továbbá a testi betegségek és a pszichés tünetképződések hátterében ható rejtett dinamikákat.

Enni vagy nem L/Enni?-a csecsemőkori evészavarok eredete és szülő – csecsemőterápiás gyógyítása

Molnár Judit Eszter

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Ez a csecsemőkori regulációs zavarokhoz tartozó jelenség az enyhétől életveszélyesig súlyosbodható formája nem ritka jelenség. A gyakran kórházban, mesterséges táplálásig kifutó történetek hatékonyan gyógyíthatók, a Vadaskertben 12 éve működő Baba-mama Ambulancia csecsemőterápiás tapasztalataink alapján.

Az előadás áttekinti az evésfejlődés stációit, a különböző szinteken való elakadásokat, s eseteken keresztül mutatja meg eredetüket az anyai oldalon és az oldódás útját.

Az infantoanorexia és egyéb zavarok megértése gazdagítja a későbbi evészavarokról való ismereteket, szemléletet és gyakorlatot.

A szociális munkás szerepe a gyermekpszichiátriai esetkezelésben

Sztanó Flóra, Sorompó Anett, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest

Sok olyan esettel találkozunk a gyermekpszichiátriai munka során, melyek tulajdonképpen nem pszichiátriai megoldást igényelnek. Helyesebben mondva a gyermeknek olyan tünetei, környezetének pedig olyan panaszai vannak, melyek a pszichiátria tárgykörébe tartoznak, ám pusztán pszichoterápiás vagy gyógyszeres kezeléssel nem orvosolhatók. Az ilyen esetekben lesz „visszajáró vendég” a páciensből, aki újból és újból megjelenik az egészségügyben, de tünetei mégsem oldódnak meg egészen addig, amíg nem tágitjuk ki az intervenciók lehetőségeinket. A bio-pszicho-szociális modell valós gyakorlata segíthet minket az ilyen esetek kezelésében.

A Bethesda Kórház szerencsés abból a szempontból, hogy pszichiáter és pszichológus mellett, velük egy teamben szociális munkás is dolgozik, hisz a szociális munka eszköztára nem csak azt teszi lehetővé, hogy közelebb kerüljünk a pszichiátriai tünetek okainak felderítéshez, hanem sokszor azok megoldásában is hathatós segítséget nyújthat. A kórházi szociális munka a rehabilitációs alapelvek szerint használja fel az egyén megmaradt képességeit, erősíti benne a kompetencia érzését és hozzásegít az önsegítő mechanizmusok beindításához. Kapcsolatot teremt a külvilág és a védett kórházi terápiás tér között, mintegy visszavezeti az egyént és családját a normál élet kerékvágásába. Fontos szerepet játszik a terápiát vállaló egyén felkészítésében, mintegy „rászocializálja” a terápiára kliensét oly módon, hogy egy segítő kapcsolaton keresztül kiépíti a bizalmat a gyógyító teammel szemben.

A szociális munkás minden esetben a beteg állapotának és terhelhetőségének megfelelően építi fel a segítségnyújtást, rugalmasan alkalmazkodik kliense igényéhez, és reális célokat tűz ki számára, amelyek elérésében maga is segítséget nyújt. Kapcsolatot tart az ellátórendszer tagjaival, megszervezi és kiépíti a védőhálót a kórházban fekvő beteg utógondozása érdekében. A betegek életének minden területére kiható professzionális segítségnyújtás elősegíti a terápia sikerességét, és csökkenti a tünetek betegséggé való átalakulásának esélyét. A terápiával párhuzamosan a szociális térben történő segítségnyújtással a problémák komplex kezelésére nyílik lehetőség: megoldásokat találunk olyan problémákra is, amelyek saját szakmánk eszköztárával nem megoldhatóak, de egymás munkáját kiegészítve és erőfeszítéseinket összehangolva jelentős sikereket érhetünk el a pszichiátriai esetkezelésben.

Előadásunk második felében konkrét példákon keresztül kívánjuk bemutatni a fent leírt interdiszciplináris együttműködés mikéntjét, illetve fontosságát.

2013. április 20. szombat, 9:00 – 11:15

6. SZEKCIÓ: TERÁPIA

Képi kifejezés gyermekotthonban nevelkedett, érzelmileg sérült identitását kereső fiatal rajzain

Platthy István

Pécsi Gyermekotthon, Csontváry Képzőművészeti Stúdió, Pécs

Az eredendő kifejezőmódot és a belső látást előhívó, projektív folyamatokra épülő rajzterápiás műhelyben több éven keresztül alkotó tehetséges fiatal egymás után következő alkotásainak sorozatát mutatom be. A fiú rajzainak sorozatában feltáruznak az alkotó szubjektív, verbális, nonverbális, tudatos és tudattalan világa, traumái, érzelmi deficitjei, szelf részeinek sérülései. Rajzain visszatérő jegyek, motívumok, személyes szimbólumok hordozzák a benne lezajló lelki folyamatokat és annak változásait, mutatják a rendeződés folyamatát, a gyógyulás dinamikáját. Rajzait személyes interpretációkkal egészítette ki. Alkotásai embert próbáló küzdelmet mutatnak be annak érdekében, hogy lelke rendeződjön, traumái elaborálódjanak, érzelmi elakadásai feldolgozódjanak, deficitjei pótlódjanak. Mindezt összevetem személyes életútjával, csalódásaival, kapcsolatainak alakulásával. Hányattatott élete során rengeteg traumát élt át, amelyek többségében ambivalenciát hordozó élmények voltak életében. Alkotásaiban egy heroikus küzdelmet látunk saját identitásának keresésében. Szürrealista alkotásai hasításról, kettős személyiségről disszociatív állapotokról számolnak be. A jó és a rossz küzdelmét látjuk, amelyben úgy tűnik, hogy végül a jó győzedelmeskedik. Serdülőkori viselkedészavarában inkább a tagadás nyilvánult meg, azonban éppen kreatív alkotásai késztették arra, hogy szembe nézzen lelki gyötrelmeivel, szorongásaival. Ez segítette őt a feldolgozásban, a személyes életút keresésében.

A „COOL-élés törvényei” – egy serdülőkori szociális készségfejlesztő tréning bemutatása Gregó Enikő, Marossy Zsófia

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Bevezető: A serdülők kortárskapcsolati konfliktusai, bántalmazása, izolációja, alapvető jelentőséggel bírhat számos szomatikus és emocionális probléma kialakulásában. Ezek kezelése során a kognitív viselkedésterápia mellett egyre inkább szükségesnek tűnik az alapvető szociális készségek célzott fejlesztése is a kezdeményezés, kommunikáció, önvédelem és probléma-megoldás terén. Célunk egy kamaszok számára kidolgozott szociális készségfejlesztő csoport-módszer bemutatása.

Módszer: Célcsoportunk a szorongásos panaszokkal küzdő 10-17 év közötti serdülők.

Az intenzív, 5 napos csoportok osztályos felvétel keretében valósulnak meg a Vadaskert Kórházban. A fejlesztő program interaktív, vizuális, dramatikus elemeket használ. Az egyes készségek biztos elsajátításához 4 modulba épített játékkészlet nyújt segítséget.

Eredmények: Tapasztalataink alapján a módszer élmény jelleggel bír, aktív bevonódást vár el. A megcélzott készségek direkt fejlesztését, katarzis élményt, modellálást nyújt, ami a szociális szorongás csökkentésének hatékony kiegészítője.

Összefoglalás: A COOL-élés törvényei szociális készség fejlesztő tréning 4 modulja több mint 40, flexibilis, jól variálható játékot tartalmaz, melyek a klinikai munkában hiánypótló alternatívát kínálnak a társas készség deficit fejlesztésében.

Facebook tükör

Timkóné Solymos Réka

Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

A 21. század mérhetetlen technikai fejlődése számos következménnyel jár. Ezek egyike a fiatalabb és olykor kevésbé fiatal korosztály szociális kapcsolatainak, kapcsolattartási módjainak megváltozása, mely az utóbbi években zajlik. A hazánkban jelenleg legnépszerűbb közösségi portál, a Facebook a gyermekek és serdülők megnyilatkozásainak, időtöltésének, kapcsolattartásának, identitás kifejezésének egyik fő színterévé vált. Ennek megfelelően az ott megosztott tartalmak, információk, az ott folyó kommunikáció sok esetben hűen tükrözi a fiatalok belső történéseit, kommunikációs stílusát, kapcsolati mintázatait, szociális viselkedését. Teszi mindezt nyilvános, óvatlan felhasználók esetében, bárki által hozzáférhető módon.

Az előadás néhány olyan érzelmi problémákkal küzdő gyermek, illetve serdülő korú fiatal esetének felvillantásán keresztül igyekszik bemutatni – a teljesség igénye nélkül, csupán gondolatébresztő jelleggel – néhány olyan online történetet, melyek valamilyen módon tükrözik a gyermekek tüneteit, patológiás működésmódjait. Megkísérel bemutatni néhány olyan tünet-csoportot, aminek jellegzetességei megnyilvánulhatnak, vagy épp ellenkezőleg, kikerülhetővé válnak, esetleg konzerválódhatnak korunk eme sajátos interakciós helyzetében.

Az előadás során megjelenő esetvignetták olyan témákat érintenek, mint a szociális szorongás, melynek megoldásában az online kommunikáció, akár segítséget is nyújthat. Kérdésként merül fel azonban, hogy a közösségi oldalon való kapcsolatfelvétel valódi megoldást jelent-e a szorongások kezelésére, vagy inkább egy elkerülő magatartásformaként írható le?

Egy következő esetben a Facebookon történő közösségi élet egyik kikerülhetetlen témája az online kortárs bántalmazás jelenik meg (cyberbullying), melynek súlyossága, traumatizáló hatása kétségtelen, pontosan a fórum nyilvánossága, széleskörű látogatottsága miatt.

Több eseten keresztül mutatja be azokat a nehézségeket, veszélyeket, melyek abból adódnak, hogy az online felület, a személytelenség könnyedén hozzájárulhat a határok elmosódásához.

Legyenek azok az én határai, bizonyos társadalmi normák betartása, vagy az információközlésben a személyes és a nyilvános fogalmi között húzódó határok összemosása.

Egy másik esetben bemutatásra kerül, hogyan válik a leegyszerűsített, metakommunikatív elemektől lecsupaszított „chat-nyelv” olyan projekciós felületté, mely félreértéseknek, kortárs-, vagy akár párkapcsolati konfliktusoknak adhat teret.

Más esetben azonban pontosan a kommunikációnak ez a fajta egyszerűsítése, személytelenítése válik terápiás eszközzé, mivel általa az érzelmileg megterhelő, súlyos tartalmak felvállalhatóvá, kimondhatóvá válnak.

Más esetekben is példát láthatunk majd arra, hogyan válhat a Facebookon való létezés, az ottani megnyilvánulások kontrollálása, bizonyos viselkedésminták korrekciója a terápia egyik célzott pontjává.

Az előadás célja, hogy érdekességként felvillantson néhány olyan megnyilvánulási formát, mely akár az online felületen is érzelmi zavarok, patológias működésmódok jelzője lehet.

Felhívja a figyelmet, hogy a gyermekek internetes tevékenysége igen informatív lehet. Emellett megmutathat néhány olyan beavatkozási pontot, mely akár korrekciós, terápiás lehetőségeket is magukban rejtnek.

A pszichológus helye a gyermekotthonban, a pszichológiai munka lehetőségei és határai Damsa Dániel

Gyermekek Átmeneti Otthona, Nevelőszülői Hálózat és Utógondozói Otthon, Pécsi Gyermekotthon

Előadásom során röviden be kívánom mutatni a Pécsi Gyermekotthon felépítését, a pszichológus munkájának lehetőségeit. 5 éve dolgozom pszichológusként ebben az intézményben, ahova többnyire már a családban, majd a gyermekvédelmi rendszerben is traumatizált fiatalok kerülnek be, többnyire 15-17 év közötti életkorukban.

A pszichológiai munkában a gyermekekkel történő egyéni, csoportos terápiák mellett a nevelők által alkotott szocializációs közegnek, mint átmeneti térnek (könnyen lehet intézményfüggőséget kialakítani) is kiemelt jelentősége van. A pszichológus feladata kiterjed ennek a térnek a formálására is. Ennek lehetőségei az esetmegbeszélések, egyéni beszélgetések, és pszichológiai módszerek átadása.

A bekerülő gyermekekre az önérvényesítési stratégiák jobbára deviáns módja mellett egyfajta tanult tehetetlenség is jellemző, ennek ellensúlyozására igyekszünk teret engedni kis csoportos megbeszéléseken és egész otthon szintjén is, hogy beleszóljanak az otthon életébe, bizonyos szabályok alakításába.

A fiatalok jövőjét illetően fontos a családjukkal való párhuzamos munkának a megszervezése, ez a családgyógyozó munkatárs feladata, viszont esetenként pszichológiai konzultáció is szükséges a családdal való kapcsolatról történő döntéshez.

A Pécsi Gyermekotthonban támogató közegben dolgozom, emellett a hasonló problémákkal foglalkozó intézményekkel, szakemberekkel való kapcsolat is segíti munkámat.

Félelem a gyógyulástól – az evészavar terápia gátjai

Havasi Mónika, Vetrő Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezető: Az evészavaros páciensek esetében a terápiás együttműködés a legtöbb esetben hullámválást mutat, amelynek hátterében sokszor különféle reális és irreális félelmek állnak. Ezek azonosítását nehezítheti, ha a páciens nem beszél róla nyíltan, illetve gyakran látjuk különösen fiatalabbak esetében, hogy a terápiát megelőzően önmaguk számára sem fogalmazták meg őket, ugyanakkor a segítségnyújtással szembeni ellátásban nagy jelentőségük van, ezért fontos ismeretük és feltárásuk a terápia kezdeti szakaszában.

A félelmek feloldása nem egy alkalommal történik, hanem a teljes terápiás folyamat része.

Módszer: Számba vesszük a főbb félelmeket, és javaslatot teszünk arra, milyen módon érdemes megközelíteni, feltárni és feloldani ezeket, illetve konkrét terápiás technikákat is bemutatunk, amelyek munkánk során hatékonyan bizonyultak.

Összefoglalás: Az evészavaros páciensek terápiájában kulcsfontosságú azonosítani és feloldani a terápiát gátló félelmeket, ehhez nyújt gyakorlati segítséget az előadás.

30 éves a Veszprémi Gyermek és Ifjúsági Pszichiátriai Szakrendelő

Illésné Vörös Szilvia, Cseri Veronika, Jutasi Mónika

Veszprémi Gyermek és Ifjúsági Pszichiátriai Szakrendelő

Előadásunkban a rendelő múltját és jelenét mutatjuk be. Az alapítás éveitől kezdve soron követjük a megyei ellátásban dolgozó szakember gárda, valamint a szakmai feladatok, kihívások változásait, bővülését. Részletesebben bemutatjuk a jelenlegi teamet és a betegellátás folyamatát. Rendelőnkben a társszakmák együttműködése az orvos-pszichológus-gyógy-pedagógus szakemberek team-munkája mentén valósul meg. Az esetmegbeszélő fórumokon közös döntéshozattal alakul ki a páciensek további ellátásának formája. Az alapvetően pszichoterápiás szemléletet jól mutatja az utóbbi években egyre bővülő kínálat a terápiás formákat illetően: egyéni terápiák mellett családterápia, gyermek pszichodráma csoportok, serdülő önismereti csoportok készségfejlesztő tréningek és filmklub is szerepel a lehetőségek között. A szülők részére indított programok, a velük való közös munka kapcsán is egyre több tapasztalat gyűlik össze.

A társszakmák együttműködésének másik szintje az ellátásban résztvevő más intézményekkel (gyermekosztály, családsegítő központ, gyámhivatal, iskolák) való egyre intenzívebbé és előbbé váló kapcsolat. Ezek közül a kórház gyermekosztályával való közös munkát mutatjuk be részletesebben.

Internetes betegjelentkezés a Vadaskert Kórház és Szakambulanciára

Galasi Zsófia, Dallos Gyöngyvér, Mészáros Gergely, Gádos Júlia

Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Háttér: A telefonos időpontkérések mellett egyre többen jelentkeznek vizsgálatra e-mailben is. Az ilyen jelentkezések növekvő számával, mind nehezebbé vált azok kezelése, nyomon követése, rendszerezése. Így 2012. novemberétől a honlapunkon közvetlenül elérhető linkről, egy adatlapot kitöltésével lehet jelentkezni. Ezáltal az információfeldolgozás automatizáltabb, strukturáltabb lett, amely javítja a tervezhetőséget, átláthatóságot, és a jelentkezők statisztikai elemzése is könnyebbé vált.

Cél: Internetes jelentkezési rendszerünk bemutatása, valamint az első 195 jelentkező leíró elemzése.

Módszer: Az internetes adatlapon a következő mezők kitöltését kérjük: Adatok, A jelentkezés indoka, A jelentkezés előzményei, Hogyan jutottak el hozzánk?, Megjegyzések. A jelentkezők a beérkezett kérések naponta történő szakmai szupervízióját követően kapnak időpontot. Az eredeti bejelentkezési adatbázis szabad szövegelemzésével a panaszokat csoportokra (pl. magatartászavar, szorongás, étkezési zavar, stb.) bontottuk, majd az adatbázist leíró statisztikai módszerekkel feldolgozhatóvá alakítottuk.

Eredmények: Az interneten jelentkezők 75%-a (147) fiú. 50%-uk (98) 8 év alatti, 21%-uk (40) 8 és 12 év közötti, 29%-uk (57) 12 év feletti. A leggyakrabban előforduló panasz a magatartászavar (94), figyelemzavar (52), agresszivitás (42), beilleszkedési zavar (38), hangulati problémák (30) és szorongás (26). A jelentkezők 22%-a (44) intézményünkbe jelentkezett először, 50%-a (89) egy, 20%-a (40) két, 7%-a (14) pedig legalább három ellátó helyen járt korábban. Legtöbbször nevelési tanácsadóban (61), területi gyermekpszichiátriai ambulancián (32), pszichológusnál (27), TKVSZRB-nél (24) és neurológusnál (16) jártak.

Megbeszélés: Az internetes jelentkezés új módja gördülékenyen működik, a szülőket a jelentkezéshez képest 1-2 munkanapon belül értesítjük. Elemzésünk szerint a jelentkezők többsége fiú, koreloszlásuk közel egyenletes, leggyakoribb panaszként magatartászavart említene. Ezek az eredmények hasonlóak a nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok által találtakhoz.

Az, hogy a jelentkezők több mint háromnegyede már járt valahol, azonban több mint negyede legalább két helyen járt, arra utal, hogy a nehezen kezelhető problémákat a progresszivitás elvének megfelelően tovább irányítják, ugyanakkor az ellátás sok esetben redundáns, ez a különböző szervezeti egységek (oktatási, szociális, egészségügyi) közötti kommunikáció javításával csökkenthető lenne.

PREDI-NU: A „Kiút a depresszióból” önségítő internetes program – Egy innovatív, e-health alapú intervenció bemutatása

Németh Adrienn¹, Tóth Mónika², Cserhádi Zoltán², Székely András², Purebl György², Túry Ferenc²

¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

Háttér: A depresszió a WHO előrejelzése szerint 2020-ra a második legnagyobb népegészségügyi problémává válik az Egészségkárosodással Korrigált Életévek (DALYs) tekintetében. A PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression – EAAD) közösségi alapú intervenció programra épül, és az abban feltárt két fő problémát célozza meg: 1) A depressziós páciensek pszichoterápiához és farmakoterápiához való korlátozott hozzáférése. 2) A korábbi intervenció eszközök nem illeszkednek kellőképpen a serdülők igényeihez, illetve a jól megalapozott hálózatok hiánya, melyek segítséget nyújtanának serdülők és fiatal felnőttek számára depresszió, vagy suicid magatartás esetén. A kognitív viselkedés terápiás módszerek mellett, hogy hatékonyak bizonyulnak az enyhe és közepes súlyos depressziós tünetek enyhítésében, internet alapú programok számára is megfelelően adaptálhatók. Az internetes beavatkozások elsősorban akkor hatékonyak, ha megfelelő szakemberi háttér segítségével támogatottak, ezért egy komplex internetes program a háziorvosok, pszichológusok, lelki egészség szakemberek képzésével válhat teljessé.

Célkitűzés: A kutatás elsődleges célja egy irányított, Internet-alapú önségítő program (Self Management Program, SMP) létrehozása enyhe és közepes depresszióval érintett fiatalok (15-24 évesek) és felnőttek számára. A konzorcium által közösen fejlesztett program 6 országban (Magyarország, Ausztria, Németország, Írország, Spanyolország, Észtország) került adaptálásra, a hozzá kapcsolódó információs honlapon pedig 9 nyelven érhetők el szakmai anyagok depresszióval küzdő egyének, hozzátartozók és szakemberek számára. Az önségítő program a már létező, e-health technológiájú programok alapján került kifejlesztésre.

Módszerek: A szakirodalom áttekintését követően azok a kognitív viselkedés terápiás (CBT) alapú internetes programok kerültek elemzésre, amelyek felnőttek vagy 15 év feletti fiatalok számára, enyhe vagy közepes súlyos depressziós tünetek esetén nyújtanak segítséget, a kliens számára térítésmentesen. 14 felnőttet és 3 fiatalokat célzó honlap anyagait és tapasztalatait felhasználva a nemzetközi munkacsoport kialakította azokat a modulokat, amelyek a „Kiút a depresszióból” program alapját képezik. A központi modulok az egészséges életmódról, valamint a fiatalok számára a kapcsolatokról, illetve szociális szorongásról szóló fejezetekkel egészültek ki. Az angol nyelvű eszköz adaptációja során elkészült az önségítő program és a hozzá kapcsolódó munkafüzet magyar változata, mely a www.ifightdepression.com weboldalon érhető el előzetes regisztrációt követően. Az eszköz a beavatkozások első évében szerzett tapasztalatok alapján kerül továbbfejlesztésre.

Krónikus fájdalommal élő gyermekek, serdülők komplex terápiás programjának ismertetése

Mag Judit, Sztanó Flóra, Major János, Szikszai Andrea, Hirsch Anikó

MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest

Előadásomban a budapesti Bethesda Gyermekkórház Mentálhigiénés részlegén az elmúlt évben indított speciális terápiás rezsimet mutatom be. Két gyermekgyógyász kollégánk járt a Vesztfáliai Gyermekklinika Gyermek-fájdalomterápiás Klinikáján, Dattelnben és tapasztalatukat hazahozván, a magunk képére formálva tavaly elindítottuk mi is hasonló programunkat. A pszichoszomatikus problémák jellegükénél fogva nehezen megközelíthetőek kizárólag pszichoterápiás eszközökkel, illetve önmagában szomatikus orvoslással is nehezen érhetőek el jó eredmények, így sokan a kórházban megjelenő, a programra jelentkező serdülők közül évek óta szenvednek a fejfájásuktól, hasi panaszaiktól.

Komplex a kezelés az alkalmazott bio-pszicho-szociális szemlélete miatt, melynek gyakorlati megvalósítását mutatja, hogy gyermekgyógyász, pszichiáter, pszichológus, szociális munkás és élményterápiát végző foglalkoztatók, nővérek is egyaránt aktív közreműködők a teamben. Előadásomban esetek ismertetésén keresztül igyekszem felvázolni a még gyerek cipőben járó, folyamatosan formálódó program tapasztalatait.

2013. április 20. szombat, 13:10 – 14:40

A szakmaközi együttműködés lehetőségei a gyermekbántalmazás észlelésében és igazolásában – kerekasztal beszélgetés

Moderátor: Sonnevend Mária¹

Részvevők: Fodor Miklós², Galajda Ágnes³, Révész Magda⁴, Scheiber Dóra⁵, Sófi Gyula⁶, Stefán Lilla Orsolya⁷, Tomasovszki László⁸

¹SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

²Pszichiáter, Neurológus, Addiktológus, Klinikai farmakológus, Igazságügyi szakértő

³Magyar Bírónők Egyesülete, Fővárosi Törvényszék, Budapest

⁴Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Fióka Gyermek- és Ifjúságléti Központ

⁵Országos Gyermekegészségügyi Intézet

⁶Igazságügyi gyermekpszichiáter szakértő, Családterapeuta, Gyermekorvos

⁷Budapest XII. kerületi rendőrkapitányság

⁸Gyermek- és felnőtt szakpszichológus, Igazságügyi szakértő

A kerekasztal célkitűzése, hogy a gyermekbántalmazás felderítésében egymás mellé rendelt szakmák képviselői segítsék a jelen lévő szakembereket a napi gyakorlatban felmerülő helyzetek megoldásában, a jelzőrendszer hatékony használatában, a feladatok, a felelősség és a kompetencia kérdéseiben való eligazodásban.

Egy rövid bevezető után egy megtörtént eset kerül megvitatásra, amelyben a bántalmazás összes formája igazolódott illetve erős gyanúval felmerült. Időt szánunk a közönség részéről felmerülő kérdések megválaszolására is.

A bántalmazás különböző formáival (fizikai, érzelmi, szexuális), valamint az elhanyagolással az egészségügyben és az oktatásban dolgozó szakemberek is találkoznak. Bár törvény szerint az első észlelő szakember köteles megtenni az esetnek súlyosságának megfelelő jelzést a gyermekjóléti szakszolgálat felé, a napi gyakorlatban ezt számos tényező nehezíti.

1. A tévedés - mindkét irányba - hatalmas károkat okozhat.
2. A bántalmazás hatása különbözik aszerint, hogy ki volt az elkövető és maga a bántalmazás milyen módon történt, és milyen hosszú ideig állt fenn. A családtag részéről elkövetett visszatérő bántalmazásnál az áldozat sem elmenekülni nem tud, sem változtatni nem tud rajta. Csak úgy tudja fenntartani a lelki túléléshez szükséges reményt és az élet értelmébe vetett hitét, ha a bántalmazás tényét elhárító mechanizmusok széles skálájával kiszorítja a tudatából, vagy racionalizálja, minimalizálja, mentségeket keres rá. (1)
3. Ezeknek a mechanizmusoknak a védő hatása elveszik, ha az áldozat vallomást tesz vagy vallomásra kényszerül – nem mindegy, hogy hányszor kérjük erre, és milyen körülmények között.
4. A tartósan bántalmazott gyermekek patológiásan erősen kötődnek a bántalmazó szülőhöz, ezért még súlyos bántalmazás esetén sem várható tőlük, hogy szüleikre nézve terhelő módon nyilatkozzanak. Számukra életfontosságú, hogy szüleiket jónak láthassák, és ezért úgy védekeznek a valóság ténye ellen, hogy ők voltak a rosszak, megérdemelték. Gyakran ragaszkodnak ahhoz, hogy az övék minden felelősség, és ha elég jók lesznek, a bántalmazás meg fog szűnni. (1)
5. A bántalmazó környezet igyekszik elszigetelni az áldozatot a külvilágtól.
6. Napjaink valóperes gyakorlatában fennáll a veszélye annak, hogy a szakembert a bántalmazás igazolására befolyásolni próbálják.
7. A tudatos emlékezés bonyolult rekonstruktív folyamat, melyben számos tényező játszik szerepet. (Az emlékek rögzülésének és felidézésének módjai, ezek összefüggése a gyermek életkorával, érzelmi- motivációs állapotával, személyiségével, pszichoszexuális fejlődésével, értelmi képességeivel stb.) (2)

A problémafelvetések:

- Mi történik a gyermekkel és a családdal, miután megteesszük a jelzést a gyermekjóléti szolgálat felé? Hogyan és mire készítsük fel a gyermeket és a családot?
- Az első észlelő felelőssége kétirányú (ahogyan a tévedés lehetősége is): egyrésztől minél korábban kell megtennie a jelzést, másrésztől a családon belüli erőszak miatti eljárás megindulása a kimeneteltől függetlenül mindenképpen megrázó a gyermeknek és a családnak is, és még számos vizsgálat vár rájuk. Melyek azok az „útjelző” szempontok, amelyek segítenek megtalálni a helyes cselekvés határait? A megtörtént, kivizsgált esetek függvényében körülírható-e az „elég alapos” gyanú a bántalmazás egyes fajtái esetén?

- Mit tehetünk, ha a szülő komoly pszichiátriai problémákkal küzd, és ezekből adódóan nem hajlandó a kivizsgálással együttműködni, sem saját állapotára megoldást keresni?
- Lehet-e, és ha igen, milyen körülmények között lehet elrendelni a szülő pszichiátriai vizsgálatát gyermekbántalmazás veszélye esetén?
- Milyen megelőző intervenciókra van lehetőség, hogy ne kelljen megvárni azt, hogy valami nagy baj történjen?
- Az első észlelés, az eljárás megindításának időpontjában a gyermek/ fiatal általában még a családban/közösségben él. Hogyan lehet megvédeni a gyermeket attól, hogy az elkövető megtorolja rajta a történeteket? Egy folyamatban lévő áldozatvédelmi program tanulságai.
- Hogyan épül fel az igazságügyi pszichiátria / pszichológia eszköztára, mennyiben tér el a klinikai gyakorlat vizsgálati lehetőségeitől? Hol vannak azok a pontok, ahol a klinikus átadhatja a további vizsgálat feladatát az igazságügyi szakértőnek?
- Hogyan kerülhető el a gyermek ismételt traumatizálása a bizonyítási eljárás folyamán?
- Az igazságügyi gyakorlat, az eddigi esetek szempontjából melyek a legfontosabb visszajelzések az alap- és szakellátás felé a gyermekbántalmazás kivizsgálását, dokumentációját stb. tekintve?
- A családon belüli erőszakra vonatkozó jogi háttér újragondolásra kerül. Milyen változások várhatóak?

2013. április 20. szombat, 13:10 – 14:40

Externalizációs tünetek jellemzése és értelmezése – workshop

Gádos Júlia¹, Halász József¹

Egri Tímea², Kovács Ágnes¹, Vida Péter¹, Vidomusz Réka¹

¹Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

Bevezetés: Az externalizációs tünetek számos nehézséget vetnek fel a mindennapi klinikai gyakorlatban; problémát jelenthet az oppozíció, agresszív viselkedés, vagy a későbbi pszichopátiás viselkedéssel kapcsolatos rideg/érzéketlen vonás megjelenése és értelmezése.

A helyzetet tovább árnyalja, hogy egyes kontextusokban (sajátos környezet, szomatikus vagy gyermekpszichiátriai komorbiditás) az adott magatartási megnyilvánulások más-más színezetet ölthetnek.

Célkitűzés: Jelen 60 perces workshop a gyermekkori externalizációs tünetek jellemzésében és értelmezésében kíván segítséget nyújtani a résztvevőknek.

Módszer: Három kérdőívvel (Buss-Perry Agresszió Kérdőív, Ridegség/Érzéketlenség Kérdőív, Reaktív/Proaktív Agresszió Kérdőív) kapcsolatban született adatok kerülnek bemutatásra, valamint egy klinikai orientációs megközelítés az externalizációs tünetek értelmezésével kapcsolatban.

Eredmények: A fenti mérőeszközök alkalmasak az externalizációs tünetek jellemzésére, de az eredmények értelmezéséhez szükséges a differenciált klinikai gondolkodás, kontextus individuális értelmezése.

Összefoglalás: Az externalizációs tüneteket specifikusan jellemző mérőeszközökkel nyert magyar gyermekekre vonatkozó adatokat, a mérőeszközök használatának lehetőségeit, illetve korlátait elemző workshop.

SZERZŐI INDEX

Angster Mária	9, 25
Baji Ildikó	5, 8, 13, 21
Balázs Judit	7, 20
Bálóné Dányi Izabella	6, 16
Baukó Krisztina	5, 14
Benák István	8, 21
Besenyei Csilla	7, 8, 22, 19
Bóna Adrien	7, 19
Boros Balázs	6, 15
Böhm Mónika	7, 19
Csenki Laura	7, 18, 19
Cserhádi Zoltán	10, 30
Cseri Veronika	10, 29
Csernyák Péter	8, 22
Csók Edit	9, 23
Dallos Gyöngyvér	10, 17, 20, 29
Damsa Dániel	10, 28
Dochnai Roberta	5, 14
Eigner Bernadett	4, 12
Farkas Edit	9, 24
Fodor Miklós	11, 31
Gácsér Magdolna	9, 23
Gádoros Júlia	6, 7, 10, 13, 15, 20, 29, 33
Galajda Ágnes	11, 31
Galasi Zsófia	10, 29
Gallai Mária	8, 9, 22, 23
Garas Péter	6, 17
Gergely György	6
Gervai Judit	5, 13
Gregó Enikő	10, 27
Gyulavári Ágnes	7, 18
Halas Kitti	8, 21
Halász József	5, 8, 11, 13, 33
Havasi Mónika	10, 28
Herczog Mária	4
Hirsch Anikó	9, 10, 25, 31
Horváth Dóra	9, 23
Iker Melinda	6, 16
Illésné Vörös Szilvia	10, 29
Jantek Gyöngyvér	9, 23, 24
Jutasi Mónika	10, 29
Kakuszi Szilvia	6, 7, 20
Kapornai Krisztina	8, 21
Kenézli Eszter	6, 15
Keresztény Ágnes	7, 20
Kiss Enikő	5, 8, 13, 21
Kiss Tibor	5, 14
Klein Izabella	7, 18

Komlósi Piroska	7, 19
Kövesdi Andrea	7, 18, 19
Labancz Dániel	6, 15
Mag Judit	10, 31
Major János	10, 31
Marossy Zsófia	10, 27
Máté Mónika	5
Mészáros Gergely	5, 6, 10, 17, 29
Mészáros Lőrinc	9, 23, 24
Miklósi Mónika	7, 20
Minderaa, Ruud	11
Molnár Judit Eszter	9, 25
Nagy Péter	4, 12
Nemes Andrea	6, 17
Németh Adrienn	10, 30
Orosz E.	8, 21
Péley Bernadette	7, 19
Pintér Sarolta	5, 14
Platthy István	10, 24
Prekop Csilla	9, 24
Purebl György	10, 30
Révész Magda	11, 31
Róka Anita	7, 20
Rözgonyi Emőke	7, 18
Scheiber Dóra	11, 31
Skaliczky Dávid	6, 15
Sófi Gyula	11, 31
Solt Anna	9, 24
Sonnevend Mária	11, 31
Soós-Csordás Patricia	9, 23
Sorompó Anett	9, 25
Stefán Lilla Orsolya	11, 31
Szabó Krisztina	5, 8, 13, 21
Szári Laura	9, 23
Székelly András	10, 30
Szikszai Andrea	10, 31
Sztanó Flóra	9, 10, 25, 31
Timkóné Solymos Réka	10, 27
Tomasovszki László	11, 31
Tóth Mónika	10, 30
Tóth Simon Mórió	6, 16
Turi Eszter	5, 13
Túry Ferenc	10, 30
Velő Szabina	7, 20
Vetró Ágnes	6, 7, 8, 10, 13, 14, 20, 21, 28
Vida Péter	5, 6, 13, 15

Remény

Ripidon®
risperidon
A teljes életre

Remény
a teljes életre...

Ripidon® filmtabletta

ATC: N05AX08 **Hatóanyag:** 1 mg, ill. 2 mg, ill. 3 mg, ill. 4 mg riszperidon filmtablettaként.

Terápiás javallatok: Schizophrenia kezelése. Bipoláris betegség közepes fokú és súlyos mániás epizódjainak kezelése. Közepes fokú és súlyos, nem gyógyszeres kezelésekre nem reagáló Alzheimer-demenciában szenvedő betegek tartós agresszivitásának rövid távú (max. 6 hetes) kezelése. Átlag alatti intellektusú vagy mentálisan retardált 5 éves kor feletti gyermekek és serdülők viselkedés zavaraihoz kapcsolatos folyamatos agresszivitásának rövid távú (max. 6 hetes) kezelése.

Adagolás – Schizophreniában és mániás állapotokban általában: kezdő adag: 2 x 1 mg/nap, szokásos adag: 4-6 mg/nap, maximális adag: 16 mg/nap. Alzheimer-demenciához társuló agresszivitásban: kezdő adag: 2 x 0,25 mg, szokásos adag: 2 x 0,5 mg. Átlag alatti intellektusú vagy mentálisan retardált gyermekek és serdülők agresszivitásában: adagolása testtömeg függő, ld. a részletes alkalmazási előírás. **Mellékhatások** - szédülés, aluszékonyság, fejfájás, extrapyramidalis tünetek, ortosztatikus hypotensio és reflex tachycardia, cerebrovasculáris történések, székrekedés, szájszárazság, galactorrhoea, gynecomastia, szexuális működés zavarai, vizeletürítési zavarok. **Ellenjavallatok** - A készítmény bármely összetevőjével szembeni ismert túlérzékenység.

1 mg 60x fogy. ár: 874 Ft, Eü.100 10/a2, 10/b3, 10/c2, 10/d2 tb.tám.: 574 Ft, tér. díj: 300 Ft; **2 mg 60x** fogy. ár: 1.238 Ft, Eü.100 10/a2, 10/b3, 10/c2, 10/d2 tb.tám.: 938 Ft, tér. díj: 300 Ft; **3 mg 60x** fogy. ár: 1.769 Ft Eü.100 10/a2, 10/b3, 10/c2, 10/d2 tb.tám.: 1.439 Ft, tér. díj: 300 Ft; **4 mg 60x** fogy. ár: 1.238 Ft Eü.100 10/a2, 10/b3, 10/c2, 10/d2 tb.tám.: 938 Ft, tér. díj: 300 Ft

OGYI-eng.sz.: OGYI/4524/2010, OGYI/4528/2010, OGYI/4534/2010, OGYI/4539/2010

A KÉSZÍTMÉNY ALKALMAZÁSA ELŐTT KÉRJÜK, OLVASSA EL A RÉSZLETES ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁST!

Termékeink árvaltozásaiival kapcsolatos információkért forduljon orvoslatogató kollégáinkhoz, illetve ezekről tájékozódhat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár honlapján: www.oep.hu.