FIATALSÁG, BOLDOGSÁG?

HANGULATZAVAROK GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN

MAGYAR GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIA

ÉS TÁRSSZAKMÁK TÁRSASÁGÁNAK

40. KONGRESSZUSA

2016. ÁPRILIS 8-9. SZEGED

PROGRAMFÜZET

SZERVEZŐIRODA

A kongresszussal kapcsolatos további információkkal a Szervezőiroda
szívesen áll rendelkezésre:

Golovanova Bea - CongressLine Kft.
1065 Budapest, Révay köz 2.,
Tel: (1) 429-0146, Fax: (1) 429-0147
E-mail: golob@congressline.hu
www.congressline.hu

KEDVES KOLLÉGÁK!

A 2016. évi kongresszusunk lesz a 40. alkalom, hogy tudományos céllal találkozunk. Szeged vár Bennünket, ahol áprilisban már sokat süt a nap és ideális körülmények várhatóak egy igazán tartalmas kongresszushoz és a kikapcsolódáshoz.

A konferencia kiemelt témáját a hangulattal kapcsolatos problémák adják. A hangulatzavarok gyakorisága az utóbbi évtizedben megemelkedett és a serdülő populáció körében a 3. leggyakoribb halálok az öngyilkosság.

A WHO becslése alapján a depresszió körülbelül 350 millió embert érint a világon, s a betegségben töltött évek száma alapján, a 10-19 éves fiatalok között az unipoláris depressziónak a legnagyobb a betegségterhe. Ugyancsak a WHO előrejelzése szerint 2030-ra a depresszió kezelésére, gyógyítására kiadott költségek fogják terhelni legjobban az egészségügyet. Súlyos és jelentős egészségkárosítást okozó betegségről van tehát szó, mely hosszú távon befolyásolhatja az egyén életvitelét, alkalmazkodását.

A bipoláris betegség gyakorisága serdülőkorban 0.6%, az egész világon körülbelül 60 millió embert érint. Az első mániás időszak általában serdülő- vagy fiatal felnőttkorban jelentkezik, melyet gyakran depresszió előz meg. A legfrissebb kutatások egyre több tényezőt azonosítanak a mentális betegségek, köztük a hangulatzavarok hátterében is, és a legújabb pszichiátriai diagnosztikai kritérium rendszer, a DSM-V, olyan hangulati problémákat is leír, melyek korábban nem jelentek meg önálló diagnosztikai entitástként. Ilyen a diszruptív hangulat diszregulációs zavar vagy a premenstruális diszfóriás zavar.

A téma változatos, sok olyan kérdést is felvet, melyekkel mindennapi munkánk során találkozunk. Remélem, hogy a kongresszus lehetőséget teremt arra, hogy közösen tekintsünk át a legfontosabb kérdéseket, és hogy kellemes időt töltsünk együtt. Sok szeretettel várunk minden érdeklődőt!

Kiss Enikő, a Társaság elnöke

A KONGRESSZUS HÁZIGAZDÁJA

Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ,
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

A KONGRESSZUS VÉDNÖKE

Fővédnök: Dr. habil. Bari Ferenc, dékán, SZTE Általános Orvostudományi Kar
Védnök: Dr. habil. Bereczki Csaba PhD, igazgató, SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

HELYI SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Dr. Vetró Ágnes - a kongresszus háziasszonya
Dr. Kapornai Krisztina
Dr. Kaczvinszky Emília

SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Dr. Besenyei Csilla, Dr. Bugán Enikő, Dr. Gallai Mária,
Dr. Kamuti Katalin, Dr. Kapornai Krisztina, Dr. Kiss Enikő,
Dr. Nagy Péter, Dr. Páli Eszter, Dr. Pősz Krisztina

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ

KONGRESSZUS ÉS REGISZTRÁCIÓ HELYSZÍNE:

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Oktatási Központ
6720 Szeged Dóm tér 13.

REGISZTRÁCIÓS IRODA NYITVA TARTÁSA:

2016. április 8., péntek 8:00 – 18:00
2016. április 9., szombat 8:00 – 12:00

KREDITPONTOK

Magyar Gyermek- és Ifjuságpszichiátriai és Társzakmák Társaságának 40. Kongresszusa akkreditált kongresszus, kódszáma: 62221. A kongresszus akkreditált pontértéke résztvevőknek 12 pont, előadóknak 12+5 pont.

RÉSZVÉTELI DÍJAK

Részvételi díjak	2016. március 13-ig	2016. március 13-tól	Helyszínen
Társasági tagok	20.000,- Ft	22.000,- Ft	25.000,- Ft
Nem tagok	25.000,- Ft	27.000,- Ft	30.000,- Ft
PhD / nyugdíjas / GYES / GYED	15.000,- Ft	17.000,- Ft	20.000,- Ft
Egyetemi hallgatók*/ GYES / GYED	ingyenes	ingyenes	ingyenes
Napijegy péntek	17.000,- Ft	17.000,- Ft	17.000,- Ft
Napijegy szombat	9.000,- Ft	9.000,- Ft	9.000,- Ft

A részvételi díj 27% Áfa-t, és 3200,- Ft/nap/fő közvetített étkezést tartalmaz
*Előzetes bejelentkezés/regisztráció szükséges! A részvétel nem tartalmaz étkezést.
2016. március 20. utáni lemondás esetén nem áll módunkban a részvételi díjat visszafizetni.

A RÉSZVÉTELI DÍJ TARTALMAZZA

- a kongresszuson való részvételt
- a kongresszus kiadványait
- a kávészüneteket
- a közös vacsorát pénteken

A NAPIJEGY ÁRA TARTALMAZZA

- az aznapi részvételt a tudományos programon
- a kitűzőt és a programfüzetet
- az aznapi kávészüneteket

A pénteki napijegy a közös vacsorát is tartalmazza.

FAKULTATÍV EBÉD

Pénteken és szombaton fakultatív, kétfogásos ebédet kínálunk az Alabárdos Étteremben, 990 Ft/fő áron. Csak előzetes megrendelés esetén tudjuk az ebédet biztosítani, a helyszínen az ebédjegyek árusítása korlátozott számban lehetséges.

KÖZÖS VACSORA

Péntek este 20 órától közös vacsorára várjuk a résztvevőket a Tisza River Rendezvényhajón.
A regisztrációs díj tartalmazza a vacsora árát.

SZÁLLÁS, SZOBAFOGLALÁS

A szállásfoglalásokat a beérkezés sorrendjében tudjuk elfogadni. Kérjük pontosan megjelölni a jelentkezési lapon akívánt szoba típusát, és hogy meg kívánja-e osztani azt valakivel (név).
Szállást csak a teljes szállásdíj befizetésével tudunk lefoglalni és visszaigazolni.

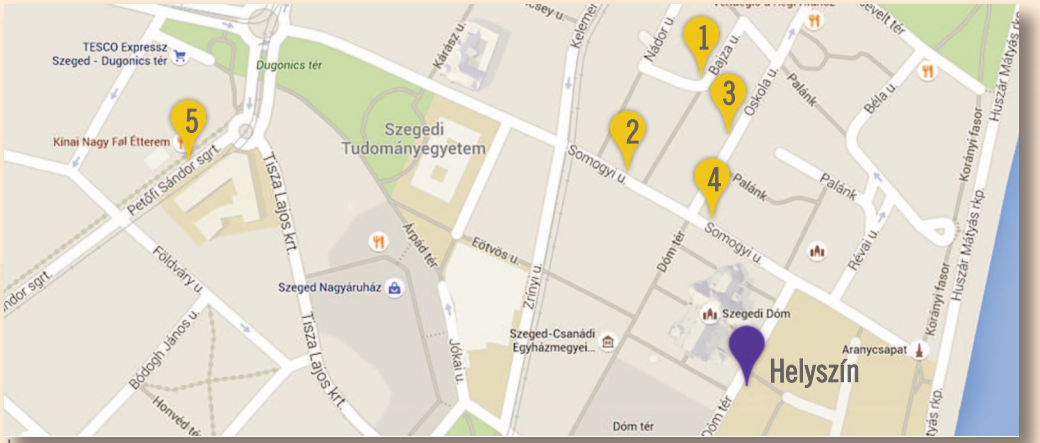
Szálloda	Egyágyas szoba	Kétágyas szoba
1. Dóm Hotel 6720 Szeged, Bajza u. 6.	24.500 Ft/szoba/éj	29.000 Ft/szoba/éj
2. Art Hotel Szeged 6720 Szeged, Somogyi u. 16.	18.000 Ft/szoba/éj	22.000 Ft/szoba/éj
3. Mozart Hotel 6720 Szeged, Oskola u. 16.	18.000 Ft/szoba/éj	21.000 Ft/szoba/éj
4. Szegedi Akadémiai Bizottság Vendégház 6720 Szeged, Somogyi u. 7.	15.000 Ft/szoba/éj	20.000 Ft/szoba/éj
5. Hotel Korona 6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 4.	14.000 Ft/szoba/éj	19.000 Ft/szoba/éj

A feltüntetett szobaárak tartalmazzák a reggelit, WiFi használatot és az adókat (ÁFA, IFA).
Igény esetén más szobatípus is elérhető (háromágyas szoba, apartman 2 hálószobával).
2016. március 20. utáni lemondás esetén nem áll módunkban a szállásdíjat visszafizetni.

SZÁLLÁSHELYEK PARKOLÁSI LEHETŐSÉGEI

Mozart Hotel: nincs parkoló, csak utcai parkolás lehetséges
Szegedi Akadémiai Bizottság Vendégház: 1 éj ingyenes parkolás partner parkolóban (TIK)
Hotel Korona: belső parkoló, ingyenes
Dóm Hotel: saját mélygarázs (1500 Ft/éj)
Art Hotel Szeged: saját mélygarázs (1650 Ft/éj)

Szeged hivatalos turisztikai honlapja:
www.szegedtourism.hu



PARKOLÁS

Szeged belvárosában a parkolóhelyeket előre váltott jogosultsággal lehet igénybe venni. Minden parkolóhely térítésköteles. A fizető parkolás időtartama munkanapokon 8:00 órától 18:00 óráig, valamint szombaton (a Mars tér és környékén) 8:00 órától 12:00 óráig terjed. A belvárosban két parkolóház is üzemel.
www.szepark.hu
www.tiszaparkolohaz.segitek.hu

HELYSZÍNEK MEGKÖZELÍTÉSE SZEGEDEN

A kongresszus helyszíne, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Oktatási Központja Szeged szívében, közvetlenül a Dóm mellett található. A Dóm tér a pályaudvarról egyszerűen, az 1-es vagy a 2-es jelzésű villamossal érhető el. Az autóbusz pályaudvarról egy átszállással, a 19-es trolibuszról vagy a 60-as autóbuszról az 1-es és 2-es villamossal közelíthető meg a helyszín. A szállások a Dóm tértől sétatávolságban, max. 10 perc gyaloglással megközelíthetők.

TÖMEGKÖZLEKEDÉS, MENETRENDEK, ÚTVONALTERV, JEGYÁRAK

Szegedi Közlekedési Kft.
www.szkt.hu, www.szegedkozlekedes.hu

Tisza Volán
www.tiszavolan.hu

TAXITÁRSASÁGOK

Rádió Taxi Három

62/480-480, 62/333-333
20/3-480-480, 30/3-480-480, 20/3-933-333

Tempo Taxi

62/490-490, 80/822-222,
30/282-2222, 20/982-2222

Tele-4 Taxi

62/444-444
30/999-4444

Domino Taxi

62/666-666, 20/246-6666,
30/246-6666, 70/246-6666

Taxi Plusz Szeged

62/555-555
30/4-555-555

PROGRAM

2016. ÁPRILIS 8., PÉNTEK

10:30-11:00 **MEGNYITÓ** — Ivánovics György terem

11:00-12:00 **PLENÁRIS ELŐADÁSOK I.** — Ivánovics György terem
Üléselnök: Kiss Enikő, Vetró Ágnes

11:00-11:20 **Diszruptív hangulatszabályozási zavar – új diagnózis a DSM-5-ben**
Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

11:20-11:40 **Segítségnyújtás és önsegítés a gyászban – A Gyász- és veszteségfeldolgozásMódszerTM (GriefRecoveryMethod®) és a gyász új szemlélete**
Sarungi Emőke[1,2,3]
[1]TRIOMED Orvosi Bt., Szeged
[2]SZTE BTK, Pszichológiai Intézet, Szeged
[3]Gyógyulás a Gyászból Magyar Központ, Szeged

11:40-12:00 **Pozitív pszichológiai eszköztár gyermek- és serdülőkori alkalmazási lehetőségei**
Hamvai Csaba
SZTE ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Szeged

12:00-13:00 **Ebéd (fakultatív)**

13:00-14:30 **1/A SZEKCIÓ: DEPRESSZIÓ** — Ivánovics György terem
Üléselnök: Gácser Magdolna, Kapornai Krisztina

Utak, vonalak, firkák – Depresszió-tipikus fejlődési utak terápiás megközelítési lehetőségei kisiskolás korban
Dorn Krisztina, Várhegyi Linda
PTE ÁOK Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Depresszió-prevenció a gyermek intenzívterápiás osztályon
Korzenszky Klára, Szántóné Sorompó Anett
MRE Bethesda Gyermekkórház,
Pszichoszomatikus részleg, Budapest

A mentálhigiénés szemléletű neveléssel csökkenhet a hangulatzavarban szenvedők száma
Papp István Csongor
Pszichiátriai magánrendelés, Szekszárd

Pszichózis vagy depresszió?
Csanálosi Dóra, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Hangulatzavarok előfordulása magasan funkcionáló autizmus spektrum zavarban érintett fiataloknál
Mészáros Lőrinc, Török Zsófia
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

14:30-14:45 Kávészünet

14:45-16:15 **2/A SZEKCIÓ: SZORONGÁSOS ZAVAROK, NIEMANN-PICK** — Iványovics György terem
Üléselnök: Kamuti Katalin, Oláh Róza

A szelektív mutizmus 15 évre visszatekintő utánkövetéses vizsgálata
Csupor Éva[1], Matalin Melinda[2], Vetró Ágnes[1]
[1]SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged
[2]*SZTE ÁOK VI. évf.*

A gyermekbántalmazás dimenziói
Kis Tibor, Vetró Ágnes, Pintér Sarolta
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Szülő-gyermek kommunikáció a halálról: hitelesség vagy tabuképzés?
Tóth Anett
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Az aikido alkalmazása gyermekkori szorongásos zavarok komplex csoportterápiájában
Tóth Anett, Fenyvesi Tamás, Dochnal Roberta, Komáromi Katalin, Otrosinka Sós Rebeka
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

13:00-14:30 **1/B SZEKCIÓ: DROG, SERDÜLŐ** — Issekutz Béla terem
Üléselnök: Balázs Judit, Páli Eszter

A viselkedési zavar és az oppozíciós zavar kapcsolata az életminőséggel
Szentiványi Dóra[1], Halász József[2,3], Miklósi Mónika[4, 5], Keresztény Ágnes[4,6], Horváth Lili Olga[1], Vida Péter[4,6], Balázs Judit[2,4]
[1] *ELTE PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest*
[2] *Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest*
[3] *Óbudai Egyetem, ÁMK, Budapest*
[4] *ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest*
[5] *Heim Pál Gyermekkórház, Budapest*
[6] *Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest*

„Füves-könyv" avagy Hol a boldogság mostanában?
Baukó Krisztina, Gácser Magdolna, Fierpasz Zsuzsanna, Mohácsi Magdolna
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyermek -és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Gyula

Önsértés: aktuális kérdések, mit mond az irodalom?
Mészáros Gergely, Horváth Lili, Balázs Judit
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A lányok szociális viselkedésének vizsgálata
Siklósi Réka, Dochnal Roberta, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Józanul biztonságban
Tóth Roland, Szobota Réka
Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum, Szeged

Katatón tünetekről az újabb adatok tükrében – irodalmi áttekintés és esetismertetés
Csábi Györgyi[1], Hau Lídia[1], Kovács Zsuzsanna[2], Bárdosi Réka[1], Tényi Tamás[3]
[1]*PTE ÁOK Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs*
[2]*Egyesített Egészségügyi Intézmények Pécs*
[3]*PTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs*

Programozott szorongásmegelőzés: a FRIENDS program
Pintér Sarolta[1], Záborszki Annamária[2], Dobos Éva[2], Sümegi Viktória[3], Prievara Dóra[4], Vetró Ágnes[1]
[1]*SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged*
[2]*SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Egészségbiztosítási Igazgatóság*
[3]*SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Szeged*
[4]*SZTE BTK Neveléstudományi Doktori Iskola*

„Én meg a Másik vagyok." – Esetismertetés
Horváth Ágnes, Bognár Vivien
Heim Pál Gyermekkórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

A Niemann-Pick szindróma C típusának gyermekpszichiátriai vonatkozásai
Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

14:45-16:15 **2/B SZEKCIÓ: ANOREXIA, KISGYERMEK** **Issekutz Béla terem**
Üléselnök: Bugán Enikő, Gallai Mária

Szülői stressz, depresszió és szorongás hatása a korai anya-gyermek interakciókra és a gyermek későbbi internalizáló/externalizáló zavaraira
Eigner Bernadett[1,2,3]
[1]*Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat VIII. kerületi Tagintézménye, Korai Fejlesztő Munkacsoport, Budapest*
[2]*Mikkamakka Alapítvány, Budapest*
[3]*Kapcsolatszerviz, Budapest*

Fluktuáló post traumás állapot és/vagy anorexia? A 9 éves királykisasszony, aki királynő akart lenni – Esetbemutatás
Hirsch Anikó, Loós Anita
MRE Bethesda Gyermekkórház, Pszichoszomatikus részleg, Budapest

Anorexia nervosa kognitív és affektív jellemzőinek vizsgálata: elsődleges eredmények ismertetése
Kakuszi Szilvia, Csábi Eszter, Bedekovics Norbert, Borbás Réka, Schulcz Rebeka, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged
SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Kognitív és Neuropszichológiai Tanszék

A természet változásrendjére épülő évkörös rítusjátékok, ünnepek, mint a személyiség és közösségfejlesztés eszközei – A népszokásokra épülő mentálhigiénés modell a Pécsi Gyermekotthonban
Platthy István
Pécsi Gyermekotthon, Pécs

„A gyerek nem eszik, velem minden rendben" – Csecsemő- és kisgyermekkori evészavarok integratív szemléletű kezelése
Szegleti Gabriella, Szalkay Krisztina
MRE Bethesda Gyermekkórház, Mentálhigiénés részleg, Budapest

Kutyával asszisztált terápia a gyermekpszichiátrián – Esettanulmány
Kása Péterné, Erdélyi Noémi, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

16:15-16:30 **Kávészünet**

16:30-17:30 **LILLY ADHD SZIMPÓZIUM** **Ivánovics György terem**
Üléselnök: Gallai Mária

Prof. Dr. Bánki M. Csaba: ADHD - neurobiológiától a farmakológiáig
Dr. Gallai Mária: Fókuszban a figyelemzavar - Mit mérünk, mivel mérjünk?
Dr. Tóth Ágoston: A Strattera hatékonysága a gyermek- és serdülőkori ADHD komorbid eseteiben

17:30-18:30 **MAGYIPETT KÖZGYŰLÉS** **Ivánovics György terem**

19:30 **Transzfer a vacsorára**

20:00 **Közös vacsora**

2016. ÁPRILIS 9., SZOMBAT

9:00-10:40 **ÉTKEZÉSI ZAVAROK SZIMPÓZIUM** — Ivánovics György terem

Üléselnök: Herczeg Ilona, Pászthy Bea

Anorexia nervosára fókuszált rövid családterápia az I. sz. Gyermekklinikán
Törzsök-Sonnevend Mária, Rozgonyi Emőke
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Aranyhaj és a leválás nagy gubanca – film- és meseterápiás tábor a serdülőkori változások jegyében
Törzsök-Sonnevend Mária, Rozgonyi Emőke, Gyenge Zsuzsanna
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az anorexia álarcában – Az anorexia nervosa és az SLE kapcsolata
Ábrahám Ildikó[1], Vakaliosz Athéna[1], Malik Anikó[2], Lódi Csaba[3], Müller Katalin[4], Dobner Sára[5], Kiss Emese[6], Gallai Mária[1]
[1] *SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest*
[2] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*
[3] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív Osztály, Budapest*
[4] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Belgyógyászati Osztály, Budapest*
[5] *Egyesített Szent István és Szent László Kórház Gyermekinfektológiai Osztály, Budapest*
[6] *Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest*

Sebek és hegek az evészavarokban
Ábrahám Ildikó
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az anorexia nervosa diagnosztikai jegyei családrajzokon
Máté Orsolya, Gyenge Zsuzsanna, Kövesdi Andrea
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Nehézségek az anorexia nervosa terápiájában
Ábrahám Ildikó, Csordás Patricia, Rozgonyi Emőke, Törzsök-Sonnevend Mária
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az anorexia nervosa kardiális kockázatai
Várnai Nikoletta, Gallai Mária
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

10:40-11:00 **PLENÁRIS ELŐADÁSOK II.** — Ivánovics György terem

Üléselnök: Páli Eszter

Fiatalkori öngyilkosság
Balázs Judit[1,2]
[1] *ELTE PPK, Pszichológia Intézet, Budapest*
[2] *Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest*

11:00-11:15 **Kávészünet**

11:15-12:45 **3/A SZEKCIÓ: TANULÁSI ZAVAR, ASD, OCD** — Ivánovics György terem

Üléselnök: Bálóné Dányi Izabella, Kiss Enikő

Fejlesztés, vagy korrepetálás? (Miért nem kielégítő a gyermekek fejlődése?)
Bálóné Dányi Izabella
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A testdiszmorfiás zavar és obszesszív-kompulzív zavar - kapcsolat, különbségek, hasonlóságok
Dochnal Roberta, Kapornai Krisztina, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Szülő – csoport – élmény
Gyimesi Nóra, Szári Laura
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

Hajszerződés, avagy trichotillomániával küzdő serdülők csoportterápiájának pilot vizsgálata
Marossy Zsófia, Galasi Zsófia, Gregó Enikő, Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Élmény a terápia!
Szári Laura, Gyimesi Nóra
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

Mi fán terem a gyógypedagógus? – Kompetencia és kompetencia határok. Pszichopedagógusok lehetséges szerepe a krónikus betegellátásban, ezen belül az epilepsziás gyermeket nevelő családok ellátásában.
Váraljai Réka
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Terápia és fejlesztés számítógéppel – készségek fejlesztése és a testtudatosság növelése gyermekeknél
Kántor Judit Ágota[1], Perényi Gitta[2], Szertics Péter[1]
[1]*At Work Kft, Budapest*
[2]*XI. Kerületi Pedagógiai Szakszolgálat, Budapest*

11:15-12:45 **3/B SZEKCIÓ: CSOPORT TERÁPIÁK** **Issekutz Béla terem**
Üléselnök: Gádoros Júlia, Rigler Ilona

Leválnék, de nem engeded – Esetbemutatás
Gauland Edina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

Szavak közül szabadulva
Teller Judit, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

Általános Hősképző Iskola nyári tábora
Galambosi Elvira, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Úton „Arany Pelevárba" – Belső tájakon a művészetterápia eszközeivel
Nyitrai Mónika, Sziray Zsófia
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

„Táncolj velem, apu, anyu!" – Szülők bevonása a gyermektáncterápiába
Vetier Anna[1], Cseri Ágnes[2]
[1]*Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest*
[2]*Budakeszi Úti Óvoda Labanc Utcai Tagóvodája, Budapest*

Kerekerdő varázslói
Simkó Anna, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Az augusztusi önismereti csoport fiataloknak, ami négy hónapig tartott
Fedor István[1], Dobos Kitty[1], Antal Brigitta[2], Üveges Tamás[1]
[1]*Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest*
[2]*Flow Consulting Kft.*

12:45-13:00 **KONGRESSZUS ZÁRÁSA** **Ivánovics György terem**

13:00- **Ebéd (fakultatív)**

GONDOLJA ÚJRA GONDOLJON NP-C-RE

ORGANIKUS PSZICHÓZIS? KOGNITÍV HANYATLÁS? PROGRESSZÍV ATAXIA?

Ellenőrizte, hogy van-e szemmozgászavar?
Lehet C típusú Niemann-Pick betegség (NP-C)?

AZ NP-C KEZELHETŐ BETEGSÉG. BÁRMELY ÉLETKORBAN JELENTKEZHET.

További információkért keresse fel a www.think-npc.com weboldalt.

THINK AGAIN
THINK NP-C

Ezt a projektet a Niemann Pick Disease Alliance koordinálja az Actelion Pharmaceuticals Ltd. közreműködésével és anyagi támogatásával.

Inpda
International Niemann-Pick Disease Alliance

ZAVESCA RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

A GYÓGYSZER NEVE Zavesca 100 mg kemény kapszula ATC: A16AX06
MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL 100 mg miglusztát kapszulánként. **KLINIKAI JELLEMZŐK Terápiás javallatok** A Zavesca az enyhe–középsúlyos, I. típusú Gaucher-kórban szenvedő felnőtt betegek orális kezelésére javallt. A Zavesca kizárólag olyan betegek esetén alkalmazható, akik számára az enzimszubsztitúciós terápia nem megfelelő. A Zavesca C-típusú Niemann-Pick betegségben szenvedő felnőtt és gyermek betegek progresszív neurológiai tüneteinek kezelésére javallt. **Adagolás és alkalmazás** A kezelést a Gaucher-kór vagy a C-típusú Niemann-Pick betegség kezelésében jártas orvosoknak kell vezetniük. Adagolás I. típusú Gaucher-kórban felnőttek: I. típusú Gaucher-kórban szenvedő felnőtt betegek kezelése esetén az ajánlott kezdő dózis napi háromszor 100 mg. Egyes betegek vél hasmenés miatt szükségessé válhat az adag átmeneti csökkentése, napi egyszer vagy kétszer 100 mg-ra. Gyermekpopulációk: A Zavesca hatásosságát 0–17 éves, I. típusú Gaucher-kórban szenvedő gyermek és serdülők esetében nem igazolták. Nincsenek rendelkezésre álló adatok. Adagolás C típusú Niemann-Pick betegségben Felnőttek: C típusú Niemann-Pick-kórban szenvedő felnőtt betegek kezelése esetén az ajánlott kezdő dózis napi háromszor 200 mg. Gyermekek: A C típusú Niemann-Pick betegségben szenvedő serdülőkorú (12 éves és annál idősebb) betegek kezelése során a javasolt dózis naponta háromszor 200 mg. A 12 év alatti betegek esetében az adagolást a testfelszín alapján módosítani kell. Egyes betegeknél hasmenés miatt szükségessé válhat az adag átmeneti csökkentése. A Zavesca-kezelés előnyös hatását szabályos időközönként értékelni kell. A 4 évesnél fiatalabb, C típusú Niemann-Pick-betegségben szenvedő betegek esetében a Zavesca-kezelés tapasztalatai korlátozottak. **Különleges betegcsoportok** Időskoniak: 70 év feletti betegek esetén a Zavesca alkalmazásával nincs tapasztalat. Vese-betegség: A farmakokinetikai adatok a vesebetegeknél fokozott szisztémás miglusztát-expozíciót mutatnak. Ha a beteg korrigált kreatinin clearance értéke 50-70 ml/perc/1,73 m², a gyógyszeradagolást napi kétszer 100 mg-os adaggal kell kezdeni I. típusú Gaucher-kór esetén és napi kétszer 200 mg adaggal (12 évnél fiatalabb betegek esetében a testfelszínhez viszonyítottan módosítva) C típusú Niemann-Pick-betegségben. Ha a beteg korrigált kreatinin clearance értéke 30-50 ml/perc/1,73 m², a gyógyszeradagolást napi egy 100 mg-os kapszulával kell kezdeni I. típusú Gaucher-kór esetén és napi kétszer 100 mg adaggal (12 évnél fiatalabb betegek esetében a testfelszínhez viszonyítottan módosítva) C típusú Niemann-Pick-betegségben. A súlyos vesebetegségben szenvedő betegek esetén (kreatinin clearance < 30 ml/perc/1,73 m²) a gyógyszer alkalmazása nem javallt. Májbetegség: A Zavesca alkalmazását májbetegek esetén nem vizsgálták. Az alkalmazás módja: A Zavesca étkezés közben és étkezéstől függetlenül is bevehető. **Ellenjavallatok** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések** Remegés: Klinikai vizsgálatok során az I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegek körülbelül 37%-a, a C típusú Niemann-Pick betegségben szenvedő betegek 58%-a számolt be a kezelés során remegés jelentkezéséről. A gyógyszeradag csökkentése rendszerint néhány napon belül enyhíthető a remegést, egyes esetekben azonban a kezelés felfüggesztése válhat szükségessé. Emésztőrendszeri zavarok: A betegek több mint 80%-ánál figyelték meg gastrointestinalis problémákat, elsősorban hasmenést, amelyek vagy a kezelés kezdetén, vagy időszakosan a kezelés során jelentkeztek. A miglusztát okozta gasztrointesztinális események reagálnak az étrend egyéni módosítására (például a szacharóz, laktóz és egyéb szénhidrátok bevitelének csökkentése), a Zavesca bevételének az étkezések közötti időtávsére és/vagy hasmenés elleni gyógyszer, pl. loperamid adására. Egyes betegeknél szükséges lehet a dózis átmeneti csökkentése. Azokat a krónikus hasmenésben vagy egyéb perisztáló gastrointestinalis panaszokban szenvedő betegeket, akiknél ezek a beavarkozások nem járnak eredménnyel, a klinikai gyakorlatnak megfelelően ki kell vizsgálni. A Zavesca-t még nem értékelték olyan betegeknél, akiknek kórtörténetében jelentős gyomor-, bélrendszeri betegség, többek között gyulladásos bélbetegség szerepel. A betegek több mint 80%-ánál figyelték meg gastrointestinalis problémákat, elsősorban hasmenést, amelyek vagy a kezelés kezdetén, vagy időszakosan a kezelés során jelentkeztek. Spermatogenesisre gyakorolt hatás: A férfibetegek tek a Zavesca szedése alatt megbízható fogamzásgátló módszert kell alkalmazniuk. A férfibetegek a fogamzás tervezett időpontja előtt három hónappal függeszcrik fel a Zavesca szedését, s további három hónapon át gondoskodjanak a megfelelő fogamzásgátlásról. **Különleges betegcsoportok** Mivel nem áll rendelkezésre elegendő információ, a Zavesca adása vese- vagy májbetegségben szenvedők esetén elővigyázatcsságot igényel. Jelenleg nem áll rendelkezésre elegendő klinikai tapasztalat az adagolási javaslatok kidolgozásához. A súlyos vesebetegségben (kreatinin clearance < 30 ml/perc/1,73 m²) szenvedő betegek esetén a Zavesca alkalmazása nem javallt. I. típusú Gaucher-kór: Bár a korábban kezelést nem kapó, I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegeknél nem történt közvetlen összehasonlítás az enzimszubsztitúciós kezeléssel, nincs bizonyíték arra, hogy a Zavesca alkalmazása az enzimszubsztitúciós terápiánál hatékonyabb vagy biztonságosabb. Az I. típusú Gaucher-kór miatt kezelést igénylő betegek standard kezelése az enzimszubsztitúciós terápia. Kifejezetten a súlyos Gaucher-kórban szenvedő betegeknél nem értékelték a Zavesca hatásosságát és biztonságosságát. Javasolt a B12-vitamin szintjének rendszeres ellenőrzése, mivel az I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegek között magas a B12-vitaminhiány előfordulási aránya. A Zavesca-val kezelt betegek vél perifériás neuropátiát jelentettek, egyéb tényezők, például B12-vitaminhiány vagy monok onális gammopátia fennállásával együtt, vagy anélkül. A perifériás neuropátia gyakoribbnak tűnik I. típusú Gaucher-kórss betegeknél, mint az átlagpopulációban. Minden beteg esetén a kezelés megkezdése előtt, majd ismételten neurológiai vizsgálatot kell végezni. Az I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegek esetén a vérlemeztszám monitorozása javasolt. I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegek esetén, akik az ERT-ről Zavesca-kezelésre váltottak, a vérlemezkeszám enyhe, vérzéssel nem társuló csökkenését figyelték meg. C típusú Niemann-Pick-betegség: A Zavesca-kezelés neurológiai tünetekre kifejtett jótékony hatását C típusú Niemann-Pick-betegségben szabályos időközönként (azaz 6 havonta) értékelni kell; a Zavesca-kezelés folytatását legalább 1 év eltelte után kell újra megbecsülni. Néhány C típusú Niemann-Pick-betegségben szenvedő beteg Zavesca-kezelése során a vérlemezkék számának enyhe, vérzéssel nem társuló csökkenését figyelték meg. A klinikai vizsgálatban részt vevő betegekben a betegek 40-50%-ának volt alacsonyabb a normálisnál a vérlemezkeszáma a kiindulóskor. Ezekben a betegekben a vérlemezkeszám ellenőrzése ajánlott. Gyermekek: C típusú Niemann-Pick-betegségben szenvedő néhány beteg gyermeknél a miglusztáttal való kezelés korai szakaszában a növekedés csökkenését közölték, ahol a kezdeti csökkent súlygyarapodáshoz csökkent testhossznövekedés társulhatott vagy követhette azt. A Zavesca-kezelés során a növekedést ellenőrizni kell gyermek- és serdülőkorú betegek esetében. A kezelés folytatásának kockázat/haszon arányát egyéni szempontok alapján kell újraértékelni. **Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók** A rendelkezésre álló, korlátozott mennyiségű adatok arra utalnak, hogy a Zavesca és az imiglucerázzal történő enzimpótlás együttes alkalmazása I. típusú Gaucher-kórban szenvedő betegekben csökkent miglusztát-expozíciót eredményezhet. A Zavesca nem, vagy csak korlátozott mértékben hat az imigluceráz farmakokinetikájára. **Termékenység, terhesség és szoptatás** A migliusztát átjut a méhlepényen és terhesség alatt nem adható. Nincs arra vonatkozó adat, hogy a migliusztát kiválasztódik-e az anyatejbe. A Zavesca a szoptatás ideje alatt nem szedhető. A fogamzóképes korú nőknek fogamzásgátlást kell alkalmazniuk. A férfibetegeknek megbízható fogamzásgátló eljárást kell alkalmazniuk a Zavesca szedésének ideje alatt. **A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek kezeléséhez szükséges képességekre** A Zavesca csak elhanyagolható mértékben befolyásolja a gépjárművezetéshez és gépek kezeléséhez szükséges képességeket. Szédülés esetén gépjármű vezetése nem javasolt. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások** Tizenegy klinikai vizsgálatban, különböző javallatok alapján 247 beteget kezeltek 3 × 50 - 200 mg/nap Zavesca-val, átlagosan 2,1 éven keresztül. E betegek közül 132 volt I. típusú Gaucher-kóros és 40 C típusú Niemann-Pick-betegségben szenvedett. A mellékhatások általában enyhék, középsúlyosak voltak, és hasonló gyakorisággal fordultak elő az értékelt javallatok és dózisok esetében. Mellékhatások: Nagyon gyakori (≥ 1/10): fogyás, étvágycsökkenés, remegés, hasmenés, flatulencia, hasi fájdalom. Gyakori (≥ 1/100): thrombocytopenia, depresszió, álmatlanság, csökkent libido, perifériás neuropátia, ataxia, amnézia, paresztézia, hypoaesthesia, fejfájás, szédülés, hányinger, hányás, haspuffadás/hasi panaszok, székrekedés, dyspepsia, izomgörcsök, izomgyengeség, kimerültség, gyengeség, hidegrázás és rossz közérzet, kóros eredmények idegvezetési vizsgálatokban. A Zavesca-t olyan javallatokban is vizsgálták, amelyekben bizonyos olyan eseményeket mellékhatásként jelentettek (pl. neuropszichológiai és neuropszichológiai panaszokat/tüneteket, kognitív diszfunkciót és thrombocytopeniát), amelyekct az alapbetegség is előidézhetett. **Túladagolás** Túladagolásból eredő akut tünetet nem figyeltek meg. A klinikai vizsgálatok során a Zavesca-t legfeljebb hat hónapon át, napi max. 3000 mg-os dózisokban adták HIV-pozitív betegeknek. A mellékhatások között előfordult granulocitopénia, szédülés és paresztézia. **GYÓGYSZERÉSZTI JELLEMZŐK** Felhasználhatósági időtartam: 5 év. Különleges tárolási előírások: Legfeljebb 30°C-on tárolandó. Csomagolás típusa és kiszerelése: ACLAR/ALU buborékcsomagolás, dobozonként 4 buborékcsomagolás, egyenként 21 kapszulával, összesen 84 darab kapszula.
A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGOSULTJA
Actelion Registration Ltd. Chiswick Tower, 13th Floor 389 Chiswick High Road London W4 4AL Nagy-Britannia
A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA(I) EU/1/02/238/001 **A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY ELSŐ KIADÁSÁNAK/ MEGÚJÍTÁSÁNAK DÁTUMA** A forgalomba hozatali engedély első kiadásának dátuma: 2002. november 20. A forgalomba hozatali engedély legutóbbi megújításának dátuma: 2012. november 20.
A SZÖVEG ELLENŐRZÉSÉNEK DÁTUMA - 2015. október
A GYÓGYSZER RENDELHETŐSÉGE - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer
A gyógyszerről részletes információ az Európai Gyógyszerügynökség internetes honlapján (http://www.ema.europa.eu) található.
A RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS DÁTUMA - 2015. október 26.
TB TÁMOGATÁS: egyedi méltányossá alapján.
Amennyiben termékeinkkel kapcsolatban részletes információra van szüksége, kérjük, olvassa el az alkalmazási előírást: http://www.ema.europa.eu/
Amennyiben termékeink alkalmazása során "nemkívánatos esemény" észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a drugsafetyHU@actelion.com e-mail címen, vagy a +36 1 413 3270-es telefonszámon.

AZ ANYAG LEZÁRÁSÁNAK IDŐPONTJA: 2016. március 10.
Act/HU/Zav/2016/011

ACTELION
Actelion Pharmaceuticals Hungaria Kft. 1068 Budapest, Benczúr u. 47. • Tel: +36-1-413-32-70
e-mail: localinfo.hubu@actelion.com

zavesca miglustat

ABSZTRAKTOK

2016. április 8., péntek –PLENÁRIS ELŐADÁSOK I.

Diszruptív hangulatszabályozási zavar – új diagnózis a DSM-5-ben

Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A XX. század végétől kezdődően – elsősorban az Egyesült Államokban – meredeken emelkedni kezdett a gyermekkori bipoláris zavar diagnózisának gyakorisága. Az esetek körültekintő vizsgálata azonban felhívta rá a figyelmet, hogy számos, bipoláris zavarként diagnosztizált gyermeknél a tünetek nem a várt lefolyást és együttállást mutatták. Ezzel együtt egyre több tanulmány jelent meg a gyermekkori irritabilitás különféle vonatkozásairól, többek között a későbbi kimenetel jellegzetességeiről. Mind a rövid- és hosszútávú utánkövetések, mind a családokban halmozódó pszichiátriai zavarokat tanulmányozó vizsgálatok arra mutattak rá, hogy a korábban jellemzően bipoláris zavarként diagnosztizált vagy egyéb kategóriába erőltetett gyermekkori irritabilitás bizonyos formája önállóan definálható kórképként írható le. Így született meg a diszruptív hangulatszabályozási zavar diagnózisa, amely az elmúlt néhány évben végzett vizsgálatok alapján a gyerekek egy csoportjánál a korábbiaknál jóval pontosabb prognosztikus, terápiás és tünetegyüttállási predikciókat tesz lehetővé.
Ennek megfelelően fontos a jelenleg még alig ismert és használt, a BNO rendszerében egyáltalán nem szereplő diagnózis kritériumainak és egyéb, eddig felismert vonatkozásainak ismerete.

Segítségnyújtás és önsegítés a gyászban – A Gyász- és veszteségfeldolgozásMódszerTM (GriefRecoveryMethod®) és a gyász új szemlélete

Sarungi Emőke [1,2,3]
[1] *TRIOMED Orvosi Bt., Szeged*
[2] *SZTE BTK, Pszichológiai Intézet, Szeged*
[3] *Gyógyulás a Gyászból Magyar Központ, Szeged*

A veszteség élményének univerzalitása mellett mindannyian megtapasztalhatjuk a gyász egyediségét mind a saját életünkben, mind a klienseinkkel való munka során. A gyásszal kapcsolatos megközelítések a korai elméletektől, a második generációs gyász-elméleteken keresztül a legújabb kutatásokig, valamint a gyász testi-lelki egészségi állapotra való hatásának vizsgálatáig sokfajta változáson mentek keresztül. A legfrissebb kutatások és a segítők tapasztalatai egybecsengenek abban a tekintetben, hogy a gyász jelensége bár univerzális, de a gyász megtapasztalása egyedi, mivel rendkívül sokféle tényező által befolyásolt. Az előadás ezeket a szemléleti változásokat, kutatási összegzéseket, valamint a Gyász- és veszteségfeldolgozásMódszerTM önsegítő cselekvésprogramját és kapcsolódását mutatja be mindezekhez a tapasztalatokhoz és különféle elméletekhez.
Az előadás kitér a gyerekek gyászával kapcsolatos új szemléletbeli és módszertani lehetőségekre is a Gyász- és veszteségfeldolgozásMódszerTM, gyerekekre vonatkozó részének ismertetésén, valamint egy társasjáték (TrauerLand) bemutatásán keresztül.
A gyászfeldolgozás módszerét John W. James indította el az USA-ban a hetvenes években, és alapította meg Russell Friedmannel közösen a The GriefRecovery Institute-ot. Azóta több országban is létrejöttek és működnek a módszert alkalmazó és gyászfeldolgozás specialistákat képző központok. Andrea HerkeDahlgren Svédországban és Los Angelesben képződött gyászfeldolgozás specialista vezetésével Magyarországon 2009-től indult el a módszer átadása a Gyógyulás a Gyászból Magyar Központban csoportosan és egyénileg a gyászolók és sokféle érzelmi veszteséget átélt emberek megsegítésére. A központ szakmai vezetője 2012 óta Dr. Sarungi Emőke, aki 2011-ben Los Angeles/Sherman Oaksban a GriefRecovery Institute-ban végezte el a gyászfeldolgozás specialista képzést Russell Friedmannél, a módszer kidolgozóinak és a könyv szerzőpárosának egyikénél. A központ jelenlegi legfontosabb célkitűzése, hogy magyar nyelven is elkezdődhessen Gyászfeldolgozás Specialisták képzése, hogy a módszer segítségével minél több érzelmi veszteséget, gyászt átélő ember kaphasson segítséget.

Pozitív pszichológiai eszköztár gyermek- és serdülőkori alkalmazási lehetőségei

Hamvai Csaba
SZTE ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Szeged

A gyakorlati pszichológia érdeklődésének fókuszában hagyományosan a negatív tényezők (károsodások, deficitek, anomáliák, diszfunkciók stb.) és ezek kezelési módjai álltak. A pozitív pszichológia egyfajta alternatívát kínál ezzel a beállítódással szemben. Nem tagadva az emberi szenvedés csökkentésének fontosságát fő célkitűzésének a kielégítő, boldog élet előfeltételeinek vizsgálatát és kiaknázását tekinti.
A pozitív pszichológia a boldogság elérését három fronton keresztül igyekszik elősegíteni. Az első az egyén szubjektív boldogságélményét jelenti. Az irányzat a szubjektív boldogságélmény három dimenzióját különbözteti meg: az élvezetekből eredő hedonista boldogságot, az aktivitásból származó boldogságot (flow) és végül a jelentéssel bíró életből fakadó boldogságot. A pozitív pszichológia második csomópontja az emberi erősségek és erények azonosítása, amelyek az egyén boldogságát szavatolják. Ezeket az erősségeket és erényeket egy Valuesin Action (VIA) nevű klasszifikációs rendszerbe gyűjtötték össze, ennek már gyermekek illetve serdülők számára készült változata is elérhető. A VIA alkalmas arra, hogy az emberek számára egyénre szabottan határozzák meg a kiemelkedő erősségüket és erényüket, és ezek alapján konkrét cselekvési programot állítsanak össze a boldogabb élet elérésére. Végül a pozitív pszichológia intézményi szinten is igyekszik kibontakoztatni alapelveit.
Előadásom során részletesebben áttekintem a pozitív pszichológia kialakulásának okait, célkitűzéseit, módszereit, és bemutatom a fiatalok számára kifejlesztett pozitív pszichológiai alkalmazásokat.

2016. április 8., péntek –1/A SZEKCIÓ: DEPRESSZIÓ

Utak, vonalak, firkák – Depresszió-tipikus fejlődési utak terápiás megközelítési lehetőségei kisiskolás korban

Dorn Krisztina, Várhegyi Linda
PTE ÁOK Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

A fejlődési pszichopatológia nézetrendszerében az organikus sérülékenység, a koragyermekkori érzelemszabályozási deficitek és a kötődési kontextus negatív interakciója, az e tényezőkben fellelhető hiányok és sérülések depresszió-tipikus fejlődési ívhez vezethetnek el. A gyermekek szelf-fejlődését további rizikófaktorok (transzgenerációs traumatizáltság, bántalmazás, gyenge anyai reflektív szelf funkció) befolyásolhatják, és meggátolhatják az adaptív megküzdési módok kialakulását.
Előadásunk célja, hogy a gyermekek fejlődéstörténetének ismeretében, a kisiskolás korban megjelenő viselkedéses tüneteket (lopás, dühkitörések, irritabilitás, szuicid fenyegetések) beleillesszük — egy depresszió-tipikus fejlődési szerveződésbe és a tüneti kép hátterében kibontható tényezőkre kidolgozott terápiás lehetőségeket mutassunk be.
A szülővel és a gyermekkel párhuzamosan folyó terápiás munkánk célja minden esetben a gyermekek érzelem és indulatszabályozási – és az anyák mentalizációs deficitjének reparálása volt. A gyermeki oldalról a kapcsolati és szabályozási kontextust több esetben a Winnicott-firka módszere adta, míg a szülői életutak traumatikus momentumainak fel- és elismerésével esélyt teremtettünk a kapcsolat újraépítésére és a tünetek enyhítésére.

Depresszió-prevenció a gyermek intenzívterápiás osztályon

Korzenszky Klára, Szántóné Sorompó Anett
MRE Bethesda Gyermekkórház, Pszichoszomatikus részleg, Budapest

Az interdiszciplináris team (szakorvos, ápoló, pszichiáter, pszichológus, szociális munkás) jelentősége az intenzívterápiás osztályokon hazánkban is egyre jobban növekszik. A kritikus, életveszélyes állapotú gyermekek életfunkcióinak stabilizálása, a lélegeztető gépek, betegőrző monitorok, és speciális gyógyszerek szükségessége, valamint a gyakran beláthatatlan idejű/kimenetelű gyógyulási folyamat óriási fizikai és érzelmi megterhelést jelent mind a kezelt gyermekek, mind a szülők/hozzátartozók számára. Az állapot okozta veszteség, a bizonytalanság és a kontrollvesztés élménye negatív hangulati állapotot okoz, a tehetetlenség érzése gyakran reménytelenséggé alakul, ami elkerülhetetlenül a depresszió tüneteinek kialakulásához vezet.
Az intenzív osztályon e tünetek felismerése és kezelése a fizikai körülmények miatt nem történhet hagyományos módon: az ágyhoz kötöttség, a mozgás- illetve beszédképtelenség, vagy az elsődleges betegség tüneteinek kezelési prioritása miatt a diagnosztikai, prevenciós és intervenciós módszerek csak a hagyományostól eltérő módon alkalmazhatók.
Előadásunkban arra keressük a választ, hogy a fenti körülmények között a hangulatzavar milyen módon diagnosztizálható, hogy a szülők hangulati állapota hogyan befolyásolja a gyermek fizikai és mentális állapotát, és melyek azok a prevenciós módszerek, amelyekkel a valódi depresszió kialakulása a gyermekeknél és a szülőknél egyaránt megelőzhető. Saját tapasztalatainkat – nehézségeinket, elakadásainkat, megoldásainkat, valamint sikerélményeinket – egy aktuális eset mentén mutatjuk be.

A mentálhigiénés szemléletű neveléssel csökkenhet a hangulatzavarban szenvedők száma

Papp István Csongor
Pszichiátriai magánrendelés, Szekszárd

Az a tény, hogy a hangulat-zavarban szenvedők száma gyors növekedést mutat, arra utal, hogy a genetikai adottságokat meghaladó környezeti-kapcsolati tényezők játszhatnak ebben egyre nagyobb szerepet. Az ember igényei, adottságai lényegesen nem változtak, melyek lehetnek azok a területek, ahol az érzelmi igények nem kerülnek kielégítésre. Felmerül annak lehetősége, hogy ez oki tényezőként szerepel a későbbi hangulati zavarok kialakulásában.
Előadásom arról szól, hogy a gyermeket – a magzati kortól az ifjú koráig,- a gondozás, nevelés során, milyen nehezen feldolgozható negatív benyomások érhetik, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy nála természetes hangulat – ingadozásokat meghaladó reakciók lesznek rá jellemzőek.
Therapeuta-ként, sok esetben sikerül olyan összefüggést találnom, hogy ilyen ártalom hozzájárul ahhoz, hogy az egyénnél nem alakul ki teherbíró érzelmi képesség.
Mindezekből következik, hogy a mai modern világban, is igényelné a gyermek a biztonságot nyújtó derűs, támogató, elfogadó nevelési légkört. Csak ebben az esetben fejlődik ki a személyiségének harmonikus jellege, mely az érzelmi élet épségén múlik és a boldogulás egyik alapvető feltétele.

Pszichózis vagy depresszió?

Csanálosi Dóra, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: 15,5 éves serdülőt pszichózis kórismével utalták osztályunkra, magatartásváltozás kapcsán. Otthonában vizuális érzékcsalódásai alakultak ki, folyamatosan bűnösségérzésről beszélt, intenzív önvádlások és szorongás jellemezte, befeléfordulóvá vált. Előzményben 3 éves kora óta tartó pszichiátriai gondozás szerepel hiperkinetikus magatartászavar, beilleszkedési problémák, heteroagresszív megnyilvánulások, oppozíciós zavar miatt. A családi légkör diszharmonikus, folyamatos konfliktusokkal terhelt.
Hipotézis: Paranoid pszichózisnak véleményezve a tünettant, antipszichotikus terápiát állítottunk be. Ezen terápia indítását követően 2 héttel a serdülő holothymdoxasmái perzisztáltak, továbbra is erősen szorongott és egyre kifejezettebben észlelhetővé váltak affektív tünetei. Hipotézisünket módosítottuk, a klinikai képet pszichotikus mélységű depresszióként értelmezve, az antipszichotikum mellé antidepresszívumot adtunk. Ezen terápiás kombináció mellett először a pszichotikus, majd az affektív tünetek szanálódtak, végül teljes remisszió állapota alakult ki.
Összefoglalás: A serdülő - tartós negatív környezeti hatásokkal szembeni védekezésként- éveken keresztül különböző externalizáló jellegű problémaviselkedést mutatott. Egy súlyos familiáris konfliktust követően addigi pszichológiai védekezési stratégiában markáns változás történt, internalizáló jellegű tünetek, súlyos depresszió klinikai képe bontakozott ki. Az eset jól illusztrálja, hogy tartós családi egyensúlyzavar - a tünethordozó családtagnál - a tünetek kronicizálódását vagy folyamatos metamorfózisát eredményezi. Ilyenkor tartós egyensúlyi állapotot csak akkor várhatunk, ha a gyógyszeres terápia mellett, rendszerszemléletű megközelítésben alkalmazott családterápiás intervenciók is történni fognak.

Hangulatzavarok előfordulása magasan funkcionáló autizmus spektrum zavarban érintett fiataloknál

Mészáros Lőrinc, Török Zsófia
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

Bevezető: A komorbid pszichiátriai zavarok felismerése komoly kihívást jelent az autizmus spektrum zavar (ASD) klinikai képe mellett. Ugyanakkor számos kutatás igazolja, hogy jelentősen magasabb ezeknek a prevalenciája, mint az átlagos populációban. Tapasztalataink szerint igen gyakori valamilyen szorongásos zavar (AD) ill. depresszió (MDD) előfordulása az Alapítványunknál kezelt serdülő, ill. fiatal felnőttkorban lévő ASD-ben érintett fiataloknál.
Kérdésfelvetés: Van okunk feltételezni, hogy a hangulati élet zavaraira (MD) különösen hajlamossá tesz az ASD mint rizikófaktor.

1. Igazolják-e a nemzetközi kutatások az MD és az ASD magasabb komorbiditását, vagy ez csak a segítséget kérőknél jelenik meg magasabb arányban?
2. Milyen indikációk fogalmazhatóak meg az előbbi kérdés tükrében az intervenció számára?

Módszer: Szakirodalmi áttekintés és esetbemutatásokon keresztül próbáljuk megérteni a két állapot közötti összefüggéseket.
Eredmények: Legfrissebb kutatások mind egyértelműen arra mutatnak rá, hogy az ASD mint rizikófaktor mellett különösen magas az MD előfordulása. Ezen belül is az MDD (akár 70%) és az AD (akár 56%) önmagukban magasabb számban fordulnak elő, mint a többi zavar összesen. Az OCD kivételt jelent: ennek erősen vitatott a komorbiditási aránya. Váratlan eredmény a bipoláris II magasabb előfordulása is.
Összegzés: Ezen párosuló pszichiátriai zavarok, melyek jóval gyakoribbak ASD-ban, mint az átlagpopulációban, nagymértékben ronthatják a kilátásokat és a beavatkozások hatékonyságát. A terápiás beavatkozások során szükséges serdülőkortól kezdve közelről monitorozni és kezelni a felmerülő MD-t, de már a korábbi időszakban is hangsúlyt kell kapnia a prevenciónak.

2016. április 8., péntek –1/B SZEKCIÓ: DROG, SERDÜLŐ

A viselkedési zavar és az oppozíciós zavar kapcsolata az életminőséggel

Szentiványi Dóra[1], Halász József[2,3], Miklósi Mónika[4,5], Keresztény Ágnes[4,6], Horváth Lili Olga[1], Vida Péter[4,6], Balázs Judit[2,4]
[1] *ELTE PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest*
[2] *Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest*
[3] *Óbudai Egyetem, ÁMK, Budapest*
[4] *ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest*
[5] *Heim Pál Gyermekkórház, Budapest*
[6] *Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola*

Bevezetés: Az életminőség fogalma egyre elterjedtebb mind a felnőtt, mind a gyermekpszichiátriában, ugyanis a konstruktum által mérhetővé válnak a betegségekkel kapcsolatos szubjektív élmények. A leggyakoribb okok között szerepel az ellátórendszerhez fordulók között viselkedési zavar (CD) és az oppozíciós zavar (ODD). A szakirodalomban bár találunk adatokat az ODD és CD életminőségre gyakorolt hatására, azonban tudomásunk szerint a témára fókuszáló review eddig nem született.
Célkitűzés: Vizsgálatunk során célkitűzésünk volt szisztematikusan áttekinteni, hogy milyen mérőeszközökkel vizsgálják a fent említett zavarok fennállását és tüneteit, valamint az életminőséget, továbbá, hogyan befolyásolja az életminőséget az ODD és CD komorbid zavarként megjelenve; valamint felnőttkorban; illetve találunk-e különbséget az életminőség értékelésekben, ha

a gyermekek maguk vagy a szüleik ítélik meg azt.
Módszerek: Szisztematikus keresést végeztünk 5 adatbázison Medline, Pubmed, Science Direct, Scopus és Web of Science, a következő keresőszavakkal: viselkedési zavar, oppozíciós zavar és az életminőség. Angol, német és magyar nyelven történt a keresés.
Eredmények: A duplikációkkal együtt 948 cikket áttekintve a vizsgált kérdésekkel 16 kutatás foglalkozott. Három kivétellel az áttekintett tanulmányok szerint az ODD, CD, illetve ezeknek tüneti rontják az életminőség bizonyos területeit mind a szülők, mind a gyermekek értékelései alapján. Csökken az életminőség, amennyiben más kórképek mellett az ODD és a CD komorbid zavarként jelentkezik vagy tüneteik fennállnak. Az említett gyermekkori zavarok fennállása 18 év felett is romlást eredményez az életminőség több területén mind a 3 felnőttekkel foglalkozó tanulmány alapján.
Diszkusszió: Az áttekintett publikációk azt mutatják, hogy az ODD és CD jelenléte nem csak gyermekkorban befolyásolja negatívan az életminőséget, hanem a zavar hatása felnőttkorban is észlelhető. A téma további kutatásokat igényel, ugyanis bár DSM-5-ben történő kategorizálása során az élettartam szemlélet hangsúlyosabbá vált, mégis kevés adatot találunk az idősebb korosztályra gyakorolt hatásairól. Emellett tudomásunk szerint nincsen olyan tanulmány, mely társuló zavarok nélkül vizsgálná az ODD és CD életminőségre gyakorolt hatását.

„Füves-könyv" avagy Hol a boldogság mostanában?

Baukó Krisztina, Gácser Magdolna, Fierpasz Zsuzsanna, Mohácsi Magdolna
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Gyula

„Boldogság természetesen nincsen, abban a lepárolható, csomagolható, címkézhető értelemben, mint ahogy a legtöbb ember elképzeli. Mintha csak be kellene menni egy gyógyszertárba, ahol adnak, három hatvanért, egy gyógyszert, s aztán nem fáj többé semmi. Mintha élne valahol egy nő számára egy férfi, vagy egy férfi számára egy nő, s ha egyszer találkoznak, nincs többé félreértés, sem önzés, sem harag, csak örök derű, állandó elégültség, jókedv és egészség. Mintha a boldogság más is lenne, mint vágy az elérhetetlen után!
Legtöbb ember egy életet tölt el azzal, hogy módszeresen, izzadva, szorgalmasan és ernyedetlenül készül a boldogságra. Terveket dolgoznak ki, hogy boldogok legyenek, utaznak és munkálkodnak e célból, gyűjtik a boldogság kellékeit, a hangya szorgalmával és a tigris ragadozó mohóságával. **S mikor eltelt az élet, megtudják, hogy nem elég megszerezni a boldogság összes kellékeit. Boldognak is kell lenni, közben. S erről megfeledkeztek**".
Márai Sándor Füves-könyvében. „A boldogságról" írt. A boldogságkeresés számos úton történhet, egyik formája az exogén tényezők, azon belül is a designer drogok kipróbálása. Egy osztályunkon kezelt fiatal esetén keresztül szeretném bemutatni az általunk tapasztalt klinikai spektrum sokszínűségét.

Önsértés: aktuális kérdések, mit mond az irodalom?

Mészáros Gergely, Horváth Lili, Balázs Judit
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Háttér: Az önsértő viselkedés a 2000-es évek első felében növekvő tendenciát mutatott serdülők körében, a jelenség előfordulási gyakorisága mind normál populációban, mind klinikai mintán jelentős. Ez a gyakoriság növekedés a tudományos kutatás figyelmét is a területre irányította az elmúlt évtizedben. A mindennapi szakmai gyakorlatban is gyakran találkozunk a legkülönbözőbb pszichopatológiákhoz társulóan mind öngyilkossági szándék nélküli, elsősorban feszültségcsökkentési céllal önsértőkkel, mind pedig olyan fiatalokkal, akiknél az önsértés során nem különíthető el tisztán, hogy szándékuk öngyilkossági, avagy sem.
Célkitűzés: A szakirodalom áttekintése abban a tekintetben, hogy a különböző pszichopatológiai tényezők és az önsértés hogyan függenek össze, illetve, hogy a szuicidalitás és az önsértés között milyen összefüggéseket találunk.
Módszer: Szisztematikus kereséssel a PubMed, a Medline, a PsycInfo, a Scopus és a Web Of Science adatbázisaiban szűrtünk az NSSI" és prevalencia" és mentális zavar" keresőszavakat használva.
Eredmények: Összesen 49 közleményt vontunk be a vizsgálatba. Nagyfokú heterogenitást mutattak a különböző cikkek mind az önsértésre használt kifejezések és definíciók, mind az annak vizsgálatára alkalmazott módszerek tekintetében: az önsértésre 9 különböző kifejezést találtunk, míg vizsgálati módszerből 12-nél is többfélével találkoztunk. Az önsértés előfordulási gyakorisága normál populációban 3 és 43,4 %, míg klinikai mintán 19 és 67 % közé esett. Mind az internalizációs, mind az externalizációs dimenzióba sorolható pszichopatológiai eltérések, sőt azok szubklinikus megjelenési formái esetében is erős együtt járás volt észlelhető az önsértő viselkedéssel. Az önsértők 50-70 %-a egyben szuicid gondolatokról vagy kísérletekről is beszámolt.
Megbeszélés: Az áttekintett publikációk alapján kijelenthetjük, hogy az önsértés egy nagy gyakoriságú, a különböző pszichopatológiai eltérésekkel szoros átfedést mutató jelenség, amelynek esetében az öngyilkossági kockázat igen jelentős, ennek fontos szakmai következményei vannak klinikai szempontból is. Az további kutatások tárgyát kell, hogy képezze, hogy az önsértő viselkedés mennyiben tekinthető önálló entitásnak, illetve mennyiben egyfajta „szuicidum kontinuum" része.

A lányok szociális viselkedésének vizsgálata

Siklósi Réka, Dochnal Roberta, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A viselkedészavar jelentős problémát okoz társadalmunkban, nem csak az egészségügyben, de a szociális ellátásban, oktatásban és gyermekvédelmi, hatósági ellátásban egyaránt. Fiúk bevonásával már több vizsgálat készült, azonban lányok vizsgálatára nem igen találunk kutatásokat.
Osztályunk bekapcsolódott egy Európai Unió által támogatott nemzetközi kutatásba 2013-ban, melyben 17 kutatócsoport vesz részt, a Frankfurti Gyermekpszichiátriai irányításával. Célunk 1840 normál intellektusú, 9-18 év közötti (viselkedészavaros, oppozíció zavaros valamint kontroll) gyermekek bevonása.
A gyermekkel diagnosztikus interjút készítünk, vér- és nyálminta vételre kerül sor, részleges IQ tesztet veszünk fel, a szülők és a gyermekek kérdőíveket töltenek ki érzelmi reakcióik, környezetük, szociális körülményeikkel kapcsolatban, valamint számítógépes neurokognitív vizsgálatokat végzünk.
Jelen előadásomban szeretném bemutatni a kutatás eddigi eredményeit, a viselkedészavarral összefüggő környezeti, szociális, intrafamiliáris tényezőket.
A FemNAT-CD (Neurobiology and Treatment of AdolescentFemaleConductDisorder: The Central Role of EmotionProcessing) kutatás célja a későbbiekben, hogy egy multidiszciplináris szakértői csapat által vezetett klinikai kutatás során megértsük a viselkedészavarhoz vezető genetikai és környezeti faktorokat, hogy ezek hogyan fejlődnek ki a viselkedészavar különböző szubtípusai, illetve milyen nemi különbségeket lehet megfigyelni a viselkedészavaros gyermekek patológiájában.

Józanul biztonságban

Tóth Roland, Szobota Réka
Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum, Szeged

Előadásunkban a serdülőkori szerfogyasztás és a pszichiátriai internalizáló, externalizáló kórképekkel kapcsolatos komorbiditásra térünk ki, illetve arra, hogy melyek azok a kórképek, gyógyszerkészítmények (hatóanyagok), melyek a rehabilitációs munkát elősegítik, nem hátráltatják, terápiába engedhetők". Szeretnénk intézményünk működéséről, terápiás elveiről, eddigi tapasztalatainkról egy olyan képet adni a jelenlévőknek, mely létjogosultságunkat támasztja alá.
Az internalizáló kórképek jellemzően később válnak klinikailag felismerhetőkké, később, mint a gyermekkori- és serdülőkori szerhasználat (ugyanakkor serdülőkorban jelentős komorbiditás alakulhat ki). Szubklinikai állapotok jelentősebb mértékben előfordulhatnak későbbi szerhasználóknál (Rácz,2014). Az általános populációban a depresszió, szorongásos betegségek és a pszichoaktív anyaghasználat serdülőkorban 11.1-47.9%-os komorbiditást mutatnak. A serdülőkori marihuánahasználók 72%-a két vagy több pszichiátriai szindrómával rendelkezett a terápiába kerüléskor. Az ADHD és a magatartászavar (CD) volt a leggyakoribb kórkép.
Terápiás működésünk egyik alappillére az az elgondolás, miszerint az akut ellátást követnie kell addiktológiai kezelésnek, melynek egy multiprofesszionális team az alapja. Már a felvételi eljárásunk során gyermekpszichiáter, pszichológus, addiktológiai konzultáns foglalkozik a hozzánk kerülő fiatalkorúval, illetve a társszakmák közti együttműködést erősíti a Gyermekpszichiátriai osztályról delegált fiatal. Számos esetben előfordul, hogy a hosszabb terápiás kezelést megelőzően az elvonási tüneteket kell menedzselni. 2014-ben Rácz József még arról írt, hogy a hosszúterápiás intézményeket 18 éven felüliek vehetik igénybe, ahol olyan terápiás rezsimet alakítanak ki, ami 24 órán keresztül, a hét minden napján működik és egy strukturált keretet ad a klienseknek. Mára ez megváltozott, hiszen 2015 júniusában beköltözött az első fiatalkorú Szatymazra a Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum Serdülő Rehabilitációs Részlegünkre.

Katatón tünetekről az újabb adatok tükrében - irodalmi áttekintés és esetismertetés

Csábi Györgyi[1], Hau Lídia[1], Kovács Zsuzsanna[2], Bárdosi Réka[1], Tényi Tamás[3]
[1]*PTE ÁOK Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs*
[2]*Egyesített Egészségügyi Intézmények Pécs*
[3]*PTE ÁOK Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs*

Bevezetés: A katatónia súlyos pszichomotoros szindróma, amely becslések szerint a pszichiátriai okból hospitalizáltak 10%-ában észlelhető. Az utóbbi két évtizedben intenzív kutatások folynak a katatón tünetek neurobiológiai háttere, nozológiai, pszichopatológiai helye és a hatékony kezelési lehetőségek iránt. A DSM-5-ben a katatón tünet együttest a Szkizofrénia és Egyéb Pszichotikus Zavarok fejezetben önálló alfejezetbe sorolták, hátterében mentális zavarok (főként szkizofrénia és affektív zavarok), szomatikus betegségek és nem specifikus" okok kerültek elkülönítésre (APA,2013).
Módszer és összefoglalás: Előadásunkban áttekintést adunk a katatón tünetekkel kapcsolatos újabb kutatási eredményekről, s bemutatjuk egy 17 éves szkizofrénia diagnózisával kezelt betegünk esetét, akinél a produktív pszichotikus tünettan (akusztikus hallucinációk, üldöztetéses doxasmatöredékek, kóros identifikációk, inkoherencia, dezorganizált magatartás) részeként katatón tüneteket (katalepszia, krisztallizáció, flexibilitascerea, negativizmus) is észleltünk. Az esetismertetés kapcsán érintjük a terápiás alternatívák (benzodiazepinek, második generációs antipszichotikumok) kérdéskörét is.
Támogatás: A szerzők a Nemzeti Agykutatási program KTIA-13-NAP-A-II/12 támogatásával dolgoznak.

2016. április 8., péntek –2/A SZEKCIÓ: SZORONGÁSOS ZAVAROK, NIEMANN-PICK

A szelektív mutizmus 15 évre visszatekintő utánkövetéses vizsgálata

Csupor Éva[1], Matalin Melinda[2], Vetró Ágnes[1]
[1]*SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged*
[2]*SZTE ÁOK VI. évf.*

Bevezető: A szelektív mutizmus (SM) egy olyan gyermekkori szorongásos zavar, melynek fő jellemzője, hogy a gyermek bizonyos társas helyzetekben nem beszél, míg más helyzetekben kommunikál. A betegség előfordulási gyakorisága 1% alatti, tehát viszonylag ritka kórkép, ezért átfogó kutatás is kevés ezen a területen.
Hipotézis: A kutatás célja a klinikán az elmúlt 15 évben (2000-2015) SM-al kezelt páciensek retrospektív, utánkövetéses vizsgálata. Hipotézisünk szerint a szelektív mutizmus remissziója csak részleges, illetve fennáll az egyéb szorongásos zavarok kialakulásának veszélye.
Módszer: A kutatás első fázisában a kórkép átfogó vizsgálata történt a kórrajzokból nyert adatok alapján. Az elemzés a betegség szempontjából kritikus adatokra fókuszált (pl. kommunikáció jellege, compliance). A kutatás második fázisában állapotfelmérés történt klinikai interjú (M.I.N.I. gyerek/ felnőtt) és klinikai kérdőívek (STAI, BDI/ CDI, SDQ, EPQ, Szelektív MutizmusFollow-up kérdőív) segítségével.
Az osztályon az elmúlt 15 évben 29 gyermek került diagnosztizálásra SM-al, a vizsgálatból 5 résztvevő kizárásra került. A kutatásban 24 fő vett részt, ebből 7 fő vállalta a részvételt a második fázisban, mivel a toborzás során többféle nehézségbe ütköztünk. Tekintettel az alacsony esetszámra elsősorban kvalitatív elemzést végeztünk.
Eredmények: Eredményeink szerint a terápia befejezését követően a mutizmus remissziója sok esetben csak részleges, mely összhangban áll a korábbi utánkövetéses vizsgálatok eredményeivel. A remissziót befolyásolták a hajlamosító és fenntartó tényezők.

A gyermekbántalmazás dimenziói

Kis Tibor, Vetró Ágnes, Pintér Sarolta
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: Magyarországon minden felismert gyermekbántalmazásra 25 rejtett eset jut. Hazánkban évente megközelítőleg 30 gyermek hal meg bántalmazás következtében.
Célkitűzés: Célunk az volt, hogy feltérképezzük a SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai osztályán 2005. január 1. és 2012. december 31. között megfordult páciensek körében előforduló bántalmazások gyakoriságát, dimenzióit.
Módszer: A bántalmazottak kórlapjai és az Anamnesis lap strukturált kérdőív kerültek átvizsgálásra. Adatbázisban rögzítettük a nemüket, életkorukat, családjuk szerkezetét, a bántalmazások gyakoriságát, módjait, a bántalmazó személyét, a társuló kórképeket, az önsértés és öngyilkossági kísérlet előfordulását.
Eredmények: A nyolc éves vizsgálati periódus során felvételre került 5833 gyermekből 116 gyermeknél (lány: 53%, fiú: 47%) 175 esetben fordult elő bántalmazás (fizikai: 31%, elhanyagolás: 18%, szexuális: 18%, kortársbántalmazás: 17%, érzelmi: 15%). A vizsgált gyermekek átlagéletkora: 13±3,96 év volt. A gyermekek 52%-a vérszerinti szüleinél, 37%-a csonka családban (csak vérszerinti apánál vagy anyánál), 6%-a nevelőszülőknél, 5%-a nevelőintézetben nevelkedett. A bántalmazás 63%-ban intrafamiliárisan 37%-ban extrafamiliárisan történt. A bántalmazottaknál előfordult leggyakoribb kórképek: szorongásos zavarok: 35%, hangulatzavarok: 25%, súlyos stressz által kiváltott reakció és alkalmazkodási rendellenesség: 20%. Szuicid kísérlet 12%-ban, önsértés 6%-ban fordult elő.
Összefoglalás: Eredményeink a bántalmazás gyakoriságát, a bántalmazottak nemét, a bántalmazó személyét, családjuk szerkezetét tekintve az irodalmi adatokkal egybehangzóak. Az általunk vizsgált populációban leggyakrabban szorongásos betegség fordult elő.

Szülő-gyermek kommunikáció a halálról: hitelesség vagy tabuképzés?

Tóth Anett
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Egy közeli családtag, barát, esetleg szülő elvesztése jelentős rizikófaktora a gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok kialakulásának (Melhem et al, 2007). Számos tényező nehezítheti ezekben az esetekben a veszteség feldolgozását: az elhunyttal való ambivalens vagy konfliktuózus kapcsolat, a haláleset váratlan vagy erőszakos volta, a veszteséghez fűződő familiáris minták, szokások, kommunikáció minősége stb. A családi környezet halállal való viszonya már korai életkorban befolyásolhatja a gyermekek halálfogalmának alakulását, illetve a család témával kapcsolatos kommunikációjának stílusát, gyakoriságát. E hatás tisztázása céljából óvodás korú gyermekek és szüleik elmúlással kapcsolatos elképzeléseit, tapasztalatait, illetve a témáról folytatott családi beszélgetések sajátosságait próbáltam feltérképezni. A gyermekekkel WPPSI Szókincs-tesztet vettem fel, melynek itemjei közé a halálhoz kapcsolódó fogalmakat ágyaztam, s ezek mentén jártam körbe a témával kapcsolatos ismereteiket. A szülők egy, a családban előfordult veszteségekre, a gyermek ehhez kapcsolódó tapasztalataira, illetve a témához fűződő beszélgetésekre fókuszáló kérdőívet töltöttek ki; egy részükkel hosszabb, 1,5-2 órás interjú készült. Valamennyi szülő kitöltötte Lester Halál Iránti Attitűd Skáláját is.
80, óvodás gyermekkel készített interjú, 110, hasonló korú gyermeket nevelő szülő által kitöltött kérdőív, illetve 22, szintén szülőkkel felvett mélyinterjú alapján kirajzolódott, hogy a szülők halálszorongásának szintje alapvetően befolyásolja a gyermekeknek adott magyarázatok stílusát, a családon belüli kommunikáció gyakoriságát, és bizonyos esetekben a tabuképzés irányába hathat.
Kulcsszavak: gyász, halálszorongás, családi kommunikáció, tabuképzés, halálkoncepció

Az aikido alkalmazása gyermekkori szorongásos zavarok komplex csoportterápiájában

Tóth Anett, Fenyvesi Tamás, Dochnal Roberta, Komáromi Katalin, Otrosinka Sós Rebeka
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A gyermekkori szorongásos zavarok prevalenciáját különböző kultúrákban végzett vizsgálatok 5% körülire értékelik (Rapee, 2012). Ismert a szakirodalomban néhány komplex terápiás próbálkozás, mely során magatartászavaros, agresszív kliensekkel végzett munkában pozitív hatásúnak bizonyult a keleti harcművészetek alkalmazása (Twernlow et al, 2008). Az aikido gyakorlása során megtapasztalható test-lélek harmóniát (Faggianelli, Lukoff, 2006), a közösen átélhető módosult tudatállapotot (Windle, Samko, 1992) önmagában gyógyító hatásúnak vélik egyes szerzők. Az edzéseken segítő-támogató légköre, az egymásra hangolódás, csoporthoz, partnerhez történő alkalmazkodás szükségessége miatt feltételeztük a módszer jótékony hatását szorongásos kórképek esetén is.
Sajátos terápiás kezdeményezésünk keretében 6, különféle szorongásos kórképpel (szociális fóbia, agorafóbia, szeparációs szorongás, PTSD) diagnosztizált, 8 és 13 év közötti gyermek számára indítottunk szorongásoldó csoportot. A húszhetes tréning során hetente egyszer találkozunk a gyermekekkel: páratlan héten csoportmunka zajlik, mely során művészetterápiás, drámapedagógiai, illetve kimondottan szociális készségfejlesztést célzó tréningmódszerekkel dolgozunk; páros héten pedig pszichológus vezetésével tartott aikido edzésen vesznek részt a gyermekek.
A terápiába lépéskor minden gyermekkel többféle kérdőívet / félig strukturált interjút (Gyermek M.I.N.I., KVK-20, CBCL, GYD, Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skála) vettük fel, részben az aktuális állapot felmérése, részben a terápiás hatás nyomon követése céljából. A húszhetes tréning vége felé közeledve az eddig megfigyelt viselkedésváltozások, valamint a komplex terápiás munka során szerzett tapasztalatok összegzésére vállalkozunk.
Kulcsszavak: gyermekkori szorongásos zavarok, csoportterápia, aikido

Programozott szorongásmegelőzés: a FRIENDS program

Pintér Sarolta[1], Záborszki Annamária[2], Dobos Éva[2], Sümegi Viktória[3], Prievara Dóra[4], Vetró Ágnes[1]
[1]*SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged*
[2]*SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Egészségbiztosítási Igazgatóság*
[3]*SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Szeged*
[4]*SZTE BTK Neveléstudományi Doktori Iskola*

Bevezetés: Nemzetközi statisztikák alapján gyermek- és serdülőkorban a szorongásos kórképek a leggyakoribb pszichiátriai betegségek, átlagos prevalenciájuk 4-25 %. Magyarországon a szorongással kapcsolatos vizsgálatok szerint az iskoláskor előtti 2-3%-os prevalenciát átmeneti csökkenés követi, majd serdülőkorban a gyakoriság jelentősen emelkedik. Egyéb források szerint a gyermekkori szorongásos zavarok hazánkban szubklinikus szinten a gyermekpopuláció 30 %-ában megtalálhatóak. A gyermek -korban kialakult szorongásos tünetek és kórképek rizikótényezőt jelentenek későbbi pszichológiai- és szociális beilleszkedési nehézségek, pszichiátriai betegségek kialakulásának tekintetében. A kórállapotok kialakulásának megelőzése lehet a leghatékonyabb eszköz az előfordulás csökkentésére, leginkább a kognitív fejlődés időszakában, 8-13 éves korban.
Célkitűzés: Célunk egy nemzetközileg elismert, mind a populációs, mind pedig a kockázati csoportban tervezhető, primér prevenciós stratégiákban alkalmazható, bizonyítékokon alapuló szorongásmegelőző program – a FRIENDS (Feelings, Relax, I cantry, Encourage, Nurture, Don't forget, Stay happy/calm) – és annak hatékonysági vizsgálati eredményeinek megismerése, általános iskolás (6-13 éves) gyermekek körében.
Módszer: A FRIENDS program honlapján, a PubMed-en és a GoogleScholar-on található 6-13 éves gyermekekre vonatkozó szakirodalom áttekintése előre meghatározott szempontok szerint.
Összefoglalás: Az általunk feldolgozott 27 szakirodalom (tanulmányok, doktori disszertáció, tankönyv fejezet, WHO ajánlás) szerint a FRIENDS bizonyítékokon alapuló, a szorongásos-és depresszív kórállapotok megelőzésére hatékony program lehet, a vizsgált cél- csoportban, iskolai színtéren, tantervi keretek között alkalmazva. Az ausztráliai kidolgozást és bevezetést követően a programot jelenleg még további 19 országban alkalmazzák sikeresen szorongás megelőzés céljából. A bizonyítékok alapján megfontolásra érdemesnek tartjuk a program magyarországi hatékonysági vizsgálatát és annak alapján esetleges bevezetését gyermek- és serdülőkorban, mind az egészséges, mind a szorongás szempontjából rizikóval rendelkező populációban, iskolai színtéren, az oktatás és iskolai egészségügyi szolgálat (iskolavédőnők és iskola pszichológusok) szoros együttműködésével.

„Én meg a Másik vagyok." – Esetismertetés

Horváth Ágnes, Bognár Vivien
Heim Pál Gyermekkórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Bevezető/célkitűzés: Gyermekkorban a képzelt barát, a disszociatív identitászavar valamint a pszichózis differenciálás problematikájának bemutatása konkrét eset kapcsán.
Hipotézis/kérdésfelvetés: Mennyire veszélyeztető a Másik?
Módszer: Osztályos pszichodiagnosztika és viselkedés-megfigyelés, általános explorációk mellett.
Összefoglalás: Alapvető a jó diagnózis, az adekvát terápia, az egyén mentális egészsége és a közösségbe való visszaillesztés érdekében az alternatív megküzdési mechanizmusok fejlesztése.

A Niemann-Pick szindróma C típusának gyermekpszichiátriai vonatkozásai

Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Bevezetés: A Niemann-Pick szindróma C típusa (NP-C) egy autoszomális recesszív, ritka neurodegeneratív betegség, ahol a klinikai képet különböző életkorokban különböző tünetcsoportok uralják. Mivel 100 000 születésre 1-nél is kevesebb eset jut, a tüneteket egyik életkorban sem ismerik fel könnyen a klinikusok.
Kérdésfelvetés: Az előadás anyagának összeállítása során az NP-C szakirodalmának gyermekpszichiátriai szempontból lényeges részét tekintettem át annak érdekében, hogy a témára vonatkozó legfrissebb információkat prezentálhassam a kórkép releváns megjelenési formáiról és jellegzetességeiről.
Módszer: Keresés irodalmi adatbázisokban.
Összefoglalás: A rendelkezésre álló irodalmi adatok alapján az NP-C mintegy 30%-ban jár pszichiátriai tünetekkel, sokkal gyakoribb (>80%) viszont a gyermekpszichiátriai tünetként is értelmezhető motoros ügyetlenség, tekintésbénulás, ataxia és tanulási zavarok megjelenése. Az NP-C kóroki szerepére elsősorban a társuló szomatikus, neurológiai tünetek, a pszichiátriai tünetek atípusos megjelenése, együttállása és lefutása, ill. a pszichiátriai tünetek terápiarezisztenciája esetén kell gondolni.

2016. április 8., péntek –2/B SZEKCIÓ: ANOREXIA, KISGYERMEK

Szülői stressz, depresszió és szorongás hatása a korai anya-gyermek interakciókra és a gyermek későbbi internalizáló/externalizáló zavaraira

Eigner Bernadett[1,2,3]
[1]*Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat VIII. kerületi Tagintézménye, Korai Fejlesztő Munkacsoport, Budapest*
[2]*Mikkamakka Alapítvány, Budapest*
[3]*Kapcsolatszerviz, Budapest*

Bevezető: A korai interakciókra hatnak az anyai pszichés, pszichoszociális faktorok. A szülői stressz összefügghet az anyai szerep megélésével, a postpartum depresszióval, a gyermek elfogadásával, s a kapcsolat zavarához vezethet, melynek hatása a gyermek pszichopatológiájában jelenik meg.
Kérdésfeltevés: Saját kutatásomban ötven anya-gyermek páros anyai és baba faktorait, illetve interakcióit vizsgáltam. Mely rizikó és protektív tényezők befolyásolják a korai anya-gyermek interakciók alakulását (szülésélmény, szorongás, depresszió, szülői stressz, anya ragaszkodása babájához, anya játékossága, egyéb pszichoszociális és biológiai tényezők)?
Módszer: Szülői stressz, állapot-és vonásszorongás kérdőívet, posztnatális depresszió, szülés utáni ragaszkodás skálát vettem fel 50 anyával. Az interakciók megfigyelése a gyermek négy és fél hónapos korában szabad játék helyzetben történt. Saját kódrendszerrel – Korai Diádikus Interakció Kód" (KDIK) - elemeztem az interakciók minőségét, atipikus jegyeit, mintázatait.
Eredmények: Az anyai depresszió és a szülésélmény, valamint az anyai ragaszkodás között, a szülői stressz, depresszió, szorongás értékei és az interakciós mutatók között kapcsolatot találtam. Protektív hatása az anyai játékosságnak volt.

Utánkövető kutatásban 22 anya-gyermek diádot vizsgáltam. Esetpéldákkal illusztrálom az anyai pszichopatológia és a gyermeki hangulatzavarok közötti összefüggéseket. Kisgyermekkorban a depresszió jelei paradox módon jelentkezhetnek. A DSM-V diszruptív hangulatszabályozás zavar fogalma segíthet az ellentmondásos gyermeki viselkedés megértésében, ezt esetpéldával illusztrálom.
Összefoglalás: Az eredményeket hasznosítani lehetne egy komplex korai intervenciós programban, a hangulatzavarok megelőzése érdekében.
Kulcsszavak: interakció kód, rizikó és protektív faktorok, szülői stressz, szorongás, posztnatális depresszió, gyermek pszichopatológia, kapcsolati zavar, korai intervenció

Fluktuáló post traumás állapot és/vagy anorexia? A 9 éves királykisasszony, aki királynő akart lenni – Esetbemutatás
Hirsch Anikó, Loós Anita
MRE Bethesda Gyermekkórház, Pszichoszomatikus részleg, Budapest

Bevezető: Előadásunkban egy 9 éves kislány esetét mutatjuk be, aki súlyosan cachectizálódott állapotban került felvételre. Az étkezést és a folyadékfogyasztást is gyakorlatilag teljesen elutasította. Szomatikus állapotának fokozatos rendezése mellett azonnal elkezdtük intenzív egyéni pszichoterápiáját. Integratív pszichoterápiás eszközök mellett folyamatos viselkedés terápiával fokozatosan- kb. 4 hónapos kórházi bennfekvés alatt sikerült fizikálisan és pszichésen is olyan állapotot elérni, hogy kezelését ambulanter tudtuk folytatni.
Hipotézis: A gyermek kezelése során folyamatos terápia revízióra, az állapot változásokhoz rugalmasan alkalmazkodó intervenciókra volt szükség. Alapvető kérdés volt, hogy tünetei mennyiben tekinthetők post-traumatikus állapotnak, illetve az anorexia nervosa klasszikus tüneteinek. A különválasztás azért volt rendkívül lényeges, mert a kétféle állapot a bennfekvés során jelentősen fluktuált és keveredett.
Módszer: A kezelést, hetente 3-4 alkalmas, egyéni terápiával kezdtük. Célként a bizalom kialakítását, a megkapaszkodás elősegítését, a poszttraumás reakcióként jelentkező
disszociatív tünetek enyhítését, azaz a személyiség integritásának, koherenciájának visszaszerzését fogalmaztuk meg. Később családterápiába kezdtünk, ahol az anya-gyermek kapcsolat erősítését, a hazakerülésre való felkészülést is segítettük. A terápia ambuláns keretek között tovább folytatódik.
Összegzés: A kislány kórházi tartózkodása, majd az ambuláns kezelése során terápiás közösségünk minden szaktudását latba vetve próbálta a kislányt életbe tartani, illetve a való életbe kiengedni, a megkapaszkodását segíteni. A gyermek ma már iskolába jár. Az eset körülményei, illetve a terápia során tapasztaltak újabb és újabb kérdéseket vetnek fel bennünk, amelyek továbbgondolásra ösztönöznek, megválaszolásra várnak.

Anorexia nervosa kognitív és affektív jellemzőinek vizsgálata: elsődleges eredmények ismertetése
Kakuszi Szilvia, Csábi Eszter, Bedekovics Norbert, Borbás Réka, Schulcz Rebeka, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged
SZTE BTK Pszichológiai Intézet, Kognitív és Neuropszichológiai Tanszék

Bevezető: Anorexia nervosaban a kognitív deficit jelenlétével kapcsolatban a szakirodalom ellentmondásos eredményeket közöl. Kutatásunk célja az ez irányú érintettség komplex feltérképezése.
Módszer: Eddigiekben 20 fő bevonása történt (kísérleti csoport: 10 fő anorexia nervosaval diagnosztizált lány (M=15,7 év, SD=2,11) kontroll csoport: 10 fő egészséges lány (M=15,5 év, SD=1,96)). Az alkalmazott eszközök a kognitív funkciók (verbális-, vizuális- és komplex munkamemória, végrehajtó funkciók, rövid és hosszú távú verbális és vizuális emlékezeti teljesítmény), az affektív tünetek (depresszió, szorongás, reménytelenség), az érzelmi intelligencia, érzelmi kreativitás és mentális állapottulajdonítás feltérképezését célozták.
Eredmények: Az anorexiás csoport szignifikánsan rosszabbul teljesített a rövidtávú vizuális és a hosszú távú verbális emlékezeti teszteken. Esetükben magasabb volt a szorongás, a depresszió mértéke, az anorexia jelenlétét ez utóbbi jósolta be leginkább (64,2%). A tudatelmélet kapcsán a kísérleti csoport tendencia szinten teljesített rosszabbul a kontrollhoz képest.
Összefoglalás: Az eddig nyert eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy anorexia nervosa esetén az affektív érintettség mellett kognitív deficit is jelen lehet, illetve a gyermekkori depresszió jelenléte bejósolhatja az evészavarok megjelenését.

A természet változásrendjére épülő évkörös rítusjátékok, ünnepek, mint a személyiség és közösségfejlesztés eszközei – A népszokásokra épülő mentálhigiénés modell a Pécsi Gyermekotthonban
Platthy István
Pécsi Gyermekotthon, Pécs

A régi ember életét nemzedékről nemzedékre öröklődő szokásrend szabályozta, tette biztonságossá. A néphagyományainkban rejlő rítusok mai gyakorlattá tétele közösségfejlesztő, lélekrendező, mentálhigiénés hatású lehet. A hagyományok rítusrendszere pontosan modellezi az emberi élet, a magatartás természetes formáit, többek között a közösségi lét keretét is ez a rend adhatja. E természetes ősi formákkal ellensúlyozni lehet a modern elidegenedett kulturális formákat. A pszichológia álláspontja szerint ugyan a modern társadalmak már nem biztosítják intézményesen, de szekularizált világnak is szükséglete, hogy ritualizált formában is megélje a világot, emberekben mégis él a rítus archetipikus szükséglete. Ha a felnőtt világ nem mutat már erre mintát a gyermekeknek, fiataloknak, akkor kvázi beavatási rítusokat teremt az ifjúság, főképp a marginális helyzetű fiatalok csoportjaiban, pl. a kábítószeres létezésformákban. Ezek azonban nem vezetnek sehová, legfeljebb egy önpusztító életformába.
A régi falusi ember életét, napjait alapvetően a természet változásrendje, éves ritmusa határozta meg. A mai ember az élő időből és térből kiszakadt, azonban a rítusok is segíthetnek abban, hogy újból vissza tudjon lépni az élő időbe.
Az ősi ritualizált formák, szokásjátékok a hátrányos helyzetű, viselkedészavarban szenvedő, pszichiátriai kezelésben részesülő gyerekek, serdülők körében is megvalósíthatók, ötvözve a mai kamaszok divatos formáival, a régi rítusok alapjai nyomán új, közösségi rítusok alkotásával. Pécsi Gyermekotthon életében a természet változásrendjéhez kötődő rítusok programrendszere 15 éve folyamatosan jelen van. Ezt mutatjuk be fényképek és videó bejátszások segítségével, melyekből jó látható, hogy ezekbe a rítusokba személyiségfejlődésükben sérült serdülőket, fiatalokat érzelmileg teljesen be lehetett vonni.

„A gyerek nem eszik, velem minden rendben" – Csecsemő- és kisgyermekkori evészavarok integratív szemléletű kezelése
Szegleti Gabriella, Szalkay Krisztina
MRE Bethesda Gyermekkórház, Mentálhigiénés részleg, Budapest

Bevezető: A Bethesda Gyermekkórház Pszichiátriai valamint Szoptatási és Csecsemőtáplálási Ambulanciáját évek óta keresik fel csecsemő és kisgyermekkorhoz kapcsolódó regulációs, elsősorban evési problémák esetén. Ezen a területen egyre több olyan esettel találkozunk, ahol a járóbeteg szakrendelés önmagában nem elegendő, nem eredményez változást. Az elsődleges (prezentációs) tünet ilyenkor a táplálkozás visszautasítása, illetve szélsőségesen szelektív jellege, amihez megkésett beszédfejlődés, autisztikus tünetek, fejlődésbeli elmaradás vagy egyéb viselkedésbeli és érzelmi zavarok kapcsolódnak.
Hipotézis: Osztályos háttérrel, több szakember bevonásával (pszichiáter, pszichológus, családterapeuta, belgyógyász-rehabilitációs szakorvos, gyógytornász, logopédus, ergoterapeuta), együttes munkájával könnyebben fel lehet tárni az evésprobléma mögött álló nehézségeket és akár évek óta húzódó evészavar esetén is sikert lehet elérni. A megfelelő terápiás tervet és a hatékony segítségnyújtást a korai felismerés és a komplex diagnózisalkotás alapozhatja meg.
Összefoglalás: Az osztályos megfigyelés lehetővé teszi, hogy megfigyeljük az anya-gyerek kapcsolat sajátosságait és a szülői gondozásban, gondoskodásban rejlő problémákat. Ezt azért gondoljuk fontosnak, mert számos kutatás bizonyítja a fejlett reflektív készség és a biztonságos kötődés a későbbi társas-érzelmi-kognitív fejlődésre kifejtett hatását. A szülő érzelemtükrözése központi szerepet játszik az érzelmi állapotok tudatosításában és az affektív kontroll kialakulásában. Abban az esetben, ha az anyánál hangulatzavar áll fenn, nem képes megfelelően tükrözni a gyermek érzéseit, mert sérül a mentalizációra való képessége.
Eseteinken keresztül mutatjuk be azt az integratív terápiás megközelítést, melyet hatékonyan alkalmazunk a hosszabb ideje fennálló evészavarok kezelése esetében is. A gyermeki evésprobléma az anya-gyermek, illetve a család érzelmi-kapcsolati terében értelmezhető – és kezelhető. Sok esetben természetesen időbe telik, amíg egy hangulatilag labilis, nehéz helyzetben lévő édesanya valóban együttműködővé válik. Addig is, amíg feltárhatókká válnak saját önszabályozási nehézségei és kimondhatatlannak tűnő érzései, szükségesnek gondoljuk szorongásuk csökkentését és kompetenciájuk erősítését. Strukturált, viselkedésterápiás szemléletű edukációt és fejlesztést alkalmazunk, hogy javítsuk az anya-gyerek kapcsolatot, illetve az anya mentalizációs képességét.

Kutyával asszisztált terápia a gyermekpszichiátrián – Esettanulmány

Kása Péterné, Erdélyi Noémi, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: Az állatasszisztált terápia célja a terápiában részesülők fejlesztése, az ember - állat kötődés gyógyító hatásának kihasználásával, a pszichés és szociális funkciók kialakítása, fejlesztése, javítása és megerősítése. A terápiás folyamatba, mint aktív motiváló résztvevőt, vonjuk be a terápiás állatot.
Kérdésfelvetés: A gyermek és ifjúságpszichiátriai betegségben szenvedő gyermekek esetében az eddig alkalmazott terápia hatékonysága növelhető-e állatok bevonásával és csökkenthető-e a terápiára szánt idő?
Módszer: A foglalkozásokat 2013. február óta, hetente egy alkalommal, két kutyával tartjuk. A gyermekek komplex felmérését követően, olyan feladatokat alkalmazunk, melyben életkoruknak, értelmi képességeiknek és érdeklődésüknek megfelelően fejlesztik játékos mozgásos feladatokkal. A kutya gyorsan megtanulja az emberi testbeszédét, képes felvenni a szemkontaktust, jó a nem-verbális kommunikációjuk, tudják olvasni a viselkedést. A terápiák során videofelvétel készül.
Eredmény: Két év alatt közel 300 gyermeket vontunk be a kutyás terápiába. Főleg olyanokat, akik magatartászavarral, szorongással, pervazív fejlődési zavarral, depresszióval, mutizmussal, anorexiával küszködnek. Törekszünk arra, hogy a gyerekeknek és a feladatok megoldásán keresztül minél több sikerélményben legyen részük.
Összefoglalás: A terápiák során eddig a leghatékonyabb eredményeket a mutizmusban szenvedő gyerekeknél értük el, melyet az előadáson videofelvételen szemléltetünk.

2016. április 9.,szombat–ÉTKEZÉSI ZAVAROK SZIMPÓZIUM

Anorexia nervosára fókuszált rövid családterápia az I. sz. Gyermekklinikán

Törzsök-Sonnevend Mária, Rozgonyi Emőke
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Előadásunkban szeretnénk bemutatni az általunk alkalmazott, anorexia nervosára fókuszált rövid családterápia módszerét, a kiválasztás szempontjait, az elérhető célokat, elméleti megfontolásokat és gyakorlati eszközöket.
A terápia tervezésében a fókusz-koncepciót ötvöztük a rendszerelmélettel, elsősorban Minuchin munkásságával. Tapasztalatunk szerint a szülők közti kapcsolati minták meghatározzák a gyermekek által elfoglalható helyeket, pályákat a család lelki terében.
A kapcsolati minták tudatosítása és megváltoztatása minőségi változásokat indíthat a család életében, melyek a serdülőkor miatt amúgy is jelen lévő és a betegség által tovább mélyített életciklusváltást megkönnyíthetik.
Erre a módszerre azok a családok alkalmasak, ahol van kötődés egymás iránt, a szülők nincsenek válási krízisben, a család korábban képes volt viszonylag kiegyensúlyozottan működni.
A folyamatban főleg a szülőpárral dolgozunk, strukturális, narratív, mentalizációs eszköztárból merítve. Fontos szerepet kap a genogram.
Eredmények: A szülőpár tagjai internalizálják a terapeuták szemlélődő-megfigyelő hozzáállását, ezzel saját és leányuk mozgástere is növekedhet. A szülők feszültsége csökken, erejük gyarapszik, jobban megtalálják saját hangjukat az anorexiával szemben, elégedettebbek egymással és párkapcsolatuk jobban megjelenik erőforrásként. Az indexpáciensek esetében sikerült elkerülni a kórházi felvételt, és általában egyéni terápiában folytatták a munkát.

Aranyhaj és a leválás nagy gubanca – film- és meseterápiás tábor a serdülőkori változások jegyében

Törzsök-Sonnevend Mária, Rozgonyi Emőke, Gyenge Zsuzsanna
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az ismert mesék erős jelképeikkel szemléletes térképet szolgáltatnak arról, hogy az édesanyával való kapcsolat a fejlődés során hogyan változik: a jó anyák meghalnak, őket követik a mostohaanyák, akik elüldözik a lányt a szülői házból, vagy különféle akadályt gördítenek elé, így késztetve őket fejlődésre.
Aranyhaj és a nagy gubanc" majd egy orosz népmese, „A szépséges Vaszilisza" segítségével jártuk végig ezt az utat anorexiás és cukorbeteg lányokkal a művészetterápia ösvényén .
Az Aranyhaj" a rajzfilm konkrétságával jó alkalmat adott arra, hogy megjelenjen, ki hol tart a fejlődésben. Lehetőség volt különböző szereplőkkel való azonosulásra, a történet átírására, dramatizálására, a megküzdés megjelenítésére. A lányok a vártnál jóval hangsúlyosabban jelenítették meg a leválással kapcsolatos erős bűntudatot, ambivalenciát, illetve a változással szembeni félelmeket és ellenállást.
Az orosz népmese különleges, mert megtalálható egyszerre az anyával való kapcsolat összes arca, a jó anyával való kapcsolatot egy bábu képében fennmarad. A boszorkánnyal való találkozás jól tapinthatóan rejti magában a megszokottból való kilépés, az átalakulás és a felnőtté válás lehetőségét.
Az út végén saját különböző aspektusaiknak, sokszor ellentétes érzelmeiknek találtak helyet.

Az anorexia álarcában – Az anorexia nervosa és az SLE kapcsolata

Ábrahám Ildikó[1], Vakaliosz Athéna[1], Malik Anikó[2], Lódi Csaba[3], Müller Katalin[4], Dobner Sára[5], Kiss Emese[6], Gallai Mária[1]
[1]*SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest*
[2] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*
[3] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív Osztály, Budapest*
[4] *SE 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Belgyógyászati Osztály, Budapest*
[5] *Egyesített Szent István és Szent László Kórház Gyermekinfektológiai Osztály, Budapest*
[6] *Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest*

Az anorexia nervosa egy súlyos pszichoszomatikus betegség. Az anorexia álarcában azonban számos szomatikus betegség bújhat el. Tavaly egy esetbemutatás kapcsán már beszéltünk az anorexia és az Addison kór kapcsolatáról. Az idei előadásunkban az anorexia nervosa és a szisztémás autoimmun kórképek, különösképpen az SLE lehetséges kapcsolatát elemezzük.
Az SLE-nek számos neuropszichiátriai érintettsége lehet, ismert az affektív, illetve szorongásos kórképek mellett a pszichózis, vagy akár a kognitív funkciók romlása. A testsúly és a testkép eltéréseit korábban inkább a szteroid terápiák okozta változásokkal hozták összefüggésbe. Valójában mi is van előbb, a tyúk vagy a tojás, az autoimmun folyamat, vagy az anorexia indukálta éhezés, ezen gondolkodunk egy rövid irodalmi áttekintést követően egy 16 éves lány történetén keresztül.

Sebek és hegek az evészavarokban

Ábrahám Ildikó
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az evészavarok és a személyiségfaktorok kapcsolata régóta kutatott terület. Lilenfeld – áttekintve a korábbi, téma szempontjából releváns vizsgálatokat – az evészavar és a személyiségjegyek összefüggéseinek megértéséhez négy modellt ajánl (2006). Ennek mentén tekintem át az evészavarra jellemző személyiségjegyeket, ezek prognosztikai értékét, az evészavar rövid- és hosszútávú hatását a személyiségre.

Az anorexia nervosa diagnosztikai jegyei családrajzokon
Máté Orsolya, Gyenge Zsuzsanna, Kövesdi Andrea
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az anorexiára jellemző diagnosztikai sajátosságok összefoglalójánk fókuszába a családrajzok kerültek, mert egyrészt meglepően kevés szakirodalmat találtunk, másrészt a családrajzok fontos pszichodiagnosztikai támpontot jelentenek mindennapi klinikai munkánk során, mely a családi dinamika sokatmondó megjelenítése, tiszta képet rajzol a családtagok közötti interakciókról és érzelmi reakciókról.
Irodalomkeresést folytattunk a PsycInfo, Scopus és MedLine adatbázisokban az anorexia nervosa, eatingdisorder", és a drawing test, projective test, familydrawing test, treedrawing test" kulcsszavakkal, valamint az azonosított cikkek referenciái és citációi között, 2000-2016 közötti időszakban megjelent cikkeket átnézve. A vizsgálati személyek életkorát is figyelembe véve négy cikket tudtunk azonosítani, mely az elméleti hátteret biztosítja jelenlegi munkánkhoz: részletezve egy Négyfa-teszttel (Koch, 1949), egy Világjátékkal (Polcz, 1999), egy Madárfészek-rajzzal (Kaiser, 1996), és egy családrajzzal (Kinetikus családrajz, Burns, 1970) foglalkozó kutatás.
Osztályunkon 20, 2014-2015-ben vizsgált és kezelt anorexiás kamaszlányok családrajzait (családrajz, elvarázsolt családrajz, kinetikus családrajz) elemeztük és kerestünk hasonló és eltérő jegyeket az irodalomban olvasható diagnosztikai jegyekhez képest. A szakirodalommal összefüggésben a következő jegyeket azonosítottuk: szorongásra utaló jelek, a méretarányok jellegzetességei, családszerkezetben található izoláció, saját személy háttérbe szorítása, családi kapcsolatrendszer.

Nehézségek az anorexia nervosa terápiájában
Ábrahám Ildikó, Csordás Patricia, Rozgonyi Emőke, Törzsök-Sonnevend Mária
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Ebben a gyakorlat-orientált, dinamikus szemléletű előadásban az osztályon kezelt anorexiás betegek kezelése során tapasztalható visszatérő akadályokat szeretnénk megjeleníteni: sokszor hoznak minket paradox helyzetekbe. Testük segitségért kiált, amit nem akarnak megkapni.
Ahhoz, hogy segíthessünk, kisebb-nagyobb erőszakot kell alkalmazni rajtuk (Id. kórházi felvétel, szélsőséges esetben szondatáplálás). A „nem eszik és nem beszél" „se ki-se be" helyzete gyakran kelti a terapeutákban a tehetetlenség, elégtelenség és harag érzéseit, mely rímel az a páciens élményére saját környezetükben, a családtagok (különösen a szülők) bűntudatára és tehetetlenségére.
Később, a terápia előrehaladtával gyakran megjelenik az idealizálás/leértékelés, mely sokszor a team tagjai közti hasítássá válik, de egy terapeutával szemben váltakozva is felbukkan. A segítség elfogadását az irigység is gátolhatja: előfordul, hogy a terapeuta hatásos hozzájárulását nehezményezik, mivel úgy érzik, azzal, hogy ő valamit hozzátett az érzéseik-gondolataik alakulásához, saját hiányosságukra derült fény.
Az evéstől való félelem a tükrözi a belső térben lebegő, a vágyaktól, a mohóságtól és az agresszió pusztító erejétől való félelmet. A súlyos állapotú betegek gyarkan arra használják az anorexiát, hogy egy olyan, mindentől elkülönült belső teret hozzanak létre, ahol csak ők maguk vannak, távol minden befolyástól, kockázattól és veszteségtől.

Az anorexia nervosa kardiális kockázatai
Várnai Nikoletta, Gallai Mária
SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

A pszichiátriai betegségek közül az anorexia nervosa mortalitása a legmagasabb, melynek 30%-ban kardiális okok állnak a hátterében. Korai stádiumban már funkcionális és strukturális kardiáliseltérések jelentkeznek. Klinikánkon az osztályos felvétel legfőbb oka a súlyos bradycardia (P<45/min), melynek kialakulása BMI-től független. Célunk a súlyos bradycardia kialakulásával kapcsolatos összefüggések feltárása volt, a klinikánkon felvételre került betegeink csoportjában. Módszerünk a 2013-2015 között osztályunkon felvételre került 70, 13-18 év közötti, anorexia nervosadiagnozissal kezelt beteg retrospektív vizsgálata, melynek során a kiindulási és az osztályos bentfekvés végén elért BMI-t, testsúlyt, szívfrekvenciát, az össz fogyást és a fogyás időtartamát vizsgáltuk. Eredményeink rámutattak arra, hogy a bradycardia súlyossága összefügg a súlyvesztés gyorsaságával, dinamikájával, mely jelentős kockázati tényező a betegség tekintetében. Az összefüggések pontos feltárása azonban további vizsgálatokat igényel.

2016. április 9., szombat – PLENÁRIS ELŐADÁSOK II.

Fiatalkori öngyilkosság
Balázs Judit[1,2]
[1]*ELTE PPK, Pszichológia Intézet, Budapest*
[2]*Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest*

A serdülő korosztályban az öngyilkosság vezető halálok a balesetek mellett. A fiatalkori öngyilkosságok száma a világban az utóbbi évtizedben nőtt. Annak ellenére, hogy hazánk öngyilkossági rátája az összlakosságra tekintve világban elől áll, a fiatal korosztályra nézve az adatokat középmezőnyben vagyunk, de így is jelentős népegészségügyi probléma.
A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and StatisticalManual of MentalDisorders - DSM) 5. kiadásában a További kutatás igénylő állapotok" fejezetében szerepel az Öngyilkos Magatartás Zavara, bár az egyes kórképeknél megjelent egy külön felmérendő rész: az „Öngyilkosság rizikója".
Az előadás a fiatalkori öngyilkosság területén az utóbbi években végzett kutatásokról és konszenzuskonferencia anyagról ad képet, ezen belül jelentős fókusszal a klinikai munkát megsegítő, illetve a prevenció érdekében kapott eredményekről. Jó minőségű evidenciák vannak az öngyilkos magatartás megelőzésére a pszichiátriai betegségek, különösen a depresszió kezelésével, a prevenciós programok közül pedig a fiatalok ön-hatékonyságát segítő programmal kapcsolatban. További vizsgálatok szükségesek a szűrőprogramok, a kapuőr képzések és a média öngyilkosság megelőzés téren kifejtett hatékonyságáról.

2016. április 9.,szombat – 3/A SZEKCIÓ: TANULÁSI ZAVAR, ASD, OCD

Fejlesztés, vagy korrepetálás? (Miért nem kielégítő a gyermekek fejlődése?)
Bálóné Dányi Izabella
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: tanulási nehézségek miatt osztályunkra érkezett gyermekek vizsgálatának szerves részét képezi a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői Bizottság szakvéleményének értékelése. A bizottsági dokumentumban meghatározásra kerül a tanulók fejlesztésének jellege, időkerete, szakemberszükséglete.
Tapasztalat: az elmúlt évek tapasztalata azonban azt mutatja, hogy a gyermekek túlnyomó többsége nem részesül fejlesztésben, csak korrepetálásban. Ennek eredményeképpen nem úgy fejlődnek a gyermekek, ahogyan kellene, az iskolában továbbra is átélik a kudarcok sorozatát, mely kihat magatartásukra és ismételten bekerülnek osztályunkra.
Célkitűzés: előadásomban arra szeretnék rávilágítani, hogy mi a különbség a fejlesztés és a korrepetálás között, valamint arra, hogy társszakmaként hogyan tudnánk ennek érvényt szerezni.

A testdiszmorfiás zavar és obszesszív-kompulzív zavar - kapcsolat, különbségek, hasonlóságok
Dochnal Roberta, Kapornai Krisztina, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: A testdiszmorfiás zavar a saját test észlelésének zavara, a beteg túlzott aggodalma egy a beteg által vélt, vagy valós, enyhe, kismértékű testi hiba miatt. A kényszerbetegséget tartós, tolakodó kényszergondolatok és/vagy kényszercselekedetek jellemzik, melyek gyakran rituálészerű viselkedéssé fokozódnak és jelentősen kihatnak a beteg szokványos napi tevékenységeire. A klinikai hasonlóság a két kórkép között közös etiológiai és neurobiológiai mechanizmusokat feltételez. Tekintettel az említett szoros összefüggésekre a DSM-V a két betegséget egy közös kategóriába sorolja: a „Kényszeres és kapcsolódó betegségek" csoportjába.
Cél: Előadásomban a két betegség közötti különbségeket és közös vonásokat szeretnénk felvázolni etiológiai, pathogenetikai és terápiás szempontból, különös tekintettel a komorbiditásból adódó diagnosztikus és terápiás nehézségekre.
Módszer: Az elméleti és irodalmi háttér bemutatását követően a komorbiditásból adódó diagnosztikus és terápiás szempontokat a Szegedi Tudományegyetem, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán és Ambulanciáján gondozott beteg/betegek esetbemutatása által vázolom.
Összefoglalás: az esetbemutatás kapcsán jól láthatóan kibontakozik a két komorbid betegség, mely megnehezítette a terápiát és befolyásolta a betegség lefolyását és prognózisát.

Szülő – csoport – élmény

Gyimesi Nóra, Szári Laura
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

Célkitűzés: Előadásunk célja, hogy bemutassuk egy olyan szülőcsoport folyamatát, melynek tagjai autizmusban érintett 8 - 10 éves gyermekek szülei. A szülőcsoport kiemelt célja volt, hogy olyan stratégiákat, eszközöket adjunk a szülők kezébe, mellyel a mindennapos kommunikációs akadályok fellazulnak, illetve a szülő és a gyermek is nagyobb kompetenciát él meg az egymással való társas interakciók során. Ugyanakkor vállalt célunk volt, hogy a gyermekeket a terápiás térből kiemelve, valódi élményhez juttassuk, mely élmények szülőkkel való közös feldolgozása, elemzése új szempontokat, stratégiákat adhat a jó gyakorlatok családi környezetbe való átültetéséhez.
Hipotézis: A szülőcsoport indulásakor kiindulópontként tekintettünk az autizmusban érintett gyermeket nevelő szülők szubjektíven megélt alacsony énhatékonyságára. (Kuhn és mtsai, 2006). Feltételeztük, hogy az alacsonyabb, megélt énhatékonyság kompenzálható a jó gyakorlatok megerősítésével, és azok láthatóvá tételével, illetve rendszeres szülőcsoport szervezésével, mely, mint terápiás forma protektív tényezőként segíti a szülők saját jó gyakorlatainak interiorizálását.
Módszer: A szülőcsoporton 6 szülő vett részt, 6 hetente találkoztunk velük 1,5 órás alkalmak keretében. Az egyes alkalmak alapját a gyermekekkel töltött terápiás téren kívüli élmények képezték. A szülők saját beszámolóira építve, minden alkalommal közösen rögzítettük a jó gyakorlatokat, melyek számukra is elérhetőek és átemelhetőek a család mindennapjaiba. A családi környezetben való alkalmazásukról folyamatos visszajelzések és utánkövetés segítségével igyekeztünk őket támogatni a családi környezet szempontjából optimális átültetésére. A szülőcsoport folyamatában a szülői közösségi élmény, a sorsközösség megtapasztalása is kiemelt cél volt. Az egymás felé irányított kérdések, a más-más élethelyzetek közös pontjainak feltérképezése nagy segítséget jelentett a valódi csoport élmény kialakulásában.
Összefoglalás: A szülőcsoporton a tagok rendszeres részvétele, problémáik, kérdéseik megfogalmazása, saját kudarc és sikerélményeinek megosztása a csoport melletti elköteleződés mutatója volt. A csoporton kívüli egyéni konzultációs alkalmak ezt hatékonyan támogatták. A rendszeres csoportos forma, mely egy-egy nagyobb terápiás blokkhoz tartozott és egy-egy közös élménnyel végződött, sok olyan tapasztalathoz segítette hozzá a szülőket, melyek könnyen átültethetőek voltak a mindennapokba, illetve a gyermekek számára is erős motivációval bírtak. A pozitív tapasztalatok megerősítése és hangsúlyozása, a gyermekek kompetenciáinak láthatóvá tétele nagyban segítette a szülők más környezetben való hatékony kommunikációját gyermekük állapotával kapcsolatban. Ezen kívül olyan témákkal kapcsolatban is segítette a nyíltabb kommunikációt, mint a diagnózis családon belüli elfogadása.

Hajszerződés, avagy trichotillomániával küzdő serdülők csoportterápiájának pilot vizsgálata

Marossy Zsófia, Galasi Zsófia, Gregó Enikő, Nagy Péter
Vadaskert Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Hipotézis: A trichotillomania (TM) kezelése során a kognitív viselkedésterápia mellett szükségesnek tűnt, a téma összetettségének megfelelő, integráló szemléletű terápiás eszköztár létrehozása. Jelen előadásunk célja ezen TM-es kamaszok számára kidolgozott csoportmódszer bemutatása.
Módszer: Az általunk kidolgozott csoporton a 10-17 év közöttiek vettek részt, akik elsősorban TM-es tüneteik miatt keresték fel kórházunkat. A csoport osztályos felvétel részeként valósult meg a Vadaskert Kórházban, melynek keretei között napi 2 terápiás foglalkozást tartottunk, 5 napon keresztül. A 8 fős létszám mellett a résztvevők attitűdjének (DAS), esetleges depressziós tüneteinek feltérképezését (GyD), illetve a módszer megvalósíthatóságát tűztük ki célul. Alkalmazott módszereink: edukáció, CBT, HRT, relaxáció, szülőkonzultáció. Utánkövetés (4 hónap) során a tanult technikák kivitelezhetőségét, illetve a hangulati tünetek szerepét vizsgáltuk.
Eredmények: A TM tünetek észlelésében, és a HRT módszerek gyakorlásban a csoport terápiás forma hatásosnak tűnik, az utánkövetés alapján. A résztvevők GYD pontszámainak átlaga a hospitalizáció alatt 14,6 pont, utánkövetés során 10,2 pont volt, az átlag pontszám csökkenésben egyéni beteg utak domináltak.
Összegzés: Tapasztalataink és a visszajelzések alapján a módszer a célcsoporttal elvégezhető, a programhoz kapcsolódó szülő és gyermek edukáció, konzultációs keret hatékony segítséget jelent.

Élmény a terápia!

Szári Laura, Gyimesi Nóra
„Egy Másik Út" Alapítvány Tanácsadó és Terápiás Központja, Budapest

Célkitűzés: Előadásunk célja, hogy bemutassunk egy olyan kiscsoportos terápiás folyamatot, melynek célja az autizmus spektrum zavarban érintett 8 - 10 éves gyermekek és családjaik támogatása, különösen az iskolai közösségben való helytállás megsegítése, a strukturálatlan élethelyzetek autizmus spektrum zavar specifikus támogatása.
Hipotézis: Az autizmus spektrum zavar esetén tapasztalt generalizációs nehézségek megsegítése céljából a terápiás tér kibővítésével, az autizmus spektrum zavar specifikus eszközök természetes környezetbe való átültetésével a gyermekek számára olyan mindennapi élethelyzetek modellezhetők, melyek segítik a gyermekek társas helyzetekre való rálátását, illetve növelik a társas kompetenciákat, szembeszállva a kontextusvakságból eredő nehézségekkel (Vermuelen, 2012). A rendszeres életközeli, de ugyanakkor motiváló élmények beépítésével, a gyermekeknél magasabb terápiás involváltság elvárható, melynek következtében a külső motiváción kívül a közös társas élményekhez kapcsolható belső motiváció is szerepet kap.
Módszer: A terápiás folyamat 10 hónapjában a gyermekek heti rendszerességgel 1,5 órás csoportos terápián vettek részt, minden ötödik terápiás alkalom külső helyszínen került megrendezésre. A szülőkkel 6 hetente szülőcsoport formájában találkoztunk. Az egyes csoportos alkalmak során a gyermekek olyan modellezett szociális - kommunikációs helyzeteket gyakoroltak védett környezetben, mely a kortárs interakciók megértésében, szabályozásában, kortársakkal való együttműködésben segítik őket. A csoporton bevezetett eszközök (pl. jutalmazási rendszer, vizuális eszközök) kialakításánál fontos cél volt, hogy a védett környezetből kiemelve is a gyermekek segítségére legyen, ezzel segítve tájékozódásukat a szociális térben.
Összefoglalás: A terápiás csoport lezárásával a változatos vizuális eszközök segítségével gyermekek számára is láthatóvá vált fejlődésük útja, mely saját kompetenciaérzésüket jelentősen segítette. A kortárs helyzetekben megélt sikerélmények során önbizalmuk fejlődött, a kortárs helyzetekre való motivációjukat növekedett. A terápiás forma élményszerűvé tétele elősegítette a további terápiára való motiváltságot is, ami a kortárs kapcsolatok további elmélyítésére adott lehetőséget.

Mi fán terem a gyógypedagógus? – Kompetencia és kompetencia határok. Pszichopedagógusok lehetséges szerepe a krónikus betegellátásban, ezen belül az epilepsziás gyermeket nevelő családok ellátásában.

Váraljai Réka
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: A gyógypedagógusok jelenléte a gyermekpszichiátriákon, lassan országszerte megszokottá válik, jelenleg azonban főként a diagnosztikában és a nappali foglalkoztatásban számítanak munkájukra. Talán kevésbé ismert, hogy a gyógypedagógus képzés évtizedek óta nagy hangsúlyt fektet a pszichológiai ismeretek, mesterképzésben pedig a neuropszichológiai ismeretek megalapozására. Fontosnak tartom tehát a gyógypedagógiai munkában rejlő, kiaknázatlan lehetőségek ismertetését.
Cél: Az előadás egyik célja, a sokszínű gyógypedagógus szakma, a szűken és tágan értelmezett gyógypedagógia megismertetése a társdiszciplínákkal. A gyógypedagógia tudomány multidiszciplináris, transzdiszciplináris alapállásából adódó előnyök és veszélyek rövid vázolása. Az előadás második felében pedig a szegedi gyermekpszichiátria új szolgáltatását" mutatom be. Epilepszia tanácsadó kezdi meg ugyanis működését, melynek célja a betegedukáció, családi konzultációk rendszeres biztosítása és az életminőség, lehetőség szerinti javítása mellett a betegek utánkövetése is. Mindez jó példa lehet a fent említettek gyakorlati megvalósulására, valamint a szakmaközi együttműködésre – ebben az esetben a gyermekneurológiai- és gyermekpszichiátriai osztály között.
Összegzés: A betegséggel kapcsolatos felvilágosítás, a rendszerszemléletű problémafeltárás külföldi és hazai tapasztalatok tanúsága szerint is segíti az epilepsziás gyermekek személyiségfejlődését és a családdinamikai változásokat. Gyógypedagógusok, pszichopedagógusok ezzel is hatékonyan támogathatják a szakorvosok munkáját.

Terápia és fejlesztés számítógéppel – készségek fejlesztése és a testtudatosság növelése gyermekeknél

Kántor Judit Ágota[1], Perényi Gitta[2], Szertics Péter[1]
[1]*At Work Kft, Budapest*
[2]*XI. Kerületi Pedagógiai Szakszolgálat, Budapest*

A CogniPlus egy számítógépes készségfejlesztő program, mellyel célzottan lehet egyes részképességeket fejleszteni (válaszgátlás, munkamemória, tervezés, figyelem alfunkciói, szem-kéz koordináció). Kutatások alapján egy vagy több ezen készségek közül átmenetileg vagy tartósan romlik bizonyos pszichiátriai (mániás epizódok, ADHD, bulímia, OCD) és neurológiai (agysérülések, stroke) zavaroknál. Sok esetben a képességek romlása a képesség tréningezésével megállítható vagy visszafordítható, sérülés, stroke után rehabilitálható. A CogniPlus rendszerben a felmérés után a károsodott vagy csökkent készségeket egyenként lehet fejleszteni. A program néhány perc után úgy állítja be a nehézségi fokot a páciensnek, hogy az biztosítson számára kihívásokat és sikerélményeket is. Így a fejlődési lehetőséget úgy biztosítja, hogy közben a motiváció is fennmaradjon.
A BioFeedbackXpert programmal a páciens és a terapeuta valós időben kaphat visszajelzést a páciens fiziológiai mutatóiról. Figyelemmel kísérhetik többek közt bőrhőmérsékletét, bőrellenállását, légzését, szívritmusát, EEG-hullámait vagy épp izomtónusát. Az eszközben számos lehetőség nyílik a terápiára. Jelentősen lerövidíthető például több technika (pl. relaxáció, autogén tréning) elsajátításának az ideje, mivel a kliens rögtön visszajelzést kap arról, ahogyan szervezete reagál. Emellett a program megerősítéssel, jutalmazással segíti bizonyos fiziológiai változások előidézésének implicit megtanulását – bizonyos frekvenciájú agyhullámok erősítését, a paraszimpatikus rendszer aktiválását stb. Hangulatzavaroknál számos esetben bizonyulhat hatékonynak, hogy a fiziológiai mutatók (félig) tudatos változtatásával hat a páciens saját érzelmi állapotára.
Előadásunkban a két eszköz alkalmazási lehetőségeit mutatjuk be.

2016. április 9.,szombat–3/B SZEKCIÓ: CSOPORT TERÁPIÁK

Leválnék, de nem engeded – Esetbemutatás

Gauland Edina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

A fiatalok 12 éves korukban elkezdenek „átpártolni”, a kortársak felé fordulnak. 14-15 éves korban a leválási tendencia egyre jobban felerősödik, elkezdődik a kapcsolatok átalakulása. Mivel a családról való leválás nehéz, veszteségekkel teli folyamat, ezért a serdülőknek egyre nagyobb szükségük van a kortársak támogatására.
Azonban ebben a folyamatban nagyon fontos szerepet játszanak a szülők. A család reakciója, viszonyulása a serdülő autonómiára való törekvésére meghatározó jelentőségű a leválás sikerességében, az önálló identitás kialakításában.
Előadásomban két olyan esetet mutatok be, melyekben a szülők (főleg az anya) nem tudták lányukat elengedni, és a leválási folyamat megakadása zavart okozott.
Zsuzsit édesanyja már születésétől fogva olyan erősen magához láncolta, hogy a lány kortárs kapcsolataiban is csak ezt a kétszemélyes kötődési mintát tudta létrehozni. Nagyobb közösségben elveszettnek érezte magát, attól félt, hogy nem képes saját határait megtartani. 17 évesen kilépett az iskolából, és egyetlen barátnőjével is megszakította a kapcsolatot.
Edit 14 éves volt, mikor édesapja külföldre ment dolgozni, azóta édesanyjával ketten élnek, és „támogatják egymást”.
16 évesen édesanyjával egy ágyban alszik, szobájában nem érzi magát jól, sötétedés után nem tud ott tartózkodni. Állandó félelmek gyötrik, úgy érzi, megfigyelik.
Mindketten részesülnek egyéni terápiában, illetve részt vettek az intézményünkben tartott kamaszcsoporton is.

Szavak közül szabadulva

Teller Judit, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

Az előadásunkban bemutatjuk, hogy egy, az ambulanciánkon tartott, egyhetes nyári csoportban hogyan volt illeszthető terápiás munkamódunk az adott életkor diktálta szükségletekhez, igényekhez.
A csoportunkon 7.-8. osztályos fiatalok vettek részt, akik munkatársainknál már korábban egyéni terápiás ellátásban vettek részt, és eljutottak az személyiségfejlődésüknek arra a szintjére, amikor már felmerülhetett az önismereti munka igénye is bennük, melyet a csoport nyújtotta biztonság keretei között felvállalhatóvá vált számukra.
Előadásunkban röviden szeretnénk bemutatni, hogyan alakult a munkahipotézisünk az egy hét során annak függvényében, ahogy a fiatalok manifeszt önismereti vágyának útjába állt a belső tartalmaikhoz való verbális hozzáférés korlátozottsága.
Illetve hogyan kristályosodott ki az élményterápiás hangsúly felé tolódásunk, mely végül magával hozta a sikeres csoportmunka katarzisát szimbolikus úton és a realitás síkján egyaránt, köszönhetően néhány süteménynek és egy szabadulószobának.

Általános Hősképző Iskola nyári tábora

Galambosi Elvira, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Bevezető/célkitűzés: Ambulanciánkon két évvel ezelőtt kezdtünk nyári tábor szerű egy hetes keretben dramatikus jellegű terápiás csoportokat indítani, 7-9 éves gyerekek részére. Szorongásos tünetekkel küzdő, alacsony önbizalmú, gyenge megküzdési készségű ill. veszteségen átesett gyerekeket hívtunk csoportunkba, akik a megelőző hónapokban egyéni terápiában részesültek. Célunk a maradványtünetek kezelése, önbizalom építés, megküzdés fejlesztése volt.
Hipotézis/kérdésfeltevés: Az idő keretek miatt strukturált, a terápiás célok elérése és az életkoruk miatt élményközpontú tematikát állítottunk össze. Csoportunk tehát strukturált volt annyiban, hogy mi terveztük meg a témákat, az együtt töltött idő felépítését, a helyzeteket, játékokat. A hangsúly azonban az átélésen volt: a tér megfelelő berendezésével, beöltözött segítő kollégával, terápiás kutyával, sőt még beépített emberek segítségével is a témának megfelelő helyzetekbe hoztuk őket, és velük együtt szembesültünk, éltük át, beszéltük és oldottuk meg a helyzeteket.
Módszer: A csoportfolyamat öt napjában szorongáskeltő témákat ajánlottunk fel, olyan helyzeteket, melyekkel kihívás szembenézni, és a megküzdés énerősítő hatású, önbizalom építő. A témák őket foglalkoztató félelmek voltak, például a sötétség, az új helyzetek, a kihívások vagy a félelmetes árnyak/lények.
Összefoglalás: A szülőkkel a csoport előtti hetekben és utána is interjúkat vettünk fel, és az eredmények egyértelmű javulást mutatnak a gyerekek lelki állapotában. Tapasztalatunk az volt, hogy a kisiskolás korosztály fogékony erre a strukturált, de a fantáziának szabadságot adó, a hős témát aktivizáló keretre.

Úton „Arany Pelevárba” – Belső tájakon a művészetterápia eszközeivel

Nyitrai Mónika, Sziray Zsófia
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest

Az előadás során röviden bemutatjuk az ambulanciánkon folytatott művészetterápiás csoport koncepcióját, illetve a felhasznált technikákat, amelyeket a résztvevők alkotásairól készült fotókkal szemléltetünk is.
A foglalkozásokon 8-10 éves gyerekek vettek részt, akik többnyire szorongásos és depresszív tünetekkel kerültek ambulanciánkra. Egy terápiás csoportot tíz alkalmasra terveztünk, hetente másfél órában, pszichológus és művészetterapeuta vezetésével, zárt csoportokban, 8-9 gyermek részvételével. A tematikus keretet egy különböző tájakon tett képzeletbeli utazás adta. A foglalkozások céljaként a gyermekeknél tapasztalt szorongásos, illetve depresszív tünetek enyhítését, feszültségoldást, valamint az én-erősítést és a kapcsolatteremtés segítését határoztuk meg.
Módszerünk alapvetően a képzőművészeti-terápiában alkalmazott technikákra épül, amelyek hatékonyságát többek között az alkotás gyógyító ereje biztosítja. Újszerűségét pedig a tematikus keret jelenti, mely a Stern-i fejlődéselmélet alapjaira (pl.: szelf-érzetek, vitalitás affektusok) épül, és tájképek (pl.: erdő, mocsár, tenger mélye, sivatag, hegvidék) szimbólumaival dolgozik.
Azon túl, hogy előadásunkkal szeretnénk bemutatni a csoportjainkban folyó munkát, reméljük, hogy a művészetterápia gyakorlati alkalmazásának lehetőségeiről szóló beszámolók tárházát is gazdagíthatjuk.

„Táncolj velem, apu, anyu!" – Szülők bevonása a gyermektáncterápiába

Vetier Anna[1], Cseri Ágnes[2]
[1]*Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest*
[2]*Budakeszi Úti Óvoda Labanc Utcai Tagóvodája, Budapest*

Előadásomban arról szeretnék beszélni, hogy milyen módon vonjunk be a szülőket a gyermekekkel folytatott pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás foglalkozásokba. Mivel a gyermekek pszichés állapota szorosan összefügg a szülő-gyermek kap- csolat minőségével, ezért nagyon hatékonynak találjuk, ha a szülőket – a konzultációkon túl – aktívan bevonjuk a mozgás- és tánc- terápiába, tehát szülő és gyermeke közösen vehetnek részt a folyamatban.
Közel 10 éve tartunk gyermek részére táncterápiás foglalkozásokat, ahol a heti rendszerességű gyermekcsoportokba havonta beiktatunk egy közös szülő-gyermek alkalmat. Néhány éven keresztül pedig intenzív szülő-gyerek kapcsolatterápiás csoportokat vezettünk.
Tapasztalataink alapján ebben a játékos, egymásra hangolódó terápiás közegben átélt élmények segítik a gyermekek és szüleik kapcsolatának elmélyülését és viszonyuk kiegyensúlyozottá válását, mely nagyban hozzájárul a gyermekek lelki harmóniájának kialakulásához, valamint tüneteiknek csökkenéséhez vagy megszűnéseshez.

Kerekerdő varázslói

Simkó Anna, Urbán Szabó Krisztina
Heim Pál Gyermekkórház, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

Bevezető/célkitűzés: Ambulanciánkon nyaranta rendszeresen tartunk csoportokat iskolába készülő óvodás gyermekek számára. Életkorilag homogén, (betöltött hat év) de nagyon különböző tünetekkel küzdő gyerekeket hívtunk meg a csoportba (szorongásos tünetekkel küzdő, elektívmutista, enyhe autizmussal küzdő, ADHD) , akik előzőleg több hónapig egyéni terápiában részesültek. Célunk a terápiás folyamat lezárása, az eredmények megerősítése volt.
Hipotézis/kérdésfeltevés: egy jól strukturált csoport terápia ennyire eltérő tünetek esetek is hatékony segítséget nyújthat páciense- iknek.
Módszer: Egy héten keresztül, napi öt órában zajlottak a foglakozások, ahol a gyerekek az öreg varázsló megmentőivé váltak, közben leküzdötték félelmeiket, megtanultak egymásra figyelni, együttműködni stb.
Összefoglalás: A szülőkkel a csoport előtti hetekben és utána is interjúkat vettünk fel, és az eredmények egyértelmű javulást mu- tatnak a gyerekek lelki állapotában, a tábor pedig olyan élményt, kapaszkodót nyújtott számukra, amelyre iskolásként is tá- maszkodhattak.

Az augusztusi önismereti csoport fiataloknak, ami négy hónapig tartott

Fedor István[1], Dobos Kitty[1], Antal Brigitta[2], Üveges Tamás[1]
[1]*Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulancia, Budapest*
[2]*Flow Consulting Kft.*

Ambulanciánk a nyári szünetben számos egy hetes csoportot szervez különféle korosztályú betegeinknek. Előadásunkban a 17-19 éves fiataloknak szervezett csoport tapasztalatairól számolunk be. A csoport 16 fős volt, tagjai szorongásos tünetekkel, hangu- latzavarral, valamint beilleszkedési nehézségekkel álltak kezelésünk alatt.
A nyári egy hetes intenzív csoportmunka során nagy hangsúlyt helyeztünk a csapatépítésre. Fő célunk az volt, hogy a csoporttagok szorongása csökkenjen, kapcsolatokat, támogató kortárs közeget alakítsanak ki. Minden nap számos olyan tréningelemet illesztet- tünk a programba, ahol a tematikus önkifejezést és az egymásnak szóló konstruktív visszajelzést gyakorolhatták. A csoport- munkában ötvöztük a terápiás önismereti kamaszcsoportok és a vezetőképző csapatépítő programok megközelítéseit és technikáit. Felhasználtunk élményterápiás játékokat és feladatokat is, amelyek elengedhetetlenné teszik az fizikai együttműködést.
A program négy trénerrel futott minden nap, ami lehetővé tette a fiatalok számára a vezetőkkel való könnyebb azonosulást. A tréneri csapat kommunikációja mintaként is szolgált a résztvevők számára. A trénerek is részt vettek számos gyakorlatban és osztozkodásban, ami hasznosnak bizonyult a csoport bizalmi légkörének elmélyítésében is.
Az együtt töltött öt nap után a csoporttal közösen úgy határoztunk, hogy ősszel heti 2-2 órában folytatjuk a programot.
S hogy mitől lett sikeres a folyamat? Hogyan alakult és erősödött a bizalom, milyen előnyei voltak a négy tréneres vezetésnek? S hogy kerültünk végül el egy szabaduló szobába?
Igyekszünk minderre választ adni az előadás során.

SZERZŐI INDEX

Antal Brigitta	12, 34
Ábrahám Ildikó	10, 27, 28
Balázs Judit	6, 11, 17, 18, 29
Bálóné Dányi Izabella	11, 29
Bánki M. Csaba	9
Bárdosi Réka	7, 20
Baukó Krisztina	6, 18
Bedekovics Norbert	8, 24
Bognár Vivien	8, 23
Borbás Réka	8, 24
Csábi Eszter	8, 24
Csábi Györgyi	7, 20
Csanálosi Dóra	6, 16
Cseri Ágnes	12, 34
Csordás Patricia	10, 28
Csupor Éva	7, 20
Dobner Sára	10, 27
Dobos Éva	8, 22
Dobos Kitty	12, 34
Dochnal Roberta	6, 7, 11, 19, 22, 29
Dorn Krisztina	5, 15
Eigner Bernadett	8, 23
Erdélyi Noémi	9, 26
Fedor István	12, 34
Fenyvesi Tamás	7, 22
Fierpasz Zsuzsanna	6, 18
Gácser Magdolna	6, 18
Galambosi Elvira	12, 33
Galasi Zsófia	11, 30
Gallai Mária	9, 10, 27, 28
Gauland Edina	12, 32
Gregó Enikő	11, 30
Gyenge Zsuzsanna	10, 26 , 28
Gyimesi Nóra	11, 30, 31
Halász József	6, 17
Hamvai Csaba	5, 15
Hau Lídia	7, 20
Hirsch Anikó	8, 24
Horváth Ágnes	8, 23
Horváth Lili	6, 18
Horváth Lili Olga	6, 17
Kakuszi Szilvia	8, 24
Kántor Judit Ágota	12, 32
Kapornai Krisztina	11, 29
Kása Péterné	9, 26
Keresztény Ágnes	6, 17
Kis Tibor	7, 21
Kiss Emese	10, 27
Komáromi Katalin	7, 22
Korzenszky Klára	5, 16
Kovács Zsuzsanna	7, 20
Kövesdi Andrea	10, 28
Lódi Csaba	10, 27
Loós Anita	8, 24
Malik Anikó	10, 27
Marossy Zsófia	11, 30
Matalin Melinda	7, 20
Máté Orsolya	10 ,28
Mészáros Gergely	6, 18
Mészáros Lőrinc	6, 17
Miklósi Mónika	6, 17
Mohácsi Magdolna	6, 18
Müller Katalin	10, 27
Nagy Péter	5, 8, 11, 14, 23, 30
Nyitrai Mónika	12, 33
Otrosinka Sós Rebeka	7, 22
Papp István Csongor	6, 16
Perényi Gitta	12, 32
Pintér Sarolta	7, 8, 21, 22
Platthy István	9, 25
Prievara Dóra	8, 22
Rozgonyi Emőke	10, 26, 28
Sarungi Emőke	5, 14
Schulcz Rebeka	8, 24
Siklósi Réka	6, 19
Simkó Anna	12, 34
Sümegi Viktória	8, 22
Szalkay Krisztina	9, 25
Szántóné Sorompó Anett	5, 16
Szári Laura	11, 30, 31
Szegleti Gabriella	9, 25
Szentiványi Dóra	6, 17
Szertics Péter	12, 32
Sziray Zsófia	12, 33
Szobota Réka	7, 19
Teller Judit	12, 33
Tényi Tamás	7, 20
Tóth Ágoston	9
Tóth Anett	7, 21, 22
Tóth Roland	7, 19
Török Zsófia	6, 17
Törzsök-Sonnevend Mária	10, 26, 28
Urbán Szabó Krisztina	12, 33, 34
Üveges Tamás	12, 34
Vakaliosz Athéna	10, 27
Váraljai Réka	11, 31
Várhegyi Linda	5, 15
Várnai Nikoletta	10, 28
Vetier Anna	12, 34
Vetró Ágnes	6, 7, 8, 9, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 29
Vida Péter	6, 17
Záborszki Annamária	8, 22

JEGYZET

LÉPJEN BE !
www.netpraxis.hu
praxis
ESETÍRÓ
RANGADÓ
RÉSZLETEK
SEGÍTHETEK ?
Kérdések és válaszok
erodium
BETEGVÁRÓ
ORVOSLÁTOGATÓ VÁRÓ
FELHASZNÁLÁSI FELTÉTELEK
praxis
2016.3.29 15:51:55
Belépési azonosító...
Szakrendelőválasztás...
SEGÍTSÉG
BELÉPÉS
A felhasználási feltételeket elfogadom, REGISZTRÁLOK és belépek
CSAK NÉZELŐDNÉK