

Klinikai pszichológia a neuroológiában

1.Epilepsziához társuló pszichológiai
zavarok és kezelésük, rehabilitáció

2.Pszichogén rohamok felismerése és
kezelése

dr. Békés Judit

Juhász Pál Epilepszia Centrum, OKITI

Neurológiai kórképek jellegzetességei

Krónikus betegség + speciális jellemzők

- Maradványtünetek (pl. stroke)
- **Krónikus - változó** (pl. epilepszia)
- Romló (pl. SM)

Márkus Attila: Neurológia pszichológia szakos hallgatók számára
Akadémiai Kiadó, 2006

Epilepszia –betegség jellemzők

Gyakoriság 1.strokee 2. epilepszia

- leggyakoribb csecsemőkben és idős emberekben
- gyermekeknél mintegy 1%-os, felnőttekben 0.5 %-os gyakoriság
Mo- 60-100 000
- gyermekkori epilepsziák mintegy fele felnőtt korra megszűnik

Felosztás1 – eredet, ok

szimptomás epilepsziák :

- valamilyen helyi agyi szerkezeti eltérés, pl. agykérgi fejlődési zavar, agydaganat, sérülés, gyulladós góc, vérellátási zavar, vagy bevérzett terület stb..
- e.r. késedelmi (érési) idő, temporális lebeny- leggyakoribb

idiopátiás epilepszia:

- a kérgi idegsejtek aktivitásának tartós kóros megváltozása idegrendszeri roham készség –öröklött hajlam, genetikai eredet,
- ismeretlen eredet

aktivizálódás – **biológiai tényező** (alvásmegvonás, fényingerek, láz stb.)

Felosztás 2

Részleges vagy teljes bevontság

fokális
generalizált

Tipikus tünetegyüttállások–szindrómák

Leggyakoribb roham típusok

1. tónusos-klónusos generalizált roham

https://www.youtube.com/watch?v=Lq__o1kAlGc

2. komplex parciális roham

https://www.youtube.com/watch?v=Jl9_QNkoZ0c

<https://www.youtube.com/watch?v=EvW0WCKlvk>

3. abszence

Klinikai pszichológia -epileptológia

- Diagnosztika - társuló pszichopatológiai zavarok
- Differenciáldiagnosztika - pszichogén rohamok
- Kezelés 1 és 2
- Pszichoedukáció
- Rehabilitáció
- Gondozás-orvos-beteg-család kapcsolat
- Compliance - együttműködés

Epilepszia jellemzők - kezelés

- gyógyszeres 60-70 % tünet mentesíthető
- műtéti 70-80 %-a tünet mentesíthető
- neuropszichológiai vizsgálat, neurorehab
- rohamfrekvencia csökkentés –
pszichológiai módszerek

Specifikus pszichológiai tényezők:

- kiszámíthatatlanság és rejtett hendikep
- kontroll vesztés- életvezetés, pszichés ruha
- sérüléstől, haláltól való félelem (SUDEP -sudden unexpected death in epilepsy, 500/év/ UK)
- saját testhez való negatív viszonyulás
- stigma és diszkrimináció

Epilepszia- betegség pálya (trajectory) különböző állomásai :

- első (nyilvános) roham
- ismétlődő r. -diagnózis alkotás-közlés
- tünetmentesítés
- tünetmentesítés nem sikeres
- műtéti lehetőségének felvetése
- nem műthető
- műtét –sikeres
- fennmaradó rohamok

Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia
- stressz mint rohamprovokáló tényező
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektivitás -dependencia- átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin), elvesztett évek (lost years)
- ?epilepsziás személyiség? agresszivitás?

hangulati zavarok-depresszió lehetséges okai

- biológiai komponensek (temporális lebeny e.)
- veszteségek
- tanult tehetetlenség

Stressz -epilepszia

**60-70 % trigger – csoportra jellemző: emocionális sérülékenység
generalizált szorongás zavar,
depresszió**

UC Comprehensive Epilepsy Centre 2 vizsgálat

- **266 - 219 STRESS (+) 81%**
- **85% krónikus stressz- 68% akut stressz**
- **Generalized Anxiety Disorders-7 (GAD-7)**
- **57% stresszkezelő módszer (jóga, mozgás, meditációs)**
- **88% javulás roham**
- **25% STRESS (-) subjects 71% javulás**
- **roham előjelző, bejósolás**

Privitera M., Walters M., Lee I., Polak E., Fleck A., Schwieterman D., et al: Characteristics of people with self-reported stress-precipitated seizures. Epilepsy Behav 2014

- epilepszia kialakulása, indulása – stressz
- korai életkorban tartós traumatizáció hatása - állatkísérletek
- külső stresszorok hatása – provokálatlan rohamok
okozati, kockázatnövelő ?
- Christensen et.alii -dániai utánkövetéses vizsgálat 1980 - 1996 év
szülők - gyermek halálának egészségügyi hatása - része
epilepszia kockázata 50 % magasabb
- apáké első 3 évben kétszeres, aztán visszatér a nem érintett
csoport értékéhez
- az anyák kockázata az egész vizsgált időszakban magasabb marad

Stress and epilepsy: a population-based cohort study of epilepsy in parents who lost a child.

Christensen J, Li J, Vestergaard M, Olsen J.

Epilepsy Behav. 2007 Nov

Tanult tehetetlenség

- Seligman és Overmeier (1967) - állatkísérletek (hatás: passzivitás, fásultság, étvágy és sexuális érdeklődés csökkenése, tanulási képesség deficit)
- Hiroto és mtsai (1974) - embereknél (+ alacsonyabb probléma megoldási képesség, kevesebb nyílt agresszió és versengés, magasabb betegség kockázat)

TT -módosított elmélet: attribúciós stílus

- attributional v. explanatory style

(Seligman 1975, vmint Abramson és mtsai, 1978)

- konzisztensen jellemző, de beavatkozásra reagáló

Pszichoterápiás hatásvizsgálatok

- eredet: korai veszteség
szocializációs tapasztalatok

Attribúciós vagy magyarázó stílus jegyek: pesszimista

- globális
- stabil
- belső

negatív események

- specifikus
- átmeneti
- külső

pozitív események

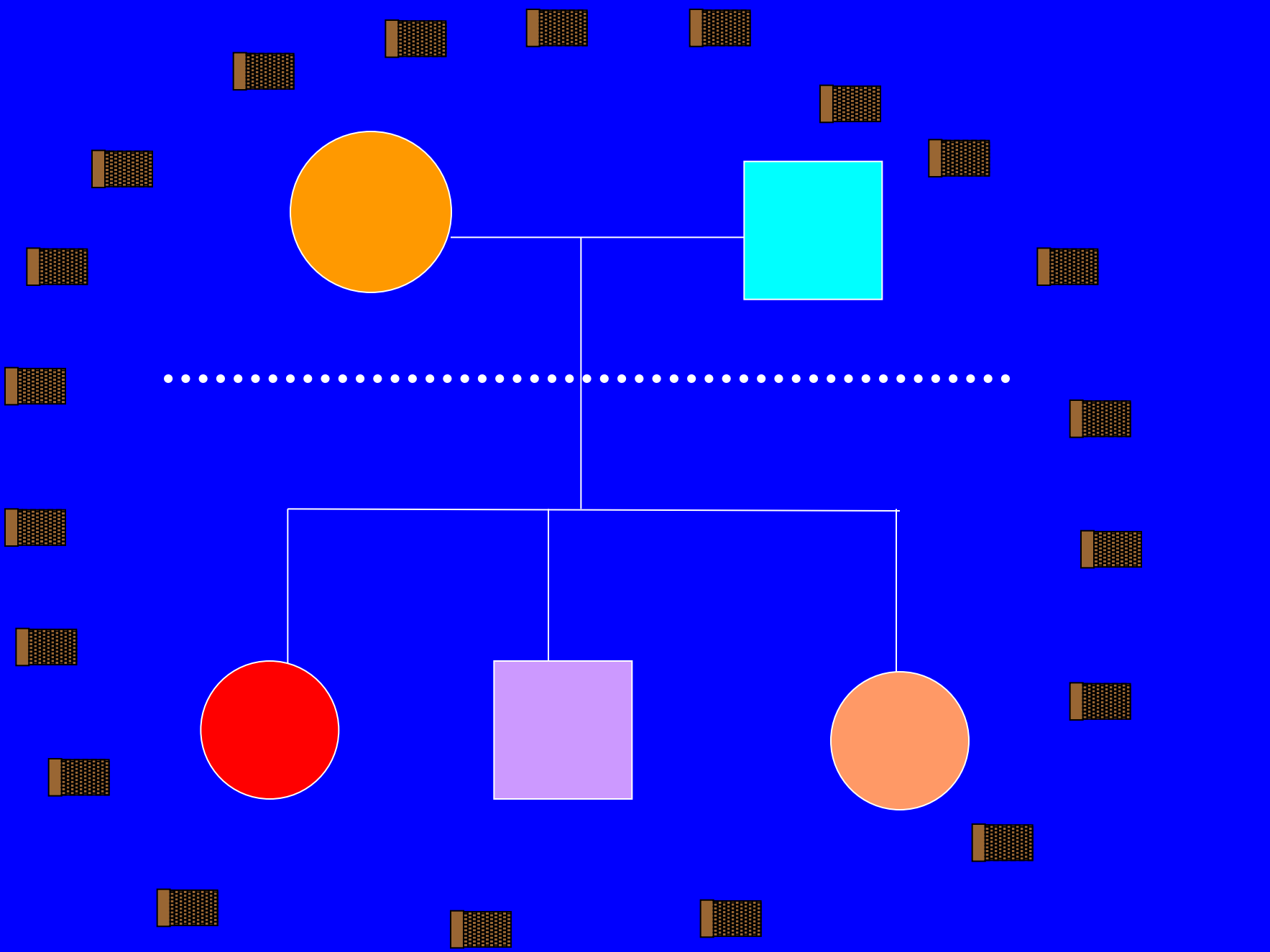
Mérés: többféle kérdőív ill. a CAVE technika - tartalomelemzés,
Optimizmus-pesszimizmus - reménytelenség kérdőívek

Epilepsziás betegekkel folytatott vizsgálatok

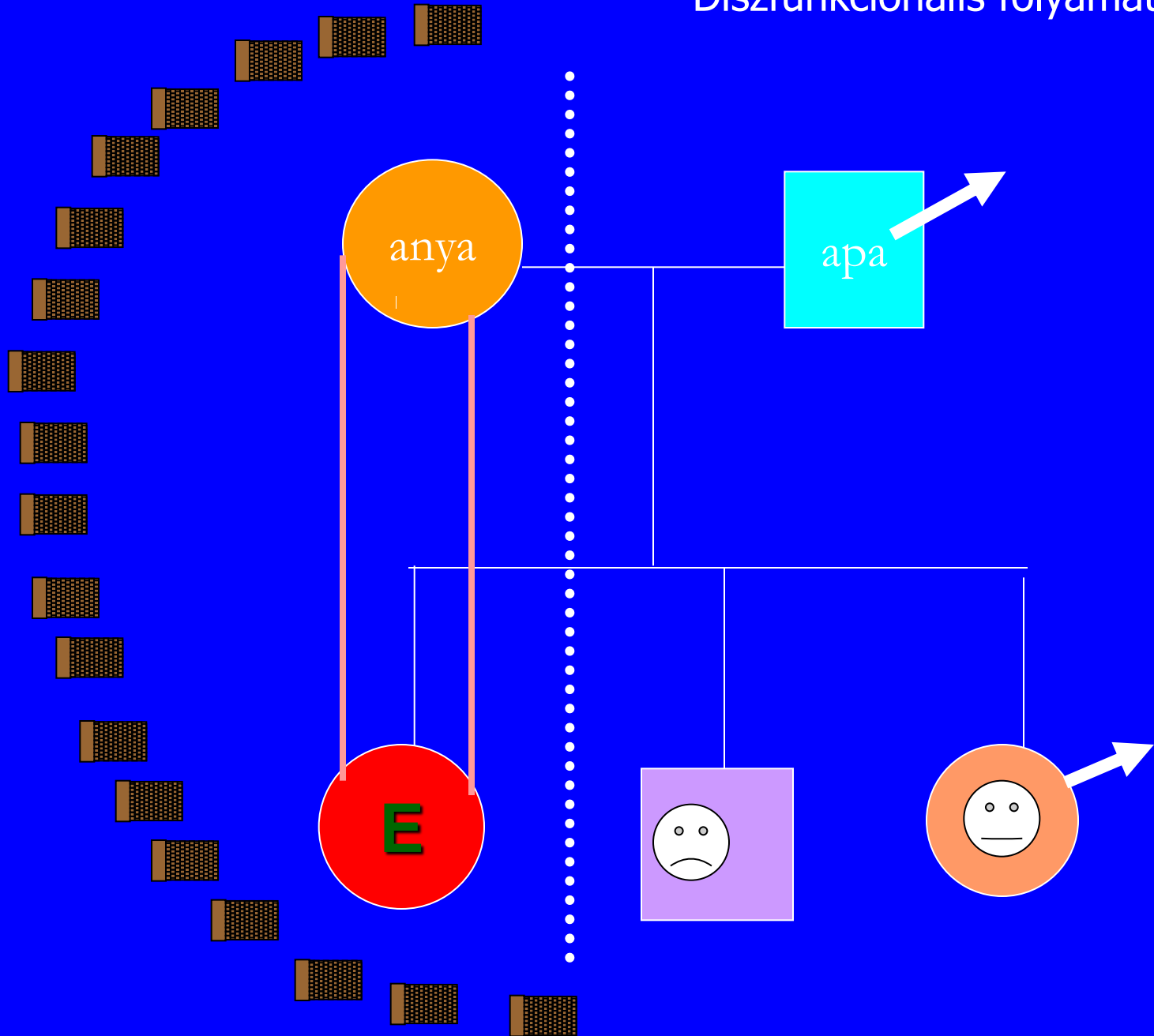
- 143 TLE 73/70 műtét e. kivizsgálás
Beck, CES-Depresszió skála, Optimism/ Pessimism Scale
nem, kor, betegség indulása, oldaliságtól függetlenül
a negatív attribúciós stílus és a depresszió összefüggése
(Learned Helplessness, Attributional Style, and Depression in Epilepsy
Article in *Epilepsia* 37(7):680 - 686 · August 2005)
- Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective
Christian Hoppe & Christian E. Elger
- rohamoknak való kitettség függ össze a depresszió mértékével
(szülők, PNES is)

Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia
- stressz
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektívitás - dependencia- átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin) az elvesztett évek (lost years)



Diszfunkcionális folyamatok - epilepszia



Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia
- stressz
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektívitás - dependencia- átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin) az elvesztett évek (lost years)

Gyógyulási krízis

Hosszú betegségtörténet után bekövetkező „drámai” egészségessé válás (pl.műtét) – feldolgozási folyamat

1. Pszichiátriai jellegű tünetek- paradox gyógyulási hatás: a műtét utáni tartósan fennmaradó szorongás és hangulati zavar, pszichogén rohamok

a tünetmentes csoport egyharmadánál depresszív tünetek, az öngyilkossági ráta emelkedett marad

2. Pszichoszociális zavarok:

- a normalitás terhe szindróma:

felfokozott aktivitás az elveszett évek és lehetőségek bepótlására, vagy nagyfokú passzivitás, dermedtség a hirtelen fellépő elvárások és felelősségek nyomásában

- a betegszerep elengedésének nehézségei,

a családi és környezeti kapcsolati rendszer átalakulása

PSZICHOTERÁPIÁS, PSZICHOSZOCIÁLIS METODIKÁK

- rohamfrekvencia csökkentése
- pszichoedukációs programok - self-kontroll, a betegség helyretétele
- egyéni pszichoterápia (eklektikus)
- családterápia és csoportterápia pszichodráma
- komplex rehabilitáció
- fizikai tréning -hardiness és testkép

preventív szemlélet

Roham frekvencia csökkentése- beavatkozási lehetőségek

- aura kiváltó tényezők és
- magas roham rizikójú állapotok beazonosítása
- éberségi szint
- stressz kezelés
- életvezetési egyensúly- alvás

stressz kezelés

- Autogén tréning, progresszív relaxáció
- Mindfulness – meditáció
- Fizikai aktivitás (futás, gyaloglás)
- Jóga

Specifikus és nem-specifikus hatás

Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy an assessor-blinded randomized trial
Tang V., Poon W.S., and Kwan P.: Neurology 2015;

Pszichoedukáció-”Képzett beteg”

- 3-4 nap, 12-14 beteg és hozzátartozó
- Információ átadás - képzett beteg és emocionális feldolgozás
- coping stratégiák- adaptatív

Érzelmeik kifejezése

Vágyteljesítő fantázia

Önhibáztatás

Veszély minimalizálás

Információ keresés

Kognitív átstrukturálás -kihívás

Rehabilitáció



*Munkát, értelmes elfoglaltságot keresel? Fejlesztened fizikai, szellemi kondíciódat?
Társaságra, programokra vágysz?*



Vár a

VALENTIN HÁZ

Az OPNI Epilepszia Centrum, a BBEC Alapítvány és az EsErnyő Alapítvány közös tevékenysége alapján a következő programokban való részvételre van lehetőség az 1998 óta működő Valentin Házban:

- Epilepszia oktatás – epilepsziával élők és hozzátartozóik részére
- Egyéni rehabilitációs és neuropszichológiai felmérés
- Autogén tréning-csoportos relaxáció – stresszkezelés
- Kézműves műhely, kreatív és ergoterápiás foglalkozások
- Munkavállalási és álláskereső tanácsadás
- Munkaterápiás foglalkozások
- Képzési tanácsadás, számítógépes tanfolyamok szervezése
- Egyéni, csoport és családterápia az epilepszia negatív pszichológiai következményeinek felszámolására
- Memória tréning
- Fizikai edzés programok (futás, önvédelmi sportok, pingpong)
- Klubnapok, Nyílt Napok

A Valentin Házban szívesen látunk mindenkit, akinek az epilepszia miatt nehézségei vannak.

Jelentkezni minden péntek délelőtt 10–12 között lehet személyesen, illetve telefonon a 391-54-60-as számú hétköznap 8–16 óra között.

Budapest – Bethel Epilepszia Centrum Alapítvány, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest 1021, Húvösvölgyi út

A plakát elkészítését a Soros Alapítvány tá



Dr. Halász Péter
epilepszia
program-igazgató



Dr. Békés Judit
szakpszichológus,
szakmai vezető



Mihalik Zsuzsa
gyógyfoglalkoztató



Bieliczky Edit
gyógyfoglalkoztató



Csorba Simon
művészeti tan

Rehabilitációs módszerek

Képzett beteg-pszichoedukációs program

Stressz kezelési módszerek

Neuropszichológiai fejlesztési módszerek

Egyéni, csoport és családterápia

Ergoterápia, kreatív terápia,

fizikai fitness foglalkozások

Képzési és foglalkoztatási tréningek

Közösségi programok

Rehabilitációs folyamat

- pszichológiai, neuropszichológiai és szociális felmérés
- rehabilitációs terv készítése, rehabilitációs szerződés megkötése
- a személyiségben és környezetében rejlő tartalékok, erőforrások feltárása, család bevonása a rehabilitációs folyamatba
- rehabilitációs folyamat kivitelezése: neuropszichológiai és pszichoszociális fejlesztés, pszichoterápiás kezelés
- képzési, munkavállalási tanácsadás
- utógondozás

Rehabilitáció - korrekív emocionális folyamat













Pszichogén Nem Epilepsziás
Rohamok/PNER
diagnosztika és terápiás
lehetőségek

- DSM-5 - PNER a „Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok” - „Konverziós zavarok rohamokkal vagy görcsökkel”
- BNO-10 az egyéb konverziós kórképekkel együtt, disszociatív zavar

Konverziós zavar

Altípusok:

- Motoros tünetek v. deficitek
(Pl. koordinációs, v. egyensúlyzavar, bénulás, v. lokális izomgyengeség, nyelési nehézség, v. „gombóc a torokban”aphonia)
- Szenzoros tünetek v. deficitek
(pl. tapintás v. fájdalom érzés kiesése, kettős látás, vakság, süketség , hallucinációk)
- **Rohamok v. konvulziók**
Görcsök, v. rohamok motoros v. szenzoros komponensekkel
- Kevert tünetekkel
Több kategóriára jellemző tünetek vannak jelen

BEVEZETŐ ADATOK

1. Elnevezések: hisztériás/pseudo/pszichés/pszichogén rohamok/disszociatív /lelki eredetű rosszullétek/
pszichogén nem epilepsziás rohamok PNES/PNER
dissociative seizures
2. Előfordulás:évi incidencia: 3/100 000,
prevalencia:33/100 000
epilepsziás betegek között 10-20 % (Ramsay és mtsai
1993)
specializált centrumokban 30-40 %
3. PNER kezdete későbbi mint az epilepsziáé
PNER:14-30
60-70% nők

4. Diagnózis: átlagosan 6-7 év (Reuber és mtsai 2002),
a nem epilepsziás betegek kétharmada tartósan szed ae.-t,
gyakori intenzív osztályos kezelés, status - „pszichogén statu

5. Pszichoszociális helyzet: nagy arányú szociális támogatás
és állásnélküliség, alacsony életminőség
TLE- val összehasonlítva is lényegesen rosszabbnak ítélik me

6. Neuropszichológiai deficitek

10-50%

- a jellemző elhárítási mechanizmus(elfojtás) miatt?
- a létező deficitek miatt alacsonyabb szintű elhárítási ill.
megküzdési módok ?

-

7.Kimenetel: változó , de a csak diagnosztizált, kezeletlen esetek 70 %-a rohamok továbbra is, 50-60 % szociális ellátás

kedvezőbb kimenetel:

- korai dg és kezdet (Irwin és mtsai 2000)
- jó intellektuális színvonal
- kevesebb társuló pszichiátriai - somatoform és disszociatív tünet
- gyermekekben jobb mint felnőtteknél és epilepszia társulása nélkül

Típusok:

1) PSZICHOGÉN MOTOROS ROHAMOK:

nagy, rángó jellegű végtagmozgások, ritmikuscsípő lökések, fejingatás

alcsoport: tantrum vagy viaskodás

2) PSZICHOGÉN KIS MOTOROS ROHAMOK:

alsó/és vagy felső végtagi remegés, rázkódás

3) AREAKTÍV -„SWOONING” ROHAMOK: elesés, összeesés tudat alterációval

PNES rohamok jellemzői

- Kezdet fokozatos
- Prolongált lefolyás
- Megszakításokkal zajlik
- A motoros tevékenység szekvenciája nem követi az anatómiát és fiziológiát
- Ritmikus csipőmozgás
- Az arcizomzat nem vesz részt a „generalizált konvulzióban”
- Sírás az esemény során v. utána
- A „klónusok” nem fokozatos csillapodása
- Megtartott tudat/válaszkészség kétoldali konvulziók mellett
- Provokálhatók
- Iktális EEG nem utal iktális epilepsziás történésre
- Posztiktális kimerülés gyakran hiányzik

Jellemzők	Epilepsziás roham	Pszichogén NER
Alvás közben	Gyakran	Soha (?)
Aura	Jellegzetes lehet	Nem jellemző
Mozgásjelenségek	Tónusos, klónusos, komplex tartási tónusos motoros jelenségek	Kaotikus mozgások, gyakran újrakezdődnek, tremor gyakori
Tartam	pár sec-min	több perc-óra
Intervenció	nem szakítja meg	megszakíthatja
Provokálható szugg. eljárással	nem	igen
Sírás roham alatt	Nagyon ritka	gyakori

Iktális EEG	Kóros kivéve egyes frontális rohamokat	Mozgás műtermékek
Posztiktális EEG	Generalizált v. Lokális meglassulás	Normális

Tünetképzési modell

PSZICHOPATOLÓGIAI ZAVAR (HETEROGÉN jellegű)



konverzív, disszociatív mech.



TÜNETVÁLASZTÁS/MÓDOSÍTÓ FAKTOR

? ROHAM - Aldenkamp, 1997 EEG eltérés 45%, családi epi. előfordulás 5%

? PTSD szimbolikus, emlék maradványok

PSZICHOPATOLÓGIAI ZAVAR

1. Pszichiátriai zavarok széles skálája

(szorongásos, depresszív tünetek, személyiségzavar-borderline kép)

! szuicid gondolatok, készítés 30-40%, szuicid kísérlet 15-20%

2. Pszichopatológiai mutatók

- Rorschach: hy munkamódok, vonások
szorongás és annak kezelése
egyes területek zavara
- MMPI
magasabb Hd és Hy skála (alacsonyabb D skála „V” profil)
konfigurációs szabályok (Wilkus és mtsai) 80-85%-os beválás

Dinamikai folyamatok - mintázatok

1. Elhárított, (részben) tudattalanná váló intrapszichés konfliktus ill. tartalmak, emóciók megjelenítése
2. Reinforced, megerősítő úton létrejövő ill. a másodlagos nyereség által fennmaradó tünetek (odafordulás, gyengédség, figyelem elkerülés, tehermentesülés)

mintázatok

- PTSD poszttraumás zavar
- Fejsérülés, kómóció utáni állapotok
- Krónikus traumatikus élettörténet
- Családi dinamika-index páciens
- Epilepszia + PNER (gyógyulási krízis)

Diagnosztikus protokoll

- minél korábban
- video/EEG , otthoni video - ha szükséges provokáció ?
- pszichiátriai, pszichotatólógiai, pszichoszociális felmérés, exploráció - életesemények

ÉLETESEMÉNYEK ÉS PNER

gyermekkori trauma vagy felnőttkori trauma,
halálesetek és más veszteség,
akut vagy szituatív stressz

PNER 59 beteg(E.S. Bowman,1995)

- Strukturált interjú a pszichiátria diagnózis felméréséhez
- Exploratív interjú az életeseményekről
(+ konfliktus és érzelmek kezelése - saját és család)
- Kérdőív élettörténet - bántalmazás vagy trauma

Közvetlen kiváltó tényezők

	58 felnőtt	35 nő	23 ffi
1.Balesetek	11	9	2
2.Stressz csomagok	10	3	7
3.Szerep változás	10	4	6
4.Betegség vagy műtét	10	6	4
5.Haláleset vagy évforduló	8	7	1
6.Kapcsolati konfliktusok	8	1	7
7.Szexuális események	8	7	1
8.Találkozás a korábbi bántalmazóval	7	6	1
9.Partneri bántalmazás	7	6	1
10.Munka, karrier nyomás	5	0	5

Kontextuális tényezők (esetek 3/4)

1. Az életszakasz vagy helyzet a korai trauma egyre fokozódó felidéződését
2. Krónikusan frusztráló helyzet
3. Tartós házassági, kapcsolati feszültség vagy családi bántalmazás
4. Feloldhatatlan családi lojalitási konfliktusok

Korai/régebbi életesemények

1. Gyermekkori szexuális abúzus (50 %)
2. Gyermekkori fizikai bántalmazás (32%)
3. Emocionális elutasítás, elhanyagolás a szülők részéről
4. Gyermekkori elhagyatottság, elhanyagoltság
5. Fizikai bántalmazás vagy fenyegetettség felnőttkorban
6. Tartósan frusztráló vagy agresszív család – agresszió kinyilvánítás tiltással a gyerek felé
7. Családon kívüli szexuális erőszak serdülőkorban vagy felnőttkorban

Saját csoportterápiás tapasztalatok (6)

Családi helyzet	Korai fejlődés	Neuropszich. deficit	epilepszia	pszichoterápia
<u>Nincs teljes család</u> 3 válás 2 örökbe-fogadott 1 anya halála-nevelőanya	4 korai elhagyatottság 2 fizikai abuse	1 határozott def. 2 tanulási zavar	2 is-is	Egyéni -5 család -5 szocio-, kreatív terápiák

8 ülés – 2 teljes tünetmentesség

(1 PNERmegszűnt, de borderline t. megmaradtak)

3 lényegesen ritkább, teljes belátás és kooperáció

1 kilépett 2 ülés után

Terápiás protokoll

- diagnózis közlési folyamat - közös video megtekintés (stáb, majd a családdal együtt - szokásos roham?)
- megbeszélés : megítélésmentes,
 átcímkező
 exploratív
- nem színlelés
- megfelelő pszichiátriai, pszichoterápiás kezelés elindítása
- első lépés a diagnózis elfogadtatása, a nem a tünetek gyors megszüntetése

Terápiás protokoll (folyt.)

- Egy ideig a beteg megtartása a neurológiai gondozásban is az antiepileptikum megvonásának módja (hangulat?)
- Határterület - aki tudná diagnosztizálni, nem tudja kezelni és fordítva ?
- szoros együttműködés pszichiátriai/pszichoterápiás intézménnyel

Stáb-beteg együttműködés nehézségei:

- odafigyelés-elhanyagolás-jutalmazás
- orvos-beteg: mindkét résztvevő bizonytalan és megszegyenüléstől fél

Pszichoterápiás lehetőségek, módszerek

- Diagnózis pszichoedukatív közlése -20-30 %
tünetmentesség –tünetváltás?
- Egyéni pszichoterápia a pszichopatológiai
folyamattól függően (dinamikus, kognitív,
viselkedésterápiás megközelítés)
- PTSD – EMDR Eye Movement Desensitization and
Reprocessing
- Családterápia
- Csoportterápia

Ádám (19é.)

„pánik jellegű rohamok”, suicid gondolatok
iskolai szakpszichológus: prepszichotikus állapot

Pszichiátriai majd neurológiai felvétel

Rosszullétek:

„homályállapot, orális és manuális automatizmusok,
kényszernevetés, kényszersírás iktusz-szerű
állapot”

OKITI - PNES

Élettörténet:

Ádám 43 hétre kétpetējű ikerterhességből született, fiú testvére van.

Az anya zenetanár, az apa vízvezeték szerelő, a gyerekek 6 éves korában váltak el.

Ádámnak a válás előtti időszakból nagyon kevés emléke van, általában is panaszkodik a memóriájára, később a terápiában feltűnő, ahogy nehéz időszakok szinte törlődnek számára. A 6 éves kori válás után az anyja hosszú ideig nem tartotta a kapcsolatot, időnként fel majd újból eltűnt.

Az anya 4 és fél évvel ezelőtt, amikor terhesen egy agresszív abuzív kapcsolatból visszamenekült az anyjához, kezdte újból rendszeresebben keresni a kapcsolatot a fiúkkal. Ádám engedett az anya kérésének, a húga egy éves kora óta rendszeresen jár vigyázni rá, amikor az anyának este elfoglaltsága van. Testvére nem tartja a kapcsolatot, évente egyszer-kétszer találkoznak. Az anya jelenleg is alkohol problémában szenved, Ádám szerint az anyai nagymama is alkoholista volt, aki elhanyagolta az anyát gyerekkorában

Az apa lényegében a fiúk fizikai jóllétét tudta biztosítani, megbeszélni vele a válást, az anya eltűnését, majd visszatérését, bármilyen érzelmi-indulati dolgot lehetetlen.

Az utóbbi pár évben az apának van egy stabil kapcsolata, az anyának több rövid kapcsolat.

A fiúk 12-13 éves koruk óta szinte minden szabad idejüket a számítógép előtt töltik, a csetelnek, illetve egy on-line kalandjátékban élnek, játszanak, órákon, napokon, éjszakákon át, egymástól függetlenül, kortárs kapcsolatuk nincs.

Ádám számára szerepjáték egy másik világba való átlépést, tudatának kiürítését, egy virtuális közösségnek a tagja, agresszív feszültségének ventillációját biztosítja. „Itt fontosnak érzem magam, egyre erősebb klánokba vesznek bele”

Érettségi előtti évben kezdődtek a tünetek, amikor úgy nézett ki, hogy több tárgyból meg fog bukni, mert képtelen volt tanulni, figyelni az iskolában. Ez nagy szorongást váltott ki belőle, úgy érezte apjának a terheit növeli az iskolai kudarccal, sajnálta volna az apját, az anyja pedig indulatosan szidalmazni fogja, „hülyegyerek”nek nevezi ahogy korábban már többször.

Ásítózik, mellkasi szorítást, nyomást érez, kapkodja a levegőt, aztán kikapcsol, félig-meddig van tudatában a környezetének, arra emlékszik, hogy egyszer rosszullét után miközben kísérték a tanáriba, ki akart menni az ablakon. A környezet nevetéshez-síráshoz hasonlító zavart hangokat ír le a rosszullét során, amely után lassan veszi fel a környezettel való teljes kontaktust.

A terápiás folyamat főbb témái:

„nem érek semmit, nem vagyok fontos senkinek”

„legjobb lenne eltűnni, nem lenni”

„visszariadnak tőlem, ha új helyre megyek,
természetellenes, troll vagyok”

„a felnőtteknek nincsenek érzéseik, lelketlen
munkagépek”

- szorongás, feszültség kezelés
- félelem az anya indulataitól
- félelem a saját indulataitól
- korábbi kapcsolati próbálkozás, kudarc
- rémálmok – üldözik, öldöklés
- testvérrel kapcsolati próbálkozás

1 Maga a terápia számomra egy utazás volt magamon belül, be -és kiléptem számtalan ajtón. Minden egyes órát hihetetlenül vártam, egy felfrissülés volt számomra leülni beszélgetni. Minden alkalommal egy új dimenzió tárult elém ami által rájöhettek az ok-okozatra. Ha magát az egész procedúrát kéne leírnom, leginkább egy féreglyukon való áthaladásra tudnám hasonlítani. Az első és utolsó találkozásunk közötti idő eltelésére gondolok, mintha csak egy csettintés lett volna. Hidat alkotott a zavartság és a felvilágosodás között. Csak egyetlen dolog volt nehéz a terápia folyamán. Megtanulni szembenézni a dolgokkal a rendelő ajtaján kívül

2 A hangulatom kb. 3 naponta vándorol a van-e bárminek is értelme és az adjunk mindenbe a maximumot között Terveim nincsenek, van 1-2 dolog, hely amit el szeretnék érni a közeljövőben, de semmi szóra való. Mondjuk ha nem sok mindennek látom értelmét akkor ez nem is fog változni, szóval nem kell csodálkoznom :D

- A) Epilepsziához társuló pszichopatológiai, pszichoszociális zavarok, kezelésük
- B) Pszichogén nem-epilepsziás rohamok jellemzők, diagnosztika, terápia
- C) Rehabilitációs modell epilepsziás betegek integrációjára

juditbekes@gmail.com