

**FTE=1.73**

Tekintettel arra, hogy projektünk több jelentős eredményeinek közzé tétele még folyamatban van (ezek a publikációs jegyzékünkben szerepelnek), és ezeknek a közleményeknek a megjelenése a hosszú lektorálási idők miatt csak később várható,

*kérelmezem,*

hogy a jelentéseinkben foglaltak alapján született minősítést az OTKA kiegészítő eljárásban később módosítsa, figyelembe véve a később megjelent közleményeket.

Tisztelettel

Budapest, 2009. február 28.

Pethő Bertalan  
Témavezető

Results of our investigation may be useful in planning psychiatric therapies and health provision.

Kutatási eredményeink felhasználhatók a pszichiátriai terápia és a pszichiátriai ellátás tervezésében és bonyolításában.

## **RÉSZLETES ZÁRÓJELENTÉS**

Az

*Endogén pszichózisok klinikuma, összehasonlító  
noziológiája, genetikai, pszichometriai szociológiai és  
experimentális vizsgálata,  
21-33 éves követéses vizsgálatuk alapján.*

című kutatás (OTKA nyilvántartási szám: T 048710  
eredményeit összefoglaló, részletes jelentés.

Nevezett Kutatás futamideje eredetileg 2005-2007 volt. Arra törekedve, hogy minél eredményesebb munkát végezzünk, 2007-ben kérelmeztük, hogy a Kutatás futamideje - a támogatási összeg megnövelése nélkül - az eredetileg tervezettnél egy évvel hosszabb legyen. A teljes futamidő az engedélyezett egy éves meghosszabbítással így 2005-2008.

## **VÁLLÁSAINK:**

**Összesen 13 közlemény megjelentetését vállaltuk!!  
19 lett (kongresszusit is beleszámítva), ebből  
impact-faktoros közlemény: 4, további 4 közlésre  
benyújtva**

*A kutatási periódus első évében, 2005-ben a Pályázatunkban leírt  
vállalásainknak megfelelően:*

**1. Elvégeztük az előalakjellegű – szubklinikai – tünetek és morbaffin személyiségtípusok együttesének, mint nozológiai háttérkonstrukcióknak a validálását, és eredményeinket impact-faktoros angol nyelvű folyóiratban publikáltuk (PETHŐ B., TOLNA J., FARKAS M., TUSNÁDY G., VARGHA A., VÍZKELETI GY., CZIGLER B.: Basic symptoms and morbaffine personality types: Subclinical dimension of endogenous psychoses. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 12 (2005), 1, 29-38. – OTKA támogatás feltüntetve: IGEN **Impact factor: 0,129**).**

Eredményeinket a következőkben foglaljuk össze.

Az endogén pszichózisok indulásakor és kórlefordulása során egyaránt észlelhető szubklinikai tünetek és jelenségek kiterjedt és komplex területét az „alaptünetek” értelemben részletezte Huber, és hangsúlyozta jelentőségüket ő maga, valamint Gross, Klosterkötter és Süllwold. Ugyanakkor, a manifeszt és látens pszichopatológiai tünetek közötti „szakadék” kitöltésére a személyiség speciális abnormalitásainak elkülönítését javasolta von Zerssen és munkatársai. Kutatásaink ennek a „szakadék”-nak feltöltésére, megszüntetésére irányultak.

Saját kutatásaink előzménye egyfelől az „alaptünetek” konceptualizálása és pontozóskálába foglalása volt, ami a témavezető 1973-ban végzett kutatásainak az eredménye. (SSRS). Ez a pontozóskála 19 élmény-aspektusnak észlelhető alaptünetnek az operacionalizálását (SSRS-Exp), és 8 viselkedés-aspektusban észlelhető alaptünetnek az operacionalizálását (SSRS-Behav) tartalmazza. A másik előzmény 11 úgynevezett „morbaffine” személyiségtípus leírása és pontozóskálában való fölmérése (MAPRT) volt. Ezt az utóbbi skálát szintén a vezető kutató fejlesztette ki, 1971-1974-ben.

Miután ezek a felmérési eszközök rendelkezésre álltak már vizsgálati populációnk 5-éves katamnesztikus felmérése idején, lehetőségünk nyílt arra, hogy egyazon populáció 5-éves vs. 21-33 éves

utánvizsgálatának az összehasonlításával tegyünk kísérletet az említett „szakadék” feltöltésére, megszüntetésére.

Vizsgálatunkban az 1967-1974-ben, az „index”-pszichózisuk idején kiválasztott és felmért 222 endogén pszichotikus beteg közül azokat vetük figyelembe, akiket felmértünk a 21-33 éves, hosszú távú katamnesztikus vizsgálat alkalmával, és akik mind az 5-éves katamnesztikus vizsgálat idején, mind pedig a 21-33 éves, hosszú távú katamnesztikus vizsgálat alkalmával fel lettek mérve – egyebek mellett – SSRS és MAPRT módszerrel is. (A teljes vizsgálati populációkra vonatkozó drop-out analízist alább, a Leonhard-i nozológiai rendszer prediktív validitásáról szóló közleményünk ismertetésekor közöljük.) Ezeknek a kritériumoknak megfelelően a következő betegcsoportok szerepeltek elemzésünkben: unipoláris depresszió (n=10); bipoláris, azaz mániás-depressziós pszichózis (n=14); affektus-telített parafrénia (n=13); periódikus katatónia (n=19); szisztémás parafrénia (n=10) és szisztémás katatónia (n=14).

Faktor analíziseket végeztünk külön az egyes skálák változóiin, és a skálák változóinak kombinációin. Az 5 éves utánkövetési időpontban a három skála változóinak faktoranalízisével tíz faktort tudtunk azonosítani: Disztimiás idegesség, Heboiditás, Melankólia, Bizonytalanság (határozatlanság), Hiszteroid, Szkizo-paranoid, Apátia, Cönesztéziás, Distressz, Katatonoid. A 10 faktorból kilenc azonosítható volt a 21-33 éves utánkövetési időpontban is. Az Inszomnia faktor felbukkanása a 21-33 éves utánkövetés időpontjában főként a páciensek öregeedésével magyarázható. A három pontozó skála változóinak kombinálásával növekedett a faktorstruktúra stabilitása az 5 és 21-33 éves utánkövetési időpontokban. Hasonlóan a két utánkövetési időpontban vizsgált, egymásnak megfelelő faktorok száma is növekedett, ha az SSRS-Exp tételek analíziseibe az SSRS-Behav-tételeket és/vagy a MAPRT tételeket is bevontuk. A Cönesztéziás faktor csak SSRS-Exp tételekből állt az 5 éves utánkövetéskor, és ahhoz a személyiségpushoz kapcsolódott, amely a 21-33 éves utánkövetési időpontban az affektus-telített parafréniának felelt meg. A faktorstruktúrának ez az 5 és 21-33 éves utánvizsgálati időpontok közötti változása jelölheti Huber cönesztéziás szkizofréniájának előfordulási helyét. Az 5 éves utánkövetésnél megjelenő három faktor (Emocionális deficit, Megélt deficit és az Apátia) pedig jelezheti a Huber által leírt „tisza defektus” mag-tüneteit.

**2. A DSM-IV diagnosztikai rendszer prediktív validálása (index-pszichózis 1967-1976 vs. 21-33 éves kórkimenetel), első szakasz.** Vállalásunkat teljesítve erről előadást tartottunk a folyó évi Pszichiátriai Világkongresszuson:

.Pethő B; Tusnady G; Tolna J; Farkas M; Vargha A; Vízkeleti Gy: DSM-IV and Leonhard: Comparison of Classifications of Endogenous Psychoses. In: Okasha, Ahmed, Mezzich, Juan E., Haasen, C.: XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY. Cairo, Egypt – September 10-15, (2005) 523. o.

**3. A tervek szerint dolgoztunk a vállalásaink 3-13 pontjában felsorolt témákon.**

**4. A témavezető Magyar Tudomány-ban megjelent tanulmányát beválogatták „A tudomány egésze” c. monográfiába. Megjelent:**

Pethő B.: Endogén pszichózisok: paradigmaváltás az orvosi modellre az elmúlt három évtizedben. In: Zsolnai J. (vál. és szerk.): A tudomány egésze. A magyar tudomány tudománypedagógiai szemléje. Compact Disc. Nemzeti Tankönyvkiadó, Arcanum, Budapest, 2005.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

*A kutatási periódus második évében, 2006-ban a Pályázatunkban leírt vállalásainknak megfelelően:*

**1. Elvégeztük az „Unipoláris és bipoláris affektív pszichózisok differenciális pszichopatológiája és speciális kockázati tényező, második szakasz” vállalásunkban leírt kutatást** és eredményeinket előadtuk a Magyar Pszichiátriai Társaság folyó évi Kongresszusán:

Farkas M; Pethő B; Vargha A; Tolna J; Tusnády G: A szkizofrénia és az affektív betegségek faktorstruktúrája a „Budapest 2000” vizsgálatban. Magyar Pszichiátriai Társaság VI. Nemzeti Kongresszusa. (2006) Budapest, Február 1-4.

**2. Elvégeztük a „A WKL nozológiai rendszer tünettaniilag differenciált prediktív validálása a 21-33 éves katamnesztikus felmérés figyelembe vételével; első szakasz” c. vállalásunkban leírt kutatást** és eredményeinket előadtuk a Magyar Pszichiátriai Társaság folyó évi Kongresszusán:

Tolna J; Farkas M; Vízkeleti Gy; Miklós M; Pethő B: Remisszió szkizofréniaiban: értelmezések és eredmények. Egy új koncepció alkalmazása egy régi vizsgálatra. Előadás. A Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése. 2007. Miskolc, Január 24-27. *Psychiatria Hungarica* 21 (2006), Supplementum, 121. o.

**3. A tervek szerint dolgoztunk az vállalásaink 3-19 pontjában felsorolt témákon.**

**4. Vállalásainkban még fel nem sorolt témában végeztünk kutatást és ennek első eredményét** előadtuk a Magyar Pszichiátriai Társaság folyó évi Kongresszusán:

Schoner Vera, Pethő Bertalan, Vízkeleti Györgyi, Czigler Balázs, Tolna Judit, Farka Márta: Spontán önjellemzések endogén pszichózisban szenvedő nőbetegeknél és egészségeseknél. Előadás. A Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése. 2007. Miskolc, Január 24-27. *Psychiatria Hungarica* 21 (2006), Supplementum, 101. o. -----

Továbbá ebben a témában készítette el és védte meg szakdolgozatát Schoner Vera:

Schoner Vera: Spontán önjellemzések endogén pszichotikus nőbetegeknél. ELTE PPK. Szakdolgozat. 2006.

Ez a *terven felüli innovatív kutatás* a következőképpen keletkezett.

A témavezető, aki személyesen irányította mind az 1967-1974-ben folytatott. INDEX-pszichózisok felmérését célzó vizsgálatot, mind pedig ennek a populációnak az 5 éves és 21-33 éves katamnesztikus felmérést, és valamennyi vizsgálati személy vizsgálatában és felmérésében személyesen vett részt, ismételten áttanulmányozta a vizsgálati személyekkel folytatott interjúk általa készített valamennyi jegyzőkönyvét. Ennek a kutatásnak az egyik eredménye az a felfedezés, melyet a témavezető „Spontán önjellemzés” néven tematizált. A „Spontán önjellemzés” lényege: az interjúk kezdetén a témavezető arra kérte a vizsgálati személyeket, hogy jellemezzék saját magukat. Pozitív, negatív semleges önminősítéseket jelentő válaszokat kaptunk. A válaszok különböztek mind normál kontroll személyek vs. betegek, mind pedig az egyes nozológiai csoportok viszonylatában. A betegek spontán önjellemzésének egyik véglete a kizárólagosan pozitív tulajdonságok felsorolása volt. Ez a véglet a szisztémás paraphren betegek csoportjára volt jellemző. Leletünket úgy értelmeztük, mint a renormalizációra irányuló reakcióképződést a rendszerint vádló, leminősítő, fenyegető (hallucinátoros-) paranoid kóros tartalmakkal szemben. – A témában további, illesztett normálkontroll populáción végzünk terepvizsgálatokat. Kutatásainkat ezeknek az eredményeknek a birtokában folytatjuk és adjuk majd közre a részletes eredményeinket.

*A kutatási periódus harmadik évében, 2007-ban a Pályázatunkban leírt vállalásainknak a teljesítése a következőképpen alakult:*

**0. Elmaradás a munkatervtől:**

A pszichiátria legutóbbi időkben történő intézményi átalakításai és sokak számára létbizonytalanságot okozó megszorításai miatt a 2007. évre vált egyértelművé, hogy a jelenleg futó OTKA témában résztvevő több kutató nem tudja teljesíteni az általa vállalt feladatokat.

Különösen érzékenyen érintették a létbizonytalanságot okozó megszorítások biológiai jellegű kutatásokat. Ezek miatt a vállalásaink 11-12. pontjában felsorolt kutatások félbeszakadtak, illetve meghisultak. Ugyanígy ezen okokból maradt el a vállalásaink 9. pontjában felsorolt kutatások folytatása és befejezése, és a megelőző kutatási évre vonatkozóan felsorolt kutatások folytatása és befejezése is.

Ezért kérte a témavezető az OTKA Irodától a jelen Pályázat futamidének meghosszabbítását 2008. december 31-ig. Az OTKA Iroda a futamidő eme meghosszabbítását engedélyezte.

**1. Befejeztük a vállalásunkban „A WKL nozológiai rendszer tünettani differenciált prediktív validálása a 21-33 éves katamnesztikus felmérés figyelembe vételével” címen leírt kutatásaink és elemzéseink 2005-ben kezdett („első szakasz”), 2006-ban („második szakasz”) és 2007-ben („harmadik szakasz”) folytatott részét.**

Eredményeinket előadtuk:

A Magyar Pszichiátriai Társaság évi Vándorgyűlésén :

Tolna J; Farkas M; Vízkeleti Gy; Miklós M; Pethő B: Remisszió szkizofréniában: értelmezések és eredmények. Egy új koncepció alkalmazása egy régi vizsgálatra. Előadás. A Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése. 2007. Miskolc, Január 24-27. *Psychiatria Hungarica 21* (2006), Supplementum, 121. o.

Az AEP Kongresszusán:

Tolna J., Farkas M., Pethő B.: Remission in schizophrenia: application of a „new concept” on an „old study”. 15th AEP Congress. Madrid, 17-21 March 2007. Abstract. *European Journal of Psychiatry 22* (2007), Suppl. 141-142.

Közöltük három dolgozat formájában:

Farkas Márta, Tolna Judit, Vízkeleti Györgyi, Pethő Bertalan: Szkizofrénia vagy szkizofréniák? *Neuropsychopharmacologia Hungarica 9* (2007) Suppl. 3-6.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

Tolna Judit, Pethő Bertalan, Farkas Márta, Vízkeleti Györgyi, Rózsavölgyi Éva: A Leonhardi nozológiai rendszer validitása 25-30 éves utánkövetés alapján. *Neuropsychopharmacologia Hungarica 9* (2007) Suppl. 14-20.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

Rózsavölgyi Éva, Pethő Bertalan, Farkas Máarta, Vízkeleti Györgyi, Tolna Judit: Endogén pszichózisok nozoespecifikus terápiája. *Neuropsychopharmacologia Hungarica 9* (2007) Suppl. 21-24.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**2. Ezeknek az 1. pontban leírt elemzéseknek, valamint az ún. előalakjellegű – szubklinikai – tünetek szintén 2005-től folyamatosan végzett elemzéseknek a során olyan eredményekre jutottunk, melyek oly módon kapcsolták össze egymással egymással ezeket a fenomenológiailag és módszertanilag többnyire külön vágányokon folyó kutatásokat, hogy mindkét vonulatra vonatkozó, ezenfelül pedig általános módszertani *innovációt* jelentő koncepció merült fel.**

Ennek az *innovációnak* a leírásában foglaltuk össze vonatkozó eredményeinket:

Pethő B; Tusnády G; Vargha A; Tolna J; Farkas M; Vizkeleti Gy; Tóth Á; Szilágyi A; Bitter I; Kelemen A; Czobor P: Validity of reliability: Comparison of inter-rater reliabilities of psychopathological symptoms., *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007) 7, 606-613.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**Impact factor: 1.957**

Innovációnk keretébe foglalt, az iménti dolgozatban közölt eredményeinket a következőkben ismertetjük:

**Összefoglalás:** Egy negyed évszázad időkülönbséggel felvett két-két pontozó skálával vizsgáltuk a pszichiátriai tünetek vizsgáló pontozók közötti egyezésének állandóságát (interrater reliabilitásának stabilitását). Az alkalmazott két pontozó skála tételeinek interrater reliabilitását két egymást követő vizsgálati időben vetettük össze. Az interrater reliabilitás nagy stabilitásúnak igazolódott. Az interrater reliabilitás a tétel pontértékeinek standard deviációjától függ. Ráadásul a hagyományos megközelítés mellett egy olyan új statisztikai módszert is bemutatunk, amely alkalmas arra, hogy egységesítse több pontozó értékeléseit. Ezzel a módszerrel bemutatjuk, hogy a helyes pontozás lehetősége nagyobb a manifeszt tünetek hiányában, vagy a tünetek jelenlétekor, összehasonlítva azokkal az esetekkel, amikor közepes értékű a tünetek súlyossága. A kísérlet ilyen elrendezésben megvilágított viszonylatainak magyarázatára bevezetjük a „reliabilitás validitása” terminus teoretikus fogalmát. A módszert javasoljuk a pszichiátriai nozológiával kapcsolatos pontozó skálák eredményeinek kiértékeléséhez.

**Megbeszélés:** Nozológiai szempontból a kutatásunk két időpontjában vizsgált tünetek IR-a (interrater reliabilitás) megfelelő volt. Szükséges megjegyezni, hogy a páciensek azonos csoportjának nozológiai klasszifikációjára vonatkozó sikeres validálást ezeknek a tüneteknek a felhasználásával már teljesítettük az index pszichózis idején.

Ennek a tanulmánynak az eredményei azt mutatják, hogy néhány tétel reliabilitása, amelyet a Intra-class Correlációs Coefficienssel mértünk, az ICC=0,7 küszöb érték alatt maradt, amely tipikusan jó IR-t jelez. Általában, pszichopatológiai tekintetben, úgy gondoljuk, hogy az olyan tételek, mint „Anxiety” (R-P 18-19; FCRS 17), „Hostility (MINUS)” (R-P 9) és „Over-responsiveness” (FCRS 15) – és hasonló tünetek és jelenségek – nem elég pontosan és világosan megragadhatók a páciensek, a teszt-fejlesztők, és/vagy a kutatók számára.

Nehézséget okoz, hogy olyan félreérthetetlen állításokat fogalmazzunk meg, amelyek ahhoz szükségesek, hogy más emberek egyértelmű döntéseket hozzanak velük kapcsolatban, és ezáltal megnyilvánulhasson a szignifikáns IR. Az előbbi tünetek/jelenségek fogalmi gyengése világosan megfigyelhető az olyan, ún. diszkurzív természetű tünetekkel szembe állítva, mint Delusions” (R-P 21), „Hallucinations” (R-P 22), „Mental Distortion” (FCRS 2). Csakugyan, ezen

tünetek esetében az IR egy magasabb szintje várható el, mint az kitűnik jelen tanulmányunkból.

Feltételezve egy olyan pontozást, amelyben a R-P és az FCRS minden tétele részt vesz, az IR 3 szintjét tapasztaltuk (magas, közepes, alacsony); feltételezve azt a lehetőséget, hogy a páciensek, valamint a vizsgálók – vezető vizsgáló és 2 társult pontozó – a tünetek világos megfogalmazására képesek. Jobb becsült verbalizáció mind a páciensek, mind pedig a vizsgálók részéről, magasabb ICC értékeket követelhet meg.

Általában, a fogalmak tisztázását nem tekintettük értékelésünk feladatának. Habár, néhány eredményünk alátámasztja annak a feltételezésnek létjogosultságát, hogy kapcsolat van az értékelt jelenségek egzaktága és az ezen jelenségeknek megfelelő tételek IR-a között.

Bár, az R-P és FCRS pontozó skálákat tovább fejlesztettekkel helyettesítették az elmúlt 30 évben, ezek a skálák kevés figyelmet kaptak az IR tekintetében. Hosszútávú vizsgálatunkban, amelyet több, mint 30 évvel ezelőtt kezdtünk el, az R-P, majd pedig a FCRS skálát minden vizsgálati időpontban felvettük a kontinuitás és az összehasonlíthatóság érdekében. Több újnak számító skála közül néhányat, és a régebbiek közül a BPRS-t alkalmazzák azokban a vizsgálatokban, amelyeknek a célja ( több más mellett) a tételeik IR-ának meghatározása. Az Intra-class Correlációs Coefficiens (ICC) tanulmányunkban többnyire a koefficienseink tartományában, vagy annál jobb pozícióban van.

Az IR javításához legkevesebb 5 körülmény szükséges az alábbiak szerint: (1) a kutatáshoz speciális célcsoport szükséges (pl.: súlyos mentális zavarok, geriátriai páciensek, stb...); (2) a tünettan speciális spektruma (pl.: Subclinical Symptoms Scale, ennek egy részét később Subjective Deficit Syndrome Scale néven adták köre, anhedónia, betegségbelátás, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, hajléktalanok csoportja); (3) célcsoport, vagy tüneti spektrum szerinti teszt választás, vagy módosítás ( pl.: a geriátriában használt pontozó skálák, a szkizofrénia prodrómája, felnőttkori pszichiátria); (4) a kutatás formája (az interjú időkorlátainak limitációja, „pillanatfelvétel versus video”); megegyezés az interjú direktivitására nézve – az interjúzó és a páciens szoros partnerségén keresztül (Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment) (5) az interjú körülményei és az interjúkészítők felkészítése.

*Ráadásul, lehet, hogy a fenti faktorok magyarázzák az egyes tételek IR-ának fölényét, és szerepet játszottak az IR-nak a tételek standard deviációjától való függésén keresztül is: a tételek standard deviációja különböző lehet a különböző vizsgálati időpontokban, pl.: vizsgálati projektünk néhány tétele ki volt szolgáltatva a két vizsgálati időpont között eltelt időperiódusnak (5-től 21-33 év) (pl.: R-P 30-33 tételek, „Memory” és „Attention”, kétségtelenül az öregedési folyamat következtében).*

Általában véve, klinikai távlatból tekintve, úgy tűnik, hogy betegcsoportjaink tünettana három különféle irányba változott meg az 5 éves utánkövetéstől a 21-33 éves utánkövetésig. A definitív pozitív és negatív tünetek, úgy mint a hanghallások, jól formált téveszmék,



stupor/súlyos pszichomotoros nyugtalanság enyhe mértékben növekedtek/vagy ritkábbá váltak. Másfelől, néhány úgynevezett nozoespecifikus tünet, amely a nozológiai kategóriák szerinti betegcsoportjainkban csoportalkotó kritériumok voltak az index pszichózis idején, felhigultan maradtak fenn. Például, néhány páciens, aki 21-33 éves utánkövetés előtti időpontban a paranoid szkizofrénia csoportba került besorolásra, remisszióba került és a 21-33 éves vizsgálati időpontban a paranoid személyiségzavar kategóriába került. A harmadik kimeneteli lehetőség szerint, a betegek klinikai tünetei rendeződtek ugyan, azonban a Huber-féle „tiszta defektus” értelmében vett szubklinikus tünetektől szenvedtek.

Viszogatunkban a célcsoportok voltak a funkcionális pszichotikus páciensek 5 éves remissziójuk idején, a a Normál Kontroll személyek, majd ugyanezen csoportok átlagosan 25 évvel később. Általában egy ilyen kutatási tervnek két fontos tanulsága van: először is, a pontozó skáláink által megcélzott tünettani a (tünettani) manifesztáció széles spektrumát fedi le. Másodsor, a tünetek súlyosságának tartománya kifejezett ingadozást mutat a manifeszt tünetek hiányától (tünetnélküliség, tünetmentesség) mint egyik végpont, a határozott súlyosságig mint másik végpont.

Tekintetbe kell vennünk az időtávot is - átlagosan 25 év – a két utánkövetési időpont között, amely egy harmadik konzekvenciát eredményez. Különösen, ha összehasonlítjuk az 5 éves és 21-33 éves utánkövetési időpontokban mért IR-okat, az nemcsak a kutatók pontosságát és érzékenységét, az használt skálák alkalmasságát jelzi, hanem abetegcsoportok változásait is ( a páciensek későbbi remissziója/deteriorációja, egyaránt a betegcsoportok tagjainak és a normál kontroll személyeknek az öregedése).

Vizsgálati „dizájnunk” és kiértékelésünk komplexitása ellenére az általunk alkalmazott pontozó skálák IR sorozatai az 5 éves és 21-33 éves vizsgálati időpontokban, megközelítően azonos szinten maradnak. Az IR-ok első sorozatának 2,5 évtizeddel későbbi replikációja többet jelent, mint eredményeink „test-retest” megerősítése. Ez inkább önmagában az IR prediktív validitása.

Tovább részletezve, a két utánkövetési időpontban felvett FCRS tételek ICC-i között mindössze 0,25 különbség volt és az R-P esetében csak 9 tétel esetében fordul elő különbség (6,8,9,12,24,25,30,31,32). Azt gondoljuk, az FCRS IR-ainak az időben tapasztalt nagyobb konzisztenciája a tételek átfogóbb természetének tulajdonítható. Másfelől, az R-P néhány tételének alacsony IR-a azzal magyarázható, hogy azok olyan specifikus jelenségeknek felelnek meg, amelyek nem diszkurzív természetűek (pl.: 9,18,19,27), és/vagy a vizsgált populáció jellemzőinek nem felelnek meg.

Kiváló egyezést ( $ICC \geq 0,84$ ) találtunk a pontozók között mindkét utánkövetési időpontban az R-P skála tipikusan diszkurzív tétéleinél (21: Delusion, 22: Hallucination, 23: Insight). Továbbá, figyelemre méltó, hogy a korrelációs koefficiens megközelíti, ill. eléri az  $ICC=0,7$  szintet a hosszútávú utánkövetéskor 10 R-P tételnél (5,8,10,11,12,15,16,17,20,25). Egy a tételek közül (30: Memory Minus) tipikusan az öregedési folyamat

eredménye. Ráadásul szintén fontos, hogy az ICC „jó egyezés” szintjének csökkenése a „Hostility Minus” tétellel kapcsolatban fordult elő, pl.: a betegnek saját magával szembeni hosztilitása (öngyilkossági hajlma), amely szintén a betegmintán belüli változásnak tulajdonítható (az időszedésselkapcsolatos érzelmi lecsendesedés).

**Elméleti és klinikai következtetések és limitációk:**

A vizsgálók egyezései közötti hasonlóságok a két vizsgálati időpontban, tükrözik a skálatételek néhány tulajdonságát, és kutatási projektünk néhány jellegzetességét is. Ezek az alábbiak: a vizsgálat fókuszába állított pszichotikus betegcsoportok nagy változatosságát; az általunk „mért” tünettan széles spektrumát; és a direkt, időben nem limitált, trenírozott pontozók által jellemezhető vizsgálati módot.

A limitációk közé tartozik: a választott utánkövetési időpontok, és a mainapság ritkábban használt pontozó skálák alkalmazása. Eredményeink értékét az iskorlátozza, hogy a reliabilitás szignifikanciája függ attól is, hogy az egyes kiértékelendő jelenségek milyen mértékben tükröződnek a skálák tételeiben.

Figyelemmel a fent részletezett körülményekre és fejben tartva a konstruktív validitás és a generalizálhatóság teóriáját, a reliabilitás validitásának feltárása lehetőséget ad arra, hogy kérdések merüljenek fel a reliabilitás konstrukciójával kapcsolatosan. Azt gondoljuk, hogy ha tekintetbe vesszük a follow-up vizsgálatokban alkalmazott diagnózisok stabilitását, az IR validitásának mérése javasolt a pszichiátriai nozológia kontextusában használatos pontozó skálák eredményeinek kiértékelésekor.

**3. „A Wechsler intelligencia teszt morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata” témában szintén 2005-től folyamatosan végzett kutatásaink első összefoglaló eredményét közöltük:**

Vízkeleti Gy; Pethő B; Tusnády G; Czenner Zs; Vargha A; Meggyes K: Intellectual deficit in endogenous psychoses: 21-33-year follow-up of a prospective study (“Budapest 2000”). *Neurology, Psychiatry and Brain Research 14* (2007) 1, 1-12.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**Impact factor: 0,129**

Közölt eredményeink rövid ismertetése:

Az endogén pszichotikus nöbetegek 231 főből álló populációját és a normál kotroll személyek 54 főből álló populációját 1967–1976-ben vizsgáltuk első ízben. Ugyaneennek a két populációnak a katamnesztikus vizsgálatát két ízben teljersítettük: 5 évvel, illetve 32-33 évvel az első vizsgálat után. Wechsler intelligencia-teszttel (MAWI) valamennyi személyt felmértük a két katamnesztikus vizsgálati időszakban. Ezen felül a a Cyloid psychosis és a Hebephrenia diagnózisú betegek csoportjában az első vizsgálat alkalmával is végeztünk felmérést Wechsler teszttel azoknál a betegeknel, akiknek a pszichózisa ezt nem tette lehetetlenné (n=21, illetve n=22). Majd pedig e két nozológiai

csoport betegeit a klinikáról való elbocsátásuk után három hónappal szintlén felmértük Wechsler-tesztel a rövid távú remissziójukban (n=23, illetve n=24).

Megállapítottuk, hogy a Wechsler-teszt tükrében a Cycloid psychoticus betegek javultak a rövid távú remisszió idejére, majd ez a trend folytatódott az 5 éves katamnesztikus idejére. Ellenben a Hebphrenia diagnózisú betegek javulása csupán kismértékű volt a rövid távú remisszió idejére, az 5 éves katamnesztikus idején deterioratiojuk jelei mutatkoztak.

A 21-33 éves katamnesztikus vizsgálat alkámával azt észleltük, hogy a deterioratio jelei mutatkoztak valamennyi nozológiai csoportban. A deterioratio mintázata azonban nozológiai csoportonként különbözött az elemzésünkben figyelembe vett 15 MAWI-változó (IQ, VQ, PQ, VQ-PQ, a 10 alteszt és az Interteszt-variabilitás) szerint.

A 21-33 éves katamnesztikus vizsgálat idején a Cycloid psychoticus (n=15) és a Bipoláris maniás-depressziós betegek (n=14) álltak legközelebb a normál kontroll személyekhez (n=37). Még a különben gyengébben teljesítő Unipoláris depressziós betegek csoportjában (n=10) is jobb volt a teljesítmény, mint a Schizophren betegek csoportjában. Ami a Schizophren betegek csoportját (n=80) illeti, a teljesítmény még gyengébb volt a Szisztémás schizophrenek csoportjában (n=46) – ezen belül pedig leggyengébb a Hebphrenk csoportjában (n=23) –, mint a Nem-szisztémás schizophren betegek csoportjában (n=34).

#### **4. Vállalásainkban még fel nem sorolt témában végzett innovatív kutatást a témavezető.**

Ez a *terven felüli innovatív kutatás* hasonlóképpen keletkezett, mint a fentebbi, 2006. évre vonatkozó innováció.

Ennek az innovatív kutatásnak az első eredményei **közölve:**

Pethő B.: Üres allizmus. *Magyar Pszichológiai Szemle* 62 (2007), 345-354.  
OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

#### **Az eredmények rövid összefoglalása:**

Általam eddig ismeretlen jelenségre figyeltem fel betegeink 21-33 éves katamnesztikus vizsgálatainak befejezése után, amikor ismételtlen áttekintettem az interjúk közben készített feljegyzéseimet. Néhány beteg viselkedése megfelelt a környezete által támasztott – betegségekre tekintettel csökkentett – követelményeknek. Ők igazodtak ezekhez a követelményekhez, a szocializáltságuk azonban merőben formális, sőt, „lélektelen” volt. Az „autizmus” szóban rejlő görög „autosz” („ő maga”) személyes névmás ellenpárját („allosz” = „más, másik”) alapul véve kerestem nevet az észlelt jelenség megjelölésére: *allizmus*.

A környezeti kihívások felől tekintve az üres allizmus a defenzív funkcionálás egyik formája: a konfliktusok és stresszorok tagadása (denial), továbbá a racionalizáció megfelel a DSM-IV-TR-ben (809. o.) leírt „el nem ismerés (disavowal) szint”-nek. Alapjában különbözik azonban az üres allizmus a DSM-IV-TR (807-813. o.) „Defensive Functioning Axis”-ében

foglaltaktól egyfelől abban, hogy az adaptáció eleve korlátozott életvilágban valósul meg, másfelől abban, hogy az adott világban az adaptáció gyakorlatilag zavartalan. Ami azt jelenti, hogy az alkalmazkodási szint megítélése tulajdonképpen kétféle. Az adott (élet-)világban magas, ellenben az adott (élet-)világnak a széles társadalmi normák, illetve fejlett civilizációs követelmények szerinti minősítésének az egymástól is eltérő, kettős közvettségében alacsony.

Az üres allizmus olyan ellenpárja az autizmusnak, amelyik különbözik (a) az altruizmustól a többi ember előnye és az önmaga jutalmazása iránti közömbösségben, (b) a kettős könyvviteltől a titkolható (vagy kinyilvánítható) mentális tartalmak hiányában, (c) az egoizmustól az önző haszonkeresés hiányában, (d) a társadalmi kívánalmakhoz (social desirability; Kelly 2000) való igazodástól a viselkedés merevségében és egyformaságában.

A kedélybetegek és a szkizofrén spektrumba tartozó betegek rövid- és hosszú távú kórkimenetelét tekintve (2. táblázat) üres allizmus elsősorban a katatonok (Leonhard osztályozása [Pethő et al.1988.]) szerint kizárólag a „szisztémás” katatonok) csoportjában figyelhető meg. Súlyossága és gyakorisága egyaránt növekszik a hosszú távú kórkimenetel idejére az ötéves kórkimenetelhez képest. Valószínű, hogy összefügg a „theory of mind”-dal (Pickup és Frith 2001). Szkizoaffektív és kedélybetegeknél nem fordul elő.

A pszichiátriai vizsgálatok alkalmával körvonalazott „üres allizmus” konstruktum figyelembevételére nem tűnik haszontalannak a posztmodern társadalom és civilizáció (Pethő 1997) kutatásában sem. Különös tekintettel a kollektívizmus és az individualizmus újragondolására (Oyserman et al. 2002), az „other-directed” (Riesman 1983) személyiségalakulásra, a fogyasztói szubjektum „szimulakrum” (Baudrillard, 1981) jellegűvé válására, a korporatív, illetve márka-identitás kiképződésére, a civilizáció zárványait belakó emberekre, és a para-szociális (társadalmi tenyészetben „parazita” [Serres, 1982]) életformákra.

## **5. Új törvényszerűséget állapítottunk meg a téveszme és a hallucináció hosszú távú változásainak elemzése alapján.**

Kutatási eredményeinket közöltük:

Farkas M; Pethő B; Tolna J; Vízkeleti Gy; Czobor P: A téveszme és a hallucináció változásai: a „Budapest 2000” 21-33 éves follow-up eredményei., *Psychiatria Hungarica* 22 (2007), 3, 176-184.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

### **Az eredmények összefoglalása:**

Tekintettel arra, hogy hosszútávú követéses vizsgálatok csekély számban állnak rendelkezésre, kevés ismerettel rendelkezünk arról, hogy a

betegeinknél tapasztalható téveszme és hallucináció hogyan változik az évek során.

*Célkitűzés:* A téveszme és hallucináció súlyosságának, változásának vizsgálata 21-33 éves utánkövetés egyes időpontjaiban affektív, cikloid és szkizofrén betegek körében.

*Módszer:* Összesen 221, gyógyszeresen kezelt szkizofrén, affektív és cikloid beteg 21-33 éves follow-up vizsgálata során 3 vizsgálati időpontban felvett Rockland Pollin Rating Scale segítségével értékelt két pszichopatológiai tünetnek - delusion, hallucination - az elemzése tüneti súlyosság, valamint egymáshoz és a pszichózis súlyosságához, a szociális funkcionáláshoz való viszonyuk tekintetében.

*Eredmények:* Azt találtuk, hogy az affektív betegek körében a betegség heveny szakában előfordul téveszme és csekélyebb súlyossággal hallucináció is, ezek azonban rendeződési hajlamot mutatnak, csakúgy, mint a cikloid betegeknél, ahol nagyobb tüneti súlyosság gyorsabb, teljes tüneti remisszióval társul. A szkizofrén betegek minden alcsoportjában, és minden vizsgálati időpontban jellemző a téveszme és a hallucináció fennállása, mindkét tünetre hosszabb távon a rendeződési hajlam jellemző, a hallucináció esetében az 5- és 21-33 éves időpont közötti romlással. A két tünet nagyobb súlyossága a paranoid csoportban a jellemző, a hebefrén csoportok kisebb súlyosságú tüneteire diszkrétebb változékonyság jellemző. A kataton betegeknél közepes súlyosságú, egymással igen szoros kapcsolatot mutató tünettan jellemző. Egyik tünet súlyossága sem függ össze az adott időpontban fennálló pszichózis súlyosságával **Conclusion:** A szkizofrén betegek vezető produktív tünetei a kórlefolyás során – változékonysággal – mindvégig fennállnak.

## **6. Folytattuk a vállalásaink 1-9 és 13-21 pontjában leírt kutatásokat és elemzéseket.**

*A kutatási periódus negyedik évében, 2008-ban végzett kutatásaink és elért eredményeink:*

### **1. Kompletáltuk a vállalásunkban „A WKL nozológiai rendszer tünettanilag differenciált prediktív validálása a 21-33 éves katamnesztikus felmérés figyelembe vételével” címen leírt, 2005-től folyamatosan végzett kutatásainkat és elemzéseinket.**

Eredményeinket publikáltuk:

Pethő B; Tolna J; Tusnády G; Farkas M; Vízkeleti Gy; Vargha A; Czobor P: The predictive validity of the Leonhardean classification of endogenous psychoses: a 21-33 year follow-up of a prospective study ("BUDAPEST 2000"). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258 (2008), 324-334.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**Impact factor: 3.042**

**Eredményeinket a következőkben foglaljuk össze:**

Tudomásunk szerint a szakirodalomban nem szerepel olyan hosszútávú vizsgálat, amelyet a leonhardi klasszifikáció teljes spektrumán elvégeztek volna. Ez a prospektív vizsgálat (n= 276; női páciens n=222; normál kontroll személy=54) 1967-1976 között kezdődött. Ugyanazt a betegpopulációt követtük „vak” pontozó pszichiáterek részvételével 1997-2002 között ((az utánkövetés időpontjában elérhető páciensek száma n=125 (56,3%); elérhető kontrollok = 38 (70,4%)). A vizsgálatba a pácienseket két független pszichiáter válogatta a nyolc diagnosztikus kategória alapján teljes egyezéssel. A diagnosztikus egyezés az utánkövetés időpontjában (kappa) 0,87 volt; a vizsgálati eredmények értékelésére a sztochasztikus (Markow) modellt használtuk, amely a validitás és relaibilitás kombinálását lehetővé teszi. A hebefréniák, a normál kontroll személyek és a szkizofréniák csoportja valid kategóriának bizonyultak, a diagnosztikus stabilitás 0,94; 0,91 és 0,93 voltak az egyes csoportokban. Ráadásul, a bipoláris mániás-depressziós pszichózis és a cikloid pszichózis szintén valid kategóriák (diagnosztikus stabilitás 0,77 és 0,76 volt egyenként). Az unipoláris depresszió esetében a diagnosztikus stabilitás 0,84 volt, de csak a nozológiai család értelmében; az aktuális állapot és a kórlefolyás alapján más hangulati betegségek vagy a normál kontroll csoportba is besorolásra kerültek. A szisztémás parafréniák csoportja (diagnosztikus stabilitás= 0,69) a közepes validitású tartományba tartozik. A szkizofréniáknak szisztémás versus nem szisztémás csoportokba való besorolása nem meggyőzően valid; az affektustelített parafrénia, a periódikus katatónia és a szisztémás katatónia kategóriák nem megbízhatók jelen vizsgálat szerint.

*Megbeszélés:*

Bár a kraepelini affektív versus szkizofrén pszichózisok dichotomiát, amelyet a pszichiátria átvett, időről időre felülvizsgálták és megerősítették a tünettan, a hosszútávú lefolyás, a deficit (insufficiencia) szindróma és/vagy negatív tünetek vonatkozásában. Az endogén pszichózisok ezen felosztását a „gyógyuló” és „nem gyógyuló” jellemzők mentén, vizsgálati eredményünk megerősíti.

Az affektív pszichózisok leonhardi felosztásának validitását unipoláris és mániás depressziós pszichózisra, korábban közölt adat. Az unipoláris depresszió és a mániás depressziós pszichózis kategóriák gyenge validitását találtuk az index és utánkövetési időpontokban mért diagnosztikus stabilitás alapján, de az MD-t a teljes remisszióval validáltuk, a DU-t a nozológiai család értelmében; az aktuális állapot és a kórlefolyás alapján más hangulati betegségek vagy a normál kontroll csoportba is besorolásra kerültek az utóbbi csoport tagjai. Pl. az a DU páciens, akinek aktuálisan nincsenek manifeszt tünetei, a retrospektív besorolásnál az MD vagy a C csoportokba is bekerülhetett a vak pontozó értékelése alapján, jelezvén ezen betegségkategóriák azonos családját.

A szkizofrénia szindromatológiai, lefolyásbeli és kórkiemelt tekintve elkülönülő csoportjaira tekintettel a kutatás eredményei

ellentmondásosabbak mint az affektív zavarok csoportjaira vonatkozó kutatási eredmények. A katatónia vonatkozásában például, egyfelől az az általános vélekedés, hogy eltűnt, másfelől azonban a leonhardi klasszifikáció értelmében jelenleg is diagnosztizálható. A 2000 előtt befejeződött európai hosszútávú utánkötéses vizsgálatok sokkal inkább a tünetekre fókuszáltak és kevésbé a nozológiai egységekre. Egy DSM-IV-et és BNO10-et is magában foglaló áttekintő tanulmány sürgeti az érvényes, értékelhető vizsgálatokat.

Jelen vizsgálatunkban igazoltuk két nozológiai entitás (H és C) validitását, amelyeket vagy helytelenül értékelnek, vagy negligálnak más klasszifikációs rendszerekben. A cikloid pszichózisok validitását korábbi vizsgálatok megerősítik, mások megkérdőjelezzik. A teljes rendeződés jellemzőjével validáltuk, de fontosabb, hogy megalkottuk a nozológiai család kategóriát, amely lefedi azokat az entitásokat, amelyeknél közös a hosszútávú lefolyás, az affektív reziduum és a teljes rendeződés. Vizsgálatunk másik validált kategóriája a hebefréniaé.

Továbbá megállapítottuk, hogy a szisztémás parafrénia egy elkülönülő nozológiai entitás. Nem meggyőző a szkizofréniaknak szisztémás versus nem szisztémás csoportokba való, korábban validált besorolása az örökletesség és a betegség lefolyás alapján.

Tekintettel a kérdés összetettségére (1) diagnosztikus korrektség/hiba (epidemiológiai kérdés), (2) a betegség természete (ontológiai kérdés), (3) a betegség lefolyása (a zajlás jellegzetességének kérdése), három tényre hangsúlyozunk: (a) Az index időpontban egyeztetéssel létrehozott diagnózisok identikusak a follow-up idején azonosított nozológiai kategóriákkal; (b) Azok az utánkötés idején talált diagnózisok, amelyek nem egyeznek meg az index diagnózisokkal (a betegpopuláció 20%-ában), inkább a kórlefordulás megváltozását jelzik, és nem a diagnosztikus hibát; (c) Hasonlóan, azok az utánkötési diagnózisok, amelyek nem felelnek meg az indexkori diagnózisoknak (11%-a vizsgált betegpopulációnak; pl.: az utánkötés idején „csak” szkizofrénia diagnózis, amely az index időpontban szisztémás parafrénia volt) inkább a nozológiai kategóriák dedifferenciálódását, és nem az egyeztetésen alapuló diagnosztikus hibát jelzik.

Egyidejűleg, egy sor felbukkanó kérdést megválasztunk az alábbiakra tekintettel (1) a pszichopatológiai tünetek és a jelgetelen reziduumok közötti különbség; (2) a klinikai remisszió és a szociális jóllét közötti különbség; (3) az operacionalizált nozológiai kategóriák azonosíthatóságának határa és típusa valamint a páciens szociális funkcióképességére tekintettel lévő besorolás lehetőségének határa és típusa között; és (4) kapcsolat a pszichózis típusa és lefordulása valamint a kimenetel szintje és típusai között.

**2. Ennek az 1. pontban ismertetett közleményünknek az egyik első jelentős elismerése, hogy a témavezető meghívást kapott arra, hogy a**

témában végzett eddigi munkásságát foglalja össze az egyik vezető nemzetközi szakmai folyóiratban.

Ebbe a közleménybe lett belefoglalva a Vállalásainkban évről feltüntetett „*A reziduális dimenzió szerkezetére vonatkozó hipotézisünk és 5-éves katamnesztikus vizsgálataink szerinti eredményének tesztelése*” témában elért eredmények jelentős része.

**A közlemény elkészült :**

Pethő B: The Leonhardean classification of endogenous psychoses - Predictive validity at two subsequent follow-ups in a long-term prospective study (Budapest 2000). (Közlésre benyújtva)

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**3. Farkas Márta résztvevő kutató a föntebbi, 2007. évnél az 5. pontban ismertetett témában elészítette és megvédte a PhD diszertációját:**

Farkas Márta: **Pszichopatológiai és kognitív vizsgálatok szkizofréniában.** *A „Budapest 2000” vizsgálat adatainak felhasználásával.* Doktori tézisek. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.

**4. „A DSM-IV diagnosztikai rendszer prediktív validálása (indexpszichózis 1967-1976 vs. 21-33 éves kórkiemenetel)” témában 2005 óta folyamatosan végzett kutatásaink és elemzéseink eredményeként elkészült angol nyelvű dolgozat beérkezett lektori véleményeinek figyelembe vételével két részessé bővült. Az első rész:**

Pethő B; Czobor P; Vízkeleti Gy; Tolna J; Farkas M; Tusnády G; Vargha A: Predictive validity of Mood and Schizo affective Disorders, and Schizophrenias: 21–33-year Follow-up of a Prospective Study (Budapest 2000) (Közlésre benyújtva)

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**5. A témavezető meghívást kapott az „International Wernicke-Kleist Leonhard Society” évi Symposiumán, továbbá a Piszchiátriai Világszövetség Kongresszusán rendezett Symposiumán való részvételre. Az ezekre az alkalmakra perfektuált vizsgálataink egyelőre csak előadásokként kerültek közlésre:**

Cetkovitch-Bakmas M; Verhoeven WM; Pethő B; Jabs B; Stöber G: The atypical psychoses: From psychopathology to neurobiology. *XIV World Congress of Psychiatry 20-25 September 2008 Prague. Abstracts. Journal of Czech and Slovak Psychiatry 104 (2008), Supplementum 2. p. 740.*

Pethő B; Tolna J; Tusnády G; Farkas M; Czobor P; Vargha A; Vízkeleti Gy: Interrater reliability of psychiatric symptoms and changes of hallucinations and delusions over lifetime in patients with psychotic disorders: results of a 21-33 year follow-up. *XIV. World Congress of Psychiatry 20-25 September*



2008 Prague. Abstracts. *Journal of Czech and Slovak Psychiatry* 104 (2008), Supplementum 2. p. 741.

**6. A témavezető átfogó, tudomány-logikai elemzést írt a pszichiátriai jelenlegi kríziséről, történelmi összefüggésben:**

Pethő B;(Poszt)Modern és pszichiátria. *Ideggyógyászati Szemle* 61 (2008), 5-6, 200-203.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

Pethő B: A pszichiátria mai krízise, a modern és posztmodern tudomány kontextusában. *Psychiatria Hungarica* 23 (2008), 396-419.

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**7. A Vállalásainkban a Wechsler Intelligenciateszt elemzése és az endogén pszichózisok kórlefolyása és reziduális dimenziója témába ismételtlen jelzett kutatásaink első összefoglaló eredményét angol nyelvű dolgozat formájában publikálásra előkészítettük:**

Pethő B; Czobor P; Vízkeleti Gy; Tolna J; Farkas M; Horváth-Szabó K:  
Cognitive Deficit in Schizophrenia:

The Digit Symbol Test (Közlésre benyújtva)

OTKA támogatás feltüntetve: IGEN

**8. A WKL nozológiai rendszer és a DSM-IV diagnosztikai rendszer komparatív nozológiája témában angol nyelvű közleményt preparálunk.**

**9. Vállalásaink többi klinikai témájában intenzíven dolgozunk.**

Az imént említett témát részletesen Farkas Márta dolgozza ki a 2007-ben elkészült PhD dolgozatában (megvédése 2008 első felében várható).

A WKL nozológiai rendszer prediktív validálása a 21-33 éves követéses katamnesztikus felmérés alapján: lektorálás után revideált angol nyelvű dolgozatot impakt faktoros folyóiratnak megküldtük.

Az ún. előalakjellegű – szubklinikai – tünetek elemzése és konstruktum-validálása: angol nyelvű dolgozat írása folyamatban.

Az általunk konceptualizált morbaffin személyiségtípusok pszichometriai elemzése: angol nyelvű közlemény írása folyamatban.

A DSM-IV diagnosztikai rendszer prediktív validálása (index-pszichózis 1967-1976 vs. 21-33 éves kórkiemenetel) angol nyelvű közlemény folyóiratnak elküldve.

A WKL nozológiai rendszer és a DSM-IV diagnosztikai rendszer komparatív nozológiája: angol nyelvű közlemény írása folyamatban.

C és H betegek és elsőfokú rokonok pszichopatológiai és kognitív vizsgálata: eddig a teljes betegpopuláció és 141 fő elsőfokú rokon vizsgálata komplett.

A Rorschach-teszt indexei és mutatói morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata: a teljes vizsgálati populációnk alapján történő elemzés folyamatban.

„Spontán önjellemzés” néven új jelenséget konceptualizáltunk vizsgálati populációink 5 éves és 25-33 éves felmérése interjú-jegyzőkönyveinek ismételt elemzése alapján, a vizsgált személyek narratív önmegítélését feldolgozva.

Az imént említett témában 2006-ban elkészült egy egyetemi pszichológiai szakdolgozat (Schoner Vera) az ELTE-n, és beszámoltunk az előzetes eredményekről a Magyar Pszichiátriai Társaság 2007. évi Vándorgyűlésén.

## **Vállalások 2007-re:**

1. A WKL nozológiai rendszer tünettani differenciált prediktív validálása a 21-33 éves katamnesztikus felmérés figyelembe vételével; harmadik szakasz .
2. Az ún. előalakjellegű – szubklinikai – tünetek pszichometriai elemzése és konstruktum-validálása. Eredmények publikálása.
3. Az ún. előalakjellegű – szubklinikai – tünetek szerepe a WKL rendszer prediktív validálásában; folytatás
4. Az általunk konceptualizált morbaffin személyiségtípusok
  - a. pszichometriai elemzése továbbá
  - b. diakronikus stabilitásának és
  - c. validitásának a vizsgálata.
  - d. Folytatás. Közlemény publikálása

5. A morba affin személyiségtípusok és a szociális publikálás.
6. A DSM-IV diagnosztikai rendszer prediktív validálása (index-pszichózis 1967-1976 vs. 21-33 éves kórkimenetel); harmadik szakasz.
7. A DSM-IV diagnosztikai rendszer szerinti kórkimenetel konstruktum-validálása, második szakasz.
8. A WKL nozológiai rendszer és a DSM-IV diagnosztikai rendszer komparatív nozológiája, harmadik szakasz.
9. Unipoláris és bipoláris affektív pszichózisok differenciális pszichopatológiája és speciális kockázati tényezői, harmadik szakasz.
  
11. C és H betegek és elsőfokú rokonok neurokognitív vizsgálata, újonnan bevont kontroll-betegcsoportokkal: Klinikai: MINI, PANSS, SANS, SDS, CGI, GAF, SUMD, NES (SAS, BAS, AIMS); Kognitív: MAWI, DS, Nem-szó, Corsi blocks, VPT, WCST, LF/CF, ToM1-2, metafora/írónia; Elektrofiziológia: P50, MMN, N2, P3; Genetika: COMT, BDNF. Harmadik szakasz.
  
12. Biológiai tesztek összefüggése a nozológiai osztályozással és a kórkimenetel jellemzőivel (az előző periódusban folytatott vizsgálatok komplettálása):
  - a. BORNA-teszt értékelése (kb. 130 fős mintán), második szakasz;
  - b. Glutén-teszt értékelése (kb. 100 fős mintán), második szakasz;
  - c. Elektrofiziológia – értékelés, második szakasz;
  - d. Genetikai tipizálás értékelése, második szakasz;
  
13. A reziduális dimenzió szerkezetére vonatkozó hipotézisünk és 5-éves katamnesztikus vizsgálataink szerinti eredményének tesztelése:
  - a. Az általunk konceptualizált defektus-típusok validálása, második szakasz.
  - b. Az általunk konceptualizált defektustípusoknak a WKL és a DSM-IV nozológiai osztályozással való összefüggésének a vizsgálata.
  - b. A defektus-típusok stabilitásának vizsgálata az 5 éves vs. 21-33 éves katamnesztikus vizsgálatok vonatkozásában
14. A Wechsler intelligencia teszt indexei és mutatói morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata. Harmadik szakasz.
15. A Rorschach-teszt indexei és mutatói morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata; a kiértékelt változók szisztematikus értelmezése.
20. A „feltárható defektus” konstruktum-validálása pszichológiai tesztek jellemzőinek a bevonásával a klinikai pszichiátriai értékelésbe. Második szakasz.
21. Kutatásainkat összefoglaló angol nyelvű könyv preparálásának folytatása.

Vállaljuk a pályázatunk elfogadása esetén, hogy a pályázati periódusban 20.000 kumulatív impakt-faktort hozó közleményeket publikálunk, a publikációs tevékenységünk alábbi bontása szerint:

			2007
Közlemény folyóiratokban			3
Kongresszuson részvétel			1

Budapest, 2005. március 29.  
kutatóhely vezetője

A

Vezető kutató aláírása  
igazgató / főigazgató

(rektor /

## **Pszichopatológiai és kognitív vizsgálatok szkizofréniában**

*A „Budapest 2000” vizsgálat adatainak felhasználásával*

Doktori tézisek

**Dr. Farkas Márta**

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

j) A kutatás során kitűzött fontosabb feladatok, elérendő eredmények (500-1500 karakter) **angolul:**

1. First validation of the Leonhardean nosological classification based on long-term follow-through investigation.
2. Validation of the basic symptoms as subclinical dimension of endogenous psychoses.
3. Validation of the Morbaffin Personality Types as a new test for identification of personality characteristics in connection with endogenous psychoses.
4. Some recommendations for improvement of the DSM-system of classification of psychoses.
5. Making sense of a comparative clinical nosology.
6. Demonstration of differential nosological impairment of first degree relatives of patients.
7. Introduction of the term “types of defect” in the psychopathology of residual states of endogenous psychoses..

8. Nosological differentiation of the intellectual deficit of patients at long-term outcome.

9. Detection of latent symptoms measured by the Rorschach test.

OTKA nyilvántartási szám: T 048710

k) A téma azonosítására alkalmas (a vezető kutató által megadott) szabad kulcsszavak és egyéb tárgyszavak (a vezető kutató adja meg az angol megfelelőit is).

Magyarul	Angolul
Endogén pszichózisok, Összehasonlító nozológia, Kórlefordítás és kórkiemelés, Klinikai genetika, Pszichometriai és biológiai tünetek biological symptoms	Functional psychoses Comparative nosology, Course and outcome, Clinical genetics, Psychometric and

l) A kutatási téma tudományági besorolása (**magyar** nyelven a 169/2000. (IX. 29) Korm. Rendelet melléklete alapján, legfeljebb három tudományág) (TUDAGM.RTF alapján):

- 3.2 Klinikai orvostudományok
- 6.6 Pszichológiai tudományok

m) A kutatási téma tudományági besorolása (**angol** nyelven, az Ortelius-tezaurusz szerint, legfeljebb öt kifejezés) (TUDAGA.RTF):

Psychiatry  
Diagnostics  
Clinical analysis  
Neuropsychology  
Clinical psychology  
Genetics  
Clinical genetics

Ez a Részletes Zárójelentés a következő részekből áll:

**I. Publikált eredményeim a Pályázatomban szerepelt vállalásaim vonatkozásában (az erről adott összefoglalásban a vonatkozó könyvekről és folyóirat-publikációkról együtt számolok be).**

**II. Pályázatom témájával összefüggésben általam – és tíz Konferencia esetében a Profeoszorok Batthyány Körével közösen – szervezett és bonyolított Konferenciák.**

**III. Publikálásra előkészített kutatási eredményeim.**

**IV. Független idézettségemmel – és munkásságom elismerésével – kapcsolatosan két megjelent könyv vázlatos ismertetése.**

**V. Néhány a Pályázatomban vállalt feladat tovább tolódása.**

2005-i vállalások:

**IEI 2.** A WKL nozológiai rendszer tünettaniilag differenciált prediktív validálása a 21-33 éves katamnesztikus felmérés figyelembe vételével; első szakasz.

2. 3. A DSM-IV diagnosztikai rendszer prediktív validálása (index-pszichózis 1967-1976 vs. 21-33 éves kórkimenetel), első szakasz.

4. A WKL nozológiai rendszer és a DSM-IV diagnosztikai rendszer komparatív nozológiája, első szakasz;

5. Unipoláris és bipoláris affektív pszichózisok differenciális pszichopatológiája és speciális kockázati tényező; első szakasz.

6. Valamennyi elsőfokú rokon felmérése a C és H csoportban (az 1971-73-ban kezdett, 1999-től folytatott sokmódszerű-sokváltozós felmérésének komplettálása).

7. C és H betegek és elsőfokú rokonok neurokognitív vizsgálata, újonnan bevont kontroll-betegcsoportokkal: Klinikai: MINI, PANSS, SANS, SDS, CGI, GAF, SUMD, NES (SAS, BAS, AIMS); Kognitív: MAWI, DS, Nem-szó, Corsi blocks, VPT, WCST, LF/CF, ToM1-2, metafora/irónia; Elektrofiziológia: P50, MMN, N2, P3; Genetika: COMT, BDNF; első szakasz.

8. A 21-33 éves követéses vizsgálat terápiás szempontú kiértékelése, különös tekintettel az alkalmazott pszichofarmakonokra; prospektív (1-2 éves) gyógyszerrendelési elemzés a WKL csoportok szerint diagnosztizált betegek csoportjában („prescription study”); első szakasz.

9. C és a H betegek MRI vizsgálata.

10. Biológiai tesztek összefüggése a nozológiai osztályozással és a kórkimenetel jellemzőivel (az előző periódusban folytatott vizsgálatok folytatása; első szakasz):

a. BORNA-teszt értékelése (kb. 130 fős mintán),

b. Glutén-teszt értékelése (kb. 100 fős mintán),

11. A reziduális dimenzió szerkezetére vonatkozó hipotézisünk és 5-éves katamnesztikus vizsgálataink szerinti eredményének tesztelése:

c. Az általunk konceptualizált defektus-típusok validálása

12. A Wechsler intelligencia teszt morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata, első szakasz.

*Pszichiátriai OTKA 2005-8 ZÁRÓJELENTÉSEK*

13. A Rorschach-teszt indexei és mutatói morbospecificitásának komparatív nozológiai vizsgálata; első szakasz: a jegyzőkönyvek kiértékelésének egységesítése a 37 éves folyamatban.

	2005		
Közlemény folyóiratokban	5		
Kongresszuson részvétel	1		