

Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem
Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar
Pszichológia Doktori iskola – Kognitív tudomány témakörben

Harsányi András

KOGNITÍV SÉRÜLÉS ÉS TÜNETI MINTÁZAT KÉNYSZERBETEGSÉGBEN

Doktori értekezés tézisei

Témavezető:

Racsmány Mihály, PhD

Budapest, 2012.

Elméleti bevezető:

A kényszerbetegség (*ang.*: Obsessive Compulsive Disorder / OCD) a nagy nemzetközi epidemiológiai vizsgálatok alapján az egyik leggyakoribb pszichiátriai megbetegedés. Kényszerbetegség alatt kényszer gondolatokból és kényszer cselekvésekből álló tünet-együttest értünk. A kényszer gondolatok (obszessziók), a páciens akarata ellenére a tudatba törő, a páciens számára elfogadhatatlan gondolatok, képek, képzetek, melyek erős szorongást váltanak ki. A kényszer gondolatok jellemzően visszatérők, nem az élet reális problémáival kapcsolatosak, és bár a páciens igyekszik a gondolatokat, késztetéseket vagy képzeteket elnyomni, figyelmen kívül hagyni, azok makacsul mégis vissza-vissza térnek tudatába. A személy felismeri, hogy a kényszer gondolatok, késztetések vagy képzetek saját pszichéjének termékei, és nem kívülről irányítottak véli azokat, mint például pszichotikus betegségeknel. A kényszer cselekedetek (kompulziók) olyan jellegzetes ismétlődő magatartásformák (pl.: koppintások, érintések, kézmosások), vagy gondolati folyamatok (pl.: számolás, szavak néma ismételtetése, visszafelé mondása), amelyet a személy mereven alkalmazott szabály szerint hajt végre. Ezen magatartásformák vagy mentális folyamatok célja a szenvedés megelőzése, csökkentése vagy valamely rettegett esemény bekövetkezésének elhárítása; miközben ezek a magatartásformák vagy nincsenek reális kapcsolatban azzal a dologgal, amelynek semlegesítésére vagy megelőzésére létrejönnek vagy nyilvánvalóan eltúlzottak. A betegség krónikus lefolyású, az esetek jelentős részében, a terápiás erőfeszítések ellenére defektustünetekbe torkollik, és úgynevezett terápia rezisztens kényszerbetegség alakul ki. Az elmúlt közel 20-30 évben a betegség intenzív kutatások tárgyává vált.

A kényszerbetegség klinikai megjelenés heterogén. A nagy nemzetközi osztályozó rendszerek (mind a DSM-IV-TR, mind a BNO-10) ennek ellenére egységes kórképként kezelik a kényszerbetegséget. A nemzetközi kutatásokban használt, arany standardnak számító Yale-Brown-Obszesszív Kompulzív Skála (Y-BOCS) tünetlistája 71 eltérő kényszeres klinikai manifesztációt sorol fel, amelyeket 13 fő csoportba sorol be: 1. Agresszív kényszer gondolatok; 2. Kontaminációs kényszer gondolatok; 3. Szexuális kényszer gondolatok; 4. Gyűjtögetési, felhalmozási kényszer gondolatok; 5. Vallásos kényszer gondolatok; 6. Szimmetriával, pontossággal kapcsolatos kényszer gondolatok; 7. Testi kényszer gondolatok; 8. Takarítási, tisztogatási, mosakodási kényszer cselekedetek; 9. Ellenőrző kényszer cselekedetek; 10. Ismétlési rituálék; 11. Megszámolási kényszerek; 12. Rendezgetési, sorbarendezeési kényszer cselekedetek; 13. Gyűjtögetési, felhalmozási

kényszercselekedetek (Goodman és mtsai., 1989). Az utóbbi évtizedben számos törekvés történt, a kényszerbetegség heterogén klinikai manifesztációján belüli, klinikailag releváns alcsoportok azonosítására. Ez a csoportosítás történhet úgynevezett „kemény” kategóriák alapján, illetve „lágy” (megengedő) kategóriaképzés alapján (Harsányi és mtsai., 2007/b). A kényszerbetegség „kemény” kategóriaképzés alapján történő felosztásába tartoznak a következők: kényszer gondolatok, vagy kényszercselekedetek; korai, vagy késői betegségkezdés; encephalitissel, vagy a nélkül kezdődő kórkép. Az úgynevezett megengedő, - elsősorban valószínűségeken alapuló - statisztikai módszerekkel feltárható, dimenzionális, „lágy” megközelítések, egymást átfedő kategóriákat is megengednek, és elsősorban bizonyos tünetek együtt járásának a valószínűségét írják le. Ebbe az alcsoportképzési rendszerbe tartoznak a kényszerbetegség modern, dimenzionális felosztásai. A dimenzionális megközelítés a kényszeres klinikai tünetek fenotípusos csoportosításának a szintjén keresi a háttérben álló endofenotípusos alcsoportokat. Módszere, a fenotípusos vonások mennyiségi (kvantitatív) mérése és azok matematikai módszerekkel történő csoportosítása. Ehhez nem egy páciens adatait használják fel, hanem több száz, vagy akár nemzetközi együttműködések esetén több ezer kényszerbeteg adatait dolgozzák fel matematikai, statisztikai módszerekkel (Harsányi és mtsai., 2012). Ilyen módszer például a főkomponens analízis (PCA: Principal Component Analysis), illetve a klaszter analízis (CA: Cluster Analysis). A faktoranalízisben szaktekintélyeknek számító kutatók, Leckman, Mataix-Cols és Rauch 2007-ben egy közös konszenzus nyilatkozatban összesítették véleményüket, amelyet a közeljövőben megjelenő DSM-V előkészítő munkacsoportja részére készítettek és több ezer kényszerbeteg Y-BOCS teszt eredményeinek statisztikai elemzését vették figyelembe. Eszerint az OCD klinikai tüneteinek heterogén csoportján belül *5 fő dimenzió (fenotípusos alcsoport)* különíthető el: (I.) Agresszív (sérülést okozó) kényszer gondolatok, ellenőrzési kényszerekkel; (II.) Szexuális- és vallási kényszer gondolatok; (III.) Szimmetriával, és pontossággal kapcsolatos kényszer gondolatok, ismétlési-, számolási-, rendezési kényszerekkel; (IV.) Kontaminációs kényszer gondolatok, szomatikus betegségekkel való félelmek, tisztálkodási kompulziókkal; (V.) Gyűjtögetési-, felhalmozási kényszer gondolatok, és cselekedetek. A kényszerbetegség tüneteinek a dimenzionális kutatásai alapján Leckman és Rosario-Campos 2006-ban egy új tesztet dolgozott ki, mely a Y-BOCS továbbfejlesztett változata, és amelyet Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (DY-BOCS)-nek neveznek. Ez a mérőskála a kényszeres tüneteket az 5 nemzetközi konszenzus alapján leírt tüneti dimenzió alapján csoportosítja és kérdezi.

A kényszerbetegség háttérében álló genetikai és környezeti (pszichológiai) tényezők közül egyre több került azonosításra az elmúlt évtizedekben. Emellett több agyi funkcionális képalkotó vizsgálat is történt, mely a kényszerbetegség háttérében a prefrontális lebeny (orbito-frontális kortex: OFC; dorsolaterális prefontális kortex: DLPFC; anterior cinguláris kortex: ACC) és a basalis ganglionok (striátum, amygdala) érintettségét igazolt (Harsányi és mtsai., 2007/a). A prefrontális lebeny érintettségét igazolta számos kognitív teszttel végzett kísérlet és vizsgálat is (Kuelz és mtsai., 2004; Chamberlain és mtsai., 2005; Demeter és mtsai., 2008; Racsmány és mtsai., 2010). Az agy prefrontális lebenyének érintettsége eredetileg agysérült betegekben (stroke, trauma, daganat) került leírásra. A prefrontális lebeny érintettsége esetén az egzekutív működések zavara alakul ki, melyet diszregzekutív szindrómának nevezünk. Klasszikus jellemzői Lurija (1973) szerint: a viselkedés rigiditása; az elterelhetőség; a perszeverációk; a flexibilis tervezés- és kivitelezés zavara. Az utóbbi évtizedek kutatásai alapján kiderült, hogy a diszregzekutív tünetek nem csak agyi sérült betegeknel azonosíthatóak, hanem több pszichiátriai megbetegedésben is, mint például a skizofrénia, a depresszió, a bipoláris affektív zavar (Burgess és mtsai., 1998). Az utóbbi évtizedben számos kutatás igazolta kényszerbetegségben is a prefrontális lebeny érintettségét, az egzekutív működések zavarát, és a diszregzekutív szindróma jelenlétét. Shallice és mtsai. (1991), valamint Burgess és mtsai. (1997) megközelítése alapján a végrehajtó funkciók működésére tervezést és döntést igénylő feladatoknál; hibák felismerésekor és azok kijavítása esetén; azokban a helyzetekben, ahol teljesen új vagy nem túltanult viselkedést kell produkálni; veszélyes vagy a kivitelezés szempontjából nehéz helyzetekben; illetve, ahol a már kialakult szokások ellenében kell cselekedni. Az egzekutív működések zavarai közül a gátló funkciók zavarának központi jelentőségét több kutató felvetette. Shimamura és mtsai. (1990) szerint a frontális lebeny sérülteknél jelentkező diszregzekutív tünetekért is a gátló kontroll kiesése a felelős, mely miatt ezen páciensek nem képesek az irreleváns információkat és a korábban hibásnak bizonyult keresési stratégiákat gátolni. Ezáltal a beteg az irreleváns részletek interferáló, zavaró hatását nem képes kiküszöbölni, vagyis az irreleváns információk visszatolakodhatnak a tudatba, gátolva ezzel az egzekutív funkciók hatékony működését. Az egzekutív teljesítmény zavarából következnek aztán a magatartás szintjén megjelenő pszichiátriai tünetek, kényszerbetegség esetén az obszessziók és a kompulziók (Shimura és mtsai., 1995). Miyake és mtsai. (2000) pszichometriai modellje szerint a gátlási funkció teszi lehetővé, hogy szükség esetén szándékosan meggátoljunk egy domináns, automatikus vagy prepotens választ. A gátlás zavara esetén perszeverációs tendenciák jelenhetnek meg. Az egzekutív rendszer zavartalan

működéséhez tehát nem csak a releváns információkat kell kezelnie az agynak, hanem a már irrelevánssá vált információk eltávolítását, gátlását is meg kell oldania.

Számos, a diszexecutív jelenségek azonosítására alkalmas validált tesztesomag került forgalomba az utóbbi időkben. Ezek közé tartozik a BADS (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome) standardizált teszt battéria, melynek része a DEX kérdőív (Dysexecutive Questionnaire / Diszexecutív kérdőív), melyet Burgess és mtsai. 1998-ban fejlesztettek ki. A BADS teszt számos kognitív funkciót (memória, váltási képesség, fenntartott figyelem, gátlási funkció) mérő kognitív tesztet tartalmaz, illetve a DEX kérdőív két formáját (egy a pácienseket megszólító, és egy a hozzátartozókat kérdező verzióját). A 20 kérdésből álló DEX kérdőív arra lett kifejlesztve, hogy segítségével azonosítani lehessen a mindennapi életben előforduló, célirányos magatartásformák során elkövetett hibákat. A kérdőív kérdéseinek faktoranalízisével Burgess és mtsai. (1998) egy 5 dimenziós felosztást hoztak létre (I. faktor: Gátlás; II. faktor: Intencionalitás; III. faktor: Egzekutív memória; IV. faktor: Pozitív affektusok; V. faktor: Negatív affektusok). A DEX kérdőív segítségével több nemzetközi kutatócsoport az egzekutív működések zavarát igazolta számos pszichiátriai megbetegedésben (skizofrénia, skizotípiás személyiségzavar, autizmus, bipoláris affektív zavar), ugyanakkor kényszerbetegségben még nem került alkalmazásra eddig (Cederlund és mtsai., 2010).

Kényszerbetegség esetén az egzekutív működések zavarai közül kiemelkedik a gátlási funkció zavara. Számos kutatócsoport ugyanakkor eltérő jelentéstartalommal használta a gátlási zavar kifejezést OCD-ben (Anderson és mtsai., 2003; Harsányi és mtsai., 2012). Jelen disszertáció központi paradigmája Chamberlain és munkacsoportja 2005-ös teoretikus megközelítése volt, mely szerint kényszerbetegségben kétféle gátlási zavar koncipiálható: egy gondolkodási gátlási zavar (obszessziók esetén), és egy magatartási gátlási zavar (kompulziók esetén). Az eltérő gátlási zavarokhoz eltérő agyi terület érintettségek kapcsolódnak, illetve eltérő kognitív sérülési mintázatok. Mindez szorosan korrelál Wegner és munkacsoportjának 1994-es megközelítéséhez, aki a krónikus gondolat-elnyomás jelenségét vizsgálta. Wegner az akaratlanul betolakodó gondolatok vizsgálata során írta le a gondolat-elnyomás jelenségét, mint megküzdési stratégiát több pszichiátriai betegségben, így depresszióban, poszttraumás stressz-zavarban, és kényszerbetegségben. A jelenség hátterében kétféle rendszer működését feltételezte, egy akaratlagos operatív, és egy tudattalan monitorozó rendszert (Wegner és mtsai, 1987). A két rendszer működésének a

következménye az a paradox jelenség, hogy a kontrollálni szándékozott gondolat, - a gondolat-elnyomást követően - újjult erővel tér vissza. Wegner és munkacsoportja 1994-ben egy 15 kérdésből álló kérdőívet szerkesztett és validált, melyet Fehérmedve Gondolat-elnyomási Kérdőívnek (WBSI: White Bear Suppression Inventory) nevezett el. A teszt az akarat ellenére tudatba törő gondolatok jelenlétét, és azok elnyomásának a tendenciáját méri. A WBSI eredetileg unidimenzionális tesztként került bevezetésre, ám a későbbiekben több kutatócsoport a kérdőív kérdéseinek faktoranalízisével kettő, illetve három dimenziós felosztást mutatott ki. Blumberg és mtsai. 2000-ben, az eddig legnagyobb elemszámú vizsgálati személyt tartalmazó vizsgálatukban, a kérdőív 3 dimenziós felosztását publikálták (I. faktor: Akaratlanul betörő gondolatok; II. faktor: Gondolat-elnyomás; III. faktor: Figyelem leterelés).

Célkitűzések

Jelen tudományos munka célkitűzése egyrészt Chamberlain eltérő gátlási sérülések teóriájának a klinikai mintán történő vizsgálata volt. A disszertáció első két tézispontjában a kényszerbetegség tüneteinek obszesszív és kompulzív alcsoportra bontását végzem el a Y-BOCS alsókálái alapján. Az I. tézispontban ezen felosztás szerint vizsgálom a tünetek korrelációját az egzekutív tüneteket magatartásszinten becsülő Diszegzekutív Kérdőív (DEX) segítségével, valamint az egzekutív működéseket vizsgáló tesztbattériával. A II. tézispontban az obszesszív-, és kompulzív kényszeres tünetek korrelációját vizsgálom a betörő gondolatokat és a krónikus gondolat-elnyomás tendenciáját mérő Fehérmedve Gondolat-elnyomási Kérdőív (WBSI) segítségével, illetve a kognitív funkciókat mérő teszt-battériával.

Doktori disszertációm második felében a kényszeres tünetek dimenziális felosztását fogom vizsgálni. A III. tézispontban magyar kényszerbeteg populáció Y-BOCS adatainak a főkomponens analízisével vizsgálom a kényszeres tünetek együttjárását, dimenziális alcsoportjait. A IV. tézispontban a Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) magyar fordításának validálását végzem el, szintén magyar kényszerbeteg populáción, vizsgálva a magyar változat belső konzisztenciáját, valamint a konvergáló-, és a divergáló validitás mutatókat.

Új tudományos eredmények

I. Tézispont: A kényszerbetegség tüneteinek súlyosbodásával párhuzamban a diszjegzekutív tünetek is fokozódnak. A diszjegzekutív tünetek DEX kérdőívvel vizsgálva kényszerbetegeknél súlyosan sérültek, ami - a kognitív tesztekkel mérhető - egzekutív működések sérülésével szorosan korrelál.

A vizsgálatban résztvevő 51 kényszerbeteg kényszeres tüneteinek súlyosságát a Y-BOCS segítségével becsültük meg. A vizsgálatban résztvevő kényszerbetegek csoportját, mint egységes csoportot vizsgáltuk, ugyanakkor – tudomásunk szerint – elsőként, két alcsoportot is definiáltunk a kényszerbetegek csoportján belül a Y-BOCS két alsókálaja alapján (Y-BOCS obszesszív súlyosság pontszám / Y-BOCS kompulzív súlyosság pontszám). A páciensek diszjegzekutív tüneteit a hozzátartozók külső megfigyelése alapján a közeli családtagok pontozták a DEX kérdőív hozzátartozói változatának segítségével. A DEX teszt elemeinek Burgess-féle dimenzionális csoportosítása alapján 5 faktort képeztünk. Az egzekutív működéseket az erre a vizsgálatra összeállított neurokognitív tesztbattériával becsültük meg. Ebben az alábbi tesztek szerepeltek: Verbális Fluencia Teszt; Kategória Fluencia Teszt; Trail Making Teszt A és B verzió; Stroop Teszt; Wisconsin Kártyaszortírozási Teszt. A depresszív komorbiditást a Hamilton Depresszió Becslő Skálával (HDRS) becsültük meg.

A DEX kérdőív manuáljában szereplő normatív skála alapján, az általunk vizsgált kényszerbetegek DEX értékei jelentős (súlyos) egzekutív működészavart jeleztek. Így az általunk vizsgált kényszerbeteg populáció esetén a prefrontális lebeny működés zavarát vélelmeztük. A kényszeres tünetképződés súlyosbodásával párhuzamban a diszjegzekutív tünetek mértéke is nőtt. A diszjegzekutív (prefrontális) tüneteket becsülő DEX kérdőíven elért összpontszám szorosan korrelált az OCD tüneteit mérő Y-BOCS összpontszámmal, vagyis mennél súlyosabbak voltak egy kényszerbeteg tünete, annál valószínűbb volt, hogy diszjegzekutív tüneteket észleltek náluk közvetlen hozzátartozói. Ugyanakkor az obszesszív és a kompulzív alcsoport eltérő módon volt érintett a diszjegzekutív tünetekben. Az obszesszív alcsoportot nem jellemezte az egzekutív funkciók károsodása a DEX kérdőív alapján, ugyanakkor a kompulzív alcsoport esetén jelentős egzekutív működészavart azonosítottunk. Sem a DEX összpontszám, sem a DEX egyes faktorai nem korreláltak az obszesszív kényszeres tünetekkel, ám a kompulzív tünetekkel mind a DEX összpontszám, mind pedig három DEX faktor (Gátlási-, Pozitív affektusok-, Negatív affektusok faktor)

szorosan korrelált. A Burgess által meghatározott gátlási faktor nem a kognitív gátlási zavarral járt együtt (értsd: obszessziók), hanem a magatartás gátlás zavarával, vagyis a kényszeres tünetek magatartási (értsd: kompulzív) alcsoportjával. Vagyis a DEX által mért egzekutív gátlási zavar a kompulziók esetén áll fenn, ami összecseng Chamberlain és mtsai. (2005) teóriájával, nevezetesen, hogy a kényszerbetegségeken belül az obszesszív és a kompulzív alcsoport eltérő gátlási jellegzetességeket mutat.

A kompulzív alcsoportnál jelentős és kiterjedt egzekutív működészavart jelzett számos kognitív teszt is. Így a kompulzív alcsoportnál motoros gátlási zavart, nézőpontváltási zavart (kognitív flexibilitás zavarát) lehetett detektálni Verbális- és Kategória Fluencia Teszttel, Trail Making Teszttel, Stroop Teszttel, Wisconsin Kártyaválogatási Teszttel. Mindezek megerősítik Chamberlain felvetését, miszerint kompulziók esetén más kognitív sérülési mintázat áll fenn, mint obszessziók esetén, nevezetesen egy mélyebb és jelentősebb egzekutív károsodás, mely a magatartás gátlási zavarához vezet.

II. Tézispont: A kényszerbetegség tüneteinek súlyosbodásával párhuzamban fokozódik a WBSI kérdőívvel mért betörő gondolatok súlyossága, és azok elnyomási tendenciája, ami az obszesszív tünetképződéssel áll összefüggésben, és nem függ össze a kompulzív tünetekkel. WBSI kérdőív összpontszáma alapján mért betörő gondolatok súlyossága, és azok elnyomási tendenciája nem függött össze a kognitív tesztekkel mérhető egzekutív működés zavarával.

A vizsgálatban az I. tézispontban leírt 51 OCD beteg vett részt, ám a fent leírt teszteken és kérdőíveken kívül a betegek a Fehérmedve Gondolat-elnyomási Kérdőívet (WBSI) is kitöltötték.

A kényszeres tünetek súlyosságát mérő Y-BOCS összpontszám szorosan korrelált a WBSI teszt által becsült akaratlanul betörő gondolatok összpontszámával, és a gondolat-elnyomási tendenciával. Az obszesszív csoport esetén, - Chamberlain felvetésének megfelelően - gondolkodási gátlási zavart sikerült azonosítani a gondolatbetöréseket és krónikus gondolat-elnyomás jelenségét mérő Fehérmedve Gondolat-elnyomás Kérdőív segítségével. Ugyanakkor nem állt fenn korreláció a WBSI által mért betörő gondolatok és gondolat-elnyomási tendenciák, valamint a kompulzív alcsoport között. A WBSI Blumberg féle dimenzionális felosztását követve mind a 3 dimenzió súlyosság pontszáma korrelált az

obszesszív tünetek alpontszámával, míg egyik dimenzió súlyosság pontszáma sem korrelált a kompulzív tünetek alpontszámával.

A teljes WBSI összpontszám nem korrelált a kognitív tesztek eredményeivel, vagyis a gondolat-elnyomási tendenciák nem járnak együtt az egzekutív működések károsodásával, alátámasztva Wegner felvetését: az úgynevezett monitorozó rendszer működése nem igényel jelentős kognitív kapacitást. Ugyanakkor kompulzív al csoport esetén, - ahol nem állt fenn korreláció a gondolat-elnyomási tendenciákkal - jelentős egzekutív működészavar igazolódott (ld. I. tézispont). Az eredmény szintén jól korrelált Wegner és mtsai. (1987 / 1994) felvetésével, miszerint kompulziók esetén az úgynevezett operatív rendszer diszfunkciója áll fenn, mely jelentős kognitív kapacitásokat köt le. Ennek következtében jelentős egzekutív működészavar detektálható mind a DEX teszt mérőszámaiban, mind a felvett kognitív tesztekben. Mindez különösen Purdon és mtsai. (2004 / 2007) kutatási eredményeinek az ismeretében érdekesek. A szerző és kutatócsoportja azt igazolta, hogy a betörő kényszer gondolatok esetén az elhárítás első szintje egyfajta gondolat-elnyomás, míg ennek „eredménytelensége” esetén a súlyosabb, úgynevezett második szint a ritualisztikus magatartás. A szerző amellet érvelt, hogy a kényszerbetegek akkor kényszerülnek rituálék végrehajtására, amikor a betörő kényszer gondolatok okozta stresszt már nem bírják elviselni, és azok tagadása vezet a kényszeres rituálék kivitelezéséhez. Mindez összhangban van a pszichoanalízisben már Freud (1908 / 1915) által közel 100 éve leírt elhárító mechanizmusok két formájával. Obszessziók esetén az elfojtás, a gondolat-elnyomás érett elhárítási mechanizmusa működik, míg a kompulzív páciensek esetében éretlen, primer elhárítási mechanizmus lép fel, nevezetesen a tagadást. Ezen utóbbi elhárítás a projekciókkal, és projektív identifikációkkal áll egy csoportban, utalva a kényszerbetegség skizo-obszesszív al csoportjára, illetve arra a mindennapi klinikai tényre, hogy a kényszerbetegségben szenvedő betegek eredményes kezelés nélkül, - belső valóságuk tagadása által - igen magas számban válnak rokkanttá. Feltehetőleg ez a tagadás játszik szerepet a kényszerbetegségben 40-60 %-ban előforduló terápia rezisztenciában is.

III. Tézispont: Magyar kényszerbeteg mintán felvett Y-BOCS adatok főkomponens analízisével a nemzetközi kényszeres tüneti dimenzionális konszenzusnyilatkozatnak megfelelő 5 faktort találtuk.

Magyar kényszerbeteg mintán vizsgáltuk meg azt, hogy a nemzetközi kutatásokban igazolt 5 kényszeres tüneti dimenzió megtalálható-e ezen betegpopulációban is. 118 magyar kényszerbeteg Y-BOCS adatainak a főkomponens analízisével 5 tüneti dimenziót (együttjárást) sikerült azonosítani, mely szoros átfedésben volt a nemzetközi konszenzusnyilatkozatban leírt 5 tüneti dimenzióval. A következő 5 dimenziót találtuk: 1. faktor: Gyűjtögető kényszergondolatok és gyűjtögetési kényszercselekedetek (26 %). 2. faktor: Kontaminációs kényszergondolat, tisztálkodási kényszercselekedet, és a testi kényszergondolatok (14,49 %). 3. faktor: Agresszív kényszergondolatok, ellenőrzési kényszercselekedetek és az ismétlési kényszercselekedetek (12,94 %). 4. faktor: Szimmetriával kapcsolatos kényszergondolatok, és a rendezgetési kényszercselekedetek (8,38 %). 5. faktor: Szexuális kényszergondolatok és vallási kényszergondolatok (8,08 %). (Zárójelben a magyarázott variancia százalékok olvashatóak.) Ezen dimenzionális felosztás szerepel ajánlásként a 2013-2014-ben megjelenő DSM következő (V.) verziójában a kényszerbetegség alcsoportra bontási javaslatként.

IV. Tézispont: A Dimenzionális Yale-Brown Obsesszív-Kompulzív Teszt (DY-BOCS) magyar változata validnak bizonyult magyar kényszerbeteg populáción vizsgálva.

A disszertációm IV. tézispontja szorosan kapcsolódik a III. ponthoz. Leckmann és munkacsoportja által publikált, és a kényszerbetegség tüneti dimenzionalitását mérő kérdőív, a Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) magyar fordításának a validálását végeztem el 30 magyar kényszerbeteg vizsgálata alapján. A Dimenzionális Yale-Brown Obsesszív-Kompulzív Teszt az eredeti angol nyelvű verzióhoz hasonló belső konzisztencia mutatókat mutatott, valamint mind a konvergáló-, mind a divergáló validitás vizsgálati mutatói igen jók lettek. Így a teszt magyar változata valid mérőeszköznek bizonyult a kényszerbetegség tüneti dimenzionalitásának mérésében.

A kutatás eredményeinek a hasznosítása

Kutatásaink jelentősége kettős. Egyrészt az OCD-ben azonosított kétféle gátlási zavar meghatározó jelentőségű a kényszerbetegség kognitív sérülésének a kutatásában. Jelen vizsgálatunk az első, mérési adatokon alapuló kutatás Chamberlain által 2005-ben felvetett teóriájával kapcsolatban. E kétféle gátlási zavar azonosításához, - kutatásaink eredménye alapján - mostantól két segédeszköz kerülhet a klinikusok birtokába: a WBSI kérdőív,

valamint a DEX kérdőív, mely utóbbit legjobb tudomásunk szerint munkacsoportunk alkalmazta elsőként OCD-ben. A WBSI és a DEX kérdőív eltérő korrelációja az OCD obszesszív-, illetve kompulzív tüneteinek a súlyosságával, alkalmassá teszi a két tüneti alcsoport elkülönítését e két kérdőív segítségével. A két teszt így szűrő jellegű tesztté is válhat a kényszeres tünetek jelenlétének, illetve súlyosságának a megbecslésében. Másrészt kutatási eredményeim a kényszerbetegség tüneteinek belül a dimenziális megközelítés jelentőségére hívják fel a figyelmet a magyar szakmai közéletben. A DY-BOCS magyar fordítása és validálása a DSM-V-ös verziójának megjelenésével fog majd mindennapi klinikai relevanciát nyerni, mivel a DSM új verziójában már feltehetőleg ez az 5 tüneti dimenzió fog szerepelni. Az OCD diagnosztizálásához ezért elengedhetetlen lesz egy a dimenziókat mérő skála, és reményeink szerint ezt a szerepet fogja betölteni e teszt.

Tézispontokhoz kapcsolódó tudományos közlemények

I.-II./ Harsányi A., Csigó K., Rajkai Cs., Demeter Gy., Németh A., Racsmány M. 2012. Two types of impairments in OCD: obsessions, as problems of thought suppression; compulsions, as behavioral-executive impairment. *Psychiatric Research* (is accepted for publication / 7th of Sept. 2012.)

III. / Harsányi András, Csigó Katalin, Demeter Gyula: Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia. Lélekben otthon könyvek, Budapest, 2010. 9/3. fejezet (Szerző: Harsányi András).

IV. / Harsányi A., Csigó K., Demeter Gy., Rajkai Cs., Németh A., Racsmány M. 2012. The validation of the Hungarian version of the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS). *Ideggyógyászati Szemle / Clinical Neuroscience* 65 (1-2), 25-33.

Válogatott irodalomjegyzék

Anderson, M. C. 2003. Rethinking Interference Theory: Executive Control and the Mechanisms of Forgetting. *Journal of Memory and Language*. 49. 415-445.

Blumberg, S. J. 2000. The White Bear Suppression Inventory: Revisiting its factor structure. *Personality and Individual Differences* 29, 943–950.

Burgess, P. W. 1997 Theory and methodology in executive function research. In: Rabitt, P. (ed.) Methodology of frontal and executive function. Psychology Press. 81-117.

Burgess, P. W., Alderman, N., Evans, J., Emslie, H., Wilson, B.A. 1998. The ecological validity of tests of executive function. *Journal of the International Neuropsychological Society* 4, 547-558.

Chamberlain S. R., Blackwell A. D., Fineberg N. A. 2005. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29, 399-419.

Chamberlain S. R., Fineberg N. A., Blackwell A. D., Robbins T. W., Sahakian B. J. 2006. Motor inhibition and cognitive flexibility in OCD and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry* 163, 1282-1284.

Chamberlain S. R., Fineberg N. A., Menzies L. A., Blackwell A., Bullmore E. T., Robbins T. W. 2007. Impaired Cognitive Flexibility and Motor Inhibition in Unaffected First-Degree Relatives of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 164. 335-338.

Cederlund M, Hagberg B, Gillberg G. 2010. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self - and parent assessment of social, emotional and cognitive problems. *Research in Developmental Disabilities* 31. 287-298.

Demeter Gy., Csigó K., Harsányi A., Németh A. Racsmány M. 2008. A végrehajtó rendszer zavara obszesszív-kompulzív zavarban. *Psychiatria Hungarica* XXIII, 85-93.

Freud, S. 1908. Character and anal eroticism. In: *Collected Papers (English translation Vol 2.1925)*. Hogarth Press, London

Freud, S. (Original work published 1915). Repression. 1957. In J. Strachy. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London. Hogarth Press Vol. 14. 147-165.

Gottesman, I., Hon, F. R. C., Todd, D., Gould, R. 2003. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Ethymology and Strategic Intentions. *American Journal of Psychiatry* 160, 636-645.

Goodman, W. L., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C. 1989. The Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (YBOCS) validity. *Archives of General Psychiatry* 46, 1012–1016.

Harsányi A., Csigó K., Demeter Gy., Németh A. 2007. A kényszerbetegség új megközelítései: a dopaminerg teóriák. *Psychiatria Hungarica* XXII. (4), 248-258.

Harsányi A., Csigó K., Demeter Gy., Németh A., Racsmány M.: 2007. Dimenzionalitás és neurokognitív eltérések OCD-ben. *Psychiatria Hungarica* XXII. (5), 366-378.

Harsányi A., Csigó K., Demeter Gy., Rajkai Cs., Németh A., Racsmány M. 2009. A Dimenzionális Yale-Brown Obszesszív-Compulzív Teszt (DY-BOCS) magyar fordítása, és a teszttel szerzett első tapasztalataink. *Psychiatria Hungarica* (1), 18-60.

Kuelz K., Hohagen F., Voderholzer U. 2004. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology* 65, 185–236.

Leckman, J. F. , Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C. 2006. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-OCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 11, 495-504.

Leckman, J. F., Rauch, S. L., Mataix-Cols, D. 2007. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for DSM-V. *CNS Spectrum* 12 (5), 376-387.

Lurija, A. R. 1973. *The working brain*. Penguin. London

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M., Leckman, J. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 162 (2), 228-238.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., Wager, T. D 2000. The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology* 41, 49–100.

Morein-Zamir S., Fineberg N. A., Robbins T. W., Sahakian B. J. 2010. Inhibition of thoughts and actions in obsessive-compulsive disorder: extending the endophenotype? *Psychological Medicine*, 1-10.

Purdon C., Rowa K., Antony M. 2007. Diary Records of Thought Suppression by Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 35, 47-59.

Racsmány, M., Conway, M. A., Demeter, Gy. 2010. Consolidation of Episodic Memories During Sleep: Long-Term Effects of Retrieval Practice. *Psychological Science* 21. (1) 80-85.

Shallice, T., Burgess, P. W. 1991. Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114, 727-741.

Shimamura, A. P., Janowsky, J. S., Squire, L. R. 1990. Memory for temporal order of events in patients with frontal lobe lesions and amnesic patients. *Neuropsychologia*, 28, 803-813

Shimura A. P. 1995. Memory and frontal lobe function. In Gazzaniga, M (ed) *The cognitive neuroscience*. 803-813. MIT Press, Cambridge

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., White, T. L. 1987. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 409-418.

Wegner, D. M., Zanakos, S. 1994. Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.