

A heteroagresszív viselkedés jellemzői akut pszichiátriai osztályra felvett betegek körében

*Characteristics of heteroaggressive behavior
in patients admitted to an acute psychiatric ward*

Dr. Gazdag Gábor^{1,2} ✉, Girasek Hunor¹, Soós Alexandra¹, Barabás Lajos¹

¹Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest

²Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Általános Orvostudományi Kar, Semmelweis Egyetem, Budapest

✉ gazdag@lamb.hu

Az agresszív viselkedés gyakran oka az akut pszichiátriai osztályos felvételnek. A fokozottan agresszív betegek ellátására az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézetben a közelmúltban speciális részt leget indítottak.

A vizsgálat célja a heteroagresszív viselkedés előfordulásának és időbeli változásának felmérése akut pszichiátriai osztályra felvett betegek körében és a potenciálisan magas biztonságú részlegre helyezendő betegek meghatározása. A vizsgálatban egy 5 hónapos időszak alatt, egy városi kórház pszichiátriai osztályának akut pszichiátriai részlegére felvételre került betegeknél a kezelés első hetében előfordult heteroagresszív viselkedésre vonatkozó adatok kerültek feldolgozásra. A heteroagresszív viselkedés felmérése a rutin ápolási munka részeként történt. A felméréshez a Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version (DASA-IV) kérdőívet használtuk, amelyhez két további tétel került hozzáadásra a fizikai fenyegetés és a fizikai támadás jelenlétének felmérésére. A vizsgált időszak alatt összesen 290 beteg került felvételre. A betegek 60%-a mutatott heteroagresszív viselkedést, a férfiak magasabb arányban. A felvételt követő első 12 órában megfigyelt heteroagresszió szintje szignifikánsan korrelált a kezelés első hetében tapasztalt magasabb fokú heteroagresszióval. A fizikai fenyegetést és tényleges fizikai agressziót mutató betegek pontszáma szignifikánsan magasabb volt a kezelés első hete alatt. A heteroagresszió valamely formája leggyakrabban mentális retardációban, paranoid zavarokban, bipoláris zavarban és demenciában szenvedő betegeknél fordult elő. A DASA-IV pontszám legkorábban alkalmazkodási zavarban, legkevésbé pedig a mentális retardációban szenvedő betegeknél csökkent az első hét folyamán. A terápia hatására a kezelés 4. napjára a betegek többségénél a heteroagresszív viselkedés jelentősen csökkent, kivéve mentális retardációban. Eredményeink alapján az akut pszichiátriai felvételre kerülő betegek többségénél a kezelés első 3 napja után – a mentális retardációban szenvedőket kivéve – nincs szükség magas biztonságú részlegre történő elhelyezésre.

Kulcsszavak: pszichiátria, fekvőbetegek, heteroagresszió, magas biztonságú részleg, mentális retardáció

Aggression is a common cause of acute psychiatric admission. In the National Institute of Mental Health, Neurology and Neurosurgery a new, high security psychiatric unit was launched.

The aim of this study was to observe and evaluate the occurrence and change over time of heteroaggressive behavior among patients admitted to an acute psychiatric ward, and defining what patient population should be potentially transferred to the high security unit. The study included those patients who were admitted to the acute psychiatric ward of the Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation of Jahn Ferenc South-Pest Hospital in a 5 months period. Data about heteroaggressive behavior appeared during the first week of inpatient treatment has been processed. Evaluation of the occurrence of heteroaggressive behavior was part of the routine nursing care. Heteroaggressive behavior was assessed by the 7-item Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version (DASA-IV) with two additional items evaluating the presence of physical threat and physical assault. DASA-IV questionnaire was completed by the nursing staff at the end of each 12-hours shift for a whole week. During the study period there were altogether 290 acute admissions. 60% (N=174) of the patients showed at least low level of heteroaggression. Among these patients, men had significantly higher scores of aggression than women ($p=0.008$). The level of heteroaggression observed in the first 12 hours following admission significantly correlated with higher level of heteroaggression during the first week of treatment ($p < 0.001$). Furthermore, appearance of physical threat and physical assault also had a significant predictive effect on the higher DASA-IV score during the observational period ($p < 0.001$). Considering the diagnostic groups, any form of heteroaggression occurred most frequently in patients with mental retardation, paranoid disorders, bipolar disorders and dementia. DASA-IV score decreased at the earliest in patients with adjustment disorder, and at the latest in patients with mental retardation during the first week of treatment. As a result of effective therapy, till the fourth day of treatment occurrence of heteroaggressive behavior significantly decreased in all diagnostic groups, except mental

retardation. Our results show that after the first 3 days of inpatient treatment most acutely admitted patients do not need to be transferred to a special high security unit due to persistent heteroaggressive behavior, except some patients with mental retardation.

Keywords: *psychiatric inpatients, heteroaggression, high security unit, mental retardation*

BEVEZETÉS

A heteroagresszív viselkedés az akut pszichiátriai felvétel gyakori oka [1,2]. A szakirodalom nagyobb része egyetért abban, hogy bizonyos pszichiátriai rendellenességek növelik a heteroagresszív viselkedés kockázatát, amelyet számos szociodemográfiai és pszichoszociális tényező is befolyásol [2-5]. Heteroagresszív viselkedés az esetek 8-44%-ában figyelhető meg az akut pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás során [3]. A heteroagresszív és ellenséges magatartás mind a betegek, mind a személyzet testi épségét veszélyezteti, megzavarja a terápiás légkört az osztályon [3,6,7], meghosszabbítja a kezelés időtartamát és hozzájárul a pszichiátriai betegek stigmatizációjának fennmaradásához [2].

A fokozottan agresszív viselkedést mutató pszichiátriai betegek ellátására a legtöbb országban magas biztonságú részlegeket hoztak létre, ahol biztosítottak mind a tárgyi (atraumatikus környezet), mind a személyi (megfelelő számú és szakképzettségű szakember) feltételek a heteroagresszív viselkedés kockázatának minimalizálására. Magyarországon 2011-ben született terv egy magas biztonságú pszichiátriai részleg létrehozására [8]. A magas biztonságú osztály 2024. január 1-jétől fogad betegeket az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézetben [9].

A különböző pszichiátriai rendellenességek eltérő kockázati profillal rendelkeznek a heteroagresszív viselkedés tekintetében. Magasabb kockázat társul a szkizofréniához [10,11], a szkizoaffektív zavarhoz [12] és a bipoláris zavarhoz, különösen annak mániás fázisában [13,14]. A heteroagresszív kockázata megnő az első pszichotikus epizód során is [15,16]. A heteroagresszív mértéke szoros összefüggésben van a pszichopatológia súlyosságával [17,18]. Bizonyos tünetek, mint például a parancshallucinációk vagy az üldöztetési téveszmék, hajlamossá teszik a beteget erőszakos cselekvésre [19]. Mentális retardációban a heteroagresszív viselkedés bármely típusának éves előfordulási gyakoriságát 37 és 51% közöttinek találták [20]. Demenciában szenvedő betegeknél a heteroagresszív viselkedés különböző formáinak előfordulása 28 és 67% között mozog [22,23]. A kábítószerek használat [3,24,25] és még a mérsékelt alkoholfogyasztás is növeli a heteroagresszív viselkedés valószínűségét [25,26]. Az agresszív fokozott kockázata társul antiszociális, borderline, hisztrionikus, nárcisztikus és paranoid személyiségzavarokhoz [27-30].

CÉLKITŰZÉS

A kutatás célja az volt, hogy felmérje a heteroagresszív viselkedés előfordulását akut pszichiátriai fekvőbetegeknél a felvételtől, majd a kezelés első 7 napjában és ennek alapján meghatározza, hogy mely betegek szorulhatnak potenciálisan a magas biztonságú pszichiátrián történő elhelyezésre.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Vizsgálat alanyai

A vizsgálat a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán zajlott. Az osztály Budapest dél-pesti régiójában található 4 kerületnek, valamint Dabas, Gyál és Vecsés járás lakosságának biztosítja a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátását. Az ellátott területen megközelítőleg 380 000 lakos él.

Az osztály akut pszichiátriai részlegén 2019. november 1-én, az ápolási munka részeként bevezetésre került a heteroagresszív viselkedés felmérésére tünetbecslő skála alkalmazása. Ettől a dátumtól minden akut, felvételre került betegnél a részlegen történt elhelyezés után, majd egy héten keresztül az ápolók – 12 órás műszakonként – felmérték és dokumentálták a heteroagresszív viselkedés tüneteit. Jelen vizsgálatunkban az osztály akut pszichiátriai részlegére 2019. november 1-je és 2020. március 31-e között felvett betegek adatait dolgoztuk fel.

Az alkalmazott tünetbecslő skála

Az agresszív értékelésére az ápolók az akut kezelés első hetének minden 12 órás műszakában kitöltötték a Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version (Situációs Agresszív Dinamikus Értékelése – Fekvőbeteg Változat – DASA-IV) [31] tünetbecslő skálát. Ez a skála az egyik leggyakoribb tünetbecslő skála a heteroagresszív mértékének értékelésére, amelyet a kórházi személyzet végez el a betegek viselkedésének megfigyelése után. A kérdőív 7 tételből áll: ingerlékenység, impulzivitás, nem hajlandó követni az utasításokat, érzékeny az észlelt provokációra, könnyen feldühödik a kérések elutasításakor, negatív attitűdök és szóbeli fenyegetés, amelyeket dichotóm módon értékelnek (0 – nincs jelen, 1 – jelen van). A heteroagresszív viselkedés kockázata az összpontszám alapján megbízhatóan megjósolható a következő 24 órára: 0 alacsony vagy elhanyagolható, 1-3 közepes és 4 vagy magasabb az agresszív magas kockázatát jelzi. A 6-tól 7-ig terjedő pontszámok a heteroagresszív rendkívül nagy valószínűségét becsülik, amely korlátozó intézkedések megelőző alkalmazásának szükségességét jelzi.

A DASA-IV két magyar fordítását egymástól függetlenül készítette el Gazdag Gábor és Barabás Lajos. Ezután a két magyar változatból a szerzők konszenzusa alapján készült el a végleges fordítás, amit Soós Alexandra visszafordított angolra. Ezt a verziót egy magyarul és angolul is anyanyelvi szinten

beszélő szakember bevonásával összehasonlítottuk az eredeti kérdőívvel, és kidolgoztuk a végleges magyar változatot.

Az eredeti DASA-IV felvétele mellett a fizikai agresszió két formáját is értékelték az ápolók a nap folyamán, hasonlóan a DASA-IV többi tételéhez. A fenyegető fizikai agressziót a következő viselkedések jelenléte alapján ítélték meg: a beteg fizikailag fenyegetően cselekedett, azaz sértő gesztust vagy megfélemlítő mozdulatot tett, vagy ilyen testtartást vett fel. A tényleges fizikai agresszió előfordulását az ápolószemélyzet a következő viselkedések megjelenése alapján értékelte: a beteg másra támadt (lökdösődött, karmolt, ütött, harapott, haját húzott stb.).

A DASA-IV értékelése

A DASA-IV napi pontszámát a nappali és az éjszakai pontszámok átlagából számítottuk ki. A kumulált DASA-IV pontszámot a napi pontszámok összege adta, amit a kezelés napjainak számával elosztva napi átlagpontszámot számoltunk (erre azért volt szükség, mivel voltak betegek, akik 7 napnál hamarabb elbocsátásra kerültek).

A betegek diagnosztikus besorolása

Retrospektív vizsgálatunkban a betegek fődiagnózisát rögzítettük. Azokban az esetekben, ahol a tüneti kép alapján a fődiagnózis és a kísérő betegség(ek) helyes sorrendjével kapcsolatban kétség merült fel, a szerzők közül Gazdag Gábor és Girasek Hunor konszenzusos döntése alapján rögzítettük a diagnózist a kórlapban szereplő pszichopatológiai leírás és a kórtörténet alapján. A BNO-10 diagnózis alapján a betegeket a következő csoportokba soroltuk: (1) szerhasználati zavarok; (2) szkizofrénia (beleértve a szkizofrénia összes altípusát); (3) paranoid kórképek (beleértve az organikus paranoid zavart és a tartós paranoid zavarokat); (4) akut és

átmeneti pszichotikus zavarok; (5) szkizoaffektív zavar; (6) bipoláris zavar; (7) depresszió (beleértve a depressziós epizódot és a rekurrens depressziót); (8) személyiségzavarok; (9) mentális retardáció; (10) demenciák; (11) alkalmazkodási zavar. A paranoid kórképek összevonásra kerültek, mivel hasonló agressziós mintát mutattak, és külön-külön a kis elemszám miatt statisztikai elemzésre nem voltak alkalmasak.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzéshez az IBM SPSS 28-as verziójú szoftvercsomagot (IBM, Armonk, NY) használtuk. A leíró adatokat normál eloszlás esetén átlaggal és standard deviációval, normáltól eltérő eloszlásnál pedig mediánnal adtuk meg. Spearman-féle korrelációs elemzést használtunk az életkor és az agresszió szintjének vizsgálatára. Tekintettel az adatok nem normál eloszlására, nem-paraméteres Mann-Whitney U tesztet végeztünk a férfiak és nők közötti agresszió szintjének összehasonlítására. Lineáris regressziót alkalmaztunk a felvételt követő első műszak DASA-IV-pontszáma és a DASA-IV-átlagpontszám, valamint a fizikai agresszióval fenyegetés és a DASA-IV-pontszám, és a tényleges fizikai agresszió és a DASA-IV-pontszám közötti kapcsolat elemzésére. Ordinalis regressziós vizsgálatot végeztünk annak vizsgálatára, hogy a diagnózis összefügg-e az agresszió mértékével. A DASA-IV pontszámok változását az egyes diagnosztikus csoportokban nem-paraméteres Friedman-féle kétirányú próbával vizsgáltuk. A szignifikancia szintjét 0,05-nek vettük a kétoldali próbákban.

EREDMÉNYEK

Az elemzésben összesen 290 beteg, 137 nő (47,2%) és 153 férfi (52,8%) adatait dolgoztuk fel. A diagnosztikus csoportok nemi megoszlását az 1. táblázat mutatja be.

Diagnosztikus csoportok	Férfi	Nő	Összesen
Szerhasználati zavarok	22 (81.5%)	5 (18.5%)	27 (9.3%)
Szkizofrénia	31 (66%)	16 (34%)	47 (16.2%)
Paranoid kórképek	3 (30%)	7 (70%)	10 (3.4%)
Akut és átmeneti pszichotikus zavarok	25 (49%)	26 (51%)	51 (17.6%)
Szkizoaffektív zavar	12 (46.2%)	14 (53.8%)	26 (9%)
Bipoláris zavar	5 (31.3%)	11 (68.8%)	16 (5.5%)
Depresszió	12 (42.9%)	16 (57.1%)	28 (9.7%)
Személyiségzavarok	8 (44.4%)	10 (55.6%)	18 (6.2%)
Mentális retardáció	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (2.4%)
Demenciák	7 (38.9%)	11 (61.1%)	18 (6.2%)
Alkalmazkodási zavar	23 (54.8%)	19 (45.2%)	42 (14.5%)
Teljes minta	153 (52.8%)	137 (47.2%)	290 (100%)

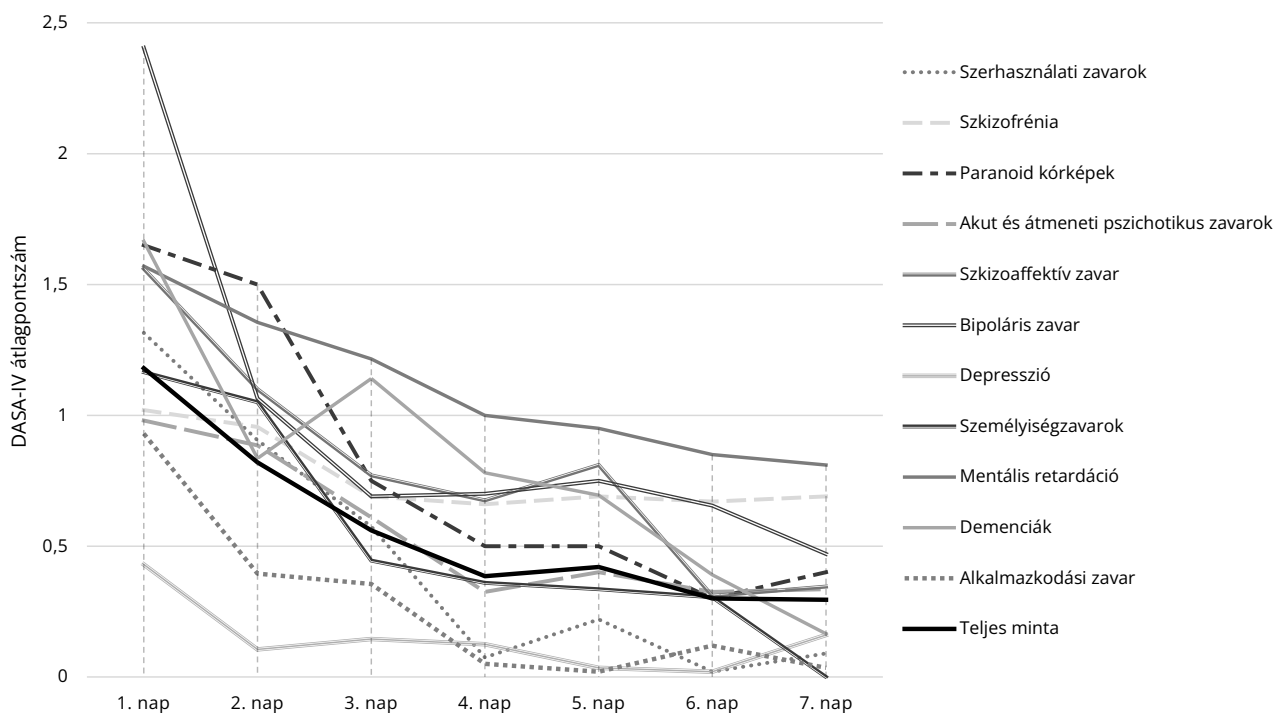
1. táblázat
A diagnosztikus csoportok nemek szerinti eloszlása (forrás: saját szerkesztés)

A teljes minta átlagéletkora 46,9 (SD=17,5) év volt. Az életkor és a DASA-IV átlagpontszám nem mutatott összefüggést ($r=-0,73$; $p=0,259$). A betegek 40%-a (N=116) egyáltalán nem mutatott heteroagresszív viselkedést. A heteroagresszív viselkedést mutató betegek körében a férfiak (medián=0,883) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el ($U=2903,5$; $p=0,008$), mint a nők (medián=0,586). A teljes mintában 165 (56,9%) beteg mérsékelt, 8 (2,7%) magas és 1 (0,3%) rendkívül magas szintű heteroagressziót mutatott. A felvételtől észlelt heteroagresszió mértékét és a heteroagresszió változását a különböző diagnosztikai csoportokban az 1., illetve a 2. ábra mutatja.

A felvételt követő első 12 órában megfigyelt heteroagresszió szintje szignifikánsan korrelált a teljes megfigyelési időszak alatt észlelt heteroagresszió mértékével ($\beta=0,25$; $p<0,001$). A diagnosztikus csoportba tartozás szignifikáns összefüggést mutatott a heteroagresszív viselkedés előfordulásával ($\chi^2(10, N=290)=20,286$, $p=0,027$), de nem a heteroagresszív viselkedés mértékével ($\chi^2(10, N=174)=12,557$, $p=0,25$). A fizikai fenyegetés ($R^2=0,314$; $F(1, 288)=131,54$, $p<0,001$) és a tényleges fizikai agresszió ($R^2=0,167$; $F(1, 288)=57,682$, $p<0,001$) is szignifikáns összefüggést mutatott az osztályos felvételtől talált DASA-IV átlagpontszámmal. A tényleges fizikai agresszió előre jelezte a teljes megfigyelési időszak alatti magasabb DASA-IV pontszámot ($p<0,001$). Huszonhat (9%) beteg mutatott tényleges fizikai agressziót a személyzet tagjai és/vagy más beteg(ek) ellen. A diagnosztikai csoportok szerinti bontásban tényleges fizikai agresszió

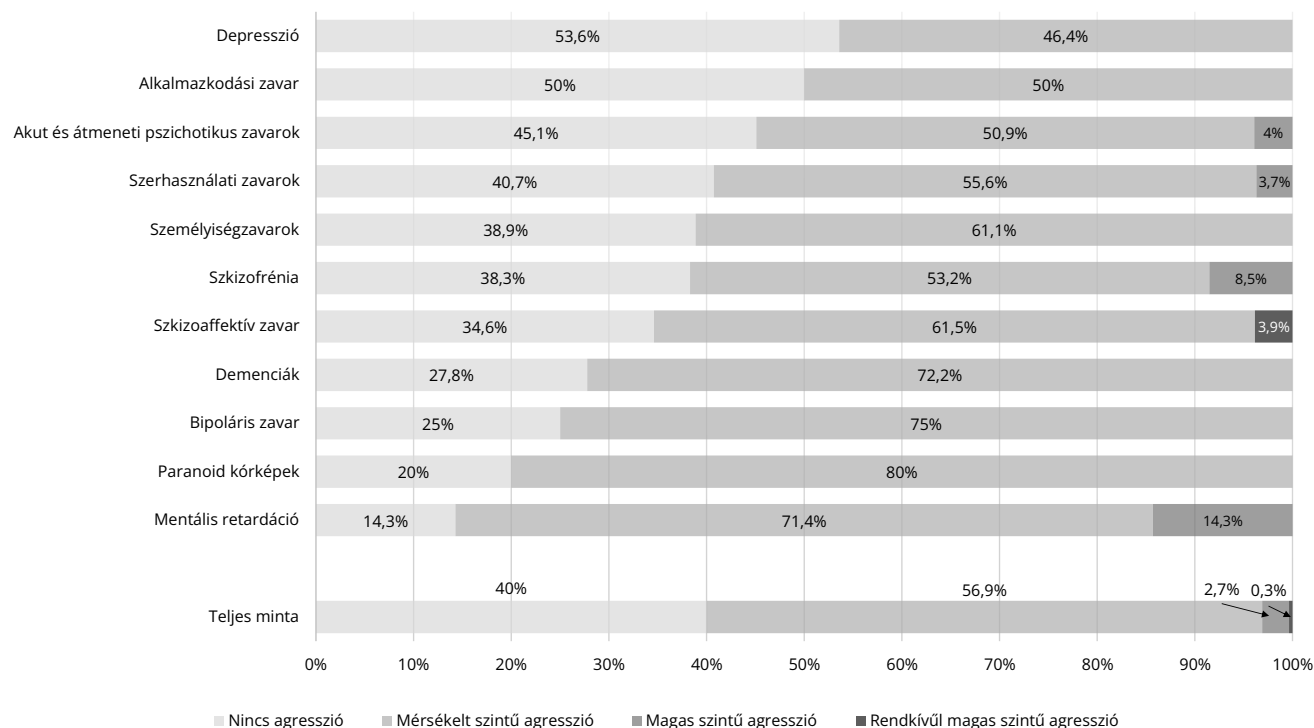
fordult elő a paranoid zavarokban szenvedő betegek 30%-ánál (N=3), az értelmi fogyatékos betegek 28,6%-ánál (N=2), a bipoláris betegek 25%-ánál (N=4), a demens betegek 22,2%-ánál (N=4), a szkizofrén betegek 8,5%-ánál (N=4), az akut és átmeneti pszichotikus betegek 7,8%-ánál (N=4), a szkizoaffektív betegek 7,7%-ánál (N=2), a szerhasználati zavarokkal küzdő betegek 3,7%-ánál (N=1), a depressziós betegek 3,6%-ánál (N=1) és az alkalmazkodási zavarban szenvedő betegek 2,4%-ánál (N=1). Egyetlen személyiségzavarral diagnosztizált beteg sem mutatott tényleges fizikai agressziót a vizsgált mintában.

A felvétel napján tapasztalt heteroagresszív viselkedéshez képest a DASA-IV pontszám szignifikánsan csökkent az alkalmazkodási zavarban szenvedő betegeknél ($\chi^2=1,33$, $p=0,046$) a második napra, a szerhasználati zavarral diagnosztizált betegeknél ($\chi^2=1,688$, $p=0,027$), az akut és átmeneti pszichotikus zavarban szenvedő betegeknél ($\chi^2=1,250$, $p=0,03$), a szkizoaffektív betegeknél ($\chi^2=1,706$, $p=0,021$), személyiségzavarral diagnosztizált betegeknél ($\chi^2=2$, $p=0,03$) és a bipoláris zavarban szenvedő betegeknél ($\chi^2=2,125$, $p=0,016$) a harmadik napra. A DASA-IV pontszámok szignifikánsan csökkentek szkizofrén betegeknél ($\chi^2=1,241$, $p=0,029$) és paranoid kórképekben ($\chi^2=1892$, $p=0,05$) a negyedik napra; a depressziós betegekben ($\chi^2=1,654$, $p=0,05$) az ötödik napra; a demens betegek csoportjában ($\chi^2=2,654$, $p=0,002$) a hatodik napra. Nem volt szignifikáns csökkenés a DASA-IV pontszámokban az értelmi fogyatékos betegeknél a 7 napos megfigyelési időszak alatt.



1. ábra

A heteroagresszió alakulása a kezelés első hét napjában a különböző diagnosztikus csoportokban (forrás: saját szerkesztés)



2. ábra
A heteroagresszió mértéke a különböző diagnosztikus csoportokban (forrás: saját szerkesztés)

MEGBESZÉLÉS

A heteroagresszív viselkedést gyakran említik az akut pszichiátriai osztályra való felvétel indokaként [1,2]. Ezekben az esetekben a heteroagresszív viselkedés gyakran megfigyelhető az akut pszichiátriai osztályos felvételt követő első napokban is [34]. Jelen vizsgálat szerint is az akut felvételre került betegek 60%-a mutatott valamilyen szintű heteroagresszív viselkedést közvetlenül az osztályra kerülése után, ami magasabb az irodalomban közölt 8-44%-os aránynál [3]. Tényleges fizikai agresszió a betegek 9%-ában fordult elő, ami több mint kétszerese egy Franciaországban végzett friss felmérésben talált 4,4%-os arálynak [36]. Az eltéréseket magyarázhatja a vizsgálatok eltérő módszertana, de a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház vonzáskörzetében élő lakosságnak az alacsonyabb szocioökonómiai státusza, a felvett betegek között az addikciók magas előfordulási aránya is.

A jelen vizsgálatban a heteroagresszív viselkedés nagyrészt verbális agresszióra és fenyegetésekre korlátozódott. A heteroagresszív viselkedésű betegek 94,8%-a mérsékelt agressziót mutatott, míg a magas (4,6%) és rendkívül magas (0,6%) heteroagresszív magatartást tanúsító betegek száma elenyésző volt. Megegyezően a korábbi eredményekkel a heteroagresszív viselkedés gyakoribb volt a férfiak között [3]. A diagnosztikus csoportokat összehasonlítva leggyakrabban a paranoid zavarokban szenvedő betegek és az értelmi fogyatékos betegek mutattak tényleges fizikai agressziót, összhangban az irodalmi adatokkal [20].

A heteroagresszív viselkedés felvételt követő első napon tapasztalt magasabb szintjének szignifikáns összefüggése a

kezelés első hetében talált heteroagresszív viselkedés mértékével alátámasztja a DASA-IV pontszám predikciós értékét [33]. A diagnosztikus csoportba tartozásnak is prediktív értéke mutatkozott az eredmények alapján a heteroagresszív viselkedés vonatkozásában. Összhangban az irodalmi adatokkal [10,13,14,19], az értelmi fogyatékos, a paranoid zavarok és a bipoláris zavar jelentették a legnagyobb kockázatot a heteroagresszív viselkedésre, míg a depressziós betegeknél alacsony kockázata mutatkozott, hogy bármilyen heteroagresszív viselkedést tanúsítanak.

A felvételt követő első napon megjelenő fizikai fenyegetés és a tényleges fizikai agresszió előre jelezte a heteroagresszív viselkedés mértékét a kezelés teljes első hetében. Ennek alapján a fizikai fenyegetés és a tényleges fizikai agresszió az agresszió becslésének kiemelkedő dinamikus változója lehet [33]. Vizsgálatunkban a tényleges fizikai agressziót leggyakrabban a paranoid zavarban szenvedő betegek csoportjában találtuk, szemben Pompili és mtsai. [2] eredményével, akik fizikai agressziót leggyakrabban a szizofrénia spektrum zavarban és bipoláris zavarban szenvedő betegek körében írtak le.

A heteroagresszív viselkedés fennállásának hosszára vonatkozó eredmények szerint az alkalmazkodási zavarban szenvedő betegeknél már a felvételt követő napon jelentősen csökkent a heteroagresszív viselkedés, míg más kórképekben csak három-négy napos kezelés után mutatkozott szignifikáns csökkenés. Az értelmi fogyatékos betegeknél – a kezelés ellenére – csak minimális csökkenést mutatott a heteroagresszív viselkedés mértéke a kezelés első hetében (1. ábra).

A 2024. január 1-től az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet keretében megnyílt Emelt Biztonságú Pszichiátriai Egységet az agresszív viselkedés szempontjából fokozott kockázatú betegek ellátási igényeinek megfelelően alakították ki és hozták létre. Mind a környezet kialakításában, mind a személyzet létszámának és képzettségének meghatározásában az agresszív magatartás megelőzése, kivédése volt az elsődleges szempont [9]. Vizsgálatunk adatgyűjtésének idején az Emelt Biztonságú Egység még nem működött, így beteg oda nem került áthelyezésre. Ugyanakkor felmérésünk eredményei alapján az akut felvétel időpontjában a bipoláris zavarban szenvedő betegek mutatták a legmagasabb szintű agresszív viselkedést, ami ugyanakkor a kezelés harmadik napjára – több más kórképhez hasonlóan – jelentősen csökkent. Mivel az Emelt Biztonságú Egységbe csak előzetes telefonos megbeszélés, a beutalási adatlap kitöltése és pozitív elbírálása, majd az áthelyezés időpontjának egyeztetése után kerülhet áthelyezésre beteg, ennek a folyamatnak az ideje alatt – megfelelő kezelés mellett – a heteroagresszív magatartás nagy valószínűséggel megszűnik és végül az áthelyezés oka fogyottá válik. A mentális retardációhoz társulóan heteroagresszív viselkedést mutató betegeknél ugyanakkor a már a felvételkor jelenlévő magasabb szintű agresszív viselkedést az első hét során a kezeléssel csak minimális mértékben sikerült csökkenteni. Ilyen diagnózisú beteget ugyanakkor az Emelt Biztonságú Egység csak egyedi elbírálás alapján fogad.

Az eredmények értékelésénél a következő korlátokat kell figyelembe venni: a vizsgálat 5 hónap adatait felölelő retrospektív adatgyűjtésen alapul. Az adatgyűjtést a COVID-19 járvány kitörése miatt meg kellett szakítani. A legtöbb diagnosztikus csoport kis elemszámmal szerepelt a mintában. A heteroagresszív viselkedés felmérésére a könnyű alkalmazhatóság érdekében csak egy mérőeszköz került bevezetésre. A DASA-IV-et a napi rutinmunka részeként, műszakonként egyetlen ápoló töltötte ki, ami szubjektív torzítást eredményezhetett. Az értékelő megbízhatóságának vizsgálatára

nem volt módunk. A felvétel előtti kábítószer-használatot, valamint az első hét során alkalmazott gyógyszeres kezelést nem vizsgáltuk. A gyógyszeres kezelések a szakmai protokollok és az osztályos eljárásrendek szerint történtek. Az előzményben szereplő agresszív viselkedést és az agresszív viselkedést befolyásoló pszichoszociális tényezőket szintén nem vizsgáltuk.

KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálatunkban a heteroagresszív viselkedés különböző formáinak viszonylag magas arányát találtuk akut felvételre került pszichiátriai betegek között. A tényleges fizikai agresszió ritka volt, és leginkább a paranoid zavarokban szenvedő betegekre, illetve az értelmi fogyatékos betegekre volt jellemző. A közvetlenül a felvétel után megfigyelt heteroagresszív viselkedés előrevetítette a heteroagresszív viselkedés előfordulását a kórházi kezelés következő hetében. A felvételt követően a bipoláris betegek között volt a legmagasabb a DASA-IV pontszáma. A betegek többségénél – megfelelő kezelés mellett – 3-4 nap alatt jelentősen csökkent a heteroagresszív viselkedést jelző pontszám, csak a mentális retardációval diagnosztizált betegeknél nem változott jelentősen. Emelt Biztonságú Egységben történő kezelésre eredményeink alapján a betegek többsége csak a kezelés első néhány napjában szorul, kivéve a mentális retardációval diagnosztizáltakat.

Érdekeltségek

A szerzők kijelentik, hogy a kézirat benyújtását megelőző 3 évet érintően nem volt a cikk megírására hatással lévő pénzügyi, személyes vagy egyéb érdekelttségük.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az akut osztály ápolóinak és dr. Gombos Marcellnek a felmérés lebonyolításában nyújtott segítségéért, valamint prof. Ungvári Gábornak a DASA-IV magyar fordításában való közreműködéséért.

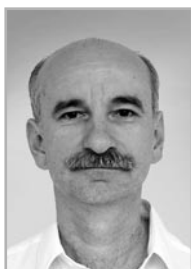
IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Cutcliffe JR, Riahi S: Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: towards a more comprehensive understanding and conceptualization: part 1. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 558-567. <https://doi.org/10.1111/inm.12029>
- [2] Pompili E, Carlone C, Silvestrini C, Nicolò G: Focus on aggressive behaviour in mental illness. *Riv Psichiatri* 2017; 52: 175-179. <https://doi.org/10.1708/2801.28344>
- [3] Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L: A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 255-268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- [4] Li Q, Zhong S, Zhou J, Wang X: Delusion, excitement, violence, and suicide history are risk factors for aggressive behavior in general inpatients with serious mental illnesses: a multicenter study in China. *Psychiatry Res* 2019; 272: 130-134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.071>
- [5] Girasek H, Nagy VA, Fekete S, Ungvari GS, Gazdag G: Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *W J Psychiatry* 2022; 12: 1-23. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.1>
- [6] Woods P, Ashley C: Violence and aggression: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 652-660. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01149.x>

- [7] Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F: Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res* 2011; 189: 10-20.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
- [8] https://hvg.hu/itthon/20110125_pszichiatrai_osztaly_agressziv_betegek (megnyitva: 2024. 02. 17-én)
- [9] https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/letrejott_az_emelt_biztonsagi_pszichiatria (megnyitva: 2024. 02. 17-én)
- [10] Yu X, Correll CU, Xiang YT et al.: Efficacy of atypical antipsychotics in the management of acute agitation and aggression in hospitalized patients with schizophrenia or bipolar disorder: results from a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry* 2016; 28: 241-252.
<https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216072>
- [11] Perlini C, Bellani M, Besteher B et al.: The neural basis of hostility-related dimensions in schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 546-551.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000525>
- [12] Nolan KA, Volavka J, Czobor P et al.: Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 2005; 39: 109-115.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.04.010>
- [13] González-Ortega I, Mosquera F, Echeburúa E, González-Pinto A: Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *Eur J Psychiatry* 2010; 24: 70-77.
<https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000200002>
- [14] Soyka M, Schmidt P: Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. *J Forensic Sci* 2011; 56: 450-452.
<https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01664.x>
- [15] Large MM, Nielssen O: Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2011; 125: 209-220.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026>
- [16] Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S et al.: A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the First Episode of Psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 413-421.
<https://doi.org/10.1111/acps.12113>
- [17] Markiewicz I, Pilszyk A, Kudlak G: Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *Int J Law Psychiatry* 2020; 72: 101612.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101612>
- [18] Lahera G, Herrera S, Reinares M et al.: Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131: 472-482. <https://doi.org/10.1111/acps.12399>
- [19] Junginger J, McGuire L: The paradox of command hallucinations. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 385-385.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.385>
- [20] Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y et al.: Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 652-661.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x>
- [21] Eustace A, Kidd N, Greene E et al.: Verbal aggression in Alzheimer's disease. Clinical, functional and neuropsychological correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 858-861. <https://doi.org/10.1002/gps.410>
- [22] McClintock K, Hall S, Oliver C: Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47: 405-416.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x>
- [23] Yu R, Topiwala A, Jacoby R, Fazel S: Aggressive behaviors in Alzheimer disease and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2019; 27: 290-300.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.008>
- [24] Hoaken PN, Hamill VL, Ross EH et al.: Drug use and abuse and human aggressive behavior. In: Verster JC, Brady K, Galanter M, Conrod P (eds). *Drug abuse and addiction in medical illness*. New York: Springer; 2012. p. 467-477.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3375-0_38
- [25] Tomlinson MF, Brown M, Hoaken PN: Recreational drug use and human aggressive behavior: A comprehensive review since 2003. *Aggress Violent Behav* 2016; 27: 9-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.004>
- [26] Hoaken PN, Stewart SH: Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav* 2003; 28: 1533-1554. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.033>
- [27] Lobbestael J, Cima M, Lemmens A: The relationship between personality disorder traits and reactive versus proactive motivation for aggression. *Psychiatry Res* 2015; 229: 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.052>
- [28] Genovese T, Dalrymple K, Chelminski I, Zimmerman M: Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 2017; 73: 23-30.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.10.008>
- [29] Mancke F, Herpertz SC, Bertsch K: Correlates of aggression in personality disorders: an update. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20: 1-14.
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0929-4>
- [30] Dunne AL, Gilbert F, Daffern M: Elucidating the relationship between personality disorder traits and aggression using the new DSM-5 dimensional-categorical model for personality disorder. *Psychol Violence* 2018; 8: 615-629.
<https://doi.org/10.1037/vio0000144>
- [31] Ogloff JRP, Daffern M: The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006; 24: 799-813. <https://doi.org/10.1002/bsl.741>
- [32] Chu CM, Thomas SDM, Daffern M, Ogloff JRP: Should clinicians use average or peak scores on a dynamic risk-assessment measure to most accurately predict inpatient aggression? *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 493-499.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00846.x>
- [33] Nqwaku M, Draycott S, Aldridge-Waddon L et al.: Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27: 1661-1672. <https://doi.org/10.1111/inm.12464>

- [34] Mosele PHC, Figueira GC, Bertuol Filho AA et al.: Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psy Res* 2018; 265: 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.031>
- [35] Rüesch P, Miserez B, Hell D: A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified?. *Der Nervenarzt* 2003; 74: 259-265. <https://doi.org/10.1007/s00115-003-1475-8>
- [36] Camus D, Gholam M, Conus P et al.: Individual and contextual factors associated with violent behaviours during psychiatric hospitalizations. *Encephale* 2022; 48: 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.02.010>
- [37] LePage JP, McGhee M, Aboraya A et al: Evaluating risk factors for violence at the inpatient unit level: combining young adult patients and those with mental retardation. *Appl Nurs Res* 2005; 18: 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.07.004>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Gazdag Gábor 1993-ban szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1998-ban pszichiátriából, majd pszichoterápiából, addiktológiából, geriátriából, egészségbiztosításból, végül orvosi rehabilitációból pszichiátria területén szerzett szakképesítést. 1999-től a Szent László Kórház Addiktológiai és Pszichiátriai Ambulanciájának vezetője, 2008-tól 2010-ig a Jahn Ferenc Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályának,

2013-tól 2015-ig az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának vezetője. Az elektrokonvulzív kezelés témakörében írt PhD-értekezését 2005-ben védte meg. 2007-ben a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen menedzsment szakirányú MBA diplomát szerzett. 2017-ben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2017-től a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának a vezetője. 2020-ban címzetes egyetemi tanári címet kapott a Semmelweis Egyetemen. Érdeklődési területe a pszichiátria finanszírozási, betegbiztonsági és humánerőforrás-problémái.



Girasek Hunor 2018-ban okleveles pszichológusként végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karán. 2023-ban felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakvizsgát tett. 2019 óta a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán dolgozik. Érdeklődési területe a pszichiátriai betegek pszichodiagnosztikája, pszichoterápiás ellátása és a klinikai kutatások.

2013-tól 2015-ig az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának vezetője. Az elektrokonvulzív kezelés témakörében írt PhD-értekezését 2005-ben védte meg. 2007-ben a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen menedzsment szakirányú MBA diplomát szerzett. 2017-ben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2017-től a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának a vezetője. 2020-ban címzetes egyetemi tanári címet kapott a Semmelweis Egyetemen. Érdeklődési területe a pszichiátria finanszírozási, betegbiztonsági és humánerőforrás-problémái.



Soós Alexandra 2018-ban oklevéles pszichológusként végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetemen, majd 2023-ban klinikai szakpszichológus képesítést szerzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2019-től dolgozik egészségügyi ellátásban: 2020-

ig az Uzsoki Utcai Kórház Onkosebészeti Osztályán látta el daganatos betegek pszichés támogatását, 2020 óta pedig a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán dolgozik. Érdeklődési területe a pszichodiagnosztika és a pszichotikus kórképpel élő betegek rehabilitációja és pszichoterápiája.



Barabás Lajos egészségügyi pályafutását 1997-ben kezdte a Pándy Kálmán Kórház pszichiátriai osztályának férfi részlegén mint szakápoló. 1998-tól a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai osztályának rehabilitációs részlegén szakápoló, majd 2004-től a Szolnoki Kórház I. Pszichiátriai osztályára került szakápolóként. 2005-ben intenzív terápiás szakápoló, 2007-ben diplomás ápoló végzettséget szerzett és szolnoki munkája mellett elkezdett dolgozni az Országos

Idegstudományi Intézet idegsebészeti Intenzív osztályán oktató, részlegvezető ápolóként. 2014-ben a szegedi JGYPK-n Egészségfejlesztő Mentálhigiénikus mester oklevelet szerzett. 2014-től a Jahn Ferenc Kórház Pszichiátriai osztály, majd Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum vezető főápolója. 2019-ben a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán MSc APN (kiterjesztett hatáskörű mesterápoló) oklevelet szerzett. Érdeklődési köre: a pszichiátriai osztályos szakdolgozók problémái, burn out, beteg- és szakdolgozói biztonság a fokozott obszervációs részlegeken, ápolásfejlesztés.