

A BIPOLÁRIS AFFEKTÍV ZAVAR

Ismeretei az egyetemisták körében

Pszichológiai munka

Mentor:

Erdős Kavecsan Györgyi

Kollégista: Dabić Viktorija

Orvostudományi egyetem

Speciális edukáció és rehabilitáció

3. évfolyam

2024. Október, Újvidék

Tartalomjegyzék

I. Elméleti rész	3
1. Bevezetés	3
2. A bipoláris affektív zavar genetikai és környezeti meghatározottsága	4
2.1 Genetikai és biológiai faktorok	4
2.2 Környezeti hatások	4
3. Életkori sajátosságok	5
4. A kezelés életkorspecifikus jellemzői és a prognózis	6
5. Kognitív tünetek	6
5.1 A gyermek és serdülőkori bipoláris affektív zavar (BAZ) kognitív tünetei	6
5.2 A felnőttkori BAZ kognitív tünetei	7
5.3 Az időskori BAZ kognitív tünetei	8
5.4 A BAZ kognitív tüneteinek sajátosságai	8
5.5 A BAZ és a szkizofrénia kognitív tüneteinek összehasonlítása	8
6. A pszichoterápia lehetőségei bipoláris zavarokban	9
6.1 Egyéni és csoportos pszichoedukáció	9
6.2 Egyéni és csoportos kognitív terápia (CT) és kognitív viselkedésterápia (CBT)	9
6.3 Családterápiás módszerek	9
6.4 Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT)	10
6.5 „Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” módszere (Think Effectively About Mood Swings – TEAMS)	10
6.6 A Képeken Alapuló Érzelékszabályozás módszere (Imagery Based Emotion Regulation – IBER)	11
7. A bipoláris affektív zavarra alkalmazott gyógyszeres kezelések	11
II. Kutatás	12
2.1. Célkitűzés és a hipotézis felállítása	12
2.2 Módszerek	12
2.2.1. Célcsoport	12
2.2.2. Alkalmazott mérőeszközök	13
2.2.3. Kutatási eljárás	13
2.2.4. Az adatok feldolgozása	14
2.3. Eredmények	14
III. Megbeszélés	16
3.1. Következtetés levonása	16
3.2. A kutatási korlátok	19
3.2. Hova tovább a kutatással?	19
IV. Összefoglalás	20
Irodalomjegyzék	22

I. Elméleti rész

1. Bevezetés

A bipoláris affektív zavar a krónikus betegségek közé sorolható, melynél általában pszihoszociális deficit valamint funkcióromlás észlelhető, a betegség emelkedett mortalitással is járhat. A betegség diagnosztizálása, a pontos kórkép felismerése gyakran hosszabb ideig eltarthat, mely következménye a késői kezelés megkezdése. A bipoláris zavar kezelésében elsősorban a gyógyszeres kezelés használandó, viszont egyre több bipoláriszavar-specifikus pszichoterápiás és pszihoszociális kezelést alkalmaznak napjainkban a gyógyszeres kezelés mellett. A pszichoterápiás kezelések alkalmazása számos esetben javítja a betegek hosszú távú működését. [1]

A bipoláris affektív zavar diagnózisához legalább egy mániás vagy hipomániás epizód megléte szükséges, bipoláris II-es típusú zavar esetén legalább egy major depresszív epizód mellett, melyek a hangulati élet és az aktivitás változásával járnak. Mánia vagy hipománia esetén hangulati emelkedés, energianövekedés, aktivitásfokozódás tapasztalható; depressziós epizódban hangulati esés, energiacsökkenés, az aktivitás elszegényedése mutatkozik. [2]

A bipoláris zavar prevalenciája 3 % körüli, viszont folyamatosan emelkedik, elsősorban annak következtében, hogy a gyermekkorban megnövekedett az esetek száma. A bipoláris affektív zavar II-es típus gyakrabban fordul elő nőknél, mint férfiaknál, ezen kívül nőknél gyorsabbak a hangulatváltozások és a kevert epizódok is gyakoribbak. A nemi különbségek legjelentősebb oka a gyermekszülés, mivel a gyermekszülés jelentősen megnövelheti a betegség előfordulását, valamint a már beteg nők 25%-nál esély van arra, hogy komoly visszaesést tapasztaljanak a betegségben szülés után. [2]

Egy Szaud-Arábiában végzett kutatás eredményei szerint a válaszadók 81,8%-a már hallott a bipoláris zavarról. Az információ forrásaként az internetet 32,9%-ban, a közösségi médiát 29%-ban, míg rokonokat és barátokat 13,4%-ban, kórházakat vagy klinikákat 8,4%-ban említettek. A bipoláris zavar okairól a résztvevők 42,6%-a örökletes vagy genetikai tényezőkre, 67,5%-a neurofiziológiai vagy neurokémiai egyensúlyhiányra, 26,3%-a anyaghasználatra, 20,3%-a egészségtelen életmódra, 46,6%-a traumatikus eseményekre, míg 16%-a gyenge hitre hivatkozott a zavar kialakulásának okáról. [6]

2. A bipoláris affektív zavar genetikai és környezeti meghatározottsága

A hangulati zavarok kialakulásában, mint amelyekhez a bipoláris zavar is sorolható a genetikai tényezők kulcsszerepet játszanak, emelett akár számos környezeti hatás is növelheti ezen zavarok megjelenését. Ikervizsgálatok során olyan adatokra tettek szert a kutatók, hogy azon embereknél akiknél magas a bipoláris zavar megjelenési faktora különböző agyi területek változásai figyelhetők meg, valamint olyan környezeti faktorok fordulnak elő, mint az alacsony szociális támogatás, valamint a krónikus stresszel járó életesemény. [2]

2.1 Genetikai és biológiai faktorok

Egyes ikerkutatások valamint családkutatások szerint a bipoláris affektív zavarok a gyermekeknél 15-30% esélyben öröklődnek ha az egyik szülő bipoláris zavarban szenved, ha mindkét szülőnél diagnosztizált a betegség az öröklődés száma 50-75% ugrik. [2]

A bipoláris affektív zavar neurobiológiai hátterét azon tények támasztják alá, melyeken a betegeknek az MRI vizsgálat során, olyan idegi strukturális eltéréseket azonosítottak, amelyek specifikusan hangulatzavarokban jellemzőek. Ezek az eltérések jellegzeteségei azt mutatják, hogy a kortikális régiókban, különösképpen a prefrontális, temporális kéregben valamint a cingulumban és az insula területein a szürkeállomány térfogatának csökkenése látható. Az fMRI vizsgálatoknál emocionális ingerekre talált abnormális aktivitást. [2]

2.2 Környezeti hatások

Amikor számításba vesszük a prenatális időszakot akkor arra a megállapításra tehetünk szert, hogy a különböző fertőzések növelhetik a bipoláris affektív zavar kialakulásának kockázatát. Kutatások szerint ezen fertőzések közül a legnagyobb veszélyt az influenza vírus jelenti a bipoláris affektív zavar kialakulásában. [2]

A felmérések arra a megállapításra jutottak a pszichoszociális faktorokat vizsgálva, hogy abban az esetben ha az anya szenved bipoláris affektív zavarban az jobban meghatározza a családi légkört valamint a család működését, ez a faktor kevésbé van jelen ha az apa szenved a betegségben. [2]

A zavar kialakulásában a családi környezeti hatások nagy szerepet játszanak, így ha a gyermek diszfunkcionális családban, vagy olyan családban nő fel ahol a támogatás hiányos a családtagok részéről akkor növekszik a zavar kialakulásának esélye. Egyes kutatások

kimutatták, hogy a gyermekeknél akiknél bipoláris affektív zavar diagnosztizálható a családi körülmények nem megfelelőek, ezen családoknál megtalálható az intenzív érzelmkifejezés, magas a konfliktusok aránya, kevesebb az aktív kikapcsolódás valamint alacsonyabb az intellektuális szint.[2]

A környezeti faktorok közül kifejezett jelentőséggel bír a gyermekkori bántalmazás. Több tanulmány talált összefüggést a bipoláris affektív zavar és a gyermekkori bántalmazás között, ezek a kutatások a kifejezetten arra a tényre mutattak rá, hogy a zavarban szenvedők esetében négyszer gyakoribb a gyermekkori emocionális bántalmazás, mint a kontrollszemélyek csoportjánál. [2]

3. Életkori sajátosságok

Életkorok tekintetében két kiugró időszak van a betegség indulása szempontjából: a 15-24 éves és a 45-54 éves korig terjedő periódus. A kezdeti időszakban a tünetek kevésbé kifejezettek, ezért a betegség pontos indulását nehéz megállapítani, ami ahhoz vezet, hogy a betegség akár hosszú ideig kezeletlen marad. Az életkorspecifikusság szempontjából a betegek heterogén populációba tartoznak, azaz a vezető tünetek más-más életkorban különbözőképpen jelennek meg. [2]

A gyermekkori bipolaritás vezető tünete az irrabilitás, serdülőkorban a megnövekedett energiaszint, depresszió, enyhe mániás tünetek, míg a felnőttek esetében megfigyelhető a felgyorsult beszéd és gondolatrohanás. Gyermek-, serdülőkorban a bipoláris zavar diagnosztizálását megnehezíthetik a gyakori kevert epizódok, a páciensektől kapott kevésbé megbízható önbeszámolók, valamint olyan magatartás formák, melyek a normatív fejlődésben találhatóak, viszont nagyon hasonlítanak a bipoláris zavar tüneteire. Emellett gyakoriak az olyan társuló betegségek, mint a figyelemhiány, hiperaktivitás zavar (ADHD), viselkedési zavarok, valamint szorongási zavarok, melyek szintén megnehezítik a szakemberek dolgát a bipoláris zavar diagnosztizálásához. [2]

Az időskori bipoláris zavarok elsősorban a komorbid betegségek, valamint a terápiás igényeket illetően tér el a fiatalabb életkori csoportoktól. Az időskori bipoláris zavar sajátosságaival kevesebb adat áll a rendelkezésünkre, mint a fiatalkorival kapcsolatban. Időskorban nagyobb valószínűséggel mutatkozik kognitív károsodás, emellett kevésbé veszik igénybe az osztályos és ambuláns pszichiátria ellátást, mint a fiatalabb páciensek, ehelyett

nagyobb arányban kérnek tartos gondozást valamint szociális munkás segítségét. Ezért javasolt figyelemmel lenni az eltérő igényekre és életkori sajátosságokra. [2]

4. A kezelés életkorspecifikus jellemzői és a prognózis

A bipoláris zavar a progresszív betegségek csoportjába sorolható, a lefolyása egyéni különbségeket mutat a pácienseknél. A zavar gyógyítására még nem áll rendelkezésünkre végleges gyógymód, viszont a tünetek csökkenthetőek megfelelő terápiás beavatkozásokkal. Farmakoterápiás szempontból a bipoláris zavarban szenvedő felnőtt pácienseknél hangulatstabilizálókat, azaz más néven fázisprofilaktikumokat használunk, mint például a lítium. Ez a fajta terápia az elsődleges választás mániás állapot esetén, mely hosszútávon csökkenti a depressziós és mániás tüneteket. Azon betegek harmada akik ezt a terápiát rendszeresen szedik életük során tünetmentessé válnak. A pácienseknél megjelenő inszomnia, illetve a mániás időszak egyéb kezelésére a farmakoterápiás kezelés kiegészíthető szorongásoldókkal vagy antipszichotikumokkal. Ami a gyermekeket és a serdülőkori fiatalokat illeti még nem áll rendelkezésünkre elegendő adat a farmakoterápiás kezelés hatékonyságáról valamint biztonságáról ebben a korban. Serdülőkorúaknál a második generációs antipszichotikumok valamint a fázisprofilaktikumok kombinált terápiája használatánál hatékonyságot mutattak ki. [2]

Pszichoterápiás szempontból serdülőknél a korai pszichoedukáció fontosságát hangsúlyozzák. Felnőtt páciensek számára Deckersbach és munkatársai (2010) kognitív rehabilitációs programot állítottak össze, az aktív életmód, valamint a munkahely megőrzése, és így a jobb prognózis kialakítása céljából. Deckersbach és munkatársai a programot három részre tagolják. Az első lépésként a fő cél, hogy a kognitív viselkedésterápiás technikákkal csökkenjenek a depressziós tünetek, második lépésként következik az időgazdálkodás, a tervezés és szervezés javítása a betegeknél, míg a harmadik lépés a figyelem és a memória fejlesztése. [2]

5. Kognitív tünetek

5.1 A gyermek és serdülőkori bipoláris affektív zavar (BAZ) kognitív tünetei

Néhány évvel ezelőtt a klínusok valamint a kutatók a BAZ-t meghatározottan felnőttkori problémának tekintették, ennek következtében a kutatások nem irányultak vagy csak kevés figyelmet kaptak a gyermekek és a serdülőkori fiatalok irányában. Ma már tudjuk, hogy

a BAZ gyermekeknél és serdülőknél úgyszint megtalálható, mint a felnőtteknél csak kisebb arányban. Az utóbbi évek kutatásai (Joseph és mtsai, 2008; meta-analízis/összefoglaló) olyan eredményeket mutattak ki, hogy a gyermek és serdülőkori BAZ-ban szenvedőknél is megtalálhatóak a kognitív deficitiek. A meta-analízis szerint a leginkább észlelhető kognitív deficitiek a következőkben jelentenek a legnagyobb problémát: verbális memória, exekutív funkciók, figyelem, vizuális- és munkamemória valamint vizuo-perceptuális készségek. A fentiekben felsorolt kognitív funkciók mellett a BAZ kisebb mértékben kihathat az olvasásra, írásra, motoros beszédfunkciókra valamint általános intellektuális funkciókra. Amennyiben a gyermekeknél és a serdülőkori fiataloknál rosszabbak a kognitív funkciók vagy azok károsodása nagymértékű az utalhat arra, hogy a BAZ is súlyosabban jelentkezik. Ezen kognitív funkciók valamint a súlyosabb BAZ következményei növelhetik a beilleszkedési, viselkedési, tanulási, szociális problémák rizikóját és azok súlyosságát. Ezen felsorolt tényeket az MRI vizsgálatai is igazolták, miszerint az érzelmek kognitív kontrolljának zavara már a gyermek és serdülőkori BAZ-ban is jelentkezik. [3]

5.2 A felnőttkori BAZ kognitív tünetei

Számos kutatás valamint tanulmány irányult a felnőttkori BAZ kognitív tüneteinek kimutatására. Ahogyan már a gyermekeknél és a serdülőknél megjelenő BAZ formákhoz hasonlóan a felnőtteknél is elsősorban az exekutív működések/funkciók, a verbális tanulás valamint a memória és a figyelemi funkciók tekintetében igazolhatóak a kognitív deficitiek. Az exekutív funkciók működéséhez a klinikusok a következő teszteket használták: Wisconsin kártya teszt, a Trail Making teszt, a Fordított Szám Terjedelem és Kategória Fluencia teszt. Ezek a tesztek a felnőtt BAZ betegeknél perszeveratív típusú hibákat mutattak ki. A különböző vizsgálatok eredményeit összegezve a szakemberek arra a megállapításra jutottak, hogy súlyos teljesítményromlás kimutatható a felnőttkori BAZ-ban amelyek olyan funkciókban tekinthetők meg mint a problémamegoldás, az érvelés, a munkamemória és a figyelem, a verbális és vizuális tanulás valamint az információk feldolgozása. A BAZ depressziós epizódjaiban többfajta kognitív deficitet igazoltak a klinikai vizsgálatok, ezen kognitív deficitekhez tartoznak a verbális és nonverbális, a figyelemi, az exekutív működések, a verbális tanulás és a fluencia teljesítményromlása, az érzelmek feldolgozása valamint a döntéshozatal. A BAZ mániás időszakában kiterjedtebb és súlyosabb kognitív deficitiek fordultak elő, míg a BAZ remissziós időszakában az exekutív funkciók és a memória kombinált zavarai észlelhetőek. [3]

5.3 Az időskori BAZ kognitív tünetei

Az időskori BAZ sokáig alig volt felismert valamint kutatott terület. Ma már a kezelések bővülésével a betegeknek lehetősége van a jobb életkilátásra, azaz a kezeléseknak hála a BAZ betegek életkilátása javult és így egyre több beteg éri meg a 60 év feletti kort. Az időskori kognitív tünetek és deficitik gyakoriságát illetően kevés kutatás áll rendelkezésre. Ezen hiányosság miatt eléggé szélsőséges adatok kerültek publikálásra, amelyek szélsőséges kognitív deficitekre és tünetekre mutatnak rá. [3]

5.4 A BAZ kognitív tüneteinek sajátosságai

A BAZ kognitív tüneteire jellemző, hogy függnék a beteg állapotától, azaz az intenzitásuk erős összefüggésben van a betegség stádiumával, amely azt jelenti hogy máshogyan jelentkeznek a mániás és depressziós epizódok alkalmával. Fontos szempont, hogy a BAZ-ban előforduló kognitív tünetek összefüggésben vannak még az alkalmazott terápiáktól. A megfelelő terápiás kezelések javíthatnak a kognitív tüneteken. További fontos szempont, hogy a BAZ betegek farmakoterápiája is befolyásolhatja, módosíthatja a megjelenő kognitív tüneteket. [3]

5.5 A BAZ és a szkizofrénia kognitív tüneteinek összehasonlítása

Számos megfigyelés bizonyítja, hogy a BAZ és a szkizofrénia több hasonló tünettani, neurobiológiai, neuropatológiai és neurogenetikai kapcsolat észlelhető. Ha az idegi fejlődést vesszük figyelembe akkor mindkét betegségénél gyakran előfordulnak pre- és posztnatális komplikációk, fejlődési motoros, kognitív és nyelvi problémák.[3]

Bár észrevehető, hogy a kognitív tünetek több szempontból hasonlítanak a két betegségben mégis sok különbség is van köztük. A kognitív tünetek deficitje a szkizofréniában különösen a korai kezdetű esetekben mutatható ki, míg a BAZ-ban a gyermekkori formákban. A BAZ-ra a következő deficitik a jellemzők: az érzelmek feldolgozásának zavara, a figyelem és exekutív működési problémák, verbális problémák. A szkizofréniában pedig a munkamemória, az exekutív működés, a finom motorikus képességek diszfunkciója jelenik meg a kognitív deficitikből. Összeségében arra a megfigyelésre jutottak a vizsgálatok által, hogy a szkizofréniás betegeknél a kognitív deficitik generalizáltabbak, stabilabbak valamint kevésbé függnék a betegség stádiumától, mint a BAZ kognitív tünetei. [3]

6. A pszichoterápia lehetőségei bipoláris zavarokban

6.1 Egyéni és csoportos pszichoeducáció

A bipoláris zavarral élők esetében fontos a folyamatos pszichoeducáció már az első epizódtól kezdve. A pszichoeducáció fókuszában elsősorban az áll, hogy a betegek megismerkedjenek a saját betegségükkel, majd később egyéni visszaesési megelőzési terveket dolgozzanak ki, ami javítja a kezeléshez való hozzáállásukat, ezáltal hosszabb ideig tudnak kompenzált állapotban maradni. [1]

„Colom és Vieta (2006) 21 ülésből álló csoportos pszichoeducációs módszert dolgozott ki bipoláris affektív zavarra, melyben az egyéni pszichoeducációhoz hasonlóan a betegség tüneteire, osztályozására, prognózisára, a gyógyszeres kezelésre, adherenciára, a szerekekkel való visszaélés elkerülésére, az új epizódok felismerésére és megelőzésére és a stresszkezelésre helyezték a hangsúlyt. Különböző vizsgálatokban beszámoltak róla, hogy ez a pszichoeducációs módszer a rutinszerű betegellátással szemben rövidebb kórházi kezeléseket, hosszabb remissziókat és jobb együttműködést eredményezett a betegek körében (Colom, et al., 2003; Colom et al., 2009; Candini et al., 2013).” [1]

6.2 Egyéni és csoportos kognitív terápia (CT) és kognitív viselkedésterápia (CBT)

A bipoláris zavarok kezelésében a kognitív terápia és viselkedésterápia a depresszió kezelésére kifejlesztett módszerekre támaszkodik. Ezek a készség alapú megközelítések segítik a betegeket felismerni és módosítani a maladaptív gondolatokat. Az egyéni terápia során alkalmazzák a gondolatnaplókat és a tevékenységek ütemezését, míg a csoportos formában pszichoeducációt és kognitív képességek fejlesztését végzik. A kutatások szerint ezek a terápiás módszerek hatékonyak lehetnek a depressziós tünetek és a szorongás csökkentésében, valamint az életminőség javításában. [1]

6.3 Családterápiás módszerek

A pszichiátriai betegségek kezelésében a családokkal való közös munka egyre fontosabb. Szakemberek több családdal is dolgoznak, hogy hatékonyabb és költséghatékonyabb legyen a kezelés. Például Miller és munkatársai közel száz bipoláris beteg esetében vizsgálták a gyógyszeres kezelést kiegészítve egyéni családterápiával vagy többcsaládos pszichoeducációs csoportokkal. Az eredmények szerint a családterápiában részt

vevők kevesebb depressziós epizódot éltek át. Miklowitz és munkatársai egy 21 üléses családfókuszú terápiát fejlesztettek ki, amelyben a beteg és családja részt vesz. Ez a terápia fókuszál a pszichoedukációra, kommunikációs tréningre és problémamegoldó készségek gyakorlására. A vizsgálatok szerint a családfókuszú terápiában részt vevők ritkábban tapasztaltak hangulati epizódokat és kevesebb időt töltöttek depressziós állapotban. Összességében a családterápia több terápiás előnyt és gyorsabb remissziót eredményez, valamint hosszabb védelmet nyújt a kiújulás ellen. [1]

6.4 Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT)

Az Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT) egy adaptált interperszonális pszichoterápiás módszer a bipoláris zavarban szenvedő betegek számára. Az IPSRT célja, hogy fejlessze az interperszonális készségeket és szabályozza a szociális ritmust annak érdekében, hogy javítsa a betegek funkcionalitását és életminőségét. A módszer figyelembe veszi, hogy a bipoláris zavar gyakran társul rossz interperszonális működéssel és alvás-ébrenlét ciklusokban bekövetkező felborulásokkal, melyek maniás epizódokat válthatnak ki. Az IPSRT elvei az interperszonális pszichoterápiára (IPT) épülnek, kombinálva viselkedéses stratégiákkal, amelyek a napi rutin rendszeresítésére irányulnak, és pszichoedukációval, ami a gyógyszeres kezelésre való adherenciára helyezi a hangsúlyt. A módszer célja az affektív tünetek azonosítása és kezelése, a rendszeres napi ritmus fenntartása, az interperszonális konfliktusok kezelése, és az elvesztett egészséges szelf gyászolása és elfogadása. Hatékonysági vizsgálatok kimutatták, hogy az IPSRT segíthet a betegek mindennapi funkcionalitásának javításában, valamint növelheti az epizódmentes időszakok hosszát és rövidítheti a depressziós állapotot a bipoláris betegek körében. [1]

6.5 „Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” módszere (Think Effectively About Mood Swings – TEAMS)

A TEAMS („Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról”) módszer a kognitív viselkedésterápia alapjaira épül, és arra törekszik, hogy növelje a betegek tudatosságát és kontrollját a belső állapotok felett. A módszer kombinálja a kognitív és viselkedéses technikákat metakognitív elemekkel, például az aggodás és rumináció megfigyelésével, és fókuszál a jelen pillanatban zajló tünetek kezelésére. A terápia segíti megküzdni a komorbid betegségekkel és a szubklinikus tünetekkel, és elősegíti az adaptívabb reakciók kialakítását. Egy 82 bipoláris beteg részvételével végzett vizsgálat pozitív eredményeket mutatott: a

betegek javulást tapasztaltak a hangulatingadozások kezelésében, a gondolkodásukban, az érzéseik elfogadásában, valamint a szociális kapcsolataikban.[1]

6.6 A Képeken Alapuló Érzelemszabályozás módszere (Imagery Based Emotion Regulation – IBER)

A bipoláris zavarral küzdő betegeknél a pszichoterápiás beavatkozások egyre inkább a szorongás kezelésére összpontosítanak, mivel ez gyakran előfordul depresszív és mániás epizódok között, és összefüggésbe hozható az öngyilkossági kísérletek és relapszusok gyakoriságával. Az IBER (Képeken Alapuló Érzelemszabályozás) módszer kifejezetten bipoláris zavarral élők számára fejlesztett rövid, strukturált pszichológiai beavatkozás, amely az érzelmekkel és érzelmi képekkel kapcsolatos készségeket javítja, és csökkenti a szorongást. A kutatások azt mutatják, hogy a bipoláris betegek érzékenyek az ilyen mentális képekre, és az IBER módszer jelentős csökkenést eredményezett a szorongás és depressziós tünetekben, valamint javulást a hangulat stabilitásában és a kezeléshez való ragaszkodásban.[1]

7. A bipoláris affektív zavarra alkalmazott gyógyszeres kezelések

A bipoláris zavar farmakoterápiája általában két fő kategóriára osztható: hangulatstabilizátorok és szupportív terápia. [4] [5]

1. Hangulatstabilizálók: Ezek a gyógyszerek csökkentik vagy megelőzik a hangulatingadozásokat. A leggyakrabban alkalmazott hangulatstabilizátorok közé tartozik a lítium, amely a mániás és depressziós epizódok esetében egyaránt hatásos, valamint az olyan görcsoldók, mint a valproinsav és a karbamazepin. [4] [5]
2. Antipszichotikumok: Ezek a gyógyszerek segítenek a mániás epizódok és a pszichotikus tünetek kezelésében. Egyes antipszichotikumok mint a riszperidon, az olanzapin és a quetiapin hatékonyak lehetnek a bipoláris zavar kezelésében. [4] [5]
3. Antidepresszánsok: Ezeket a gyógyszereket a depresszió tüneteinek enyhítésére használják, de óvatosan kell őket alkalmazni, mivel növelhetik a mániás epizódok kockázatát. Az antidepresszánsokat gyakran alkalmazzák hangulatstabilizátorokkal és antipszichotikumokkal kombinálva. [4] [5]
4. Benzodiazepinek: Ezek a gyógyszerek rövid távon segíthetnek a szorongás és az álmatlanság kezelésében, de hosszútávon nem ajánlott az alkalmazásuk, mivel függőséget okozhatnak. [4] [5]

A legmegfelelőbb gyógyszerek kiválasztása a beteg állapotától valamint tüneteitől függ. A szakemberek gyakran alkalmazzák kombinálva ezeket a gyógyszereket a legjobb eredmény elérése érdekében. [4] [5]

A korábban említett Szaudi- Arabiai kutatásban résztvevők a bipoláris zavar kezelésével kapcsolatban a 82,7%-a pszichiátriai gyógyszereket, 11,4%-a rövid tanácsadó terápiát, 8,4%-a családtagokkal vagy barátokkal való beszélgetést, 4,8%-a pedig rekreációs tevékenységeket javasolt. [6] Míg egy Pakisztáni kutatás eredményeként a válaszadók 68,28%-a hitt abban, hogy a bipoláris zavar gyógyítható, és 58,55%-uk szerint a gyógyszerek a leghatékonyabb terápiák. Ugyanakkor 41,07%-uk vallási vagy mágikus gyógyítást is lehetségesnek tartott.[7]

II. Kutatás

2.1. Célkitűzés és a hipotézis felállítása

A korábbi kutatások szerint a lakosság többsége hallott a bipoláris zavarról, valamint a gyógyszeres kezelést a tartják a válaszadók leghatékonyabb terápiának a zavar kezelésében.

A kutatásunk célja az egyetemisták bipoláris affektív zavarral kapcsolatos ismereteinek vizsgálata, különös tekintettel a zavar jellemzőire, tüneteire, és kezelési lehetőségeire. A kutatás feltárja, hogy mennyire vannak tisztában a diákok azzal, hogy a bipoláris zavar gyógyítható-e, illetve hogy milyen terápiák állnak rendelkezésre. A kutatás célja, hogy az egyetemisták tudatosságát és ismeretszintjét feltérképezze ezen mentális zavar kapcsán. A kutatás fő hipotézise, hogy az egyetemisták nem rendelkeznek kellő ismerettel a bipoláris affektív zavarról. A mellékhipotézisek alapján feltételezzük, hogy a diákok csak a tünetek kisebb részét ismerik, a gyógyszeres kezelésekkal jobban tisztában vannak, mint más terápiás lehetőségekkel, és nincsenek teljes mértékben tisztában azzal, hogy a bipoláris zavar nem gyógyítható, hanem csak kezelhető.

2.2 Módszerek

2.2.1. Célcsoport

A vizsgálatban (N=36) egyetemista vett részt. Az életkori megoszlás alapján a legtöbb résztvevő a 21 éves korosztályhoz tartozott, akik a teljes minta 38,9%-át képviselték. Őket követik a 22 éves hallgatók 22,2%-kal, valamint a 20 éves résztvevők 16,7%-kal. A 19 éves és

23 éves hallgatók kisebb arányban képviseltették magukat, előbbiek 8,3%-kal, míg utóbbiak 11,1%-kal. A legidősebb résztvevő egy 24 éves hallgató volt, aki a minta 2,8%-át tette ki. A kutatásban résztvevő hallgatók intézményi megoszlását vizsgálva megállapítható, hogy a legnagyobb arányban az orvostudományi egyetem hallgatói képviseltették magukat (30,6%), akiket szorosan követnek a természettudományi egyetem hallgatói (27,8%). A harmadik legnagyobb csoport a bölcsészettudományi egyetem hallgatóiból állt (16,7%). Ezt követi a műszaki egyetem (11,1%) és a Művészeti Akadémia hallgatóinak kisebb aránya (8,3%). A jogtudományi egyetem hallgatói csupán 5,6%-ban vettek részt a kutatásban. A mezőgazdasági és építészmérnöki egyetem hallgatói a legkisebb számban képviseltették magukat a mintában (2,8%). A hallgatók évfolyamonkénti eloszlását vizsgálva a kutatásban résztvevők közül a legnagyobb csoport a másodéves hallgatók (44,4%) voltak. Ezt követik az elsőéves hallgatók, akik a résztvevők 33,3%-át tették ki. A harmadéves hallgatók aránya 11,1%, míg a negyedéves hallgatók aránya 8,3% volt. Az ötödéves hallgatók csupán a résztvevők kis hányadát képviselték 2,8%.

2.2.2. Alkalmazott mérőeszközök

A kutatás során egy strukturált kérdőívet alkalmaztunk, amelynek célja az egyetemisták bipoláris affektív zavarral kapcsolatos ismereteinek felmérése volt. A kérdőív elsősorban zárt kérdéseket tartalmazott, amelyek lehetővé tették az egyértelmű és könnyen értékelhető válaszok rögzítését. A kérdések között voltak olyanok, ahol a válaszadóknak egyetlen helyes választ kellett megjelölniük, míg más esetekben több helyes válasz is elfogadható volt, így több választ is meg lehetett jelölni. A kérdőív kitöltése önkéntes alapon történt, és anonim adatgyűjtést biztosítottunk annak érdekében, hogy a válaszadók szabadon és őszintén nyilváníthassák meg véleményüket és ismereteiket.

2.2.3. Kutatási eljárás

A kutatás során a kérdőívet a Google Forms platformján keresztül hoztuk létre és terjesztettük. A kérdőívet először a kutatásban résztvevők ismerőseinek küldtük el, akik ezt továbbosztották saját kapcsolati hálójukban. A kitöltési idő átlagosan 5-10 percet vett igénybe, így gyorsan és egyszerűen végrehajtható volt a válaszadók számára. Az online forma és a széles

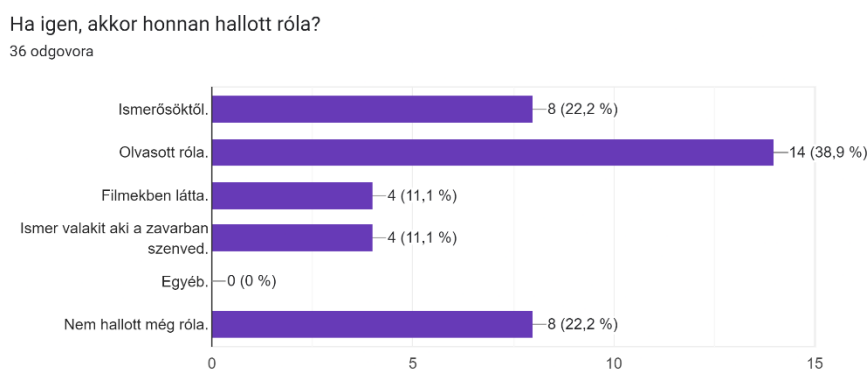
körü terjesztés lehetőséget biztosított arra, hogy minél több válaszadónak elérhető legyen, biztosítva a kutatás számára releváns adatmennyiséget.

2.2.4. Az adatok feldolgozása

A kérdőív összesen 19 kérdést tartalmazott, melyek zárt válaszlehetőségei lehetővé tették az egyértelmű adatgyűjtést és feldolgozást. Az adatok feldolgozását nagymértékben megkönnyítette a Google Forms platform, amely automatikusan összesítette a válaszokat, és vizuálisan is megjelenítette azokat különböző grafikonok formájában. Ezek a grafikonok gyors áttekintést nyújtottak az egyes kérdésekre adott válaszok megoszlásáról. Az automatikus grafikai feldolgozás hozzájárult ahhoz, hogy az adatok értékelése gyorsan és hatékonyan történhessen meg, megkönnyítve az eredmények elemzését és értelmezését.

2.3. Eredmények

Az eredmények alapján az egyetemisták 77,8%-a hallott már a bipoláris affektív zavarról, míg 22,2%-uk nem találkozott még a fogalommal. Ez arra utal, hogy legtöbben hallottak már a zavarról. A részletesebb vizsgálat szerint a résztvevők 38,9%-a olvasott már a bipoláris zavarról, 22,2%-uk ismerősektől hallott róla, 11,1%-uk filmekben találkozott vele, és 11,1% ismer olyan személyt, aki ebben a zavarban szenved. Ugyanakkor 22,2% soha nem hallott róla, ami tovább erősíti a feltételezést, miszerint az egyetemisták ismeretei nem átfogóak.



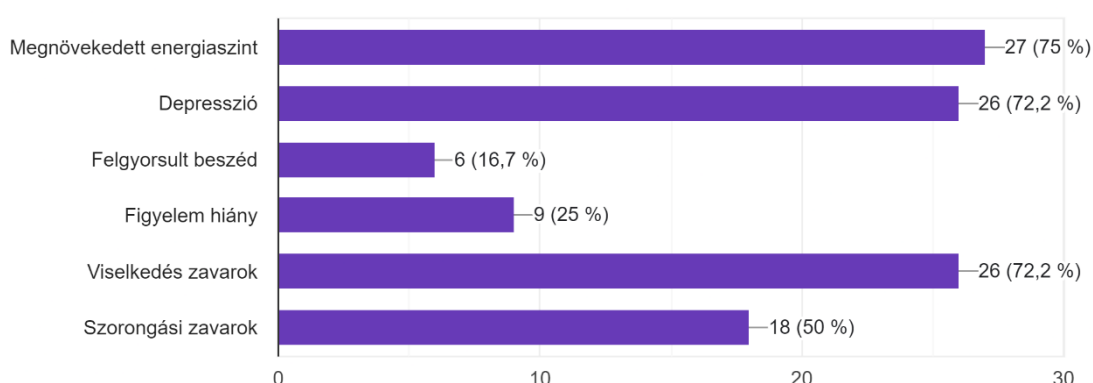
1. Ábra – Milyen információból származik a zavarral való tudásuk.

A válaszadók 66,7%-a helyesen definiálja a bipoláris zavart, mint kétpólusú hangulatbetegséget, míg 47,2% tévesen depressziónak gondolja. A válaszadók 13,9%-a mindkét választ megjelölte, ami arra utal, hogy a zavarral kapcsolatos fogalmakat sokan összemoszák.

A bipoláris affektív zavar tüneteinek ismeretére vonatkozó adatok azt mutatják, hogy az egyetemisták jelentős része ismeri a főbb tüneteket, de nem minden aspektust. A válaszadók 75%-a felismerte a megnövekedett energiaszintet mint tünetet, míg 72,2%-uk felismerte a depressziót és a viselkedési zavarokat is. Ugyanakkor kevesebben ismerték fel a szorongási zavarokat (50%), figyelemhiányt (25%), és a felgyorsult beszédet (17%) mint a bipoláris zavar tüneteit. Ezek az adatok arra utalnak, hogy bár a legismertebb tünetekkel sokan tisztában vannak, a kevésbé nyilvánvaló tüneteket kevésbé ismerik.

Válassza ki azt a mezőt/ket, amelyek a bipoláris zavar tüneteit jellemzik!

36 odgovora



2. Ábra – Ismert tünetek.

A válaszadók 80,6%-a tisztában van azzal, hogy a bipoláris zavar krónikus betegség, míg a maradék akutnak tartja. A betegség kezelhetőségével kapcsolatosan 72,2% helyesen tudja, hogy a bipoláris zavar nem gyógyítható, de megfelelő kezeléssel a tünetek enyhíthetők. Ugyanakkor 22,2%-uk tévesen gyógyíthatónak tartja, és néhányan (5,6%) úgy gondolják, hogy semmilyen kezelés nem tudja a tüneteket csökkenteni.

A betegség kezelhetőségére vonatkozó válaszok alapján a válaszadók 83,3%-a tisztában van azzal, hogy gyógyszeres kezeléssel a bipoláris zavar kezelhető, míg 66,7% szerint pszichoterápiás módszerekkel is eredményeket lehet elérni. Ugyanakkor 8,3%-uk tévesen úgy véli, hogy a bipoláris zavar egyáltalán nem kezelhető, ami további információhiányra utal.

A terápiás módszereket tekintve a válaszadók többsége (80,6%) ismeri az antipszichotikumokkal és antidepresszánsokkal történő kezelést. Ezen kívül 55,6% ismeri a pszichoedukáció szerepét a kezelésben, míg 36,1%-uk említette a családterápiát. Az egyéni és

csoportos viselkedésterápiát azonban csak 27,8% említette, ami arra utal, hogy ezek a terápiás lehetőségek kevésbé ismertek a válaszadók körében.



3. Ábra- A kezelések ismerése.

III. Megbeszélés

3.1. Következtetés levonása

A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az egyetemisták többsége hallott már a bipoláris affektív zavarról, azonban a zavar mélyebb megértése és a kezelési lehetőségekkel kapcsolatos ismereteik hiányosak. Noha a résztvevők 80,6%-a helyesen tudja, hogy a bipoláris zavar krónikus betegség, és többségük tisztában van azzal, hogy a betegség gyógyszerekkel kezelhető, sokan nem ismerik a kevésbé nyilvánvaló tüneteket, például a figyelemhiányt vagy a felgyorsult beszédet. Továbbá, bár a gyógyszeres kezelések jól ismertek, a pszichoterápiás módszerek, különösen az egyéni és csoportos viselkedésterápia, kevésbé ismertek a válaszadók körében. Az eredmények rámutatnak az edukáció fontosságára, amely elősegítheti a pontosabb tájékozottságot és csökkentheti a betegséget övező társadalmi előítéleteket.

Az egyetemisták körében végzett kutatás eredményeit összehasonlítva a korábbi, általános lakosság körében végzett kutatásokkal, néhány fontos hasonlóság és eltérés figyelhető meg. Az egyetemisták 77,8%-a hallott már a bipoláris zavarról, ami hasonló az előző kutatásokban mért adatokhoz, például egy szaúd-arábiai kutatáshoz ahol a résztvevők többsége

is ismerte a zavart (81,8% és 82,2%). Ugyanakkor az egyetemisták körében is található egy kisebb csoport (22,2%), akik soha nem hallottak a bipoláris zavarról, ami arra utal, hogy az ismeretek eloszlása nem teljes körű, hasonlóan a korábbi kutatásokban tapasztaltakhoz. Emelett a fogalmak ismeretei gyakran felszínesek: bár a válaszadók 66,7%-a helyesen definiálta a betegséget, 47,2%-uk tévesen kizárólag depresszióként azonosította. Az ilyen fogalmi zavartságok alátámasztják az edukáció szükségességét. [6][7]

Mindkét kutatási csoport esetében az internet és a média szerepe kiemelt, mint fő információforrás. Az egyetemisták esetében a hallomásból származó ismeretek aránya (38,9%) jelentős, míg a korábbi kutatásokban a közösségi média és az internet ismeretforrásként játszott szerepe (32,9% és 29%) domináns volt. Ez arra utal, hogy mindkét csoport esetében a könnyen elérhető, populáris információforrások alakítják a tudást. [6][7]

A kutatás fő hipotézise, miszerint az egyetemisták nem rendelkeznek kellő ismeretekkel a bipoláris zavarról, helytállónak bizonyult. A mellékhipotézisek közül is több megerősítést nyert: a résztvevők a tüneteknek csupán egy részét ismerik, és főként a gyógyszeres kezelésekkel vannak tisztában, míg a betegség kezelhetőségének teljes spektrumáról kevesebb tudással rendelkeznek.

Az egyetemisták körében a bipoláris zavar legismertebb tüneteinek, mint a megnövekedett energiaszint és a depresszió felismerése magas (75% és 72,2%), ami összhangban van a korábbi kutatásokkal, ahol a résztvevők többsége is tisztában volt ezekkel a tünetekkel. Ugyanakkor a kevésbé nyilvánvaló tünetek, mint a felgyorsult beszéd és a figyelemhiány, kevésbé ismertek az egyetemisták körében (17% és 25%), ami hasonlóan alacsony felismerési arányt mutat a korábbi kutatásokhoz képest. [6][7]

Az egyetemisták 80,6%-a tisztában van azzal, hogy a bipoláris zavar krónikus, és 83,3%-uk helyesen ismeri a gyógyszeres kezelési lehetőségeket, ami hasonló a korábbi kutatásokhoz, ahol a válaszadók többsége is a gyógyszeres kezelést tartotta a leghatékonyabbnak (58,55%-83,3%). Ugyanakkor az egyetemisták körében a pszichoterápiás lehetőségek ismerete alacsonyabb (csak 27,8%-uk ismeri az egyéni és csoportos viselkedésterápiát), ami arra utal, hogy e téren további ismeretterjesztés szükséges. Hasonló eredmények figyelhetők meg a nemzetközi kutatásokban, ahol a gyógyszeres kezelések ismertsége lényegesen meghaladta a pszichoterápiás lehetőségekét. A társadalmi attitűdök szintjén korábbi kutatások szerint a terápiás lehetőségek alacsony ismerete – még szakmai háttérrel rendelkező csoportokban is – rávilágít a tudásbeli hiányosságokra. Egy másik vizsgálat

szerint a válaszadók 68,28%-a hitt a bipoláris zavar gyógyíthatóságában, míg 41,07%-uk vallási vagy mágikus gyógyítást is lehetségesnek tartott, ami a kulturális és vallási tényezők fontosságát hangsúlyozza. [6][7]

Összességében elmondható, hogy az egyetemisták és a lakosság alapvető ismeretei a bipoláris zavarról kielégítőek, de a mélyebb tudás, különösen a kevésbé nyilvánvaló tünetek és kezelési módok ismerete hiányos. Az edukációs programoknak nagyobb hangsúlyt kellene fektetniük a pszichoterápiás lehetőségek és a ritkábban említett tünetek bemutatására. Az internet és a közösségi média hatékony eszközök lehetnek az ismeretterjesztésben, de az információkat megbízható tudományos alapokra kell helyezni.

A bipoláris affektív zavar felszínes ismerete számunkra azt sugallja, hogy a mélyebb megértés hiánya jelentős akadályt képez az empatikus hozzáállás kialakításában. Márpedig az empatikus hozzáállás, valamint maga az empátia kulcsfontosságú a betegek támogatására. Az a tény, hogy a kevésbé nyilvánvaló tüneteket mint például a figyelemhiány vagy a felgyorsult beszéd csupán kevesen ismerik, azt mutatja, hogy az információterjesztés nem eléggé célzott valamint széleskörű. Ennek következtében ezek a tünetek a hétköznapi emberek számára gyakran rejtve maradnak.

Ez különösen elgondolkodtató a társadalmi felelősségvállalás szempontjából, mivel a mentális egészséggel kapcsolatos tudás nem csupán az érintettek életminőségére van közvetlen hatással, hanem a társadalmi kapcsolataikra is. Ha a pszichoterápiás módszerek mint például a viselkedésterápia vagy a pszichoedukáció szélesebb körben ismertek lennének, az emberek talán kevésbé tartanák ijesztőnek ezeket a kezeléseket. Ennek következtében több személy fordulna félelem nélkül a megfelelő szakemberhez. Az ilyen tudatosság jelentősen hozzájárulhatna a mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáció csökkentéséhez, amely jelenleg még mindig számos ember életét megnehezíti.

A mai információs társadalomban nagy lehetőség rejlik abban, hogy a populáris csatornák mint az internet és a közösségi média révén sokkal hatékonyabban kommunikáljunk a mentális egészség fontosságáról. Azonban fontos, hogy ezek az információk tudományos alapokon nyugodjanak, és ne csupán felszínes tudást közvetítsenek. Az edukáció nem korlátozódhat a betegség pusztá bemutatására; kiemelt figyelmet kell fordítani az empátia és a társadalmi támogatás fontosságának hangsúlyozására is. A mentális betegségekkel élők számára ugyanis nemcsak a megfelelő kezelés, hanem a környezetükből való megértés és elfogadás is rendkívül fontossággal bír.

A kutatás arra sarkall bennünket, hogy még nagyobb hangsúlyt helyezzünk a fiatalok, különösen az egyetemisták edukációjára, hiszen ők lesznek a jövő szakemberei. Ezért kulcsfontosságú, hogy körükben edukációt folytassunk a mentális egészség fontosságáról és annak mélyebb megértéséről. Az edukáció által létrehozható egy tudatosabb, befogadóbb és támogatóbb társadalom.

3.2. A kutatási korlátok

A kutatás egyik fő korlátja a viszonylag alacsony mintanagyság ($N=36$), amely csökkent az eredmények általánosíthatóságát. Az életkori megoszlás is aránytalan volt, hiszen a legtöbb résztvevő a 21 éves korosztályból került ki (38,9%), míg a többi életkori csoport kisebb arányban képviseltette magát. Az intézményi megoszlás szintén korlátozó tényező lehet, mivel az orvostudományi és a természettudományi egyetem hallgatói domináltak (összesen 58,4%), míg más területekről, például a jogtudományi vagy mezőgazdasági egyetemekről jelentősen kevesebb résztvevő volt (5,6%, illetve 2,8%). Továbbá, a résztvevők évfolyam szerinti megoszlása is egyenetlen volt, hiszen a másodéves hallgatók aránya kiemelkedett (44,4%), míg a negyed- és ötödéves hallgatók alacsony arányban képviseltették magukat (8,3%, illetve 2,8%). Ezek a tényezők mind befolyásolhatják az eredmények reprezentativitását és a következtetések megbízhatóságát

3.2. Hova tovább a kutatással?

A kutatás következő lépéseiben rendkívül fontos lenne alaposabb vizsgálatokat végezni annak érdekében, hogy feltárjuk, milyen forrásokból szereznek információkat az egyetemisták a bipoláris zavarról, és milyen tényezők befolyásolják az ismereteik szintjét. Az eddigi eredmények rávilágítanak arra, hogy az információk elsősorban az interneten és a médián keresztül érkeznek, de ezek minősége és hitelessége változó lehet. Ezért elengedhetetlen olyan platformok fejlesztése, amelyek megbízható és részletes információkat nyújtanak, különösen a kevésbé ismert tünetekről és a pszichoterápiás lehetőségekről. A célzott edukációs kezdeményezések elősegíthetnék, hogy az egyetemisták mélyebb és átfogóbb ismeretekre tegyenek szert.

Egy továbbfejlesztett kérdőív alkalmazása lehetővé tenné, hogy pontosabb képet kapjunk az egyetemisták ismereteinek spektrumáról és az ismeretek megszerzését befolyásoló tényezőkről. Az új kérdőív tartalmazhatna nyitott kérdéseket, amelyek révén részletesebb válaszokat kapnánk az egyetemisták megértési szintjéről és attitűdjeiről. Például

feltárhatnánk, hogy az egyetemisták hogyan értelmezik a bipoláris zavart, milyen terápiás módszereket tartanak hatékonynak, és milyen mértékben vannak tisztában az olyan kezelési lehetőségekkel, mint a viselkedésterápia vagy a pszichoedukáció. Az eddigi kutatások azt mutatják, hogy a gyógyszeres kezelésekkel kapcsolatos ismeretek széles körben elterjedtek, de a pszichoterápiás lehetőségek sokkal kevésbé ismertek. Ezek a kérdések segítenék, hogy az adatok árnyaltabb értelmezése alapján jobban érthetővé váljon, mely területeken van szükség fejlesztésre.

További fontos irány a különböző oktatási beavatkozások, kampányok és tudatosságnövelő programok hatékonyságának vizsgálata. A népszerű csatornák, mint az internet, a közösségi média és más digitális platformok célzott alkalmazása jelentős eredményeket hozhat. Például interaktív oktatóvideók és közösségi média kampányok segítségével nemcsak az alapvető ismeretek terjesztése, hanem a mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáció csökkentése is elérhető. Ezek az eszközök különösen hatékonyak lehetnek a fiatal generációk elérésében, akik fogékonyabbak az ilyen típusú tartalmak iránt.

Egy másik kutatási irány a demográfiai csoportok, például az egyetemisták szakjainak vagy életkorának összehasonlítása, ami segítene feltárni a mentális betegségekkel kapcsolatos tudatosságuk és ismereteik közötti különbségeket. Az orvosi és egészségtudományi területeken tanuló hallgatók jellemzően nagyobb ismeretekkel rendelkeznek a bipoláris zavarról, mint más szakok hallgatói. Az ilyen típusú összehasonlítások alapján az oktatási programokat testreszabhatjuk, például mélyebb, gyakorlatorientált oktatást kínálva az egészségtudományi hallgatóknak, míg a nem egészségügyi szakok hallgatói számára az alapvető ismeretekre fókuszáló programok lehetnek hasznosak.

Végül, kvalitatív módszerek, például interjúk vagy fókuszcsoportos beszélgetések segítségével vizsgálni lehetne a diákok attitűdjeit, motivációit és az ismereteik megszerzését akadályozó tényezőket. Ezek a módszerek nemcsak arra világítanak rá, hogy milyen konkrét előítéletek és félreértések akadályozzák a pontos információk megszerzését, hanem segítenék az oktatási stratégiák továbbfejlesztését is.

IV. Összefoglalás

A kutatás célja az volt, hogy felmérje az egyetemisták bipoláris affektív zavarral kapcsolatos ismereteit. A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a válaszadók 77,8%-a hallott már a bipoláris zavarról, azonban a részletesebb ismeretek, különösen a tünetek és a kezelési módszerek tekintetében jelentős hiányosságok mutatkoztak. A résztvevők nagy része (80,6%) tudta, hogy a bipoláris zavar krónikus betegség, és többségük (83,3%) helyesen azonosította, hogy a betegség gyógyszerekkel kezelhető. Ugyanakkor kevesebb válaszadó volt tisztában a pszichoterápiás kezelési lehetőségekkel, például a viselkedésterápiával (27,8%).

A tünetek ismerete terén is vegyes eredmények születtek: a legismertebb tünetek közé tartozott a megnövekedett energiaszint (75%) és a depresszió (72,2%), míg a kevésbé ismert tünetek, mint például a figyelemhiány (25%) és a felgyorsult beszéd (17%), sokkal kevésbé voltak ismertek. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy bár hallásból sokan ismerik a betegséget, a részletesebb tudás hiányos.

Az eredmények alapján javasolható, hogy preventív programokat és tájékoztató kampányokat dolgozzanak ki az egyetemisták számára, amelyek célja a bipoláris affektív zavarral kapcsolatos ismeretek elmélyítése. Az ilyen programok nemcsak a betegség tüneteire és kezelési lehetőségeire koncentrálhatnának, hanem az ismeretek széleskörű terjesztésére, különösen a pszichoterápiás lehetőségek és a mentális egészség kezelésének bemutatására. Ezek a programok segíthetnének csökkenteni a mentális betegségek stigmatizálását, előmozdítva a tudatosság növekedését.

Nyilatkozat az MI használatáról

Elismerés

A jelen szakdolgozat előállításához a ChatGPT Scholar GPT verzióját használtam. (<https://chatgpt.com/g/g-kZ0eYXlJe-scholar-gpt>)

Az MI használatának leírása

A ChatGPT segítségével az angol nyelvű irodalmakat fordítottam és rövidítettem le, amelyeket adaptálva felhasználtam a jelen szakdolgozatban.

Referencia

OpenAI, ChatGPT, 2024 október 4, <https://chatgpt.com/g/g-kZ0eYXlJe-scholar-gpt>

Irodalomjegyzék

1. Erdélyi-Hamza B, Elek L, Gonda X. Le lehet-e szállni a hullámvasútról? A bipoláris affektív zavarok pszichoterápiás kezelésének lehetőségei. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2021;23(3).
2. Bencsik J, Lisincki AM, Vajda D, Virág M, Vizin G. Bipoláris affektív zavar – fejlődépszichopatológiai szempontok. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2020;22(3).
3. Kálmán J, Kálmán JJr. Értelm és érzelem: A bipoláris affektív zavar, mint a kogníciók és affektusok csatartere – lamotrigin mint békefenntartó. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2010;12(2).
4. Vörös, V. (2012). A második generációs antipszichotikumok szerepe az affektív zavarok kezelésében - a szakirodalmi adatok áttekintése és a jövő perspektívái. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 14(2).
5. Sümegi A. Hangulatstabilizátorok – múlt, jelen, jövő. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2008;10(1):31-42.
6. Albakr DM, AL-Awad FA, Almaslami M, Alshaikh Y, Almudaymigh N, Dayel MB, et al. Knowledge, beliefs, attitudes and awareness level towards bipolar disorder among Saudi population: A national survey. *Med Sci.* 2023;27
7. Hussain M, Ullah O, Kanwal N, Mohsin H, Hanif N, Zakir S, Manzoor M, Zahid L. Investigating public awareness and attitudes towards people with bipolar disorder in Punjab, Pakistan: A cross-sectional study. *Pak J Health Sci.* 2023 Oct;4(10). Available from: