

# PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁSRÓL, PSZICHIÁTER REZIDENSEKNEK

PSZICHIÁTRIAI ÉS ADDIKTOLÓGIAI GONDOZÁS SPECIFIKUMAI  
PSZICHIÁTRIAI SZAKKÉPZÉS TANANYAG - KIEGÉSZÍTŐ MODUL

Szerkesztette:

Dr. Balczár Lajos  
Dr. Vandlik Erika  
Kárpáti Tímea

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

### Szerzők

Csizmadiáné Szabó Mária, Dr. Andrásy Gábor, Dr. Balczár Lajos, Dr. Csomós András, Dr. Farkas Kinga, Dr. Frecska Ede, Dr. Gulácsi István, Dr. Harangozó Judit, Dr. Kiss-Szőke Anna, Dr. Kolumbár Réka, Dr. Medgyaszai Melinda, Dr. Móré E. Csaba, Dr. Rihmer Zoltán, Dr. Silling Tibor, Dr. Szekeres György, Dr. Szuromi Bálint, Dr. Vandlik Erika, Dr. Váradai Enikő, Dr. Vörös Viktor, István Zalán, Koppány Katalin, Mohácsi-Hartner Judit, Rác Zsuzsanna, Réz Csilla

### Szakmai irányítók

Dr. Balczár Lajos (Állami Egészségügyi Ellátó Központ- projektgazda)  
Dr. Rihmer Zoltán (Állami Egészségügyi Ellátó Központ- projektgazda)  
Dr. Silling Tibor (Állami Egészségügyi Ellátó Központ- projektgazda)

### Szakmai vezetők

Dr. Vandlik Erika (Állami Egészségügyi Ellátó Központ- projektgazda)  
Dr. Fekete Sándor (Pécsi Tudományegyetem - konzorciumi partner)  
Dr. Frecska Ede (Debreceni Egyetem- konzorciumi partner)  
Dr. Kálmán János (Szegedi Tudományegyetem - konzorciumi partner)  
Dr. Réthelyi János (Simmelweis Egyetem szakértői munkacsoport)  
Dr. Tényi Tamás (Pécsi Tudományegyetem - konzorciumi partner)

### Lektor

Dr. Németh Attila (Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet)  
Dr. Kálmán János (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika)

A tananyag lektorálást követően a *Viselkedési addikciók fejezettel* bővítésre került konzorciumi partner javaslatára.

ISBN 978-615-5502-28-6

Idézni a forrás megjelölésével lehet!

A kiadvány megjelenését az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, mint projektgazda szervezésében megvalósuló EFOP-2.2.0-16-2016-00008 azonosító számú Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése című kiemelt projekt biztosította.

### Felelős kiadó és felelős szerkesztő

Állami Egészségügyi Ellátó Központ főigazgatója

©Állami Egészségügyi Ellátó Központ

2020



Örömmel teszek eleget az „EFOP-2.2.0-16-2016-00008 Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése” című projekt szakmai vezetői megtisztelő felkérésének és írok ajánlást a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) elnökeként a *Pszichiátriai gondozásról pszichiáter rezidenseknek* című tankönyvhöz.

Azért is kifejezetten jó szívvel írom ezeket a sorokat, mert elnöki programom két fontos célkitűzésével is egybeesik ennek a tankönyvnek a szellemisége.

Egyrészt fontosnak tartom, hogy a fiatal kollégák képzését és munkáját támogassa az MPT. Másrészt az ellátások elérhetőségének jelentős javítása is kiemelt célja az MPT-nek elnökségem alatt, mely az integrált járóbeteg ellátás, ezen belül kiemelten a pszichiátriai gondozás erősítését is szükségessé teszi.

Továbbá, e tankönyv megjelenése kiváló alkalom arra is, hogy az egyetemek akkreditáljanak pszichiátriai gondozást végző ellátóhelyeket a rezidensképzésre. Ezt a folyamatot az MPT szakmai szempontból kifejezetten támogatja és reméli, hogy az akkreditációt akadályozó nehézségek hamarosan megoldódnak.

Az MPT nevében ajánlom a tankönyvet a jövő pszichiátereinek.

Prof. Dr. Balázs Judit  
elnök

**Magyar Pszichiátriai Társaság**



Sok szeretettel ajánlom a *Pszichiátriai gondozásról, pszichiáter rezidenseknek* című könyvet minden pszichiáter rezidens orvosnak.

A könyv átfogó bemutatást nyújt a pszichiátriai gondozás sokrétű feladatairól és lehetőségeiről, továbbá felhívja a figyelmet az ambuláns pszichiátriai ellátás kihívásaira is. Ez különösen fontos, figyelembe véve, hogy a pszichiátriai ellátáson belül a járóbeteg- és közösségi ellátás egyre inkább előtérbe kerül.

Pszichiáter szakorvosjelöltként úgy érzem, ezen kézikönyv használatával gyakorlati segítséget kapunk és nagyobb hozzáértéssel fogunk gondozott betegeink felé fordulni.

Dr. Markovits Júlia

**Magyar Rezidens Szövetség**



Talán ismeritek Belgium Gheel nevű városát, ahol a XIII. század óta a város lakói mentális problémákkal küzdő embereket fogadnak be saját otthonaikba. Az ebben a könyvben is említett városban képviselt hozzáállás a pszichésen terhelt emberekhez sokban hasonlít a könyv lelkületéhez; ezek az emberek a társadalom részesei, akár javunkra is válhat jobban megismerni őket.

Az egyes fejezetek olvasása a gondozás összetettségére vetít fényt, melyhez nem csak a gondozottak, hanem a gondozók sokszínűsége is hozzájárul. Az ember kerül a középpontba, méghozzá az az ember, aki igyekszik a legjobbat kihozni magából, legyen gondozó vagy gondozott.

Mi is lehetünk egy jobb szociális hálózat építői, akár a gondozói rendszerben való szerepvállalás, akár annak pontosabb feltérképezése, működésének megismerése által.

A következő olvasmány ezek bármelyikéhez kiváló útmutatást nyújt!

Dr. van der Wijk Ibolya Anna  
elnök

**Hungarian Association of Psychiatric Trainees (HAPT)**

## TARTALOM

<b>ELŐSZÓ</b> .....	<b>7</b>
<b>BEVEZETÉS</b> .....	<b>8</b>
<b>I. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ MŰKÖDÉSE</b> .....	<b>10</b>
1. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ MŰKÖDÉSÉNEK JOGSZABÁLYI KÖRNYEZETE, TÁRGYI-ÉS SZEMÉLYI FELTÉTELEI.....	10
1.1. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás alapelvei.....	10
1.2. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás rendszere.....	11
1.3. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás jogszabályi háttere.....	12
1.4. A pszichiátriai gondozó működési engedélye.....	12
1.5. Pszichiátriai gondozói tevékenység rendeleti meghatározása.....	13
1.6. Minimumfeltételek.....	14
1.7. Társadalombiztosító által finanszírozott beavatkozások kapcsán használt kódok.....	14
1.8. OENO és HGK kódolás.....	15
1.9. Vényírás.....	16
1.10. Pszichoterápia a pszichiátriai gondozóban.....	16
2. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ FELADATAI, JOGI-, HATÓSÁGI ÉS IGAZSÁGÜGYI VONATKOZÁSOK.....	18
2.1. Az egészségügyi ellátás, mint szolgáltatás.....	18
2.2. A pszichiátriai gondozó specifikus eljáráskezdemenyezési jogköre.....	20
3. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ KAPCSOLATAI.....	21
3.1. A pszichiátriai gondozás kapcsolati hálója.....	21
3.2. Kapcsolati szintek.....	23
3.3. A pszichiátriai gondozás kapcsolata egyéb egészségügyi szolgáltatókkal.....	23
3.4. A pszichiátriai gondozó és a társszakmák kapcsolata a szemléletformálás szemszögéből.....	26
4. A GONDOZÓI TEAM.....	27
4.1. Mi a team?.....	27
4.2. A vezető és a team.....	27
4.3. A team menedzselése. Az asszertivitás.....	28
<b>II. PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS</b> .....	<b>30</b>
5. PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS A GYAKORLATBAN.....	30
5.1. A pszichiátriai járóbeteg-ellátás formái, feladatai.....	30
5.2. A pszichiátriai gondozásba vétel.....	31
5.3. Első találkozás a gondozott beteggel.....	32
5.4. A pszichiátriai gondozás célja.....	32
5.5. A pszichiátriai gondozás folyamata.....	32
5.6. Különleges intervenciók.....	33
5.7. Pszichiátriai gondozás megszüntetése.....	35
5.8. Terepmunka a pszichiátriai gondozóban.....	36
5.9. Gondozás fokozatai szerinti terepmunka.....	36
5.10. Beteglátogatás.....	37
5.11. Közös programok.....	40
5.12. A segítség módjai.....	41
5.13. Személyiségi jogok védelme.....	41
5.14. Dokumentáció.....	41
5.15. A gondozáshoz szükséges készségek.....	41
5.16. Dilemmák.....	42
6. PSZICHODIAGNOSZTIKA A GONDOZÓBAN.....	44
6.1. Elméleti alapok.....	44
6.2. A pszichodiagnosztikai folyamat menete.....	44
6.3. Néhány gyakorlati példa a hétköznapiakból.....	45
6.4. Gondozott beteg.....	46

7.	PSZICHOTERÁPIA ÉS SZOCIOTERÁPIA A GONDOZÁSBAN .....	48
	7.1. <i>Pszichoterápia</i> .....	48
	7.2. <i>Szocioterápia a gondozásban</i> .....	50
8.	PSZICHOFARMAKOTERÁPIA KÉRDÉSEI A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS NÉZŐPONTJÁBÓL .....	53
	8.1. <i>Antipszichotikus terápia praktikus kérdései a gondozói ellátásban</i> .....	53
	8.2. <i>A depresszió kezelése a pszichiátriai gondozói gyakorlatban – az antidepresszívumok alkalmazása</i> .....	58
	8.3. <i>Anxiolitikumok</i> .....	66
	8.4. <i>Hangulatstabilizálók</i> .....	69
	8.5. <i>Pszichotrop szerek gondozói alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában (pszichózisok, affektív zavarok és szorongásos kórképek)</i> .....	73
9.	REHABILITÁCIÓ A GONDOZÁSBAN .....	80
	9.1. <i>A rehabilitáció és gondozás</i> .....	80
	9.2. <i>A rehabilitációs folyamat</i> .....	81
10.	VESZÉLYHELYZETEK ÉS KOCKÁZATOK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE A GONDOZÁS SORÁN .....	83
	10.1. <i>A kockázatbecslés célja, alapelvei, menete</i> .....	83
	10.2. <i>Szucidium: rizikófaktorok, protektív faktorok felmérése és kockázatkezelés</i> .....	83
	10.3. <i>Az erőszakos magatartás rizikó- és protektív faktorai, kockázatkezelése</i> .....	84
	10.4. <i>Önelhanyagolás</i> .....	86
	10.5. <i>Agresszióval összefüggő veszélyhelyzetek kezelése</i> .....	86
	10.6. <i>Lelki és testi komorbiditás</i> .....	86
	10.7. <i>Lélektani krízis</i> .....	87
	10.8. <i>Krízisek és megoldási lehetőségeik a szociális munkás szemével</i> .....	87
<b>III.</b>	<b>ADDIKTOLÓGIA</b> .....	<b>91</b>
11.	ADDIKTOLÓGIA I. ....	91
	11.1. <i>Az addikció – általános megfontolások, a segítség modellje</i> .....	91
	11.2. <i>Az addikció neurobiológiája</i> .....	93
	11.3. <i>A szeraddikcióra hajlamosító tényezők</i> .....	94
	11.4. <i>A segítség folyamata</i> .....	95
12.	ÚJ PSZICHOAKTÍV ANYAGOK ÉS OPIOIDOK .....	97
	12.1. <i>A drogfogyasztásra vonatkozó nemzetközi és hazai adatok, trendek</i> .....	97
	12.2. <i>Új pszichoaktív anyagok elterjedését segítő tényezők</i> .....	99
	12.3. <i>Stimulánsok</i> .....	100
	12.4. <i>Katinonok</i> .....	100
	12.5. <i>Hallucinogének</i> .....	100
	12.6. <i>Ópiátok (opioid receptor- <math>\mu</math>, <math>\delta</math> –<math>\kappa</math> receptor aktivitás serkentők)</i> .....	101
13.	VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK .....	104
	13.1. <i>Az addiktív spektrum</i> .....	104
	13.2. <i>A viselkedészavar klasszifikációja az új diagnosztikai rendszerekben</i> .....	104
	13.3. <i>A viselkedési addikciók köréhez tartozó zavarok</i> .....	105
	13.4. <i>Gondozói vonatkozások</i> .....	111
<b>IV.</b>	<b>KITEKINTÉSEK</b> .....	<b>115</b>
14.	KITEKINTÉS A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS MÚLTJÁRA .....	115
	14.1. <i>Nézőpontok és álláspontok a történelemben</i> .....	115
	14.2. <i>Az intézmény, mint menedék</i> .....	116
	14.3. <i>Közösségi ellátás kezdetei a modern korban</i> .....	116
15.	SZOCIÁLIS KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS ÉS KAPCSOLÓDÁSA A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁSHOZ .....	120
	15.1. <i>Közösségi pszichiátriai gondozás Magyarországon</i> .....	120
	15.2. <i>Közösségi gondozás és rehabilitáció a szociális ellátásban</i> .....	120
	15.3. <i>Felépülés, önségítés, önségítő csoportok</i> .....	123
16.	SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTÉR, STIGMATIZÁCIÓ .....	127
	16.1. <i>A depriváció</i> .....	127
	16.2. <i>Interkulturális ismeretek</i> .....	128

16.3. Stigmatizáció - antistigma .....	129
16.4. A stigma következményei .....	132
17. INTERNET ÉS TELEMEDICINA A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK GONDOZÁSÁBAN .....	134
17.1. Telepszichiátria .....	134
17.2. A hatékonyság evidenciái .....	135
17.3. Szerkesztői megjegyzés .....	136
18. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI.....	138
18.1. A fejlesztés alapvetései .....	138
18.2. Nappali Terápiás Részlegek (NTR) .....	139
18.3. Jövőkép .....	140
<b>V. FÜGGELÉK.....</b>	<b>142</b>
19. TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK JEGYZÉKE .....	142
19.1. Táblázatok összefoglaló jegyzéke és kiegészítő táblázatok.....	142
19.2. Ábrák jegyzéke.....	149
20. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE .....	150
21. SZERZŐK.....	154
<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ÉS UTÓSZÓ .....</b>	<b>155</b>

## ELŐSZÓ

A Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése projekt (EFOP-2.2.0-16-2016-00008) a pszichiátriai gondozás feltételeinek javítását és a hatékonyabb ellátást tűzte ki célul. A program az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) vezetésével a Debreceni Egyetem, a Szegei Tudományegyetem és a Pécsi Tudományegyetem konzorciumi partnerekkel együttműködésben, 4 Mrd Ft forrásból valósul meg. A fejlesztés főbb elemeit az infrastrukturális, eszköz és orvosszakmai fejlesztések képezik. 35 helyszínen történik épületfelújítás, bővítés és új építés. Új gondozók is kialakításra kerülnek Mátészalkán, Kisvárdán és Móron. Szükségletfelmérést követően orvostechnikai, informatikai eszközök, bútorok, pszichodiagnosztikai eszközök, multimédiás eszközök beszerzésére kerül sor 73 helyszínen. A fejlesztés járóbeteg-ellátást érintő részeként kerül elindításra a pszichiátriai gondozóhoz kapcsolt Nappali Terápiás Részleg pilot program, négy helyszínen (Nagykanizsán, Siófokon, Veszprémben, Zalaegerszegen).

Az orvos szakmai fejlesztések célzottan a pszichiátriai gondozóban folyó komplex betegellátást segítő, a szakmai munka színvonalát támogatják. A pszichiátriai járóbeteg ellátásban innovatív fejlesztés a fentiekben már említett, pszichiátriai gondozóhoz integrált, reggeltől délutánig működő Nappali Terápiás Részleg (NTR) pilot kialakítása. Célja, hogy segítse a gondozás folyamatát a pszichiátriai járóbeteg ellátásban új ellátási forma lehetővé tételével. Ily módon lehetővé válik a súlyosabb állapotú betegek szorosabb megfigyelése, intenzívebb terápiája, védett, támogató nappali környezet biztosítása, továbbá lehetőség nyílik a kezelésben való együttműködés elősegítésére, és az állapotnak megfelelő aktivitás támogatására is. Emellett a rehabilitációnak és a szociális készségfejlesztésének hatékony eszköze lehet.

Az orvosszakmai programok további eleme a pszichiátriai gondozók szakembereinek képzése, mely a pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok és a szakdolgozók számára nyújt akk-

reditált továbbképzéseket. A képzések ismeretanyagát is tartalmazó, a pszichiátriai gondozás elméletét és gyakorlatát leíró tematikus oktatási anyag készül, mely a gondozói munka elméletének frissítését, egységesítését célozza.

Az orvosszakmai fejlesztés fontos területe a kockázatbecslés és kezelés módszer alkalmazásának elterjesztése a gondozói gyakorlatban. Ennek érdekében elméleti és gyakorlati ismereteket egyaránt magába foglaló akkreditált képzéseket biztosítunk a pszichiátriai gondozó szakemberei számára, az e célra készített tananyag alapján, melyből tankönyv is készült. A módszer a pszichiátriai betegségek legsúlyosabb következményeinek, így az öngyilkosság, az önsértés, az agresszív magatartás, az önelhanyagolás és az áldozattá válás kockázatainak időben történő felismerését, csökkentését és megelőzését segíti.

Az akkreditált pszichiátriai gondozók kialakításának kialakítása érdekében kerül sor a gondozói akkreditáció eljárási rend szabályainak előkészítésére, az akkreditált gondozó feltételrendszerének és működésének szempontjainak kialakítására az ÁEEK és az érintett egyetemek szakembereinek együttműködésével. Az akkreditált gondozók a tervezet szerint a rezidensképzésben alapvető szerepet játszanak majd. A pszichiáter rezidensképzésben a gondozói tematika hangsúlyosabbá tétele érdekében megújításra kerül a vonatkozó elméleti és gyakorlati modul szakmai tartalma. Ennek érdekében készítettük el az alábbi tananyagot abban a reményben, hogy sikerül növelni a pszichiátriai gondozói tevékenység elismertségét és népszerűségét a jövő szakorvosainak szemében.

Kívánom, hogy segítse Önöket e kiadvány a szakmai ismeretek elsajátításában, nem utolsósorban a szakvizsga sikeres megszerzésében.

Dr. Vandlik Erika

EFOP-2.2.0-16-2016-00008

Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat  
fejlesztése projekt szakmai vezetője

## BEVEZETÉS

Miért jelent kreatív kihívást a gondozói munka? Hogyan lehet a gondozói gyakorlatot optimalizálni? Hogyan válhat a gondozói munka hivatássá? Ezen kérdések mentén szeretnénk a pszichiáter rezidensek érdeklődését felkelteni a pszichiátriai gondozás iránt, ill. segítséget adni a pályakezdésükhöz.

Magyarországon a pszichiátriai betegek túlnyomó többsége a járóbeteg-szakellátás keretei között kerül ellátásra. A járóbeteg-szakellátás stratégiai fontos feladatai ellenére jelenleg mind szervezetében, mind módszertanában heterogén. Fejlesztése a pszichiátriai ellátás megújulásának egyik alapfeltétele, amely megújulás letéteményesei napjaink pszichiátriai rezidensei.

Történetére visszatekintve; a pszichiátriai gondozóhálózat a múlt századelőn Fabinyi Rudolf és Oláh Gusztáv által letett alapok felhasználásával 60-as évek végén, népegészségügyi elvek szerint kezdett szerveződni, és a 70-es években alakult ki az országos lefedettséget mutató gondozóhálózat. Ez az az időszak, amikor Magyarországon különvált a fekvő- és a járóbeteg-ellátás, ami lehetővé tette, hogy a – mai terminológiával élve – „lakóhely közeli ellátás” elterjedjen, ill. minőségei változóként az arra alkalmas gondozókban megjelenjenek a csoport-pszichoterápiás foglalkozások.

A rendszerváltozást követően az új egészségügyi törvény a pszichiátriai ellátást megreformálta és mélyreható változásokat hozott. Paradigmaváltás történt. A korábbi lehetőségek mindinkább követelményekké váltak. A paternalisztikus orvoslás háttérbe szorult, kialakult az átmenet az ellátottak szükségleteit, személyes céljait mindinkább figyelembe vevő, együttműködésükre építő közös döntéshozatal felé. Ezzel egyidejűleg az ellátási stratégiák tervezésénél a költség-hatékonysági szempontok egyre nagyobb súllyal jelennek meg, ami szerencsésen harmonizál a hospitalizáció veszélyeit csökkenteni kívánó igényekkel.

A bio-pszicho-szociális intervenciók térhódításának, a pszichofarmakológia fejlődésének, a közösségi erőforrások tudatos felhasználásának köszönhetően a pszichiátria mindinkább ambuláns dominanciájú szakmává vált. A mentális zavarok döntő részében a befejezett ellátás (definitív ellátás) a járóbeteg szakellátás keretei között megvalósítható, így a krónikus pszichiátriai betegek gondozása mellett egyre nagyobb rész jut a szakrendelői feladatokra. Általánosságban elmondható, hogy a szakrendelői esetszám legalább kétszerese

a gondozói esetszámnak, így pl. 2019-ben 1.075.774 szakrendelési esetszámmra 485.131 gondozási esetszám jutott (NEAK adatbázis).

Az aktív pszichiátriai osztályos felvételt igénylők száma az utóbbi 10 évben harmadával csökkent, 2008-as 81.971 ellátottról 2018-as 51.913 ellátottra (NEAK adatbázis). A legmarkánsabb változás a depresszív szindrómák és a szorongásos kórképek kórházi kezelési számában látható. Depresszív szindrómák 2008-ban 28.593 ellátottról 2019-es 7.551 ellátottra, a szorongásos kórképek esetében a 2008-as 7.057 ellátottról 2019-es 2.641 ellátottra csökkent az aktív kórházi ellátásra szorulóknak száma (NEAK adatbázis).

A járóbeteg-szakellátási igények meghaladják az ellátási kapacitást, ezért a szakdolgozói kompetenciák kiterjesztésével, alapellátási konzultációval, közösségi ellátási formák bevezetésével, családok bevonásával és a szociális ellátórendszerrel való mind kiterjedtebb kapcsolat építésével próbáljuk megoldani a felmerülő problémákat, ami viszont a team számára új készségek elsajátítását teszi szükségessé.

A klinikai gyakorlatok képzési tematikájában a hangsúlyt a dekompenzált állapotba került betegek ellátására, lehetőség szerinti mielőbbi osztályos elbocsátására, lakókörnyezetébe történő re-integrációjának elérésére helyezik. A járóbeteg-szakellátásban a hospitalizációt nem igénylő, de szakellátásra szoruló betegek ellátása mellett a krónikus betegek gyakran élethossziglan történő gondozása, rehabilitációja a feladat, ahol a klinikai gyakorlatban elsajátított ismeretek mellett mindinkább alapkövetelmény a teamben dolgozás, hálózatépítés képessége, valamint a közösségi erőforrások alkalmazása és a rehabilitált betegek, mint tapasztalati szakértők segítőként történő bevonása is. Ezek azok az ismeretek, amelyek a „terepen”, a gondozói munka kapcsán sajátíthatóak el, ami egyben felkészülés is lehet a hivatásként választott gondozói munkára.

Az „EFOP Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztési projekt” nem csak a gondozók működési feltételeinek javítása révén nyújt segítséget, hanem a szemléletbeli heterogenitást képzés segítségével igyekszik csökkenteni.

A Továbbképzési Munkacsoport munkájában a vidéki klinikák (Debrecen, Pécs, Szeged), mint konzorciumi partnerek delegált szakemberei, a Semmelweis Egyetem szakértői, valamint a járóbeteg szakellátásban több évtizedes tapasztalatot



szerzett munkatársak vettek részt a szakorvosi és rezidensi képzési anyagok összeállításában.

A továbbképzési munkacsoport alapvető célja a járóbeteg-szakellátás ismereteinek mind hatékonyabb átadása a pszichiátriai rezidensek számára. A munkacsoport által elkészített szakorvosi, szakdolgozói továbbképzési anyag is ugyanezt a célt szolgálta, hogy akkreditált képzési helyeken egységes szemlélet szerint történjen a gyakorlati oktatás. Természetesen támaszkodtunk az egyes klinikákon elfogadott tankönyvekre, amelyeket egy új szemlélettel, a gondozói nézőpontokat is figyelembe véve egészítettünk ki. Azokat a hasznos gyakorlati ismereteket igyekeztünk összefoglalni, melyek a hétköznapi munka kapcsán felmerülő feladatokat segítenek megoldani.

A könyv alapvetően a pszichiátriai gondozásra fókuszál. Első fejezete a gondozást érintő szabályokat, a gondozó kapcsolatrendszerét, a gondozói team működését járja körül. A második fejezet a gondozás folyamatát, terápiás eszköztárát mutatja be, nem elhallgatva a munka kapcsán felmerülő nehézségeket sem. A harmadik fejezet nem csak a szerfüggőségek aktuális körképét taglalja, hanem kitér a viselkedési addikciókra is. A negyedik fejezet a kitekintésé, ahol a történelmi háttérrel, a példaként szereplő nemzetközi gyakorlatokról, közösségi ellátásról esik szó fontos

partnerünk, a szociális ellátórendszerhez tartozó szociális közösségi pszichiátriai gondozás szemszögéből. Ebben a fejezetben írunk a működésünkre kiható szociokulturális közegről, a stigmatizációról is. Végül a jövőhöz tartozó telemedicina lehetőségei, buktatói, továbbá az előszóban részletezett pszichiátriai és addiktológiai gondozók fejlesztését célzó projekt keretében létrehozandó Nappali Terápiás Részleg rövid ismertetése történik. Befejezésül a jövő gondozója és az optimalizált gondozóhálózat struktúrája kerül bemutatásra.

Könyvünket interaktív alkalmazásokra optimalizáltuk, az élő linkekkel segítjük az olvasót az könnyebb információhoz jutáshoz. Nem feltétlenül folyamatos végig olvasásra szántuk, hanem arra, hogy az egyes, a témában felmerülő kérdéseket segítsen megválaszolni azok számára, akik szeretnének többet tudni a pszichiátriai gondozó működéséről és a kapcsolódó témákról, akár mint érdeklődők, akár olyan kollégák, akik a pszichiátriai gondozóban tervezik szakmai jövőjüket. Bízunk abban, hogy a jövő pszichiátriai gondozó vezetői, a jelen pszichiáter rezidensei haszonnal forgatják kiadványunkat.

Dr. Balczár Lajos  
alprojektvezető

*A könyv elkészülése és megjelenése között eltelt időben már számos változás lépett életbe, ami érintheti a leírtakat is. Ilyen például, hogy küszöbön áll a BNO legfrissebb kiadásának megjelenése (2022-től lép életbe), illetve, hogy a 2021. januárban kezdődő egészségügyi ellátórendszer átalakulásai érinthetik a járóbetegellátás rendszerét, így a gondozókat is.*

*Gyakorlati jellegű megfontolásokat és szakmai munkához szükséges elméleti anyagokat is egyaránt tartalmaz e kiadvány, az adott keretek miatt sajnos mindkettőt a teljesség igénye nélkül. Bár a pályázat erre már nem terjed ki, de célszerű lenne pár éven belül egy következő verzió kiadása, vagy a jelenlegi aktualizálása, amelyben már gyakorlatiasabb irány felé lehetne elmozdulni és a közeljövőben életbe lépő változások is megjelenhetnének benne.*

## I. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ MŰKÖDÉSE

### 1. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ MŰKÖDÉSÉNEK JOGSZABÁLYI KÖRNYEZETE, TÁRGYI-ÉS SZEMÉLYI FELTÉTELEI

MEDGYASZAI MELINDA, BALCZÁR LAJOS

*Magyarországon az egészségügyi ellátó rendszer szigorúan szabályozott, mely szabályozás központjában a betegbiztonság áll. Épp ezért a részvevő szolgáltatások úgy minőségi, mint mennyiségi szempontból megfelelő tárgyi és személyi feltételekkel, s ennek tanúsítása után hatósági működési engedéllyel kell, hogy rendelkezzenek. Ezen belül a közfinanszírozott ellátások külön jogszabályi előírások szerint zárt körben kerülnek befogadásra, támogatásra. Az egészségügyi ellátórendszer alap-, járó- és fekvőbetegszakellátásból épül fel, melyek különböző finanszírozási technikákkal jutnak forráshoz a költségvetés keretei között.*

#### 1.1. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás alapelvei

A fejlett országokban az egészségügyi ellátás szabályozásának központjában a betegbiztonság áll. Aki egészségügyi szolgáltatást kíván nyújtani, annak garantálnia kell azokat a személyi és tárgyi feltételeket úgy mennyiségében, mint minőségében, melyek biztosítják az ellátás minőségét.

Mivel az egészség nagy érték, ezért az egészségügyi dolgozók képzése szigorúan szabályozott. Bár az Európai Unió tagállamai szabadon határozzák meg az egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályait, ennek körében a közfinanszírozás keretében erre fordított forrást is, az oktatás tartalma, a kurikulum akkreditációs rendszerek alapján biztosított. Hasonlóképpen általános és alapvető előírás számunkra az élethossziglan való tanulás is, hiszen a megszerzett tudást folyamatosan bővíteni kell az új felfedezésekkel, eszközökkel, valamint kirostálni az evidenciák tükrében immár haszontalannak bizonyult eljárásokat.

Az egészségügyi ellátás nyújtása Magyarországon szigorúan engedélyhez kötött tevékenység. Az engedélyező hatóság **kérelemre induló eljárásában megvizsgálja a rendelkezésre álló feltételeket**, s amennyiben az megfelel a jogszabályban rögzített minimálisan kötelező feltételeknek úgy tárgyi, mint személyi feltételek tekintetében, akkor az engedélyt megadja. Az egészségügyi ellátást kizárólag az engedélyben foglaltaknak megfelelően szabad folytatni, az esetleges változások bejelentésre kötelezettek. A betegbiztonság érdekében **a szolgáltatások felelősségbiztosítás megkötésére is kötelezettek** – de a hamis biztonságérzet célszerű elkerülni, mivel ezek a biztosítások **nem nyújtanak teljes körű védelmet**. Hibát mindenki követhet és követ is el, de a betegellátás fo-

lyamatának szabályos dokumentálása, **a minőségbiztosítási rendszerek bevezetése és működtetése** a jogi felelősségre vonás megelőzése szempontjából alapvető fontosságú.

Az egészségügyi ellátáson belül meg kell különböztetnünk az ún. **közfinanszírozott ellátásokat**. Az Európai Unió államainak esetében általános, hogy a lakosság egészségügyi ellátása a közadójából, vagy járulékából a közhatalom (legyen az állam vagy valamilyen szintű önkormányzat) által finanszírozott. Az egészségügyi ellátás rendszere úgy épül fel, hogy a betegek számára egyenlő hozzáférést biztosítson, s a szükséges ellátás a beteghez a lehető legközelebb, a lehető legkisebb erőforrás ráfordítással, azaz a leghatékonyabban történjen meg – legalábbis elméletben.

A közfinanszírozott ellátásról Magyarországon az állam gondoskodik. A közfinanszírozott ellátás összetételéről, az egyes szolgáltatók kapacitásáról, az általuk elszámolható maximális teljesítményről (TVK: teljesítmény volumen korlát), ill. új szolgáltatók, vagy szolgáltatások befogadásáról az állam egészségügyi és közgazdasági szakmai szempontok figyelembevételével, részletes jogszabályi előírások alapján, kijelölt képviselői által dönt.

Az ellátórendszer – tekintettel az orvostudomány exponenciális fejlődésére – nem képes a páciensek igényeit kielégíteni sehol a világon, ezért **kizárólag a mérlegelt szükségletek kielégítése jöhet szóba a rendelkezésre álló források tükrében**. A finanszírozási technikák, szerződések és az ezeken alapuló ellenőrzések egyaránt a forrásfelhasználás hatékonyságát, a költségek kézben tartását szolgálják, nyilván ezzel egyidejűleg megkötik az egészségügyi dolgozók kezét és korlátozzák az

egyes betegek hozzáférési lehetőségeit. A rendszerváltást megelőzően a szolgáltatásokat az állam bázisfinanszírozás formájában nyújtotta, azaz az előző évi adatok, valamint a tervezett fejlesztések mentén biztosította a következő évi összegeket, tekintet nélkül az ellátás tényleges minőségére és mennyiségére. Ezen akart a mindenkori egészségügyi kormányzat változtatni a kilencvenes éveket

## 1.2. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás rendszere

Minden egészségügyi ellátó rendszer alapja – nevéből adódóan – az **alapellátás**. A **házi orvos** a pácienshez, családhoz legközelebb álló személy, aki – a jogszabályi, szakmai előírások és elméleti alapok szerint – a páciens egészség-menedzsere, aki egyrészt az ő érdekében *primer és szekunder prevenciós tevékenységeket* végez, további szűréseket indikál, betegség esetén *gyógyít, konzultációt kér* szükség szerint szakorvos kollégáktól, ill. a beteget a szükséges *diagnosztikus és terápiás beavatkozásokra beutalja*. A házi orvosi szolgálatok finanszírozása ún. kártyapénz alapú, azaz a hozzá bejelentkezett biztosítottak számával arányos, egyéb költségigényeknek megfelelően differenciált (pl. több település, több rendelő, beteg kora stb.). Az alapellátáshoz tartoznak még a hasonlóképpen teljesítményalapon finanszírozott **fogorvosi szolgálatok**, valamint a bázis alapon finanszírozott **védőnői szolgálatok**. Itt említendő meg a mentés, mely állami feladat és az **Országos Mentőszolgálat (OMSZ)**, mint állami szerv keretében ellátott, ill. a betegszállítás, mely a szállítás minőségi és mennyiségi adatai alapján finanszírozott. A *foglalkozási egészségügyi* szolgálatok finanszírozására Magyarországon a munkáltatók kötelezettek az ellátott munkavállalók száma, ill. a munkakör veszélyessége alapján meghatározott mértékben.

A **járóbeteg-szakellátás** körébe számos, egymástól jelentősen eltérő tevékenység tartozik, bár finanszírozásuk számos részletszabálytól eltekintve nagyon hasonló: nevezetesen az adott elszámolható tevékenységhez tartozó pontszám alapján történik. E körbe tartoznak a rövid diagnosztikus, ill. terápiás beavatkozást nyújtó **szakrendelések**, a jellemzően speciális fekvőbeteg szakellátási háttérhez kötődő **szakambulanciák**, valamint a jelen témánk szempontjából kiemelten fontos **gondozók**. Ide tartozik az *otthoni szakápolási szolgáltatás* is, melyre akkor van lehetőség, ha a tevékenység kórházi ápolást vált ki az általa biztosított szakápolási tevékenység pl. sebkezelés,

követően, miközben a pénzügyi kormányzat a költségek kézben tartását tartja értelemeszerűen elsődlegesnek. E kölcsönhatásban alakultak ki az egyes technikák, keretek, s jelenik meg az ágazat szereplőinek tényleges súlya a mindenkori költségvetés kemény számaiban.

gyógytorna által. A *művese kezeléseket* végző dialízis állomás finanszírozása is tevékenységüknek megfelelő mennyiségi és minőségi adatok alapján történik.

Az ideális házi orvos tevékenységéhez áll közel a gondozó orvos, a *gondozó szerepe*, aki egy adott speciális betegségben szenvedő, általa gondozott páciens életének minden releváns elemét figyelembe véve, a páciens legjobb, leghatékonyabb ellátásáról gondoskodik. A gondozás egyik legfontosabb eleme, hogy a *páciens nem kényszerül lakóköznyezetére elhagyására*, mely a forrásfelhasználás leghatékonyabb, s emellett legbiztonságosabb módja, miközben magában hordozza a visszaesés időben történő megelőzését is.

A **fekvőbeteg-szakellátás** szerepe és tartalma a XXI. századra jelentősen megváltozott, de a régi beidegződések tovább élnek. A magyarországi ellátórendszer még mindig fejnehéz, azaz **kórház-központú**, miközben a legtöbb ellátás már a járóbetegszakellátás keretében, ill. *egy napos ellátásban* biztosítható lenne, a megfelelő háttérfeltételek - úm. megfelelő otthoni szakápolási, betegszállítási kapacitás, szociális védőháló, házi ápolás stb. - esetén. A fekvőbeteg-szakellátásban szakmailag ellátandó esetek körébe akut, aktív, rehabilitációs, krónikus és hospice ellátások tartoznak.

**Akut ellátásra** első lépcsőként a sürgősségi osztályok szolgálnak, melyekre elméletileg akkor lenne szükség, ha a hirtelen fellépő állapot, ill. a rövid időn belüli ellátás elmaradása az életet, egészséget közvetlenül veszélyeztetni. Sajnálatos módon ezek igénybevétele különböző okok, elsősorban az egészségügyi ismeretek hiánya miatt feleslegesen történik, így a valós sürgős esetek megfelelő időben történő ellátása késedelmet szenved.

**Aktív ellátásról** akkor beszélünk, ha a diagnosztikus, ill. terápiás beavatkozás kórházi tartózkodást igényel, például nagyobb műtétek esetében. A **rehabilitációs ellátás** gondoskodik a készségek helyreállításáról balesetek, betegségek, műtéti ellátások stb. után. A **hospice ellátás** a súlyos

beteg ellátására szolgál, mely esetben az ellátás célja nem az élet megmentése, hanem a lehető legjobb életminőség fenntartása. A fekvőbeteg-szakellátásban a gyakorlatban – különösen a kró-

nikus, utókezelő ellátási formákban – *számos szociális elem jelenik meg*, hiszen a páciensek lakókörnyezete, a járóbeteg szakellátások elérhetősége, a higiénés viszonyok, valamint a páciens személyisége, családja jelentős befolyással bír.

### 1.3. Az egészségügyi ellátás és finanszírozás jogszabályi háttere

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 96/2003. Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
- 60/2003. ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 18/2007. EüM rendelet az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről
- 2/2004. (XI.17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről
- 29/2015. Korm. rendelet az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központról
- 23/2012. ESzCsM rendeletet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok szakmai továbbképzéséről
- 1997 évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv)
- 217/1997 Kormányrendelet az Ebtv végrehajtásáról
- 43/1999 Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 9/1993 NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 9/2012. NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevetel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról
- 10/2012. NEFMI rendelet a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap (EA) terhére finanszírozható homogén betegség-csoportok kódolási és besorolási szabályairól
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (Tv)
- 337/2008. (XII. 30.) Kormányrendelet a Tv. végrehajtásáról

### 1.4. A pszichiátriai gondozó működési engedélye

A pszichiátriai betegséggel élőkkel az egészségügyi és a szociális szféra foglalkozik. Az egészségügyi ellátórendszeren belül a pszichiátriai gondozás a járóbeteg szakellátáshoz, azon belül a speciális járóbeteg-szakellátáshoz tartozik, mint speciális pszichiátriai gondozási tevékenység. A Pszichiátriai Gondozó **működési engedélyét** az Állami Egészségügyi és Ellátó Központ (ÁEEK) fenntartású intézmény esetén a **Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztálya**, önkormányzati fenntartású és vállalkozási formában működtetett gondozók esetén a **Járási Hivatal Népegészségügyi Osztálya** adja ki (1. táblázat).

#### A gondozónak meg kell felelnie:

- rendelő minimumfeltételének,
- pszichiátriai gondozó minimumfeltételének.
- A pszichiátriai gondozói tevékenységet és a vonatkozó minimum feltételeket a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet határozza meg. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet alapján a működési engedély kiadására és az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának ellenőrzésére jogosult egészségügyi államigazgatási szerv a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala, vagy az országos tisztifőorvos:
- ellenőrzi az alkalmazottak eü. szakképesítésének és nyilvántartásának érvényességét,
- szabályozza a területi ellátási kötelezettséget,
- szabályozza a rendelési időt.

**A működési engedély kiadásának alapjául szolgáló ellátási formák**

KÓD	ELLÁTÁSI FORMA CSOPORT	ELLÁTÁSI FORMA NÉV
J1	járóbeteg szakellátás	szakrendelés
J7	járóbeteg szakellátás	gondozás
SZAKMAKÓD		
<b>1800</b>		pszichiátria
<b>1805</b>		pszichoterápia
<b>1801</b>		addiktológia

A működési engedély tehát tartalmazza az **ellátási területet**, az **ellátási formát**, a **szakmakódot**, a **rendelések számát** és rendelésenként a **szakorvosi és nem szakorvosi óraszámot**.

A pszichiátriai gondozó a fenntartó szempontjából jelenleg alapvetően háromféle formában működhet:

- ÁEEK fenntartású,
- önkormányzati fenntartású,
- vállalkozási formában.

Mindhárom fenntartási formának vannak előnyei és hátrányai. A méretből adódó biztonság ára a rugalmatlanság, az intézményi érdekekhez igazodó ellátási stratégia és a közalkalmazotti bérek. A lejelentett teljesítmények alapján a nagyobb intézmények járóbeteg szakellátása egyben kapja a finanszírozást, így intézményi döntés határozza meg az ellátó egységek közötti elosztás mértékét.

## 1.5. Pszichiátriai gondozói tevékenység rendeleti meghatározása

### 1.5.1. Definíció

**A pszichiátriai gondozás az a tevékenység, amelynek során a pszichiáter szakorvos által vezetett munkacsoport a meghatározott területen élő, hosszan tartó pszichiátriai betegségekben szenvedők folyamatos észlelését és gyógyítását végzi, és**

**a betegség teljes folyamatában a rehabilitációjukat segíti.**

A gondozás a gondozó intézetben, a beteg családi és lakókörnyezetében, saját életterében, adott esetben az otthonában történik.

### 1.5.2. Az ellátás általános feltételei

A gondozást a pszichiátria szakterületének különböző szintjein team munkában, az ellátandó feladat függvényében kell végezni.

A gondozást végző munkacsoport tagjai szakorvosok, klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusok, szakképzett gondozónők, rezidensek és további munkatársak.

**A gondozás a mentális zavarok közül az alábbi betegségcsoportokra terjed ki:**

- Szkizofrénia és paranoid zavarok (F 20-29),
- Affektív zavarok (F 30-39),
- Organikus mentális zavarok (F 00-09),
- Személyiségzavarok, kényszeres zavarok, étkezési zavarok súlyosabb formái (F 60-69, 42, 50),
- Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F 10-19), - ahol addiktológiai szakrendelés vagy gondozó nem működik.

### 1.5.3. A gondozáson kívül végzett egyéb tevékenységek

- Szakorvosi konzíliumok adása,
- Szakvélemények adása hatóságok (gyámhatóság, bíróság, rendőrség, rehabilitációs hatóság) felkérésére,
- Veszélyeztető magatartású beteg esetében a kezelésre kötelezési eljárás kezdeményezése.

## 1.6. Minimumfeltételek

2. táblázat

**Speciális gondozási tevékenység minimumfeltételei**

SZEMÉLYI FELTÉTELEK	
Pszichiátria szakorvos a terület nagyságától függően 40.000 lakosra (legalább)	1
Segítő foglalkozású diplomás a terület nagyságától függően 100.000 lakosra (klinikai és mentál-higiéniái szakpszichológus/pszichológus, gyógypedagógus, szociális munkás)	3
Pszichiátriai szakápoló/gonozó 100.000 lakosra	4
Jogász	EK
TÁRGYI FELTÉTELEK	
A rendelő általános feltételei	X
Szoba a diplomás segítők részére (a létszámtól függően)	X
Személyi számítógép megfelelő (gonozói vagy szakrendelői) programmal +nyomtatóval	X
Telefon+fax	X
Internet hozzáférés	EL
Csoportszoba	1
Pszichodiagnosztikai eszközök	X
Beteglátogatáshoz személygépkocsi biztosítása, vagy a beteglátogatás költségeinek megtérítése (közösségi közlekedés, saját gépkocsi használat)	EL
SPECIÁLIS DIAGNOSZTIKAI ÉS SZAKMAI HÁTTÉR	
EKG	EK
Radiológia	EK
Nukleáris medicina	EK
Egyéb szükséges diagnosztikai és szakorvosi konzíliumi háttér	EK

EK: elérhető intézményen kívül, X: szükséges; EL: elérhető intézményen belül

A pszichiátriai gonozókkal a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)** köt finanszírozási szerződést az egészségügyi államigazgatási

szerv részéről kiállított működési engedély alapján. A speciális gondozási tevékenység végzésének minimumfeltételei jogszabályban rögzített (60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet)<sup>1</sup>(2. táblázat).

## 1.7. Társadalombiztosító által finanszírozott beavatkozások kapcsán használt kódok

- **BNO** (Betegségek Nemzetközi Osztályozása)<sup>2</sup>
- **OENO** (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása)<sup>3</sup>
- **HGK** (Homogén Gonozói gyűjtő Kód)<sup>4</sup>
- **TVK** (Teljesítményvolumen Korlát)

Az elszámolás alapja az ellátott diagnóza, amit a Betegségek Nemzetközi Osztályozása alapján adunk meg. Az OENO kódrendszer a járóbeteg-szakellátásban elszámolható vizsgálati és beavatkozási tevékenységek listája, amit elsősorban a

<sup>1</sup> MAGYAR KÖZLÖNY, 2010. évi 47. szám 12289. o.

<sup>2</sup> <http://www.orvosok.hu/bno-kod-kereso/F00-F99> (elérve: 2020.08.31.)

<sup>3</sup> <http://finanszirozaz.oep.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1> (elérve: 2020.08.31.)

<sup>4</sup> [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/957/fajlok/gonozoi\\_tajekoztatás\\_20111027\\_3.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/957/fajlok/gonozoi_tajekoztatás_20111027_3.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

pénzügyi elszámolás, másodsorban a betegdokumentáció és a szakmai adatgyűjtés céljára használnak. 2011-től a gondozási eseményeknél alkalmazható a homogén gondozói gyűjtőkód, ami egy gondozási esemény finanszírozására használható.

2004-ben vezették be a TVK-t, ami a járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatónként, éves szinten,

havi bontásban meghatározott, *elszámolható teljesítmény mennyiségét* határozza meg. A társadalombiztosító használja a korábbi szakmakódokat, így a publikus adatbázisukban a járóbeteg-szakellátási struktúra ez alapján kerül feldolgozásra (3. táblázat).

3. táblázat

Társadalombiztosító szakmai kódjai

SZAKRENDELÉS		GONDOZÁS	
Szakmakód	Szakmanév	Szakmakód	Szakmanév
1800	Pszichiátria	Q18	Pszichiátria
1801	Addiktológia	Q41	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria
1804	Pszichiátriai rehabilitáció	Q43	Alkoholológia (pszichiátriai szakfeladat)
1805	Pszichoterápia (szakorvosi)	Q44	Drogbetegellátás
2300	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	Q45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)
7100	Általános pszichológia		
7101	Klinikai szakpszichológia		
7102	Gyermekpszichológia		
7104	Pszichoterápia		

## 1.8. OENO és HGK kódolás

### 1.8.1. OENO kód

A NEAK honlapján érhető el a mindenkori érvényes OENO szabálykönyv<sup>5</sup>, ami tartalmazza a beavatkozási kódokat és a kódok használatának szabályait. Az ellátások finanszírozása a hatályos OENO törzslistában szereplő beavatkozásokhoz rendelt pontértékek alapján történik.

**Egy ellátási eset kapcsán több beavatkozás is kódolható**, de ügyelni kell arra, hogy egyes beavatkozások:

- együttesen nem alkalmazhatóak (kizárási listák),
- szakképesítéshez kötöttek,
- meghatározott időszakon belül nem ismételvek,
- időtartamuk meghatározott (bele kell férniük a rendelési időbe).

Ezeket az információkat a kódkönyvnek az egyes OENO kódokról szóló leírásai tartalmazzák.

### 1.8.2. HGK kód

2005-től a gondozóintézeti finanszírozást a fix finanszírozásról a teljesítményfinanszírozás irányába kezdték korrigálni. Évről évre csökken a fix finanszírozási elemek száma, amit teljesítményfinanszírozási résszel, majd később TVK növekménnyel kompenzáltak. 2010-ben egy **homogén betegségcsoportokhoz (HBCs)** hasonló finanszírozási forma bevezetésére tettek kísérletet, melynek kialakításában a gondozói egyesületek munkatársai, majd a pilot programban az ország különböző

részén működő gondozók vettek részt. 2011-ben ezt a próbálkozást elvetették, és bevezették a **homogén gondozói gyűjtőkódot, a HGK-t**. A gondozók egy gondozói szakellátás kapcsán egy HGK-t jelenthetnek elszámolásra. A HGK magába foglalja az orvosi vizsgálatot, az orvosi kontroll vizsgálatot, a gondozási stratégia felállítását, a gondozói szak-

<sup>5</sup> <http://finanszirozás.oep.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1> (elérve: 2020. 08. 31.)

ellátás jogszabályoknak megfelelő dokumentálását, valamint a további gondozási szakellátás lépéseit.

A HGK a 9/1993.(IV.2.) NM rendelet 2. számú mellékletében foglalt kódokkal – szakmai kompetencia fennállása esetén – **együttesen is jelenthető**.

A homogén gondozói kód mellett **nem jelenthető** a 9/1993.(IV. 2.) NM rendelet 15. sz. melléklete szerinti, táblázatokban közölt „G” jelzéssel ellátott kódok.

**Nem jelenthető** a gondozói gyűjtő kód mellett azok a hatályos járó OENO kódok, amelyek a R. a 15. számú mellékletében is szerepelnek „J” jelzéssel.

## 1.9. Vényírás

### 1.9.1. A társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek rendelése

A pszichiátriai gondozóban alkalmazott terápia meghatározó része a farmakoterápia. A vényírás szabályai között elsődleges, hogy az adott készítményt a forgalombahozatali engedélyében jóváhagyott **alkalmazási előírás**ának megfelelően rendeljük. A társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek listája a NEAK honlapján

érhető el.<sup>6</sup> Különös gondot kell fordítani az emelt és kiemelt támogatással rendelhető készítmények felírására, ahol a társadalombiztosító külön szabályozza, hogy mely indikációs körben, mely készítmények, milyen szakképesítéssel és mely munkahelyről rendelhetőek, javasolhatóak.<sup>7</sup>

### 1.9.2. Szkizofrénia farmakoterápiájának NEAK-os szabályozása

A 13/2009. (IV.22.) EüM rendelet felhatalmazása alapján az akkori Országos Egészségbiztosítási Pénztár (jelenleg NEAK), a szkizofrénia esetén alkalmazandó farmakoterápiát szakmai egyeztetés lefolytatását követően kialakított protokollban írta le, melyet a 31/2010. (V. 13.) EüM rendelet „30. melléklete”<sup>8</sup>tartalmaz „A szkizofrénia anti-

*pszichotikus gyógyszeres kezelésének finanszírozási eljárásrendje*” címen.

A bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról szóló szakmai irányelv 2016.09.05.-én jelent meg (2016 EüK. 14. sz).

### 1.9.3. Szakorvosi javaslat támogatással történő gyógyszerrendeléshez

A pszichiátriai járóbeteg-szakellátásban működő szakorvosnak lehetősége van arra, hogy az alapellátás számára az emelt és kiemelt támogatással rendelhető készítmények felírásáról szóló szabályozásban rögzítetteknek megfelelően az

adott hatóanyagra legfeljebb egy évre szóló javaslatot adjon. Az ehhez szükséges formanyomtatvány a NEAK honlap *„Szakmának > Gyógyszer/Gyógyászati segédeszköz/Gyógyfürdő támogatások > Egészségügyi szakembereknek > Eü. ponton rendelkezés”* útvonalon érhető el.

## 1.10. Pszichoterápia a pszichiátriai gondozóban

A pszichiátriai gondozóban végzett pszichoterápiás tevékenység esetén is a *pszichoterápiás módszerek szakmai protokollja* szerint kell eljárni. A protokoll leírja, hogy az egészségügyi törvény szerint a pszichoterápia megkezdése előtt orvosi vizsgálat szükséges, tehát a gondozóban a pszichoterápia *szakorvosi indikáció alapján* történik. A szakmai protokoll szól a *pszichoterápiás szu-*

*pervizióról*, tartalmazza a fogalmi meghatározásokat, részletesen bemutatja az egyes tevékenységek leírásának sémáját, továbbá tartalmazza a pszichoterápiás eljárások indikációs körét a BNO-10 diagnosztikus kategóriái alapján, és a pszichoterápiás rendelő kialakításának minimum feltételeit.

A pszichiátriai gondozóban történő pszichoterápiát a társadalombiztosító finanszírozza.

<sup>6</sup>[http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/gyogyszer\\_segedeszkoz\\_gyogyfuro\\_tamogatas/gyogyszer\\_tamogatas](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatas/gyogyszer_tamogatas) (elérve: 2020.08.31.)

<sup>7</sup> [http://www.neak.gov.hu/data/cms1019211/EU\\_tamogatasi\\_lista\\_2018\\_03\\_01.pdf](http://www.neak.gov.hu/data/cms1019211/EU_tamogatasi_lista_2018_03_01.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

<sup>8</sup> [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=131312.317640](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=131312.317640) (elérve: 2020.08.31.)



Az ellátott a terápiáért nem fizet. A NEAK a finanszírozáshoz szükséges OENO kódok között szerepelteti az alkalmazandó beavatkozási kódokat, továbbá szabályozza a pszichoterápiához szükséges szakképesítést, és meghatározza az adott ülés időtartamát. Ugyanakkor az egyéb feltételeket – mint ahogy ezt a gyógyszereknél láttuk –, az alkalmazási kört – milyen indikációs körben, milyen terápiát, ilyen időtartamban – nem szabályozza (4. táblázat).

A gondozók tevékenységét érintő egyéb kérdéseket, úgymint:

- szakvélemények adása,
- kapcsolat más intézményekkel,
- jogi kérdések.

Mint látható, a gondozói munkát több, bonyolult szabályhoz igazodva végezzük. Ezen szabályok részletes kibontása nem lehetett célunk, de reményeink szerint a szabályok közötti eligazodásban, az elérhetőségek megmutatásában segítséget tudunk nyújtani.

4. táblázat

**Pszichoterápiák esetén használt OENO kódok**

KÓD	MEGNEVEZÉS	IDŐTARTAM
96023 – 25	Alap pszichoterápiás ülés	rövid – középhosszú – hosszú
96026 – 28	Pszichoterápiás ülés	rövid – középhosszú – hosszú
96029 – 31	Szakpszichoterápiás ülés	rövid – középhosszú – hosszú
96032 – 36	Csoportterápiák	
96421 – 23	Családterápiák	

*Forrás: NEAK hatályos OENO kódlista*

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mik az egészségügyi ellátási tevékenység feltételei Magyarországon?
- ▶ Mi jellemző a közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra?
- ▶ Milyen szintekből és elemekből épül fel az egészségügyi ellátás rendszere?
- ▶ Milyen kódolások szükségesek a finanszírozáshoz?
- ▶ Milyen szabályozásai vannak a vényírásnak?
- ▶ Hogyan szabályozza a NEAK a farmakoterápiát?
- ▶ Milyen szabályok határozzák meg a pszichiátriai gondozóban történő pszichoterápiát?

## Forrás

Magyar Közlöny <http://www.kozlonyok.hu> (elérve: 2020.08.31.)

2010. évi 47. szám 12288.-12289. o. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK10047.pdf> (elérve: 2020.08.31.)

NEAK honlap: <http://www.neak.gov.hu/> (elérve: 2020.08.31.)

Nemzeti Jogszabálytár <http://njt.hu> (elérve: 2020.08.31.)

31/2010. (V. 13.) EüM rendelet 30. melléklete: A szkizofrénia antipszichotikus gyógyszeres kezelésének finanszírozási eljárásrendje [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=131312.317640](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=131312.317640) (elérve: 2020.08.31.)

OENO szabálykönyv <http://finanszirozazas.oep.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1> (elérve: 2020.08.31.)

<https://e-egeszsegugy.gov.hu/jogszabalyok> (elérve: 2020.08.31.)

<http://www.meszk.hu/info.aspx?sp=300> (elérve: 2020.08.31.)

## 2. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ FELADATAI, JOGI-, HATÓSÁGI ÉS IGAZSÁGÜGYI VONATKOZÁSOK

CSOMÓS ANDRÁS

*Ez a fejezet a pszichiátriai gondozás, mint egészségügyi ellátás jogi kereteit taglalja, beleértve a betegjogokat, ezen jogok korlátozottságára vagy hiányára is rámutatva. A vonatkozó törvényi jogosultságok alapján áttekinti az adatkezelési tudnivalókat, valamint kitér a pszichiátriai gondozó hatósági jogkörének tartalmára is. A gondnokság alá helyezési eljárások megindítása során felmerülő pszichiátriai gondozói feladatok sajátosságai is itt olvashatóak.*

A vonatkozó jogszabályok aktuális változata az MPT honlapján<sup>9</sup> is elérhető. Az ellátásra vonatkozó joghelyek az 1997. évi CLIV (Eü.) törvényben találhatóak.

### 2.1. Az egészségügyi ellátás, mint szolgáltatás

Alapvetően ez egy szolgáltató-ügyfél jellegű viszony. (Kivéve: ha hatósági eljárás van, pl. járványügy, kötelező ellátások, ezeket jogszabályok írják elő.)

A pszichiátriai ellátás során is az alaphelyzet: van **ügyfél** (ez a páciens) és van **szolgáltató** (ez az orvos, egyéb eü. személyzet.) Az **ügyfél kívánása szabja meg a szolgáltató kereteit is**. Vagyis: *alaphelyzetben nem terjeszkedhetek túl azon, amit a páciens óhajt*. Ugyanakkor: tájékoztatom arról, hogy milyen kockázatok, lehetőségek vannak, ha azt veszi igénybe, amit kér. Ez a szolgáltató előírt szakmaisága. Másik oldalról: **ha olyat kér a páciens, ami meghaladja a szakmai kompetenciánkat, ártalmas vagy jogellenes, azt nem teljesíthetem**. Nem veheti át az ügyfél a szolgáltató szakmai felelősségét (még akkor sem, ha megfizeti). (Ez hasonló a bírósági eljárások során alkalmazott „vádhoz kötöttség” elvéhez, a bíró nem hozhat olyan ítéletet, ami meghaladja a keresetlevélben foglaltakat. Ha mégis ez tűnne indokoltnak, módosítani kell az indítványt. Itt a páciens is módosíthatja a kérését, ha meghallgatta a tájékoztatást.)

Fontos, hogy az orvosi beavatkozást, ténykedést az Eü. tv. szerint *minden esetben személyes vizsgálatnak kell megelőznie*.

Szintén az Eü. tv. mondja ki, hogy „minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy a pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint **családi, illető-**

**leg lakókörnyezetében**, (történjen).” Fontos fokmérője szakmailag is a pszichiátriai gondozás hatékonyságának a hospitalizációs ráta.

Azonban: csakúgy, mint a gyermekgyógyászatban, *az ellátást kérő ügyfél és a kezelendő páciens gyakran nem egy személy, hanem kettő*. (A szülő viszi a beteg gyermekét orvoshoz, nem magától megy a gyerek.)

**Milyen esetekben térhetünk el a páciens óhajától, akár egy harmadik személy kérésére?**

Amennyiben a páciens közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. Ezekben az esetekben (melyet bármely orvos megállapíthat) a páciens tiltakozása ellenére is mód van (akár karhatalmi közreműködéssel is) az egészségügyi ellátást fogantatósítani.

Amennyiben a páciens az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása ügycsoportban cselekvőképességet (legalább részlegesen) korlátozó gondnokság alatt áll. Ebben az esetben **releváns a jelen lévő gondnok szándéka** (vagyis ő válik ügyfélle). Ha nem egyeznek meg, akkor elvileg a gyámhivatal dolga eldönteni a kettejük (a gondnokolt és a gondnoka) közti vitát. Természetesen, ha az ellátás megtagadása közvetlen veszélyeztető állapotot eredményez, akkor az előző pont lép hatályba. Minden egyéb esetben azonban az adott helyzetben döntési joggal bíró „ügyfél” szándéka képezheti az ellátás alapját.

<sup>9</sup> <http://www.mptpszichiatria.hu/info.aspx?sp=11> (elérve:2020.08.10)

### 2.1.1. A gondozás (szakellátás) feltételei jogi szempontból

A külön rendeletben felsorolt betegségek vizsgálása esetén a páciens a pszichiátriai gondozó szakorvosa döntése alapján *gondozásba veheti*.

#### 13/2010. (III. 31.) EüM rendelet

A gondozás a mentális zavarok közül az alábbi betegségecsoportokra terjed ki:

- Szkizofrénia és paranoid zavarok (F 20-29),
- Affektív zavarok (F 30-39),
- Organikus mentális zavarok (F 00-09),
- Személyiségzavarok, kényszeres zavarok, étkezési zavarok súlyosabb formái (F 60-69, 42, 50),
- Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F 10-19) - ahol addiktológiai szakrendelés vagy gondozó nem működik.

### 2.1.2. Adatkezelés, adatvédelem

Az egészségügyi ellátás során keletkezett egészségügyi adatokat az Eü. tv., ill. a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok alapján kell kezelni. Az adathordozó *dokumentáció* (pl. kórlap, betegkárton, számítógépes memória) *az ellátóé, azt a beteg nem kaphatja meg. Az adattartalom azonban a betegé, azt megismerheti, arról – saját költségén – másolatot készíthet.* (Az ellátásról azonban leletet kapnia kell: kezelőlap, ambuláns lap, zárójelentés stb. Ennek kiadása nem korlátozható, és első alkalommal ingyenes.) Nem adhat viszont adattörlesztésre utasítást (az ilyen utasítása nem vehető figyelembe). *Olyan esetekben, amikor a megismerhető adatok más személyek adatait is tartalmazzák, az adatközlés az orvos döntése alapján a beteg számára megtagadható* (pl. heteroanamnézis az anyagban). Ugyancsak megtagadható az adatok kiadása, ha az a beteg egészségét veszélyeztetné, vagy mások személyiségi jogait sértené.

**Harmadik fél részére** csak a *külön jogszabályban taglalt hatósági eljárások* (ezek jellemzően bírósági vagy rendőrségi eljárások) *lehet a beteg adatokat kiadni.* Itt a kérelmező köteles megjelölni, hogy milyen jogszabály alapján kéri a tájékoztatást. A betegadat kiadására csak az egészségügyi intézmény erre felhatalmazott dolgozója jogosult (általában magasabb vezető). Ezen kívül a betegadat csak a cselekvőképtelen vagy az egészségügyi ellátással kapcsolatos ügycsoportok vonatkozásában részlegesen korlátozott cselekvőképességű beteg gondnoka részére adhatók ki a beteg hozzájárulása nélkül. (Pszichiátriai szempontból az akut cselekvőképtelen állapot a járóbeteg-ellátásban gyakorlatilag nem fordul elő, így az

ennek tényét a beteggel elég közölni, a ráutaló magatartás beleegyezésnek minősül. Nem szükséges erről írásban is tájékoztatni. (Vagyis: a pszichiátriai gondozás *szakmai megítélés kérdése*, nem egyezés. Ebben a tekintetben lényeges különbség van e között és a közösségi – szociális – gondozás szolgáltatás igénybevétele között, ugyanis ez utóbbit csak olyan klienseknek lehet nyújtani, akivel formális szerződést kötött a szolgáltató.) Amennyiben a pszichiátriai (egészségügyi) gondozás feltételei nem állnak fenn, akkor a szakorvos döntése alapján a gondozást is meg lehet szüntetni.

erre vonatkozó jogszabály ismertetését itt mellőzük.) *A fentiek szerint tehát nem adható ki betegadat pl. a nem gondnok hozzátartozó részére sem.* (A beteg halála után azonban kiadható az arra jogosult hozzátartozónak leletmásolat.)

*A magyarországi egészségügyi adatkezelési szabályok megfelelnek a GDPR előírásainak, az ügyfeleket erről tájékoztatni kell.*

Az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) adatbázis** megismerhetősége szigorú jogosultságokhoz kötött (másik ellátónál keletkezett egészségügyi adatok megismerhetősége az egészségügyi ellátáson belül). A kliensnek jogában áll az EESZT-ben rögzített adatai megismerhetőségét korlátozni (de törölni nem). A korlátozás ténye nem válik ismertté a lekérdező ellátó számára, így viszont a nem megismerhető adatok nyomán kialakuló kockázatokért nem is vonható felelősségre. (Ugyanakkor, ha az EESZT-ben szereplő és megismerhető adatot az ellátó nem veszi figyelembe, az neki felróható.)

Fontos tudnivaló, hogy a jelenleg érvényes jogszabályok alapján a **kormányhivatali (jellemezően gyámügyi) eljárások** során küldött *kérelmekre adott szakvélemények kiadása – a gyámhivatal részére- szintén egészségügyi adattovábbításnak minősül, tehát ehhez is szükség van a beteg beleegyezésére,* (ha nincs korlátozva az egészségügyi ellátással kapcsolatos jogok gyakorlásában). Abban az esetben, ha – akár felkérésre – javaslatot küldünk a gyámhivatalba a gondnokság alá helyezési eljárás megindítására, azt jogszerűen csak a beteg (vagy jogi képviselője) beleegyezésével tehetjük meg. Fontos tudni, hogy ezek nem szakértői

feladatok, ez a gondozói szakorvosi munka része. (A szakértőkre egészen más jogszabályok vonatkoznak, de az nem tárgya ennek a fejezetnek.)

**Tanúvallomás megtétele bírósági tárgyaláson:** az idézésre a tanúnak (kezelőorvosnak) a tárgyaláson meg kell jelennie. A beteg hozzájárulását ki kell kérni a tárgyaláson, hogy közölhetjük-e az

egészségügyi adatait. Az eljárás jogszerűségéért összességében a bíró felel. Az egészségügyi adatok kezelésének fontos eleme az (orvosi) titoktartás, mely *minden egészségügyi dolgozóra kötelező*. Azonban, **ha a megismert adatok alapján más személy veszélyeztettségére derül fény, a titoktartástól eltekintve értesíteni kell a hatóságot (rendőrséget).**

## 2.2. A pszichiátriai gondozó specifikus eljáráskezdeménnyezési jogköre

Ezidő szerint a pszichiátriai gondozó pszichiáter szakorvosának csupán egy, jogszabályban is nevesített **gondozóspecifikus eljáráskezdeménnyezési jogköre** van:

- neki kell kezdeményeznie a veszélyeztető állapotban lévő beteg kötelező fekvőbeteg intézeti gyógykezelését.
- Ez nem a közvetlen veszélyeztető állapotú beteg sürgős kórházi beutalására vonatkozik.

A jogszabály szerint: „A bíróság annak a pszichiátriai betegnek a kötelező intézeti gyógykezelését rendeli el, aki veszélyeztető magatartást tanúsít, de sürgősségi gyógykezelése nem indokolt.” Vagyis a kezdeményezést a járásbíróságon kell benyújtani, és egy bírósági eljárás során rendelik el a kötelező gyógykezelést. Egyéb hatósági jogköre jelenleg a pszichiátriai gondozónak nincs.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- 🎧 Sorolja fel a vonatkozó jogszabályok alapján, milyen esetekben hozható intézkedés a beteg akaratára ellenére?
- 🎧 Hogyan rendelkezik a jogszabály a dokumentumokban szereplő, harmadik személyektől származó, vagy rájuk vonatkozó adatok megismerhetőségéről?
- 🎧 Milyen téren érvényesül a pszichiátriai gondozók gondozóspecifikus eljáráskezdeménnyezési jogköre?

### 3. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ KAPCSOLATAI

CSOMÓS ANDRÁS

*Ez a fejezet a pszichiátriai gondozásban részt vevő, vagy azzal szoros kapcsolatban lévő nem egészségügyi (szociális, hatósági, igazságügyi) szolgáltatók szerepét tárgyalja. Fontos kiemelni, hogy a pszichiátriai gondozási munka komplex tevékenység, melynek célja a közösségi térben történő felépülés és reintegráció, tehát semmiképpen nem redukálható a tevékenység pusztán egészségügyi ténykedésekre. A vázolt struktúra és működés a jelenleg érvényes jogszabályi háttérre alapul.*

#### 3.1. A pszichiátriai gondozás kapcsolati hálója

1. ábra

**A pszichiátriai gondozó kapcsolati hálója**



Az egyes közreműködők közötti kapcsolat erősségét az összekötő vonalak vastagság mutatja, a szaggatott vonal a kapcsolat eseti jellegét jelöli. A különböző szektorokat eltérő színek jelzik. (Forrás: Csomós András)

A pszichiátriai gondozás központjában a pszichiátriai gondozó helyezkedik el, ideális esetben járási, kerületi, városi székhellyel (1. ábra). (Minden járásban 1 központ.)

A pszichiátriai gondozó a pszichiátriai gondozás egészségügyi büdzséjéből működő centruma: saját, vagy elérhető közelségben lévő nyitva álló helyiséggel (mely alkalmas a nem orvosi jellegű gondozási tevékenységek lefolytatására is, mint tanácsadás, konzultáció, csoportfoglalkozások, kreatív- és művészeti foglalkozások lebonyolítására).

Fontos a lakosságközeli ellátás biztosítása (maximum 30 km).

A **gondozási központ** (pszichiátriai gondozó) kapcsolatban áll:

- a közösségi (pszichiátriai, addiktológiai) gondozó szolgálattal (*igen erős kapcsolat*),
- a területileg illetékes fekvőbeteg-osztállyal (erős kapcsolat)
- egyéb járóbeteg szakellátásokkal (erős kapcsolat)
- háziorvosi szolgálattal (erős kapcsolat)
- a gyámhivatallal, (erős kapcsolat)
- a bírósággal (eseti kapcsolat).
- a munkaügyi központtal (eseti kapcsolat)

*A pszichiátriai gondozó ellátja a járóbetegszakellátást, valamint biztosíthatja a szakmai szupervíziót is a közösségi gondozó számára.*

A gondozási központ vezető asszisztense *gondozási koordinátori* feladatkörben is tevékenykedik a háló többi tagja irányában.

A *kórházi beutalás* nem sürgős (azaz nem közvetlen veszélyeztető) esetekben előjegyzés alapján történik, ezt többek között a pszichiátriai gondozó indikálja. *Azokban az esetekben kezdeményezzük a kórházi felvételt, amelyeknél tartós ambuláns kezelés nyomán sem érünk el számottevő javulást (3-4 gyógyszer sikertelen bevezetése, hetek óta stagnáló állapot).* Kizárólag a beteg kérése nem jelent orvosi javallatot a hospitalizációt illetően. A „szociális indikáció” nem értelmezhető önmagában a felvétel okaként, csak abban az összefüggésben, ha az a pszichés állapot javulását is akadályozza. Ezt minden esetben a beutaló orvosnak kell mérlegelnie. Tapasztalat, hogy a ténylegesen indokoltnál jóval több esetben kerül sor kórházi beutalásra.

A *közösségi gondozó* (szociális szolgálat) kapcsolatban áll:

- pszichiátriai gondozó (igen erős kapcsolat),
- gyámhivatallal (erős kapcsolat),
- fekvőbeteg-osztállyal (közepes kapcsolat),
- munkaügyi kirendeltséggel (eseti kapcsolat).

(A közösségi gondozó szolgálat kapcsolata a járásbírósággal elhanyagolható.)

Fontos feladata aktívan részt venni (a kapcsolati háló többi tagjával együttműködve) a *lakossági integráció* segítségével, a *lakosság érzékenyítésében*. Szükség esetén felkeresi a szomszédokat a szociális alapellátás szabályainak megfelelően, ill. részt vesz *edukatív programokban*. A kliensek számára társas programokat bonyolít le. *A kliensek hozzátartozóinak is tart esetmegbeszélő csoportokat.*

Ezen kívül kézben tartja a bentlakásos szociális otthonokon *kívül* élő gondozottak ellátását (beleértve a támogatott lakhatást igénybe vevőket is). Amennyiben a területen van ilyen, a bentlakásos (pszichiátriai) otthonnal szakmai kapcsolatot épít ki. (Igen fontos szerepe a helyi egészségügyi alapellátás, a családsegítő szolgálat, az önkormányzat és a szociális szolgáltatók felé a kapcsolat kialakítása és fenntartása. Indokolt esetben ezekkel a szereplőkkel esetkonferenciát is szervez.) A közösségi (szociális) gondozó naprakész a gondozott kliensei körülményei, állapota vonatkozásában. *Az esetleges kedvezőtlen változásokról rövid úton értesíti a pszichiátriai gondozót.* (Pl.: egy családtag meghal, aki addig tevékenyen részt vett a

kliens életszervezésében. Ebben az esetben a gondozó orvosa dönti el, hogy az érintett beteg igényel-e soron kívüli kontrollvizsgálatot.

### Kórház

Biztosítja a fekvőbeteg ellátás hátterét (megyénként legalább egy akut kórházi osztály, krónikus- és rehabilitációs ellátás, valamint nappali kórházi ellátás, területenként eltérően megvalósítva).

- *szakkonzultáció lehetősége* a pszichiátriai gondozó számára (erős kapcsolat). *Az osztályos megbeszélésekbe* bevonja a gondozó szakorvosát, pszichológusát is (pl. internetes konferenciák révén). Az osztályról *távozó beteg állapotáról* szükség esetén külön is értesíti a pszichiátriai gondozó szakorvosát (pl., ha nem gyógyult állapotban távozik az osztályról a páciens és közvetlen veszélyeztető állapot híján kérésére elbocsájtják),
- kapcsolat a gyámhivatallal (eseti kapcsolat),
- a bíróságokkal (eseti kapcsolat, a kötelező intézeti gyógykezelés szükségessége felülvizsgálatakor),
- a közösségi (szociális) gondozó számára biztosítja a folyamatos kapcsolattartást az éppen az osztályon lévő betegekkel (erős kapcsolat), esetkonferenciákat szervez szükség szerint.

### Munkaügyi központ

a *közösségi (szociális) gondozóval* a rehabilitációs lehetőségek kiaknázása érdekében tart kapcsolatot (kliensek ügyében *eseti kapcsolat*, az állásajánlatokról rendszeres információ-szolgáltatás). Amennyiben sikerül a kliensnek nem rehabilitációs munkahelyen munkát találnia, az a reintegráció magasabb szintjét jelentheti.

### Gyámhivatal

a gondnokság alatt álló gondozottak számára a *jogi képviseletet biztosítja a bíróság által meghatározott ügycsoportban* a gondnokok révén. Ez a *képviselet jelenti, nem a közvetlen, napi támogatás a feladata*. A gondnok hozhat döntéseket a gondokoltját illetően a bíróság által meghatározott ügycsoportban, emiatt

- fontos a rendszeres kapcsolattartás a *közösségi gondozó* és a gyámhivatal között, (*erős kapcsolat*),
- ugyancsak kiemelkedő jelentőségű a pszichiátriai gondozó (erős kapcsolat), valamint a *kórház* és a gyámhivatal között is (*eseti kapcsolat*) is, ugyanis a gondnokok (vagyis a jogi képviselők, akár hivatásosok, akár civilek) nem feltétlenül

jártások a pszichiátriai betegségek jellegzetességeit illetően. (Ezen a téren könnyen sérülhet a szubszidiaritás elve, túlkorlátozhatja a kliensét akár jóhiszemű óvatosságból.)

### Járásbíráóság

A gondnokság alá helyezési perek során válik szereplővé. Ez *epizodikus* ugyan, de a gondnokság megindításakor kiadott szakvélemények miatt a *pszichiátriai gondozó* fontos szerepet kap.

- Ugyanígy a *kórház*, ott még ezen kívül az intézeti gyógykezelés elrendelése ügyében is. (*rendszeres, epizodikus kapcsolat*).
- A *gyámhivatal*, mint a gondnoksági perek jellemző felperese szintén itt kap (*eseti*) szerepet.
- (A bírósági ügyekben, ill. a gyámhivatali eljárások során a pszichiátriai gondozó szerepe nem elsődleges, mivel főleg szakértői tevékenységről van

## 3.2. Kapcsolati szintek

### Igen erős kapcsolat

Napi szintű, Kétirányú, a szakemberek és a kliens részvételével zajló kommunikáció, mely magában foglalja az egészségi állapot, a szociális és életviteli sajátosságok elemzését, valamint a megoldási tervek kimunkálását, azok végrehajtásának kontrollját; az időszakos (legalább havi gyakoriságú) szupervíziós konferenciák lebonyolítását, szakmai és társas rendezvények szervezését (eseti jelleggel).

### Erős kapcsolat

Bizonyos élethelyzetekben (pl. kórházi felvétel kapcsán) átmeneti időre szükségessé váló

## 3.3. A pszichiátriai gondozás kapcsolata egyéb egészségügyi szolgáltatókkal

### Főbb jellegzetességek

- Pszichoszomatikus, vegetatív, azaz szervi betegség gyanúját felvető pszichés zavarok esetén,
- Szomatikus betegséghez társuló (komorbid) pszichés zavarok esetén,
- A pszichés beteg megjelenése más szakellátónál (az ellátó szubjektív viszonyulása a pszichiátriai beteghez).

### 3.3.1. Alapellátás

Strukturálisan a pszichiátriai gondozóknak a legfontosabb egészségügyi kapcsolati partnere az alapellátás, vagyis a *háziiorvosi szolgálat*. Minden páciensnek van háziorvosa, legtöbbször az ő beutalójukkal érkeznek a betegek, hozzájuk mennek

szó, az pedig nem feladata a pszichiátriai gondozónak. Kivétel ez alól a gondnokság alá helyezés megindításához és felülvizsgálatához adott szakvélemény, mely a szakellátótól is származhat.)

### Egyéb

a fenti hálózatban nem jelölt, de esetenként jelentőssé váló kapcsolatok:

- *önkormányzat, szociális gondozók jelzései* (első sorban a pszichiátriai gondozó, ill. a közösségi szociális gondozó szolgálat felé), ez változó intenzitású lehet, általában eseti kapcsolat.
- *családsegítő, gyermekvédelmi szakszolgálatok* jelzései (elsősorban a gyermek védelembevétele kapcsán). Ez eseti kapcsolat a pszichiátriai gondozóval.

napi kapcsolat az egészségügyi és a szociális sajátosságok elemzésére, vagy tartós élethelyzetben egy bizonyos részterületre vonatkozóan megjelenő problémakör rendszeres értékelésére (pl. a gondnok és a közvetlen gondozó közötti koherencia céljából).

### Közepes kapcsolat

A kliensektől függetlenül meglévő készenléti kapcsolat (pl. a közösségi gondozó és a kórház között).

### Eseti kapcsolat

Ritka, vagy egyszeri eseményhez köthető konzultáció és döntéshozatal (vagy döntés-előkészítés), pl. gondnokság alá helyezési eljárás.

Az alábbiakban terjedelmi okok miatt nem tárgyaljuk a pszichiátriai gondozók a szakmabeli konzultációit, kapcsolatait, mint például a gondozó-osztály, a *pszichiátriai gondozó-addiktológia* stb. pszichiátriai tevékenységű ellátók közti viszonyt.

vissza gyógyszerjavaslattal, lelettel. A háziorvos észleli szerencsés esetben *a kezdeti tüneteket, a visszaesés jeleit vagy a veszélyeztető állapot megjelenését*. Fontos, hogy a háziorvos ismerje fel eze-

ket a jeleket, és időben avatkozzon be, ha szükséges. Ehhez a szakmai kompetenciákon túl az is elengedhetetlen, hogy a háziorvos *közvetlen konzultációs lehetőséggel (azaz telefonos konzíliummal) élhessen*. Ezt a gondozónak biztosítania kell, szükség esetén, proaktív módon meg is kell teremtenie az ehhez szükséges feltételeket.

Előfordulhat, hogy a háziorvos lehetőségei, kompetenciái korlátozottak a pszichiátriai betegek és/vagy a pszichés betegségek vonatkozásában.

### 3.3.2. Más járóbeteg-szakellátók

#### 3.3.2.a. Neurológia

Sok a közös beteg, a két szakma útja sok ponton találkozik, emiatt fellépnek **határterületi, differenciáldiagnosztikai problémák**, vegetatív zavarok, pl. fejfájás, neurológiai tüneti dominanciájú pánik-zavar. Alzheimer-kór, egyéb demenciák. Parkinson-kór kezeléséhez társuló zavarok (pl. depresszió, delírium, deluzív zavarok). Antipszichotikus kezelés extrapiramidális mellékhatásai.

#### 3.3.2.b. Belgyógyászat

**Számos szomatikus tünettől járó pszichés zavar elsők között a belgyógyászat területén jelenik meg.** Bizonytalan mellkasi fájdalom, szívtáji panaszok, ingadozó magas vérnyomás. Ezek az állapotok depresszió, szorongásos zavarok tünetei lehetnek. Fontos, hogy a belgyógyász a saját teendői után felajánlja a pszichiátriai konzultációt.

#### 3.3.2.c. Kardiológia

*Az egyik legjobb interdiszciplináris hagyományokkal rendelkező társszakma.* A funkcionális kardiális zavarok, mint pl. a pánikzavar, az szorongás indukálta tenzió kiugrás sikeresen kezelhetőek pszichiátriai gyógyszerekkel, és ennek a tapasztalatnak köszönhetően a kardiológiáról számos beteget utalnak a pszichiáterhez. Az utóbbi években az infarktuson átesett betegek utókezelésében is egyre nagyobb jelentőséget kap a pszichiátriai kiegészítő ellátás.

#### 3.3.2.d. Endokrinológia

A pszichés résztünetekkel is járó endokrinológiai betegségeknel a *megfelelő differenciáldiagnózis és az adekvát kezelés a fő cél*. Mellékvese- vagy pajzsmirigy-betegségeknel az affektív tünetek lehetnek megtévesztőek. Bizonyos antipszichotikumok arra hajlamos betegeknél *prolaktinszint* emelkedést okozhatnak, ez megkerülhetet-

ilyenkor úgy kell a betegek számára a szükséges ellátás lehetőségét biztosítani, hogy a háziorvos hosszabb távon partnerré válhasson. (A jó gyakorlat igen gyakran vezet jobb együttműködéshez a kollégák között.)

Mindemellett a háziorvos az, akinek a helyi szolgálatokkal napi kapcsolata van (idősgondozás, családsegítő, gyermekvédelem), tehát az onnan származó információk is jellemzően a háziorvos tudtával kerülnek a pszichiátriai gondozóhoz.

#### Komorbiditás

Organikus kórképek, stroke utáni *depresszió*. *Scle-rosis multiplex* pszichés konzekvenciái. *Megjegyzendő még:* a jelenlegi szabályozás miatt a kizárólag antipszichotikum adására fellépő *gyógyszeres parkinsonismus* kezelésére írt gyógyszerek kedvezményes rendeléséhez a neurológus adhat javaslatot. Az *Alzheimer-kór* kezelésére gyógyszert szakorvosi kedvezménnyel a pszichiáter is írhat, de sajátos módon neurológiai („G”) diagnózis megjelölésével.

#### Komorbiditás

folyadékhiányos állapotokban tudatzavar, tájékozatlanság. Ez jellemző időskori probléma, ugyanakkor a megoldás inkább a megfelelő nutritív kondíciók kialakítása, fenntartása, és csak ezek után a pszichiátriai kezelés. Depresszió is számos esetben kialakulhat, pl. krónikus betegségek kimerüléssel szemben.

latnak köszönhetően a kardiológiáról számos beteget utalnak a pszichiáterhez. Az utóbbi években az infarktuson átesett betegek utókezelésében is egyre nagyobb jelentőséget kap a pszichiátriai kiegészítő ellátás.

lenné teszi az endokrinológiai szakellátás igénybevételét is. *A szteroid-kezelés mellett megjelenő depresszió* is gyakori jelenség, antidepresszáns adása szükséges lehet ezen esetekben. Diabetológiai, obezitológiai konzultáció igen gyakran lehet szükséges egyes antipszichotikumok adása nyomán kialakuló metabolikus zavar miatt.



### 3.3.2.e. *Gasztroenterológia*

A pszichiátriai vonatkozású képek némileg átalakultak: manapság már nem a pszichiátria „kezeli” a nyombélfekélyt (és nem is a sebészet), a funkcionális zavarok között egyre többnek találják meg az organikus hátterét. Ugyanakkor a közelmúltban új kutatási terület nyílt a *bélflóra és a köz-*

*ponti idegrendszer kapcsolatával összefüggő zavarokra*. Ez azonban még inkább a jövő. Az *evészavarok* azonban már most is jelentős számban megjelennek a belgyógyászat szubspecialitásainál. Ott viszont alapvető a pszichiátriai beavatkozás, igaz, elsősorban nem a gondozóban folyik a kezelés.

### 3.3.2.f. *Reumatológia*

Szintén régóta jól együttműködő társszakma: a *krónikus fájdalom szindróma, a szomatizált depresszió első sorban a reumatológiai rendelésen jelentkező betegekre jellemző*. Fontos az

együttműködés, nem vagy-vagy, hanem legtöbbször mindkét szakterület bevonása szükséges az ellátás során.

### 3.3.2.g. *Infektológia*

Az unduláló fertőzések, mint pl. a Lyme-kór megtévesztők lehetnek pszichiátriai betegség irányában. Egyre több újabb kutatás van, amely gyulladásos eredetű folyamatokhoz társuló pszichiátriai zavarokról számol be. *Bizonytalan tüneti kép és egyéb, nem típusos lefolyás esetén kérjünk infektológiai és/vagy immunológiai konzíliumot*. Az infektológiai beavatkozások (*antivirális szerek*)

*nem ritkán okoznak depressziót, ilyenkor antidepresszáns kezelés is indokolt*. A HIV-pozitív páciensek is gyakran szenvednek pszichés tünetektől. *Immunológiai szempontból a fentiekén túl lehetőségként gondolni kell az anti-NMDA-receptor antitestek szerepére atípusos pszichotikus epizódok esetén*.

### 3.3.2.h. *Urológia*

A pszichiátriai gondozóban ritkán találkozunk urológiai problémákkal (az erektilis zavarokat elsősorban nem ott tárják elő a betegek), ezzel szemben számos esetben az urológiai rendelésen megjelenő ilyen jellegű probléma szorongásos-

vagy affektív zavarral, ill. gyógyszer-mellékhatással függ össze. Bizonyos uroinfekciók okozhatnak tudatzavart **-különösen idős korban-**, ezt fontos tudnia mindkét szakmának (antibiotikum adására a vizelet és a tudat is kitisztul ilyenkor).

### 3.3.2.i. *Nőgyógyászat*

A *premenstruális szindróma* kezelése lehet sokszor a közös munka tárgya. Ugyanakkor a női életciklusokhoz köthetően gyakoribbá váló pszichés zavarok (*post partum, menopausa idején*) elengedhetetlenné teszik a nőgyógyászati szakma minimális jártasságát e zavarok észlelésében és a konzultáció igénybevételében. Nem oly ritka háttérterületi (és egyben jogi, etikai) kérdés a pszichiáter bevonásával készített – sokszor határidőn túli

– *művi terhesség-megszakítások indikálása. A várandósság és a gyermekágy során alkalmazott pszichiátriai gyógyszerek problémája* képez még igen gyakori konzultációs kérdést. A pszichiáter számára folyamatos, naprakész tudás szükséges, hogy ezekben a kérdésekben megfelelően tudjon állást foglalni. Ha elérhető, konzultáljunk genetikussal!

### 3.3.2.j. *Pulmonológia*

A tüdőgyógyásznál a COPD és az oxigenizáció hiányosságai jelenhetnek meg pszichés zavarokként, ugyanakkor az asztma kezelésére használt gyógyszerek esetleges következményei: *szteroidok és depresszió, hörgőtágítók és agitáltság*

(esetleg mániás állapot vagy téveszmék) teremthetnek közös platformot.

### 3.3.2.k. *Egyéb*

#### **Szemészet**

a *zöldhályog* (emelkedett szemnyomás-hajlam) mint nem ritka rizikó-tényező jó néhány psi-

chiátriai gyógyszernél. Különbféle elemi vizuális élmények szemészeti és pszichiátriai (nem ritkán agyi nutritív elégtelenség) okainak elkülönítése.

### Fül-orr-gégészet

*akusztikus élmények*, jellemzően, ha nem hallucinációkról van szó, nem a pszichiátria feladata. *Szédüléssel kórképekben* differenciáldiagnózis (organikus kivizsgálás után), lehetséges vegetatív labilitáshoz tartozó zavar. Tinnitusához társuló pszichés zavarok kezelése.

### Sebészet

műtéteket követően kialakuló nem gyakori, de olykor súlyos *depresszió*. Plasztikai sebészet területén *testképzavar gyanúja* esetén konzultáció. *Szucid kísérlet* önsértéssel, vagy idegen test lenyelése. (Főleg kórházi ellátásban jelennek meg.)

### Bőrgyógyászat

*pszichoszomatikus* zavarok, arteficiális jelenségek (pl. *kényszerbetegségben*). A bőrgyógyászatot keresik fel elsőként az *Ekbom-szindrómában* (bőrférgesség-tébolyban) szenvedők. *Antiepileptikumok*, *antidepresszánsok* adása kapcsán esetlegesen megjelenő bőrtünetek.

### Hematológia

bizonyos gyógyszerek adása kapcsán megjelenő vérképzőszervi elégtelenség (klozapin, karbamazepin). B-12 vitamin-hiány, mint a pseudodementia lehetséges oka.

### Onkológia

gyakori az onkopszichológus által nem uralható, farmakológiai segítséget igénylő *depresszió*, ill. *pszichotikus tünetek*.

## 3.4. A pszichiátriai gondozó és a társszakmák kapcsolata a szemléletformálás szemszögéből

Kiemelendő, hogy a stigmatizáció ellenes küzdelem fontos része az egészségügyi ellátók érzékenyítése a mentális problémák/zavarok irányában. Az esetlegesen meglévő, domináló előítéletek a pszichiátriai betegek/betegségek vonatkozásában leginkább az ismétlődő *konzultációs lehetőségek* révén enyhíthetők. Az elérhetőség, a hasznosnak bizonyuló leletek, javaslatok biztonságosabbá teszik a betegek komplex ellátását. Nagyon

jó tapasztalatok vannak (személyes közlés) szakmaközi kerekasztalok, munkavacsorák révén a kooperáció javítására, az előítéletek enyhítésére, kioldására. Enyhítheti, meg is szüntetheti a szakmával kapcsolatosan is (olykor még) meglévő negatív beállítódásokat. (Jól dolgozni és a jó munkával megtisztelni nemcsak a betegeket, hanem a ránk számító kollégákat is.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mivel jellemezhető a gondozási központ feladata? Milyen szerepet tölt be a gondozási koordinátor?
- ▶ Ismertesse a közösségi (szociális) gondozói hálózat elsődleges feladatait!
- ▶ Milyen eszközökkel biztosítható az egyes szervezetek közötti érdemi kapcsolattartás?
- ▶ Milyen területeken tudja a háziorvosi szolgálat segíteni a pszichiátriai gondozókat? Kinek van joga kezdeményezni a közvetlen veszélyeztetett állapotban lévő személy sürgős kórházi felvételét?
- ▶ Soroljon példákat olyan tünetcsoportokra, amelyeknél a szomatikus zavar pszichés tünetek képében (is) jelentkezik! Milyen kezelési prioritásokat kell ezekben az esetekben figyelembe venni?
- ▶ Vázzon a szakmaközi konzultáció destigmatizációs jelentőségét!

## 4. A GONDOZÓI TEAM

HARANGOZÓ JUDIT

*A teamszerű működés gyakorlati és elméleti tudnivalóit foglaljuk össze, röviden bemutatva a különbséget a team és más csoportos munkavégzés között. A team-munka hatékonyabb és jobb rehabilitációs eredményekhez vezet, így aztán gazdaságilag is "behozza az árát".*

### 4.1. Mi a team?

- Team-szerűen végzett munkáról akkor beszélhetünk, ha az abban résztvevő emberek összehangoltan, egymásra figyelve, egymás teljesítményét segítve működnek együtt.
- N-számú ember együtt dolgozása nem feltétlen vezet team-szerű működéshez.
- A multidiszciplináris team egy olyan struktúra, amelyet több, különböző szaktudású, tapasztalatú, ill. eltérő készségekkel és képességekkel rendelkező munkatárs alkot, s melynek tevékenységét egy és ugyanaz a cél vezérli. (pl. rehabilitáció, gondozás stb.).
- A team-munka hatékonyságát szakirodalmi adatok igazolják, ám ehhez a team hatékony menedzselése elengedhetetlen.

### 4.2. A vezető és a team

A vezetői felelősség kérdése a másik nagy terület.<sup>10</sup> A teamműködés keretei általában lazábbak, rugalmasabbak, mint a nagyszervezeti működés,

ám azért vannak keretek, s azokat figyelembe kell venni (5. táblázat).

5. táblázat

#### Gyakran előforduló team-vezetői intervenciók

Feladat-megbeszélés	A megbeszélés eredménye az ISMERT kritériumot teljesítő célmegfogalmazás. (Időben rögzített, specifikus, mérhető, egyeztetett, reálisan tervezhető.)
Feladatkiadás	A feladat kiadásánál figyelembe kell venni a következő beépülési fokozatokat minden munkatárs esetében: meghallotta-e a munkatárs, megértette-e, egyetért-e vele, meg akarja-e csinálni, ha megcsinálja, jól csinálja-e. Ezeket folyamatosan ellenőrizni kell.
Feladat végrehajtásának támogatása, munkatárs fejlesztése (coaching)	A coaching rendszeres teljesítményfigyelés és segítség. A néglépcsős GROW modell szerint: 1) a megbeszélés céljának rögzítése, 2) a helyzet pontos elemzése, 3) a továbblépésre, fejlesztésre vonatkozó javaslatok megbeszélése, lehetőségek és akadályok 4) akcióterv kidolgozása
Visszajelzések megfogalmazása	A pozitív és fejlesztő visszajelzések megfogalmazása. A team-vezető által leggyakrabban alkalmazott intervenciók.
Team-értekezletek, megbeszélések vezetése	A team interakciók legfontosabb terepe
Teljesítményértékelés	A vezető leghatékonyabb intervenciója, ezen alkalmakkor lehet jó, ill. gyenge teljesítményekről, valamint a továbblépésről beszélni.

**A vezetőket képezni kell a vezetésre!** Elengedhetetlen, hogy a vezető ismerje az alapvető vezetői technikákat.

**Ezen ismeretek hiányában a vezető szorong, ettől agresszív lesz, az agresszív vezetőnek agresszív**

<sup>10</sup> <https://www.franklincovey.com/Solutions/6-Critical-Practices.html> (elérve: 2020.08.31.)

**ill. passzív (vagy passzív agresszív) munkatársai vannak** (6. táblázat).

6. táblázat

**Általános vezetői koncepciók**

Situational Leadership Blanchard-féle Helyzetelemző vezetés	A koncepció a vezetői magatartás optimalizálásának lehetőségét biztosítja. A munkatársakat 4 kategóriába sorolja képessége és törekvése szerint (tudja-e, akarja-e), s ezekhez illeszti a leghatékonyabb irányító-támogató tevékenységet. Ennek óriási jelentősége van, hiszen a rossz irányítás azt jelenti, hogy nem a megfelelő mértékű vezetői intervenciót kapja a munkatárs, hogy sem a vezető, sem a munkatárs nem elégedett. Mindkét fél jelentős diszkomforttal küzd.
Munkahelyi viselkedés tipológiája	Ez a hozott viselkedések alapján ad segítséget ahhoz, hogy a csapaton belül: <ul style="list-style-type: none"> <li>• értékeljük a sokféleséget,</li> <li>• jobban megértsük és elfogadjuk a másik embert,</li> <li>• hatékonyan tudjunk kommunikálni, hiszen ez a rendszer arra is rávilágít, hogy ugyanazt az üzenetet négy különböző embernek különbözőképpen kell elküldenem.</li> </ul>
Helyzetelemző vezetés és a viselkedéstipológia integrált formája is létezik.	Ennek értéke, hogy azt fogalmazza meg, hogy a különböző munkatársi adottságok (akarja, tudja) miképp jelennek meg az eltérő viselkedési kategóriákban, s legfőképp, hogyan tudom hatékonyabb kommunikációval segíteni az együttműködést.
Belbin-féle team-szerepek és eloszlásuk a teamben	Ez a jól kidolgozott rendszer azt mondja, hogy egy teamben több (7-8) funkcionális szerep jelenik meg. Egy ember általában ezekből 3-4-et tud felmutatni a működése során. Mindegyik fontos, mindegyikre szükség van. Ha egyik-másik hiányzik, azt a team megérzi. A feltérképezés eredménye a hiátusok pontos megfogalmazása. Terv készülhet a veszélyek elhárítására, esetleg emberek cseréjével vagy a meglévő team-tagok képzésével.

### 4.3. A team menedzselése. Az asszertivitás

- **Indulásnál:** a **cél** pontos megfogalmazása - csapatmunkában, a team létokának (**küldetés**) megfogalmazása - csapatmunkában, a **teljesítmény-elvárások** rögzítése.
- **Új munkatárs érkezése:** a beilleszkedés protokolljának szisztémás alkalmazása, célja a beilleszkedés gyorsítása.

Ezek (a cél, a teljesítményelvárások, a küldetés) mind átlátható, **írásban rögzített standardokban** jelennek meg, amelyek áttekinthetővé teszik a működést, **pszichés biztonságot** nyújtanak, kiszámíthatóvá teszik a történéseket, s így a **munkahelyi mentálhigiéné alapjai**.

A team menedzselése folyamatos tevékenység. Itt az összehangolás és finomhangolás után a hatékony együttműködés fenntartása és fejlesztése következik. A sokféleség erejét hagyni kell működni, de meg kell oldani a sokféleségből

természetesen fakadó kisebb-nagyobb konfliktusokat. A **kollektív bölcsesség** gyakran nagy segítség a team életében és munkájában. A team tagjainak van egy **közös tudása**, azaz mindenki több-  
höz ért, mint a speciális szakértelme - máshol vannak a kompetencia-határok. A **team tagjai felelősök a tudásuk megosztásáért** a többiekkel. A fejlesztés alapja a folyamatos coaching és a teljesítmény féléves/éves értékelése.

#### Fontos elemei a team vezetésének

- a viselkedéstipológiai feltérképezés,
- a **helyzetelemző vezetés** szerinti irányítás,
- e kettőnek az összehangolása,
- **csapatszerepek és kompetenciahatárok** tisztázása.

Mindhárom nagy segítséget jelent a kompetenciahatárok meghatározásánál, valamint a teamen belüli projekt-teamek kialakításánál.

Az asszertivitas azt is jelenti, hogy felelős vagyok a döntéseimért, tetteimért (annak átlé-  
pése már több mint asszertivitas, akár aggresszió-  
nak tűnhet). A felelősségteljes működés hozza ma-  
gával, hogy a dolgoknak döntéseink mentén kell  
történniük.

A másik ember tisztelete azt is jelenti, hogy  
elfogadom az ő döntését, miután megpróbáltam  
elérni, hogy változtasson rajta. Ez különösen igaz a  
kliens-gonozó kapcsolatban.

Fel kell hagyni azzal az elavult és helytelen  
nézettel, hogy azt teszem a másikkal, ami nekem  
jó lenne, ami nekem jól esne. Az asszertivitas kon-  
cepciója szerint mindenki dönt, ill. mindenkinek  
döntenie kell az őt érintő kérdésekben.

***A teamek esetében is alapvető az asszertív  
kapcsolattartás, az asszertív kommunikáció.***

Ennek lényege a másik ember tisztelete az  
érdekérvényesítés során.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mi jellemzi a team-munkát?
- ▶ Mik az asszertivitas jellemzői?
- ▶ Mik a team vezetés során megjelenő intervenciók?

## Irodalom

- A team-munka alapelvei. NEFMI oktatási anyag: [www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/team\\_munka\\_alapel-  
vei\\_2.doc](http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/team_munka_alapel-<br/>vei_2.doc) (elérve: 2020.08.31.)
- Belbin M (1999) A team, avagy az együttműködő csoport. SHL Hungary.
- Divjak M (2018): Teamwork, the Key Competence of the 21st Century
- Hadarics M, Nagybányai Nagy O, Pongor O (2014): DISC - A mindennapi kommunikáció és viselkedés titka. Psidium Onlinesztek Kft. ISBN: 9789630888288
- Harkiolakis N (2016): Leadership Explained: Leading Teams in the 21st Century. Routledge ISBN-10:9781472469533.
- Hersey, P és Blanchard K. H. (1988). Management of organizational behavior (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (Original work published 1982) <https://www.dobabusiness-school.eu/doba-knowledge/teamwork-the-key-competence-of-the-21st-century>. DOBA Business School Homepage (elérve: 2020.08.31.)
- Hu T, Jerrel J. (1998): Estimating the cost impact of three case management programs for treating people with severe mental illness. The British journal of psychiatry. Suppl. 173(36):26-32. DOI: 10.1192/S0007125000298024
- Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD (2012): Multidisciplinary team care in rehabilitation: An overview of reviews. J of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine 44(11) DOI: 10.2340/16501977-1040
- Whitmore, John (2009a) [1992]. Coaching for performance: GROWing human potential and purpose: the principles and practice of coaching and leadership. People skills for professionals (4th ed.). Boston: Nicholas Brealey. ISBN 9781857885354. OCLC 314840903. The 5th edition was published in 2017: ISBN 9781473658127. OCLC 1004819121.

## II. PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS

*A pszichiátriai gondozás, a pszichiátria egyik legösszetettebb tevékenysége. Jórészt olyan krónikus pszichiátriai betegséggel élőkrol gondoskodik, akik betegségbelátása részleges, vagy nincs, betegségük részlemeként anozognozok. A gondozás alapját adó korrekt farmakoterápia gyakran kompromisszum eredménye, mivel a gyógyszerek hatása mellett hosszabb távon mellékhatásukkal is számolni kell, figyelembe véve társbetegségeik miatti terápiákat. A gondozotti pszichodiagnosztika és pszichoterápia specifikumait tájékoztató jelleggel ismer-tetjük. A gondozási folyamat azzal válik teljessé, hogy kezdettől igazodik a gondozott beteg szociális kontextusához.*

*Mint látható a gondozás, speciális ismereteket igénylő szakemberek együtt munkálkodása, team munka. Az alábbi fejezetben betekintést kapunk erről a folyamatról.*

### 5. PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS A GYAKORLATBAN

KISS-SZŐKE ANNA, RÉZ CSILLA

*A fejezetben bemutatásra kerül a pszichiátriai gondozás járóbeteg szakellátásban elfoglalt helye, a gondozotti kör beválasztásának szabályai és a gondozás folyamata néhány praktikus tanáccsal kiegészítve.*

#### 5.1. A pszichiátriai járóbeteg-ellátás formái, feladatai

A járóbeteg-ellátás formái Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló, 60/2003. (X. 20.), ESzCsM rendelet szerint:

- **Szakrendelés:** általános szinten működő egészségügyi szolgáltatás
- **Gondozó:** krónikus betegek, ellátása és speciális gondozása
- **Szakambulancia:** speciális szaktudást és technikai feltételek magasabb szintjét igénylő tevékenységet végző, a járóbeteg-szakellátás speciális szintjén működő egészségügyi szolgáltatás, általában osztályos háttérrel.

Tapasztalataink szerint, pszichiátriai betegek esetén, a fenti felosztás nem feltétlenül egyezik meg az ellátott betegség súlyosságával. Komorbid személyiségzavaros vagy alkoholbeteg pszichiátriai betegek nehezen tudnak alkalmazkodni az osztályos orvosok elfoglalt munkarendjéhez, ott kérnek segítséget, ahol aktuálisan éppen tudnak, így a legnehezebben kezelhető betegcsoportokat nem a szakrendelések vagy szakambulanciák látják el. A legsúlyosabb betegek betegségbelátás hiánya miatt sokáig kezeletlen állapotban vannak, s csak sürgősségi ellátásban és/vagy sürgősségi felvétel után, osztályos kezelésként kapnak ellátást (esetenként bírósági elrendelést követően), jó esetben gondozásba kerülnek, ahol a multidiszciplináris segítségnyújtás tud valamennyire segíteni.

#### **Pszichiátriai szakrendelés**

a szomatikus szakrendeléshez hasonlóan működik, időpontra fogadja a jelentkező betegeket. Affektív kórképpel, szorongásos betegségekkel küzdők teszik ki az ellátás nagyobb részét. Leginkább azok, akik betegségük tünetei miatt önként segítséget keresnek, van betegségbelátásuk, így rendszeresen segítségért fordulnak, előjegyzést kérnek időben (még mielőtt elfogy a gyógyszerük!), és erőfeszítést is tudnak tenni, hogy a kezeléssel együttműködjenek.

#### **Pszichiátriai gondozás**

multidiszciplináris team végzi a kivizsgálást, ellátást **a beteg, vagy a hatóság kérésére**. Proaktív követés történik, területhez kötött az ellátási kötelezettség és egyéb feladatokat is végez (szakvélemény gyámhivatalnak, konzíliumok adása, táp-pénzelés stb.) az alapvető gyógyító-megelőző feladatkör mellett.

#### **Pszichiátriai szakambulanciákon**

A ritkábban előforduló, vagy speciális kivizsgálást, terápiát igénylő kórképek kivizsgálása és ellátása történik (Memória Ambulancia, ADHD ambulancia, Autizmus központ stb.).

A pszichiátriai betegség kialakulása, lefolyása és kimenetele egyértelműbb összefüggésben van a beteg szociális, pszichológiai és spirituális környezetével, mint egyéb szomatikus kórképeknél tapasztalható. A gondozás nem csak a betegség tüneteire koncentrálnak, hanem a beteg életminőségének javítására is.

Ha a pszichiátriai kórkép velejárója a belátás tartós vagy átmeneti, de nagymértékű csökkenése, ebben az esetben az önellátás, öngondoskodás nem várható el teljes mértékben a betegről - életvitele segítésére gondnok kijelölése történhet -, ilyenkor gyógyításában is nagyobb a felelősségünk. A *beteg gondozásba vétele* fontos, mert attól, akinek nincs betegségbelátása, nem várható el, hogy rendszeresen önként jelentkezzen a kezelésre, de a kezelés elmaradása állapotrosszabbodáshoz, ill. veszélyeztető állapot kialakulásához vezethet. A kezelés folyamatában így proaktívnak kell lennünk, s ezt a komplex ellátást csak team

munkában tudjuk megoldani: pszichiáterek, szakdolgozók, szociális munkások, pszichológusok s néha egyéb szakma képviselői együtt.

A gondozók területi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek és a védőnőkhöz hasonló gondozói hálózat működésével, a betegek rendelőn kívüli ellátására – terepmunkára - is van lehetőség.

A gondozókban jellemzően szakrendelés és gondozás is folyik, ebben a fejezetben csak a gondozási folyamat sajátosságaira szorítkozunk: gondozásba vétel indikációjára, feltételeire, a gondozás folyamatának jellegzetességeire, valamint annak megszüntetésére.

## 5.2. A pszichiátriai gondozásba vétel

Szakmai szabályok szerint valójában mindenkit gondozásba vehetünk, aki súlyosabb tünetekkel megfordul a gondozóban (ld. **A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ MŰKÖDÉSÉNEK JOGSZABÁLYI KÖRNYEZETE, TÁRGYI-ÉS SZEMÉLYI FELTÉTELEI** c. fejezetet). Természetesen nincs minden esetben szükség gondozásra, ezért mérlegelünk, hogy kinél történjen ez meg.

Mérlegelendő szempontok:

- jellemző pszichiátriai tünetek,
- belátás hiánya,
- veszélyeztető állapotok visszatérően,
- komorbid állapotok: pl. szerhasználó,
- személyiségzavar megléte,
- súlyos szomatikus betegség,
- támogató hozzátartozó hiánya,
- nem támogató hozzátartozó jelenléte,
- egyéb,

**A legfontosabb:** *várható-e javulás a beteg vagy környezete életminőségében*, a beteg tüneteiben, ha a gondozáshoz szükséges plusz energiát ráfordítjuk? Ha ebben bizonytalanok vagyunk, inkább kezdjük el gondozását, ennek természetesen csak a gondozó erőforrásai szabnak határt (elegendő szakdolgozó, szociális munkás, kijáráshoz szükséges közlekedési eszköz/bérlettámogatás).

**Kiemelendő:** *a nem támogató hozzátartozó jelenléte*: ez sokszor nehezebb, mint a beteg betegségbelátásának hiánya! A cél, hogy a hozzátartozót partnerré tegyük, ne ellenséggé, mert az óhatatlanul a betegen, a kezelésen csapódik le. Kommunikációs kihívás, amit a pszichiátriai munka során megtanulunk: a beteg bizalmát megnyerni úgy, hogy a hozzátartozó közben érezze, értékeljük az erőfeszítéseit, amit a beteg doxazmái által irányított viselkedésének megfékezésére tesz.

### A gondozásba vétel feltételei

- szakmai szabályok szerinti diagnózis-alkotás,
- a beteg beleegyezése (akár írásban, akár szóban)

A járóbeteg ellátásban is a páciens szabad akaratát köteleességünk tiszteletben tartani, amennyiben saját, vagy mások életét, testi épségét nem veszélyezteti. Ennek a jelenleg hatályos jogi háttere: (117/1998. (VI. 16.) számú Korm. rendelet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól). Ha nem egyezik bele a gondozásba vételbe, akkor igyekezünk megteremteni a lehetőséget, hogy a területen illetékes gondozónővel a rendelőintézetben formális találkozásokon keresztül megismerkedhessen. Ily módon a gondozónő segít a beteg bejelentkezésénél, ő adja a be a depót, ő hívja fel, ha módosítani kell az orvoshoz foglalt időpontot stb., s ha már kialakult egy közelebbi kapcsolat, akkor lehet, hogy később a gondozásba, látogatásba is beleegyeznek, ill. segítséget tud kérni és elfogadni a már általa ismert gondozónőtől, gondozótól.

A gondozás során alapvető cél, hogy segítsük a beteget, tehát ha újabb "frontot" nyitunk azzal, hogy akarata ellenére beavatkozunk kezelésébe, azaz gondozásba vesszük, az nem a kezelés céljait fogja szolgálni hosszú távon. Az utánkövetés (megjelent-e rendszeresen kontrollvizsgálaton, osztályos kezelés kapcsán történt-e változtatás farmakoterápiáját illetően stb.), segíthet abban az esetben is, ha a beteg aktív gondozást nem igényel, vagy azt visszautasítja. Egy idő után értékelni szokták a gondozónő segítségét, kialakulhat egy megtartó, bizalmon alapuló kapcsolat, a beteg és gondozónője között.

DE: Amennyiben észleljük, hogy páciensünk veszélyeztető magatartásra utaló jeleket mutat,

az aktuális jogi előírásoknak megfelelően kezdeményezzük gyógykezelését (szükség esetén,

**mint hatóság**, el is indíthatjuk gyógykezelésre kötelezését).

### 5.3. Első találkozás a gondozott beteggel

#### 5.3.1. Az első találkozás formája

Célszerű, hogy a kezelő pszichiáter mutassa be a gondozónót a betegnek, jelezve az együttműködést a személyzet részéről. Ez történhet:

- *az osztályos kezelés során* - a gondozónók rendszeresen tartják a kapcsolatot az osztállyal, és ha a kezelőorvosa javasolja, felveszik a kapcsolatot a beteggel is, meglátogatják bentfekvése alatt is.
- a járóbetegellátásban

#### **Az első találkozás jelentősége**

a segítő kapcsolat megalapozása, reális-irreális elvárások tisztázása.

A gondozásba vétel tényét, a gondozónó nevét szükséges dokumentálni:

külön beleegyező nyilatkozat aláírásával vagy a beteggel aláíratott ambuláns vagy dekurzus lapon. (Gondnokság alatt álló beteg esetében a gondnokkal is szükséges aláíratni!). Az első találkozást követően egyeztetik a következő időpontját, a gondozónó segít megszervezni a szükséges pszichiátriai kontrollvizsgálatokat, s abban az esetben, ha nem az osztályos orvos "viszi tovább" a beteget, egyengeti a gondozós orvossal történő kapcsolatfelvétel útját (időpont, elérhetőség stb.).

A gondozónó a beteg érdekeinek és az alakuló segítő kapcsolatnak a figyelembevételével tervezi a kapcsolattartás formáját és gyakoriságát (a kezelőorvossal egyeztetve).

#### 5.3.2. Az első találkozás tartalma

Az első találkozás során részletes pszichoszociális **állapotfelmérés** (pszichiáter, gondozónó, szociális munkás) történik:

- anamnézis, heteroanamnézis
- pszichés státusz
- szomatikus állapotfelmérés
- szociális státusz felmérése

Első néhány alkalommal érdemes az elérhető információkat egy részletesebb anamnézis lapon (betegkarton vagy digitális rögzítés) dokumentálni, amit a későbbiekben csak módosítanunk szükséges. (A későbbiekben évente érdemes a részletesebb felmérést újra felvenni, ill. a beteg funkcionálisát értékelni.)

#### **Fontos még:**

- Kapcsolattartás egyeztetése,
- Elérhető segítő, családtagok, szociális háló feltérképezése,
- (Gondnok), hozzátartozó, házi orvos neve, elérhetősége,
- Gondozó működésének ismertetése (teamtagok bemutatása),
- Kezelési terv/célok egyeztetése,
- Gondozónői fogadónap és/vagy látogatás időpontja, pszichiátriai vizsgálatra előjegyzés.

A gyakorlatban sokszor a szociális munkással együtt történik az első beszélgetés vagy látogatás, és a gondozás céljainak meghatározásában is gyakran szerepet kapnak a szociális helyzettel kapcsolatos teendők.

### 5.4. A pszichiátriai gondozás célja

A lehető legjobb életminőség elérése, azaz biopszicho-szocio-spirituális "állapotjavulás", természetesen a beteg aktuális helyzetére vonatkoztatva, és ezek folyamatosan aktualizált, reális célok kell, legyenek.

A cél meghatározása a beteg oldaláról: rövidtávú és hosszú távú célok. Egyeztetés a siker eléré-

séhez szükséges teendőkről, pontosítani, hogy ki-nek mi lesz a feladata benne (beteg, gondozónó, orvos, családtagok, pszichológus, szociális munkás, barátok stb.).

A kezelők szempontjából is fontos időről időre átnézni hova jutottunk, kisebb sikerek is preventíót jelentenek a kiégés ellen, krónikus betegekkel dolgozva ez különösen szükséges.



## 5.5. A pszichiátriai gondozás folyamata

### 5.5.1. Szükséges teendők

#### Kontrollvizsgálat a kezelő pszichiáternél - min. 3 havonta

- Betegségi tünetek, funkcionalitás, életminőség nyomonkövetése
- Pszichoedukáció (hozzátartozónak is!)
- Egyéni célok szerinti intervenciók (sz.e. szociális munkás, pszichológus bevonása)
- Az alkalmazott terápia követése (a rendszeresen szükséges laborvizsgálatok, EKG stb.)

#### Megbeszélés a gondozónővel (látogatás, „fogadónap”, egyéb - minimum havonta)

- **A gondozás alapvetően teammunka**, Magyarországon pszichiáter vezetésével, máshol esetmenedzser fogja össze a hasonló feladatokat.
- A *Terepmunka a pszichiátriai gondozóban* című fejezet részletezi a gondozónő látogatásainak feladatait, hozadékát.
- A „Fogadónap” a gondozónőknek az a napja, amikor a rendelőben fogadja a betegeket, és ott

beszélget velük. Jó esetben ez előre egyeztetett időben, az orvosi kontrolltól függetlenül működhet.

- A távoli elérendő cél közös, de rövidebb távú célokra a szakemberek külön is dolgozhatnak a beteggel, viszont mindig legyünk tisztában egymás munkájával, ezért fontosak a megbeszélések. (Sokszor a gondozónőnél hamarabb kiszűrődnek a gyógyszer-adherenciával kapcsolatos problémák *pl.: a gondozónő észreveszi a látogatás során a felhalmozott gyógyszerkészletet; vagy a gondozónővel érintett problémák hátterében valójában egyéb egészségügyi problémák állhatnak, pl.: diéta és sport ellenére hízás - gyógyszer-mellékhatás miatt, melyek megoldása a pszichiáter kompetenciája lehet).*
- Az elakadások, állapotrosszabbodások mindenkire érintenek, közösen kell megoldást keresni.

### 5.5.2. Megbeszélések

**A megbeszélések jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni**, ez tudja azt a többletet adni a betegellátáshoz, amit a teamben való munka jelent és a szeparáltan dolgozó szakrendeléseken túlmutat.

#### Akut probléma esetén

- **Ad hoc:** gondozónő, pszichiáter, szociális munkás (2-3 fő), sürgős megoldás szükséges, nincs idő esetkonferencia összehívására. **Esetkonferencia:**
  - általában problémásabb beteg vagy különleges élethelyzet esetén kerül rá sor
  - *minél több érintett jelenlétével, de az Általános adatvédelmi rendelethez (GDPR) alkalmazkodva (osztályos kezelőorvos, gondnok, közösségi pszichiátriai hálózat gondozója,*

*családsegítő, gyámhivatali ügyintéző, szociális munkás, szakgondozó), természetesen lehetőség szerint a beteg jelenlétében.*

#### Rendszeres megbeszélések

- **Azonos munkakört ellátók** (orvosok/szakdolgozók/pszichológusok): **hetente**
- **A gondozó egész személyzete: minimum havi 1 alkalom.** Inkább operatív jellegű, pl. helyi új szabályok bevezetése (felsőbb utasítások, a vezető vagy a team tagok kezdeményezése alapján), közös tervek, célok egyeztetése; de ha van akut eset arról is együtt gondolkodhatunk.

**Rendszeres esetmegbeszélő: minimum havi egy alkalom**, lehetőség szerint külső szupervizor (annak hiányában peer szupervízió).

## 5.6. Különleges intervenciók

### Pszichiáter, szakdolgozó

krízisintervenció (pl. tüneti rosszabbodás, veszteségfeldolgozás, akut élethelyzeti krízisek esetén)

### Pszichológus

pl. egyéni- és csoportterápiák

### Szociális munkás

pl. pénzügyi-, munkavállalási problémák

### Relapszusok

szakorvosi kompetencia (gyógyszeradherencia csökkent, megtartott adherencia mellett jelentkező relapszus, mellékhatás, szomatikus vagy pszichiátriai komorbid zavarok jelentkezése stb).

### Szomatikus betegségek

a kivizsgálás és terápia segítése is valamilyen nyire a mi feladatunk, mert sok pszichiátriai beteg nem megy könnyen más orvoshoz. Ennek hátterében több ok is állhat: túlzott dependencia („én máshoz nem megyek”, „Miért? Ön nem tud nekem felírni vérnyomáscsökkentőt” stb.), paranoid tendencia a gondolkodásban, csökkent asszertivitás, saját egészség elhanyagolása, mint tünet jelenléte stb. Bár „omnipotenciánknak” vonzó lehetőség, de ne essünk abba a csapdába, hogy kompetenciákat meghaladó szomatikus problémák kezelését magunkra vállaljuk. Csak a beteg útját kell a szakgondozóval közösen egyengetnünk (a beteg kezeléséhez való motiváció kialakítása, konzultáció a háziorvossal, előjegyzés más szakorvosokhoz stb.), hogy elérhesse a szükséges segítségeket.

### Élethelyzeti változások

amennyiben nem kóros a folyamat, azt csak kísérni kell: szakdolgozói kompetencia (vesztés; intrafamiliaris változások - gyermekszületés, válás stb.), de szükség esetén pszichológus vagy a kezelőorvosa bevonása indokolt.

#### 5.6.1. Krízishelyzetek

- **Első lépés:** információgyűjtés minden érintettől, aki csak elérhető: háziorvos, hozzátartozó, tanyagondnok, közösségi ellátók, családsegítő stb.
- Ad hoc esetmegbeszélés az érintett szakemberekkel (kezelőorvos, gondozó, szociálmunkás)
- Krízisintervenció (rendelőben, rendelőn kívül: a beteg otthonában, osztályon)
- Dokumentáció - a krízishelyzetek dokumentálása bár nehéz a sürgető helyzet miatt, viszont nagyon fontos, fontosabb, mint az átlagos eseteké

#### 5.6.2. Közvetlen veszélyeztető magatartás

##### 1997 évi CLIV. Törvény az egészségügyről

**188. § c), „közvetlen veszélyeztető magatartás:** a beteg - akut mentális zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére **közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § b) pontja szerinti, azonnali intézeti gyógykezeléssel hátrítható el.**”

Ha a beteg igényli, és ha van humán erőforrás pszichológiai konzultációra, egyéni vagy csoportos pszichoterápiára is sor kerülhet. Készségfejlesztés céljából szocioterápiák is jelentősek.

### Egyéb élethelyzeti problémák

szociális munkás (gondozóban elérhető, vagy közösségi pszichiátriai ellátás keretében)

### Támogatott munkavégzés

kiadott feladatok, betanulás, egyéni munka, kölcsönös segítség. Különböző problémák, tünetek mellett is hatékony lehet.

### Példák

- *disztímiás, krónikus depressziós a munkával szerzett tapasztalatairól: “kinyíltam”, azaz elkezdett újra közösségbe járni, emberekkel beszélgetni, megélni pozitív és negatív érzéseket is;*
- *borderline személyiségzavarban szenvedő beteg beilleszkedési nehézségekkel való sikeres megküzdése azon cél érdekében, hogy ne essen ki a munkavállalók közül, szociális munkás és pszicháter támogató terápiája mellett;*
- *a szkizofrén beteg “hangot kapott”: elkezdett beszélni igazi problémáiról nem csak a tüneteiről.*

- Gyógyszeres beavatkozás: antidepresszívum, antipszichotikum, sz.e. anxiolitikum – de krízisben legyünk óvatosak, mert a szuicídium veszélye megnő.
- Hozzátartozók általában szövetségesek, de fokozott az elővigyázatosság: családon belüli konfliktus megoldása a beteg hospitaizációjával nem javasolt!!!
- Krízisintervencióval, krízisterápiákkal számos szakirodalom foglalkozik, a gondozás során alkalmazott nem különbözik az egyéb helyzetektől.

Krízisről részletesebben a *Lélektani krízis* című fejezetben olvashat.

Ilyenkor általában akut osztályos felvétel szükséges, ha erre van gyanú, sürgős beutalás, OMSZ értesítése javasolt a mielőbbi osztályra kerülés miatt.

**Figyelem!** **Orvosi vizsgálat nélkül, hozzátartozó elmondása alapján nem írhatunk beutalót.** Jelzéssel élhetünk a háziorvos vagy az OMSZ felé, de az csak heteroanamnézis, mindig a beteg vizs-

gálatát személyesen végző orvos, orvosi kompetenciával rendelkező mentőtiszt hivatott dönteni az osztályra utalás szükségességéről. Akarata ellenére történő hospitalizációt csak orvos rendelhet el, mentő rendelésekor ezt figyelembe kell venni. Ha a helyszínen nincs, akkor legyen a kiérkező kocsin orvos!

**191. § (1)** A pszichiátriai beteg gyógykezeléshez való beleegyezésére az általános szabályok az irányadók [15-19. §]. A 196. § b) és c) pontja alapján kezelt beteg esetében addig, ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőséghez képest meg kell kísérelni.

**Közvetlen veszélyeztető magatartás:** *a háziorvos, illetve észlelő orvos* kompetenciája felismerése és pszichiátriai osztályos beutalása.

A beteg beutalása személyes észlelést követően történhet. Osztályos beszállítását az OMSZ végzi, szükség esetén rendőri segítséget igénybe véve.

Mire mi meg tudjuk szervezni, hogy kiérjünk (min. 2 ember, autó), a beteg elmegy otthonról - *pl. az ismert, szizofrénia miatt kezelés alatt álló, férfi betegünk a kiérkező általa ismert gondozónőket észlelve, azokat kijátszva elmenekült, a beteg gyorsabb volt a futásban, elérte a buszt, így meg hiúsítva a tervezett beszállítást.*

Valódi veszélyhelyzetet a kiérkező gondozónő és/vagy pszichiáter nem tud megfékezni, ahhoz legtöbbször fizikai erődemonstráció is szükséges. Amiben segíteni tud a jelenlétünk az a rendvé-

### 5.6.3. Veszélyeztető magatartás

**Veszélyeztető magatartás definíciója** a releváns jogszabály szerint: (1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről X. fejezet):

A beteg - mentális zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére *jelentős veszélyt* jelenthet, és *a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné*, amely a 196. § c) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt.

**Teendő:** kötelező gyógykezelés elindítása területileg illetékes. bíróságon; jelenleg ez az egyetlen,

delmi szervek szakszerű közreműködésének elősegítésében, ill. a hozzátartozóknak nyújtott szupportív segítségben.

Feladatunk: kapcsolat a hozzátartozóval, házi-orvossal, az OMSZ-tal, valamint előkészíteni a felvételt (jelzés, "helybiztosítás") a területileg illetékes pszichiátriai osztályra.

Sürgős beutalás esetén a következő információk feltétlenül szerepeljenek a beutalón:

- A beutalás indoka: azok az információk (és az információ forrása), melyek indokolják a sürgősségi beutalást: auto- ill. heteroanamnézis, a magatartás leírása (nem a pontos szakkifejezés a lényeg, hanem a valóságról való beszámoló, esetleg idézve a beteg szavait),
- Az alkalmazott terápia (rendszeresen szedett és az akutan alkalmazott is, ill., ha a beutaló orvosnak tudomása van elhagyott gyógyszerekről),
- Ismert szomatikus betegség (farmakoterápia szempontjából is jelentős lehet)
- Valamint minden olyan információ, ami az osztályos szakorvost segítheti az osztályos felvétel szükségességének megállapításában, később a beteg kezelésében.
- Egyéb: pl. hozzátartozó elérhetőségét szerepeltetni rendkívül fontos lehet a további heteroanamnézishez.

*(Az információk azért is nagyon fontosak, mert adott esetben lehet, hogy a beteg hónapok óta rosszabbul van, szenzitivitása, paranoid tendenciája fokozódott, érezzük, ahogy csúszik bele a relapsusba, de jó edukáció és IQ mellett, az őt nem ismerő, a felvételét elbíráló orvosi vizsgálaton bizonyos ideig hatékonyan tud disszimulálni.)*

*jogszabályokban is fellelhető, nevesített gondozóspecifikus eljáráskezdeményezési jogköre a pszichiátriai gondozó(szakorvosá)nak.*

A gondozóintézet által kezdeményezett kötelező gyógykezelést indító eljárás esetén a bíróság a határozat meghozatala előtt meghallgatja a beteget és a meghallgatásra beidézett független - a beteg gyógykezelésében részt nem vevő - igazságügyi elmeorvos szakértőt, valamint az eljárást kezdeményező szakorvost.

Nem gyakori, elég lassú folyamat. Ha más eszünk abszolút nincs, akkor érdemes ehhez folyamodnunk.

## 5.7. Pszichiátriai gondozás megszüntetése

- **Gyógyulás esetén**, ha a beteg 5 éven keresztül gyógyszermentesen tünetmentes állapotban van. *(A betegségek krónikus jellegéből adódóan sajnos elég ritka)*
- **Tartósan szociálisan kompenzált állapot** esetén, ha a beteg tünehordozó, de állapotában öt éve lényeges változás nem következett be és terápiás beavatkozást nem igényel.
- **A beteg kérésére**, ha gyógykezelését más ellátónál kívánja megoldani, és ezt a választott ellátó visszaigazolja. *(Ebben segítség az EESZT!)*
- Amennyiben **a beteg az együttműködést megtagadja, állapota nem veszélyeztető és belátási képességgel rendelkezik**. Ekkor a megfelelő dokumentációt követően a gondozást meg kell szüntetni.

## 5.8. Terepmunka a pszichiátriai gondozóban

**Speciális betegcsoportok** gondozásához szükséges, hogy a beteggel prevenció vagy gyógyító céllal rendelőn kívül is találkozzunk. Az ellátás, segítségnyújtás a beteg otthonában esetleg más helyszínen is történhet, ezt nevezzük összefoglaló néven *terepmunkának*.

A **szenvedélybetegek ellátásában** ismertebb ez a forma, ott a betegségekre veszélyeztetett vagy már szenvedélybetegek felkutatására, az ártalmak csökkentésére, az érintettek alacsony küszöbű ellátóhelyekre való eljuttatására szolgál, általában szociális munkások végzik az egészségügyi szakemberekkel konzultálva.

Ebben a fejezetben a **pszichiátriai gondozóban** megjelent *betegek rendelőn kívüli ellátásáról*

beszélünk, összefoglaló néven ez is terepmunka. Leggyakrabban *gondozónők végzik, de sokszor szociális munkással vagy más egészségügyi szakemberrel* (rezidenssel, pszichiáterrel, pszichológussal) együtt. A pszichiátriai gondozásban a rendelőn kívüli ellátás kiegészíti a rendelőben történő, jórészt szakorvosi ellátást. A szakorvosi ellátáshoz képest a „gondozás” átfogóbb szemléletű, a betegség tüneteinek csökkentésén túl a beteg teljes életminőségének javítása a legfőbb cél. Természetesen a szakemberek a pszichiátriai tünetek megszüntetésével is foglalkoznak, a krónikus betegségek akut epizódjainak megelőzése, időben történő felismerése is központi feladat.

## 5.9. Gondozás fokozatai szerinti terepmunka

A kezelőorvos mellett minden gondozásba vett beteg egy-egy adott szakgondozóhoz (gondozónőhöz) kerül. A pszichiátriai gondozó által ellátott terület a háziorvosi körzeteknek megfelelően van a gondozónők között felosztva, ez hasznos a háziorvossal való kapcsolattartás miatt is, valamint, hogy látogatáskor viszonylag kisebb területet kell bejárnia.

A gondozásba vett betegek esetében a gondozási szintet a következők szerint határoztuk meg:

- **0. szint:** – felmerül az esetleges gondozásbavétel (utánajárunk melyik területen él, kihez tartozna, de előny-hátrány mérlegelés alapján egyelőre nem a gondozás mellett döntünk)
- **1. szint** – csak követés (ha nem jelentkezik kontrollra, kezelőorvost értesíteni)
- **2. szint** – van kapcsolat (írásbeli beleegyezés, gondozóval kapcsolatfelvétel után beszélgetések)

- **3. szint** – látogatás is (gyakorisága a kezelőorvossal történt egyeztetés szerint egyénileg meghatározandó)
- **4. szint** – szakdolgozói kontroll rendelőn belül és kívül is!

### 0.szint

Ezt a szintet azért vezettük be, mert előfordul, hogy végre sikerül rábeszelnünk valakit, hogy fogadja el ezt a segítséget is, de mire aktuálisan erre sor is kerül, kiderül, hogy hivatalosan nem hozzánk tartozik, vagy elérhetősége problémába ütközik (pl. személyi összeférhetetlenség a területileg illetékes gondozónővel). Erre az utánajárásra lehetőleg ne akkor kerüljön sor, amikor már gyorsan dönteni, vagy intézkedni kellene, tudjuk előre, ha van olyan betegünk, akit bizonyos okokból mégsem mi fogunk gondozni.

### 1.-3. szint

A gondozó sz.e. a kezelőorvos nélkül is dönthet magasabb fokozatú ellátás mellett, ha problémát észlel, de azt mielőbb a kezelőorvossal is egyeztetni szükséges.

#### 4. szint

A gondozónői kontroll az orvosi kontrolloktól függetlenül, azoknál általában gyakrabban valósul meg a rendelőintézetben (orvosi: legalább 3 havonta, gondozói: legalább havonta). Ilyenkor a betegség okozta problémák átbeszélése mellett élethelyzeti kérdésekkel kapcsolatban tanácsadás, készségfejlesztés, sz.e. pszichoedukáció történhet a szakápolói kompetenciákon belül. Van, akivel a számlák befizetésére kell kidolgozni stratégiát, van, aki gyermekneveléssel kapcsolatos problémákban kér segítséget, van, hogy csak a beteg céljai eléréséhez (pl. munkát találni, albérletben költözni, lefogyni, új cipőt venni) van szükség rendszeres motivációs beszélgetésekre stb.

A szakdolgozóknak rendszeres „fogadónapja” van, amikor a rendelőben rendelkezésre áll az ellátásához tartozó betegeknek, attól függetlenül,

### 5.10. Beteglátogatás

A betegek saját otthonában történő látogatása több céllal történik:

- Információgyűjtés (heteroanamnézis, szociális státusz felmérése, a beteg funkcionalitásának felmérése),
- Jó szakmai kapcsolat kialakítása,
- A tünetek megjelenésére utaló jelek megfigyelése,
- Életvezetési problémák feltárása, megfigyelése, megoldásukra vonatkozó tanácsadás,
- Alapvető gyakorlati ismeretek elsajátításának segítése,
- Állapotrosszabbodás jeleinek észlelésekor a kezeléssel kapcsolatos motiváció erősítése,
- Egyéb.

Amennyiben a pszichiáter a gondozásba vétel olyan szintjét rendeli el, ahova beletartozik a látogatás is, a látogatás előtt feltétlenül szükséges a konzultáció a kezelő pszichiáterrel, szakgondozóval, szociális munkással, vagy tematika szerint azal, aki még érintett:

- Mi a látogatás célja?
- Mi lehet a beteg reziduális tünete?
- Heteroagresszió kockázatának becslése. (meghatározandó, hogy egyedül látogatható-e)
- Tisztázni az egyéb megfigyelendő körülményt, segítő személyeket.
- A gyógyszeres terápia és a következő szakorvosi kontrollvizsgálat időpontjának ismerete.

hogy van-e aznap orvosi kontrollvizsgálata is a betegnek vagy nincs. Természetesen más napon is megkereshetik, de munkaszervezés szempontjából fontos, hogy aznap erre több ideje legyen egyéb teendői mellett.

Ha valakit gondozásba veszünk, az őt ellátó gondozóval is előbb-utóbb kialakul egy jobb kapcsolat, sokszor átkerülhet erre a hangsúly, ami az szakorvos tehermentesítését is szolgálja. A szakképzett gondozónő a jó állapotban levő beteggel rendszeresen tartja a kapcsolatot, az orvos tanácsadással segíti. Ha felmerül a gyanú, hogy a beteg tünetei romlanak, a gondozó jelzi a kezelő szakorvosnak, és időpontot egyeztet a beteggel. Ha a beteg beleegyezik, a gondozó az orvos-beteg találkozón is részt vehet.

A gondozási szint az állapottól függően rendszeres időközönként felülvizsgálható.

A helyszínen a gondozónő képviseli a szaksegítséget, így a fentiekkel tisztában kell lennie, bár a gyógyszeres terápia meghatározása nem az ő feladata, de a helyszínen ezeket neki kell képviselnie: a beteg és hozzátartozók felmerülő kérdéseire is csak így tud válaszolni.

Ha ismeri a betegséget, kezdeti tüneteket, veszélyeztetésre utaló jeleket és a leggyakoribb kezelési lehetőségeket, az adott gyógyszertől várható hatásokat, legfontosabb mellékhatásokat, sok kérdésre megnyugtató választ tud adni. Fontos viszont, hogy ne lépje át kompetencia határait, és ha valamiben nem biztos, azt nyugodtan jelezze. Az nem gond, ha valamire nem tud válaszolni, nem köteles mindent tudnia, de meg kell beszélni, hogy arra a kérdésre hogyan kapják meg a választ (következő kontrollvizsgálaton, következő beteg-gondozónő találkozás kapcsán stb.). **Minden kérdést komolyan kell vennünk**, és igyekezzünk kideríteni, hogy a betegnek vagy hozzátartozóknak bizonyos dolgok miért is fontosak. A gyógyulás és a terápiával való együttműködés alapja, hogy a beteg és a segítő hozzátartozók megértsék, mi miért történik.

A gondozó (és/vagy szociális munkás, orvos) hivatalos szerepében tesz látogatást, tőle az adott helyzetben professzionális viselkedés várható el csakúgy, mint rendelési időben a rendelőben. Mivel a helyzet maga nem adja ezeket a kereteket, sokkal nagyobb szerep jut ebben a határtartásban a szakembernek. Ebbe beletartoznak az alapvető

etikai normák, amit a „vendégszerep” hoz magával, de a látogatás nem a közös szórakozás, időtöltés kedvéért történik, még akkor sem, ha a célunk vele a szabadidő strukturálásának, programok kialakításának megtanítása.

**Tilos ajándékok, egyéb kedvezmények elfogadása,** és mindezt olyan módon kell a beteg tudomására hoznunk, hogy félreértés nélkül megértesse, hogy ez nem visszautasítás részünkről, hanem a munkához tartozó etikai szabályok betartása. Ha étellel kínálnak, annak elfogadása sem könnyű kérdés: vigyázni kell, hogy ne okozzunk felesleges feladatokat a betegnek a látogatással, tehát semmiképpen ne várjuk el, hogy pl. süteménnyel vagy itallal kínáljon. De az is kellemetlenül hathat, ha semmit nem fogadunk el. Van, hogy olyan tisztasági körülményeket találunk, hogy érkezésünkön nem szívesen innánk a felkínált pohárból. Ilyenkor nem kell álszentnek lenni, majd titkon a szobanövényre loccsintani a vizet, de vigyázni kell, hogy semmiképp ne bántsuk meg a be-

#### 5.10.1. Első látogatás

- A beteg beleegyezésével, időpontegyeztetéssel történik.
- Már a rendelőben történt megismerkedést követően kerül rá sor.
- Mindig 2 személy (a későbbiekben, legtöbbször, már csak a saját gondozója látogatja)

A rendelőben történő első találkozások után, ha a beteg beleegyezik, hogy meglátogassuk, feltételezhető már egy pozitív elfogadás a beteg részéről (ami szükséges, hogy beengedjen valakit a lakásába). Mivel nem tudjuk mi vár a beteg otthonában, **első alkalommal mindig 2 személy együtt** megy ki. Javasolt együtt menni pl. szociális munkással, egy másik gondozónővel, de ha együttműködés van, akár a közösségi pszichiátria szakemberével. Ritkák azok a Gondozók, ahol a pszichiáter is tudja vállalni a beteg meglátogatását olyankor is, amikor nem feltétlenül szükséges a szakorvosi jelenlét. Természetesen a szokványostól eltérő esetek is bőven előfordulnak a gyakorlatban.

*Pl.: a még pszichiátriai szempontból ismeretlen beteg első látogatására a területi védőnő kérésére került sor, aki a gyermekágyas anyukához ment volna ki látogatásra. A korábbi beszélgetés során már felmerült benne a pszichiátriai betegség*

teget. A későbbiekben hasznos is lehet a betegnek, ha valamilyen módon sikerül jelezni, hogy ez a „tisztasági szint” kárára lehet családi-, baráti- esetleg párkapcsolatok kialakításakor.

#### **Beteglátogatás jellegzetes formái:**

- első látogatás
- rendszeres látogatás
- alkalmankénti: szükség esetén
- alkalmankénti: veszélyeztető állapot esetén

*A látogatás soha nem öncélú, hanem egy terápiás terv része. Általában a **gondozónő** jár ki a betegekhez, néha szociális munkással, vagy másik gondozónővel együtt. A **pszichiáter** nagyon indokolt esetben van csak szükség/engedhető meg, hogy személyesen meglátogassa a beteget, pl. a gondozás kezdetén, a kapcsolat kialakítása miatt, vagy veszélyeztető helyzetben (ez utóbbi esetén is ritkán, ld. **Közvetlen veszélyeztető magatartás** c. fejezet). Ha több óra kiesik a szakorvos rendelési idejéből, az a jelenlegi finanszírozási rendszerben legtöbbször nem megengedhető.*

*gyanúja, ezért kérte a gondozónő segítségét. A betegnél valóban akut deluzív tartalmakat alátámasztó elrendezést találtak, a szobában az ablakok és a csillár is le volt nylonnal légmentesen takarva, hogy a „mérgezéseket megelőzzék”, a kislány és a babakocsi is le volt fóliázva, hogy a „kicsi is védve legyen a fertőzéstől”. Szerencsére a védőnőnek és a gondozónőnek sikerült rábeszélnie a beteget, hogy bejöjjön a gondozóba, és így elkezdődött a kezelése.*

A területünkhöz tartozó tanyavilágban lakók megközelítése sokszor azért is nehéz, mert a pontos GPS koordináták nélkül néha hosszú kilométereket gyalogolhatunk rossz irányba. Ezen tapasztalatok alapján igyekszünk kapcsolatot kialakítani a területet ellátó egyéb szervezetekkel, pl. falu-, tanyagondnoki szolgálat. Tekintettel, hogy az ő feladatkörükbe is tartozik a terület rászorulóinak segítése, de szakirányú végzettséggel nem rendelkeznek, készségesen szokták fogadni kezdeményezésünket, hogy a pszichiátriai betegek látogatását közösen végezze a gondozónő és a falu- vagy tanyagondnok.

A veszélyeztető jelekre, a bizalom csökkenésének apró jeleire figyelve lehet, hogy úgy döntünk, bizonyos esetben, a továbbiakban sem végezzük a

látogatást egyedül. (Szerencsés, ha van rá mód, hogy tapasztaltabb gondozónő tanítja a látogatókat, pl. a nyugdíj előtt álló kollégánál a fiatalabbnak a beteget átadásánál: „Feriné 6 zár van az ajtón és mindet be is zárja mögöttünk... jó lenne, ha ez az arckifejezésed a helyszínen nem lenne ilyen egyértelmű”).

A betegek fenyegetéseire is nagyon fontos figyelni, még ha irreálisnak tűnő dolgok hangzanak is el. *Pl.: betegünk felindult állapotában többször használta azt a szófordulatot, hogy „majd jön ő, és lelép itt mindenkit”, körülményei egy percig sem utaltak rá, hogy erre alkalmas fegyver lenne a birtokában. Állapotrosszabbodása kapcsán szerencsére mégis két gondozónő ment ki hozzá, s miután a beteg még az ajtót is bezárta mögöttük, elővett a párnája alól egy kézi fegyvert, és bizonygatta, hogy ezzel fogja lelépni a gondnokát. Szerencsére, a beteg ellenséges indulata ebben a helyzetben nem a gondozók felé irányult, és az őt jobban ismerő gondozónőnek sikerült elterelnie a beteg figyelmét addig, míg társa a szomszéd szobából értesítette a rendőrséget. Így is volt néhány izgalmas perc a rendőrség kiérkezéséig, amíg a beteg beszállítására sor került.*

Ez a példa is mutatja, hogy a heteroagresszív magatartásra utaló jeleket (*ld. Az erőszakos magatartás rizikó- és protektív faktorai, kockázatkezelése c. fejezet*) komolyan kell venni a látogatások

### 5.10.2. Rendszeres látogatások

#### Havonta

eleinte, vagy később átmenetileg, ha a beteg támogatása ezt kívánja meg, elképzelhető, hogy erre is szükség van (pl. depot. inj. beadása).

#### Negyedévente

ha a hozzátartozókkal vagy betegséggel kapcsolatos egyéb problémák ezt szükségessé teszik, vagy

### 5.10.3. Alkalmankénti látogatás

#### Szükség esetén

Erre sor kerülhet, ha a rendszeres gondozásban lévő betegnél változás következik be. Ez lehet a pszichiátriai betegségét érintő, egyéb egészségügyi probléma, amely életvezetésében zavarhatja (pl. műtét után az addig önellátó beteg ezt hogyan tudja megoldani?), lakáskörülményeiben, együtt élő hozzátartozókkal kapcsolatban bekövetkező változás stb.

tervezésekor is. Veszélyeztető magatartás gyanúja esetén törekedjünk az ellátó személyzet biztonságának megőrzésére. Ilyenkor lehetőség szerint intézményes keretek között javasolt megvizsgálni az érintett beteget.

#### Feladatok első látogatáskor

- Lakáskörülmények megfigyelése (patológiára utaló jelek, anyagi korlátok, lehetőségek)
- Együtt élő személyek/hozzátartozók (megfigyelendő a viszonyuk a beteghez, a betegséghez, a gondozáshoz, a látogató szakemberekhez)
- Más támogató személyek feltérképezése (pl. szomszédok jelenléte/elérhetősége)

A beteg személyiségi jogait mindig védeni kell ezért direkt kérdéseket a szomszédnak, lakótársnak nem tehetünk fel. Sokszor azonban annyi is segít, ha ezt mondjuk: *Jó napot kívánok! XY vagyok „orvosi” (nem pszichiátriai) rendelőből, nem tud a szomszédról valamit? Ilyenkor általában hasznos/fontos/ meggondolandó információkat kapunk. Pl.: „Jaj egész nap kopog valamivel a fűtőcsövön, már alig bírjuk”. „Minden nap nagy szatyrokkal jár haza, biztos tele a lakás szeméttel”. „Nagyon rendes gyerekei vannak, minden nap jön valamelyik, hozzák az ebédet is.”*

A kapott információkat mindig kellő körültekintéssel kell kezelni, nem mindig tiszta milyen kapcsolat van a szomszéd vagy az anyós és a beteg között, ill. őket sem ismerjük (nincs-e több paranoid gondolattartalmuk, mint a betegnek?)

az egyedül élő betegről nincs esélyünk másképpen információhoz jutni.

#### Évente

jó, ha évente egyszer minden gondozott beteget meg tudunk látogatni, ez a kapcsolat minősége miatt is fontos lehet, ill. az egyéb állapotfelmérés, változások értékelése miatt.

*Az évtizedek óta gondozás alatt álló, ismert szkizofrén betegünk egy ideje elkezdte kérni az elmebetegek pszichiátriai otthonában történő elhelyezését. A gondozónővel történt megbeszélést követően egy soron kívüli látogatás derített fényt a hirtelen megváltozott álláspont okára: új lakótárs került a lakásba, a testvére új élettársa. A vele kialakult konfliktusok indították a beteget arra, hogy menekülni próbáljon a helyzetből, de mivel a*

*konfliktust kicsit szégyellte is, a gondozói beszélgetések kapcsán a probléma okára nem derült fény, csak az otthonában, ahol már nem tudta titkolni. Így tudott elkezdődni a konfliktusok megoldására irányuló párbeszéd, a gondozónő, mint „mediátor” segítette a békés együttélés újbóli kialakítását.*

### Veszélyeztető állapot esetén

A veszélyeztető magatartású beteg meglátogatásához OMSZ (sz.e. rendvédelmi szervekkel együtt) bevonása célszerű és a látogatás a háziorvosi kompetenciába tartozik. Hirtelen, előre nem látható módon kialakult heteroagresszió miatti ve-

szélyeztető állapot hátterében sokszor nem pszichiátriai probléma áll, ellátása is az SBO-n történik (pl. detoxikálás, delirózus tudatzavar kivizsgálása stb.).

Ha pszichiátriai betegség kapcsán alakul is ki veszélyeztető magatartás, gyakran nem a kapcsolat, vagy a beteget ismerő érvelése segít a helyzet megoldásában, hanem a feszültség, a veszélyeztető magatartás csökkentése kémiai vagy fizikai korlátozással. Erre a gondozóból aktuálisan mozgósítható 1-2 gondozónő és szakorvos általában nem elég, saját kompetenciánk inkább csak a korlátozás során fellépő túlkapasok megelőzése.

## 5.11. Közös programok

A közös programokban a beteg és a szakgondozó közösen vesznek részt a rendelőn és a beteg otthonán kívül.

### Individuális

**a beteg és a szakdolgozó** (esetleg hozzátartozó is)

Individuális program lehet, ha a gondozónő elkíséri olyan helyszínre, ahova a beteg szorongása vagy egyéb korlátai miatt nem tud egyedül elmenni, vagy pl., ha viselkedésterápia részeként együtt utazik vele tömegközlekedéssel stb. Konkrét viselkedésterápiás technikák mellett a beteg szociális mintakövetéssel is tanulhat ezekben a helyzetekben. Fontos, hogy a cél nem az, hogy helyette oldjunk meg feladatokat, hanem hogy a beteg új készségekre tegyen szert, amivel egyre inkább képes az önellátásra, adekvát segítségkérésre.

**Információgyűjtés** is lehet a külső helyszínen való találkozás eredménye:

*X.Y.-t hosszú évek óta gondozzuk pszichiátriai betegsége miatt. Évek óta meglévő reziduális deluzív tartalomnak tekinthető, hogy nagyobb összeget vár az ENSZ-től, mert külföldi titkosszolgálatok megkárosították. Családjával is időszakosan kialakul konfliktusa, mert vagy „eltették” (nem magukra költötték, hanem eldugták) a pénzt, vagy visszautaltatták a postával. Egy alkalommal a vilamoson találkoztunk, épp a postára ment a milliókért, hívta a gondozónőt, hogy menjen vele. („Ha itt a pénz, a gondozónő is kap belőle 1 milliót”). A postán sorba állás, majd, amikor a betegegre került a sor, készítette az iratait és kérte a pénzt. A postás kisasszony ismerősként üdvözölte, megnézte a számítógépben(!) és sajnálattal közölte, hogy „most sincs pénz”. Beigazolódott a gyanú, hogy*

*ami „a postások zaklatásának” lett interpretálva az osztályos felvételt szorgalmazó hozzátartozók részéről, valójában nem az volt. Ezután sikerült a hozzátartozókkal is megbeszélni, hogy ne erősítsék, de ne is vitassák a pénz megérkezését, ez is egy tünet, amit már a postán is megtanultak „kezeleni”, s így az osztályos felvételre nem került sor.*

- viselkedésterápiás jelleggel pl.: elkerülő magatartás csökkentése trigger helyzetekben,
- hivatalos ügyintézésben,
- egyéb eü.-i problémákban is segítségnyújtás - kompetenciahatárokon belül! (egyéb szakrendelésre elkíséri),
- egyéb.

### Nagyobb létszámú társas programhoz kapcsolódva

- Informális találkozások (pl. beteg-klubok)
- Antistigma, pszichoedukációs rendezvényeken való közös részvétel
- Egyéb: pl. mentális betegek számára rendezett nemzetközi sportjátékokon, bajnokságokon való részvétel; állatkert, múzeum közös/csoportos látogatása (Finanszírozási problémák – korábban a gondozót fenntartó egészségügyi intézménynek is módjában állt finanszírozni számos programot, ill. az egyes intézmények, pl. állatkert, múzeumok is készségesebben adtak kedvezményeket a betegcsoportoknak. – Jelenleg ennek megszervezése olyan mértékű adminisztrációval is jár, egyes esetekben alapítványt vagy civil szervezetet is szükséges bevonni, hogy sokkal ritkábban vállalkozunk ilyen programokra.)



## 5.12. A segítség módjai

**Példamutatás:** betegnek (hogyan érdemes viselkedni, hozzátartozóval, másokkal), hozzátartozóknak (pl. hogyan kell beszélni a beteggel, hogy ne fokozzuk a tünetekből adódó feszültséget, nehézségeket).

**Gyakorlati tanácsadás:** pl. megtanítani a lakás rendszerben tartásának módját.

**Pszichoedukáció:** nem csak direkt szervezett formában, hanem minden helyzetet, lehetőséget

megragadva, akár betegnek, akár hozzátartozóknak is nyíltan beszélni a betegségről, azzal kapcsolatos kérdésekről. Tapasztalat, hogy az orvosi vizsgálatnál kevésbé szorongást provokáló helyzetekben a betegek jobban fel merik tenni a kérdéseiket, esetleg könnyebben beszámolnak a rendszeres gyógyszeresedés nehézségeiről is.

**Motiváció:** szüntelen fejlesztése

**Segítők felkutatása,** és a beteggel való kapcsolatuk erősítése

## 5.13. Személyiségi jogok védelme

- Nem látogatható az a beteg, akivel a gondozásba-vételt nem egyeztettük.
- A beteg kezelésének tényéről mi nem tájékoztathatunk senkit a beteg tudta és beleegyezése nélkül (veszélyeztető magatartás esetén: kivétel!)

Telefonon sem adhatunk információt és látogatáskor sem. Csak akkor, ha a beteg beleegyezett.

## 5.14. Dokumentáció

A látogatás során tapasztaltak dokumentációja. a helyi szinten szabályozott minőségbiztosításban meghatározottak szerint történik.

Dokumentáció = tevékenységünk „naplóza”

**Adekvát leírás, adekvát helyen és jelzés a további teendőkről:**

**Rendelői megjelenések („fogadónapon”):** aktuális tünetek, problémák, kezelési tervek, célok, következő fogadónapi, vagy látogatási időpont.

**Látogatások:** idő, hely, jelenlevők, fontosabb megfigyelések, beszélgetésben érintett témák, felmerült probléma, megoldási javaslatok, cselekvési terv.

**Társas programok:** csak a lényeges információk, észlelt változások, teendőt igénylő tünetek, problémák

**Dokumentációs alapelvek**

- „csak az igazat és csakis az igazat”!
- Jelenleg nincs egységes dokumentációs rendszer, a használt rendszer gondozónként változik.
- Digitális vagy papír alapú tárolás? (előbbihez csak szkennelve lehet csatolni nem digitális információt, papíralapúhoz könnyebb volt a rendszerégi megkeresést, nekünk adományozott verseit, hozzátartozónak írt üzenetét csatolni.)
- A személyesebb, hozzátartozókkal, lakáskörülmenyekkel, egyeztetett célokkal kapcsolatos információk már leginkább csak a gondozásban közvetlenül résztvevőkre tartozó igen bizalmas információk, ezek dokumentálása fontos, de elérhetősége csak a közvetlenül érintett személyzetten keresztül és csak nagyon indokolt esetben javasolt. Talán a pszichoterápia dokumentációjához hasonlítanám elérhetőség szempontjából.

## 5.15. A gondozáshoz szükséges készségek

- segítő attitűd
- segítő kapcsolat alapelvei:
  - feltétel nélküli elfogadás,
  - empátia és visszatükrözés,
  - hitelesség, kongruencia;
- egyéni felelősségvállalás
- hosszú távú elköteleződés képessége
- határtartás!!!
- rugalmasság: képes legyen a beteg érdekei köré szervezni a közös munkát
- képesnek kell lenni elengedni a beteget, ha már állapotavulás miatt nincs rá szükség
- önreflexió képessége (hogy észrevegyük a saját hibáinkat, ez a fejlődésünk záloga).

A feladat jellege miatt sokkal fontosabbak a fenti készségek, mint a csak szakrendelésen dolgozó kollégák esetében, és ezek az idő folyamán a munkájára adó szakdolgozónál ki is alakulnak, vagy – a tapasztalat szerint – elmegy más területre dolgozni. Sokat segíthet azonban, ha ezeknek a készségeknek az elsajátítására tudatosan törekszünk, és kialakulásukat rendszeres esetmegbeszélésekkel, szupervízióval segítjük is.

Alapvető segítő attitűd: képes átmenetileg saját egoját is háttérbe szorítani, ha a helyzet úgy kívánja. El tudja viselni, ha nem neki van igaza, vagy „úgy tűnik”, hogy nem neki van igaza még akkor is, ha neki van igaza.

## 5.16. Dilemmák

### **Mi a teendő, ha látogatáskor derül ki, hogy a hozzátartozó „betegebb”?**

Számos példa van rá, hogy a családból nem a pszichiátriai szempontból „legbetegebb”, hanem a „leggyengébb” kerül először észlelésre.

*Pl.: szkizofrénia miatt kezelt fiú reziduális tünetei eltörpülnek az adekvát betegségbelátással szintén nem rendelkező betegségorongás-zavarral és dependens személyiségzavarral küzdő édesanyjával mellett. A látogatások során az anya panaszáradata van előtérben, értékes időt véve el a „beteggel” történő kommunikációtól. Sokkal nagyobb probléma az édesanya adekvát motivációjának kialakítása az ő kezelésbeviteléhez, mint az együttműködő fiú reziduális tüneteivel való megküzdése.*

*Pl.: Idősebb házaspárban a feleségnél organikus paranoid zavart diagnosztizáltunk, gyógyszeresedését az enyhe szorongással, időszakos alvászavarral küzdő férj kontrollálja. Később: demencia felismerése a férjnél, felmerül: vajon az eddigi otthoni gyógyszeresedés mennyire volt pontos? Nem késett-e el a demencia diagnosztizálása? Tanulság: egy orvos ne kezeljen közeli hozzátartozókat, mert számos egyéb veszély miatt elcsúszhat az időben történő pontos diagnózis, amikor egyikük a másikhoz képest (relatív) egészségesebb*

Kell ehhez a munkához valamiféle *alázat* is, hogy elfogadjuk, hogy mi csak segíteni tudunk, a beteg saját útját kell megtalálja, és mi naprakész szakmai ismereteink birtokában ehhez csak segítséget tudunk nyújtani. A végső cél elérését segíti, ha a beteg a kezelő személyzetben „megbízható szövetségesre” talál, akivel azt is meg tudja beszélni, ha éppen elhagyta a gyógyszert, vagy az élettársát, vagy az étkezéseiből a húst. Éreznie kell, hogy bár abban nem támogatjuk, hogy tudatosan, vagy tudattalanul egészsége vagy egyéb érdekei ellenében cselekedjen, mi nem a terápia betartásának „őrei” vagyunk, hanem segítők. A segítő kapcsolat fontosabb, mint az aktuális gyógyszer, injekció, mert a hosszú távú célok fontosabbak.

*(az előtérben álló szorongásos tünetek és a feleség miatti problémák ventilációja elfedte a kezelőorvos számára a deméntálódás kezdeti tüneteit.)*

- Hozzátartozók szükségszerű kezelésére szakemberhiány miatt egyre inkább szükség lesz, figyelni az ebből adódó nehézségekre.
- Tartsuk szem előtt, hogy mindig csak azon a szinten avatkozunk be, amelyiken szükséges, hogy a beteg autonómiája minél inkább érvényesülhessen.
- **Beleegyezési nyilatkozat aláíratása:** paranoid beteggel nagy erőfeszítés bármilyen nyilatkozatot aláíratni, még akkor is, ha addig viszonylag elfogadható kapcsolatban voltunk, jogi szempontból viszont szükséges lenne a gondozásba való dokumentált beleegyezése.
- **Gondozói átlagéletkor vs. szkizofrénia átlagéletkor:** a krónikus pszichiátriai betegségek jellegzetesen fiatal életkorban indulnak, a gondozónők átlagéletkora ennél sokkal magasabb (50 fölött?). Fiatal szakdolgozók legtöbb helyen elenyésző létszámban dolgoznak pszichiátriai gondozókban. Tapasztalataink szerint szerencsés, ha a közös programok szervezésében 1-1 fiatalabb gondozó is részt vesz, néha a fiatalok könnyebben „megtalálják a hangot” a fiatal betegekkel.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mit jelent a terepmunka a pszichiátriai gondozás során?
- ▶ Mire kell figyelni a beteg látogatása során, hogy a rendelőn kívül is professzionális segítők tudjunk maradni?
- ▶ Milyen készségek jellemzik az „elég jó” szakgondozót?
- ▶ Mikor érdemes a beteg gondozásbavételét kezdeményezni?
- ▶ Mivel kap többet a beteg a gondozásbavétellel a szakrendelési ellátáshoz képest?
- ▶ Mit tehetünk a közvetlen és a nem közvetlen veszélyeztető magatartású beteg észlelésekor a kezelésbavétel elősegítésére?
- ▶ Mikor kell a gondozást megszüntetni?

## Ajánljuk

A Háziorvosi hatásköri listáról

<https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (elérve: 2020.08.31.)

<https://kollegium.aEEK.hu/Download/Download/173> (elérve: 2020.08.31.)

## 6. PSZICHODIAGNOSZTIKA A GONDOZÓBAN

MOHÁCSI-HARTNER JUDIT, RÁCZ ZSUZSANNA

*A lecke célja a pszichodiagnosztikai munka bemutatása és annak illeszkedése a gondozó rendszerébe. A pszichiátriai gondozókban a team tagjai a pszichológusok, akiknek munkája terápiás és diagnosztikai részből tevődik össze. Ebben a fejezetben a diagnosztikai munkát vizsgáljuk. Érintjük a tesztek, a diagnosztikai kérések menetét, a vizsgálatok lefolyását, dilemmáit, nehézségeit. Szót ejtünk a gondozási folyamat specifikumairól is. Mindezt a gyakorlat oldaláról közelítve, példákkal illusztrálva gyűjtöttük össze.*

### 6.1. Elméleti alapok

A pszichodiagnosztikai vizsgálati eljárásokat az alábbi csoportokba sorolhatjuk:

- teljesítmény tesztek: a vizsgált személy valamilyen képességét, kognitív működését mérjük fel. Például figyelem, emlékezet részképességeket, vagy a teljes intellektust stb. pl. MAWI, AKV, Mini Mental State, d2 (figyelem), Ranschburg-féle szópár (memória)
- tünetbecslő skálák: egy-egy adott kórképhez kapcsolódó tünetkörök (például depresszió, szorongás, kényszeres tünetek, egészségsszorongás, evészavarhoz vagy addiktológiai problémákhoz kapcsolódó tünetek) meglétét, ill. súlyosságát nézzük meg önkitöltős kérdőív vagy interjú formájában. Például: Beck Depresszió Kérdőív, Taylor Szorongás Skála, STAI-S, STAI-T, Hamilton Depresszió Kérdőív
- személyiségvizsgáló eljárások: komplexebb kép megalkotásához használjuk, bepillantást kaphatunk például a személy kapcsolati, kötődési mintázatába, a realitáshoz és önmagához való viszonyulásába, esetleges patológiás folyamataiba. Erre használhatunk objektív (kérdőíves módszerek) vagy projektív eljárásokat (a vizsgálati személy valamilyen többértelmű ingert kap, amely felületet biztosít arra, hogy a benne lévő tudatalan tartalmak megjelenhessenek, projektálódjanak). Például: kérdőíves – MMPI, projektív – Rorschach.

Ha a klinikai kérdés megválaszolása azt igényli, annak megfelelően választunk más diagnosztikai eszközök, kérdőívek közül. Például, ha a vizsgálati személynél intelligencia meghatározásra van szükség, de nem tud írni, olvasni, akkor a MAWI (tartalmaz számolást, olvasást igénylő feladatokat) helyett Raven tesztet használunk.

### 6.2. A pszichodiagnosztikai folyamat menete

Pszichodiagnosztikai tesztekre sokféle esetben, helyzetben kerülhet sor, de mindig egy, a **küldő által megfogalmazott klinikai kérdéssel indul**. Ez segít a pszichológusnak az eljárás kiválasztásában, az exploráció fókuszálásában, erre fogja keresni a választ. A pszichiátriai gondozóban mi leggyakrabban az alábbi esetekben végzünk vizsgálatokat:

- A kezelőorvos elakad a *differenciáldiagnózis* megalkotása során. Gyakran összetett tüneti kép jelenik meg, vagy például az aktuális tünetek fedhetnek egy mélyebb, például személyiség problémát. A kezelőorvosnak azonban viszonylag rövid idő alatt kell farmakoterápiás döntéseket meghozni, a pszichológiai vizsgálatok segítségével gyorsabban tisztázódik a kép. Időnként vannak olyan esetek is, amikor annyira összetett

problémával jelentkezik a páciens, hogy az orvosi találkozások és a pszichodiagnosztikai vizsgálatok után is nehéz diagnosztikai kategóriába illeszteni a beteget. Ilyenkor a hosszmetzeti kép egyértelműsítheti a diagnózist, és a terápiás eszköz kiválasztását. A gondozóbeli esetek között gyakran fordul elő olyan, hogy a páciens érdeke az orvos által látható képet torzítja szimuláció, vagy disszimuláció irányába.

*Például:* elvett jogosítvány visszaszerzése, munkahely kérdéseessé válása a pszichés problémák miatt, leszázalékolás. Ezek a tendenciák a tesztek során nyilvánvalóbban megjelennek. Néhány példa a leggyakoribb klinikai kérdések közül: az aktuális affektív tünetek hátterében van-e személyiségzavar, alkalmas-e a páciens pszichoterápiára (énerő, int-

rospekciós képesség, önismeretei igény, kellő rugalmasság, nyitottság), vagy tanulási nehézségek hátterének kivizsgálása.

- *A terápiás kapcsolatban alakul ki nehézség, elakadás.* Ilyenkor felmerülhet diagnosztikai kérdés, elfedett probléma lehetősége (például nem együttműködő betegnél előfordulhat, hogy a páciens az alacsony intellektuális képesség miatt nem érti meg kezelési útmutatót).
- *Állapotkövetés* kapcsán – súlyosbodtak vagy javultak-e a páciens tünetei a kezelés hatására?
- Gyakran segít az *együttműködés és a betegség belátás előmozdításában*, ha a páciens számszerűen, objektíven láthatja, hogy a szubjektíven megélt tünetei összességében hogyan állnak össze egy-egy kórképpé. Ilyenkor ráadásul az adott kérdőív mentén végig kell gondolnia, össze kell gyűjtenie tüneteit, problémáit, „rákényszerül”, hogy foglalkozzon velük.
- Gyakran találkozunk *más intézményektől* érkező kérésekkel, ezek leginkább az intelligencia szint meghatározásához kapcsolódnak (értelmi fogyatékos, gondnokság megállapítása).

A klinikai kérdés tisztázása után indul *a tényleges vizsgálati eljárás*, amelynek elengedhetetlen része az **exploráció**. Ez lehet hosszabb, részletesebb, főleg személyiségvizsgálatok esetén, vagy rövidebb, például tünetbecslő skálák kitöltése előtt. Funkciója egyrészt az adatgyűjtés, másrészt a kapcsolatfelvétel, az együttműködés kialakítása, a biztonságos légkör megteremtése.

Ezután jön maga a *teszt felvétel, a kitöltés*. A vizsgálatok minden esetben a páciens beleegyezésével történnek. Tudnia kell az okáról, menetéről, valamint arról, hogy az eredmények hova kerülnek. Még a rövid kérdőíves vizsgálatok is zárt ajtók mögött, lehetőség szerint nyugodt körülmények között zajlanak, hiszen egy szorongás-, vagy depresszió-kérdőív is felszínre hozhat olyan érzelmet, melyek csak négy szemközti szituációban kezelhetők. Gondoljunk csak legegyszerűbb esetben egy friss gyászra, amely kevésbé kanalizálható a páciens számára. Emiatt a folyosón való teszt kitöltés szakmai alapelveket sért.

### 6.3. Néhány gyakorlati példa a hétköznapiakból

*Ritka betegségek* megjelenése, mint pl. az ADHD a felnőtt populációban, melyhez nincs kellő diagnosztikai háttér, tesztek. 18. életévüket betöltve a felnőtt ellátásban már előfordulnak a

Általában csak a páciens és a vizsgálatvezető tartózkodik a szobában, de előfordulhat, hogy a kísérő jelenlétére is szükség van. Akár a fokozott szorongás okozta együttműködési nehézség miatt (ilyenkor egy családtag jelenléte nyugtatóan hat a páciensre), vagy az intellektus vizsgálatánál a hiteles anamnesztikus információk gyűjtése kapcsán (hiszen néha abban is bizonytalan a páciens, hogy hány osztályt végzett, ekkor segít a hozzátartozó jelenléte).

**Fontos**, hogy ilyenkor a kérdésekre a választ CSAK a páciensről fogadhatjuk el. Ilyen helyzetben a vizsgálatvezetőnek hangsúlyosabb szerepe van. Előre tisztázni kell a hozzátartozóval, hogy a választást semmilyen módon ne befolyásolja.

A folyamat záró lépése *a szakvélemény megírása*, amely során a kapott eredményeket és az explorációs adatokat (köztük a vizsgálat során megfigyelt viselkedést is) összesítve adunk választ a klinikai kérdésre. Szerencsés, ha van lehetőség a küldő orvossal is konzultálni a következtetéseinkről vagy például arról, hogy a kapott eredmények hogyan jelezhetőek vissza a páciensnek.

Két nagyon fontos nehézség, *dilemma merül fel a pszichodiagnosztikai vizsgálatok kapcsán*:

- *Hogyan adminisztráljuk a központi rendszerbe a kapott eredményeket*, hiszen jó lenne, ha a kezelőorvos vagy a későbbiekben más pszichológus kolléga láthatná, de azért bárki ne férhessen hozzá olyan információkhoz, ami például a páciens látens szexuális irányultságára vonatkozik. Ez egy nagyon kényes egyensúly, főleg a személyiségvizsgálatok esetében. A jelenlegi gyakorlatunk: írunk egy rövid véleményt, mutatókkal a központi adminisztrációs rendszerbe és adunk egy hosszabb véleményt kinyomtatva a kezelőorvosnak, amit orvosi felhasználásra szánunk, általában ennek kivonatát kapja meg a beteg. Ez a visszakereshetőséget nyilván rontja, de a személyiségi jogokat jobban védi. A kérdéskör legoptimálisabb megoldása még várat magára.

*Hogyan tároljuk a tesztek*, hiszen akár papír alapon, akár elektronikus formában adathordozóra rögzítve, elvileg zárt szekrényben kell megőriznünk azokat akár évtizedekig. Ez a gyakorlatban nehezen megoldható.

gyermekként diagnosztizált személyek. Ez esetben a kórkép megállapítása nem kérdéses, de bizony van, hogy csak felnőtt éveik alatt merül fel a páciensek életében a gyanú. Ekkor a speciális profilú

(pl. Semmelweis Egyetem ADHD ambulancia) ellátóhelyekhez képest szűkebb diagnosztikai tesztállományal kezdhetjük a felmérést. Az ottani teszteknek (pl. CAARS, CPT II., SCID II., Trail Making Teszt, Wisconsin kártyaosztályozó teszt, STROOP) csak egy része elérhető a vidéki hálózatban. De a kezdeti lépésekhez nyújthat segítséget, ill. annak eldöntéséhez, hogy kell-e speciális ambulanciára irányítani a páciens.

*Gyorsan fluktuáló pszichés állapot* esetén a tesztek felvétele "kullog" a státusz után: mire időpontot kap, és lezajlik a vizsgálat, már enyhül/súlyosbodik/tünetet vált a pszichés folyamat, így a diagnosztika eredménye nehezen egyeztethető össze a küldés indokával. Emiatt is fontos a szoros együttműködés a kezelőorvossal.

#### 6.4. Gondozott beteg

A gondozásba vétel megtörténtekor általában már nincs kérdés a diagnózis terén. Az ezt megelőző időszak során lehet szükség pszichodiagnosztikára.

Osztályos küldés esetén – diagnózis birtokában – kisebb arányban kérnek az orvosok vizsgálatot. Ám *ambuláns jelentkezéskor* Esetenként több diagnosztikai kérés is előfordul, míg a gondozásba vétel megtörténik. Arra törekszünk, ha több vizsgálatra van szükség, ugyanahhoz a szakemberhez kerüljön a páciens. Fontos, hogy a vizsgálat idején még ne torzítsa gyógyszer a klinikai képet. Ha az együttműködést nehezíti a betegségbelátás hiánya, akkor a tesztekben nyert objektív eredmények segíthetnek a helyzet elfogadásában.

Igen fontos az orvos – pszichológus – szakdolgozó *team tagjai közötti pontos információáramlás*, hiszen a gondozás folyamatában mindhárom szakember lényegi információkat láthat a páciensről. Ezen kapcsolatok működése jól jellemzi a páciens által érzékelhető biztonsági háló minőségét (mindenki ismeri a beteget, egyeztetett, friss információk alapján kerülünk vele kapcsolatba).

A gondozásba vétel mellett a gondozók feladatai között szerepel a szakvélemények adása hatóságok (gyámhatóság, bíróság, rendőrség, rehabilitációs hatóság) felkérésére is (ld. [A gondozáson kívül végzett egyéb tevékenységek c. fejezet](#)). A szakvélemény elkészítéséhez fontos a diagnosztikai tevékenység, mely az új eseteknél az első lépésben összetettebb vizsgálatot igényel. Adott esetben mind a személyiségvizsgálatra, mind az intelligencia felmérésére, mind az aktuális tünetek

Előfordul, hogy egy adott *teszt nem ad kellő eredményt* a diagnosztikában. Ha pl. egy MMPI teszt nem hoz eredményt tünetfelnagyítás/-leplezés miatt, akkor léphetünk tovább projektív eljárások felé. pl. Rorschach-teszt. Ez általában nem hagy megválaszolatlan kérdést.

Ritkán, de előfordul olyan helyzet, amikor a *pszichés dezintegráció* olyan mértékű, ami megakadályozza a tesztkitöltést. Pl. képtelen elég hosszan koncentrálni a beteg. Volt már, hogy háromszori nekirugaszkodással sem sikerült egy teszt végére érni, ilyenkor a torzító hatás ellenére is inkább megvárjuk a gyógyszer stabilizáló hatását.

áttekintésére is szükség lehet. A későbbi felülvizsgálatok esetében már csak az aktuális állapot felmérése történik.

Az osztályos munkához képest a gondozóban nincs lehetőség a hosszú távú megfigyelésre, emiatt a megjelenés alatti *rövid idő áll rendelkezésre* információgyűjtés szempontjából. Megnö minden heteroanamnézisnek a fontossága, és újra kiemelő a team-en belüli egyeztetés jelentősége.

Nehézséget okoz időnként annak kiderítése, hogy a beteg járt-e már máshol pszichológiai vizsgálaton. Ez a diagnosztikai eredmények tárolásának tisztázatlansága miatt is fellép. Pl. az adminisztrációs rendszerben (med.sol-ban) látszik, hogy volt már tesztfelvétele, de a részletes eredmény a korábban említett okok miatt nem került rögzítésre.

*Ha volt már diagnosztikus folyamat*, az előző vizsgálat eredményét hasznos beszerezni, mert lehetőleg nem ismétljük a vizsgálatokat, már csak azért sem, mert van olyan teszt, aminek újbóli felvétele csak bizonyos idő elteltével javasolt. (Pl. a Rorschach próba esetén nem csak az ismételt vizsgálat plusz idő/energia igénye a kérdéses rész, hanem az is, hogy egy éven belül nem szerencsés a tesztet ismételni. Emiatt adott esetben az újravétel lehetősége jelentősen tolong.) Kérdés, hogy ezen problémákra a bevezetésre kerülő EESZT milyen megoldást kínálhat? Az adatrögzítés dilemmái megmaradnak, de talán könnyebb lesz követni, hogy mely vizsgálatok történtek már meg a beteggel.

A fent vázolt pszichodiagnosztikai folyamatok a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikájának gondozóbeli gyakorlatát tükrözik. Ter-

mésztesen az ország más régióiban működő gondozóknak a helyi sajátosságok függvényében lehet ettől eltérő munkamódja.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- ♪ Melyek a pszichodiagnosztikai folyamat alapvető lépései?
- ♪ Miért van szükség a klinikai kérdés megfogalmazására?
- ♪ Soroljon fel három jellemzőt, ami a gondozott betegek esetén felmerül a pszichológusi munkában!

### Irodalom

- Mérei F, Szakács F (1992): Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek 1-2, NEMZETI TANKÖNYVKIADÓ, BUDAPEST.
- Mérei F, Szakács F (1994): Pszichodiagnosztikai Vademecum II. Személyiségtesztek, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Mérei F, Szakács F (1998): Pszichodiagnosztikai Vademecum III. Teljesítménytesztek, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Perczel-F D, Kiss Zs, Ajtay Gy (szerk): Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában (szerk).: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest, 2005.

## 7. PSZICHOTERÁPIA ÉS SZOCIOTERÁPIA A GONDOZÁSBAN

VÁRADI ENIKŐ, ISTVÁN ZALÁN

*A fejezet a gondozásban, elsősorban a súlyos mentális betegségek kezelése során alkalmazott pszichoterápiáról és szocioterápiáról ad ismereteket, különös tekintettel a gondozás során megjelenő specifikumokra. Célunk, hogy segítsük a tájékozódást az ellátórendszer gondozói szintjén és a kezelési lehetőségek terén.*

### 7.1. Pszichoterápia

VÁRADI ENIKŐ

*A pszichoterápiák alkalmazása a pszichiátriai gondozás során lényegét tekintve nem tér el az egyéb helyzetekben alkalmazott pszichoterápiáktól, a gondozott betegek jellemzőiből és igényeiből adódóan azonban mégis kiemelhetünk bizonyos pszichoterápiás specifikumokat.*

#### 7.1.1. A gondozói pszichoterápiák általános jellemzői

A pszichiátriai gondozás körébe a súlyos mentális zavarok tartoznak, azok a kórképek, amelyeket klasszikusan nagypszihiátriai kórképeknek nevezünk: a pszichotikus zavarok, mint a szkizofrénia, bipoláris zavar vagy a súlyosabb hangulatzavarok; a krónikus, a személyiség működését átható súlyos zavarok, mint például az étkezési zavarok vagy súlyosabb kényszerbetegség; valamint a súlyosabb személyiségzavarok. A súlyos mentális kórképekkel élő betegek frusztrációtűrés, motiváció, betegségbelátás, érzelmi terhelhetőség, szuicid veszélyeztetettség, realitáskontroll, szociális készségek és kötődési képességek tekintetében speciális betegcsoportot jelentenek, amelyek alapvetően meghatározzák a pszichoterápiás lehetőségeket.

A klasszikus – analitikus vagy behavior – terápiák tanulása során többnyire az indikációs „tiltólistán” szerepelnek ezek a kórképek, különösen a pszichotikus zavarok. Hasonló óvatosság jellemzi a legtöbb pszichoterápiás eljárást, ugyanakkor vannak olyan pszichoterápiás technikák, amelyek fejlődését kifejezetten ezek a súlyos kórképek facilitálták, gondolhatunk itt a viselkedésterápiás osztályos rezsimekre súlyos kényszerbetegek és étkezési zavaros betegek esetén, vagy a családterápiás modellekre a szkizofrénia kezelésében. A továbbiakban képet nyerünk arról, milyen feltételekkel, milyen limitációkkal és milyen fejlesztésekkel kaphat mégis helyet a pszichoterápia a súlyos mentális betegek kezelésében.

#### 7.1.2. Gyógyszeres kezelés szerepe, helye. Medikáció és pszichoterápia kérdései

A pszichoterápiák alkalmazását illetően másik jelentős tényező, hogy ezeket a nagypszihiátriai kórállapotokat a biológiai pszichiátria a gyógyszeripar fejlődésével szinte „kisajátította” és máig él az a dichotómia szakemberek körében, hogy a súlyos mentális zavarral élő betegek szinte kizárólag vagy elsősorban mindenképp gyógyszerrel kezelendők.

A gyógyszeres kezelés máig megőrizte prioritását a nagypszihiátriai kórképek kezelésében és számos kritikai elemzés ellenére szakszerűtlen, mi több ártalmas lenne gyógyszeres kezelést mellőzni szkizofrén, bipoláris beteg vagy súlyos depresszió esetén. A gyógyszeres kezelés prioritását hatékonyságán túl az indokolja, hogy jelenleg nincsenek arra klinikai eszközeink – de tulajdonképpen tudományos eszközeink sem – hogy előre jelezzük,

melik betegünk profitál igazán a gyógyszeres kezeléssel és ki az, akinél nem igazán lesz hatékony. Ugyanakkor konszenzus alakult ki, hogy a gyógyszeres kezelés a pszichotikus zavarok, köztük a szkizofrénia esetén alapvető szerepet kap az akut tünetek és a pszichotikus relapszusok kontrolljában, míg mérhető hatékonyságuk, de kevésbé robusztus a negatív tünetek és affektív tünetek esetén, ám egyáltalán nem alkalmasak a neurokognitív deficit tünetek kezelésére.

Ha a pszichotikus zavarokon túl más gondozott betegcsoportokra fókuszálunk, a gyógyszeres kezelés bizonytalanságai még inkább kifejezettek: személyiségzavarok esetén kifejezetten állapotfüggő gyógyszerelés javasolt, amely csak „követi” a személyiségzavarban szenvedő páciens állapotát, szinte az is kérdéses meddig kapjon egy személyiségzavaros beteg antidepresszívumot, antipszi-



chotikumot. A gyógyszerelés vs. pszichoterápia dichotómiája a nagypszichiátriai betegek esetében a gyógyszeres kezelés előnyeinek és hátrányainak, ill. hiányosságainak felismerésén túl a pszichoterápiás kutatások és az ebből eredő új technikák alkalmazásával oldható fel. A megfelelően alkalmazott pszichoterápiás eljárások a súlyos mentális zavarok kezelése során is javítják a terápiás eredmé-

nyeket, hasonlóan a kevésbé súlyos hangulatzavarok vagy szorongásos zavarok kezeléséhez. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy e betegcsoport terápiája komoly kihívást jelent a legjobb terapeuták számára is, és mind a betegek, mind pedig a terapeuta érdekében megfelelő felkészültséget és szupervíziós háttérrel igényel. A legtöbbször az egyéni terápiák is egy teammunka részét képezik.

### 7.1.3. Gondozásban alkalmazott pszichoterápiák

A pszichoterápiás fogalomtárból kiemelendők a kötődélmélet, a terápiás kapcsolatról szóló felismerések, a kognitív paradigmaváltás, azon belül a tanuláselméleti fejlesztő technikák, az ún. remediációk, valamint a szociális kogníció problematikája és a mentalizációs technikák. E fogalmak – a teljesség igénye nélkül – érzékeltetik, hogy a pszichoterápiák elméletében és gyakorlatában – hasonlóan a biológiai megközelítésekhez – is hatalmas fejlődés ment végbe, amely a súlyos mentális zavarok eredményes kezelését lehetővé teszi. E fejlődés eredményeképp ma már a klasszikus pszichoterápiás eljárásokat speciális módosításokkal használjuk súlyos mentális zavarok kezelése során, e módszerekre a későbbiekben röviden kitérünk. A pszichoterápiás eljárások egyre hangsúlyosabb részét képezik a korábban szocioterápiás hangsúlyú komplex rehabilitációnak. Ugyanakkor a

jelenleg ismert pszichoterápiák – a gyógyszerekhez hasonlóan – nem nyújtanak egy-egy kórállapot esetén mindent átfogó megoldást, a gondozás különböző szakaszaiban a rehabilitációs szemléletnek megfelelően más és más pszichoterápiás modalitásokra kerül, kerülhet a hangsúly.

A rehabilitáció eredményességét a vizsgálati adatok szerint e különböző modalitások kombinációja garantálja a legbiztosabban, ezért különösen fontos, hogy a gondozói team szakemberei terápiás jártasságot szerezzenek a legkülönbözőbb pszichoterápiákban! A terápiás módszerek alkalmazására a beteg aktuális állapotától és szükségleteitől függően, változó intenzitással és egymásra épülő módon kerülhet sor. Az egyes országok terápiás irányelvei (pl. az angol NICE) mindezeket az eljárásokat már az ellátás részeként kezelik.

### 7.1.4. Ajánlott pszichoterápiák a súlyos mentális zavarokban

#### 7.1.4.a. Művészetterápiák

A művészetterápiákat csoportterápiaként ajánlják, a terápia során cél a páciens önkifejezésének és érzelmszabályozásának segítése, melyhez

egyfajta kapcsolatteremtési mód az esztétikai élmény és a kreatív folyamat. Pszichotikus proceszuszokban a negatív tünetek és a szociális funkciók terén várható javulás.

#### 7.1.4.b. Családi intervenciók (FI)

A családi intervenció során a családtagokat is bevonjuk a gyógyítás folyamatába, az intervenció azonban nem azonos a klasszikus családterápiával. Elsősorban edukatív, támogató jellegű, melynek célja a páciens betegségével járó, a családot is

sújtó érzelmi terhek csökkentése, bizonyos konfliktusok azonosítása és ezek kezelése. Ezekhez többnyire viselkedésterápiás eszközöket alkalmazunk. Eredményességét tekintve a relapszus megelőzésben játszott szerepe is kiemelendő.

#### 7.1.4.c. Kognitív-viselkedésterápia (CBT)

A kognitív-viselkedésterápia a produktív tünetek, a percepció és gondolkodászavarok kezelésében bizonyított, de szerepet játszhat a szerhasználat és az öngyilkossági veszély csökkentésében

is, egyes technikák a negatív tünetek enyhítésében is alkalmazhatók. Magasan képzett szakemberigénye miatt drága terápiás eljárásról van szó.

#### 7.1.4.d. Kognitív remediáció (CRT)

A kognitív remediációs, más néven kognitív fejlesztő technikák a terápiás repertoár régi-új sze-

replőit. Összefoglalóan minden olyan, tanuláselméleti megközelítésű intervenciót ide sorolunk,

amelynek célja a kognitív deficittünetek fejlesztésén keresztül a funkcionalitás javítása. Elméleti hátterüket a neurokognitív kutatások szolgáltatták, amelyek bizonyították, hogy a szkizofrén betegeknek a funkciók, mindennap készségek romlása elsősorban a betegséggel járó neurokognitív deficittünetekkel hozható összefüggésbe.

#### 7.1.4.e. Szociális készség tréning (SST)

A nevében foglaltak szerint a fejlesztés a szociális kompetencia javítását célozza, strukturált viselkedésterápiás gyakorlatokkal dolgozik. Elterjedt módszer, mely elsősorban a szociális funkciók terén eredményes, kevésbé a tünetek és a relapszusok kontrolljában.

- dialektikus behavior terápia (DBT)
- mentalizációs alapú terápia (MBT)
- áttétel fókuszú terápia (TFP)

A fenti terápiás módszerek elsősorban a súlyos személyiségzavarok kezelésében alkalmazott módszerek. A dialektikus viselkedésterápia (DBT) a kognitív-behavior iskolához, míg a mentalizációs alapú és az áttétel fókuszú terápiák az analitikus iskolához sorolhatók. Mindhárom módszer bizonyítottan hatékony a borderline személyiségzavarok tekintetében, elsősorban az érzelmi zavarok, impulzivitás, az öngyilkosság és önsértő magatartás csökkentésében, a kapcsolati problémák enyhítésében. Hosszú, egy-két éves terápiás folyamatokról van szó, közös vonásuk, hogy a terapeuták nagyon strukturált módon dolgoznak és edukatív intervenciókat is alkalmaznak. Közös vonásaik ellenére markánsan eltérő terápiás megközelítésekről

A kognitív remediációs technikákról elmondható, hogy tartósan és eredményesen javítják a kognitív funkciókat, ugyanakkor a mindennapi készségek terén akkor hoznak eredményeket, ha a remediációt egy komplex rehabilitációs rezsimen belül alkalmazzák. Ebben az esetben jelentősen növelik a terápiás eredményeket.

van szó, a DBT-t alkalmazó viselkedésterápiás csoportok a készségfejlesztésre, míg az analitikus terápiák az elnevezésükben megjelenő tematikára helyezik a hangsúlyt, mindezek a terápiás technikát és a terápiás elrendezést (settinget) – pl. egyéni vagy csoport - is meghatározzák.

A fentiekből is érzékelhető terápiák sokszínűsége és sokfélesége azonban azt is feltételezi, hogy a modern gondozás folyamata nem tekinthető egyszemélyes vállalkozásnak, a szükséges szakismeret is csak egy teamen belül állhat rendelkezésre. Ez lényegesen elkülöníti a gondozásba integrált pszichoterápiát a pszichoterápiák klasszikusan magánszférában való alkalmazásától, bizonyos értelemben analógiaként a pszichoterápiás osztályos rezsimet említhetnénk.

Nagyon fontos kiemelni, hogy a teammunka nemcsak a beteg szakszerű és kellően intenzív ellátása érdekében fontos, különös tekintettel a korai intervenciókra, hanem a kezelő biztonsága érdekében is: Nem hangsúlyozható eléggé, nem ismételtető elégyszer, és minden terápiás iskola óva is inti a szakembereket attól, hogy e súlyos betegek kezelését magányosan, szakmai támogató kapcsolatok, szupervízió nélkül végezzék!

## 7.2. Szocioterápia a gondozásban

ISTVÁN ZALÁN

*A szociális készségek tanításának alapgondolata abból a feltevésből indul ki, hogy a szociális viselkedés tanult, ezért tanítható is, ha megfelelő tanulási tapasztalatokat biztosítunk.*

### 7.2.1. Szociális készség tréning alkalmazása szkizofrén betegek számára

Bandura beszélt először szociális kompetenciáról, amely az egyénnek az a képessége, hogy a szociális elvárások és személyes igényei között elfogadható kompromisszumot kössön. A szociálisan kompetens egyén képes arra, hogy célját úgy érje el, hogy eközben viselkedésének pozitív és negatív következményei hosszútávon egyensúlyban legyenek. A szociális kompetencia révén létrehozható az önmegvalósítás és a szociális alkalmazkodás egészséges kompromisszuma.

A szkizofrénia tünetei közül a gondolkodás és a beszéd zavartsága nehezíti a kommunikációt, és ezáltal a környezethez való alkalmazkodást.

A betegek *szociális életére jellemző*: bizalmatlanság, eltávolodás a külvilágtól, a saját belső világba való visszavonulás, ami egyrészt a többi tünet következménye, másrészt annak is köszönhető, hogy a környezet reakciói a tünetekre általában negatívak.

*Viselkedésükre jellemző:* gyakori a negatívizmus, azaz a beteg megszakítja, visszautasítja környezetével a kapcsolatot - súlyos esetben annak minden formáját. Pedig a hatékony kommunikáció fontos erőforrása a gyógyulásnak. Segít abban, hogy elérjük a személyes céljainkat az életben.

A felépüléshez komplex terápiára van szükség. Az utóbbi évtizedekben komoly előrelépések történtek a betegség kezelése terén, a rehabilitációs lehetőségek jobbakként, mint korábban.

Mivel a szkizofrén betegek szociális készségei hiányosak, ezért a rehabilitáció során fokozott

### 7.2.1.a. A foglalkozás jellemzői

- képzésszerűen, modulokban zajlik,
- 45 perces ülése,
- 6-8 beteg alkot egy csoportot
- 2 csoportvezető irányítja

A csoportfoglalkozás előnye az, hogy a csoporttársak képesek empátizálni, támogatást nyújtani, elviselhetőbbé teszik a konfrontációt. A rekonstruktív munka alapját egy stabil, hiteles és pozitív kapcsolatokra építő, bátorítást nyújtó csoport

### 7.2.1.b. A tréningek tematikája

Mivel a szkizofrén betegeknél a legkorábbi elváltozások a figyelem területét érintik, ezért ennek megtartása alapvető fontossággal bír.

Gyakran a foglalkozásokon is nagy kihívást jelent **a beszélgetés mederben tartása**.

Ebben segít az első két témakör:

- Hogyan marad a témánál?
- Mit tegyél, ha nem érted a beszélgetőtársad?

A következő témakörök **a betegek magabiztosságát megerősítő készségek fejlesztését** célozzák meg, melyek segítik érvényesülésüket a mindennapokban:

- Kérések visszautasítása,
- Reklamáció, panasztétel,

### 7.2.1.c. Konkrét példa megoldási stratégiára: Kérések visszautasítása

#### Racionalizálás:

Nem mindig tudjuk megtenni azt, amit más emberek kérnek tőlünk. Ennek több lehetséges oka van:

- nem vagyunk alkalmasak a feladat végrehajtására
- elfoglaltak vagyunk
- indokolatlannak tartjuk a kérdést.

Ha nyersen vagy durván történik a visszautasítás, akkor megsérthetjük vagy felbosszanthatjuk

figyelmet érdemes fordítani erre a területre, ezáltal verbális és nonverbális kommunikációs jelzéseiket és interperszonális kapcsolataikat hatékonyabbá tehetjük. Ez a módszer gondosan körülírt beavatkozások sorából áll, melyeknek a célja a közösségi életformához nélkülözhetetlen instrumentális és kapcsolati készségek javítása. Lényege, hogy a leggyakrabban használt szociális készségeket (szemkontaktus fenntartása, testtartás, szociális távolság, mimika, hang intonációjának változtatása, kommunikáció elkezdése – fenntartása – lezárása) a betegek elsajátítsák és a valódi életbe átültessék, automatikussá tegyék.

és a megfelelően empátikus vezetők képezik, ezek együtt képesek az ego megerősödését és fejlődését elősegíteni. A foglalkozásokon elmagyarázzuk a pácienseknek, hogyan segítheti egy készség elsajátítása egyéni céljaik megvalósítását. Gyakran használt eszköz a modellezés, melynek során demonstráljuk az adott készséget. Ezt követően a páciensek lehetőséget kapnak arra, hogy szituációs játékok keretében az adott készséget gyakorolják.

- Válasz a panaszra, reklamációra,
- A düh kimutatása,
- Információkérés,
- A bizonytalanságérzés megosztása,
- Válasz kéréstelen tanácsra.

Az utolsó három témakör **a mindennapi konfliktusok kezelését** segíti:

- Véleménykülönbség veszekedés nélkül,
- Válasz hamis vádakra,
- Kompromisszum és tárgyalás.

A témakörök feldolgozása során a legfontosabb szempont, hogy különböző szituációkat HOGYAN oldanak meg. **Nem maga a szituáció a lényeg, hanem a megoldási stratégia.**

a másik felet. Ellenben, ha nem foglalunk nyíltan állást, hezitálunk, az félreértést vagy vitát eredményezhet.

#### A készségfejlesztés lépései

1. Tarts szemkontaktust! Nyugodtan és határozottan kell beszélni.
2. Ki kell mondani, hogy a kérésnek nem tudsz eleget tenni. Használd például ezt a megszokott mondatot: „elnézést, de nem tudok/lehetséges...”

3. Ha szükségesnek látod, indokold meg döntésed.

**A. Példák szituációs játékokra**

- A főnököd megkér, hogy 15 órákor találkozzatok, de neked már programod van.
- A barátod megkér, hogy menj el vele egy kosárlabdameccsre, de te nem szereted ezt a sportágat.
- A barátod pénzt kér kölcsön, de te is le vagy égve.
- A szobatársad megkér, hogy menj el bevásárolni az esti vacsorához, de te fáradtnak érzed magad.

**B. A készség tanítása közben különös figyelmet kell fordítani az alábbi esetekre:**

- a csoportvezető fontos feladata, hogy emlékeztesse a pácienseket azokra a helyzetekre, amelyekben a kérés megtagadása nem lehetséges, pl. a gyógyszerbevétel, intézeti körülmények között a házirend betartása

- olyan szituációk is vannak, amelyekben a másik fél nem fogadja el a visszautasítást és ezt a beteg zokon veszi, pl. terápiaváltás esetén. Ezekben az esetekben úgy segíthetünk, ha bátorítjuk a pácienszt a „Kérések visszautasítása” készség helyett a „Kompromisszum és tárgyalás” készség használatára.

**C. Fontos a csoportvezetők részéről:**

- pozitív megerősítő attitűd,
- kritika kerülése,
- megfelelő helyzetelemzés,
- páciensek aktivitásának serkentése,
- a szituációk közelítése a betegek konkrét mindennapjaihoz,
- figyelemfelhívás a kongruens viselkedésre.

A szociális készség tréning hatékonyságát számos vizsgálat igazolta. Javulást igazoltak a tünettan, a relapszus ráta, rehospitalizációk száma, a készségek elsajátítása és tartóssága vonatkozásában.

**Mit tanultam ebben a leckében?**

- ▶ Milyen pszichoterápiás eljárások javasoltak súlyos mentális zavarokban?
- ▶ Milyen tényezők indokolják pszichoterápia mellett végzendő farmakológiai kezelést?
- ▶ Milyen kognitív remediációs technikákat ismer?
- ▶ Mit jelent a szociális kompetencia? Ismertesse a szociális készségtréning jellemzőit?

**Irodalom**

Bandura A. (1977a): Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 84. 191-215.

Bandura A.(1977b): Social learning Theory. englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall,

Knapp és mtsai (2012): Effective Interventions in schizophrenia. The Economic Case. A report prepared for the Schizophrenia Comission, 2012 Nov.

Kopelowitz A, Liberman RP, Zarate R (2006): Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 32; S1, S12–S23,

Kpelowicz és mtsai (2006): Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1:12-23, 2006.

NICE Clinical Guideline 178: Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management, 2014.

Wykes és mtsai (2011): A meta-analysis og cognitive-remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Pschiatry 168:472-485, 2011.

## 8. PSZICHOFARMAKOTERÁPIA KÉRDÉSEI A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS NÉZŐPONTJÁBÓL

SZEKERES GYÖRGY, VÖRÖS VIKTOR, RIHMER ZOLTÁN, ANDRÁSSY GÁBOR, SZUROMI BÁLINT

*A következő fejezetekben a pszichofarmakonok használatának praktikus szempontjait tekintjük át strukturált formában. A pszichiátriát sokszor éri az a hamis vád, hogy nem objektív, a fogalmak, kategóriák, amikkel dolgozunk homályosan definiáltak. Szakmánk számos területe között a (pszicho)farmakológia az egyik, ami ennek az ellenkezőjét bizonyítja. A farmakológia szabályai a pszichiátriában ugyanúgy érvényesülnek, gyógyszereink alkalmazása erős evidenciákon alapul. A mentális zavarok ellátására folyamatosan növekvő igények mutatkoznak. Ennek az igénynek való megfelelésnek egyik erős pillére a körültekintően kivitelezett gyógyszeres terápia, ami a járóbeteg ellátásban, ahol nincs mód a páciensek napi megfigyelésére, különösen fontosá teszi az előrelátó, racionális tervezést, a farmakológiai törvényszerűségek ismeretét. A következőkben, a témában jártas szakértők kínálnak ehhez gyakorlatias útmutatót.*

### 8.1. Antipszichotikus terápia praktikus kérdései a gondozói ellátásban

SZEKERES GYÖRGY

*Ebben a fejezetben az antipszichotikus (AP) terápia gyakorlatából a leggyakrabban felmerülő kérdéseket tárgyaljuk. Evidenciákon alapuló ajánlásokat fogalmazzunk meg az AP terápia indikációs köre, a farmakoterápia céltünetei, az AP csoportok, hatásmechanizmus, mellékhatások körében. Számba vesszük a terápia fázisait, a tartós kezelés kihívásait és olyan, a mindennapi gyakorlatban rendszeresen felmerülő kérdéseket, mint a tartós hatású készítmények, vagy a kombinációk alkalmazása.*

#### 8.1.1. Az antipszichotikus terápia általános alapelvei

Előjáróban fontos leszögezni, a korszerű pszichiátriai ellátás messze nem csak a gyógyszerek adagolását jelenti. Ez természetesen vonatkozik a pszichotikus betegek ellátására is. Számos, bizonyítottan hatékony pszichoterápiás módszer ismeretes, amit átfogóan egészítenek ki a változatos szocioterápiás módszerek, mint művészet terápia, biblioterápia, asszertív tréningek, készségfejlesztő módszerek. Mindezek mellett ma már – felismerve, hogy a pszichiátriai betegségek a mortalitás fokozódásával, életminőség romlásával is járnak – az életmód formálása, életminőség javítása is fontos célkitűzése betegeink ellátásának.

Az antipszichotikus (AP) terápiában részesülő betegek döntő többsége az ellátást járó betegként kapja. A racionális, tudatos AP kezelés a követendő metódus. Mindenkor gondos kockázat/hason elemzésnek kell megelőznie döntéseinket, akár

- a gyógyszer választásáról,
- akár módosításról,
- az adagolás változtatásáról van szó.

#### **A választáshoz jó támpont**

- a beteg tüneteinek teljes körű feltérképezése,
- a farmakológiai anamnézis részletes megismerése,
- szomatikus állapotok, betegségek tisztázása.

Tisztában kell lennünk az idődimenziókkal is: vannak tünetek, amik rövidebb idő alatt is már javulást mutatnak, másokhoz hosszabb idő kell. Terápiás változtatásaink következményeit is bizonyos idő eltelte után várhatjuk. A mellékhatások egy része hamarabb jelentkezik, ha ezekről tájékoztatjuk a beteget (ami kötelező is egyébként), javíthatjuk az együttműködést. Előrelátó tervezéssel képesek lehetünk jobban uralni a helyzetet, kevesebb tehernek tesszük ki betegeinket – és magunkat is.

#### **Monitorozás**

A bekövetkező változásokat folyamatosan kell monitorozni. Ez mind a terápiás hatások, mind a mellékhatások tekintetében igaz. Értékelnünk kell, hogy a megfelelő, elvárható tempóban javul-e a beteg állapota. Az egyes tünetek változásán túl

az általános működési színvonalat is értékelnünk kell időről időre.

### A beteg együttműködésének támogatása

Fontos elv a kooperációra való nyitottság, az együttműködés változatos módon való erősítése, mind betegeinkkel, mind hozzátartozóikkal, környezetükkel. Az AP terápia „célcsoportjába” tartozó betegpopulációról általánosan elterjedt nézet, hogy „nem szedik” a gyógyszert. Ez sajnos sok esetben igaz is. A háttérben álló okok komplexek, ezek egyike az anozognózia, a betegségbelátás hiánya. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy megbízható vizsgálatok szerint a gyógyszeresedés elmulasztása, rendszertelensége komoly probléma a kardiovaszkuláris betegek, cukorbetegség körében is, és általánosságban a krónikus terápiát igénylő állapotokban.

### Mikor alkalmazunk AP terápiát?

Alapvetően a BNO-ban az F2xxx kóddal jelölt állapotokban. Ezen túl a hangulati zavarok is járhatnak pszichotikus tünetekkel, holotím téveszmékkel, érzékszalódásokkal, ill. főleg a bipoláris affektív zavar mániás epizódja agitáltsággal. Ezekben az állapotokban szintén szükséges AP-t adni. Erre szintén szükség lehet értelmi fogyatékoságot kísérő magatartászavarok esetén. Különösen gondos mérlegelést igényelnek a terápiaválasztás szempontjából a demenciához társuló pszichotikus állapotok, zavart, agitált magatartással járó epizódok. Az idős kor, a nagy valószínűséggel jelenlévő szomatikus betegségek, a lassúbb metabolizmus jelentős kockázati tényezőként veendő figyelembe.

Az AP kezelés kiemelt terepe a **szkizofrénia**. A terápiának különböző fázisai vannak, melyek más-más megközelítést igényelnek. Az ausztrál szerzők által javasolt stádium beosztás az onkológiai ellátás mintájára, ahol a bevett gyakorlat egy állapot súlyosságát, a hozzárendelhető terápiás intervenciókat a TMN (tumor, nyirokcsomó áttét, távoli metasztázis) beosztás alapján definiálja, a szkizofréniát prodromára, korai fázisra és krónikus szakaszra osztja.

#### 8.1.2. Az antipszichotikus terápia farmakológiai szempontjai

A **második generációs** szereket a kémiai struktúra – és ebből adódóan a receptoraffinitási sajátosságok, klinikai viselkedés – hasonlóságai alapján *PIN* és *DON* csoportra oszthatjuk. A *PIN*-ek a diazepin csoportba tartoznak (clozapine, olanzapine, quetiapine), a *DON* csoport tagjai változatosabb szerkezetűek, zömmel benzoxazol származékok. A jelenleg forgalomban lévő **AP-k**

A **kórismezés folyamata** nem csak a pszichiátriai fődiagnózis megállapítását, hanem az etiológiában esetlegesen szerepet játszó faktorok, egyéb betegségek, mint limbikus enkefalitisz, anyagcsere betegségek stb. kizárását is jelenti. Szükséges kideríteni a pszichiátriai komorbiditásokat, hangulatzavarokat, szorongásos zavarokat, szenvedélybetegségeket. A diagnózis időszakos revíziója is szükségessé válhat, különösen, amennyiben a kórlefolyás atípusosan alakul, vagy nem kielégítő mértékű a terápiás válasz.

A farmakológiai anamnézis részletes megismerése kiemelkedő jelentőségű, sok felesleges, elkerülhető komplikációt előzhetünk meg. Ha tudjuk, hogy bizonyos molekulára nem várt reakciót adott korábban a beteg, például klozapintól a fehérvérsejt száma esni kezdett, nem szabad klozapinnal próbálkozni ismét. Vagy ha korábban olanzapin mellett tempós súlygyarapodás volt, szintén óvatosnak kell lennünk. Az is informatív, ha azt megtudjuk, hogy korábban bizonyos hatóanyagokra kiválóan reagáltak a tünetek.

A **terápiás cél** meghatározása több szintű lehet. Egyfelől a céltünetek meghatározása befolyásolja a megfelelő molekula kiválasztását. Például erős *szorongással* kísért állapotokban kihasználhatjuk a kvetiapin anxiolitikus hatását, markáns pozitív tünetek erélyes kezelést igényelnek. *Szucidium kockázata, terápiarezisztencia* esetén klozapin adása megfontolandó. Másfelől a beteg körülményeinek, élethelyzetének, állapotlefolyásának ismeretében az elérendő célok körvonalazhatók. Látszik-e esély tanulmányainak, munkájának folytatására, milyen szintű remisszió, funkcióvisszatérés várható, tervezhető?

A **tájékoztatás** törvényileg is előírt kötelezettsége a partneri kapcsolat kialakításának is egyik fontos eszköze: ezáltal bevonjuk a beteget a közös döntésbe, ami az egyenrangú partnerként kezelésének egyik szignálja is. E két „aktus”, a tájékoztatás és a partnerség erősítése a hosszú távú együttműködés során rendszeresen igényel ismétlést, megerősítést.

**legújabb generációja** a dopamin receptorok parciális agonistájaként funkcionál. Az *amisulprid* agonista hatása csak alacsonyabb dózisok mellett érvényesül, a preszinaptikus D2/3 autoreceptorok gátlásán keresztül serkenti a dopamin felszabadulását. Magasabb dózisokban ezt a hatást elfedi a poszt-szinaptikus receptorbloká. Az *aripiprazol*,

*kariprazin* a dopamin receptorokon direkt módon fejtenek ki agonista hatást.

Számos AP, például a ziprazidon, a *szertindol* különösen az arra hajlamos emberek esetén ritmuszavarra hajlamosító *QTc megnyúlást* okozhat az EKG-n. Az AP kezelés elkezdése előtt **EKG vizsgálat** az egyébként panaszmentes betegeknél is

### 8.1.3. Antipszichotikus terápia a gyakorlatban

#### A kórházból elbocsátott beteg kezelésbe vétele

A gondozóban végzett ellátás egyik speciális esete a kórházból elbocsátott beteg kezelésbe vétele. Számos kihívást, nehézséget jelenthet a szituáció. A kórházban az akut, felvételt igénylő állapotok ellátása során más a prioritás. Ilyenkor a heveny, olykor veszélyeztető állapot mielőbbi stabilizálása a cél. Ehhez sokszor magasabb dózisu, nem ritkán kombinációban adott gyógyszeres terápiát használnak. A kórházi tartózkodás rövidítése érdekében gyakran az optimálisnál hamarabb távozik a beteg, amikor még nem fejeződött be az átállítás, még nem volt mód csökkenteni a gyógyszer adagját. Ezért a beteg, aki kórházi, kevés aktivitást igénylő körülmények között elfogadhatóan van, a külső világban szedálnak tűnhet stb. A pontos **fenntartó adag, a minimálisan szükséges dózis** megtalálása ilyenkor a gondozó feladata. Ebben az átmeneti fázisban számos hibalehetőség van: „rajtahagyni” a beteget a nagy dózison, kombináción, túl gyorsan csökkenteni, elhagyni egyaránt kellemetlen következményekkel járhat. Az ellátók közötti rendszeres, akár személyes kommunikáció ezeket a hibaforrásokat redukálja.

#### A tartós terápiás vezetés

Célja a funkcionalitás megőrzése, javítása, stabil, kompenzált állapot biztosítása. Ennek érdekében **a compliance-t rendszeresen érdemes vizsgálni**, az edukáció, motiváció fenntartása folyamatos munkálkodást igényel hosszú távon.

Az AP terápia egyik kérdése **a terápia hossza**. Evidenciákon alapuló protokollok mutatnak utat. Az ausztrál-új-zélandi pszichiátriai társaság korszerű, gyakorlatias, alapos, igényes guideline-ja szerint korai fázisban, első epizódos beteg esetén az optimális időtartam nem rövidebb 2 évnél. Multiepisódos betegnél számszerű adatot nem közöl, a javaslat hosszú távú fenntartó terápia a minimálisan szükséges dózisban, folyamatosan az egyéb terápiás intervenciók koszorújában.

A tartósan relapszusmentes állapot fenntartásának lehetőségeit számos klinikai vizsgálatban

szükséges részben emiatt, részben pedig betegeink magasabb kardiovaszkuláris mortalitási rizikója miatt. A „baseline” laborértékek – különösen **vese-, májfunkció, metabolikus paraméterek** – megismerése a hosszú távú terápia kísérő effektusainak monitorozásához első lépés, de a terápia választáshoz is támpontot adhat.

elemezték. Egy racionális felvetés a per os és hosszú hatású injekciós (Long Acting Injectable – LAI) terápiák összevetése. Randomizált, kettős vak elrendezésű vizsgálatokban a LAI nem szignifikáns mértékben bizonyult valamivel hatékonyabbnak. Prospektív és retrospektív obszervációs vizsgálatokban, amik a való világbeli helyzeteket elemezték, a különbség szignifikáns volt. A két terápiás módszer hatékonyságában a legnagyobb különbség a tükrövizsgálati elrendezésben mutatkozott: a kiválasztott betegcsoportnak bizonyos időpontban LAI kezelést indítottak. Az időpont előtt és után összehasonlították a relapszusok, kórházi kezelések számát, tehát a még per os kezelés időszakát a LAI kezeléssel. Szignifikánsan hatékonyabbnak minősült ebben a természetes körülmények között folytatott vizsgálatban is a LAI hatékonysága. Ma már nem a kaotikus, non-adherens beteg ellátásának ultimum refugiumaként tekintünk a LAI kezelésre, hanem egy hatékony, együttműködést javító, praktikus intervencióként.

#### A tartós AP terápia rendszeres ellenőrző vizsgálatok

A második generációs szerek elterjedésével az **anyagcsere rendellenességeinek** gyakorisága is megnőtt. Ennek **monitorozása**, időben történő **észlelése**, megfelelő **intervenciók** végrehajtása része a mindennapi ellátásnak. Fő elemei a családi anamnézis megismerése, *BMI, derékkörfogat, szérum triglicerid, HDL-koleszterin, vérnyomás, éhomi vércukor* rendszeres ellenőrzése. Magyarországon ennek módjáról konszenzus is született.

A hosszú távú AP terápia során időnként a **gyógyszerváltás** is szükségessé válhat. Amennyiben akár **nem tolerálható mellékhatás**, akár **terápiarezisztencia** miatt váltásra szánjuk el magunkat, szintén körültekintően érdemes eljárni. A különböző terápiás váltási stratégiák közül legáltalánosabban javasolt módszer a keresztitralás (az új gyógyszer fokozatos beállítása mellett a régi gyógyszer dózisének fokozatosan csökkentjük).

**Az AP-k kombinálása**, vagyis a polipragmázia terjedőben van, dacára annak, hogy

- A legtöbb útmutató a **monoterápia** gyakorlatát favorizálja. Az egyes szerek alkalmazási előírásai sem tartalmaznak ilyen útmutatásokat.
- Nincs magas szintű evidencia a nagyobb hatékonyságra.
- Számos, nem csak pszichiátriai betegekkel, hanem kardiovaszkuláris betegekkel végzett kutatás szerint is a polipragmázia rontja az adherenciát: minél többféle gyógyszert javasolnak, annál hamarabb kezd csökkenni a valóban és pontosan szedett gyógyszerek száma, a bonyolult összeállítások szintén így hatnak.
- A mellékhatások összeadódnak, a kölcsönhatások kiszámíthatatlanok. Nem racionális kombinációban megtörténhet, hogy a kedvező hatások oltódnak ki, például erős dopamin blokádnak felülírja a parciális agonista hatást.
- A költséghatékonyság pedig egyértelműen nem érvényesül.

Amennyiben például akut relapszus során mégis kombinációs terápia mellett döntünk, alapos és racionális megfontolás után tegyük. **Kerüljük a potenciálisan kockázatos párosításokat**, pl. *klozapin+olanzapin* kombináció, vagy a farmakológiaiailag plusz előnnyel nem kecsegtetőket, mint pl. *risperidon+haloperidol* együtt adását.

Az együtt adott gyógyszerek egymás metabolizmusára, ezáltal szérumkoncentrációjára kifejtett hatása különösen fontos szempont. Nemcsak

öröklött tényezők befolyásolhatják a gyógyszerlebontó enzimek működését. Számos gyógyszer, táplálkozási szokás és akár a dohányzás is befolyásolhatja az enzimaktivitást. Ez egy vagy többféle izoenzim működésére is lehet gátló, vagy serkentő hatás. Mivel a pszichiátriai betegek gyakran szednek többféle gyógyszert, a leggyakoribb interakciós hatásokkal mindenképpen érdemes tisztában lennünk. Lásd [11. táblázat §](#) és [12. táblázat §](#).

A terápia rezisztencia jelensége rendkívül komplex. Amennyiben legalább két, eltérő csoportba tartozó, terápiás dózisban, kellő ideig (kb. 6 hét) adott antipszichikumra nem mutatkozik jelentős javulás, számos lehetséges okot kell átgondolnunk.

**A legfontosabb lépések** felsorolás szerűen:

- noncompliance,
- diagnózis felülvizsgálata,
- felszívódási problémák,
- metabolizációs eltérések: gyors vs. lassú metabolizáció,
- szerhasználat,
- szomatikus betegségek,
- farmakológiai anamnézis revíziója,
- gyógyszerinterakciók szerepe,
- stresszorok szerepe – pszichoszociális, pszichoterápiás intervenciók.

Amennyiben terápia rezisztenciát állapítunk meg, a Leponex beállítása mérlegelendő.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- 🎧 Mik az antipszichotikus terápia alkalmazásának általános szempontjai? (racionális, tudatos, a beteg és az alkalmazott szer alapos ismeretén alapuló, a változásokat folyamatosan monitorozó stb.)
- 🎧 Melyek az antipszichotikumok fő csoportjai?
- 🎧 Különböző gyógyszeres kombinációk alkalmazása során milyen farmakokinetikai eseményeket kell figyelemmel kísérni?

## Irodalom

- Bryan J. (2014): After 30 years, clozapine is still best for treatment-resistant patients. *The Pharmaceutical Journal*, 15. jan. (Learning article).
- de Leon J, Armstrong SC, Cozza KL (2005) The Dosing of Atypical Antipsychotics. *Psychosomatics* 2005; 46:262–273
- Ereshefsky L, és Dugan D (2000): Review of the pharmacokinetics, pharmacogenetics, and drug interaction potential of antidepressants: Focus on venlafaxine. *Depress Anxiety*. 12:30–44.
- Galletly C, Castle D, Dark F és mtsai (2016): Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50, 410–472.



- Jermendy Gy, Bitter I. (2005): Antipszichotikus terápia és metabolikus szindróma. A Magyar Diabetes Társaság Metabolikus Munkacsoportja és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium konszenzus-értekezlete, 2005. <https://stresszdoktor.hu/uploads/kozkinacs/antipszichotikusterpiasmetabolikusszindrma2005.pdf> (elérve: 2020.08.31.)
- Katona L, Czobor P, Bitter I (2014): Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy vs. polypharmacy in schizophrenia: to switch or to combine? A nationwide study in Hungary. *Schizophr Res*, 152, 246-254.
- Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M és mtsai (2013): Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry*, 74, 957–965.
- Kolandaivelu K, Leiden BB, O’Gara PT, Bhatt DL (2014): Non-adherence to cardiovascular medications. *European Heart Journal*.35, 3267–3276. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/46/3267/2481308> (elérve: 2020.08.31.)
- Leucht S, Tardy M, Komossa K, és mtsai (2012): Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379, 2063-2071.
- Rosenbaum L. (2016): Closing the Mortality Gap — Mental Illness and Medical Care. *N Engl J Med* 2016; 375:1585-1589. DOI: 10.1056/NEJMms1610125
- Sabaté E (2003): Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003, Geneva, Switzerland. [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf) (elérve: 2020.08.31.)
- Stahl SM (2013 a): *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press, 2013.
- Stahl SM (2013 b): Zsebkönyv az atípusos antipszichotikumok alkalmazásához. Ford. Horváth Sz. és Must A., lekt. Bitter I és Fehér I. Jansen Pharmaceutica NV. Arbor Scientia

## 8.2. A depresszió kezelése a pszichiátriai gondozói gyakorlatban – az antidepresszívumok alkalmazása

VÖRÖS VIKTOR, RIHMER ZOLTÁN

*Ebben a fejezetben a depresszió kezelését tárgyaljuk, elsősorban az antidepresszívumok alkalmazásának lehetőségeit a pszichiátriai gondozói gyakorlatot figyelembe véve. A pszichiátriai gondozói gyakorlat során is elsősorban a nemzetközi és hazai útmutatók, szakmai irányelvek követése szükséges. A gyógyszerválasztás során továbbá a hatás, a mellékhatás profil, az egyéni érzékenység, az egyéni és családi előzmények figyelembevétele is javasolt. Fontos kérdés, hogy a már beállított, és akár sikeresen alkalmazott gyógyszert milyen hosszú ideig alkalmazzuk, milyen módon, mikor hagyhatjuk el. A komplex, bio-pszicho-szociális kezelési modell természetesen alapvető és különösen fontos a pszichiátriai gondozói gyakorlatban. A fejezet további részében a depresszió kezelésének általános alapelveit tárgyaljuk részletesen, kiemelve azokat a szempontokat, amelyek a pszichiátriai gondozói gyakorlatban hangsúlyosak. A biológiai (elsősorban a gyógyszeres kezelés), ill. a nem-biológiai gyógymódokat tekintjük át, hangsúlyozva, hogy a legjobb eredményt a kettő együttes alkalmazása nyújtja.*

### 8.2.1. A depressziók biológiai terápiája

**A biológiai terápiák** közé tartoznak:

- a gyógyszeres terápiák,
- az elektrokonvulzív kezelés (ECT),
- alvásmegvonás,
- fényterápia,
- stimulációs (TMS, VNS, DBS) terápiák,
- akupunktúra,
- fizikai aktivitás.
- Ide sorolhatók továbbá egyes gyógynövénykészítmények (*Hypericum perforatum*) és táplálkozási tényezők (omega-3 zsírsav, folsav) is.

### 8.2.2. Antidepresszív gyógyszeres terápia

#### **Kezelési elvek, célok**

A kezelés fő célja a minél korábbi gyógyulás (remisszió) és a visszaesés (relapszus) meggátlása. A depresszió kezelése során a mindenkor kitűzendő cél a teljes remisszió (tünetmentesség) elérése, hiszen a csak részlegesen (reziduális tünetekkel) gyógyult (részleges remisszió) betegeknél a visszaesés/visszatérés esélye sokkal nagyobb. Az unipoláris depresszió farmakoterápiájának megkezdése előtt mindenképpen törekedni kell a pontos diagnózisra. Különösen fontos a bipoláris depresszió lehetőségének kizárása mivel ilyen esetekben a hangulatstabilizáló együtt adása nélkül végzett antidepresszív monoterápia esetén nemcsak a gyógyszer-rezisztencia gyakoribb, hanem sokszor (hipo)mániás fázis-váltást, rapid ciklusú lefolyást, ill. ritkán még a depresszió romlását is előidézhetjük ezáltal.

A depressziós fázis kezelése két szakaszból áll. A farmakoterápia kezdetétől a tünetmentesség eléréséig eltelt időt akut terápiás szakasznak hívjuk. A gyógyszeres kezelés ekkor történő megszakítása után a beteg néhány héten belül nagy valószínűséggel (ugyan-abba a depressziós fázisba) visszaesik, ezért a terápiát a tünetmentesség után

is legalább 6–8 hónapig (lehetőleg változatlan dózisban) folytatni kell, a fázis várható lecsengésének idejéig. A kezelés e szakaszát hívjuk fenntartó terápiának. Ha ilyenkor fejezzük be az antidepresszívum alkalmazását, visszaesés – legalábbis rövidtávon – nem következik be, és a tünetek csak hónapok, esetleg évek múlva jelentkeznek ismét. Ekkor azonban már egy újabb depressziós fázisról van szó, amelynek valószínűsége az első depressziós epizód után 20 éven belül 75–80 százalék. Ha az antidepresszív (vagy hangulatstabilizáló) terápiát a fenntartó kezelési szakasz elmúltával is tovább folytatjuk, az már az újabb fázisok kivédését célozza, és profilaktikus terápiának hívjuk. Ennek kétféle formája van. Ha a depressziós (ill. depressziós és mániás) fázisok sűrűn és főleg szabálytalan időszakonként ismétlődnek, célszerű tartós profilaxist végezni, míg, ha az újabb fázisok jelentkezése többé-kevésbé kiszámítható (például téli depresszió esetén), megengedhető a fázis beállása előtt kb. négy héttel megkezdett epizodikus profilaxis.

**Az antidepresszívumok indikációi, hatásmechanizmusai**

Az antidepresszívumok indikációs területét ma már nemcsak a depressziók képezik, hanem sikeresen alkalmazzuk őket az affektív spektrumba tartozó kórképek (például pánikbetegség, agorafóbia, kényszerbetegség, generalizált szorongásos betegség, premenstruális szindróma, valamint a szkizoaffektív betegség depressziós fázisa) kezelésében. A küszöb-alatti depressziós tünetek vagy enyhe depressziós állapotok kezelésére nem feltétlenül javalt rutinszerűen antidepresszív medikáció, hiszen a haszon-rizikó hányados alacsony.

Az unipoláris major depresszió közepsúlyos és súlyos klinikai manifesztációi esetén adekvát antidepresszív farmakoterápia feltétlenül szükséges, amelyet minden esetben pszichoedukáció ill. egyéni, szupportív pszichoterápia kell, hogy kísérjen. Adott esetben célzott, specifikus pszichoterápiákra is szükség lehet. Az antidepresszívumok minor depresszióban, ill. disztímiás betegségben is hatékonyak, hiszen követéses vizsgálatokból tudjuk, hogy ilyen esetekben a későbbi lefolyás során igen nagy valószínűséggel alakul ki major depresszió. Az antidepresszívumok az említetteken kívül hatékonyak több szorongásos betegség, valamint bizonyos fájdalom-szindrómák kezelésében is.

Mai ismereteink szerint nincsen univerzális antidepresszívum, és a depressziós betegek különböző csoportjai – a diagnosztikai kategóriáktól és az aktuális súlyosságtól függetlenül – különböző hatásmechanizmusú antidepresszívumokra reagálnak. Ma már tudjuk, hogy a bipoláris betegség depressziós epizódja sokkal ritkábban reagál antidepresszív monoterápiára. Mind az unipoláris depresszióban és bipoláris depresszióban a hangulatstabilizátor nélkül végzett antidepresszív monoterápia kontraindikált.

Az eddig ismert antidepresszívumok a hatásukhoz szükséges szerotonin és/vagy noradrenalin/dopamin, ill. újabb adatok szerint glutamát neurotranszmisszió fokozását/módosítását/ gátlását az alábbi mechanizmusok révén érik el:

- szerotonin és/vagy noradrenalin-ill. dopamin-reuptake gátlás,
- MAO-bénítés (nem szelektív/szelektív, irreverzibilis/reverzibilis),
- a szintézis fokozása prekursorok által,
- a posztzinaptikus receptorok működésének specifikus fokozása vagy gátlása,
- a preszinaptikus (gátló) autoreceptorok antagónizálása,
- szerotonin-reuptake-fokozás,
- melatonin-receptor-agonizmus,

- glutamát-NMDA receptor antagonizmus.

A gyakorlatban a legnagyobb jelentősége (ma még) a reuptake-gátlásnak van, de a másik hét hatásmechanizmus még nem minden vonatkozásában tisztázott, és a klinikai gyakorlat számára valószínűleg még nincsen teljesen kiaknázva. A lítium, a lamotrigin és a carbamazepin az antimániás és fázisprofilaktikus hatásaiakon túl szintén rendelkeznek antidepresszív effektussal is.

#### Antidepresszív gyógyszerek

- **MAO-bénítő**, ill. **RIMA**-készítmények: Nialamid, Moclobemid, Selegilin, L-Deprenyl.
- **Triciklusos és tetraciklikus reuptake-gátló** készítmények (TCA): Amitriptylin, Clomipramin, Dibenzepin, Imipramin, Maprotilin, Mianserin.
- **Szelektív szerotonin-reuptake inhibitorok** (SSRI): Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin.
- **Szelektív szerotonin-reuptake fokozó** (SSRE) antidepresszívum: *Tianeptin*.
- Szelektív noradrenalin-reuptake inhibitor (SNRI): *Reboxetin*.
- **Kettős hatású** („dual action”) antidepresszívumok: Bupropion (dopamin és noradrenalin-reuptake gátló). Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin (szerotonin és noradrenalin-reuptake gátlók).
- **SARI** antidepresszívum: *Trazodon*.
- Melatonerg antidepresszívum : Agomelatin.
- Multimodális antidepresszívum : Vortioxetin.
- **Egyéb hatásmechanizmusú** antidepresszívumok: NaSSA (Mirtazapin), MASA (Agomelatin), SMS (Vortioxetin), egyéb (Hipericum perforatum extraktum).

Az említett antidepresszívumokról ismételtelen bizonyították, hogy major depresszióban szignifikánsan hatékonyabbak a placebonál, ugyanakkor ezen készítmények egymással történő összehasonlításakor a korábbi adatok (2009) szerint leghatékonyabbnak a *duloxetin*, *escitalopram*, *mirtazapin*, *sertralin* és *venlafaxin* bizonyultak. Ezeket az evidenciákat egyébként kiválóan tükrözik az utóbbi évek hazai antidepresszívum receptek kiváltásának adatai, hiszen a leggyakrabban alkalmazott készítmények hazánkban az *escitalopram*, *paroxetin*, *citalopram*, *sertralin*, *mirtazapin*, *venlafaxin*, *duloxetin* voltak.

A legújabb (2018) összehasonlító vizsgálat szerint az *agomelatin*, *amitriptylin*, *escitalopram*, *mirtazapin*, *paroxetin*, *venlafaxin*, *vortioxetin* bizonyultak hatékonyabbnak a többi antidepresszívumhoz képest. Tolerabilitás szempontjából az

*agomelatin, citalopram, escitalopram, fluoxetin, sertralin, vortioxetin* voltak a legkedvezőbbek a többi készítményhez képest. A korábbi adatokhoz és gyógyszerekhez képest elsősorban az *agomelatin* és a *vortioxetin* mutatott kedvező hatékonysági és tolerabilitási mutatókat az új metaanalízis során, így várhatóan ezek alkalmazása hazánkban is növekszik majd az elkövetkező időszakban.

### Atípusos antipszichotikumok

Az antipszichotikumok – relatíve alacsony adagban – mindig is használatosak voltak a pszichotikus major depresszióban alkalmazott antidepresszív farmakoterápia rövid ideig tartó, adjuváns kezelésében. Egyes atípusos antipszichotikumok mind adjuváns, mind monoterápia formájában akut antidepresszív hatást is mutatnak mind bipoláris I és II, mind unipoláris major depresszióban. A bipoláris depresszió kezelésében ma már nem elsősorban az antidepresszívumok, hanem a hangulatstabilizátorok, ill. egyes atípusos antipszichotikumok (*kvetiapin, olanzapin, aripiprazol, cariprazin*) játsszák a legfontosabb szerepet. Az említett atípusos antipszichotikumok antidepresszív hatásának mechanizmusa még nem teljesen tisztázott; az unipoláris depressziók jelentős hányadában észlelhető küszöb alatti hipomániás tünetek befolyásolásán kívül a kvetiapin esetében még a noradrenalin-reuptake gátlás is szóbajön.

- **Egyéb, antidepresszív hatással is rendelkező szerek:** Buspiron, Lamotrigin, Lítium, Szerotonin- és noradrenalin prekurzorok.

### A várhatóan hatékony antidepresszívum kiválasztása

A várhatóan hatékony antidepresszívum kiválasztásában a beteg (vagy elsőfokú vérrokona) esetleges megelőző, gyógyszeresen kezelt depressziós epizódja során mutatott klinikai válasz (akár pozitív, akár negatív is volt az), jelentős segítséget nyújt. Reuptake-gátló antidepresszívumokra nem reagáló betegek nagyon gyakran jól reagálnak MAO-bénító (ill. RIMA) vagy más hatásmechanizmusú készítményre. A klinikai keresztmetszeti kép jellemzői is útmutatók lehetnek a gyógyszerválasztást illetően. A szorongással, szuicid tendenciákkal és kényszeres tünetekkel járó depressziók és a téli depresszió esetén az SSRI és egyéb új generációs antidepresszívumoktól, míg gátolt, anergiás tüneti kép esetén inkább noradrenerg (maprotilin, reboxetin), valamint kettős hatású — noradrenerg és szerotonerg, pl. venlafaxin, mirtazapin, duloxetin, vagy noradrenerg és

dopaminerg, pl. bupropion — szerektől ill. escitaloprámától várható jobb eredmény. Az atípusos depressziós epizód esetén — hiperfágia, hiperszomnia, nagyfokú hangulati reaktivitás, „fordított” napszaki ingadozás stb. — elsősorban a MAO-bénítók vagy kettős hatású szerek, súlyos, melankóliás depresszióban leggyakrabban az escitalopram, a clomipramin, és a kettős hatású vagy triciklusos antidepresszívumok és az agomelatin használnak.

A 25 évnél fiatalabb depressziós betegek sokkal jobban reagálnak szerotonerg antidepresszívumokra mint noradrenerg szerekre, ennél idősebb betegeknél ilyen különbség nincsen. Régebbi felfogással ellentétben a major depresszióval komorbid személyiségzavar esetén a reszponderek/remitterek aránya nem alacsonyabb. Fájdalmas testi tünetekkel járó depresszió esetén duloxetintől, a cirkadián ritmus felborulásával és kifejezett anhedóniával jellemezett depressziók esetén pedig agomelatinról várható elsősorban kiváló hatás, bár fontos annak hangsúlyozása, hogy ezen készítmények a legszélesebb hatásspektrumú antidepresszívumok közé tartoznak, és az ilyen, fájdalmas testi tünetekkel vagy a cirkadián ritmus felborulásával nem járó depressziók esetén is igen gyakran hatékonyak. Major depresszióban a depresszív vagy szorongásos premorbid affektív temperamentum az SSRI szerekre adott rossz, míg a hipertím temperamentum a jó klinikai válasz előrejelzője. A disztímiás betegség, ill. a minor depresszió farmakoterápiája megegyezik a major depresszióéval, de több kontrollált vizsgálat szerint a kis dózisu (50-100 mg/nap) amisulprid a triciklusos antidepresszívumokhoz és az SSRI készítményekhez hasonló arányban hatékonyak bizonyult disztímiában.

Az időskorban is kiemelten fontos a különböző depresszív zavarok kezelése, mely során a „lassú feltitrálás, alacsony dózis” („go slow, stay low”) szabály érvényesül elsősorban. Az SSRI készítmények kedvezőbb tolerabilitási tulajdonságai miatt elsővonalban ezeket érdemes alkalmazni időskorban.

### Teendők az antidepresszívumokra adott elégtelen válasz esetén

Antidepresszív farmakoterápia során **a második hét végére, vagy még előbb** jelentkező klinikailag is értékelhető, jelentős javulás (a kiindulási össz-pontszám 20%-os vagy annál nagyobb csökkenése) nagyon nagy biztonsággal jelzi előre a későbbi nagymértékű és tartós javulást, ill. remisziót, mígha az első két hét alatt lényeges javulás

nem észlelhető, a későbbi pozitív kimenetel esélye is sokkal kisebb. Fontos tudni, hogy a „farmakoterápia-rezisztens” depressziók jelentős részében nem valódi gyógyszer-rezisztenciáról van szó, amikor a betegnek másik hatástani csoportba tartozó antidepresszívumra van szüksége.

**Az antidepresszívumra adott elégtelen válasz leggyakrabban szóba jöhető okai**

- a beteg nem- vagy szubterápiás adagban szedi a gyógyszert („non-compliance”),
- szomatikus komorbiditás (manifeszt vagy szubklinikus hipotireózis, egyéb endokrin betegségek, kezdődő demencia, pancreas karcinóma stb.),
- gyors metabolizáció,
- felszívódási zavar,
- komorbid pszichiátriai betegség (alkoholizmus, drogbetegség, amelyek szintén gyors metabolizációhoz vezethetnek),
- enzim-indukció (pl. carbamazepin, meprobamat, erős dohányzás),
- inadekvát indikációval alkalmazott (típusos) antipszichotikum,
- szteroidok, alfa-interferon, egyes béta-blokkolók,
- alacsony tesztoszteron, ill. ösztrogén szint,
- fel nem ismert, ill. rejtett bipolaritás (szubszindrómális bipoláris tünetek).

Antidepresszívum-rezisztens depresszió esetén mindig gondolni kell bipoláris depresszióra, amely az antidepresszív monoterápiára rezisztens esetek egyik leggyakoribb oka még akkor is, ha csak szubklinikus hipomániás tünetek jelentkeznek, ill., ami ezzel egyenértékű, ha agitált depresszióról van szó. Ilyenkor az antidepresszívum elhagyása vagy annak hangulatstabilizátorokkal való kombinációja szükséges. **Ha a beteg állapota 3-5 hét elteltével a maximálisan tolerálható dózis mellett is csak minimálisan, vagy egyáltalán nem javul** (markáns romlás esetén még hamarabb), és a látszólagos gyógyszer-rezisztenciát okozó tényezők (ld. előbb) kizárhatók, a következő lehetőségek közül kell választani:

A) *Az eddig alkalmazott antidepresszívum hatásának augmentációja:*

- i. lítiummal (ettől főleg - de nemcsak - manifeszt vagy rejtett bipolaritás esetén várható jó hatás),
- ii. az antiepileptikum csoportba tartozó hangulatstabilizátorokkal,

- iii. pajzsmirigy-készítményekkel (T3, T4, ezen szerektől manifeszt vagy szubklinikus hipotireózis esetén várható igen jó hatás),
- iv. folsavval (napi 1,5-3 mg),
- v. pindolollal (napi 3x2,5 mg), esetleg
- vi. kis adagban (önmagában hatástalan dózisu) antidepresszívummal (bupropion, duloxetin, mianserin, mirtazapin, venlafaxin),
- vii. buspironnal,
- viii. alprazolámmal, vagy
- ix. részleges alvásmegvonással,
- x. esetleg fényterápiával.

B) *Az eddig alkalmazott antidepresszívum (esetleg kissé csökkentett dózisának) kombinációja egy más hatástani csoportba tartozó antidepresszívummal* (pl. SSRI+SNRI vagy SSRI + kis dózisu tri- /tetraciklusos szer, vagy SSRI + mianserin, vagy SSRI + kettős hatású szer pl. bupropion/ duloxetin/ venlafaxin/ mirtazapin vagy mianserin + venlafaxin stb.).

C) *Az eddig alkalmazott antidepresszívum augmentációja atípusos antipszichotikumokkal* (pl. kvetiapin, olanzapin, cariprazin, aripiprazol, ld. előbb).

D) Ha előbb nem történt meg, a kezdettől fogva alkalmazott *szupportív pszichoterápia mellé speciális pszichoterápiás technikák bevezetése.*

E) *Egy másik — gyógyszer-intolerancia esetén esetleg ugyanazon — hatástani csoportba tartozó antidepresszívumra való váltás.* Ha a másodikként választott antidepresszívum RIMA készítmény (moclobemid) akkor az esetleges súlyos interakciók elkerülése végett az elsőként alkalmazott antidepresszívum kiürülésének idejét is figyelembe kell venni: ez fluoxetin esetében 4-5 hét, míg a többi antidepresszívumot illetően kb. 1 hét. Ha RIMA antidepresszívumról egyéb készítményre váltunk, egy-két nap szünet elégséges, míg irreverzibilis MAO gátlóról (pl. nialamid, fenelzin) egyéb antidepresszívumra való váltás esetén kb. 14 nap szünetet kell tartani.

F) *Nem farmakológiai kezelés, elsősorban relaxációban végzett elektrokonvulzív terápia, a gyógyszeres kezelés mellett alkalmazott alvásmegvonás illetve fény-terápia.*

G) Ugyanakkor, ha a beteg nem reagál legalább három — különböző hatástani csoportba tartozó — antidepresszívummal végzett adekvát dózisu és időtartamú kúrára – vagy ha ezen sze-

rek mellett alkalmazott, az előzőekben részletezett augmentációs technikák is hatástalanok – farmakoterápia-rezisztens depresszió –, akkor sokszor még mindig jó eredmény érhető el *SSRI és TCA vagy SSRI és kettős hatású antidepresszívumok kombinációjával*.

H) Legújabb – még kísérleti stádiumban lévő - vizsgálatok szerint terápia-rezisztens depresszióban gyors és jó, bár gyakran csak átmeneti hatás látható a *glutamát-NMDA receptor antagonistáknak intravénás illetve nazális (orrspray) alkalmazása mellett* (esketamine, jelenleg csak indikáción túli alkalmazása lehetséges).

**A fent javasolt lehetőségek egy része túlmutat a pszichiátriai gondozói tevékenységen, és ezek beállítása osztályos háttérrel igényel!**

Mivel a kaukázusi populáció 5-8 százaléka gyorsan metabolizáló, vagyis a szervezetbe jutott gyógyszerek a szokásosnál sokkal hamarabb bomlanak le, gyorsan metabolizálóknál – erre utal, hogy a megfelelő kooperáció esetén mellékhatások még magasabb dózisok esetén sem jelentkeznek és a javulás csak a maximális dózis mellett indul meg, de csak részleges – az ajánlott maximális dózis túlléphető, ill. túllépendő. A populációban hasonló gyakorisággal előforduló lassú metabolizálók – erre utal az alacsony dózisok mellett jelentkező sok és intenzív mellékhatás –, viszont „szubterápiás” adagokra is jól reagálhatnak. A carbamazepin-enzim-induktor ezért alkalmazása mellett az antidepresszívumok szérumszintje csökkenhet; ellenkező hatása a valproát, amelynek enzim-gátló tulajdonsága miatt sok vele együtt adott pszichotróp szer szérumszintje emelkedhet.

#### **Mellékhatások, interakciók, kontraindikációk**

Az antidepresszív farmakoterápia során, különösen kezdetben, jelentkezhetnek mellékhatások, amelyek azonban, főleg az új generációs készítmények esetén, gyakran enyhék, átmenetiek és a kezelés megszakítását nem indokolják. Ezzel szemben a tri- és tetraciklusos szerekek több és potenciálisan veszélyesebb mellékhatásaik vannak (ortosztatikus hipotónia, delírium, fáradékony-ság/álmos-ság, obstipáció, látászavar, kardio- és hepatotoxikus hatás, kognitív funkciók romlása, testsúlygyarapodás, szexuális jellegű mellékhatások, szájszárazság stb.).

Az SSRI antidepresszívumok esetében súlyos, potenciálisan veszélyes mellékhatások (a szerotonin-szindróma kivételével) gyakorlatilag nem fordulnak elő. Leggyakrabban gasztrointesztinális panaszok (hányinger, hasmenés), fejfájás, hosszú távon pedig esetleg testsúlygyarapodás és szexuális

zavarok észlelhetők leginkább. Utóbbi esetben gyógyszer-váltás, a dózis csökkentése, vagy a szer egy-egy napra történő kihagyása („drug-holiday”), vagy ezekkel együtt kis dózisban noradrenerg és/vagy dopaminerg antidepresszívummal (mint például mianserin, mirtazapin vagy bupropion) történő augmentálás, esetleg alkalmanként 4-8 mg ciproheptadinnal (szerotonin antagonistáknak) a várható esemény előtt 1-2 órával történő bevétele gyakran hatásos.

A szerotonin-szindróma szerencsére ritkán fordul elő, és általában több, szerotonerg hatású készítmény, pl. SSRI és MAO bénító/RIMA szerek, többnyire indokolatlan kombinációja során alakul ki. *Tünetei:* hányinger, hányás, fokozódó tremor, hasmenés, hidegrázás, hiperreflexia, mozgás inkoordináció, profúz izzadás, hiperpirexia, szomnolencia, zavartság. *A szerotonin-szindróma kezelése:* az adott készítmények elhagyása, tüneti terápia – folyadékpótlás, elektrolit-háztartás rendezése, lázcsillapítás – valamint szerotonin-antagonisták mint 8-12 mg ciproheptadin, 25-50 mg chlorpromazin, ill. levomepromazin.

Az antidepresszív farmakoterápia első napjaiban viszonylag ritkán fellépő feszültségfokozódás, agitáció, inszomnia, súlyosbodó anxiétás (igen ritkán fokozott szuicid készletesség) elsősorban a fel nem ismert bipoláris depresszió, ill. bipoláris spektrum-depresszió hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápiája során jelentkeznek. Ilyen esetekben hangulatstabilizáló, (ide értve néhány atípusos antipszichotikumot is), ill. nagypotenciálú benzodiazepin – utóbbinak néha csak átmeneti – beállítása nélkülözhetetlen. Azon esetekben, amikor szorongás/szorongásos betegség, valamint inszomnia is fennáll, nagypotenciálú benzodiazepinek (alprazolam, clonazepam, lorazepam) és a korszerű altatók (zolpidem, zopiclon, zaleplon) átmeneti alkalmazása is szükséges, ami az azonnal jelentkező tüneti javulás mellett gyorsítja az antidepresszívumra adott klinikai választ és az akut szaknak ez a kombinált kezelése a gyorsabb tüneti javulás mellett magának az antidepresszívumnak a hatását is potenciórozhatja és csökkenti a depresszióhoz gyakran társuló szuicid rizikót.

Az antidepresszívumok nem okoznak dependenciát (függőséget), de ritka esetekben (főleg nagy dózisban, hosszú ideig adott, rövid felezési idejű antidepresszívumok hirtelen elhagyása kapcsán) előfordulhatnak a leállítást követően bizonyos elhagyási tünetek (SSRI-k esetén például leggyakrabban szédülés, hányinger, letar-

gia, fejfájás, vegetatív izgalmi jelek), melyek általában rövid ideig (átlagosan 5 nap) állnak fenn, és intenzitásukat tekintve csökkenő tendenciát mutatnak. A betegek pszichoedukációja és az elhagyást megelőző fokozatos dóziscsökkentés segíthet a terápia leállításakor ritkán jelentkező „diszkontinuációs szindróma” kivédésében, ill. terheinek csökkentésében.

Az antidepresszívumok, antipszichotikumok és egyéb pszichotróp szerek abszolút ellenjavalltak az adott készítményre vonatkozó allergiás reakció esetén. Az unipoláris depresszió kezelésében használatos gyógyszerek relatív kontraindikációit a súlyos mellékhatások, esetleg egyéb, vitális szempontból elsőbbséget élvező gyógyszerekkel való potenciális interakció veszélye képezik.

Az SSRI-k átjutnak a placentán és kiválasztódnak az anyatejbe, és vannak arra utaló adatok, hogy ez hatással lehet a magzatra, ill. az újszülöttre. Így, lehetőség szerint kerülni érdemes az SSRI-k alkalmazását, elsősorban az első, ill. a harmadik trimeszterben, ill., amennyiben a szoptatás időszakában SSRI szedés szükséges, a szoptatást abba kell hagyni, vagy nagy körültekintéssel javasolt csak folytatni. Ugyanakkor az is ismert, hogy a kezeletlen depresszió várandósságban és posztpartum időszakban szintén súlyos következményekkel járhat, mind az anya, mind a magzat és az újszülött vonatkozásában. A szakirodalom továbbá az alapos egyéni mérlegelésre hívja fel a figyelmet, és arra, hogy a rizikó-haszon arány körültekintő figyelembevételével, a beteg bevonásával szükséges meghozni és dokumentálni a döntést.

Lásd még a Pszichotrop szerek gondozói alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában (pszichózisok, affektív zavarok és szorongásos kórképek) című fejezetet.

### **Depresszió, antidepresszívumok és öngyilkosság**

Az öngyilkossági veszély lehetőségére minden depressziós beteg kezelésekor, annak minden fázisában gondolni kell. Szuicid magatartás bár ritkán, de antidepresszívumot szedő betegeknél is előfordul. Ilyenkor gyakori, hogy a súlyosbodó depresszió fokozhatja a szuicid rizikót, hiszen súlyos depresszióban szedő depressziós betegeknél még viszonylag leggyakrabban a kezelés első 1-2 hetében jelentkezik, tehát több nappal azelőtt, mielőtt az antidepresszívum egyáltalán hatni kezdene, valamint a későbbiek során a terápiára nem reagálónál, és csak igen ritkán vezethető vissza a kezdetben szuicid készlettel nem rendelkezőknél az antidepresszívumok provokáló szerepére. Bár

unipoláris major depresszióban és bipoláris betegségben az adekvát antidepresszív ill. hangulatstabilizáló terápia szignifikánsan (kb. 80 százalékkal) csökkenti a befejezett öngyilkosságok és a szuicid kísérletek arányát, legújabb adatok szerint az a csekély szubpopuláció, ahol az antidepresszív monoterápia súlyosbíthatja a depressziót, a fel nem ismert és unipoláris depresszióként kezelt bipoláris depressziós betegek közül kerül ki.

Ilyenkor a hangulatstabilizáló gyógyszerek nélkül végzett antidepresszív monoterápia a depressziós tünetekkel egyidőben a gyógyszer által indukált — a depressziós epizódon belül megjelenő —, hipomániás tünetek révén agitációt, ill. depressziós kevert állapotot provokálhat („aktivációs szindróma”) vagy súlyosbíthatja a már eleve meglévő depressziós kevert nagyobb az öngyilkossági veszély még a gyógyszermentes betegeknél is. Ez a jelenség elsősorban a 25 év alatti betegeknél fordul elő, ami azért nem meglepő, mert a korai kezdetű major depressziós betegek döntő többsége bipoláris depressziót jelent. Az antidepresszív terápia mellett jelentkező szuicid magatartás tehát elsősorban bipoláris depresszióban észlelhető és ez a nemkívánatos hatás a bipoláris depresszióban szükséges speciális farmakoterápiával (hangulatstabilizáló antidepresszívum nélkül vagy azzal együtt) nagyon nagy valószínűséggel megelőzhető. Depressziós betegek terápiája során – különösen az első napokban/hetekben – a beteg és családtagjainak részletes felvilágosítása, krízis-intervenció, gondos megfigyelés és követés, szükség esetén hospitalizáció, valamint adjuváns szorongásoldó/altató farmakoterápia és szupportív pszichoterápia szükséges.

*Összefoglalva tehát elmondható, hogy a negatív hatás nagyságrendjét illetően eltörpül az eredményes antidepresszív farmakoterápia szuicidiumot megelőző hatása mellett. Unipoláris major depresszióban és bipoláris betegségben az adekvát antidepresszív, ill. hangulatstabilizáló terápia szignifikánsan csökkenti a befejezett öngyilkosságok és a szuicid kísérletek arányát.*

### **Fenntartó kezelés, relapszus prevenció, gyógyszerelhagyás**

Általános szabály, hogy az antidepresszívum szedést a remisszióba kerülést követően még 6 hónapig folytatni kell, hogy megelőzzük az ugyanabba az epizódba történő visszaesést. 6 hónapnál hosszabb kezelés mérlegelése a korábbi epizódok számától, a reziduális tünetek jelenlététől, a társuló egyéb betegségektől és a pszicho-szociális

helyzettől függ elsősorban. Ilyen esetekben fenn tartó kezelés, augmentáció, vagy pszichoterápiás segítségnyújtás (CBT) javasolt.

*Relapszus rizikó esetén az antidepresszív terápiát legalább 2 éven keresztül kell folytatni* azzal a készítménnyel, amellyel a remisszió elérése sikerült. Ilyen esetek az utóbbi időszakban két vagy több epizód jelenléte, melyek jelentős funkcionális károsodással jártak, a korábban több epizód előfordulása, a reziduális tünetek jelenléte, a korábbi hosszú és súlyos epizódok, vagy az elégtelen terápiás válasz, vagy ha a relapszusnak súlyos következményei vannak. **2 évnél hosszabb antidepresszívum szedés mérlegelésekor** a kor, a komorbid állapotok és az egyéb rizikófaktorokat szükséges figyelembe venni.

Fenntartó terápia esetén, ha a páciens hosszabb ideje tünetmentes, felmerülhet a gyógyszerleállítás lehetősége. Antidepresszívum elhagyása-

kor, bár függőséggel nem kell számolnunk, diszkontinuációs tünetek alakulhatnak ki. Ezek általában spontán elmúlnak 1 héten belül, de ritkább esetben súlyosak is lehetnek, főleg, ha a gyógyszer nagyobb dózisban került alkalmazásra, és hirtelen történt az elhagyás. A 4 hetes fokozatos dóziscsökkentés és gyógyszerelhagyás általában jelentősen lecsökkenti vagy akár megelőzi a diszkontinuációs tünetek kialakulását.

A hosszabb ideje, akár éveken át tartó tartós antidepresszívum szedéssel kapcsolatban jelenleg nincsenek egyértelmű adatok arra vonatkozóan, hogy ennek milyen klinikailag jelentős káros következménye lehet. A hosszabb távú szedéssel kapcsolatban, csakúgy, mint a rövidtávú kezelés során a diszkontinuációs tünetek, a szexuális mellékhatások, a súlygyarapodás, az alvászavarok merültek fel elsősorban, ill. kimutatták az oszteoporózis, a vérzéses zavarok, a hiponatrémia és a diabétesz mellitusz magasabb előfordulási gyakoriságát.

### 8.2.3. Egyéb biológiai terápiák

Az Elektrokonzulzív kezelés (ECT), alvásmegvonás, fényterápia, stimulációs (TMS, VNS, DBS) terápiák, akupunktúra és fizikai aktivitás beállítása, alkalmazása szintén elsősorban osztályos körülmények között zajlik, de például a kiegészítő TMS kezelés, fényterápia, fizikai aktivitás stb. ambuláns, gondozói ellátás keretei között is biztonságosan alkalmazhatók.

#### Fényterápia

A fényterápiához szükséges eszközök viszonylag könnyen elérhetőek, mind a gondozók, de akár a beteg számára is, ezért kicsit részletesebb ismertetést érdemel.

A fényterápia elsősorban *a téli szezonális depresszió kezelésében javallott*. Hazai szerzők fényterápiáról és a szezonális depresszió etiopatológiájáról szóló tanulmányukban kitűnő áttekintést adnak a fényterápia indikációjával, alkalmazási gyakorlatával, hatékonyságával és mellékhatásaival kapcsolatban is. Összefoglaló jelleggel a következőkben néhány hasznos információt emelünk ki (az érdeklődők számára javasolt a közlemény tanulmányozása, mely révén további érdekes és hasznos információkhoz juthatnak a témában).

#### A terápiás hatáshoz szükséges

- naponta min. 2-3 órán át tartó 2500 luxos,
- vagy napi fél órán át tartó 10 000 luxos,
- fehér,
- fluoreszcens megvilágítás.
- A napfelkeltekor végzett kezelés hatékonyabb a nap többi részében végzetthez képest.

- A terápiás válasz 1-3 hét után várható.
- A kezelés elhagyását követően kb. ugyanennyi idő alatt térnek vissza a tünetek.
- A terápiát a tavaszi remissziós időszakig szükséges folytatni.
- A tünetek konszolidálódását követően a napi adagot egyénileg mérlegelve 15-20 perces kezelésre lehet csökkenteni.
- A kezelés során a beteg a fényforrással szemben, kb. egy méterre tartózkodjon, félig oldalt tekintő helyzetben.
- Nem szükséges szembe lenni, vagy belenézni a fénybe (közben olvashat, dolgozhat is).
- A szemeknek végig nyitva kell maradniuk!

A remissziót követően, a következő év kora őszi időszakában megkezdett fényterápia kivédheti a súlyosabb tünetek megjelenését a következő téli időszakban. Mellékhatásként elsősorban fejfájás, émelygés, hányinger, homályos látás, a szemek megerőltetése, agitáció jelentkezhet, néhány esetben a kezelést követő napokban hipománia is kialakulhat. **Alkalmazásának abszolút ellenjavallata nincs**, a retinopátia relatív ellenjavallatot képez. **Bipoláris I és Bipoláris II zavarban (depresszió mániával vagy hipomániával) a fényterápiát javasolt hangulatstabilizálóval kombinálni.**

#### A természeti készítmények és táplálkozási tényezők szerepe a depresszió kezelésében

Az *orbáncfűkivonat* (*Hypericum perforatum extractum*) több, randomizált, kontrollált vizsgálat



szerint szignifikánsan hatékonyabb a placebónál enyhe és közepes súlyos (de nem súlyos) depresszióban és hasonló hatásúnak bizonyult az omega-3-zsír is, amely utóbbi – a folsavhoz hasonlóan – elsősorban kiegészítő terápiaként ajánlható major depresszióban. Ezen készítmények használatának, ill. az egészséges táplálkozásba való rendszeres

#### 8.2.4. A depressziók nem biológiai terápiája

A depressziók nem biológiai terápiás módszerei közé a gondozói gyakorlatban elsősorban a pszichoedukáció, a pszichoterápiásan orientált be-

beépítésének jelentőségét húzza alá az a vizsgálat is, amely szerint a „mediterrán” diétát tartók között a több mint 4 éves követés során szignifikánsan (kb. 50 százalékkal) ritkább volt az új major depressziós epizód kialakulása, mint azoknál, akik nem mediterrán diétán éltek.

tevezetés és a szupportív pszichoterápiák tartoznak, ill. specifikus pszichoterápiák is végezhetők, ha azok feltételei adottak. Ezek leírására más fejezetekben kerül sor.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ A legújabb metaanalízisek alapján mely készítmények tarthatók a „leghatékonyabb” és „legjobban tolerálható” antidepresszívumoknak?
- ▶ Mik az antidepresszívum választás legfontosabb szempontjai?
- ▶ Milyen általános kezelési stratégiák és konkrét terápiás lépések javasolhatók antidepresszívumra nem megfelelően reagáló páciensek esetén?
- ▶ A fenntartó kezelés és a relapszus-prevenció jellegzetességei, ideje a depressziók kezelése során?

### Irodalom

- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, és mtsai (2009): Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments metaanalysis. *Lancet*. 2009 Feb 28; 373(9665):746-58.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, és mtsai (2018): Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network metaanalysis. *Lancet*. 2018 Apr 7; 391(10128):1357-1366. Epub 2018 Feb 21.
- Monár E, Gonda X, Rihmer Z, Bagdy Gy (2010): A szezonális depresszió etiopatológiája és terápiás lehetőségei. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 12;4, 483-493.
- Partonen T, Lonnqvist J. (1996): Prevention of winter seasonal affective disorder by bright-light treatment. *Psychol Med*, 26:1075-80.
- Rihmer Z, Gonda X, Döme P. A depressziós betegségek kezelése. In: *Depresszió, bipoláris betegség és szuicid prevenció* (Szerk. Rihmer Z.), Oriold és Társai, Budapest, 2014, pp. 43-87.
- Rihmer Z, Makkos Z, Pestality P, Döme P. Antidepresszívumok. In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A.), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, pp. 38-59.
- Rihmer Z, Pestality P. Antidepresszívumok és hangulatstabilizátorok. In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, (Szerk. Füredi J, Németh A, Tariska P.), 4. átdolgozott és bővített kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009, pp. 487-500.
- Rihmer Z, Torzsa P. Táplálkozás és depresszió. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2019; 24: 329-333.
- Terman M, Terman JS. (2005): Light therapy for seasonal and nonseasonal depression: efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectr*, 10: 647-63; quiz 672.
- Westrin A, Lam RW. (2007): Seasonal affective disorder: a clinical update. *Ann Clin Psychiatry*, 19: 239-46.

### 8.3. Anxiolitikumok

ANDRÁSSY GÁBOR

*Az Anxiolitikumok (vagy szorongásoldók) heterogén csoportot alkotnak. Szorongásoldó hatása sokféle (gyógy)szernek lehet, ám azon szereket soroljuk közéjük, melyeket elsődlegesen anxiolitikus célra alkalmazunk és fő hatásuk is ez. Mivel barbiturátokat és opioidokat erre a célra már rég nem használunk, ill. a karbamátokat képviselő meprobamat (Andaxin) is kivonásra került a forgalomból, anxiolitikum jelenleg mindenekeelőtt a benzodiazepineket, ill. még néhány heterogén csoportot alkotó szert értünk. Az alábbi egy, a lehetséges felosztások közül, az alábbiakban ezeket ismertetem.*

- *Nem benzodiazepin receptoron hatók (heterogén csoport)*
- *Buspiron*
- *Hidroxizin*
- *Benzodiazepin receptoron hatók*
- *Benzodiazepinek*
- *Nem benzodiazepinek (Z-szerek)*

#### 8.3.1. Nem benzodiazepin receptoron hatók (heterogén csoport)

##### 8.3.1.a. *Buspiron*

Az apiron csoportba tartozó szerotonin-1A receptor parciális agonistája, melynek indikációi a szorongásos állapotok depressziós tünetekkel, vagy nélkül. Főként a GAD ill. SSRI-ok augmentálása szükség esetén. Nagy előnye a benzodiazepinnekkel (és egyéb szerekekkel) szemben, hogy addiktív potenciálja gyakorlatilag nincs. A hatás lassan alakul ki (1-4 hét), ezért *akut esetben nem használ-*

*latos.* Amennyiben benzodiazepinről történik átállítás, számolnunk kell azzal, hogy nem helyettesíti azok hatását megvonásos tünetek esetén. A CYP3A4 metabolizálja.

*Várandósság idején adása nem javasolt.* Teratogén hatását nem észlelték, ám a rendelkezésre álló adat kevés. *Szoptatás során szintén nem javasolt.*

##### 8.3.1.b. *Hidroxizin*

A hidroxizin egy szorongásoldó hatású, piperazin származék, a perifériás H1 hisztamin receptorok agonistája, ám számos más receptoron is fejt ki hatást (gyenge antagonist szerotonin 5-HT<sub>2A</sub>, dopamin D<sub>2</sub> és α<sub>1</sub>-adrenerg receptorokon, gyenge antikolinerg hatás). Fő metabolitja a cetirizin. *Indikációja a szorongás, különösen a GAD.*

**Lehetséges mellékhatásai** közt szerepel a *Q-T intervallum megnyúlása, aritmia.* MAO inhibitorral ne adjuk. Fokozott görcskészségű betegnek csak fokozott óvatossággal adható. Tekintettel arra, hogy *fő metabolitja a cetirizin, így mellékha-*

*tásai is ennek megfelelők.* Leggyakoribb *az aluszékonyság, ám extrapiramidális mellékhatások is előfordulhatnak.* A túladagolás tünetei a nagyfokú antikolinerg hatással függenek össze. *Alkohollal együtt kontraindikált.*

Az alkohol-dehidrogenáz és a CYP3A4/5 metabolizálja. Teratogén hatást eddig nem észleltek, nem valószínű a kockázat növekedés. Ugyanakkor nem javasolt a 3. trimeszterben adni, mert a várandósság ezen időszakában növeli az újszülöttkori hipoxia, izomtónuscsökkenés, extrapiramidális tünetek esélyét. *Szoptatás során kontraindikált.*

#### 8.3.2. Benzodiazepin receptoron hatók

##### 8.3.2.a. *Benzodiazepinek*

###### **A Benzodiazepin receptor**

A gamma-aminovajsav (GABA) A-típusú receptorai a Cl<sup>-</sup> ionok áramlását és ezáltal a sejtek hiperpolarizációját szabályozó komplexumok. A

GABA molekulák mellett – többek közt – a benzodiazepineket is megkötik. A ligandok kötőhelyei különböznek a GABA molekulák kötőhelyétől. A benzodiazepin-típusú kötőhely ligandjai az allosz-

terikus moduláció mechanizmusa révén befolyásolja a GABA kötődés hatására bekövetkező ionáramlást: a terápiás céllal használt készítmények pozitív alloszterikus modulációja fokozott Cl<sup>-</sup> beáramlást eredményez. A benzodiazepin-receptorok – vagy más néven omega receptorok – farmakológiai tulajdonságaik alapján legalább 3 kategóriába sorolhatóak, melyek közül kettő centrális, egy pedig perifériás lokalizációjú. A GABA A receptor alfa1 alegységét a központi idegrendszer általános ingerlékenységét meghatározó egyik tényezőjének tekintjük (antikonvulzív hatás), míg az anxiolitikus hatásért az alfa2 és/vagy alfa3 alegységet tartalmazó GABA A receptorkomplexumok felelősek.

#### Benzodiazepinek indikációi

- Szorongásos állapotok,
- hangulatzavarokkal járó szorongásos állapotok,
- alvászavarok átmeneti kezelése
- megvonásos állapotok (alkohol, opiát, benzodiazepin) kezelése.

A BDZ-t –amennyiben lehetséges – csupán a fő szer hatásának felépüléséig adjuk, ill. ajánljunk fel pszichoterápiát, tanítsunk szorongáscsökkentő technikákat.

#### Mellékhatások

Mellékhatásaik hasonlóak: szédülés, konfúzió, remegés, koordinációs zavarok, látászavar, levertség, fejfájás, dizarthria, olykor paradox hatások (nyugtalanság, álmatlanság, agitált viselkedés, liberált viselkedés).

Hosszabb távon tolerancia, majd addikció (e tekintetben az egyéb addikcióban szenvedők, vala-

mint a krónikus fájdalommal élők kiemelt kockázati csoport) alakulhat ki. A KIR depresszánsaival való egyidejű szedés a hatást potenciózhatja.

Nagy dózisban légzésdepressziót okozhatnak, mely hatást alkohol, valamint egyéb szerek potenciózhatnak. Gyakoribb – ezért veszélyesebb – a nagy mennyiségű benzodiazepin okozta izomrelaxáns hatás, mely miatt az atóniássá váló nyelv hátracsúszva elzárhatja a légutakat, mely a centralis légzésbénulást okozó mennyiség alatti dózisonál is megtörténhet! Adagolásnál a metabolizmust és a párhuzamosan adagolt gyógyszerekkel történő interakciókat fontos figyelembe kell venni (lásd [13. táblázat §](#)). A benzodiazepinek hatástartam és potenciál szerinti osztályozását a [14. táblázat §](#) mutatja.

#### Várandósság, szoptatás

Az első trimeszterben 1%-el növelik meg a szájpad-, ajakhasadék előfordulását a magzatban az átlagpopulációhoz képest. A harmadik trimeszterben szedett benzodiazepinek mellett főként „lusta babák” szülehetnek, ill. igen nagy dózisok esetén „Floppy infant szindróma” alakulhat ki. Nő a születés után néhány nappal jelentkező - ingerlékenységgel, nyugtalansággal és remegéssel járó - újszülöttkori megvonási tünetcsoport valószínűsége. Az anyatejbe kisebb-, nagyobb mértékben átkerül, alkalmazása mérlegelendő.

Általánosságban elmondható, hogy várandósság és szoptatás során alkalmazva az egyébként is követendő felvilágosítás és közös döntés szükségessége különösen hangsúlyossá válik. Célszerű ezt dokumentálni is. Amennyiben alkalmazásuk szükséges, úgy a rövid, féléletidejű szereket preferáljuk a lehető legkisebb dózisban, a lehető legrövidebb ideig adva.

#### 8.3.3. „Z” -szerek

Az ún. Z-szerek benzodiazepin receptoron ható NEM benzodiazepinek (pl. zopiclon, zolpidem, zaleplon), melyek altatóként használatosak. Használatukkor tartsuk szem előtt, hogy az alvászavar gyógyszeres kezelése akkor indokolt, ha az a napi tevékenységet jelentősen befolyásolja, rontja. Csupán a szükséges ideig (1-2 nap), de nem

tovább, mint 2 hét használjuk. A Z-szerek addiktív potenciálja ugyan a benzodiazepinéhoz képest csekélyebb, ám nem elhanyagolható, különös tekintettel a pszichés hozzászokásra. Amennyiben az alvás nem rendeződik, javasolt alternatív gyógyszeres, még inkább nem farmakológiai (pl. relaxáció) megoldást keresni.

#### 8.3.4. Összefoglalás

Ha szükségessé válik benzodiazepin adása, azt a lehető legrövidebb ideig, lehető legkisebb dózisban adjuk. Hosszabb hatástartamú szereket adjunk ritkábban (3x helyett 2x-1x). A szedést monitorozzuk, számolva az abúzus lehetőségével. Gyakorlatilag nincs olyan pszichiátriai betegség, mely

szakmailag a hosszantartó (évekig), nagydózisú szedatohipnotikum, különösen benzodiazepin szedését igényelné. Amennyiben szükség van hosszantartó szorongáscsökkentésre, a nem szedatív szereket preferáljuk (pl. buspiron), és lehetőség

szerint az egyéb gyógyszeres terápia megválasztásánál vegyük figyelembe a nagyobb anxiolitikus igényt. Nagymérvű szorongás vagy alvászavar esetén hasonló a javaslat. (pl. szorongás: sertralin, paroxetin, trazodon, kvetiapin; alvászavar:

agomelatin, mirtazapin, trazodon). Segít a részletes anamnézis felvétel (pl. elalvási vagy átalvási zavar, korai ébredés, kávé/kóla/energialtal, stresszörök, életmód). Elengedhetetlen a betegek felvilágosítása!

## Mit tanultam ebben a leckében?

- 📌 Melyek a benzodiazepin kezelés indikációi?
- 📌 Mik a benzodiazepin kezelés veszélyei?
- 📌 Benzodiazepin alkalmazásán kívül mely egyéb lehetőségek vannak szorongás csökkentésére?

## Irodalom

- Gyires K, Füst Zs (2011): A farmakológia alapjai, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Janhsen K (2015): The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances, Dtsch Arztebl Int. 2015 Jan; 112(1-2): 1–7
- Johannessen SI, Johannessen Landmark C (2010) Antiepileptic Drug Interactions - Principles and Clinical Implications. Curr. Neuropharmacol.8, 254-267;
- Leppée M (2010), The effects of benzodiazepines in pregnancy, Acta neurologica Belgica ·June 2010
- Nutt D (2006): GABA-A Receptors: Subtypes, Regional Distribution, and Function, Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 2, No. 2, 2006
- Tripathi B. M. (2010): Lactating Mother and Psychotropic Drugs, Mens Sana Monogr.8(1): 83–95.
- Valdes J et al.(2016) Clinically Significant Interactions with Benzodiazepines. in: M. Jann et al. (eds.), Applied Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Psychopharmacological Agents. Springer International Publishing Switzerland 2016.471-495.

## Ajánljuk

[https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_524\\_Farmakologia/ch06.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Farmakologia/ch06.html)

(elérve: 2020. 08. 31.)

<https://basicmedicalkey.com/cns-introduction-and-sedative-hypnotic-and-anxiolytic-drugs/>

(elérve: 2020. 08. 31.)

<https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/> elérve: 2020.08.31.)

<https://docplayer.hu/499833-Gyogyszertan-6-a-kozponti-idegrendszer-gyogyszertana-szerzok-brassai-at-tila-doczi-k-zoltan-ban-erika-gyongyi.html> elérve: 2020.08.31.)

## 8.4. Hangulatstabilizálók

ANDRÁSSY GÁBOR

*Az alábbi fejezetben a hangulatstabilizáló szerekről lesz szó. Az egyes szerek külön kerülnek tárgyalásra, az olvasó megismerkedhet a terápiás beállításukra és tartós alkalmazásukra vonatkozó főbb szempontokkal, feltételekkel és farmakológiai jellemzőkkel, mellékhatásokkal. Egyes szereknél a várandóssággal kapcsolatos kockázatok is rövid ismertetésre kerülnek.*

A hangulatstabilizálóknak pontos definíciója nincs. A leginkább használható körülírások: „egy ágens, ami segít a mánia és a depresszió kezelésében, valamint a profilaxisban bipoláris zavar esetén”, valamint a „hatékony a bipoláris zavar legalább egyik fázisában anélkül, hogy másik fázis felángolását okozná”. Hatásmechanizmusukat tekintve nincs egyetlen közös út.

Érintett a glutamát- és GABA rendszer, intracelluláris jelátviteli rendszerek, valamint az arachidonsav-kaskád. Az alkalmazás célja a hangulat normál tartományban tartása, bipoláris zavar esetén az egyes fázisok (mánia, depresszió, kevert)

### 8.4.1. Terápia indítása

Az igen jelentős mellékhatások miatt alapos körültekintésre van szükség. Pszichiátriai betegségek esetén diagnózis alkotásunk igen gyakran hosszmetzeti kép alapján történik. Részletes, célzott anamnézis felvétellel ezt az időt lerövidíthetjük, ill. számos kockázatot csökkenthetünk (pl. unipoláris depresszióként kezelt BP II. beteg fázisváltás).

A kezelés megkezdése előtt néhány fizikális és labor vizsgálatot szükséges végezni, a diagnózis pontosítása, valamint a terápia megválasztása miatt. A későbbiekben a páciens további kontrollokat igényel ([16. táblázatban §](#))

### 8.4.2. Lítium

Legrégibb, leghatékonyabb szer, ám beállítása, adása gondos odafigyelést igényel. Terápiás, ill. toxikus tartománya igen közel esik egymáshoz, emellett a plazma cc. gyorsan változhat. Mellékhatásprofilja sem kedvező, így használata limitált.

Nem metabolizálódik (citokróm rendszert nem érinti), ám mivel teljes egészében a vesén át ürül, a veseműködést érintő gyógyszerek befolyásolják az eliminációt. Félélettideje kb. 24 óra, beállításkor a steady state eléréséhez 3-4 nap szükséges.

#### 8.4.2.a. Lítium kezelés várandósság és szoptatás során

kivédése. Indikációs körök a BPI-II, valamint egyéb bipoláris zavarok és a ciklotímia.

#### **A hangulatstabilizálóként használ(ható) szerek**

- Lítium,
- **Antiepileptikumok:** karbamazepin, valproat, lamotrigin,
- **II. generációs antipszichotikumok:** quetiapin, olanzapin, aripiprazol.

*Hatékonyágukat bipoláris zavarban a [15. táblázat §](#) mutatja.*

A bipoláris zavar kezelése során előfordulhatnak olyan állapotok, mikor a páciens belátóképesége ill. cselekvőképessége érintett. Ilyen esetekben a döntés a terápia választásáról a kezelőorvos kompetenciája. Pácienseink a több éves kezelés során, az idő jelentősen nagyobb részében belátóképesek, ill. remisszióban vannak. Ilyenkor szükség van egy újabb, KÖZÖS kockázat értékelésre. Pácienseinket sok minden befolyásolhatja a döntésben: gyermekvállalás, autóvezetés, testsúly stb. A farmakológiai, közvetlen egészségügyi szempontokon túl ezeket is figyelembe kell vennünk a terápia tervezésekor.

Lítium kezelés indítása előtt és a beállítás, fenntartó kezelés során elvégzendő vizsgálatokat a [16. táblázatban](#) olvashatóak.

#### **A lítium kezelés mellékhatásai lehetnek:**

- **korai:** diszfória, fáradékonyság, székrekedés, tremor, izomgyengeség, hányinger, szédülés, fejfájás, viszketés, gyakori vizelés, szomjúság.
- **1-2 év után jelentkezhet** hipotireózis, elhízás, diabétesz inszpidusz

A lítium a várandósság során a placentán átjut, szívfejlődési zavart okozhat, erősen nem javasolt, szoptatás során a tejbe átkerül, kontraindikált. A lítium használatáról és dóziséjáról várandósság során igen kevés konkrét ajánlás van (lehetőleg NE használjuk). 900mg /nap dózisonál a malformáció kockázata triplájára nő, míg 600mg/nap dózisonál nem találtak lényegi kockázatbéli különbséget.

#### 8.4.2.b. *Lítium intoxikáció*

A lítium plazmaszintje (vízoldékony lévén) meglehetősen gyorsan változhat, ezt főleg a vízháztartás határozza meg. Pl.: diuretikumok a szintet csökkenthetik, míg alacsony folyadékbevitel, erős izzadás (pl. nyári mezőgazdasági munkák) a szintet emelhetik. *A lítium plazmaszintjét befolyásoló gyógyszerekről a 17. táblázat § ad információt.*

**Terápiás plazmaszint 0.6 -1.2 mEq/L.**

- 1.5 mEq/L < intoxikációs tünetek jelentkezhetnek.
- 2.0 mEq/L < intoxikációról beszélünk, mely ritkán életveszélyes lehet.
- 3.0 mEq/L < sürgős beavatkozást igényel (forszírozott diurézis, művese kezelés)

#### 8.4.3. Antiepileptikumok

##### 8.4.3.a. *Karbamazepin*

A karbamazepin főleg fenntartó kezelésben hatékony. Erős enzim induktor lévén, beállítása-kor, ill. a későbbi kontrollok során az egyéb szedett gyógyszerek esetleges hatásával számolnunk kell.

*A karbamazepin kezelés indítása előtt és a beállítás, kezelés során elvégzendő vizsgálatok: 16. táblázat.*

##### **Ellenjavallt**

együttadása triciklikus antidepresszánsokkal, MAO gátlókkal, valamint AV blokk -, csontvelő depresszió -, hepaticus porfíria esetén.

##### **Súlyos mellékhatások**

agranulocitózis, aplasztikus anémia, thrombotikus epidermiális nekrolízis (Lyell szindróma), hiponatrémia, hipotireózis, antikolinerg hatások,

##### 8.4.3.b. *Valproát*

- Főként mániás fázisban ajánlott.

*A valproát kezelés indítása előtt és a beállítás, kezelés során elvégzendő vizsgálatok (16. táblázat).*

A szükséges dózist a plazmaszint határozza meg, de általánosságban elmondható, hogy 1000mg körüli dózis elegendő. Ne feledjük a szülőkkel való **közös döntést**. Amely kockázat elfogadható lehet egy kívülálló, ill. egy tudós számára, nem feltétlenül elfogadható egy szülő számára és viszont.

##### **Intoxikáció tünetei**

tremor, izzadás, hányinger, hányás, hasmenés, szédülés, ataxia, dizarthria, szomnolencia, GM roham, hiperpirexia, kóma

- Enyhébb (kezdeti) tünetek: Hasfájás, gyengeség, hasmenés, hányás, tremor, önkéntelen mozgások, izomgyengeség, álmoság
- 2.0 mEq/L fölötti vérszintnél: Hiperreflexia, tachikardia, epileptiform rosszullet, agitáció, elkont beszéd, veseelégtelenség, hipertermia, önkéntelen szemmozgások, hipotenzio, konfúzió, delírium, kóma

ataxia, kettőslátás, hipotónia (elesés, trauma), vizelet retenció

##### **Intoxikáció**

kórházi kezelés indikált, melynek mikéntjét a klinikai tünetek határozzák meg. Az elhúzódó felszívódás miatt 2-3 nap után a tünetek rosszabbodása várható.

Várandósság során a kongenitális malformációk kockázata dózisfüggően nő. Az újszülöttnél megvonásos tünetek alakulhatnak ki, ill. a érzékenység fokozódhat (K-vitamin szubsztitúció anyának majd gyermeknek). Tejbe akár a plazma cc. 60%-a is átjuthat, hepatobiliáris eltéréseket okozhat.

##### **Lehetséges súlyos mellékhatások**

- májkárosodás, ikterusz, pankreatitisz, érzékenység, fibrinogén csökkenés, trombocitopénia, pánцитopénia.
- Hiperammonémia – amennyiben idegrendszeri tünetekkel, további vizsgálatok szükségesek.

- Betegeink számára igen zavaró lehet az esetleges hajhullás.
- Fertilitás csökkenés (ffi és női), amenorrhoea, policisztás ovárium előfordulhat, így fiatal nőknek nem ajánlott.
- Kongenitális malformáció kockázata 3-5x nő (10%).
- In utero valproat expozíció – fizikai és szellemi fejlődés károsodhat (malformációk, elmaradás).
- In utero magzat monitorozása!
- Ritka specifikum: bilaterális rádiusz aplázia

#### Újszülöttkori kockázat

- hemorrágiás szindróma trombocitopéniával, hipofibrinogéniával és/vagy az alvadási faktorok csökkenése – trombocitaszám, fibrinogén plazmaszint, véralvadási tesztek és véralvadási faktorok ellenőrzése.
- hipoglikémia
- hipotireózis
- megvonási szindróma – irritabilitás, agitáció, tónuseloszlási rendellenesség
- szoptatás esetén hematológiai rendellenességek lehetségesek.

Szerepe a policisztás ovárium szindróma (PCOS) kialakulásban bizonyított. Valószínűleg a szteroidgenézis befolyásolása révén hat. A kialakulás valószínűsége nagyobb azoknál, akik valproát

#### 8.4.3.c. Lamotrigin

- Akut esetekben kevésbé hatásos
- Biztonságos fázisprofilaktikum
- Beállítása lassú, de egyszerű
- Kevés gyógyszerkölcsonhatás

A *Stevens-Johnson szindróma* bőrtünetekkel jár, potenciálisan letális kimenetelű lehetséges

#### 8.4.4. Hangulatstabilizálók várandósság és szoptatás során: összefoglalás

Abszolút kontraindikáció nincs, ajánlott a legkisebb hatásos dózist adni, valamint az antiepileptikumok kombinációját kerülni. A kockázatok eltérőek epilepszia esetén, BP zavarban a kockázat/hason arányt külön kell értékelnünk. Különösen érzékeny kérdés ez a várandósság során először jelentkező pszichiátriai panaszok esetén, még inkább a várandósság és szoptatás során, fázisprofilaktikumként szedett hangulatstabilizálók vonat-

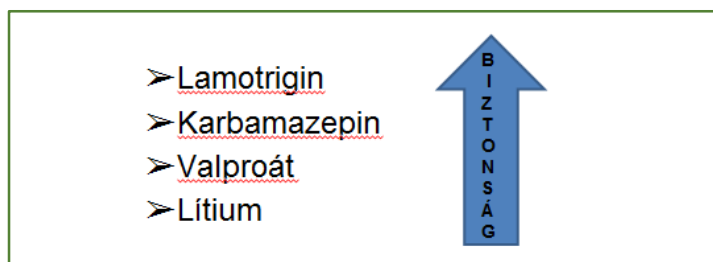
mellett hízást tapasztaltak, ill. egyéb antiepileptikum egyidejű szedése esetén. Fogamzóképes nőknek adása ellenjavallt (kivéve, ha más lehetőség nem áll rendelkezésre). 2018. májusában az European Medicines Agency (EMA) intézkedése értelmében a valproát-tartalmú gyógyszerek ellenjavalltak, azaz **nem alkalmazhatók fogamzóképes nők vagy lányok esetében**, kivéve, ha egy speciális terhességmegelőzési program feltételei teljesülnek. Ezek közé tartoznak az alábbiak:

- minden betegnél a teherbeesés lehetőségének értékelése
- várandóssági vizsgálatok a kezelés megkezdése előtt és a kezelés alatt szükség szerint,
- tanácsadás a valproátkezelés kockázataival és a hatékony fogamzásgátlás szükségességével kapcsolatban a kezelés során,
- a folyamatban lévő kezelés legalább évente történő felülvizsgálata szakorvos által,
- egy új kockázatmegértési nyilatkozat bevezetése, amelyet a betegek és a rendelvényt kiállító orvosok minden hasonló éves felülvizsgálat alkalmával kitöltenek annak megerősítése érdekében, hogy a megfelelő tanácsokat megadták és megértették.

Bár a fentiek elvégzése valproát esetében kötelező, azonban célszerű megtenni minden hangulatstabilizáló esetén.

mellékhatás. Karbamazepin és különösen lamotrigin (főként) friss beállítása esetén, az első 1-2 hónapban jelentkezhet. A hangulatstabilizálók (antiepileptikumok) kombinációja esetén a kialakulás kockázata nagyobb. Néhány gyógyszer (pl. paracetamol) együttes szedése szintén növeli a kockázatot. **Beállítása fokozatosan történjen!**

kozásában. A felvilágosítás, ill. közös döntés feltétlenül szükséges. Javasolt ezt rögzíteni (amennyiben rendelkezésre áll külön nyomtatványon, de legalább az ambuláns lapon). Fontos megjegyezni, hogy a biztonságosság és hatékonyság nem párhuzamos, így a terápia megtervezésénél ezt figyelembe kell venni (2. ábra).

**Hangulatstabilizálók biztonságossági sorban a szoptatás időszakában**

## 8.4.5. II. generációs antipszichotikumok

- olanzapin, kvetiapin, aripirazol, paliperidon a szóba kerülő szerek.
- használatuk terjed
- hatásos (minden fázisban és profilaktikumként is)
- alkalmazási előíratok szerint mániás pszichózis esetén használhatók

Mániás-, vagy depressziós pszichózis esetén hatékonyak egyéb hangulatstabilizáló nélkül is, ám kombinációk esetén a hatékonyság (valamint a mellékhatás kockázat) nőhet. Fenntartó kezelésre jelenleg nem javasoltak, célszerű ezt a terápia megtervezésénél figyelembe venni. Kvetiapin mind unipoláris depresszióban, bipoláris depresszióban hatékony, némely készítmény indikációja használatukat megengedi.

**Mit tanultam ebben a leckében?**

- 🎵 Mit nevezünk hangulatstabilizálónak?
- 🎵 Várandósság esetén mely hangulatstabilizálókat preferálná?
- 🎵 Lítium terápia beállítása előtt, során és később elvégzendő vizsgálatok

**Irodalom**

- Davanzo R. (2013) Antiepileptic drugs and breastfeeding, Ital J Pediatr. 39, 50.
- Finley PR. (2016) Drug Interactions with Lithium: An Update, Clin Pharmacokinet. 55(8), 925-41.
- Johannessen SI. (2010) Antiepileptic Drug Interactions - Principles and Clinical Implications, Curr Neuropharmacol. 8(3), 254-267.
- Khoo J. (2012) Mood stabilisers. Aust Prescr. 35, 164-8.
- JR Keck PE, McElroy SL, Richtand N, Tohen M (2002) What makes a drug a primary mood stabilizer? Molecular Psychiatry. 7(1S), 8-14.
- Rihmer Z, Szekeres GY, Pestality P, Balázs J, Mirnics Z, Szili I, Döme P. (2017) A bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról. Psychiat Hung. 32, 178-224.
- Rihmer Z, Szekeres GY, Döme P. Hangulatstabilizátorok. In.: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, pp. 52-59
- Perényi A, Rihmer Z, Bánki M CS, (1983): Parkinsonian Symptoms with Lithium, Lithium- neuroleptic, and Lithium- antidepressant Treatment. Journal of Affective Disorders. 5, 171-177.
- Sümeji, A. (2008): Hangulatstabilizátorok – múlt és jelen, Neuropsychopharmacologia Hungarica 2008, X/1, 31-42;



## 8.5. Pszichotrop szerek gondozói alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában (pszichózisok, affektív zavarok és szorongásos kórképek)

SZUROMI BÁLINT

*A fejezet a vonatkozó, jelenleg is érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvet valamint az annak is alapul szolgáló NICE, és a Brit Pszichofarmakológiai Társaság útmutatóit követi. Az ellátás alapelveinek bemutatása után a várandósság és a szoptatás időszakában felismert vagy már korábban is ismert, de a várandósság és a szoptatás időszakában is kezelést igénylő szorongásos, affektív és pszichotikus betegségek pszichofarmakológiai kezelésének főbb szempontjai kerülnek ismertetésre.*

A pszichotrop szerek használatának ismertetése előtt szükséges áttekinteni a várandósság és a szoptatás időszakában jelentkező mentális zavarok ellátásának alapelveit:

A gyermekvállalást tervező, a várandós és a szoptató nő ellátása, akár járóbeteg, akár osztályos keretek között, ún. baba-mama-papa egységben, a hozzátartozók bevonásával és interdiszciplináris team közreműködésével történjen.

Az interdiszciplináris teamben a következő szakemberek és szakmák vesznek részt: pszichiáter, pszichológus, szülész-nőgyógyász, neonatológus, gyermekgyógyász, genetikai tanácsadó, védőnő, szociális munkás, asszisztencia.

Tervezett várandósság esetén már a tervezés időszakában szükséges a mentális zavar várandósság és szoptatás idején történő optimális kezelésével kapcsolatos kérdéseket áttekinteni és tervet készíteni.

A várandós vagy szoptató nő és a hozzátartozói tájékoztatásának ki kell térni az alkalmazandó

kezelés(ek) kockázataira és az elmaradó kezelés révén ellátatlan mentális zavar lehetséges következményeire is (várandósság lefolyása, szülés körüli szövődmények, a baba fejlődése, későbbi kockázatai, a partner terhelése).

Minden esetben nem gyógyszeres kezeléseket kell először mérlegelni (családi támogatás, szupportív terápia, magas intenzitású pszichoterápia, testmozgás, megfelelő mennyiségű alvás, akupunktúra, fényterápia).

A mérlegelés során - a szokásos szakmai szempontokon túl - különös hangsúllyal esik latba a várandós vagy szoptató nő pszichiátriai és farmakológiai előzménye (a korábbi affektív vagy pszichotikus epizódok lefolyásával kapcsolatos tapasztalatok, a gyógyszerelhagyástól a relapszigig és a gyógyszeres kezelés megkezdésétől a remisszióig eltelt idő, gyógyszeres kezelésre adott terápiás válasz), a komorbid betegségek, a szoptatással kapcsolatos preferenciák és a társas támogatottság felmérése.

### 8.5.1. A várandósság és a szoptatás idején jelentkező szorongásos, affektív és pszichotikus zavarok főbb jellemzői és a velük járó kockázatok

A várandósság és a szoptatás idején jelentkező mentális zavarok az esetek egy részében a mentális zavar első (egyetlen) megjelenését jelentik, más esetekben a már ismert mentális zavar tartós fennállásáról vagy relapszusáról van szó. Az alábbiakban összefoglaljuk a peri- vagy posztpartum időszakban megjelenő mentális zavarok főbb jellemzőit.

#### **Tokofóbia**

A szüléstől való extrém félelem. Általában elegendő a perinatális szupportív terápia. **Posztpartum blues**

Az esetek 30-75%-ában fordul elő. A szülést követő 3-4. napon (2 héten belül) jelentkezik hangulati labilitás, ingerlékenység, szorongás, sírás

formájában, általában 1-3 nap alatt elmúlik, kezelést nem igényel, támogatás, biztatás, pihenés, alvás biztosítása segít. Amennyiben 2 hét alatt nem múlik el vagy a tünetek súlyosbodnak, gondolni kell posztpartum depresszióra. Az esetek 20%-ában 1 éven belül posztpartum depresszió alakul ki.

#### **Posztpartum depresszió**

Az esetek 10-15%-ában fordul elő, a visszaesés kockázata 30-50%, a pszichotikus tüneteké 0,5-1%. A tünetek általában a szülés után 4-6 héttel jelentkeznek, de a szülést követő 2 évben bármikor előfordulhatnak. A depresszió szokásos tünetei mellett gyakran kíséri önvád, bűntudat, szégyen, a gyermek ellátására való képtelenség érzése, vagy az az élmény, hogy az anya nem kötődik

a gyermekéhez vagy bántani akarja a gyermeket. A gondolatok sokszor kényszeres jelleget öltenek. Kezelése során előnyben kell részesíteni a magas intenzitású pszichoterápiás beavatkozásokat, de pozitív előzmény esetén még enyhe tüneteknél is, a pszichoterápia hatástalansága esetén, vagy ha az anya nem preferálja a pszichoterápiát, és közepes-súlyos tünetek esetén mindig fel kell vetni a gyógyszeres kezelés szükségességét. Súlyos esetekben elektrokonvulzív terápia is szóba jön.

#### **Posztpartum pszichózis**

Az esetek 0,1-0,2%-ában fordul elő. Általában 3-14 napos szabad intervallumot követően (néha

hetekkel-hónapokkal később), hirtelen, súlyos tünetekkel kezdődik és hetekig-hónapokig tart. Leginkább a különféle és gyorsan változó tünetek jellemzik, és általában jó a gyógyhajlama. Tipikus tünetei a deperszonalizáció, derealizáció, dezorganizált gondolkodás, konfúzió, esetenként deliráns tünetek, téveszmék, hallucinációk, mániás izgatottság.

Megjelenhet már ismert pszichotikus betegség (pszichotikus depresszió, szkizoaffektív zavar, szkizofrénia) részeként vagy első pszichotikus epizódként. Kezelése minden esetben szoros obszervációt, gyógyszeres kezelést és kórházi elhelyezést igényel.

### 8.5.2. A (kezeletlen) mentális zavarokkal járó kockázatok a várandósság és a szoptatás időszakában

Általánosan elmondható, hogy a várandósságnak nincs protektív hatása a súlyos mentális zavarok előfordulására, a mentális zavarok viszont számos kockázatot hordoznak a várandósság kimenetele és a születendő gyermek rövid vagy hosszú távú fejlődése szempontjából.

Depresszióban, bipoláris zavarban vagy szkizofréniában szenvedő nők nagyobb valószínűséggel használnak szereket (alkohol, dohány, drog) és kevésbé vesznek igénybe egészségügyi ellátást a várandósság előtt/alatt.

Az inszomnia növeli a posztpartum depresszió esélyét. A várandós nő kezeletlen szorongásos zavara hosszútávon összefügghet a gyermek későbbi magatartási és mentális problémáival.

A kezeletlen anyai depresszió kapcsolatban állhat a koraszüléssel és az alacsony születési súlyjal, feltehetően a depresszió súlyosságának függvényében, de nem ismert, hogy a depresszió kezelésének van-e erre hatása. Az anya antenatális depressziója esetén nagyobb az esély, hogy a gyer-

meknél később érzelmi problémák, ADHD, viselkedészavar, depresszió és antiszociális magatartás fordul elő; posztnatális depresszió esetén pedig az anya kevésbé vonódik be a csecsemő gondozásába, ami a kognitív fejlődésre lehet hosszú távon kihatással. Anyai depresszió esetén nő a partner depressziójának kockázata is.

Bipoláris zavarban szenvedő nők esetén jelentősen megnő a szülés utáni időszakban bekövetkező relapszus kockázata, különösen azoknál, akik a várandósság miatt abbahagyják a gyógyszereszedést. Utalnak rá adatok, hogy a bipoláris zavarban kezeléstől függetlenül is nő a koraszülés és a császármetszés kockázata.

Szkizofréniában szenvedők nők esetén, feltehetően a rossz szociális körülmények, a hiányos antenatális gondozás és a komorbid betegségek miatt, gyakoribbak a szülészeti és neonatológiai szövődmények. Az egyelőre nem tisztázott, hogy ebben mekkora szerepe lehet a pszichofarmakológiai kezelésnek.

### 8.5.3. Pszichotrop szerek alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában

#### **Általános szempontok**

A várandósság időszakában, az első trimeszterben zajlik a szervek fejlődése, ekkor a legnagyobb a teratogenitás és a malformációk kialakulásának kockázata. A későbbi expozíció fejlődési elmaradáshoz, koraszüléshez, a csecsemő adaptációjának zavarához, toxikus vagy megvonási tünetekhez vezethet.

Külön említést érdemel a várandósság alatt alkalmazott gyógyszerek hatására a csecsemőnél fellépő adaptációs zavar (PNAS, poor neonatal adaptation syndrome). Ennek tünetei az összes

pszichotrop szer alkalmazása esetén hasonlóak: általában enyhe neurológiai, vegetatív, légzési és gyomor-bélrendszeri tünetek jelentkeznek. Ritkán előfordulhat légzészavar, cianózis, hipoglikémia vagy görcsök. A legtöbb tünet a megszületést követő 48 órán belül lép fel és 2-6 napos korig tart. Bőr-bőr kontaktus és gyakoribb táplálás általában elegendő.

A szoptatás számos előnye miatt (a szoptatott csecsemőkben ritkábbak a csecsemő és gyermekori fertőzések, a koraszülötteket érintő nekrotizáló enterokolitisz, csökken a hirtelen csecse-

móhalál kockázata, ritkábban alakul ki gyermekkori leukémia, elhízásnak, 2-es típusú diabétesz, pozitív hatása van a gyermek kognitív funkcióira és pszichoszociális fejlődésére) a pszichotrop szerek szedése esetén ma már nem elfogadható automatikusan a szoptatás abbahagyása és ablaktálás mellett dönteni. A kismama preferenciáit is figyelembe véve kell egyéni döntést hozni. Ha mégis ablaktálás mellett döntünk, a bromokriptin használata kerülendő a lehetséges súlyos mellékhatásai miatt, helyette cabergolin vagy lisurid jön szóba. A prolaktin szint gyógyszeres csökkentése elsősorban a tejelövellés előtt javasolt, utána az emlő stimulációjának csökkenése vagy elmaradása elegendő lehet a tejtermelés megszüntetéséhez. A

- Pszichotrop szer szedése melletti szoptatás esetén érdemes napi egyszeri adagolásra törekedni, és a gyógyszerbevételt a csecsemő hosszabb állvása előtti szoptatás utánra időzíteni.

szoptatás során a csecsemőbe jutó gyógyszer mennyiségét többféle mutató segítségével lehet kifejezni. A relatív csecsemődózis a csecsemőbe jutó gyógyszer dózisát az anyának adott gyógyszerdózis százalékában adja meg, testsúly kilogrammra számolva. Ha az érték 10% felett van, az aggodalomra adhat okot és a szoptatott csecsemő szoros monitorizálása ajánlott. Másik módszer a gyógyszer szérum koncentrációjának a mérése a csecsemőben.

A 18. táblázat § összefoglalja a várandósság és a szoptatás időszakában alkalmazott pszichofarmakokok kockázatát az FDA (Food and Drug Administration) 2015-ig használt besorolása és a relatív csecsemődózisok alapján.

- Pszichotrop szert szedő nő szoptatott csecsemője rendszeres orvosi állapotfelmérést igényel.
- Pszichotrop szert szedő nő szoptatott csecsemője rendszeres orvosi állapotfelmérést igényel

#### 8.5.4. Hangulatjavítók alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában

##### 8.5.4.a. *Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI)*

**Várandósság:** relatíve biztonságosan alkalmazhatók. A paroxetin növelheti a kombinált kardiális defektus esélyét. Nőhet a koraszülés, a spontán abortusz és az alacsony születési súly valószínűsége. Kb. 30%-kal nő a PNAS előfordulása.

**Szoptatás:** az SSRI-k szintje általában alacsony az anyatejben és több SSRI nem mutatható ki mérhető mennyiségben, a csecsemő szérumában. Kivétel a citalopram és a fluoxetin, melyek szérumszintje a csecsemőben változó lehet, és a relatív csecsemődózis mérések egy részében meghaladta a 10%-os biztonsági határt.

##### 8.5.4.b. *Triciklikus antidepresszívumok*

**Várandósság:** relatíve biztonságosan alkalmazhatók, nem nő a malformációk előfordulása. Kb. 30-50%-kal nagyobb a PNAS gyakorisága.

**Szoptatás:** relatíve biztonságosan alkalmazhatók szoptatás idején, amire a nortriptilin esetén van is elegendő bizonyíték, bár a többi szernél sem írtak le mellékhatásokat.

A többi antidepresszívummal kapcsolatban kevés az adat, ezért alkalmazásukat elsőként választandó szerként nem javasolják várandósság és szoptatás idején (vagyis csak akkor adjuk, ha a javasolt SSRI-k igazoltan nem hatékonyak). Összességében valószínűleg nem jár nagyobb kockázattal az alkalmazásuk, mint az SSRI-ké, de utalnak rá adatok, hogy a venlafaxin és a duloxetin növeli a terhességi hipertónia és a preeklampszia, a mirtazapin a spontán abortusz, a bupropion pedig a szívfejlődési rendellenességek kockázatát. Venlafaxin esetén a relatív csecsemődózis 10% körül

van. A MAO inhibitorok alkalmazását egyáltalán nem javasolják, ill. már zajló adagolás esetén a kezelés leállítása vagy antidepresszívum váltás javasolt.

A 7. táblázat néhány gyakori klinikai helyzet példáján keresztül foglalja össze az antidepresszívum választás főbb szempontjait a várandósság és a szoptatás időszakában.

- Jelenleg egyik antidepresszívum sem abszolút kontraindikált a várandósság idején.
- A legtöbb közlemény az SSRI-k közül a szertralint javasolja első választandó szernek.
- Már zajló antidepresszívum kezelés esetén a korábban ismertetett alapelveket figyelembe véve szükséges mérlegelni.
- Antidepresszívum kezelés leállítása növelheti a relapszus kockázatát.

**Az antidepresszívum választás szempontjai a várandósság és a szoptatás időszakában néhány gyakori klinikai helyzet példáján keresztül**

KLINIKAI HELYZET	VÁLASZTANDÓ SZER	EGYÉB TEENDŐ
<b>MDD vagy rekurrens depresszió miatt AD-t szedő várandós</b>	az AD folytatása	paroxetin, fluvoxamin, duloxetin esetén váltás
<b>AD-t szeretné abbahagyni a várandós</b>	magas intenzitású pszichoterápia korábban hatékony, kisebb kockázatú AD	
<b>MMD vagy rekurrens depresszió miatt AD beállítás várandósság idején</b>	<b>szertralin</b> , citalopram, escitalopram korábban hatékony AD	paroxetin, fluvoxamin, fluoxetin kerülendő SNRI, mirtazapin, bupropion csak második szer
<b>Szoptatás időszaka</b>	már zajló kezelés folytatása (expozíció a korábbinál 5-10x kisebb) új beállítás esetén <b>szertralin</b> , paroxetin	többi SSRI kevésbé biztonságos egyéb szerekről alig van adat

**MDD:** major depressziós epizód; **AD:** antidepresszívum; **SNRI:** szelektív szerotonin és noradrenalin visszavétel gátló

*Döme és Faludi, 2018 nyomán*

#### 8.5.5. Antipszichotikumok alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában

##### 8.5.5.a. Első generációs antipszichotikumok

Több évtizednyi tapasztalat alapján nem növelik a teratogenitás kockázatát. Szoptatás idején való alkalmazásuk is biztonságosnak tekinthető

(pedig a haloperidol relatíve nagy dózisban megy át az anyatejbe).

##### 8.5.5.b. Második generációs antipszichotikumok

**Várandósság:** kb. kétszeres a gesztációs diabétesz valószínűsége, és növekedhet a nagyobb születési súly valószínűsége. Kb. kétszeres a malformációk gyakorisága, elsősorban pitvari és kamrai szeptumdefektus. Olanzapin és klopazin mellett kb. háromszoros a makrocefália valószínűsége.

**Szoptatás:** a kvetiapin, risperidon, ziprazidon és szulpirid esetén alacsony vagy nem detektálható gyógyszer szintet mértek a csecsemő szérumban. Az olanzapin vérszintje is alacsony a csecsemőben, de alkalmazásakor megnőhet az extrapiramidális mellékhatások kockázata, irritabilitás, szomnolencia, inszomnia, tremor fordulhat elő, ezért alkalmazása csak kifejezett anyai előnyök esetén javasolt. Klopazin esetén relatíve magas szérumban koncentrációt mértek, és az agranulocytosis kockázata miatt sem javasolt az alkalmazása. Amisulprid mellett nem írtak le mellékhatást, de a 10% körüli szérumszint miatt alkalmazása nem javasolt. Aripirazol esetén a szérumszint 10% alatti és nem írtak le mellékhatást.

- Jelen ismereteink szerint a kvetiapin az a második generációs szer, amely a peripartum teljes időtartama alatt biztonságosan alkalmazható.
- A relapszus veszélye miatt az antipszichotikum váltás helyett a folyamatban lévő kezelés folytatása mérlegelendő a kockázatok figyelembevételével.
- A NICE ajánlása szerint minden antipszichotikumot szedő várandósnak szűrni kell gesztációs diabéteszre és a második trimeszter végén orális glükóz tolerancia tesztet kell végezni. Emellett szükséges a testsúly követése és a testsúly menedzselés módszereiről való felvilágosítás.
- Depot antipszichotikumok kerülendők várandós nők esetében, mert nagyon kevés információ van a biztonságosságukról, több hónappal az alkalmazást követően is megfigyeltek extrapiramidális tüneteket csecsemőkben.
- Klopazin adása a szoptatás időszakában kontra-indikált.

## 8.5.6. Hangulatstabilizálók alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában

### 8.5.6.a. *Lítium*

**Várandósság:** nagyon kevés a rendelkezésre álló adat. Az első trimeszterben kerülendő az adása, mert növelheti a szívfejlődési rendellenességek valószínűségét. A késői terhességben adva növelheti a perinatális komplikációk (floppy baby, sárgaság, légzés depriváció, hipotónia, cianózis, aritmia és csökkent szopóreflex) valószínűségét az újszülöttnél, ritkán előfordul a lítiumra jellemző toxikus ártalom is.

**Szoptatás:** kb. 50%-ban átmege az anyatejbe, a csecsemőben mérhető szintje változó. Ezért szoptatás idején alkalmazása kerülendő.

A lítium adása a várandósság (különösen az első trimeszterben) és a szoptatás idején kerülendő.

- A második trimeszterben biztonságosabb az alkalmazása, de helyette tanácsos inkább második generációs antipszichotikum beállítása (a lítium leállítása 4 hét alatt javasolt).
- Amennyiben adása folytatódik a második és a harmadik trimeszterben, programozott szülés előtt 1-2 nappal, ill. a vajúdás megindulásakor le kell állítani az adagolását és a szülés után, szérumszint ellenőrzést követően lehet ismét adni.
- Ha szoptatás idején alkalmazzák, akkor a csecsemő szoros követése, valamint a lítium szint, a vese- és pajzsmirigy funkció ellenőrzése javasolt.

### 8.5.6.b. *Valproát*

**Várandósság:** az első trimeszterben adva számos malformáció kockázatát növeli (valproát okozta embriopátia: elsősorban velőcsőzáródási rendellenességek és kraniofaciális eltérések, pl. szájpadasadék, valamint kongenitális kardiális defektusok, urogenitális és vázrendszeri eltérések, pl. polidaktilia). Az eddigi evidenciák szerint a méhben valproátnak kitett, iskoláskor előtti gyermekek 30–40%-ánál fejlődési problémák jelentkeztek (pl. megkésett járás és beszéd, memóriaproblémák, beszédzavarok és nyelvi nehézségek, rosszabb értelmi képességek). Növelheti az autizmus spektrum zavar és az ADHD valószínűségét.

**Szoptatás:** koncentrációja a tejben és a csecsemő szérumban alacsony, a relatív csecsemődózis 3% alatt van. Alkalmazása esetén a csecsemő májfunkciójának ellenőrzése javasolt.

- A valproát alkalmazása várandósság előtt és alatt kontraindikált. Szoptatás idején biztonságosnak tekinthető.
- A valproát fogamzóképes korú nők esetén másik szerrel helyettesítendő és felírása csak egyéb szerek hatástalansága vagy intolerancia esetén javasolt. Ilyen esetekben hatékony fogamzásgátló módszert kell javasolni és felvilágosítást kell adni a lehetséges kockázatokról.

### 8.5.6.c. *Karbamazepin*

**Várandósság:** a kongenitális malformáció kockázata emelkedett (főleg spina bifida, valamint kraniofaciális rendellenességek, pl. szájpadasadék, kardiovaszkuláris, urogenitális rendellenességek és fejlődési retardáció).

**Szoptatás:** jelentős mennyiségben megtalálható az anyatejben, és a csecsemő szérumszintje az

anyáénak a 65%-át is elérheti. Átmeneti hepatotoxikus jellemzői lehetnek, irritabilitás, csökkent szopóreflex előfordulhat az újszülöttnél. Alkalmazása esetén a csecsemő gyógyszer szintjét és a májfunkcióit ellenőrizni kell.

- A karbamazepin adása a várandósság és a szoptatás időszakában nem javasolt.

### 8.5.6.d. *Lamotrigin*

**Várandósság:** nőhet a szájpadasadék valószínűsége.

**Szoptatás:** nagyobb mennyiségben megjelenik az anyatejben, és nőhet a bőrgyógyászati mellékhatások valószínűsége, de nem írtak le lényeges mellékhatásokat.

- A lamotrigin adása a várandósság és a szoptatás időszakában kerülendő.
- Amennyiben mégis antiepileptikum adása szükséges várandósság idején, akkor lamotrigin a választandó.

- Dózisát valószínűleg növelni kell (kb. 20-25%), mert a szérumszintje a harmadik trimeszter közepéig csökken, szérumszintjét 4 hetente kell el-

lenőrizni. A szülést követő 3 napon belül csökkentendő a dózis a toxicitás elkerülése érdekében.

### 8.5.7. Szorongásoldók és altatók alkalmazása a várandósság és a szoptatás időszakában

#### 8.5.7.a. Benzodiazepinek

**Várandósság:** az első trimeszterben adva kb. kétszeresére növelik a szájpadhasadék rizikóját. Növelik a pilórus sztenózis és a vékonybél atrézia valószínűségét. Magasabb dózisú és tartós adagolásuk esetén az újszülöttnél benzodiazepin függőség és floppy baby szindróma alakulhat ki.

**Szoptatás:** változó mennyiségben választódnak ki az anyatejbe, emiatt a csecsemőnél levertséget, fogyást, a fiziológiás sárgaság és hiperbilirubinémia elhúzódását okozhatják.

- A benzodiazepinek alkalmazása a várandósság időszakában kerülendő. Ha mégis sor kerül rá, akkor a lehető legkisebb adagban, naponta egyszer adjuk, elsősorban lorazepam vagy klonazepam jön szóba.
- Ha a szoptatás időszakában az alkalmazásuk elkerülhetetlen, akkor csak rövid ideig és rövid felezési idejű szert célszerű alkalmazni.
- A nem benzodiazepin típusú altatók közül a zolpidem a rendelkezésre álló kevés adat alapján

nem növeli a malformációk esélyét. Nagyon magas dózisban adva csontosodási problémát okozhat a koponyán és más csontokon. Mivel vízben oldódó és gyorsan metabolizálódik, ezért szoptatás idején is szóba jöhet, de kevés adat áll rendelkezésre.

- A várandósság idején jelentkező, 3-4 napot meghaladó, súlyos alvászavar esetén elsősorban kvetiapin vagy klórdiazepoxid adása javasolt.
- Szoptatás idején jelentkező alvászavar esetén inkább kvetiapin vagy amitriptylin jön szóba.

A fentiekben, a területi korlátra tekintettel nem esett szó a várandósság és a szoptatás időszakában jelentkező mentális zavarok diagnosztikájáról, az egyéb mentális zavarok (pl. szerhasználati, étkezési zavarok, kényszerbetegség) kezeléséről és a nem gyógyszeres kezelési lehetőségekről sem. Ezekről a kérdéseket illetően a fejezet bevezetőjében hivatkozott irányelvekből lehet tudakozódni.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mik lehetnek az antidepresszív szerrel történő kezelés indikációi a várandósság és a szoptatás időszakában?
- ▶ A jelenlegi ismereteink szerint mik a várandósság és a szoptatás időszakában biztonságosan alkalmazható és kerülendő antipszichotikumok? Miért?
- ▶ Milyen szempontokat kell figyelembe venni, ha a szoptatás időszakában döntünk pszichotrop szer alkalmazásáról?

### Irodalom

- Chad, L, Pupco, A, Bozzo, P és Koren, G (2013) Update on antidepressant use during breastfeeding. Canadian Family Physician, 59 (6): 633-634.
- Döme, P. és Faludi, G (2018) Az antidepresszívumhasználat gyakorlati szempontjai a várandósság és az anyatejes táplálás időszakában. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 19 (1): 26-33.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. (2017) A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. Egészségügyi szakmai irányelv. Egészségügyi Közlöny, 64 (4). Online: <https://kollégium.aeek.hu/Iranyelvek/> (elérve: 2018.04.22.)
- McAllister-Williams, R.H., Baldwin, D.S., Cantwell, R., Easter, A., Gilvarry, E., Glover, V., és mtsai (2017) British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication pre-conception, in pregnancy and postpartum 2017. Journal of Psychopharmacology, 31 (5): 519-552. doi:

10.1177/0269881117699361. Online: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/48784> (elérve: 2018.04.22.)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014) Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Clinical Guideline 192. Online: [nice.org.uk/guidance/cg192](http://nice.org.uk/guidance/cg192) (elérve: 2018.04.22.)

Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M. és mtsai (2013): Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorder*, 15: 1-44.

## Ajánljuk

National Institute for Health and Care Excellence. (2017) Pharmacological treatments for antenatal and postnatal mental health problems. NICE Pathways. Online: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health> (elérve 2018.04.22.)

## 9. REHABILITÁCIÓ A GONDOZÁSBAN

VÁRADI ENIKŐ

*A pszichiátriai gondozás meghatározó tevékenysége a rehabilitáció. A pszichiátriai rehabilitáció az első orvos beteg találkozással kezdődik, és a gondozás folyamatát végigkíséri. A fejezet a rehabilitációs és gondozás relációját, feltételeit és jellemzőit mutatja be, hangsúlyozva, hogy a gondozás folyamata maga a közösségi szemlélettel végzett rehabilitáció sajátosságait alapvetően az intézményi lehetőségek és adottságok határozzák meg. A fejezet célja a szemléletmód bemutatása.*

### 9.1. A rehabilitáció és gondozás

A rehabilitáció nem különálló módszertan, hanem *szemlélet*, a kezelés minden szakaszát meghatározó *vezérelv*, mely a páciens felépülését szolgálja. Célja, hogy segítsen a mentális betegséggel élőknek abban, hogy készségeik fejlesztésével minimális támogatással legyenek képesek közösségi életre. **A rehabilitáció alapvetően a funkcionálisra fókuszál.**

Önmagában a rehabilitációs szemlélet intézménytől független és a kezelés minden szakaszában érvényesülő elv, mégis leginkább a páciens saját környezetében, az ún. közösségi térben érzelhető eredményessége.

A súlyos mentális zavarok modern gyógyszeres kezelése lehetővé teszi, hogy a betegek visszatérjenek lakókörnyezetükbe, ez ugyanakkor a közösség terheit is megnöveli, mivel a betegek akut relapsusaival, krónikus tüneteivel és az ezzel járó szociális következményekkel – kapcsolati nehézségekkel, konfliktusokkal, egzisztenciális gondokkal – a közösség együtt él.

A szükségletek változása következtében a rehabilitációs intervenciók egyre inkább kikerültek a kórházi intézményi térből a közösségi térbe. A mentális betegséggel járó problémák nem oldhatók meg szűklátókörű, medicinális megközelítéssel, ezért a rehabilitáció folyamatában az egészségügyi és szociális ellátás optimális összhangjára van szükség. Hazai viszonylatban a pszichiátriai gondozók hálózata a közösségi rehabilitáció, az egészségügyi és szociális ellátórendszer együttműködésének intézményrendszere.

A pszichiátriai gondozás önmeghatározásának része a rehabilitációs szemlélet. (Módszertani levél a pszichiátriai gondozásról – Egységügyi Közlöny LIII. évf. 9.sz., 2003)

A pszichiátriai gondozás optimális gyakorlata számos ponton **mutat hasonlóságot a nemzetközi szakirodalomból ismert közösségi ellátási modellekkel.**

Ezek az ismérvek a következők:

- elérhetőség
- folyamatosság
- összehangoltság
- rugalmasság
- együttműködés, kooperáció
- egyénre szabottság
- elszámoltathatóság
- teamszerveződés
- pszichiáter a teamben

Ellátásszervezési szempontból fontos tényező, hogy a pszichiátriai gondozó területi ellátási kötelezettséggel működik.

A súlyos mentális betegségek többnyire fiatal korban kezdődnek, ezért különösen fontos beépíteni a korai intervenció gyakorlatát a gondozásba.

#### **Külföldi közösségi ellátási modellek:**

- asszertív közösségi ellátás
- esetmenedzsment vagy személyes támogatást nyújtó szolgáltatások
- integrált mentális egészségügyi ellátás

A pszichiátriai gondozás elsősorban egészségügyi kapacitásain túl, szociális kapcsolatrendszerével képes átfogó, komplex rehabilitációt nyújtani. Ebben a kapcsolatrendszerben az egymással kölcsönös kapcsolatban levő intézmények hálózában a gondozónak koordináló szerepe van.

#### **Gondozói kapcsolatok**

- alapellátás
- területi pszichiátriai osztály
- területi szakellátás
- közösségi ellátások
- nappali intézmények
- alacsonyküszöbű ellátás – szenvedélybetegek
- foglalkozási rehabilitáció
- gondozási központok



- támogatott munkavállalás – Magyarországon hiányzik
- támogatott lakhatás

## 9.2. A rehabilitációs folyamat

Célja a felépülés: autonóm életvitel, saját lakás, munka/képzés, szociális és intim kapcsolatok, teljes értékű és jogú közösségi szerepek.

A rehabilitáció beavatkozásai lehetnek **készségfejlesztők**, ill. **stresszor csökkentők**, ezek kiegészítik egymást. Az első csoportba az egyén adaptív készségét javító intervenciók tartoznak, a másodikban a környezeti tényezőket alakítjuk a szükségletekhez.

A rehabilitáció folyamán a páciens személyiségének egészséges részeire építünk, a kontraktust ennek alapján kötjük meg a pácienssel, mint felelős partnerrel.

Maga a folyamat szakaszos és fokozatos, intenzívebb és kevésbé intenzív időszakokkal.

A súlyos mentális zavarok kezelésében nincsenek átfogó vagy specifikus terápiás módszerek, a hatékony rehabilitáció a különböző, döntően tanulásméleti alapokon nyugvó pszichológiai módszerek kombinációjából épül fel a páciens egyéni szükségleteinek függvényében.

**Rehabilitációs modalitások** a pszichiátriai gondozás során, ezekről más fejezetekben található részletesebb leírás:

- gyógyszeres kezelés
- művészetterápiák
- pszichoedukáció

- családi intervenciók
- szociális készségek tréningje
- kognitív-viselkedésterápia
- kognitív fejlesztés, remediáció
- szocioterápiák

### **Kognitív paradigmaváltás a súlyos mentális betegek rehabilitációjában**

A neurokogníció és szociális kogníció deficitjei meghatározók a funkcionalitás, de a rehabilitáció kimenetele tekintetében is. A funkcionális javuláshoz szükség van bizonyos mértékű kognitív javulásra is. A kognitív fejlesztő módszerek a komplex rehabilitációs programok részévé válnak.

A terápiás modalitásokat a páciens – lehetőleg mérhető – szükségletei szerint kell összeállítani a komplex rehabilitáció során. (Mérőeszköz: Camberwell Assessment of Need (CAN) – Camberwell szükségletfelmérési interjú). Ezen túl számos mérőeszközünk, tesztünk van a pszichopatológiai tünetek (CGI, BPRS, PANSS), a funkcionalitás (WHODAS), valamint a neurokognitív deficittünetek mérésére.

A gondozás során a rehabilitáció nem egy lineáris folyamat, a legprofesszionálisabban vezetett esetben is relapszusok és stagnáló szakaszok jellemzők, ezért rugalmas, oszcilláló modalitásváltások szükségesek a gondozói team munkájában az időben változó feladatok ellátásánál.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mi a pszichiátriai rehabilitáció célja?
- ▶ Milyen szempontokat veszünk figyelembe a rehabilitációs szerződés-kötés során?
- ▶ Milyen közös elemei vannak a pszichiátriai gondozásnak és a szociális közösségi pszichiátriai gondozásnak?

## Irodalom

- National Institute of Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline published: 12 february 2014, [www.nice.org.uk/guidance/cg178](http://www.nice.org.uk/guidance/cg178)
- Bulyáki T, Harangozó J. (2018): A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány, 2018. 398 o.
- Demetrovics Zs. Laczkó Zs. (2008). A Camberwell szükségletfelmérési interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása. Psychiat Hung 23(4):298-304.o.

- Harangozo J. és mtsai (2014): Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int. Journal of Social Psychiatry*. Volume 60 No 4, June 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23788438> (elérve: 2020.08.10.)
- Jeppesen R és Benros ME (2019) Autoimmune Diseases and Psychotic Disorders. *Front. Psychiatry* 10:131. doi: 10.3389/fpsy.2019.00131
- Khandaker, G. M., Cousins, L., Deakin, J., Lennox, B. R., Yolken, R., és Jones, P. B. (2015). Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment. *The lancet. Psychiatry*, 2(3), 258–270. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00122-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00122-9)
- Kumar A, Rinwa P, Kaur G, és Machawal L. (2013): Stress: Neurobiology, consequences and management *J Pharm Bioallied Sci*. 5(2): 91–97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697199/> (elérve: 2020.08.10.)
- Lieberman RP: Felépülés a betegségből – A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó. 2010
- Schiele MA, Gottschalk MG, Domschke K. (2020): The applied implications of epigenetics in anxiety, affective and stress-related disorders - A review and synthesis on psychosocial stress, psychotherapy and prevention. *Clin Psych Rev*. 2020 Apr; 77:101830. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101830.
- Petke Zs, Tremkó M. (2018) Felépülés a függőségből. Szerencsejáték és szerhasználat. *Medicina*, 2018. 444.o. (Különösen ajánlott az első, a felépüléssel foglalkozó fejezet.)
- Saxena S, Muijen M, Crisholm D és mtsai (2014): An Assessment of the Hungarian Mental Health Care. March 2014, WHO HQ and WHO Regional Office for Europe, Geneva

## 10. VESZÉLYHELYZETEK ÉS KOCKÁZATOK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE A GONDOZÁS SORÁN

GULÁCSI ISTVÁN, FRECSKA EDE, MÓRÉ E. CSABA, KOLUMBÁR RÉKA, CSIZMADIÁNÉ SZABÓ MÁRIA

*A fejezet a Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban című tankönyv lektorált, I–III. fejezetei alapján készült kivonatos, rövidített összefoglaló. Az itt közölt információk irodalmi hivatkozásai a tankönyv I–III. fejezeteiben találhatóak. kiegészítve, a szociális munkás feladatkörébe tartozó szociális krízishelyzetek kezelési stratégiáival.*

### 10.1. A kockázatbecslés célja, alapelvei, menete

GULÁCSI ISTVÁN, FRECSKA EDE, MÓRÉ E. CSABA, KOLUMBÁR RÉKA

Az adott páciens állapotára vonatkozóan a lehetséges negatív kimenetel csökkentése vagy kizárása olyan megelőző tevékenységek (esetünkben: pszichiátriai ellátás és gondozás) révén, amelyek bizonyítékokon alapuló módszerek összességét képezik.

A kockázatbecslés végzése során tehát arra törekszünk, hogy megállapítsuk az adott egyénre az adott vizsgálati pillanatban leginkább jellemző kockázati mintázatot:

- azokat hajlamosító tényezőket, amelyek az egyént veszélynek tehetik ki (statikus kockázati tényezők)
- azokat a lehetséges kiváltó eseményeket, amelyek ezeket a veszélyeket előidézhetik (dinamikus kockázati tényezők),
- az ezekkel szemben védő tényezőket (protektív tényezők)
- a veszélyek tényleges mértékét (súlyosság)
- valamint a tolerálható kockázat jellegét és mértékét

A klinikai kockázatbecslés során konkrét ismeretek alapján felállított döntési stratégia segítségével kíséreljük meg az adott páciens esetében a negatív események valószínűségét csökkenteni. Az ismeretek az alábbiakra vonatkoznak:

- az adott kockázattal kapcsolatos kutatási bizonyítékok,

- a páciens alapos ismerete (aktuális állapota, előzményei),
- a páciens körülményeinek (beleértve a társas környezetet) ismerete,
- a páciens tapasztalati világának ismerete,
- klinikai döntéshozatali algoritmusok.

A kockázatbecslés és -kezelés alapelveit az angol Egészségügyi Minisztérium az alábbiakban foglalta össze 2007-ben kiadott gyakorlati útmutatójában:

**A kockázatkezelési terv tartalmazza a következőket**

- minden egyes kockázati tényező,
- a kockázati helyzetek konkrét leírása (milyen körülmények között következik be az adott kockázat),
- kinek, mi a teendője az adott kockázati esemény elhárítása érdekében.

**A kockázatbecslés/elemzés menete**

1. Azonnali életveszély kizárása,
2. Kockázati tényezők azonosítása,
3. A kockázati tényezők elemzése,
4. Fontossági sorrend felállítása,
5. Kockázatkezelési terv,
6. A kockázatkezelési terv végrehajtása és ellenőrzése.

### 10.2. Szuicídium: rizikófaktorok, protektív faktorok felmérése és kockázatkezelés

#### 10.2.1. Az öngyilkos magatartás epidemiológiája

- Befejezett öngyilkosság,
- Öngyilkossági kísérlet,
- A szuicid magatartás biológiai és pszichoszociális tényezői,
- Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők,
- A szuicid rizikó minimalizálása, megelőző stratégiák,

- Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében.

#### 10.2.2. Az akut öngyilkossági veszély elhárítása

- Sürgősségi osztályos felvétel,
- Szuicidprevenziós (krízisintervenciós) centrumok, S.O.S. telefonszolgálatok,
- A pszichiátriai betegségek korai felismerése és hatékony kezelése,
- A halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének korlátozása,
- Az öngyilkossági kísérleten átesettek utógondozása,
- Közösségi felvilágosítás.

#### 10.2.3. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében

A magyarországi szuicid rátában 1984 és 2016 között bekövetkezett markáns (63 százalékos) csökkenés világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozik. A nem kezelt mentális betegségek – elsősorban a kezeletlen depresszió – és az öngyilkosság szoros kapcsolatának ismeretében nagyon valószínű, hogy a hazai szuicid halálozásban bekövetkezett ezen nagy csökkenés egyik fő oka a hazai pszichiátriai szemlélet és gyakorlat jelentős fejlődése. Ebben a depressziók korai felismerése és eredményesebb kezelése, ill. a korszerű antidepresszívumok elterjedése, az új rendszerű pszichiáter rezidens-képzés, az ambuláns pszichiátriai ellátó helyek és a pszichoterápiás rendelések számának növekedése, a közösségi pszichiátriai szemlélet és gyakorlat terjedése, a családorvosok rendszeres depresszióra irányuló továbbképzése, valamint a pszichiáter szakorvosok és a szuicid prevenziós (telefon) szolgálatok számának és aktivitásának folyamatos növekedése lényeges szerepet játszik.

Kétségtelen viszont, hogy nem csak az egészségügy felelős az öngyilkosságok megelőzéséért.

Az életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése, az egészségügyi és szociális ellátás minőségének és mennyiségének növelése, az alkohol- és drogprobléma (beleértve a dohányzást is) elleni küzdelem hatékonyságának fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek visszaszorítása és az öngyilkosság megfelelő média kommunikációja túlmutat az egészségügyi ellátás keretein, és a társadalmi vezetők felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik.

Bár közvetlen szuicid veszély esetén (akár még a nem depressziós pácienseknél is) mindig szükséges a rövidebb-hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezelés, a pszichoterápiás eljárások (krízisintervenció, ill. specifikus pszichoterápiák) sem nélkülözhetők a szuicid prevenzióban. A depressziós – és különösen a szuicidális depressziós – betegek jellemző kognitív disztorzió, ill. negatív kognitív sémák, valamint a szintén gyakran jelenlévő hibás döntéshozatali mechanizmusok miatt igen hatékony a kognitív-magatartásterápia, ill. a problémamegoldó tréning, valamint a pszichoedukációval egybekötött pszichoterápiás támogatást nyújtó rendszeres utánkövetés.

### 10.3. Az erőszakos magatartás rizikó- és protektív faktorai, kockázatkezelése

#### 10.3.1. Rizikófaktorok

##### Statikus

férfi nem, fiatal életkor, életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor, erőszakos magatartás az előzményben, kriminalitás az előzményben, gyerekkori viselkedészavar, antiszociális személyiségzavar, pszichopátia és egyéb, a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód, negatív életesemények, áldozattá válás a közelmúltban

#### 10.3.2. Protektív faktorok

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability,) 20 dinamikus rizikófaktorot vizsgál (pl. szociális készségek, impulzus kontroll, belátás, ad-

##### Dinamikus

paranoid téveszmék és egyéb pozitív pszichotikus tünetek, pszichotikus élmények és kognitív torzítások, imperatív akusztikus hallucinációk, szerhasználat, negatív érzelmi állapotok, erőszakos szándék kinyilvánítása, fegyverhez való hozzáférés, kezeléssel való együttműködés hiánya.

herencia, megküzdési készségek), és több területet (pl. heteroagresszió, öngyilkosság, önsértés, önelhanyagolás) is lefed.

**A faktorokat 3 csoportba sorolja:**

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability,) 20 dinamikus rizikófaktort vizsgál.

- **belső:** intelligencia, biztonságos kötődés gyermekkorban, empátia, megküzdés, önkontroll
- **motivációs:** munka, szabadidős tevékenységek, pénzkezelés, motiváció a kezelésre, autoritással kapcsolatos beállítódások, életcélok, gyógyszeres kezelés
- **külső:** társas kapcsolatok, párkapcsolat, szak-szerű ellátás, életkörülmények, külső kontroll

A kockázat mellett azt is értékeli, hogy az adott terület milyen mértékben tartozik a beteg erősségei közé. Az eredmény az adott személyre jellemző, a klinikai döntést támogató, kockázat/erősség mintázat.

A SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk), melynek használatát a HCR-20 rizikóbecslő eszközzel kombinálva javasolják, 2 statikus és 15 dinamikus faktort értékel aszerint, hogy az adott faktor milyen mértékben tölt be protektív funkciót a vizsgált személynél egy konkrét szituációban az erőszak kockázata szempontjából.

## 10.3.3. Az erőszakos magatartás kockázatkezelése

Az erőszakos magatartás komplex társadalmi jelenség, ezért észlelése, kezelése és megelőzése nem csak az egészségügyi – és szűkebben véve a pszichiátriai – ellátórendszer feladata, hanem az egészségügyi, a szociális, és esetenként a büntető és az igazságszolgáltatási szervek, valamint a beteg szűkebb környezetének együttműködését igényli.

A kockázatkezelés konkrét megvalósításánál három főbb szempontot érdemes szem előtt tartani:

## 10.3.3.a. Személyi feltételek

- pszichiáter szakorvos, aki vezeti az ellátást, szükség esetén instruálja a többi résztvevőt

## 10.3.3.b. Tárgyi és fizikai feltételek

- az ellátó hely alkalmas sürgősségi betegellátásra
- a helyiség nyitását/zárását a személyzet kontrollálja
- elegendő tér nagyobb létszámú jelenlévőknek (pl. mentő személyzete, rendőrök)

## 10.3.3.c. A beteggel való együttműködés és kommunikáció szempontjai

- a beteg szükségleteinek, kéréseinek lehetőség szerinti figyelembevétele
- a megadott keretek között döntési lehetőség felkínálása (pl. injekciót vagy per os készítményt fogad-e el)
- világos, tömör, lényegre törő fogalmazás, melynek célja a beteg megnyugtatása, tájékoztatás a tervezett beavatkozás(ok)ról és az elvárt viselkedésről, az együttműködés támogatása, fenntartása

- súlyos rizikó esetén szükséges külső segítség bevonásának mérlegelése (családtag, kórházi beutalás, biztonsági szolgálat, rendőrség),
- a beavatkozásnak mindig az egyénileg beazonosított rizikó- és protektív faktorokon kell alapulni (lehetőleg utalva a korábban előfordult hasonló helyzetekre),
- növeli a páciens együttműködését és a beavatkozás sikerességét, ha azt a páciens aktuális panaszaihoz és/vagy céljaihoz igazítjuk.

- kellő létszámú (legalább 2 fő) szakképzett személyzet
- lehetőleg biztonsági személyzet

- lehetőleg nem könnyen mozdítható és/vagy törekeny bútorok
- a beteg nem zárhatja el a kijáratot
- **Követelmény:** pánikgomb megléte minden rendelésben!

- a személyzet részéről nyugodt, de határozott, következetes magatartás (a túlzott/indokolatlan kontroll, fenyegető, következtelen vagy kiszámíthatatlan magatartás, provokáció, megalázás megengedhetetlen)
- szükség esetén fizikai korlátozás a sérülés veszélyének minimalizálásával/elkerülésével

## 10.4. Önelhanyagolás

Az önelhanyagolás a magatartás olyan mértékű romlása, mely során az érintett az enyhétől a súlyos mértékig nem elégíti ki alapvető igényeit, úgymint személyes higiéné, ruházkodás, étkezés vagy a fennálló és kezelésre szoruló betegségek ellátása.

Az önelhanyagolás okai között mentális betegség (szkizofrénia és a súlyos OCD, pl. hoarding következménye is lehet), demencia és az agyállomány sérülése szerepelhet. Más szóval, az elvárható és megfelelő személyes higiéné, egészségügyi ellátás és életkörülmények biztosításának hiánya

alakul ki. Ennek extrém formája a **Diogenész-szindróma**. Összességében minden olyan esetben előfordulhat, amikor az egyén mentális vagy szomatikus állapota miatt csökkennek motivációi, energiaszintje, figyelmi funkciói, szervezési és kivitelezési képessége, valamint önmaga és környezetének súlyos fokú elhanyagolása alakul ki, mely további veszélyeket rejt magában.

*Az önelhanyagolás rizikófaktorai, kockázati tényezői, valamint az időközi bántalmazás részletes ismertetését ld. a Kockázatbecslés és –kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban című (eredeti) tananyag II. és III. fejezeteiben!*

## 10.5. Agresszióval összefüggő veszélyhelyzetek kezelése

### 10.5.1. Agitált beteg ellátása

A feszültség csökkentésének 10 lépése agitált beteg ellátása során:

- Figyeljünk a személyes tér tiszteletben tartására!
- Kerüljük a provokációt!
- Kezdeményezzünk szóbeli kommunikációt!
- Tömör, egyértelmű beszédre törekedjünk!
- Nevezzük meg az érzéseket és az elérendő célokat!
- Figyelmesen hallgassuk meg, amit a beteg mond!
- Keressük meg, miben tudunk egyetérteni a beteggel, vagy fogadjuk el a helytelenítését (pl. ha nem tudunk igazat adni neki, hogy helytelen, hogy a rendelőben nem lehet dohányozni, azt

megérthetjük, milyen nehéz lehet neki, hogy nem gyűjthet rá!)

- Fektesse le a szabályokat, jelöljünk ki egyértelmű határokat!
- Javasoljunk választási lehetőségeket és ezzel párhuzamosan valami jutalmat, engedményt (csak olyat ígérjünk, amit meg tudunk adni, pl. ha elfogadja az injekciós kezelést, már a hétvégen hazamehet látogatóba)!

Az eseményt követően fordítsunk figyelmet az esetleg megingott terápiás kapcsolat helyreállítására (kérjük meg a beteget, mondja el neki ez a helyzet milyen volt, adjunk teret – ha szükséges – ventilációra; találjunk ki tervet a jövőre, hogy hasonló helyzeteket elkerülhessünk), valamint hallgassuk meg a résztvevő team tagjait is a történetekről, vonjuk le a tanulságokat)!

### 10.5.2. Agresszív beteg ellátása

#### Parenterális gyógyszeradás indikációi

- együttműködés hiánya
- veszélyeztető magatartás
- gyors gyógyszerhatási igény (elsősorban iv. benzodiazepin)

#### Leggyakrabban alkalmazott szerek

- benzodiazepin (clonazepam) iv. és/vagy
- antipszichotikum (haloperidol) im.

## 10.6. Lelki és testi komorbiditás

- A hangulat és szorongásos zavarok szomatikus komorbiditása – a két betegség együttes megjelenése jelentősen növeli a morbiditási és mortalitási rizikót.
- Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben – az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák.
- Kardiovaszkuláris és a cerebrovaszkuláris betegségek magas prevalenciájuk és súlyos szövődme-

nyek miatt külön-külön is komoly népegészségügyi problémát jelentenek, a két betegség együttes megjelenése az egyik legnagyobb kihívást jelenti a szakemberek számára, különös tekintettel arra, hogy jelentősen növelik a morbiditási és mortalitási rizikót.

- Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben – a kutatások azt is kimutatták, hogy szignifikáns kapcsolat van az öngyilkos magatartás és egyes központi idegrendszeri betegségek – pl. szklerózis multiplex, Huntington-kór, epilepszia, Parkinson-kór, migrén, agyi és gerincvelői léziók, stroke, ill. bizonyos tumoros kórképek, diabétesz és krónikus fájdalom jelenléte között. Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák.

- Komorbiditás és a heteroagresszió, az önelhanyagolás és az áldozattá válás rizikója – epidemiológiai vizsgálatok szerint pszichiátriai betegek-nél a pszichiátriai komorbiditás, elsősorban hangulatzavarhoz társuló alkohol-, vagy szerabúzus, ill. -betegség – főleg, ha kezeletlen – lényegesen növeli a heteroagresszív megnyilvánulások, ill. bűncselekmények rizikóját.
- Az öngyilkossági veszély, a heteroagresszió és az áldozattá válás rizikójának csökkentése komorbid állapotokban – az elmúlt évtizedekben egyre több adat szól amellett, hogy a kezeletlen hangulatzavarok az ismert pszichiátriai, pszichoszociális komplikációk mellett gyakran jár elhízással, szignifi kánsan növeli a 2-es típusú diabétesz kialakulásának esélyét, és több mint kétszeresére növeli a kardiovaszkuláris halálozást.

## 10.7. Lélektani krízis

A krízisállapot akkor alakulhat ki, amikor az érintett:

- kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni,
- ezek fenyegető közelsége számára mindennél fontosabbá válik,
- ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja,
- szokásos problémamegoldó eszközeivel, energiájával.

A krízisek fejlődési, *akcidentális*, *krízismátrix elmélet* szerint csoportosíthatóak.

A krízisek a *készenlét*, a *küzdelem*, a *kapkodás*, az *összeomlás* szakaszokra oszthatóak.

### Krízisállapotban lévő személy jellemzői

- figyelme elsősorban a problémára irányul, a nagy problémán belül legtöbbször annak valamely apró részletére
- furcsán kevert benyomást kelt, a probléma megoldásán való rágódás mellett elgyötört, szorongások kínozzák
- érzelmi reakcióit nehezen képes kontrollálni, impulzív
- mindennapi tevékenysége alacsony hatásfokú
- az emberekhez fűződő kapcsolata megváltozik, másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget
- a tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik, a válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe
- sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni

## 10.8. Krízisek és megoldási lehetőségeik a szociális munkás szemével

CSIZMADIÁNÉ SZABÓ MÁRIA

*A szociális munkás feladatai a pszichiátriai gondozóban, rövid, ill. elhúzódó krízisek esetében. Hogyan figyeljünk fel az elhúzódó krízisek jelenlétére - szociális felmérés jelentősége, rövid bemutatása. Lehetőségek és módszerek a pszichiátriai problémával élők felépülésének támogatásában. Készségfejlesztés a krízisek elkerülésére, ill. megoldására.*

### 10.8.1. A szociális munkás feladatai/lehetőségei a gyakorlati munkában

Gyakran előfordul, hogy a klienst a pszichiat- ter akut szociális problémákat érintő krízishelyzetben delegálja.

- fenyegető hajléktalanság,
- nagyfokú egzisztenciális veszteség,

- tartósan fennálló és/vagy az egyének számára vállalhatatlan családi konfliktusok,
- teljes társadalmi inaktivitás,
- szociális és társas kapcsolatok nagyfokú vagy teljes hiánya.

Ezekben az élethelyzetekben – különösen az első háromban gyors cselekvési terv kidolgozására, és aktív segítségnyújtásra van szükség. Idő hiányában magára a problémamegoldó készségfejlesztésre – szociális kompetenciák növelésére nincsen lehetőség.

Az elhúzódó, rapid megoldást **nem** igénylő krízisek pedig gyakran nem is kerülnek felszínre.

A megoldás a gondozott betegek szociális helyzetének előzetes feltérképezése egy ún. szociális adtalap felvétele lehet. Az elhúzódó krízis helyzetek időbeni felszínre kerülése lehetőséget teremt az egyéni cselekvési, ill. fejlesztési terv kidolgozására és alkalmazására – vagyis a szociális készségek és ezáltal a szociális kompetenciák fejlesztésére. A kialakított kompetenciákkal a kliens a jövőben már nem csak az akut problémát tudja elkerülni, megoldani, hanem megtanulja kezelni a problémát.

Célszerű **a szociális szűrőlapon a következő témakörökre rákérdezni**

- családi kapcsolatok és azok működése,
- társas- és baráti kapcsolatok,
- párkapcsolat,
- társadalmi aktivitás (iskola, munka),
- iskolai végzettség,
- szociális rendszerrel kapcsolatos ismeretek,
- pszichés problémával élők ellátási rendszerének ismerete,
- egyéni aktuális problémák,
- lakhatási helyzet,
- jövedelem, bevétel,

**Egy-egy kérdőív felvétele előtt fontos**

- a megfelelő körülmények megteremtése,
- a bizalmi légkör kialakítása,
- az empátikus hozzáállás,
- a tapasztalat a pszichiátriai problémával érintettek kapcsolatban.

#### 10.8.2. Szociális és interperszonális készségek fejlesztésének lehetőségei

a készségfejlesztésre feltétlenül teremtünk mindig időt, lehetőséget. A szociális munkás NE megoldja a helyzetet, hanem segítse hozzá a kliens a megoldáshoz szükséges készségek kialakulásához.

A kérdőív felvétele 60-90 percet vesz igénybe, természetesen egyéni szempontokat figyelembe véve.

A gyakorlati munka tapasztalata azt mutatja, hogy az akut krízishelyzeteket jellemzően az egzisztenciális és azokhoz kapcsolódó problémák okozzák, de ezek mögött mindig ott húzódik a szociális készségek és az ezekre épülő kompetenciák hiánya, különös tekintettel a

- kommunikációs készségek,
- a problémamegoldó készségek,
- asszertivitás,
- deficitjének következményeként a **felhatalmazottság hiányára**.

A biológiai szükségletek hiánya (a teljes anyagi összeomlásig) nem olyan nyomasztó, mint az érzelmi szükségletek hiánya. Sokkal nagyobb probléma az elmagányosodás- a betegek rossz szociális készségük miatt más emberek szemében „furcsának” tűnnek, mindez **stigmatizációt**, sőt, **önstigmatizációt** eredményez.

A betegek társas funkcióinak gyengeségéhez a rosszabb szociális készségek mellett a korlátozott, ingerszegény környezet is hozzájárul. A szkizofréniával élő egyén gyakran válik visszahúzódóvá, nem jár iskolába vagy dolgozni, és kapcsolatai megszakadhatnak. A számok is igazolják, hogy az általános népességgel összehasonlítva „a szkizofrén betegek kisebb valószínűséggel házasodnak meg, és gyakrabban válnak el, kevesebb gyermekük születik, és kisebb valószínűséggel találnak munkát.” Nagy gondot jelent az érintettek számára, nem ismerik a szociális rendszert, probléma esetén nem tudnak hova fordulni, ill. problémájukat nem tudják megfogalmazni, ezért megoldás helyett elutasításra találnak.

A megélt **deficitek sorrendje:**

1. barátok, társadalmi kapcsolatok hiánya,
2. a családi kapcsolatokban konfliktus,
3. ismeretek hiánya a szociális rendszerről,
4. társadalmi aktivitás hiánya,
5. rossz anyagi helyzet.

- A társadalmi életben való részvétel **interperszonális és szociális készségeket** igényel.
- A szociális készségek elsajátításának következménye az **önállóság érzésének kialakulása**.

**Milyen területeket fejlesszünk** elsősorban:



- Életviteli készségek,
- Szabadidő hasznos eltöltése,
- Társas kapcsolatok kialakítása,
- Munkához való hozzájutás.

Fontos, hogy sokkal átütőbb eredményt érünk el, ha mindezt a **család** – mint elsődleges támogató rendszer - bevonásával tesszük.

Amennyiben van lehetőségünk, delegáljuk a klienszt a közösségi pszichiátriai ellátásba, ahol a pszichoszociális rehabilitáció eszközeivel saját lakókörnyezetükben kaphatnak segítséget.

#### **A készségfejlesztés formái:**

- egyéni
- csoportos

A **készségfejlesztés** egy aktív és strukturált folyamat, mely jellemzően 5 lépésből áll.

1. Készség jelenlegi szintjének áttekintése.
2. Magyarázat a hatékony problémamegoldásra.
3. A készség lépéseinek felvázolása.
4. A készség elsajátításának oktatása.
5. Valós körülmények közötti gyakorlás.

Nagyon fontos, hogy egy-egy ülés végén a kliens mindig kapjon számára megoldható házi feladatot, mellyel még inkább megéli saját aktív részvételét és felelősségét.

A viselkedésváltozást apró lépésekben éjük el, azoknak a készségeknek a kiemelésével, amelyeknek a páciens már birtokában van.

Amennyiben van rá lehetőség, teremtsünk lehetőséget arra, hogy az egyénileg megtanultakat a kliens csoportban is gyakorolhassa. Ha módunk van rá, gondozói körülmények között biztosítsunk erre lehetőséget. Szerencsés azonban, ha tudjuk a klienszt pszichiátriai nappali klubba delegálni.

#### **A csoportos készségfejlesztés főbb előnyei:**

- lehetőséget kínál a kliensnek a viszonylag „steril” körülmények között megtanult készségek kipróbálására egy számára biztonságos légkörben, elfogadó csoportban
- a kliens is tud azonosulni hasonló problémával küzdő sorstársai gondjaival, nehézségeivel.
- visszajelzést kap számára hiteles emberektől
- egészséges versenyszellem kialakításával növelhető a házi feladatok elvégzésére irányuló akarat erő
- költséghatékonyabb

Mivel minden helyzetet előre nem tudunk lemodellezni, ezért a kliens minden közös erőfeszítésünk ellenére is kerülhet olyan helyzetbe, amely újabb és újabb stresszhelyzetet okozhat számukra. Annak érdekében, hogy a stresszhelyzet ne álljon fenn tartósan, ne okozzon ezzel állapotromlást, célszerű, ha megtanítjuk a stresszkezelő technikákat is.

#### **A stressz kezelés módszerei**

- kommunikációs készségek fejlesztése
- problémamegoldó készségek fejlesztése
- asszertív viselkedés elősegítése

#### **Kommunikációs készségfejlesztés**

a készségfejlesztés során az új kommunikációs készségek fejlesztése a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg.

Az alapvető kommunikációs készségek fejlesztése kell, hogy megvalósuljon a kommunikációs készségfejlesztő tréningben.

- Pozitív érzés kifejezés
- Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés
- Negatív, kellemetlen érzések kifejezése
- Aktív figyelem technikájának a fejlesztése

#### **Problémamegoldó készség fejlesztése**

A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez. Ha a pszichoszociális zavarral élők és hozzátartozóik nem tudnak egymásra figyelni, nem tudják egymást meghallgatni, pozitív kéréseket közölni, a kellemetlen érzéseket minősíteni, személyeskedés nélkül megosztani, a családtagok nem tudnak részt venni az eredményes problémamegoldás folyamatában. A személyes célok elérése érdekében, a képessé tevés filozófiáját szem előtt tartva kiemelten fontos foglalkoznunk a problémamegoldó készség fejlesztésével, azok tréning szintű gyakorlásaival.

#### **Asszertív viselkedés fejlesztése**

A szociális készségeket fejlesztő tréning egyik speciális célja az, hogy képessé tegye a mentális zavarral élő személyt arra, hogy ki tudja fejezni az érzéseit és szükségleteit olyan helyzetekben, amelyekben mások talán megfélemlítőnek, dominánsnak tűnnek. A személyes hatékonyság növelése fontos a pszichoszociális zavarral élők esetében, mivel érdek érvényesítésének készsége csorbulhat. Az asszertív viselkedés fejlesztése a kommunikációs tréninghez kapcsolódóan jelenik, jelenhet meg. A készségfejlesztő tevékenység helyzetgyakorlatok segítségével valósul meg.

A fent vázolt készségfejlesztő technikákkal nem rövid távú krízisintervenciót alkalmazhatunk, hanem megtaníthatjuk a kliensünket arra, hogy

helyzeteit ő oldja meg, meghatalmazottnak és kompetensnek érezze magát saját élethelyzeteiben.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mi a kockázatbecslés célja? Ismertesse a kockázatbecslés menetét!
- ▶ Milyen lehetőségek vannak a szuicid veszély elhárítására?
- ▶ Jellemezze az önelhanyagolást néhány mondatban!
- ▶ Milyen területekre érdemes a szociális szűrőlapon rákérdezni?
- ▶ Mi a kulcsa annak, hogy a kliens későbbiekben képes legyen a krízist elkerülni, megoldani?
- ▶ Mik a készségfejlesztés egyes lépései?

## Irodalom

- Blazsek P., Wernigg R. (2015): Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Bulyáki T (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák (ELTE TÁTK)
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. és Lichtenstein, P. (2009): Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 301 (19), 2016–2023.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M. és Langström, N. (2011): Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: a 35-year Swedish population study. PLoS Medicine. 8 (12), e1001150.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. és Langström, N. (2010): Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Archives of General Psychiatry. 67 (9), 931–938.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M. és Lichtenstein, P. (2015): DEPRESSION AND VIOLENCE: A SWEDISH POPULATION STUDY. LANCET PSYCHIATRY. 2, 224–232.
- Hodgins, S. (1992): Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Archives of General Psychiatry. 49, 476–483.
- Kárpáti T., Rihmer Z., Vandlik E., Blazsek P. (2019): Kockázatbecslés és –kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban. ÁEEK, Budapest. [HTTPS://MEK.OSZK.HU/20900/20976/PDF/](https://mek.oszk.hu/20900/20976/PDF/) (elérve:2020.08.31.)
- LIBERMAN RP: Felépülés a betegségből – A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve, Oriold és Társai Kiadó. 2010
- Lieberman JA, Perkins DO, Stroup TS: A szkizofrénia tankönyve. Oriold és Társai Kft. 2006.
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T., Perczel–Forintos D., Purebl Gy., Döme P. (2017): A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Psychiat Hung, 32, 4–44.
- Rihmer, Z., Pompili, M. (2017) Mood disorders: Suicidal behavior. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th edition, (Eds.: Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P.), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA. 1667–1675.
- Yu, R., Geddes, J. R. és Fazel, S. (2012) Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. Journal of Personality Disorders. 26 (5), 775–792

### III. ADDIKTOLÓGIA

#### 11. ADDIKTOLÓGIA I.

VANDLIK ERIKA

*Ez a fejezet addikció fogalmáról, jellemzőiről neurobiológiai háttéréről ad ismereteket. Az addikció jelenségét folyamatként leíró, komplex, a neurobiológiai változásokat is tekintetbe vevő ún. „ösztönző érzékenyítés” modelljét írja le, mely a folyamat értelmezéséhez, így a kezeléshez is hasznos információt adhat. Röviden áttekintésre kerülnek az addiktív szerfogyasztáshoz kapcsolódó jellegzetes farmakológiai jelenségek és az addikcióra hajlamosító tényezők. A segítés egyes lépései, ezen belül nagyobb hangsúllyal a terápiában hasznos eszközeiként alkalmazható motivációs interjú, és a relapszusprevenció zárja a fejezetet.*

##### 11.1. Az addikció – általános megfontolások, a segítés modellje

###### **Az addikció fogalma**

Az **addikció** krónikus, évekig, akár évtizedekig tartó állapot, melyet rendszeres droggereső és fogyasztó viselkedés, időszakos absztinenciák, visszaesések, túladagolások jellemeznek. Kezdetben a **pozitív megerősítő** ingerek motiválják a szerfogyasztást, mint a feldobottság, megnövekedett aktivitás, eufória. Ebben a szakaszban még többnyire a tudatosan vezérelt célirányos viselkedés jellemző, egyfajta **kontroll** még jelen van. A későbbi fázisban már drogok pozitív hatásai egyre csökkennek. Az érintettek dózisémeléssel, időszakos absztinencia periódusokkal próbálják előidézni, ill. fenntartani ezeket. Ebben a fázisban az egyén a szerfogyasztását, bár csökkenő mértékben, de még képes szabályozni. A későbbiek során a **negatív élmények**, a megvonási tünetek, a drogéhség, ill. az ezektől való félelem motiválják a szerfogyasztást a beszűkült és rögzült viselkedés válasz mellett. Az egyén életterét egyre inkább ezek uralják, míg a korábban kedvelt, vagy fontosnak tartott tevékenységek, életcélok kiszorulnak az egyén életéből.

###### **Összefoglalva**

*Az **addikció folyamatát** a drogfogyasztás (droggeresés, fogyasztás, droghatás) során jelentkező pozitív, majd egyre inkább a negatív megerősítő ingerek hatására, rendszeres, a tolerancia megjelenésével emelkedő dózisével emelkedő dózisével szerfogyasztás, túladagolások, időszakos absztinencia, drog iránti sóvárgás, csoportnyomás stb. hatásokra lapszusok, relapszusok, ismételt, nem ritkán egyre hosszabb és súlyosbodó szerfogyasztási időszakok jellemzik.*

A korábban fontos tevékenységek, egyre inkább háttérbe szorulnak. Automatizált, kényszeres

droggereső és fogyasztó viselkedés alakul ki, a személyes élettér és kapcsolati rendszer beszűkülésével, fokozódó szociális izolációval.

A jelenség *Robinson és Berridge „ösztönző érzékenyítés”* modellje segítségével fogható meg leginkább. A modell a drogaddikció kialakulásának viselkedés élettani modelljét írja le (3. ábra).

A drogfogyasztásból eredő pozitív élményt (**kedvelni**), és az ösztönző érzékenyítés folyamatát különíti el, mely utóbbi a drogfogyasztásra és a droggereső viselkedésre való beszűkült működést eredményezi (**erősen kívánni**), mely mintegy fokozatosan felváltja a kezdeti „élménykedvelő” viszonyulást. Az addikció egyes szakaszai között éles határ nincs. Az addikció kialakulását és súlyosságát egyéni **hajlamosító tényezők**, a szerhasználat gyakorisága, az alkalmazott adag, ill. adott szer farmakológiai, neurobiológiai hatásai egyaránt befolyásolják. Az **asszociatív tanulásnak** (kondicionálás) fontos szerepe van az addikció kialakulásában.

A kutatások szerint az addikció neurobiológiai háttérét az agy ún. jutalmazó rendszerében: a **mezolimbikus dopamin rendszerben**, és **e rendszert az amigdálával és a n. accumbens-szel összekötő pályákban** történő tartós biokémiai, fiziológiai és szerkezeti változások képezik. Ennek eredményeként az érintett régiók **fokozottan érzékenyvé válnak** a drog hatására és a drogvonatközös ingerekre. Ez a rendszer ekkor már nem magát az örömeleményt, hanem annak egyfajta összetevőjét, annak **ösztönző jellegét** (incentive salience) mediálja, vagyis az „erős kívánást”. A „kedvelni” és a „kívánni” jelenségek viselkedésszintű és neurobiológiai értelemben vett elkülönítésével magyarázható, hogy a **droggereső viselkedés** miért erősödik a tolerancia következtében csökkenő öröm élmény ellenére.

## Ösztönző érzékenyítés (incentív szenzitizáció) teória



(Robinson és mtsai 2016 nyomán)

A drog „kívánása” a modellben tudatos cél-orientált és a nem tudatos, habituális (automatizált) formára oszlik. Ez utóbbi esetén a drogfogyasztás és annak eredménye közötti kapcsolat nem feltétlenül tudatos, hisz a viselkedés ekkorra már automatizálttá válik. Ez a magyarázata annak, hogy az addikció fennállásakor a tartós absztinenciát követő visszaesés a drog tudatos kívánása nélkül is bekövetkezhet. A folyamat során a droggereső viselkedés tehát a csökkenő örömlélmény ellenére is eskalálódik.

A két formát (tudatosuló/nem tudatosuló) részben eltérő agyi rendszerek vezérik (*nem tudatosuló forma*: mezolimbikus dopamin rendszer és annak szubkortikális projekciói, amygdala, n. accumbens; *tudatosuló forma*: a kortikális területek, orbitofrontális/ventromediális prefrontális kéreg).

Az ábrán az **1-3-6-7 lépések** jelzik azt a direkt folyamatot, mely során az ismételt, és egyre növekvő drogfogyasztás vezet a drog iránti vágy (kívánás) ösztönző érzékenyítéshez és a kényszeres droghasználathoz.

A modell ábráján a viszonylag jól elkülönülő **indirekt folyamat hurkot képez**, melynél az ismételt szerfogyasztáshoz társuló öröm és eufória nem

fokozódik, esetenként meg sem jelenik. A fogyasztó ezért egyre **nagyobb adag** fogyasztásával reagál, mely ugyancsak a mezolimbikus dopaminrendszer érzékenységét növeli és végső soron szintén **kényszeres szerfogyasztáshoz** vezet (3-4-5 lépések).

Az addikció folyamatát gyakran megszakítják szermentes időszakok, megvonási tünetek, visszaesések. A visszaesések további fontos oki tényezője a kulcsingerre kialakuló drogéhség. A jelenséget az ábrán a **„relapszus ciklus”** mutatja, mely tulajdonképpen az addikciót, visszaesésekkel tarkított, krónikus zavarrá alakítja. Ezt a folyamatot a **4. ábra 7-8-9-10 lépései** mutatják.

**Az addiktív viselkedés**

Az addikciót jellemző **viselkedési jegyek**:

- **Droghatás** külső és belső ingerekkel **asszociálódik** → kondicionált megerősítők → droggeresés, sóvárgás.
- A drogra és a kondicionált megerősítőkre **fokozott viselkedésválasz**.
- A viselkedésválasz független a jutalom mértékétől.
- Az elvárt **eredmény hiánya** fokozza ugyanazt a viselkedésválaszt és a sóvárgást.

- A negatív hatások kiváltotta **viselkedésgátlás hiányzik**.
- **Egyéb ingerek** felhívó hatása háttérbe szorul.

Az addikciót a fenti viselkedési tünetek jellemzik. Ezek ismerete és azonosítása fontos a tünetek, az addikció folyamatának és a kockázatok

## 11.2. Az addikció neurobiológiája

### Addiktív szerek közös jellemzői

**Emelik az extracelluláris dopamin szintet a n. Accumbens területén**

**Következmény:** erősödik a jutalom vonatkozású viselkedés motiválása és e viselkedés tanulása.

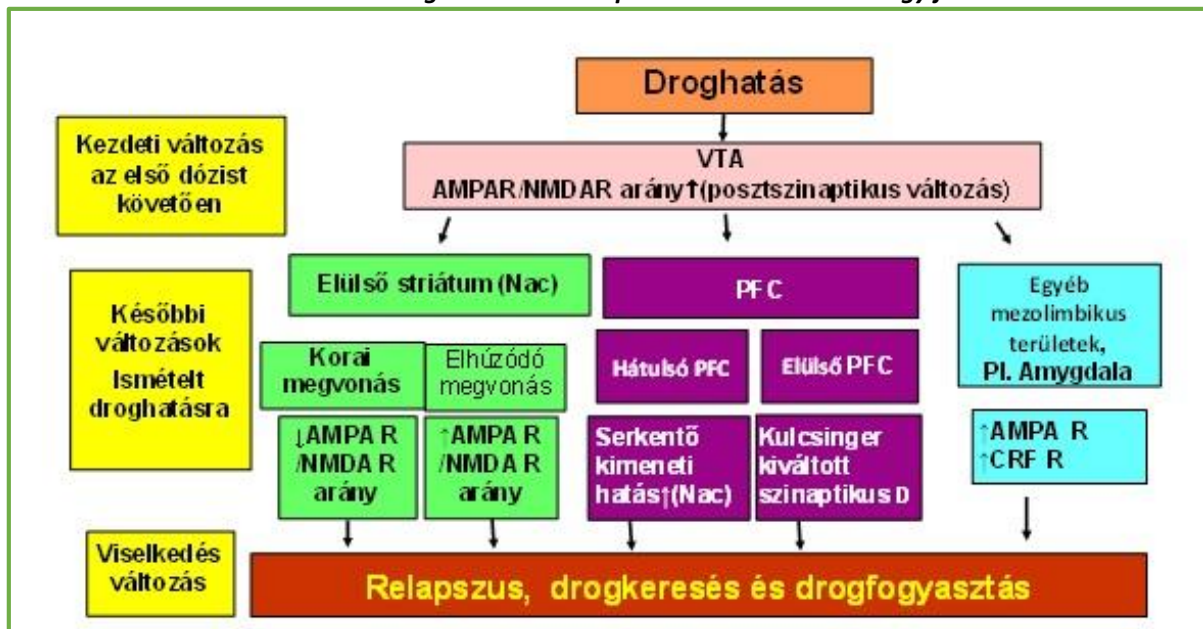
Bizonyított, hogy a legtöbb addiktív szer az agy **jutalmazó rendszerének aktiválásával** fejt ki

megértésében. Lényegi szerepet játszanak az addikció fenntartásában, a lapszusok és relapszusok megjelenésében, a viselkedési repertoár és az életérzés beszűkülésében.

kezdeti megerősítő hatását. Míg a **kezdeti droghasználat** többnyire tudatos döntésen alapul, a **folyamatos szerfogyasztás** már károsítja az agy, drogfogyasztást is szabályozó kontroll funkcióját és egyben érzékenyíti is a stressz- és negatív érzelmi hatásokra.

4. ábra

**Drog indukált neuroplaszticitás változás az agy jutalmazó rendszerében**



(Van Huijstee és Mansver nyomán 2014, Front. Cell. Neurosci 8, 466)

**PFC:** előagyi szürkeállomány, **Nac:** Accumbens mag, **VTA:** elülső tegmentum, **AMPA R:** AMPA receptor, glutaminsav receptor (2-amino-3-(5-metil-3-oxo-1,2-oxazol-4-il) propánsav), **NMDA R:** N-metil-D-aszpartátreceptor, glutaminsav receptor, **CRF R=** Kortikotropin felszabadító hormon receptor

A 4. ábrán szereplő (állatkísérleteken alapuló) modellben az ismételt drogfogyasztás hatására bekövetkező, a mezokortiko-limbikus rendszert érintő **neuroplaszticitást** mutatja, a szinaptikus- és viselkedésváltozásokkal együtt az addikció különböző szakaszaiban.

A **kezdeti droghatás** az **elülső tegmentum (VTA)** területén okoz szinaptikus változásokat. Itt a dopaminerg szinapszisokban, a jóval erősebb vezetőképeségű **GluA2 alegységet nélkülöző AMPA**

**receptorok** beilleszkedése zajlik az alacsonyabb vezetőképeségű GluA2 alegységet tartalmazó receptor helyett. Így az érintett szinaptikus kapcsolatok **erősödnek**, és ismételt drogfogyasztás hatására további változások zajlanak az érintett (mezokortiko-limbikus) pályarendszerben, így az accumbens magban, az előagyi kéregállományban és az amygdalában.

Ezek a változások mediálják az addikció számos viselkedési tünetét.

**Korai megvonás** során az accumbens magban az **AMPA/NMDAR receptorok** aránya csökken, következményesen az érintett neuronok kevésbé érzékenyek a természetes jutalmazó ingerekre. Emiatt jelentkezhethet az az érzés, hogy az örömhöz maga a drog szükséges.

Az AMPA (glutaminsav) receptor működés fokozatos **erősödése**, a „csendes” szinapszisok fokozatos **érése**, és az accumbens magban az **extracelluláris glutaminsav** alapszintjének csökkenése a kulcsinger indukálta drogéhség megjelenésében játszanak szerepet. A folyamat során az **accumbens mag** közepes tüskés idegsejtjeinek válasz-készsége nő a droghoz kacsolt ingerekre.

Az **előlagyi kéregállományban** (PFC) kialakuló szinaptikus adaptáció szerepe fontos a visszaesésben. A drogkereső viselkedés megjelenése a droghoz kapcsolt ingerekre történő **válaszgátlás csökkenésével** van összefüggésben. Ezt az elülső mediális PFC területén kulcsinger hatására kialakuló **gyors szinaptikus depresszió** (accumbens mag héjában lévő neuronok) idézi elő. A **hátsó előlagyi**

**kéregállományban** (PFC) végbemenő változások ugyanakkor erősítik ennek a területnek az **accumbens magra** (mag/”core”) állományában lévő neuronok) - gyakorolt **aktivációs** hatását, ez a **drogkereső viselkedést** motiválja.

Bár az ábrán nem szerepel, egyes drogok (pl. kokain) rendszeres fogyasztása a **hátsó striátumban** is okoz neuroplaszticitás változást. E területnek alapvető a szerepe a **habituációban** és a kulcsinger kiváltotta **automatikus drogfogyasztásban**.

Az addiktív drogok indukálta szinaptikus plaszticitás ismerete még nem teljes, de az megállapítható, hogy a **mezokortiko-limbikus glutaminsav rendszerben** kialakuló változás fontos szerepet játszik a drogaddikció kialakulásában.

A droghatás okozta neuroplaszticitás mögött hasonló molekuláris folyamatok zajlanak a szinapszisokban, mint a tanulás és memória folyamatok kapcsán (a hosszú távú potenciáció / depresszió: LTP, LDP). Így a szinapszisok erőssége az LTP hatására nő, LTD hatására csökken.

### 11.3. A szeraddikcióra hajlamosító tényezők

- genetikai hajlam,
- krónikus stressz,
- korai (gyermek/serdülőkori) droghasználat.
- komorbid pszichiátriai betegség,

**Az addikció és a fennálló mentális zavar közötti összefüggések** lehetnek:

- Az addikció és a komorbid pszichiátriai zavar ugyanannak a neurobiológiai eltérésnek a különböző tüneti megjelenései,
- Az ismétlődő droghasználat olyan neuroadaptív változásokat eredményez mely a komorbid pszichiátriai zavarok közös hátterét képezi.

#### **Komorbiditás**

A 2016-ban végzett Nemzeti komorbiditás vizsgálat (USA), szerint a korábbi mentális zavar a serdülőknél növelte az alkohol és illegális szer abúzus előfordulását (10,3%, 14,9%). A legmagasabb arányban a szorongásos zavarok, viselkedés zavarok szerepeltek.

Az ECA vizsgálatban a major Depresszió és az alkoholhasználati zavar együttes fennállása 44%- volt a vizsgált lakosság körében.

2005-ben végzett metaanalízis szerint a MDD betegeknél a szerfogyasztási zavarra vonatkozó prevalencia (a vizsgálat idején fennálló) középértéke 16%, és az élettartam prevalencia 30% volt.

2009-2013 között végzett Norvég vizsgálat alapján a mentális zavarban szenvedőknél a szerhasználati zavar prevalenciája a következők szerint alakult:

**Szkizofrén betegek** körében 25,1 % (alkohol: 4,6%, drog: 15,6%, mindkettő: 4,9%),

**Bipoláris zavar** esetén 20,1% (alkohol: 8,1%, drog 7,6%, mindkettő: 4,4%),

**Depresszióban** szenvedőknél 10,9% (alkohol 4,4%, drog 4,3%, mindkettő 2,2). Komorbid alkohol használati zavar a legmagasabb arányban (9,1%) a középkorú bipoláris férfiaknál volt megállapítható, míg a fiatal szkizofrén betegeknek a komorbid droghasználati zavar volt a leggyakoribb (29,5%). A vizsgált mentális zavarokban megközelítően 10-szerese a szerhasználati zavarok aránya az általános populáció becslései adataihoz képest. Szkizofrén betegek körében a droghasználati zavar prevalenciája háromszorosa volt az alkohol használati zavaroknak, míg a bipoláris és depresszív zavarban szenvedők körében megközelítően egyenlő volt az arány.

**A fentiekből következik, hogy az ellátás során gondolni kell a komorbiditás fennállásának lehetőségére. A komorbid esetek felismerésének hiánya jelentősen rontja a terápia sikerességét, rontja a terápiás adherenciát, növeli a kliens kezelésből való elmaradásának kockázatát.**

## 11.4. A segítség folyamata

Első lépésként az állapotfelmérés (ASI-teszt, diagnózis) javasolt, ennek ismerete alapvető a továbblépéshez az adekvát segítségi folyamatban. Ezt követően javasolt a motivációs interjút elvégezni. A kívánt változás, állapotjavulás fenntartása a relapszus prevenció segítségével biztosítható (egyéni kezelési terv!).

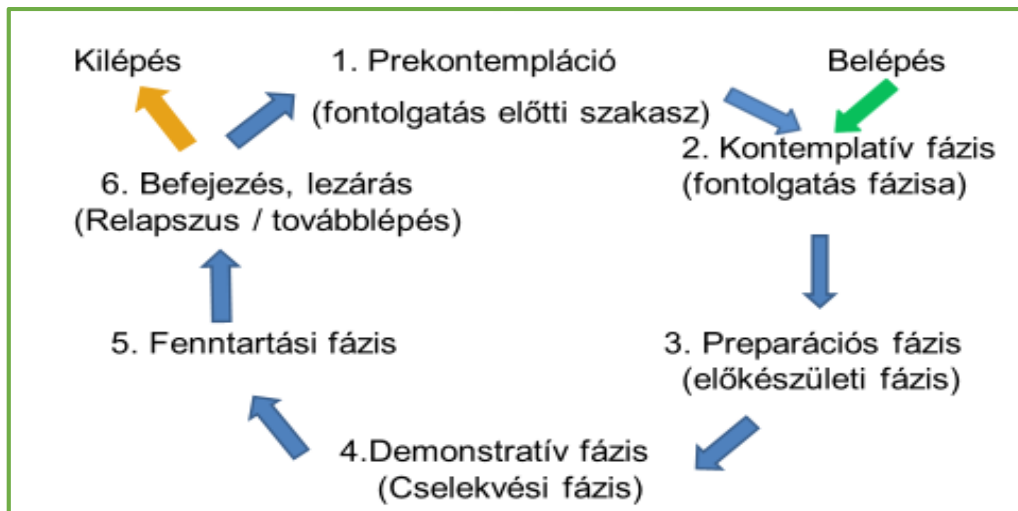
Az ASI teszt olyan félig strukturált interjú, mely 7 területet vizsgál (egészségi állapot, foglal-

koztatás és megélhetés, jogi státusz, családi és társas kapcsolatok, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, pszichiátriai státusz), és felnőttek számára készült. A becslés 0-9 skálán történik. A teszt megtekinthető <sup>11</sup> <sup>12</sup>a lánkjegyzet linkjein.

A motivációs interjú a változás folyamatát strukturáló, ún. felépülés modellhez kapcsolható (5. ábra).

5. ábra

### A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje



(Prochaska és DiClemente, 1983)

A modell megmutatja hol tart a beteg a változás folyamatában. A hangsúlyt a folyamatra és a befejezésre helyezi.

**Prekontempláció:** nincs tudatában a problémának, nincs szándékában a változás

**Kontemplatív fázis:** felismeri a problémát, de még nem tesz aktív lépéseket, pro–kontra érvek megjelennek

**Preparációs fázis:** megformálódott, megerősödött szándék viselkedéses jegyekkel

### 11.4.1. Motivációs Interjú

Nem a motivált klienseket kell keresni, hanem a klienseket kell motiválni. A motivációs interjú (MI) elsősorban a kontempláció fázisában ajánlott.

Az alábbi **alapelemeket** használja:

**Demonstratív fázis:** a viselkedés módosítása

**Fenntartási fázis:** a visszaesés megelőzése és a nyereségek megszilárdítása.

A különböző szakaszok különböző motivációs szinttel járnak, és más-más intervenciókat tesznek szükségessé.

A motivációs interjú a kontempláció szakaszában alkalmazható a leghatékonyabban.

- Az empátia kifejezése,
- Ellentmondások kiemelése, ambivalencia keltése (előnyök-hátrányok),
- Vitatkozás, direkt rábeszélés kerülése,
- Játék az ellenállással,

<sup>11</sup> [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23587\\_HU\\_EASI\\_HUN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_HU_EASI_HUN.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

<sup>12</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23587\\_HU\\_EASI](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_HU_EASI) (elérve: 2020.08.31.)

- A változtatás képességébe vetett hit támogatása.

#### Alkalmazott MI technikák

- Nyitott kérdések,
- Folyamatos összegzés, visszajelzés,
- Gyakori visszakérdezés – tisztázás, megerősítés kérése,
- Figyelem, érdeklődés,
- Optimista szemléletmód,
- Aggodalom kifejezése.

#### Relapszus prevenció

Célja, a **visszaesés megelőzése**, az elért viselkedésváltozás támogatása, a magas kockázatú helyzetek azonosítása. Az addikt betegeknél jellegzetes kognitív torzítások észlelhetők, melyek a relapszus előjelei lehetnek, ezek korrekciója fontos a terápia során.

#### További célok

- Pszichoedukáció, készségfejlesztés, tudatosság növelése

- Felkészítés a megcsúszásra

- A változás fenntartását támogató életvitel felépítése

#### Eszközök

**Naplóvezetés** (pl. ivási napló), és egyéb követésre alkalmas technikák, melyek növelik a tudatosságot és segítik a kockázati helyzetek azonosítását, értékelését, és a hatékony megküzdési technikák azonosítását és alkalmazását is támogatják.

A **megcsúszás**, egy-egy szerhasználat, bár a relapszus veszélyt növeli, de a kontroll egy szinten még jelen van, fontos az erre való **felkészítés** („a minden vagy semmi „**kognitív torzítás** elkerülése pl.: „visszaestem, minden elveszett, nincs értelme a terápiának”).

**Figyelmeztető jelek** lehetnek a jellegzetes kognitív torzítások: „minden, vagy semmi” típusú gondolkodás, túláltalánosítás, negatív mentális szűrő, „gondolatolvasás”, katasztrófává alakítás stb.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Melyek az addikció jellemzői?
- ▶ Milyen neurobiológiai változások kapnak szerepet az addikció kialakulásában?
- ▶ Mely mentális zavarok esetén leggyakoribbak a szerhasználati zavarok?
- ▶ Melyek a szer addikcióra hajlamosító tényezők?
- ▶ Melyek a segítség főbb szakaszai?

## Irodalom

- ASI (Addikció Súlyossági Index) teszt (Mc Lellan és mtsai 1980, 1992,) hazai adaptáció (Gerevich és mtsai 2001, Rácz és mtsai 2002). [HTTP://WWW.EMCDDA.EUROPA.EU/ATTACHEMENTS.CFM/ATT\\_23587\\_HU\\_EASI](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_HU_EASI) (ELÉRVE:2020.08.31.), [WWW.EMCDDA.EUROPA.EU/ATTACHEMENTS.CFM/ATT\\_23587\\_HU\\_EASI\\_HUN.PDF](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23587_HU_EASI_HUN.PDF) (ELÉRVE:2020.08.31.)
- Berridge KC, Robinson TE, Aldridge JW (2009) Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. *Curr Opin Pharmacol* 9:65–73. doi:10.1016/j.coph.2008.12.014.
- Miller, W. R., és Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Nasvág R és mtsai 2015; Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. August 2015, Volume 50, Issue 8, pp 1267–1276
- ROBINSON M.J.F., FISCHER A.M., AHUJA A., LESSER E.N., MANIATES H (2016) Roles of “Wanting” and “Liking” in Motivating Behavior: Gambling, Food, and Drug Addictions. *Curr Topics Behav Neurosci*. 27:105-36.
- Robinson TE, Berridge KC (1993) The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev* 18:247–291
- Szily E, Vandlik E (2009) Droghasználattal összefüggő pszichiátriai problémák és betegségek (kannabisz, hallucinogének, inhalációs szerek, opiátok, szedatívumok-hipnotikumok-anxiolitikumok, stimulánsok, nikotin) In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, (Szerk. Füredi J, Németh A, Tariska P.), 4. átdolgozott és bővített kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009, pp. 383-385.



## 12. ÚJ PSZICHOAKTÍV ANYAGOK ÉS OPIOIDOK

VANGLIK ERIKA

*Az új pszichoaktív anyagok elterjedése komoly kihívást jelentenek egészségügyi és társadalmi szempontból egyaránt. Az elmúlt időszakban többszáz új anyag került lefoglalásra. A legelterjedtebb anyagok és kábítószeres hatások és a használatukhoz köthető szövődmények és kockázatok a főbb hatástani csoportok alapján kerülnek ismertetésre.*

### 12.1. A drogfogyasztásra vonatkozó nemzetközi és hazai adatok, trendek

#### 12.1.1. A drogfogyasztásra vonatkozó nemzetközi és hazai adatok és trendek

A drogfogyasztásra vonatkozó kutatások az egységes módszertan hiánya miatt valójában csak korlátozottan vehetők össze, ugyanakkor vannak idősorosan ismétlődő felmérések, ahol jól összehasonlíthatók az egyes időszakok becslési adatai, ahol a tendenciák megbízhatóan észlelhetők. Ez a megállapítás érvényes a következőkben leírtakra is, ahol az USA-ban, Európában és hazánkban végzett vizsgálatok fontosabb adatairól olvashatnak, a hazai felmérések eredményeit a fiatal és felnőtt lakosságra vonatkozóan elkülönítve ismertetjük.

#### USA

A 2018. évre vonatkozó adatgyűjtés megállapításai a 12 év feletti lakosságra vonatkozóan:

- A 2018. évi becslések alapján elmúlt 30 nap során a 60,2%-a fogyasztott valamilyen szert (alkohol, cigaretta vagy illegális szer), ezen belül ~11,6% valamilyen illegális szert
- Az elmúlt év során a vizsgált lakosság majdnem egyötöde (19,4%) fogyasztott valamilyen illegális szert, 15,9% marihuánát. Mindkét érték emelkedett a korábbi időszakhoz képest, kivéve a 12-17 évesek előző évi kábítószer fogyasztását, mely nem változott.
- A vizsgált lakosság 3,6%-a élt vissza receptköteles fájdalomcsillapítókkal, mely a marihuana fogyasztás után a második leggyakoribb illegális szer. A 18-25 éves fiatal felnőttek körében a fájdalomcsillapítók visszaélészerű használata valamelyest csökkent az előző (2015-2017) időszakhoz képest. Hasonló csökkenés volt észlelhető a 12-17 évesek és 26 év felettek korcsoportjában.
- Becslések szerint az elmúlt évben 10,3 millióan használtak visszaélészerűen valamilyen opioidot a 12 év feletti lakosság körében (9 900 000 fájdalomcsillapító, 808,000 heroin, 506,000 fájdalomcsillapító és heroin együtt).
- A halállal végződő intoxikációk vonatkozásában súlyos probléma az engedély nélkül előállított és

forgalmazott szintetikus opioidok, többnyire fentanil és származékai, járványszerű elterjedése. 1999 és 2017 között jelentős emelkedés történt, az életkorhoz illesztett halálozási arányszám (100,000 lakosra standardizálva) 6,1-ről 21,7-re növekedett, majd 2018-ban valamelyest csökkent 20,1-re.

- A férfiak nagyobb arányban érintettek, mint a nők. A szintetikus opioidok (a methadon kivételével a fentanil, fentanil-analógok és a tramadol) túladagolásával összefüggő halálozás 10%-kal nőtt 2017-es adathoz képest (9,0-ről 9,9-re).

#### Európa

- Az élettartam-prevalencia tekintetében a kábítószerhasználat vezet, az EU átlag 27,4%, a legmagasabb Franciaországban, 44%
- A magas kockázatú opiáthasználók becslési aránya szerint a felnőtt populáció 0,4%-a. A heroin a leggyakrabban használt opioid, mely használata csökkenő tendenciát mutat, viszont a receptköteles opioid fájdalomcsillapítók fogyasztása jelentős emelkedést mutat
- A fentanil-származékok 250 halálesetet okoztak az EU korai jelzőrendszere adatai szerint
- A 16 éves korcsoportban a kábítószerhasználat élettartam prevalenciája 7–37%, mely legalacsonyabb, Svédországban, Írországban, Norvégiában, a legmagasabb Csehországban
- A kokain a leggyakrabban fogyasztott stimuláns Európában, a becslési élettartam-prevalencia a fiatal felnőttek között 0,7–10,7% (átlag 5,4%), a 16 éves tanulók körében pedig 1 és 5%. Az Egyesült Királyság, Hollandia és Franciaország esetében növekvő, Spanyolországban csökkenő trend volt kimutatható.
- Az amfetamin használat élettartam-prevalenciája 0,3–9,9% (átlag 3,7%), a 16 éves tanulók körében 1-6%.

**Magyarország**

A hazai adatok a fiatalokat vizsgáló két felmérésre támaszkodnak: a HBSC (Egészség és Egészségmagatartás Iskoláskorban) és az ESPAD (Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól), felnőtteknél pedig az OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról). Itt is igaz az hogy az eltérő módszertanok az adatok összehasonlítását korlátozzák.

**Fiatalok**

*Hazánkban legutóbb a 9 és 11 évfolyamosok körében 2014-ben (HBSC), a 16 éves korcsoportban 2015-ben zajlott kutatás (ESPAD).*

- A vizsgálatok szerint a drogfogyasztás prevalencia értékei az előző időszakhoz képest (2010) csökkentek, a HBSC adatai szerint a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében mintegy negyedével.
- A HBSC vizsgálat szerint a vizsgált korosztály több mint 23,1%-a fogyasztott már valamilyen szert életében (illegális szerek, visszaélés szerű gyógyszerhasználat, inhalánsok), mely a korábbi adatokhoz képest 7 százalékpontnyi csökkenést jelent. A 11. évfolyamos tanulók több mint negyede, a 9. osztályosok kevesebb, mint ötöde próbált már ki valamilyen szert, a kannabiszt kipróbálók aránya mintegy 5 százalékponttal csökkent az előző vizsgálat adataihoz képest (18,7%)

- A HBSC és ESPAD vizsgálatok adatai azt mutatják, hogy a kannabisz a legelterjedtebb tiltott drog a vizsgált korosztály tekintetében, ugyanakkor a használatának élettartamprevalenciája csökkent az előző vizsgálatok értékeihez képest
- Az ESPAD mutatói szerint európai összehasonlításban a kannabisz nélküli tiltott szerek, a recept nélküli nyugtatók, az inhalánsok és az új pszichoaktív szerek életprevalenciája azonos az európai átlaggal, vagy közel állnak ahhoz. A valaha kannabiszt használók aránya némileg alacsonyabb az európai átlagnál.

*Az un. dizájner drogok élettartamprevalenciája átlagosan 4% volt mindkét vizsgálatban. Azonban több kutató szerint ez alul becsült érték. Ennek oka az, hogy módszertani szempontból komoly nehézséget jelent az új pszichoaktív anyagok használatát jelző mutatók becslése. Számos, változó összetételű vegyület van forgalomban, melyek hatás-tani besorolása sem egységes, az azonos anyagok különböző elnevezéssel szerepelhetnek és viszont. A fogyasztó nem feltétlenül tudja mit is fogyasztott pontosan, nem beszélve a több összetevőt tartalmazó, kombinált készítményekről.*

**Felnőtt lakosság**

8. táblázat

**A tiltott drogok elterjedtségének mutatói a hazai lakosságban (2015)**

MUTATÓK	18-64 ÉVESEK (%)	18-34 ÉVESEK (%)
<b>Élettartamprevalencia</b>	9,9	17,7
<b>Éves prevalencia</b>	2,3	5,3
<b>Havi prevalencia</b>	1,2	2,8

OLAAP (országos lakossági adat felvétel az addiktológiai problémákról) 2015. évi adatai alapján

- A fenti, 8. táblázat alapján megállapítható, hogy a 18-34 éves fiatal felnőttek között mindhárom mutató, az éves-, havi-, és az élettartamprevalencia értékek lényegesen magasabbak a vizsgált teljes felnőtt korcsoporthoz képest (18-64 év).
- A hazai lakosság marihuána/hasis fogyasztás élettartamprevalenciája volt a legmagasabb (7,4 %) a második leggyakoribb az ecstasyfogyasztás (4%), melyet a szintetikus kannabinoidok (1,9%)

és az amfetamin 1,7% követtek. A további vizsgált drogtípusok prevalencia értékei vonatkozásában utalunk a vizsgálat eredményeit ismertető közleményre.

- A 18–64 éves drogfogyasztók kétharmada egy vagy kétféle drogot, egyharmada legalább háromfélé, esetenként öt vagy annál többfélé használ a kutatást megelőző évben.
- A 2007 és 2015 közötti változásokat vizsgálva az adatok arra utalnak, hogy a felnőtt népességben a lakosság drogfogyasztása terén stagnálás volt észlelhető. A kutatók a vizsgálat kapcsán észlelt

módszertani hibák miatt, a változások értelmezéséhez egy kohorszvizsgáláson alapuló korrek-

ciót végeztek és a korrigált értékek a tiltott drogfogyasztás elterjedtségének növekedésére utaltak.

## 12.2. Új pszichoaktív anyagok elterjedését segítő tényezők

Az új pszichoaktív anyagok (továbbiakban UPA) használata az utóbbi évtizedben világszerte járványszerű terjedést mutat, bővebb információ a *UNODC 2018. évi rövid tájékoztatójában* olvasható.

Ezek a klasszikus kábítószerhez képest olcsóbbak, könnyebben hozzáférhetőek, gyakori, hogy interneten szerzik be, forgalmazásuk célzottan megtévesztőek, gyakran füstölők, növényi tápszer, fürdőszok formájában jelennek meg. Hatásuk viszont kevésbé ismert, többnyire a kereskedő sem tudja biztosan milyen anyagot, anyagokat árul. A megnevezés nem mérvadó, gyakori, hogy a különböző szerek azonos nevet kapnak, vagy akár for-

dítva. Jellemzően több különböző szer kombinációja kapható, mely a toxikus hatások, szövődmények kockázatát növeli. Ez a kockázat nem ritkán súlyos, havonta jelentenek haláleseteket is nemzetközi szinten.

2018. második negyedévében Toxikológiai Szakértői Intézet által vizsgált vér- és vizeletminták elemzése során csak designer drogok az esetek 35-40 százalékában fordultak elő, amely kismértékű emelkedést mutatott a klasszikus kábítószerhez képest (3 hónap során). A szintetikus kannabinoidok közül 2018 második negyedévében is a már új pszichoaktív anyagnak minősülő 5F-MDMB-PINACA fordult elő legnagyobb és emelkedő arányban a lefoglalásokban.

### 12.2.1. Szintetikus kannabinoidok pszichés tünetek

A **kannabiszhoz hasonló**, de jóval **markánsabb** hatásuk van, és jellemzően nagyon kis adagban is hatékonyak, ezért az **intoxikáció kockázata** nagy. A kannabisz hatásával összevetve itt gyakoribbak és többnyire súlyosabbak a pszichotikus tünetek, és a szorongás is. **Agitált delíriumot** is észleltek használatuk kapcsán. Rendszeres használatuk súlyos addikciót eredményezhet. Biofű', 'herbál' stb. néven szerepelnek, gyakran hatóanyaggal impregnált szárított növényi törmelék formájában forgalmazzák. Az alacsony színvonalú előállítási technológia miatt **bizonytalan** az egyes kizsérélések **hatóanyag tartalma** a hatásos dózis több százszorosát is tartalmazhatják súlyos, esetenként halálos intoxikációt okozva 2017. októberig a leggyakoribb lefoglalásokban: CUMYL-PeGaCLONE,

AMB-FUBINACA, 5-F-MDMB-PINACA nevű vegyületek voltak. A **kannabisz-szerű hatások** közül emelkedett hangulat, elengedettség, nyugalom érzése, megváltozott érzékelés, torzult valóságérzékelés, zavart, kusza gondolkodás, öngyilkossági gondolatok gyakoriak.

Az intoxikáció során **szomatikus tünetek** is megjelennek: tahikardia (súlyos fokú is lehet), koronária spazmus, keringés elégtelenség (infarktus veszély!), akaratlan mozgások, Rabdomiolízis, vérnyomás emelkedés, hipertermia, mellkasi fájdalom, hányás (súlyos lehet!), epilepsziás nagyrohamok (halmozott is lehet), eszméletlenség, komatózus állapot.

### 12.2.2. Szintetikus kannabinoidok kiváltott hosszútávú szövődmények

**Hosszú távon** a kannabiszhoz hasonlóan a kognitív funkciók romlása és a mentális zavarok kialakulásának emelt kockázata (szorongásos zavarok, affektív zavar, szkizofrénia) figyelhető meg.

**Kardiovaszkuláris szövődmények** közül trombózis, vazospazmus, miokardiális infarktus előfordulása várható nagyobb arányban.

### 12.2.3. Megvonási tünetek

Jóval **erőteljesebbek**, mint a kannabisz megvonás esetén: fejfájás, gyorsult szív működés, nagyfokú feszültség, hangulati hullámzás, izgatottság,

ingerültség, erős sóvárgás, vegetatív tünetek, rémálmodások jelentkezhetnek.

### 12.3. Stimulánsok

Ide sorolható szerek: pl.: Kokain, Amfetamin, 2-PEA<sup>13</sup>, 2-FMA<sup>14</sup>, Dimetilamfetamin,

Jellemzően az agyban gyors dopaminszint, kisebb mértékben noradrenalin szintemelkedést okoz. Kismértékben emeli a szerotonin szintet is. Következésképpen a szimpatikus aktivitás nő, így vazokonstriktió, vérnyomás emelkedés, gyorsult szív működés alakul ki. Jellemző a testhőmérséklet

emelkedése, amely extrém mértéket (40C° feletti) is elérhet. Az euforizáló hatás mellett gyakori az inszomnia, anorexia, feszültség, szorongás. A gátlások csökkenése, nem ritkán támadó, agresszív viselkedés észlelhető. Megvonási tünetek közül kiemelendő a kifejezett sóvárgás, depresszió, erős feszültség, szorongás, a koncentráció és a memória zavara, kimerültség, anhedónia, tremor, alvászavar, paranoia.

### 12.4. Katinonok

A katinonok a természetben, a Catha edulis (Khat) növény levelében fellelhető béta-ke-ton amfetamin analógjai. Fehér, vagy barnás, kristályszerű porok, tabletták, „zene”, „kristály” stb. néven szerepelnek, de számos más vegyület is takarhat ugyanaz az elnevezés. Fürdősként, növényi tápként, ill. ékszersztítóként forgalmazzák „emberi fogyasztásra nem alkalmas” feliratokkal, népszerű a fogyasztók között. Az ide sorolható anyagok az elmúlt években nagy változékonyságot mutatnak, a legismertebbek: 4-Cl-alfa-PVP (alfa-pirro-lidinovalerofenon), N-etil-Pentilon, 4-metil-pent-edron, etil-hexedron, mefedron. A katinonokat szájon át, szippantás, elszívás, injekció útján használják. Hatásuk az egyes vegyületektől függően **amfetaminhoz, kokainhoz, vagy MDMA-hoz hasonló**. Nem ritka a **sürgősségi ellátást igénylő**

súlyos, esetenként halállal végződő **intoxikáció**, ugyancsak gyakori a kockázatos szerhasználat, a **gyakori injekció**. A stimulánsokhoz hasonló megvonási tünetek észlelhetők. Jellemző, hogy a szerhasználók a kezelésbe különösen nehezen vonhatók be. Többségük kifejezetten magas addiktív potenciállal bír.

#### További jellemző kockázatok:

- nagyfokú verejtékezés miatti kiszáradás,
- erős tremor és fokozott izommozgás miatti izomszövet szétesés, CPK emelkedés, myoglobinúria,
- fokozott izommozgás, remegés izomszövet szétesés, myoglobinúria, (<sup>15</sup>CPK↑) veseelégtelenség,
- izgatottsági delírium, különösen más stimulánsokkal kombinált használat esetén.

### 12.5. Hallucinogének

Ismert képviselői: LSD, Ayahuasca és egyes Acacia fajok (DMT - dimetil-triptamin), meszkalin (peyote kaktuszok), psilocibin (pl. Psilocibe Mexicana és más Psilocibe fajok - badar gombák). Ugyancsak a hallucinogének közé sorolhatók a Ketamin, dexometorfan, Fenciklidin (PCP), Salvinorin A (Salvia divinorum – Látnokzsálya)

A látnokzsálya hatóanyaga a salvinorin-A. Egyes vegyületek elsősorban a szerotonin rendszerre hatnak: pl. LSD, meszkalin, DMT (hangulat,

érzékelés, alvás, étvágy, testhő, szexuális viselkedés, izomkontroll szabályzás) Mások a glutaminsav rendszerre hatnak: pl.: Ketamin, PCP, Metoxetamin. Hatásuk többnyire 20-90 percen belül kezdődik, 6-12 órán át tart, érzécsalódások, színesztéziák, deperszonalizáció, derealizáció, felfokozott érzelmek és érzékelés, megváltozott időérzékelés jelentkezhetnek. Növelik a szimpatikus aktivitást, hányinger, hányás, mozgáskoordinációs zavarok fordulhatnak elő. Szövődményként **inszomnia, pánikrohamok, paranoia, pszichózis** alakulhatnak ki.

#### 12.5.1. Hosszútávú szövődmények

**PCP (Fenciklidin)** 1 éven túl is fennálló tünetek lehetnek:

- Beszédzavar, memóriazavar, fogyás, szorongás, depresszió és öngyilkossági gondolatok,

<sup>13</sup> 2-PEA: 2-phenylethan-1-amine (szubsztituált fenetilamin)

<sup>14</sup> 2-FMA: 2-Fluoromethamfetamin

<sup>15</sup> CPK: kreatin-foszfokináz

- Pszichózis, hallucinációk, súlyos gondolkodási zavarok, paranoia, váratlan hangulatváltozások.
- Flashbacks

#### **Ketamin**

- vese problémák, hólyagfekély,

- memóriazavar.

#### **Mindkettő**

- Halmozott epilepsziás rohamok,
- Addiktív hatás,
- Alkohollal/nyugtatóval együtt súlyos intoxikáció!

## 12.6. Ópiátok (opioid receptor- $\mu$ , $-\delta$ – $\kappa$ receptor aktivitás serkentők)

Ópiát típusú fájdalomcsillapítók túlzott használata (pl. Tramadol, külföldön: Oxikontin és Vicodin) ill. a következményes szövődmények (pl. addikció, súlyos intoxikációk) – USA-ban és Kanadában **súlyos népegészségügyi probléma**. Európában „Kodein járvány” 2015-ben.

A tablettákat szájon át fogyasztják, összetörve szippantják, vagy injektálják. A **halállal végződő túladagolás** komoly rizikó.

### 12.6.1. Leggyakrabban előforduló szerek, gyógyszerek

- Heroin,
- UPA: MT-45, fentanil származékok (Acetilfentanil, Carfentanil, metoxi-acetilfentanil stb.)
- Fájdalomcsillapítók: Tramadol, Kodein, Morfin, Fentanil

Erősen addiktívak, viszonylag rövid idő alatt alakulhat ki addikció, súlyos dependencia.

#### **Általános hatások**

fájdalomérzés csökken, nyugtató-altató hatás, vérnyomás csökkenés, bőrvizketés, szűk pupilla, csökkent bélmozgás, székrekedés, szájszáraz-

Fontos azt is tudni, hogy ezeknek a vegyületeknek **egy része bőrön át is felszívódik** és ily módon is kialakulhat intoxikáció.

Európában a kodein tartalmú szerek fogyasztása nőtt meg, ezek számos országban recept nélkül voltak kaphatók. Hazánkban 2015 óta ezek a készítmények receptkötelesek.

ság, hőhullám, elnehezült végtagok, nehézkes, lassult gondolkodás, ködös állapot, eufória.

#### **Intoxikáció**

légzésszűkület → hipoxia → kóma → idegrendszeri károsodás, halál.

Az új psychoaktív anyagok közé sorolható **fentanil származékok** hazánkban is lefoglalásra kerültek: metoxiacetilfentanil, ofentanil, furanylfentanil. Ezek a fentanil származékok nagyon **kis adagban már toxikus** hatásúak, könnyen túladagolhatóak, fogyasztásuk kapcsán számos haláleset történt Európa szerte.

### 12.6.2. Opiátmérgezés

Az opiátmérgezést a következő tüneti triász jellemzi: tűhegy pupillák, eszméletlenség, légzésszűkület

#### **Kezelése**

- Stabil oldalfekvés, légutak biztosítása, szükség szerint újraélesztés
- **MENTŐT hívni azonnal!** míg megérkezik, tüneteknek megfelelő segítségnyújtás

- **ANTIDOTUM:** Naloxon izomba, bőr alá, vagy intravénásan (tünetek visszafordíthatók, amennyiben időben adják)

Antidotum, kompetitív  $\mu$  opioid-receptor antagonistá nalogon javasolt parenterális, intranazális, vagy pulmonaris formában (0,4 mg Nexodal, ha nincs javulás (légzésszám), 2-3 percenként ismétlendő iv., vagy im).

### 12.6.3. Opiát megvonás kezelése, opiát detoxifikáció

- $\mu$  opioid receptor részleges agonisták (Buprenorhin /Subutex, Suboxon, legalább 4 órával az utolsó opiát használatot követően)
- $\mu$  opioid receptor teljes agonista (Metadon)
- FDA befogadta az  $\alpha$ -2 adrenerg agonista lofexidint opiátmegvonás kezelésére, itthon ez off-label

**Megvonási tünetek, emlékeztetőül:** nyugtalanság, feszültség, szorongás, izom és csont fájdalmak, alvászavar, hányás, hasmenés, orrfolyás, hidegrázás, lúdbőr, erős sóvárgás

A buprenorhin részleges  $\mu$  opioid receptor-agonista, ezért megvonási szindrómát válthat ki az opiát függő betegeknél, ha aktív opiát hatás alatt állnak (kiszorítja a heroint a receptor kötésből, ezért szükséges várni az indítással minimum a fent

jelzett ideig, vagy a megvonási tünetek megjelenéséig. Az  $\alpha$ -2 adrenerg agonista szerek közül koráb-

ban a clonidinnal voltak tapasztalatok (off-label alkalmazás), de mellékhatások miatt nem igazán terjedt el.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Mi jellemző az új pszichoaktív anyagokra?
- ▶ Melyek a szintetikus kannabinoidok szövődményei?
- ▶ Melyek a stimulánsmegvonás jellemző tünetei?
- ▶ Melyek a katinon származékok jellemző hatásai?
- ▶ Az új pszichoaktív anyagok közül milyen fentanil származékokat ismer, és melyek ezek fogyasztási kockázatai?

## Irodalom

- Addiktológiai Szakmai Kollégium és az Országos Addiktológiai Centrum: EÜM szakmai protokoll; ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> (elérve: 2020.08.31.)
- Analysis of drugmarkets: Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs [https://www.unodc.org/wdr2018/pre-launch/WDR18\\_Booklet\\_3\\_DRUG\\_MARKETS.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/pre-launch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf) (elérve: 2020.08.31.)
- Cohen K, Weinstein M. A. (2018) Synthetic and Non-synthetic Cannabinoid Drugs and Their Adverse Effects-A Review From Public Health Prospective. *Frontiers in Public Health* 6:162 doi: 10.3389/fpubh.2018.00162
- Elekes Zs (2016) ESPAD jelentés 2015. Rövid összefoglaló a főbb eredményekről. Országos Egészségtudományi Szakkönyvtár. <https://medinfo.aeek.hu/index.php/2016/10/05/espada-jelentes-2015-rovid-osszefoglalo-a-fobb-eredmenyekrol/> (elérve: 2020.08.31.)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Drug Report 2019: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001ENN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf) (elérve: 2020.08.31.)
- Hedegaard, H, Miniño, AM, Warner, M: Drug Overdose Deaths in the United States, 1999–2017. NCHS Data Brief, no 329. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2018. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db356-h.pdf> (Elérve: 2020.08.31.)
- Miliano C, De Luca MA, Serpelloni G, Rimondo C, Mereu M, Marti M (2016) Neuropharmacology of New Psychoactive Substances (NPS): Focus on the Rewarding and Reinforcing Properties of Cannabimimetics and Amphetamine-Like Stimulants. *Frontiers in Neuroscience*. 10; A:153
- NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet és Toxikológiai Szakértői Intézet Monitoring hírlevele 2018. IV. Hírlevél <https://nszkk.gov.hu/content/droghelyzet/hirlevelek/mh2018iv.pdf> (elérve: 2020.08.31.)
- Országos Addiktológiai Intézet: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Kannabisz használatával kapcsolatos zavarokról. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> (elérve: 2020.08.31.)
- Országos Addiktológiai Intézet: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Amfetamin-használatával összefüggő kórképek kezeléséről. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> (elérve: 2020.08.31.)
- Paksi B, Demetrovics Zs, Magi A, Felvinczy K (2018) A magyarországi felnőtt népesség drog használata – az országos lakossági adat felvétel az addiktológiai problémákról. 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2018, 73. 4/2. 541–565. DOI: 10.1556/0016.2018.73.4.2
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health (HHS

Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/> (elérve: 2020.08.31.)

UNODC: (United Nations Office on Drug and Crime) World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Executive summary conclusion and policy implications [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

UNODC: (United Nations Office on Drug and Crime) World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Executive summary conclusion and policy implications [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf) (elérve: 2020.08.31.) Analysis of drug markets: Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_3\\_DRUG\\_MARKETS.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

## 13. VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK

VANDIK ERIKA

*A következő részben néhány jelentősebb, az utóbbi évek során növekvő terjedésük miatt is előtérbe került viselkedésaddikció kerül tárgyalásra. Betekintést nyújt az addikciók közös kulcstüneteibe, az addiktív spektrum koncepciója és a legújabb diagnosztikai rendszerekben való kategorizálás mellett, néhány kevésbé tárgyalt viselkedésaddikció tüneteibe is. A fejezetben tárgyalt viselkedés addikciókkal kapcsolatos, legújabb információk, a megadott szempontok szerint (epidemiológia, genetika, neurobiológia, komorbiditás, terápia stb.), összehasonlító táblázatban kerültek összefoglalásra.*

**Az addiktív viselkedések** kapcsán a drogaddikcióhoz hasonló jelenségek figyelhetők meg, mely az addikciókra általánosságban jellemzők:

- visszatérő ismételt vágy, késztetés egy összetett viselkedési sztereotípiá véghezvitelére,
- a viselkedés kivitelezéséig emelkedik a szervezet feszültsége,
- a viselkedés véghezvitelét követően átmeneti gyors feszültségcsökkenés következik be,

- a vágy és a késztetés fokozatosan, percek órák, napok alatt visszatér,
- az addiktív viselkedést kiváltó késztetés külső és belső ingerekre – másodlagosan-kondicionálódik (ld. [Az addikció – általános megfontolások, a se-gítés modellje](#) c. fejezet)
- a visszaesés megelőzését célzó stratégiákban a késztetés csökkenthető impluzus- és ingerkontroll technikákkal.

### 13.1. Az addiktív spektrum

Az addiktív spektrumcsoportba olyan mentális zavarok sorolhatók, ahol az addikció kulcstünete többé-kevésbé jelen vannak. A viselkedési addikciók fogalma tág értelmezésben a kényszerbetegségtől a trichotillománián, onychophagián, bulímián, kényszeres vásárlási zavaron, kleptománián, szerencsejáték zavaron, kényszeres szexuális viselkedésen stb. át, a piromániáig terjedő kórképek spektrumát foglalja magában. A spektrum egyik végén a kényszeresség, kockázatkerülés (pl. kényszerbetegség) a másik végén pedig az impulzivitás (kényszeres szexuális zavar), a fokozott kockázatvállalás a jellemző.

#### **Addikció spektrum jellemzői**

- Károsodott kontroll az adott viselkedés felett,
- a viselkedés elsődlegessége más érdeklődési területek és tevékenységekhez képest,
- a viselkedés folytatása vagy eskalációja annak negatív következménye ellenére.

A fenti kulcsjellemzők, megtalálhatók mind a kémiai, mind pedig a viselkedési addikciónál egyaránt.

### 13.2. A viselkedészavar klasszifikációja az új diagnosztikai rendszerekben

#### 13.2.1. DSM-5

Kutatások igazolták, hogy a szerencsejáték zavar hátterében az agyi mezolimbikus dopaminerg rendszer aktivációja áll. Ez állandó és kényszeres viselkedéshez vezet, hasonlóan egyes pszichoaktív anyagok által kiváltott drogaddikcióhoz. Ezek és más tudományos eredmények arra ösztönözték az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) szakértőit 2013-ban, hogy újra osztályozza a szerencsejáték zavart és az impulzuskontroll zavarok csoportjából a szerrel összefüggő és addiktív zavarokhoz, mint újonnan kialakított helyezze. A „Szerrel összefüggő és addiktív zavarok” kategóri-

áját hozta létre, melybe a szerencsejáték-használati zavar sorolta. A korábbiakban az Impulzuskontroll-zavarok-hoz tartozott. Ezzel mintegy elismeri, hogy a szerencsejáték-használati zavar a szerhasználati addikciókhoz hasonló jellemzőket mutat. A tüneti kritériumokra vonatkozó részletes áttekintést a DSM-5 és a Pszichiátria Tankönyve vonatkozó fejezetei adnak.

A „kóros szerencsejáték” megnevezés módosítását szerencsejáték-használat zavarra a szakértők azzal indokolták, hogy az utóbbi megnevezés kevésbé stigmatizáló, és jobban kifejezi a jelenség spektrum jellegét (rekreációs célú használatról a



problémás, addiktív viselkedésig). A tüneti kritériumok közül kivételre került az illegális aktivitásra vonatkozó tétel, mert érdemben nem befolyásolja a zavar prevalencia értékét, és a diagnózis differenciál diagnosztikájában sincs hozzáadott értéke. További specifikációk kerültek bevezetésre, mint

### 13.2.2. BNO-11

A BNO-11 revíziójában a 'Szerhasználat és viselkedési addikciók' új csoportként került bevezetésre, melyben a szerhasználati zavarok és a viselkedészavarok egy fogalmi keretben szerepelnek. Ebből a szempontból igazodik a DSM-5-ben végrehajtott hasonló változásokhoz, de ugyanakkor kibővíti azokat.

Definíció szerint a viselkedési addikciók jól azonosítható és klinikailag jelentős tünetekkel járó szindrómák, melyek az ismétlődő jutalmazó viselkedés okozta szenvedéssel, vagy az egyén működésének zavarával járnak együtt, kivéve a függőséget okozó anyagok fogyasztását. Ide tartozik a szerencsejáték zavar és a játékzavar, ezek online és offline módjai egyaránt.

Az addikció központi szerepét emeli ki, melyet olyan transzdiagnosztikus tünetcsoportnak tekint, mely káros viselkedések széles csoportját érinti.

#### Kulcstünetek

- a viselkedés szabályozására irányuló kontrol zavara (csökkenése/elvesztése/),
- a viselkedés elsődlegessége más érdeklődési területekhez és tevékenységekhez képest,
- a viselkedés a negatív következmények ellenére is folytatódik, vagy eszkalálódik.

Elsőként írja le, hogy az e kategóriába tartozó viselkedési zavarok addiktív viselkedés következtében jönnek létre. Klinikai szempontból jelentős tünetek azonosíthatók, melyek disztresszhez és/vagy

az epizodikus / folyamatos jelleg, vagy a zavar stádiumára vonatkozóan: korai remisszióban / tartós remisszióban. A súlyosság mértékét a fennálló tüneti kritériumok számától függ: enyhe (4-5 kritérium), közepes (6-7 kritérium) és súlyos (8-9 kritérium).

funkciózavarhoz vezetnek. Ez utóbbiak az ismétlődő jutalmazó viselkedés eredményeként jönnek létre, és nem a függőséget okozó szerek használatával kapcsolatosak. Ide sorolja a szerencsejáték zavart (korábban a viselkedés és impulzuskontroll zavarokhoz tartozott), és új diagnózisként, a játékzavart, mindkettőnek az online és offline történő módozatát különíti el.

Az elmúlt években felmerült a kérdés, hogy az internethasználattal járó, azaz online zajló viselkedési addikciók külön entitást képeznek-e a nem online zajló addikcióktól. A válasz jelenleg még nem egyértelmű. Egyes kutatók szerint az internet csupán az a csatorna, melyen keresztül az érintett az addiktív viselkedését kifejti. Például vannak, akik nem függenek az internettől, de a pornográfia nézegetéstől igen, vagy erősen elköteleződnek a szociális média használatával, vásárlással, szerencsejátékkal vagy videójátékkal. Ugyanakkor Montag és munkatársai egy eltérő kultúrájú országokat vizsgáló nemzetközi kutatásban (Németország, Tajvan, Svédország, Kína) a generalizált és a specifikus internetaddikció kapcsolatát vizsgálták. Megállapították, hogy az internetaddikció, az internetes játékkal, az internetes vásárlással, szociális média használatával és az internetes pornográfia használatával kapcsolatos addikciók bár egymást részben fedő, de különálló viselkedési formák. Így megalapozottnak tartják a játék használati zavart az internet-addikciótól különálló nozológiai entitásként kezelni.

## 13.3. A viselkedési addikciók köréhez tartozó zavarok

A **játék használati zavar** diagnózisként először kerül önálló kategóriaként elfogadásra (**BNO-11**): állandó vagy visszatérő addiktív, online vagy offline történő játék, mely súlyossága folytán jelentős kárt okoz az egyén működésében a személyes, családi, szociális, iskolai, foglalkozási vagy más fontos területeken. Az interneten történő játék diagnosztikai specifikációként szerepel, mely szerint a szerencsejátékzavarhoz hasonlóan, diagnosztizálható offline vagy online típusként.

A reziduális kategória – „egyéb meghatározott, és egyéb nem meghatározott addiktív viselkedés” – is azon kategóriák számára szolgál, melynek tünetei nem felelnek meg a fentiekben meghatározott zavarok kritériumainak, ugyanakkor egy sor egyébként mellőzött addiktív viselkedés okán jelentős szenvedést vagy károsodást okoznak, de még nincs elegendő bizonyíték, hogy önálló diagnózisként szerepelhessenek, pl. vásárlás, szociális média használat stb.

A szerencsejáték zavar és a játékszavar kategóriáin belül, népegészségügyi szempontok miatt, a BNO-11 létrehozta a kockázatos szerencsejáték, és kockázatos játék kategóriákat is azokra az esetekre, ha tünetek nem érik el a zavar diagnosztikus kritériumait.

A tudományos szakirodalomban egyre több adat merül fel a szerencsejátékszavar, a játékszavar és a szer-addikciók közti fenomenológiai és pszicho-biológiai átfedésekre, a magas arányú komorbiditásra. Szintén találtak átfedést az egyes impulzuskontroll zavarok kapcsán, pl. kleptománia, kompulzív szexuális viselkedésszavar, obszesszív-kompulzív és kapcsolódó zavarok, mint a trichotilománia, dermatillománia. Ezek ismeretében a diagnosztikai rendszer jövőbeli revíziójának lehetőségét vetették fel.

A szerencsejáték-használati zavar kritériumai jelentős átfedést mutatnak a szerfüggőségek kritériumaival. Hazai kutatók tanulmányukban az alkoholhasználati zavar és a szerencsejátékhasználati zavar tüneteinek összehasonítása során az addikció kulcstüneteit mindkét zavar esetében azonosították.

**Az internetes játék zavar** (internet gaming disorder) helyett kapott a **DSM-5 mellékletében**, de megfelelő evidencia hiányában önállóan nem diagnosztizálható, a „további kutatást igénylő mérőeszközök és modellek” fejezetébe került. A meghatározás szerint tartósan fennálló és időszakosan visszatérő játéktevékenység, amely a vizsgálatot megelőző 12 hónap során klinikailag is jelentős egészségkárosodást vagy szenvedést okoz, és az alábbi kilenc kritériumból legalább öt jelen van. A tünetek megfelelnek az addikció kulcstüneteinek (ld. fenn), a szerencsejáték zavar tüneteire hasonlóan.

#### Tünetek

- Az internetes játéktevékenységgel való **túlzott foglalatzkodás**, túlzott belemélyedés ebbe (az előző játék foglalkoztatja vagy már a következőre gondol). A tevékenység az egyén **uralkodó tevékenységévé** válik, gondolatait és a cselekedeteit is ez irányítja. Ha lehetősége van játszani, amikor pedig nem játszhat, a játék körül járnak a gondolatai.
- **Megvonási tünetek jelenléte**, ha az érintett nem játszhat: feszültség, ingerlékenység, szorongás, szomorúság, de a farmakológiai megvonáskor fellépő fizikai tünetek nem jellemzőek.

- **Tolerancia**: az egyénnek egyre több internetes játékkal töltött időre van szüksége a várt élmény előidézéséhez.
- **Kontrollvesztés**: sikertelen kísérletek az internetes játékokban való részvétel kontrollálására, azt, hogy mennyit és mikor játszik.
- Motiváció, érdeklődés beszűkülése: a korábbi hobbikkal, tevékenységekkel, kötelezettségekkel kapcsolatban elveszíti az érdeklődését, motivációját, kizárólag csak a játék érdekli.
- Annak ellenére is folytatja a játékot, hogy tudtában van azokkal a pszichoszociális problémákkal, veszteségekkel, amelyeket a játék számára okoz.
- **Nem mond igazat** a családtagjainak, vagy más hozzátartozóinak, a terapeutájának arról, hogy mennyit játszik.
- Arra használja a játékot, hogy **csökkentse a negatív érzéseit**, javítsa hangulatát (bűntudatát, szorongását, tehetetlenségérzését) – a játékvilágba menekül.
- A túlzott mértékű játék miatt veszélyezteteti, vagy elveszti fontos kapcsolatait, munkáját, tanulmányi vagy munkahelyi karrierlehetőségeit.

Egyes kutatások a problémás játékhasználat és a menekülés, versengés motivációi között találtak összefüggést. Eszerint azok, akik számára a játék egyfajta **alternatív megküzdési stratégiát** jelentenek, veszélyeztetettek a problémás játékhasználatra. A versengő játékosok pedig a való életben nyújtott teljesítenyük elégtelenségét kompenzálhatják a játékkal.

#### Kényszeres vásárlás

A kényszeres vásárlás fő jellemzője a visszatérő, erős, ellenállhatatlan késztetés a vásárlásra. A vásárolt termékek általában nem túl drágák és többnyire haszontalanok, az érintettnek nincs is rájuk szüksége, a termék megszerzése, **maga a vásárlás a fontos**. A fiatalabb korosztály nagyobb mértékben érintett. Jellemzően a késői tizenéves korban kezdődik, amikor az érintett anyagi szempontból már függetlenné vált. A diagnózishoz szükséges még, hogy mindez jelentős szenvedést okozzon és az egyén életét, a szociális, gazdasági és munkavégzés területeit jelentősen befolyásolja. Az alábbi tünetek jellemzik:

- ellenállhatatlan késztetés a vásárlásra,
- vásárláskor visszatérő kontrollvesztés a költséget illetően,
- negatív érzelmi állapot, sóvárgás alakul ki, ha nem vásárolhat,

- esetenként eufóriához hasonló érzés jelentkezik a vásárlás során,
- a pozitív megerősítők a kényszeres vásárlás kezdeti időszakában fontosak, míg a negatív megerősítők a viselkedés hosszú távú fennmaradásában játszanak szerepet.

Az **online webáruházak** vásárlói négyeszeres időt töltenek az interneten a nem kényszeres vásárlókhoz képest, amennyiben ez a vásárlási lehetőség elérhető számukra.

### **Kényszeres szexuális viselkedés**

Fő jellemzők az ismétlődő és intenzív foglalkozás és elmélyedés a szexuális fantáziákkal, erős vágy, késztetés a viselkedés megvalósítására, jelentős szenvedést és/vagy pszichoszociális károsodást okoz az érintett egyén számára

Két alcsoportja a **parafiliás** (társadalmilag nem elfogadott szexuális viselkedés pl. fétisizmus, exhibicionizmus, pedofília) és **nem parafiliás** kényszeres szexuális viselkedés, mely utóbbi a DSM-5-

ből kivételre került. A DSM-5 ben a kényszeres szexuális viselkedészavar fogalmi keretei továbbra is kétségesek.

A viselkedésaddikciók és a kémiai addikciók egyik fő tünete az **önkontrol zavara**, mely szorosan kapcsolódik a csökkent tudatossághoz és a hiányzó betegségbelátáshoz, különösen a saját állapot súlyosságát illetően. Ezek a tényezők, mint a hiányos betegségbelátás és tudatosság jelentősen gátolják a kezelésben való együttműködést és a felépülést is.

Az alábbi összehasonlító 9. táblázat a megadott szempontok alapján a legújabb adatok, információk kerültek összefoglalásra a szerencsejáték zavar, internetes játékszavar, a kényszeres vásárlási zavar, és a kényszeres szexuális viselkedés vonatkozásában. Az a kutatások az egyes viselkedésaddikciókkal eltérő mértékben foglalkoznak, így a kényszeres vásárlási zavar, de különösen a kényszeres szexuális viselkedés kapcsán kevesebb információ áll rendelkezésre.

13.3.1. A szerencsejáték zavar, internetes játékszavar, a kényszeres vásárlási zavar és a kényszeres szexuális viselkedés összehasonlítása

9. táblázat

**Összehasonlító táblázat az egyes viselkedésaddikciók vonatkozásában**

	SZERENCSEJÁTÉK ZAVAR	INTERNETES JÁTÉKZAVAR	KÉNYSZERES VÁSÁRLÁSI ZAVAR	KÉNYSZERES SZEXUÁLIS VISELKEDÉS
diagnosztikus kritériumok	A kritériumok Jelentős átfedést mutatnak a szerhasználati zavarokkal			
becsült prevalencia	Mo: felnőtt lakosság: 1,4%, életartam prevalencia: 3,3%	lakossági mintákon:1.2%- 5.5%, serdülőknél globális becslés: 4,6%,	felnőtt lakosság: 4,9% egyetemi hallgatók: 8,3%	felnőtt lakosság: 3–6%
nemek közti megoszlás	több férfit érint		több nőt érint	több férfit érint
genetika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• heritabilitás 50-60%</li> <li>• családi halmozódás, elsőfokú rokonok között 20%-al nagyobb az esély</li> <li>• a DRD2 génhez jelentős kapcsoltság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• heritabilitás: 48–66%</li> <li>• a nikotinos acetilkolin receptor alfa 4 alegységének (CHRNA4), T allél előfordulása ritkább</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bizonytalan a genetikai hatás és annak mértéke,</li> <li>• családi halmozódás az elsőfokú rokonok között (33 fős minta), 9,8%-os előfordulás</li> </ul>	
neurobiológia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• csökkent érzékenység a veszteségek irányában</li> <li>• fokozott válaszkészség a kulcsingerekre,</li> <li>• több impulzív viselkedés válasz,</li> <li>• megváltozott jutalom-alapú tanulás</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• a válaszgátlás károsodása</li> <li>• csökkent kockázatkiigazítás a döntéshozásban,</li> <li>• térbeli munkamemória károsodása</li> <li>• a ventrális striátum (n. accumbens) fokozott és az insula csökkent aktivitása kulcsingerre /megvásárolható, árazott termék vizualizációja/- a viselkedés feletti csökkent kontrollt jelezheti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erotikus vizuális ingerekre                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ erősebb szexuális vágy és az amygdala, elülső cingulum fokozott aktivációja</li> <li>○ a ventrális striátum fokozott aktivációja</li> </ul> </li> <li>• Stroop teszt során rosszabb teljesítmény és csökkent DLPFC és alsó parietális ctx aktiváció (fMRI)</li> </ul>
	<i>fMRI - szerencsejáték vonatkozású kulcsingerekre</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ a bal insula és az elülső cinguláris ctx fokozott reaktivitása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• csökkent válaszgátlás és érzelmi szabályozás</li> <li>• károsodott prefrontális ctx funkció, és csökkent kognitív kontroll,</li> </ul>		

	SZERENCSEJÁTÉK ZAVAR	INTERNETES JÁTÉKZAVAR	KÉNYSZERES VÁSÁRLÁSI ZAVAR	KÉNYSZERES SZEXUÁLIS VISELKEDÉS
neuro-biológia (folyt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ a sóvárgás korrelált a bilaterális insula és a ventrális striatum aktivitásával,</li> <li>○ csökkent aktivitás a ventrális striatum és a mediális PFC között</li> <li>● fokozott jutalomválasz az agyi jutalmazó rendszerben</li> <li>● az 5-HT-1B receptor elérhetőség (szabad receptorok) és a tünetek súlyossága között pozitív irányú kapcsolat</li> <li>● a GABA felszabadulás diszfunkcionális dopaminerg szabályozása a neokortikális területeken</li> <li>● fokozott dopamin anyagcsere a kontroll csoporthoz képest (magasabb dopaminszint az agy-gerincvelői folyadékban), az emelkedett dopamin aktivitás fokozott impulzivitással korrelált,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● gyengébb munkamemória és döntéshozási képesség,</li> <li>● auditoros és vizuális információfeldolgozás zavara (csökkent amplitúdójú P300, eseményfüggő potenciál)</li> <li>● az agyi jutalmazórendszer működési zavara,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● az elülső cingulum fokozottabb aktivitása (komorbid Depresszió?)</li> </ul>	
főbb komorbid pszichiatriai zavarok	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Szerhasználati zavarok</li> <li>● Affektív zavar (12-72%), Depresszió (13-62%) BP (24%),</li> <li>● Szorongásos zavarok (60,3%)</li> <li>● Személyiség zavarok (25-61%) OR: 8,3</li> <li>● ADHD (20-40%)</li> <li>● Impulzus kontroll zavarok (18-43%) kényszeres vásárlás OR: 12</li> <li>● Szuicidium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Szerhasználati zavarok</li> <li>● Depresszió</li> <li>● Szorongásos zavarok</li> <li>● ADHD</li> <li>● OCD</li> <li>● Internet addikció, szerencsejáték zavar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Szorongásos zavarok</li> <li>● Szerhasználati zavarok</li> <li>● Étkezési zavarok</li> <li>● Impulzus kontroll zavarok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Depresszió</li> <li>● Szorongásos zavarok</li> <li>● Szerhasználati zavarok</li> <li>● Kényszeres vásárlás</li> <li>● Szerencsejáték zavar</li> </ul>

	SZERENCSEJÁTÉK ZAVAR	INTERNETES JÁTÉKZAVAR	KÉNYSZERES VÁSÁRLÁSI ZAVAR	KÉNYSZERES SZEXUÁLIS VISELKEDÉS
Családban gyakori pszichiátriai zavarok	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szerhasználati zavarok</li> <li>• Depresszió</li> <li>• Szorongásos zavarok</li> <li>• Szerencsejáték zavar</li> <li>• Kényszeres vásárlás</li> </ul>	Nem ismert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresszió</li> <li>• Szerhasználati zavarok</li> <li>• Szerencsejáték zavar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szerhasználati zavarok</li> <li>• Kényszeres szexuális viselkedés</li> <li>• Szerencsejáték zavar</li> <li>• Étkezési zavar</li> </ul>
módosult impulzivitás	I G E N			
Terápia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmakoterápia</li> <li>• Kognitív-viselkedésterápia (CBT)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mindfulness, játék-specifikus CBT, sóvárgásra fókuszált CBT, standard CBT</li> </ul> </li> <li>• Kombinált farmako- és viselkedésterápia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmakoterápia</li> <li>• Kognitív-viselkedésterápia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mindfulness, játék-specifikus CBT, sóvárgás-fókuszált CBT, és standard CBT,</li> </ul> </li> <li>• Kombinált farmako- és viselkedésterápia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmakoterápia (TCA/SSRI/bupropion)</li> <li>• Csoport pszichoterápiák, (CBT, MI)</li> <li>• Önsegítés</li> <li>• Mindfulness alapú stresszoldó terápia</li> <li>• Kombinált farmako- és pszichoterápiák</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmakoterápia (TCA/SSRI/ bupropion); naltrexon</li> <li>• Kognitív viselkedésterápiák (Elfogadás és elköteleződés terápia),</li> <li>• Integratív pszichoterápia</li> <li>• Motivációs Interjú</li> <li>• Kombinált farmako- és pszichoterápiák</li> </ul>

- Fauth-Bühler, 2019; Kun és mtsai, 2012; Kircaburun és mtsai, 2020; Lobo és Kennedy, 2009; Slutske és mtsai, 2013; Hodgins és mtsai, 2011; Li és mtsai, 2014; Vink és mtsai, 2015; Jeong és mtsai, 2017; Black és mtsai, 1998; Saunders és mtsai, 2017; Limbrick-Oldfield és mtsai, 2017; Kuss és mtsai, 2018; Potenza, 2013; Møller és mtsai, 2019; Bergh és mtsai, 1997; Clark és mtsai, 2012; Derbishire és mtsai, 2014; Raab és mtsai, 2010; Voon és mtsai, 2014; Gola és Draps, 2018; Seok és Sohn 2018; González-Bueso és mtsai, 2018; Burleigh és mtsai, 2019; Stevens és mtsai 2019; Zajac és mtsai, 2020; Hague és mtsai, 2016; Goslar és mtsai, 2020; Krauss és mtsai, 2015; nyomán

## 13.4. Gondozói vonatkozások

A szerencsejátékzavar kivételével viszonylag kevés információ áll rendelkezésre a fentiekben tárgyalt viselkedésaddikciók hatékony kezelése, különösen a járóbetegellátásban történő terápiák kapcsán. Leginkább a rövidtávú terápiás eredményekről van adat, mely többnyire tünetek enyhülését, a pszichoszociális működés javulását jelentik, de hosszútávú nyomkövetés kevéssé áll rendelkezésre.

Tekintve, hogy krónikus addiktív zavarokról van szó, a relapszus kockázata, hasonlóan a kémiai addikciókhoz, itt is magas, ezért az érintettek hosszútávú követése, gondozása javasolt, mely során különösen fontos az ellát személyzet iránti, őszinte, bizalmi kapcsolat kialakítása, a megfelelő terápiás motiváció fenntartása, elkerülendő a kezelésből való elmaradást, az állapot súlyosbodását, további károsodások kialakulását.

A komorbiditás magas kockázata miatt (ld. 13.1. táblázat), a társuló mentális zavar időben történő felismerése, diagnosztizálása és kezelése kiemelten fontos, függetlenül attól, hogy elsődleges vagy másodlagos zavarként kerül megítélésre. A kezelés során külön figyelemmel kell lenni az **ön-gyilkosság magas kockázatára**. Svéd kutatás szerint a befejezett öngyilkosság szerencsejáték zavar fennállása esetén, 10-szeres az átlagpopulációhoz képest. Bischof és munkatársai vizsgálatában há-

rom tényezőt azonosított melyek növelték az **ön-gyilkosság kockázatát** szerencsejáték zavarban szenvedőknél. Ezek a következők:

1. *a női nem*
2. *a nagy összegű veszteség/tartozás és*
3. *az affektív zavar jelenléte.*

Az előzőektől függetlenül azt találták, hogy a szerencsejáték típusa szintén jelentős tényezőnek tekinthető. Vizsgálatukban a **nyerőgépekkel történő szerencsejáték** átlagosan majdnem 4-szeresére (3,94) növelte az öngyilkosság kockázatát.

A fenti 9. táblázatban leírt terápiás eszközök nagy része a pszichiátriai gondozók számára is rendelkezésre állnak, függően a helyi adottságoktól, a szak személyzet képzettségétől, különösen a pszichoterápiák alkalmazásához a gondozók megfelelő feltételei (személyi /tárgyi feltételek, megfelelő kapacitás) szükségesek.

A kémiai addikciókhoz hasonlóan nem ritka, hogy a terápia során szükségessé válik az érintett személy kontrollált környezetben történő terápiája (Minnesota modell), majd hosszabb távú rehabilitációs ellátása, ugyanakkor a járóbeteg ellátásban a követő gondozásnak a tünetmentes állapot megőrzésében, a relapszusok kivédésében, azok kockázatának időben történő észlelésében kiemelt szerepe lehet.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Milyen viselkedési addikciókat ismer?
- ▶ Mik a viselkedési addikciók főbb ismérvei, melyek az eltérő és a közös vonások a kémiai addikciókkal?
- ▶ Milyen terápiás eljárások alkalmazhatók a viselkedésaddikciók esetén?
- ▶ Melyek az egyes viselkedési addikciókhoz leggyakrabban társuló mentális zavarok?

## Irodalom

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC and London: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Andó B; Kovács I Janka Z; Demetrovics Zs. (2016): Szerencsejáték-használati zavar és alkoholhasználat-zavar - hasonlóságok és különbségek. *Psychiatria Hungarica*, (31) 2. pp. 169-175. ISSN 0237-7896
- Andreassen C S és mtsai (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 2012, 110, 2, 501-517.
- Arne Møller A, Thomsen KA, Brooks DJ, Mouridsen K, Blicher JU, Hansen HV, Lou HC. (2019) Attenuation of dopamine-induced GABA release in problem gamblers. *Brain and Behavior*. 2019;9: e01239.

- Bergh C, Eklund T, Sodersten P, Nordin C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol.Med.* 27:473–75.
- Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J (1998). Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry.* 1998;155:960–3.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., Lucht, M., Grabe, H.-J., & Rumpf, H.-J. (2016). Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 263–269.
- Burleigh, TL, Griffiths, MD, Sumich, A, Stavropoulos, V, Kuss, DJ (2019): A systematic review of the co-occurrence of Gaming Disorder and other potentially addictive behaviors. *Curr Add Rep* 2019,
- Clark L, Stokes PR, Wu K, Michalczuk R, Benecke A, és mtsai (2012). Striatal dopamine D2/D3 receptor binding in pathological gambling is correlated with mood-related impulsivity. *NeuroImage* 63:40–46
- Davis CN, Slutske WS, Martin NG, Agrawal A, Lynskey MT (2018). Genetic and environmental influences on gambling disorder liability: a replication and combined analysis of two twin studies. *Psychological Medicine* 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002325> (elérve: 2020.08.31.)
- Derbyshire KL, Chamberlain SR, Odlaug BL, Schreiber LR, Grant JE (2014). Neurocognitive functioning in compulsive buying disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2014;26(1):57-63.
- Duroy D, Gorse P, Lejoyeux M (2014). Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive Behaviors* 39 (2014) 1827–1830.
- Fauth-Bühler M (2019): Similarities and Differences between Gambling Disorder and other Addiction-like Behaviors In: *Gambling Disorder* eds. Heinz A, Romanczuk-Seifert N, Potenza M.N, Springer. 2019,235-246.
- Fauth-Bühler M, Manna K, Potenza MN. (2017). Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder *Addict Biol.* 22(4): 885–897.
- Gainsbury SM (2015). Online Gambling Addiction: the Relationship Between Internet Gambling and Disordered Gambling. *Curr Addict Rep* (2015) 2:185–193
- Gerevich J (2000). Az addiktológia spektruma, in: Németh A., Gerevich J., *Pszichiátria az ezredfordulón: Addikciók.* Medicina Könyvkiadó. Budapest. 12-13.
- Gola M és Draps M (2018): Ventral Striatal Reactivity in Compulsive Sexual Behaviors. *Front. Psychiatry.* 9:546. doi: 10.3389/fpsy.2018.00546
- González-Bueso V, Santamaría, J, Fernández, D, Merino, L, Montero, E, Ribas, J(2018): Association between Internet Gaming Disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: A comprehensive review. *Int J Environ Res* 2018, 15:668.
- Goslar M, Leibetseder M, Muench HM, Hofmann SG, Laireiter A-R. (2020): Treatments for internet addiction, sex addiction and compulsive buying: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions.* 9; 1, 14-43.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., és Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.
- Hague B, Hall J, Kellett S. (2016): Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *Journal of Behavioral Addictions* 5(3): 379–394.
- Hodgins, D.C., Stea, J.N., Grant, J.E.(2011): Gambling disorders. *Lancet* 378 (9806), 1874–1884.
- Jeong J-E, Rhee J-K, Kim T-M, Kwak SM, Bang S-h, Cho H és mtsai (2017) The association between the nicotinic acetylcholine receptor  $\alpha 4$  subunit gene (CHRNA4) rs1044396 and Internet gaming disorder in Korean male adults. *PLoS ONE* 12(12): e0188358. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188358> (elérve: 2020.08.31.)



- Karlsson A, Hakansson, A (2018) Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study *J Behav Addict.*7(4):1091-1099.
- Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study
- Király O, Urbán R, Griffiths M D, Ágoston Cs, Nagygyörgy KGy, Demetrovics Zs. (2015): The mediating effect of gaming motivation between psychiatric symptoms and problematic online gaming: an online survey”, *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 17. (2015) Issue 4., e88. <http://doi.org/0.2196/jmir.3515> (elérve: 2020.08.31.)
- Kircaburun K, Pontes HM, Stavropoulos V, Griffiths MD(2020): A brief psychological overview of disordered gaming, *Curr Opin Psychol.* 36;38-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.03.004> (elérve: 2020.08.31.)
- Kraus SW, Meshberg-Cohen S, Martino S, Quinones LJ, Potenza MN. (2015): Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: a case report. *Am J Psychiatry.*172(12):1260-1261.
- Kun, B., Balázs, H., Arnold, P., Paksi, B. és Demetrovics, Z. (2012). Gambling in western and eastern Europe: The example of Hungary. *J Gambl Stud.* 28, 27–46.
- Kuss DJ, Pontes HM és Griffiths MD (2018): Neurobiological Correlates in Internet Gaming Disorder: A Systematic Literature Review. *Front. Psychiatry* 9:166. doi: 10.3389/fpsy.2018.00166 (elérve: 2020.08.31.)
- Lejoyeux M, Embouazza H, Huet F, Mathieu K. (2007): Prevalence of compulsive buying among consumers of a Parisian general store. *Comprehensive Psychiatry* 48(1):42-46.
- Li M, Chen J, Li N, és Li X. (2014). A twin study of problematic internet use: Its heritability and genetic association with effortful control. *Twin Research and Human Genetics*, 17(4), 279–287. doi:10.1017/thg.2014.32
- Limbrick-Oldfield EH, Clark L, és mtsai (2017) Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder *Transl Psychiatry* (2017) 7, e992; doi:10.1038/tp.2016.256
- Lobo, D.S., Kennedy, J.L., (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction* 104 (9), 1454–1465.
- Maraz A, Griffiths MD, Demetrovics Zs.(2016) The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction.* 111, 408–419.
- Montag C, Bey K, Sha P, Li M és mtsai (2015): Is It Meaningful to Distinguish Between Generalized and Specific Internet Addiction? Evidence From a Cross-Cultural Study From Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia Pac Psychiatry.* 2015 Mar;7(1):20-6. doi: 10.1111/appy.12122.
- Moore TJ, Glenmullen J, Mattison DR. (2014). Reports of pathological gambling, hypersexuality, and compulsive shopping associated with dopamine receptor agonist drugs.
- Németh A. (2000): A viselkedési addikciók jellegzetességei. in: Németh A., Gerevich J., *Pszichiátria az ezredfordulón: Addikciók.* Medicina Könyvkiadó. Budapest. 12-13.
- Otero-López, J. M. és Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, socio demographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry*, 14(101).
- Petry NM és mtsai (2014): An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction.* 109; 9: 1399-1406
- Potenza MN, Balodis IM, Franco CA, Bullock S, Xu J, és mtsai (2013). Neurobiological considerations in understanding behavioral treatments for pathological gambling. *Psychol. Addict. Behav.* 27:380–92 *JAMA Intern.Med.* 174:1930–33

- Potenza M N,(2013): Neurobiology of Gambling Behaviors. *Curr Opin Neurobiol.* 2013; 23(4): 660–667. doi:10.1016/j.conb.2013.03.004 (elérve: 2020.08.31.)
- Saad G. (2013): Evolutionary consumption. *J Consult Psychol*;23: 351–71.
- Saunders JB, Hao W, Long J, King DL. (2017): Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J. Behav Add.* 6(3):271-279.
- Seok J-W, Sohn J-H (2018): Altered Prefrontal and Inferior Parietal Activity During a Stroop Task in Individuals With Problematic Hypersexual Behavior. *Front. Psychiatry* 9:460. doi: 10.3389/fpsy.2018.00460
- Slutske, W.S., Ellingson, J.M., Richmond-Rakerd, L.S., Zhu, G., Martin, N.G., (2013). Shared genetic vulnerability for disordered gambling and alcohol use disorder in men and women: evidence from a national community-based Australian Twin Study. *Twin Res. Hum. Genet.* 16 (2), 525–534.
- Song I, Larose R, Eastin MS, Lin CA. (2004): Internet Gratifications and Internet Addiction: On the Uses and Abuses of New Media. *Cyberpsychology & behavior* 7; 4, 384-394
- Stein DJ és mtsai (2020): Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, 18:21 2-24.
- Stevens MWR, King DL, Dorstyn D, Delfabbro PH. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.*26(2):191-203.
- Vink, J. M., van Beijsterveldt, T. C., Huppertz, C., Bartels, M és Boomsma, D. I. (2015). Heritability of compulsive Internet use in adolescents. *Addiction Biology*, 21(2), 460–468. doi:10. 1111/adb.12218
- Voon V, Mole TB, Banca P, Porter L, Morris L, és mtsai (2014). Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *PLoS ONE* 9(7): e102419. doi:10.1371/journal.pone.0102419 (elérve: 2020.08.31.)
- Wéry A, Billieux J. (2017): Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addictive Behaviors.* 64; 238–246
- Wise RA, Robble MA (2020): Dopamine and Addiction. *Annu. Rev. Psychol.* 2020.71:79-106.
- World Health Organization. ICD 11 beta draft. Geneva: World Health Organization; 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#>. (elérve: 2020.08.31.)
- Zajac K, Ginley MK, Chang R. (2020). Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Review of Neurotherapeutics.* 20(1):85-93

## IV. KITEKINTÉSEK

## 14. KITEKINTÉS A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS MÚLTJÁRA

HARANGOZÓ JUDIT

*Ebben a fejezetben a pszichiátriai gondozáshoz kapcsolódó múltbeli pszichiátriai gyakorlatokkal és társadalmi attitűdökkel ismerkedhet meg az olvasó, bemutatjuk az egyes történelmi korok jellemzőit, kiemelve a pszichiátriai gondozás jó gyakorlatainak fejlődési útját és kapcsolódásait.*

## 14.1. Nézőpontok és álláspontok a történelemben

- A különböző korokban a vallási, rendészeti és orvosi megközelítések és ezek kombinációi egyaránt helyet kaptak a mentális problémák „kezelése” során (10. táblázat).
- A történelem során a gyógyítási törekvések gyakran kínzó, ártalmas körülmények közt zajlottak. Az ókori fejlett civilizációkban fejlődött ki az orvosi modell (pl. Hippokratész) és a filozófiai értelmezés Pl.: Platón az örület időnként isteni jellegét is elemezte.
  - A modern korban bővült a gyógyítási arzenál, de fokozódott az elkülönítés, a stigma, a kirekesztés is. Az ősi társadalmakban nem álltak rendelkezésre eléggé hatásos gyógymódok, de nagyobb volt a társadalmi befogadottság és a spirituális magyarázatokkal is összefüggésben, kisebb a stigma.

10. táblázat

**A különböző korokban a vallási, rendészeti és orvosi megközelítések elterjedtségének mértéke**

	VALLÁSI	RENDÉSZETI	GYÓGYÍTÓ
Óskor	+++	+	+
Ókor	++	+	++
Középkor	++	++	+
Modern kor eleje	+	+++	+
A XIX. század második felétől	+	++	++
A XX. század második felétől	+	+	+++

**+**: kis mértékben elterjedt **++**: közepes mértékben elterjedt **+++**: jelentős mértékben elterjedt

A mai korban szerencsére a gyógyítás és gondozás, a társadalmi gondoskodás kap legnagyobb szerepet, de természetesen ezen belül is megjelennek a társadalmi kontroll-funkciók. Az utóbbi évtizedekben előtérbe kerültek a betegek és fogyatékos emberek, köztük a pszichoszociális fogyatékosokkal élő szabadságjogai<sup>16</sup>.

többek közt a társadalmi befogadáshoz és a legkevésbé korlátozó környezetben való kezeléshez való jog.

**Gyakorlati jelentőség:** Mindennapi gyakorlatunkban érdemes figyelni a saját működésünk „rendészeti elemeire”, különösen azért, mert ezek az elemek nem mindig segítik a gyógyítást.

## 14.1.1. Az „ősközösségi” pszichiátria mai tanulságai

Egyes kutatások szerint a fejlődő országokban, ősi szerveződésű társadalmakban a mai korban a szkizofrénia kórlefolysa jobb a fejlett országokhoz képest. A hanghallások tartalma kevésbé

megterhelő Afrikában és Indiában, mint New Yorkban. Mindezt kapcsolatba hozzák a fejlődő világban mutatkozó kisebb stigmával és nagyobb társadalmi integrációval, amelyre a modern “nyugati”

<sup>16</sup> 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv> (elérve: 2020.08.31.)

pszichiátria is törekedhet. Gyakorlati jelentőség: Nekünk is az érintettek erősségeiből kell kiindul-

#### 14.1.2. A modern korban

- Intézményesülés: a „dologház”, ahol sokféle deviáns, lecsúszott embert gyűjtöttek be,
- Az orvosi ellátás fokozatos dominanciája, ezen belül azonban kínzások és elzárás.
- **Humanizmus** (ÉPP CSAK) FELDERENG:  
A felvilágosodás és a francia forradalom értékei nyomán volt, akinek eszébe jutott:

### 14.2. Az intézmény, mint menedék

A magyar pszichiátria büszke lehet a szakmánk kezdeti időszakában már megjelenített „humanizmussal” átítatott törekvésekre. Lechner Károly Erdélyben élen járt ezen a téren. Moravcsik Ernő<sup>17</sup> például már az 1910-es években hangsúlyozta, hogy a nyugalom, a stresszmentesség gyógyító hatású. Megjelentek olyan szanatóriumok, asylumok a XIX. század második felétől, amelyek menedéket kívántak adni a betegeknek. Ezt a modern gén-környezet- és stresszkutatások fényében ma is korszerűnek tarthatjuk (persze csak, ha valóban csökken a stressz az intézményben).

### 14.3. Közösségi ellátás kezdetei a modern korban

A Gheel-i katedrális volt az a hely, ahová a mentális betegek a középkortól zárandoklatra jöttek. Erre a helyre menekült az 600-as években a később szentté avatott és a mentális betegek védőszentjének tekintett Dymphna hercegnő az apja elől, aki a felesége halála után megőrült és incesztust akart vele szemben elkövetni. A hercegnő Gheelbe menekült, de apja megtalálta és lefejezte. Maradványait a katedrálisban őrzik. A Gheelbe zárandoklók tömegeit az apácarend vette gondjaiba, de amikor már nem fértek el, megkérték a városlakókat, hogy fogadják be őket. A városban egy idő után minden ötödik lakos mentális beteg volt. E példa nyomán fejlődtek ki Belgiumban és Franciaországban a még ma is működő **családi ápolási telepek**.

nunk, fontos kezelni a szakemberekben is gyakori stigmatizáló, a „hibákra” alapozott szemléletet.

talán jobban lehetne gyógyítani, ha nem lenne olyan mértékben kegyetlen a bánásmód.

De azért ne legyenek illúzióink: a betegek sorsa még így is nagyon kegyetlen volt. Sokszor nem kaptak ételmezt, Angliában pénzért mutogatták őket az érdeklődőknek. A családok épp úgy látogatták a tébolydákat, mint az állatkertet.

A nagyszebeni tébolyda vagy a Lipótmező a fizetőképes betegek számára jóléti szolgáltatásokat, sportolást, természetközelséget, munkaterápiát stb. nyújtott. Volt szalon, zongora, billiárdasztal. A szegényebb betegek nem jutottak ilyen szolgáltatásokhoz. Ennek jó oldala, hogy Magyarországon nem építettek annyi „tébolydát”, mint a gazdagabb országokban. Ezért is voltak fogékonyak a XIX. század végén, és a XX. század elején a vezető szakemberek a kor közösségben történő gondozási lehetőségei iránt.

Oláh Gusztáv<sup>18</sup> nyomán Magyarországon is jelenetős fejlettséget ért el ez a rendszer. Oláh tanulmányutat tett Európában a hatékony ellátások feltérképezésére. Már az 1860-as években kihelyezett betegeket a nagyszebeni tébolydából, majd 1900 körül virágzóan működött és sok beteg számára adott megoldást a családi ápolás rendszere. A befogadást jól fizették és körülményeit ellenőrizték. A modell a szocializmus bevezetése után nem működött tovább, de voltak betegek, akik még a 80-as években is a befogadó családdal éltek Balassagyarmat környékén, pedig ezt már senki nem finanszírozta (Horváth József kolléga személyes közlése). Az első pszichiátriai gondozók Magyarországon a múlt század 20-s éveiben jöttek létre (Fabinyi Rudolf) - Sajnos nem maradtak róla dokumentumok.

<sup>17</sup> [https://hu.wikipedia.org/wiki/Moravcsik\\_Ern%C5%91\\_Emil](https://hu.wikipedia.org/wiki/Moravcsik_Ern%C5%91_Emil) (elérve: 2020.08.31.)

<sup>18</sup> [https://hu.wikipedia.org/wiki/Ol%C3%A1h\\_Guszt%C3%A1v\\_\(orvos\)](https://hu.wikipedia.org/wiki/Ol%C3%A1h_Guszt%C3%A1v_(orvos)) (elérve: 2020.08.31.)

## 14.3.1. A diktatúrák érintették a pszichiátriát

A fasizmus alatt Németországban – ahová Olaszországból is sokakat deportáltak – a mentális betegeket, a pszichiáterek közreműködésével szisztematikusan meggyilkolták. Brazíliában 60 ezer beteget öltek meg a holocaust során az intézményekben. A politikai pszichiátria a Szovjetunióban a politikai ellenzéket zárt osztályokon tette ki kínzásnak. A szocialista országokban is erős politikai kontrollt gyakoroltak a pszichiátria „felett”. A II. világháború után a családi ápolást megszüntet-

ték, központosítás kezdődött. Az 1940-es évek végén, Magyarországon újra „dologház” jellegű intézmények jöttek létre, majd, a lakóhelytől sokszor távol, kialakultak a ma is működő, jelentős emberi jogi problémát jelentő pszichiátriai szociális otthonok. Az életveszély és a kínzás a fejlett országokban már nem jellemző, de a túlzott társadalmi korlátozás és a stigma, valamint a pszichiátriai intézmények szegregáló és korlátozó, visszaélésektől sem mentes működése a mai pszichiátriában is előforduló probléma.

## 14.3.2. Fejlődés az ötvenes évektől Magyarországon

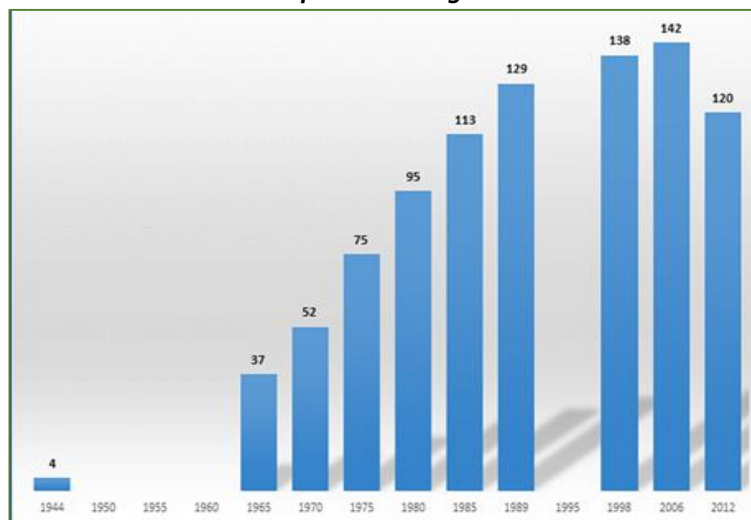
Nálunk is megjelentek a pszichiátriai gyógyszerek, amik gyökeres változást teremtettek. A Lipótmezőn lakó betegek tömegesen hazamentek, a lakóosztályokból akut osztályok lettek – mert azért sokan vissza is estek –. (Paneth G, személyes közlés). 1950 után a pszichiátriai gondozóhálózat fejlesztése, majd országossá válása megtörtént. Hárdi István, Samu István és Paneth Gábor hozták létre az első, mintaszerű gondozókat. Hárdi Pest megyében, Paneth Csepelen. Mindkét helyen volt pszichoterápia és mobilis gondozás, a csepeli gon-

dozó egy családi házban indult el. Hamarosan kapcsolatot építettek ki a csepeli üzemekkel, ahol szűrést végeztek és a betegek rehabilitációját segítő foglalkoztatást is el tudták érni. Samu István vezetésével Salgótarjánban közösségi pszichiátriai központ alakult ki krízisfektetővel, azonnal reagáló mobilis teammel. Egyik munkatársa, Ratkóczi Éva, ma a Nap utcai közösségi szemléletű ambulancia vezetője (6. ábra).

Ezek a jó gyakorlatok sok szempontból ma is időszerűek, érdemes a mesterektől tanulnunk.

6. ábra

**A pszichiátriai gondozók számának alakulása (1944-2012)**



## 14.3.3. A hatvanas évek társadalom forradalmi nyomán

A nagyobb humanizmus, emancipáció – az antipszichiátria, szociálpszichiátria erősödése –, a közösségi pszichiátria fejlődése, terjedése és kutatása (olasz pszichiátria, asszertív közösségi keze-

lés) – alternatív modellek, pl. a Soteria<sup>19</sup> – a terápiás közösségek kialakulásához vezetett Magyarországon is. Jellemzővé vált a szimmetrikus kapcsolat a betegekkel, a pszichoszociális hatások tu-

<sup>19</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Soteria\\_\(psychiatric\\_treatment\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Soteria_(psychiatric_treatment)) (elérve: 2020.08.31.)

datosítása, a (szociálpszichiátriai szemlélet, nyitottság az antipszichiátriai kritikára), a komplex segítség, a gyógyító közösség működtetése.

### Összefoglalás

- A pszichiátriára minden időben hatással voltak a társadalmi elvárások és „rendészeti megoldások”. A társadalmi forradalmak egy-egy lépcsőt jelentenek az emberséges és humánusan gyógyító megközelítés felé. Fontos ennek tudatosítása és a humanista hagyományhoz való kapcsolódás.
- A mai pszichiátriában a [posztpszichiátria](#) (Bracken és Thomas, 2001) kívánja integrálni az orvosi, szociálpszichiátriai és antipszichiátriai irányzatokat. Utóbbiak helyét ma részben a kritikai pszichiátria<sup>21</sup> foglalja el.
- A pszichiátriai gondozás hagyományos magyar modellje a közösségi ellátás egyik jó gyakorlata, amely a pszichiátria humanista hagyományait követi – egy HUMANISTA HUNGARIKUM.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- 🎧 Hogyan van hatással a társadalom a pszichiátriai praxisra? Vezesse végig gyakorlati példán!
- 🎧 Miként kapcsolódnak a pszichiátriai gondozók a progresszív, a betegek jogait tisztelő, a társadalmi integrációt segítő hagyományokhoz?

### Irodalom

- Bracken P, Thomas Ph (2001): Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 322 <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724> (elérve: 2020.08.10.)
- Bracken P, Thomas Ph. (2004): Critical psychiatry in practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10 (5), 361-370.
- Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Negyedik, átdolgozott kiadás. *Medicina*, 2009.
- Luhrmann T, Padmavati P, Tharoor H és mtsa (2014): Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry* Epub:Jun 2014, bjp.bp.113.139048.
- Réthelyi J (2000): A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatástörténete *LAM* 2000; 10(2), 167-170.
- Szilárd J, Janka Z, Füredi J (2009): A pszichiátria története és helye az orvostudományban. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. szerk. A pszichiátria magyar kézikönyve. Negyedik, átdolgozott kiadás. *Medicina*, 2009.
- Tringer L. (2001): A pszichiátria rövid története. IN: Krúdy E (szerk): A pszichiátria tankönyve. 47-63.
- World Health Organisation (1973): Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, Volume I. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1973.

<sup>20</sup> <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV> (elérve: 2020.08.31.)

<sup>21</sup> <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/critical-psychiatry-in-practice/894C0DE1BCF2BAC793F315432B647459> (elérve: 2020.08.31.)

## Ajánljuk

Foucault M (1963): The Birth of the Clinic. Random House USA Inc. Paperback-1996.

Goffman E (1961): Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Penguin Social Sciences. Paperback – 29 Aug. 1991

Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. (2015): 1 Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: interview-based study Br J Psychiatry. 206(1):41-4. doi: 10.1192/bjp.bp.113.139048.

Rácz J, Takács A (szerk): Drogpolitika hatalomgyakorlás és társadalmi közeg elemzések Foucault-i perspektívából. L'Harmattan. 2006. [https://www.researchgate.net/publication/233791781\\_RACZ\\_JOZSEF\\_-\\_TAKACS\\_ADAM\\_szerk\\_DROGPOLITIKA\\_HATALOMGYAKORLAS\\_ES\\_TARSADALMI\\_KOZEG\\_ELEMZESE\\_K\\_FOUCAULT-I\\_PERSPEKTIVABOL](https://www.researchgate.net/publication/233791781_RACZ_JOZSEF_-_TAKACS_ADAM_szerk_DROGPOLITIKA_HATALOMGYAKORLAS_ES_TARSADALMI_KOZEG_ELEMZESE_K_FOUCAULT-I_PERSPEKTIVABOL) (elérve: 2020.08.31.)

Réthelyi J (2000): A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatástörténete. Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat 10. 167-170.

World Health Organization (1973): International Pilot Study of Schizophrenia & World Health Organization. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405> (elérve: 2020.08.31.)

World Health Organization (2003): Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Geneva. [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf) (elérve: 2020.08.31.)

## 15. SZOCIÁLIS KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS ÉS KAPCSOLÓDÁSA A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁSHOZ

HARANGOZÓ JUDIT

*A fejezet a közösségi ellátások jelen magyarországi helyzetét és szervezettségét mutatja be az egészségügyi és szociális ellátásban és a fejlődési utakat is vázolja a pszichiátriai gondozók esetében. A közösségi alapellátás sok gondozóban már ma is megvalósul és vannak jó gyakorlatok. Ezek közül több helyen integrált együttműködés valósul meg a szociális közösségi ellátással, amely 2000 óta biztosít outreach és nappali szolgáltatásokat pszichiátriai és szenvedélybetegek számára.*

### 15.1. Közösségi pszichiátriai gondozás Magyarországon

A szociális ágazatban a **pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi ellátása**, nappali ellátása, az utcai és alacsonyküszöbű szolgáltatások, valamint a kiscsoportos védett lakhatás és védett foglalkoztatás jelentik a főbb szolgáltatásokat, de

természetesen a kliensek hozzáférhetnek az összlakosság számára szervezett családsegítő és krízis-szolgáltatásokhoz is. Ebben a fejezetben a pszichiátriai problémával élők számára nyújtott gondozást végző szolgáltatásokat emeljük ki (közösségi ellátás és nappali ellátás).

#### 15.1.1. A közösségi szociális ellátások Magyarországon

A pszichiátriai betegek részére történő közösségi ellátásról az EMMI szakmai ajánlást adott ki (EMMI, 2018).

##### Erősségek

- a leginkább decentralizáltak, ami vidéken különösen fontos
- 25-35 klienst lát el egy gondozó, vagy koordinátor, tehát van a kliens komplex szükségleteire idő.
- A kliens és családja egyaránt célcsoport, a „környezeti tényezőkre” is hat
- A koordinátor a szolgáltatók és mások közti együttműködést szervezi a kliens és hozzátartozói céljai érdekében
- Leginkább a nagy szociális igényű, forgóajtós betegek ellátására szerveződött
- Minőség-ellenőrzött szolgáltatás (bár ez elsősorban a dokumentációra és a gazdálkodásra terjed ki)
- Nem zárja ki tapasztalati szakértők foglalkoztatását, támogatnia kell az önszervezést

- Képes ellátni a kiscsoportos lakhatásba „kitagolt” kliensek ellátását.
- A módszertani hűség esetében magasabb a költség-hatékonysága, mint a nappali és más szociális intézményeké.

Megfelelő, 350 órás képzés áll rendelkezésre, korszerű módszertannal. Már kb. 2000 kiképzett szociális szakember van.

##### Gyengeségek

- A szakemberek világszínvonalú, felépülés-alapú módszereket tanulnak, de a megvalósuló gyakorlat ettől néha eltér, túlzottan kontrolláló, nem segíti a felépülést.
- Kevésbé valósul meg az ellátás valódi tartalmának minőség-ellenőrzése és „karbantartása”
- A szolgáltatás viszonylag kis kapacitású és nem mindenütt áll rendelkezésre, nem tudja lefedni az összes közösség ellátási igényt.
- Újabb a szociális nappali ellátások finanszírozása jobb, mint a közösségi ellátásé, annak ellenére, hogy az utóbbi költség-hatékonyabb.

### 15.2. Közösségi gondozás és rehabilitáció a szociális ellátásban

#### 15.2.1. Szociális közösségi pszichiátriai ellátás-

A szociális ellátásban megvalósuló közösségi ellátás a betegek egy „rétegére” összpontosít (célja szerint). Olyanokra, akiknél „extra” gondozási szükséglet áll fenn, pl. szociális segítség, a nagy intézményhasználat elkerülése érdekében a

mindennapok megszervezése, lakhatás, munka biztosítása, a családi békétlenség megfékezése stb. Tehát ez a szolgáltatás a betegek egy kis csoportjára, rétegére van kitalálva. Ettől még a többi-



eknek is járhatna az „alapgondozás” és egyeseknek valamivel több is a gondozókban. Ennek fejlesztésére sok törekvés volt és van. Évekkel ezelőtt pl. volt egy finanszírozási modell-program, ahol többféle szolgáltatáscsomagot próbáltak ki közösségi ellátásban gyakorlott gondozókban, így a korai intervenciót, ahol kiderült, az induló pszichotikus zavarokkal élőknel is érdemes egy komplex szolgáltatást adni, családi pszichoedukációval,

### 15.2.2. A rendszerszemléletű gondozás

A közösségi pszichiátria figyel a betegeket és hozzátartozóikat érő környezeti hatásokra, és befolyásolja ezeket a hatásokat: nem csak egyéneket kezel. Ma már tudjuk, hogy a környezeti tényezők nyomot hagyhatnak a „genetikánkban”, beíródhatnak az „agyunkba” és a fokozott, tartós stresszterhelés gyulladáscsökkentő-immunfolyamatokat indíthat el, amely súlyos esetben több szervünkben, köztünk az agyunkban is károsodáshoz, működési zavarhoz, is vezethet. Vizsgálatok támasztják alá, hogy krónikus stresszhatásra a szervezet

### 15.2.3. Cél a felépülés

Ez kicsit több mint a tünetmentesség, sőt, nem is mindig kell hozzá tünetmentesség. Ha valaki kézben tudja tartani az életét, amelyben meg tudja valósítani a saját elképzeléseit, akkor a felépülés megvalósulhat tünetmentesség nélkül is. Persze jó, ha ez is sikerül. A felépülés önbizalmat, öntudatot jelent, azt, hogy az ember tudja, kicsoda és mit akar. Ez sokszor nem ugyanaz, mint amit a szakemberek gondolnak. Át kell adnunk az irányítást nekik, és ki kell bírunk, ha nem mindig az történik, amit mi „előírunk”. Persze fontos, hogy jól tájékoztassuk őket. Régebben sokat beszélünk az együttműködésről, a compliance-ről. Ma inkább

#### 15.2.3.a. A felépülés segítése a közösségi ellátás módszertanával

A felépülés segítése a betegek és hozzátartozók személyes céljainak felmérésén alapul. Ez azt jelenti, hogy a betegekkel és hozzátartozókkal történő beszélgetés általában nem azzal kezdődik, hogy „mi a panasz?” megvannak-e még a tünetek, hanem azzal, **mit szeretne valaki elérni az életében**. Ez persze nem mindig fordítható le egykönnyen gondozási célokká, de némi gyakorlással, tanulással elég könnyen megtanulhatjuk, hogyan tárgyaljunk az akár irreálisnak látszó célokról és hogyan tudjuk ezeket operacionalizálni. Ha például valaki szeretne partnerkapcsolatot, akkor az nem ígérhető meg a gondozók által, tehát tovább kell erről a célról beszélgetni, amíg nem válik ebből

stresszkezeléssel, hogy megelőzzük a rossz kórkiemenetet. A gondozó közösségi pszichiátriai centrummal alakulása véleményem szerint azt jelentené, hogy több szolgáltatáscsomag volna, és a legtöbb beteg hozzáférne pszichoszociális gondozáshoz is, közösségi alapon. Ilyesmit javasolt a WHO 2014-ben, a magyar mentális ellátási reform „központi” lépésének.

stresszválasz-rendszerében (hipotalamo-hipofízis-mellékvesekéreg tengely) túlaktivitás, diszfunkcionális működés alakulhat ki, mely a szorongásos kórképek és a hangulati zavarok kialakulásában jelentős tényező (Kumar és mtsai, 2013; Schiele és mtsai 2020). Már autoimmun anyagokat is kimutattak kezdődő pszichotikusok egy részénél (Khandaker és mtsai, 2015; Jeppesen és Benros, 2019). A gyógyítás során tehát érdemes az agyra ható gyógyszerek mellett a stresszcsökkentés és stresszkezelés segítése is.

az szolgálja a felépülést, ha mi vagyunk együttműködőek a betegek és hozzátartozók céljaival: örülünk, ha nyíltan vállalják az elképzeléseiket, és meg tudjuk tárgyalni velük a döntéseiket a gyógyszerekkel kapcsolatban is. Ennek a hatékony tárgyalásnak jobbak az eredményei. Emellett fontos, hogy tudjuk, a törvény a beteg döntésére bízza az esetek túlnyomó részében a kezelésbe való beleegyezést, és ez a döntés már nem a mi felelősségünk, ha mindent megtettünk a jó tájékoztatás és döntéshozás érdekében. **A túlzott gondoskodás gyakran túlzott kontrollt, függőséget alakít ki, és ellene dolgozik a felépülésnek.**

rövid távú, de még mindig örömteli, elérhető gondozási cél: pl. lehet az, hogy a beteg el tudjon járni társaságba, ahol ismerkedhet, vagy elmenjen egy táncklubba stb. A gyakorlott egészségügyi szakember, köztük magam is, sokszor aggódtam az ilyen céloknál, mert ezekben kevésbé vagyok jártas, és mert az „orrom előtt” volt a tünet, amelyet kezelni kellene. Szerencsére a gondozási terv következő lépése a **célokat akadályozó kulcsproblémák** felméréséből áll, ahol már meg szoktak jelenni a tünetek is: pl. valaki a hanghallásai, vagy épp a szociális szorongása miatt nem tud társaságba járni. Így aztán elég könnyű átvezetni a célokból a terápiába a folyamatot, de van azért egy nagy különbség: a beteg nem csak a tünetei ellen dolgozik, de a saját

boldogulásáért is: ahogyan egy svájci kolléga, Daniele Zullino fogalmazott: **nem valamitől szabadul meg, hanem valamiért lesz szabad.** És ez nagy különbség a motiváció szempontjából is.

Az itt leírt folyamatban a beteg céljaiért dolgozik a gondozó szakember is, a beteg dönt ezekről a célokról, és ő maga is nyomon követheti az előrehaladását és a mi segítő munkánkat egyaránt, hiszen a gondozási tervben minden rögzítve van: ki - mit vállal, milyen határidőre, vannak-e bevont szolgáltatók stb.

#### GONDOZÁSI TERV

##### RÉSZTEVŐK:

A beteg (Edit) és az édesapja (Iván)

##### CÉLOK:

Közös cél a családi béke biztosítása (A jelenlegi szint 5-ös skálán: Edit szerint 4-es, Iván szerint ¾). Edit szeretne valamilyen értelmes, hasznos, otthoni időtöltést.

##### AKADÁLYOZÓ KULCSPROBLÉMÁK:

Anya (aki az utóbbi időben nem vesz részt a gondozásban) sokszor feszült, és olyankor bántalmazóan kommunikál, különösen Edittel.

Edit szeretne munkát vállalni, de fél napokat is nagyon álmos, ill. alszik a gyógyszerektől, ezért főképp délután otthon végezhető munkát szeretne.

##### GONDOZÁSI TERV:

Megérteni közösen a bántalmazás hatását és családi előzményeit (edukáció). Editet és Ivánt segíteni, hogy meg tudják ezt állítani, anyát pedig abban, hogy tudja fékezni az indulatait (családi stresszkezelés). Iván és Edit megkérik anyát, hogy csatlakozzon a terápiához (a gondozó bevonásával)

Edit lépéseket tesz a munkavállalással kapcsolatban (önállóan)

Optimális gyógyszeres kezelés, az eddigi adag csökkentése. Ennek érdekében Edit szabályozza az indulatait, és inkább a negatív érzések helyénvaló kifejezésére törekszik.

Az elérés várható ideje 2 hetenként történő találkozásokkal: fél év.

#### 15.2.3.b. A hozzátartozók bevonása

A hozzátartozók bevonása úgy valósul meg, hogy az ő céljaikat is felmérjük és meg-jelenítjük a gondozási tervben Ezeknek persze harmóniában kell lenniük a beteg céljaival. Legtöbbször érdemes foglalkozni a családi légkör javításával, ha ebben a család partner, mert ez a stresszkezelés egyik legfontosabb eleme és ezért nagyon hatékony.

A fenti gondozási tervből látszik, hogy az anya jó ideje távol marad a gondozástól, és most is probléma lehet a csatlakozása. Viszont a többi családtag meg merte fogalmazni a gondozó szakemberrel együtt, hogy az anya bántalmazó kommunikációjától szenvednek, és aláírtuk együtt a gondozási tervet, amelyet az anyának is megmutatnak majd. Ez fontos lépés, ami sokáig váratott magára: a család eddig elfedte az életüknek ezt a

*részt, mindig úgy nézett ki, mintha Edit minden ok nélkül lenne időnként impulzív. Így azonban most más lesz a helyzet, valószínűleg az anya, aki pedagógus, korrekcióra törekszik majd, és ha ismét megjelenik a találkozásainkon, az ő céljairól is elbeszélgetünk. A bántalmazó kommunikáció háttere a részéről azt hiszem, hogy a saját gyermekkori bántalmazottsága. Abban bízom, hogy ennek feltárása, feldolgozása talán neki is segít majd poszt-traumás tüneteinek oldásában.*

A családgondozás során persze nem mindig megyünk el idáig, legtöbbször egyszerű kommunikációs és problémamegoldó módszereket taníthatunk meg. (Ezek pl. elérhetőek online a Közösségi pszichiátria kézikönyvében, ld. Ajánljuk c. szakaszt a fejezet végén, ill. lehetőség van egyhetes közösségi képzés során is elsajátítani ezeket).

#### 15.2.3.c. Személyes célok

A személyes célok összetettek, ezért sokszor teamben dolgozunk. Előfordulhat, hogy be

kell vonnunk szociális szolgáltatókat, kapcsolatba kell lépnünk más orvosokkal, vagy épp a táncklub

vezetőjével (a fenti példából kiindulva). Ezt **esetmenedzsment**nek is hívják, mert ilyenkor hatékony kommunikációs eszközökkel a gondozó kapcsolatokat épít és gondoz. Szerintem a gondozó szakemberek persze ezt most is így szokták, itt

#### 15.2.3.d. Kulcsproblémák megoldása

A gondozási tervben szereplő kulcsproblémák megoldását számos más bio-pszichoszociális intervenció révén segíthetjük. Leggyakrabban a gyógyszeres kezelések, pszichoedukáció, szociális készségfejlesztés, támogatott munka-

#### 15.2.4. A felépülés kulcsértéke az önsegítés

Az önsegítő csoportok autonóm működését érdemes segítenünk és csak a házirendre ügyelnünk, ha mi adunk helyt a csoportoknak. A szakemberek beavatkozása többnyire a felépülés ellen hat. Az Ébredések Alapítványnál különösen hatékony a hanghalló csoport, ahol eddig már 300 hanghalló fordult meg 5 év alatt. Ezt a csoportot két tapasztalati szakértő és egy kísérő szakértő vezeti (azaz két felépülő beteg és egyikük hozzátartozója). Vannak képzést végzett tapasztalati és kísérő szakértők, akik részt vesznek a gondozásban sorstárs segítőként, csoportokat vezetnek, együtt oktatunk. Ők a munkatársaink. Az **érdekvédő szemlélet néha rosszul érinti a szakembereket**, de a felépülést általában segíti. Az autonóm és öntörvényű emberek gyakran jobban tudnak elindulni a

nem egy különleges új készségről van szó. A team vezetését általában vezető szakember végzi, de ez nem mindig az orvos. Előfordulhat, hogy az orvos „bedolgozik” egy csapatba, amit egy profi gondozó, vagy pszichológus, szociális munkás vezet.

rehabilitáció, kognitív viselkedésterápiás technikák kerülnek sorra, amelyek nagy részét a közösségi ellátásban képzést kapó gondozó munkatársak kézikönyv (ld. az ajánlott irodalmaknál) segítségével is alkalmaznak (kivéve a gyógyszeres kezeléseket).

felépülés útján, mint a függésre és tökéletes együttműködésre törekvőek. Jobb, ha „kibírjuk őket” és figyelünk céljaikra.

#### Részlet egy tapasztalati szakértő nyilatkozatából:

„Megjártam a poklok poklát, forgóajtós beteg voltam. Régebben kilátástalan helyzetnek éreztem ezt. A közösségi ellátás rendszerében kb. 1 év volt, amikor rájöttem, ez mit jelent. Bevonták a családot, felmérték az igényeinket. Szeretnék tanulni, szeretnék dolgokat elérni az életemben. Mellérendelt kapcsolatba kerültem a segítőimmel. A pszichológustól sok segítséget kaptam, éreztem a teamet magam mellett. Most is vannak tüneteim, de most nem félek. Tudok bánni a problémáimmal. Pszichoedukáció, asszertív tréning, minden eszközt megkaptam ehhez. Tanítanak minket.”

### 15.3. Felépülés, önsegítés, önsegítő csoportok

Ebben a fejezetben a pszichiátriai gondozás fejlődését is segítő, ma már néhány pszichiátriai gondozóban is megjelenő felépülés-alapú ellátás sajátosságait mutatjuk be. A felépülés lehet a modern kezelés és gondozás célja, amely a gondozás új kontextusát és szervezeti kultúráját is

#### 15.3.1. A felépülésről

Korábban a **visszaailleszkedés** segítése, majd az **életminőség** javítása volt a rehabilitációs gondozás célja.

A „visszaailleszkedés-paradigma” a társadalom érdekeit jeleníti meg, valójában nem mindenki szeretne és/vagy tud azokba az élethelyzetbe visszamenni, amelyek talán hozzájárultak a mentális betegségéhez. A mentális betegség óriási krízis az emberek életében, és a megrázkódtatás nyomán legkevesbé valószínű, hogy nem akar az illető változtatni, ill., hogy nem változik a „fogadó

maga után vonja. Az önsegítés ennek a terápiás és gondozási kultúrájának alapeleme, amelynek megjelenési formáit, hatásosságát is röviden ismertetjük ebben a fejezetben.

oldal”. Az „életminőség-paradigma” egy jobb változat volt, de ezzel meg az a probléma, hogy nagyon szubjektív és kevésbé mérhető. Előfordulhat, hogy valaki mondjuk mániform állapotban boldogabb, mint valaha, de azért nekünk még vannak tendenciák, többnyire. Máskor pl. mérsékelt depresszió is súlyosnak megélt életminőség-romlással jár, miközben lehet, hogy az életkörülmények egyáltalán nem romlottak. Ilyenkor esetleg „lefelé torzít” ez a mérőeszköz.

Ma a helyüket átvette a **felépülés** fogalma.

A **felépülés** eredetileg a radikális beteg-szervezetek, érdekvédők "emancipációs" koncepciója, akik sokszor a pszichiátriai kezelések *ellenére* is el tudják képzelni az önálló életvitelt, a szabadságot és tartalmas életet. Hatalmat akarnak gyakorolni az életük és a döntések felett, jogokat és beleszólást akarnak.

A felépülés kifejezés alatt persze más értelmezések is elterjedtek:

- a medikális megközelítéshez legközelebb áll az az értelmezés, amely a remissziót hangsúlyozza.
- egy másik értelmezés szerint inkább a funkciók visszanyerése a lényeg (rehab. szemlélet)
- Mégis, a radikális értelmezés vált dominánssá, amely a következő értékeket hangsúlyozza:
  - emberi méltóság, önbecsülés, mások tiszteletét élvezni, stigma legyőzése
  - szabad döntések, tájékozott beleegyezés, jogok - kézbe venni az életünket
  - remény (mindig van remény a felépülésre)
  - empowerment, önségítés, önkontroll, kompetencia
  - akár a tünetekkel is lehet teljes életet élni
  - jövőkép és személyes célok
  - közösségi integráció.

A **felépülés** eszerint egy személyes út, ami mindenkinél egyéni módon alakul. Ezért a felépülés-alapú szolgáltatások mindig személyes célokból indulnak ki, és minden kliensnél másképp épülnek fel. A felépülés-alapú szolgáltatók kerülnek a betegek számára kialakított „kollektív” programokat és megoldásokat, pl. a terápiás „rezsimeket”. A csoportos terápiáknak csak akkor van indikációja, ha egy „csoportra való” kliensek egyéni gondozási terveiben megjelenik a szükséglet.

- A **felépülés** mindenkinek kicsit mást jelent, a legjobban a betegek vallomásaiból érthetjük meg:
- A felépülés-szemléletű segítő munka során nyitottnak kell lennünk más megközelítések felé. Pl. a spiritualitás, ezotéria, kulturális alternatívák, etnikumhoz kötődő megközelítések. Ezt a szemléletet képviseli a kultúrák közti, más néven transzkulturális, vagy etnopszichiátria is<sup>22</sup>.

A klasszikus pszichiátria is egy szempontot képvisel, de másképp is lehet látni... a szakember elmondja a szakmai álláspontokat, a beteg meg mérlegel... és dönt. Ez azt jelenti, hogy a szakember nem mondja meg, "mi az igazság", hanem nyitott és tárgyalt, kölcsönös tanulásra törekszik. A tünetekkel kapcsolatos elképzelésekről folyó konzultáció egyébként is remek „pszichoterápiás alap”, hiszen a különböző magyarázatok "szimbolikus nyelvét" a segítő is használhatja a továbbiakban.

***"Tünettel vagy tünet nélkül történik ez, az nagyjából lényegtelen. A lényeg az, hogy jól érezzem magam. Az örömben és az életben. Nekem ez a felépülés."***

***"Örültem mikor megtudtam, hogy van bajom, így legalább tudtam, hogy hogyan kell magamhoz hozzá állni, mi a bajom, és tudom magam kontrollálni. Így tudok változtatni magamon, tudom, mit kell tenni, ahhoz, hogy jobban legyek, felépüljek."***

***"Pozitív szemlélet. Van miért csinálni, jól érzem magam, sikerem van."***

***"Szerintem ez is a felépülés része lehet, hogy az ember az önstigmatizációt, azt kicsit átlépi... Hát az egy nagy dolog, hogy így elfogadtak barátok és mellettem maradtak."***

- A felépülés háttérében a betegjogok "előretérése" is áll. Az ENSZ Fogyatékosjogi Egyezménye, a CRPD (2006)<sup>23</sup>, amelyet Magyarország is ratifikált, teljesen tiltja az erőszak és korlátozás minden formáját a pszichoszociális fogyatékossgal élőkénél is.
- A felépülés-értékek másfajta szervezeti kultúrát is feltételeznek és változik a segítő-beteg kapcsolat is. (Ezt érinti a team-munkával foglalkozó modul is.)

<sup>22</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Cross-cultural\\_psychiatry](https://en.wikipedia.org/wiki/Cross-cultural_psychiatry) (elérve: 2020.08.31.)

<sup>23</sup> <http://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf> (elérve: 2020.08.31.)

## 15.3.2. Az önsegítés a gondozásban

- A személyes célokra alapozott gondozási terv kialakítása során a beteg személyes életcéljai irányítják a gondozók munkáját, és az előrehaladást ő maga ellenőrzi. (Ezt részletesebben bemutatjuk a Kitekintés a közösségi gondozás jó gyakorlataira c. modulban az "Integrált pszichiátriai ellátás" bemutatásánál.)
- A gondozás és rehabilitáció során minden területen legyen ott az **önsegítés**. A csoportos foglalkozásokat sokszor vezethetik önsegítők, ill. közreműködhetnek benne. Így a tapasztalati szakértők kollégáink lesznek, - törekedjünk is erre, szimmetrikus kapcsolatban!

15.3.2.a. *Hogyan segíthetjük az önsegítést?*

- A „**sebzett segítő**” identitás (Jung,) jobb, mint a „tévedhetetlen szakértő” szerep. Magunknak és másoknak egyszerre segíteni. Nem különül el élesen a segítő és a segítséget igénybe vevő. Mindenkinek van valamilyen felépülés-útja... A szakirodalom is alátámasztja, hogy a segítő szakemberek is gyakran érintettek. A „sebzett segítő” szakember vállalhatja, hogy saját emberi tapasztalataiból is gyógyít és a sorstárs segítőket könnyebben tudja kollégaként elfogadni és kezelni. (Ebben a szervezeti kultúrában persze a szakember közötti kapcsolat sem hierarchikus, és a kezdő szakember is nagyon értékes!)
- Bizalom, támogatás, nyitottság egymás felé.
- Önálló döntések, ön-kiválasztódás az önsegítő csoportokban - ne avatkozzunk bele!
- A szakember feladata a csoport **kívülről** történő támogatása, a bántalmazó hatásoknál kell csak aktívabban belépni, ennek tiltását a házirendben és csoportszabályokban szabályozni.

## Mit tanultam ebben a leckében?

- 🎧 Mi a rehabilitációs gondozás célja?
- 🎧 Mi jellemző a felépülésre, mik a felépülés értékei?
- 🎧 Mik a felépülés-alapú szolgáltatások jellemzői?
- 🎧 Mik a főbb közösségi rehabilitációs stratégiák?
- 🎧 Mi a közösségi alapú gondozási terv lényege?

## Irodalom

- Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátria betegek részére (2018). Emberi Erőforrások Minisztériuma
- Bulyáki T, Harangozó J (szerk.) (2018): A közösségi pszichiátria kézikönyve. Az Ébredések Alapítvány kiadványa.
- Dermatis H1, Guschwan MT, Galanter M, Bunt G.(2004): Orientation toward spirituality and self-help approaches in the therapeutic community. J Addict Dis. 2004;23(1):39-54.o.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma Központi Ügyfélszolgálati Iroda: Tájékoztató a szociális ellátásokról (2017). Összeállította: Ruminé Szijártó I.
- Farkas M (2007): The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007 Jun; 6(2): 68–74.
- Galanter M. (1988): Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: a study of Recovery, Inc. Am J Psychiatry.145(10):1248-53.
- Galanter M. (1990): Cults and zealous self-help movements: a psychiatric perspective. Am J Psychiatry
- Maaravi y, Cohen A, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J (2002) Home hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 3(2):114-8.

- Mercado, M, Fuss AA, Sawano N és mtsai (2016): Generalizability of the NAMI Family-to-Family Education Program: Evidence From an Efficacy Study. Published online: February 14, 2016 Psych. Serv. 591-593. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.20150051> (elérve:2020.08.31.)
- National Institute of Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline published: 12 february 2014, [www.nice.org.uk/guidance/cg178](http://www.nice.org.uk/guidance/cg178)
- Petke Zs, Tremkó M (2018): Felépülés a függőségből. Szerencsejáték és szerhasználat. Medicina Kiadó.
- Roelandt JL, Daumerie N, Deflomon L és mtsai (2014): Community mental health service: an experience from the East Lille, France. J Mental Health and Human Behavior Vol 19. 1. 10-18 <http://www.jmhnb.org/images/logo.png> (elérve:2020.08.31.)
- Saxena S, Muijen M, Chisholm D és mtsai (2014): An Assessment of the Hungarian Mental Health Care. March 2014. WHO HQ and WHO Regional Office for Europe. 1-36 o.
- World Health Organization. 2014. An Assessment of the Hungarian Mental Health Care March 2014. Geneva and Copenhagen: WHO HQ and WHO Regional Office for Europe. (WHO jelentés a magyar pszichiátriai ellátásról)

## 16. SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTÉR, STIGMATIZÁCIÓ

MEDGYASZAI MELINDA, HARANGOZÓ JUDIT

*A pszichiátriai gondozásban pácienseink sérülékenysége miatt kiemelt fontossággal bírnak a szociális szempontok. E fejezetben a depriváció, az interkulturális vonatkozások, valamint a szociális krízisek kezelésére vonatkozó elméleti és gyakorlati szempontok, valamint a stigma-tizáció kérdése kerülnek ismertetésre.*

### 16.1. A depriváció

MEDGYASZAI MELINDA

*A depriváció a modern társadalmak sajnálatos velejárója, mely objektív okok miatt okoz jelentős hátrányt: rosszabb egészségi állapottal, jelentős kiszolgáltatottsággal és az ismerek, valamint a rendelkezésre álló források hiánya, ill. a hozzáférhetőség akadályozottsága miatt késedelmes igénybevétellel járhat.*

Az ellátás során a bio-pszicho-szociális eredet miatt törekedni kell a hasonlóan komplex, valamennyi egyéni szükségletet figyelembe vevő közösségi ellátásra. Az egészségügyben dolgozók számára a depriváció sajátosságai és az interkulturális ismeretek kiemelt jelentőséggel bírnak, hiszen pácienseik megértése és elfogadása – különösen a mentális kihívásokkal küzdők esetében – a terápiás kapcsolat alapvető követelménye. A depriváció a modern társadalmak sajnálatos attribútuma, mely a társadalmi olló szétnyílásával távolítja egymástól a társadalmi csoportok sajátosságait, értékrendjét, alapvető működési módjait.

A depriváció összetett jelenség, objektív és szubjektív okok halmozódása útján keletkezik.

#### **Alapvetően meghatározó körülmények**

- földrajzi adottság, lakóhely, ebből adódó közlekedési viszonyok,
- gazdasági helyzet, ezen belül munkanélküliség, hajléktalanság,
- nemzetiség, származás, menekült státusz,
- egyéni okok, pl. nem, kor, képzettség, fogyatékkal élés.

Az egyén egy adott közösségbe (vagy annak hiányába) születik, ezen helyzethez alkalmazkodik. Az adott karakter és a környezet kölcsönhatása révén fejlődik a szervezet, a kognitív struktúra, a szociális háló, élethossziglan befolyásolva az egyén esélyeit a minél teljesebb, örömtelibb életre.

A szomatikus és mentális kórképek, valamint az azokkal való megküzdés során alkalmazott coping technikák jelenlegi tudásunk szerint biopszichoszociális eredetűek. Példának okáért a keresőképzetlenség és munkaképességcsökkenés

vizsgálata során Sir Masei Aylward professzor munkássága tisztázta, hogy a munkába való visszatérés messze nem a szomatikus állapot függvénye, ugyanúgy bio-pszicho-szociális tényezők közös befolyása alatt áll – és a legveszélyesebb „munka” épp ezért, pszichoszociális kórokozó volta miatt a munkanélküliség.

A depriváció számos hátrányos következménnyel bír, hiszen a társadalmi előítéletek megléte. A depriváció esetében nagyon gyakori az egészségügyi, higiéniai ismeretek hiánya, sőt a funkcionális analfabetizmus is. A képzetlenség, a tudatlanság, az elhanyagolt testhigiéne komoly hátrányt jelent, hiszen jelentősen csökkenti az egészségügyi személyzet empátiáját, elválasztja a páciens a környezetétől, ennek leküzdése pedig nem egyszerű. Célszerű szem előtt tartani, hogy objektív feltételek hiánya (víz, fürdési lehetőség, megfelelő ruházat), valamint szocializációs problémák számos esetben nem, vagy nem egészében megoldhatók az egyén által. A társadalmi szolidaritás pedig nem kiemelten sikeres Magyarországon.

Régóta ismert, hogy a gazdasági depriváció az oktatás, a művelődés hiányosságával kéz a kézben jár, ezért az élet, az egészség ügyeiben ezen pácienseink részben tájékozatlanok, részben objektív forráshiány miatt nem engedhetik meg maguknak a megfelelő életmód kialakítását és megtartását. A nem megfelelő életmód fokozott morbiditást, mortalitást okoz, úgy a fertőző, mint a nem fertőző betegségek körében. Ebben a körben az egészségügyi ellátás igénybevétele esetleges, ill. késedelmes, részben az egyéni indíttatás hiánya, részben a hozzáférhetőség egyenlőtlensége miatt. Példá-

nak okáért távoli kis településekből eljutni a területileg illetékes háziorvoshoz is komoly kihívást jelenthet: gépkocsi nincs, tömegközlekedés nem megfinanszírozható, gyalogosan messze van – és még az ilyen esetben kötelező láthatósági mellény is pénzbe kerül.

A fertőző betegség – kiemelten a tbc – jellemző halmozódást mutat a hátrányos helyzetű emberek, népcsoportok körében. A designer drogok sajnálatos terjedésével, azok intravénás használatával a HIV, HBV fertőzések is szaporodásnak indultak, hasonlóképpen a nemi betegségekhez. Ismét jelentős számban bukkantak fel, akár kerültek behurcolásra egészségügyi intézményekbe a különböző élősködők úm. ágyi poloska, rüh. A kórházhigiénés rendszabályok szem előtt tartása a iatrogén fertőzések mellett e körülmények miatt sem megkerülhető kötelezettsége minden egészségügyi dolgozónak.

A depriváció epigenetikai, ill. az általa okozott krónikus stressz mechanizmusai révén rontja az egyéni esélyeket a gyógyulás során – éppen ezért fontos, hogy a terápia hasonlóképpen átfogja a betegséget kialakító, ill. fenntartó mechanizmusokat. Az alapvető testi szükségletek kielégítése nélkül nincs továbblépés: a megfelelő mennyiségű és minőségű étel, az emberhez méltó lakhatási lehetőség, a nyugodt alvás, az egészséges testmozgás fiziológiai szükségletek (I. Maslow piramis). A pusztán orvosi és gyógyszeres terápiás beavatkozási lehetőségek csupán a terápiás spektrum töredékét

## 16.2. Interkulturális ismeretek

Az interkulturális ismeretek elsajátítása úgy társadalmak között, mint társadalmi csoportok között hasznos. Adott karakterrel adott környezetbe kerülő gyermek az alkalmazkodási folyamat során belső kognitív sémákat alakít ki a szituációk értékelésére, melyek a későbbiekben automatikusan működésbe lépnek. Bár a „mindenki magából indul ki” közhely igaz, az egészségügyi dolgozó képes kell legyen észlelni saját látásmódját, valamint az attól való eltéréseket, s a különbségeket asszertív kommunikációs technikákkal áthidalni.

Az egészségügyi ellátásban dolgozóként saját személyiségünkkel veszünk részt, hozzuk saját mintáinkat, elképzeléseinket, meggyőződéseinket

képezik. A mentális problémák és betegségek esetében valódi hatékonyságot a komplexitás, a szükségletek széles körű figyelembevétele hozhat egy ideális, személyre szabott pszichiátriai gondozás keretében. Ezért fordul egyre inkább az egészségügyi és a szociális ellátás a közösségi, lakókörnyezetben történő ellátások felé, ahol az egyéni sérülékenység figyelembevételével, a coping mechanizmusok fejlesztésével, támogatásával a páciens élete saját, egyedi erőt és értelmet kaphat.

A jelenlegi magyarországi helyzet sajnálatos módon nem kedvező. A vonatkozó adatok minden évben közlésre kerülnek, úgy az OECD tagállamok<sup>24</sup>, mint az Európai Unió tagállamai vonatkozásában<sup>25</sup>. A szegénység mérése nehéz és összetett feladat, jelenleg is számos vita forrása, de létezése kétségtelen és szomorú tény.

A magatartási közgazdaságtan tudományos kutatásai komoly áttörést értek el a szűkösség pszichológiájának vizsgálatában, melynek megértése elősegítheti empátiás viszonyulásunkat embertársainkhoz. Tény, hogy a deprivációval áldozatai számos financiálisan megalapozatlan döntést hoznak, drága beruházásokat eszközölnek. A szűkösség ugyanis egyfajta csőllátást okoz, mely rontja a kognitív teljesítményt, elsődlegessé teszi a veszteség elkerülését, így az egyén a racionalitás mellőzésével, az éppen aktuálisan rendelkezésre álló információk alapján hoz döntést, mely kiszolgáltatottá teszi a fogyasztói társadalom manipulációinak.

– hasonlóképpen pácienseinkhez. A magatartástudományi törvényszerűségek ismerete mellett megfelelő önismeret elengedhetetlen saját vakfoltjaink felismeréséhez, reakcióink megfelelő értékeléséhez és szabályozásához.

Az interkulturális ismeretek nem csak országok, kultúrák közötti eligazodás szempontjából hasznosak, mivel a társadalmi egyenlőtlenségek hasonlóképpen más és más mintát jelentenek az egyén számára. A gyermek egy adott karakterrel kerül egy adott környezetbe, melyhez alkalmazkodik. Az alkalmazkodás során mély, belső kognitív sémákat alakít ki, melyek a környezet, a szoros szeretetkapcsolatok befolyása által fejlődnek és rögzülnek. A továbbiakban az egyén viselkedését nem

<sup>24</sup> <https://data.oecd.org/> (elérve: 2020. 08.10.)

<sup>25</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat> (elérve: 2020. 08.10.)



az adott szituáció, hanem annak értékelése, a belső világ határozza meg. E jelentős különbségeket az oktatás pufferolhatná egyfajta egyenlőtlen szolgáltatva, de sajnálatos módon az elitoktatás – leképezve a társadalom egyenlőtlenségeit – egyre inkább elválík a szegények oktatásától, így nem alakul ki a közös élmény, a közös nyelvezet, reakció minta. A csoporttudat kialakulása így más csoportokkal szemben történik meg, s mindkét fél részéről diszkriminációhoz vezet. Az eltérő viszonyulások a kognitív torzítások révén megakadályozhatják az őszinte, asszertív, kölcsönös tiszteleten és elfogadáson alapuló kommunikációt.

A társadalmi egyenlőtlenségek népegészségügyi következményekkel járnak. Anthony B. Atkinson munkássága azzal a kellemetlen igazsággal szembesít bennünket, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek kialakulása és növekedése hátráltatja a társadalmi fejlődést, nevezetesen:

- Az erőszakos bűncselekmények, a bebörtönzöttek száma nő.
- A társadalmi mobilitás csökken.
- A születéskor várható átlagos élettartam csökken.
- A mentális betegségek száma, az obezitás aránya emelkedik.

A szociális koherencia csökkenése tehát megfogható, érzékelhető, számszerűsíthető következményekkel jár. A születéskor várható átlagos élettartam, mint a népességre vonatkozó egyik legmeghatározóbb statisztikai jellemző nem a GDP-vel, hanem az esélyegyenlőtlenség mértékével mutat lineáris kapcsolatot. A társadalmi egyenlőtlenség megtapasztalása önmagában kóroki tényező, mivel úgy a jelenleg nyertes helyzetben lévőköt („lesüllyedés réme”), a relatív depriváltakat

(„viszonyítás”), míg a depriváltakat a források tényleges szűkössége miatt a társas értékelés fenyegetettségének érzésével tölti el. A fenyegetettség érzése egyértelműen veszélyt jelez, ismétlődő stresszreakciókat indít el, mely krónikus stressz kialakulásával jár. A pszichoimmunológiai kutatások eredményei egyértelműen bizonyították, hogy a krónikus stressz közvetlenül és közvetetten egyaránt gyengíti az immunrendszert, mely testi és lelki megbetegedések kialakulásához vezethet. Magyarországon sajnálatos módon kimutatható a társadalmi olló egyre szélesebbre nyílása, azaz a felső és alsó jövedelmi decilisek közötti távolság növekedése. E távolság mérésére a GINI (szóródásmutató) együttható szolgál, mely hazánk esetében az utóbbi évtizedben egyértelmű emelkedést mutat.

Az interkulturális problémák áthidalására kiemelten fontos az egészségügyben dolgozók számára az asszertív kommunikációs stílus elsajátítása, s munkájuk során következetes alkalmazása. Az asszertivitásra – talán nem véletlenül – nincs magyar szó. **Önérdékérvényesítést** jelent oly módon, hogy miközben az egyén kiáll saját érdekei mellett, figyelembe veszi mások érdekeit is. Nem agresszív és nem passzív, nem manipulál. Őszintén, nyíltan kommunikál: kijelöli saját határait és azokat megtartja. Közlései nem kritikák, nem támadások: saját érzéseit, gondolatait fejezi ki, közlései énközlések. Nem embereket, hanem cselekedeteket minősít, kérései a jövőre vonatkozóak, konkrétak, teljesíthetőek. Jelen agresszióval, gyűlölettel átitatott világunkban nem könnyű, de megtanulható és hatékonyan alkalmazható viselkedési forma.

### 16.3. Stigmatizáció - antistigma

HARANGOZÓ JUDIT

*A stigma komplex hatások révén jön létre, amelyben a szakemberek attitűdjei és a szakmai nézőpontok is szerepet játszanak. Ez általában nem tudatos. Ha tudatosabban harcolunk a stigma ellen, akkor javulhat a betegek kórkimenetele. Több területen is szükség van a stigma elleni fellépésre. A mentális betegségekkel kapcsolatban előfordul violence, amelynek megítélése, értelmezése nehéz (Varshney és mtsai, 2016).*

#### 16.3.1. Miért fontos a stigmával és diszkriminációval foglalkozni?

A mentális betegségekkel kapcsolatos violence és annak értelmezése alapvetően meghatározza a szakmai gyakorlatunkat, a szakmapolitikát és a közvélekedést. (Elbogen, 2009).

Ez kihat a betegek sorsára és arra, kérnek-e a még nem kezelt emberek időben segítséget.

A legtöbb országban megjelennek a kontrollt szolgáló mechanizmusok és a szabadságot, stigmacsökkentést szolgálók egyaránt. A nemzetközi „policy” egyre inkább a szabadság-elveket, erőszak

#### 16.3.1.a. *Kriminalitás és áldozatiság*

A szkizofréniával élők valamivel nagyobb eséllyel követhetnek el violens cselekményt, de még gyakrabban vannak kitéve ilyeneknek. A men-

#### 16.3.1.b. *Környezet és betegség*

A pszichózis incidenciája 8-szoros különbséget mutat Párizs és Santiago de Compostela között (Hannah és mtsai, 2018). A hatalmas különbség magyarázata nem könnyű, de nyilvánvalóan utal a környezeti tényezők szerepére. Már korábbi vizsgálatok is igazolták, hogy az urbanizáció, a bevándorlás, a nyomor és sok más tényező kockázatot jelent. Feltételezhető, hogy a környezeti tényezők „negatív spirálokat” indítanak el. Hasonlóan hat hat mindez a kórkiemenetelre is.

#### 16.3.1.c. *A stigma elleni fellépés szükségessége*

- Mert a violencia, stigma, diszkrimináció megelőzése és hatékony kezelése a felépülés meghatározó tényezője,
- Mivel a szociális hátrányok és „süllyedő életpályák” a mentális zavarok prognózisát rontják

### 16.3.2. A stigma különböző területei

#### 16.3.2.a. *Előítélet*

A laikusok előítéletei részben a **médiából** származnak. A norvég tömeggyilkost is többször nevezték pszichiátriai betegnek a médiában. Ehhez képest kevésbé volt figyelmet keltő a hír, hogy nem találták betegnek a hosszadalmas igazságügyi orvosi vizsgálatok során.

A **pszichiátria** is hozzájárul: Idézet Kéri Szabolcs: Búcsú a szkizofréniától? c. előadásából a

#### 16.3.2.b. *A diszkrimináció*

Hogyan látják az érintettek? A **mentális kezelésben részesülők nézőpontjainak felmérése**. A 10

#### 16.3.2.c. *Attitűdök*

Azok a házi orvosok, akik stigmatizálónak vélekedtek a szkizofrén betegekről, kevésbé valószínűen utalták a betegeket szakellátásra,

mentességet képviseli. Ilyen pl. Az ENSZ Fogyatékosügyi ajánlása (CRPD, 2006).

tális betegségek gyakran a traumatikus életesemények, bántalmazás nyomán alakulnak ki. (Hodgins és mtsai, 2008, Gibson és mtsai, 2016)

A mentális beteg-státusz és a stigma tovább növeli a társadalmi hátrányokat és kontrollt.

- A stigma és diszkrimináció, a társadalmi hátrány olyan, mint egy „második betegség”, amely stresszhatásokon keresztül hozzájárul a rosszabb kórkiemenetelhez.
- Ehhez alátámasztásul a modern stresszkutatások is támpontokat adnak.

- A „mássággal élők” társadalmi felzárkózása és integrációja a társadalom jövője szempontjából is fontos – a humán diverzitás hasonlóan fontos érték, mint a biológiai diverzitás a növényeknél és állatoknál.

szervő engedélyével (Szkizofrénia Akadémia, 2018. ápr. 21-22., Budapest):

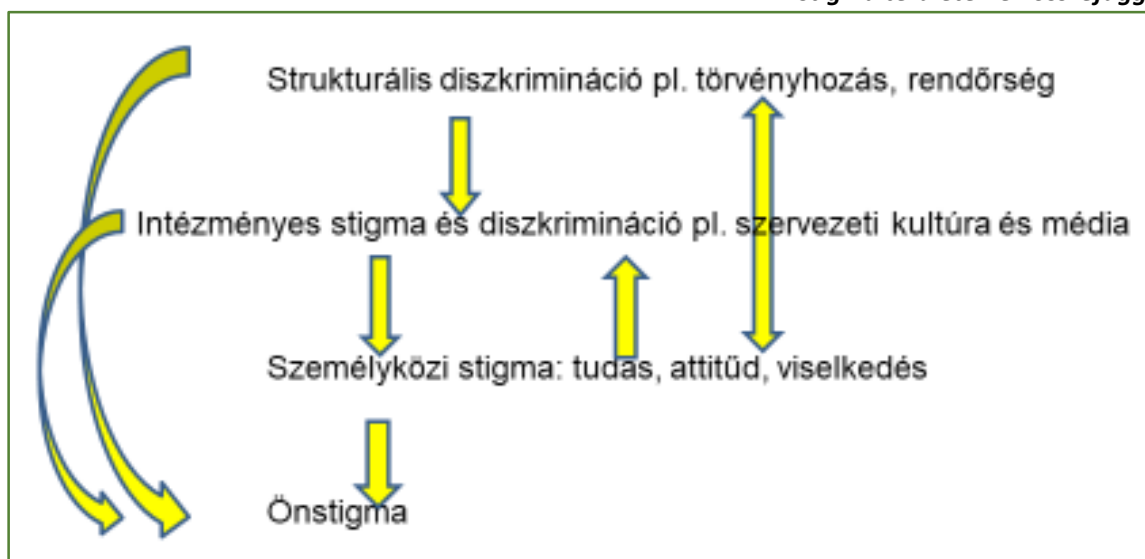
„A szkizofrénia, mint diagnosztikus kategória: az Amerikai Pszichiátriai Társaság és az akadémikus pszichiátria álláspontja:

- „Krónikus agyi betegség”
- „Leépüléshez vezető neurológiai betegség”
- „Súlyos, öröklődő agyi betegség”

legfőbb diszkriminatív terület 2008-ban és 2014-ben. (Kings’ College, London). (ld. 7. ábra)

mivel azt eltételezték, hogy nem mennek el a beutalóval, vagy nem követik az előírt.

A stigma területeinek összefüggése



#### 16.3.2.d. Az önstigma

A betegek könnyen interiorizálják a stigmát és „leírják magukat”.

732 európai szkizofrénia diagnózissal élő ember 72%-a titkolja a diagnózist. 64% úgy képzei, nem fogják egyenrangúan kezelni a munkavállalásnál, képzéseknél és 55%-uk szerint mások nem szívesen barátkoznak velük. Hasonló arányok derültek ki depresszióval élők esetében is.

A Vállalom magam – Emerging proud nemzetközi mozgalom a mentális problémákkal kapcsolatos pozitív lehetőségeket emeli ki.

Felépülés-alapú szolgáltatások

- Önsegítés (pl. Hanghalló csoport) Érdekvédelem
- Pszichoterápia
- Rehabilitáció
- Edukáció

#### 16.3.2.e. Strukturális stigma

**Törvényhozás, rendőség** stb.

- Hatékony gondozás és rehabilitáció

- Eset-menedzsment (a gondozó érdekvédő is!)
- Érdekvédelem, (szak)politika
- Érintettek bevonása

#### 16.3.2.f. Intézményes stigma és diszkrimináció

**Szervezeti kultúra és média**

- Felépülés-alapú szervezeti kultúra, szervezetfejlesztés
- Média-figyelés, fellépés a stigmatizáló megjelenések ellen, profi kommunikációs stratégiák.

Jó gyakorlat:

- NYITNIKÉK Magyar Antistigma Kezdeményezés sajtófigyelés, ANTISTIGMA-díj<sup>26</sup>
- Helyi média bevonása, pl. Egyensúlyunkért Alapítvány, Székesfehérvár, Horgony Alapítvány, Veszprém, Szigetvár, Kórház
- Szakemberképzés
  - Kings' College, London

#### 16.3.2.g. Személyközi stigma

**Tudás, attitűd, viselkedés**

- Érzékenyítő programok:
  - találkozás érintettekkel

- képzés, kultúra

Jó gyakorlat:

<sup>26</sup> [http://hvg.hu/pszichologiamagazin/20171123\\_HVGs\\_szerzo\\_nyerte\\_el\\_iden\\_az\\_Antistigmadijat](http://hvg.hu/pszichologiamagazin/20171123_HVGs_szerzo_nyerte_el_iden_az_Antistigmadijat) (elérve: 2020.08.31.)

- *Ébredések és Moravcsik Alapítvány iskolai érzékenyítő programjai*
- *Horgony Alapítvány: „városi séták”, amelyet kliensekkel csinálnak, a Lelki Egészség Világnapján*
- *Moravcsik Alapítvány: Art Brut, 24 órás festőmaraton*
- *Ébredések: Sziget Antistigma program*

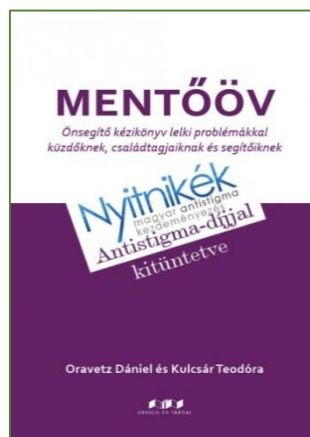
#### 16.4. A stigma következményei

- Úgy érzik, meg kell próbálniuk eltitkolni betegségüket,
- Szociális visszavonulás és elszigetelődés – elesés a szociális és gazdasági lehetőségektől,
- Depresszió,
- Szociális szorongás,
- Betegség fellángolása,
- Nem kötelezi el magát a kezelés felé,
- Kevés hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz és egyéb közszolgáltatásokhoz.

##### Mit tehetünk?

- A stigma, diszkrimináció csökkentése a gondozás szerves része,
- A szakembereknek maguknak is tudatosnak kell lennie a stigmatizáló hatások csökkentésében és a felépülés-szemléletű szervezeti kultúra megteremtésében,
- Az Antistigma programok sokfélék, legjobb, ha sok helyen, sokfelét” csinálunk a helyi igények és lehetőségek szerint. Az országos kampányok kevésbé hatásosak,

- A leghatékonyabb az érintettekkel való kapcsolat lehetőségének megteremtése, a hatékony rehabilitáció és közösségi integráció.



A képen egy tapasztalati és kísérő szakértő kötete, amely az érintettekkel való találkozás egyik remek példája. A sikeres kötet kiadását a veszprémi pszichiátriai gondozó és a Horgony Alapítvány gondozta. A kötet megjelenése nyomán számos találkozó történt más felhasználókkal és érdekeltekkel.

#### Mit tanultam ebben a leckében?

- 🎧 Mit jelent a depriváció fogalma és milyen okai lehetnek?
- 🎧 Milyen következményei lehetnek a deprivációnak?
- 🎧 Mik azok a gondolkodási sémák, és hogyan alakulnak ki?
- 🎧 Milyen következményekkel jár a társadalom és az egyén számára a jövedelmi különbségek kialakulása és növekedése?
- 🎧 Mit jelent az asszertivitás fogalma és mik az asszertív kommunikáció jellemzői?
- 🎧 Miért fontos a tudatos stigmacsökkentés?
- 🎧 Mi a leghatékonyabb antistigma program?

#### Irodalom

- Aylward M, Waddell G (2005): The Scientific and Conceptual Basis of Incapacity Benefits. Stationery Office, 2005. 234 p. ISBN: 011703584X, 9780117035843.
- Bremner JD. (2006): Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci. 2006 Dec; 8(4): 445–461.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF és mtsai (2014): Mental health stigma and primary healthcare decisions. Psychiatry Res. 218(0): 35–38.
- Elbogen EB, Johnson SC. (2009): The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psych.66(2):152- 61.

- Esslinger C, Walter H, Kirsch P, Erk S, Schnell K (2009): Neural mechanisms of a genome-wide supported psychosis variant. *Science*. 1;324(5927):605.
- Ferge Zs (2005): Ellenálló egyenlőtlenségek. A mai egyenlőtlenségek természetrajzához. Budapest, ELTE TáTK. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék, 2005. 51 p.
- Gibson LE, Alloy BL, Ellmana ML. (2016): Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms *Clin Psychol Rev*. 49: 92–105.
- Havasi É, (2002) Szegénység számolva, számolatlanul. *Szociológiai Szemle*. 4, 51–71.
- Hodgins S. (2008): Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil. Trans. R. Soc. B*. 363, 2505–2518.
- Jongsma HE, Gayer-Anderson Ch, Lasalvia A és mtsai (2018): Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study *JAMA Psychiatry*. 1;75(1):36-46.
- Maslow A. (1943): Theory of Human Motivation. *A Psychol Rev*. 50, 370-396.
- Mullainathan S, Shafir E (2014): A szűkösség pszichológiája - Miért jelent sokat, amiből kevesebb van? HVG Könyvek Kiadó, 2014. ISBN9789633042021.
- Thaler HR, Sunstein RC (2009): *Nudge*. Penguin Publishing Group, 2009. 320p. ISBN:014311526X.
- Thornicroft G (2006): *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford Univ Press. 322.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D és mtsai (2009): Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009 Jan 31;373(9661):408-15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6. Epub 2009 Jan 21.
- van Os J., Rutten BP és Poulton R (2008): Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin* 34(6): 1066-1082.
- Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, és mtsai (2016): Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health*. 70:223–225. <https://jech.bmj.com/content/jech/70/3/223.full.pdf> (elérve: 2020.08.31.)
- Young JE, Klosko SJ, Weishaar ME (2010): *Sématerápia*. VIKOTE, 2010. A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény. (CRPD). (2006)

## Ajánljuk

<https://data.oecd.org/>

<http://ec.europa.eu/eurostat>

## 17. INTERNET ÉS TELEMEDICINA A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK GONDOZÁSÁBAN

FARKAS KINGA

*Az internet és telemedicina alkalmazása a pszichiátria területén is egyre elterjedtebbé válik. A következőkben a főbb jellegzetességek és alapfogalmak tisztázását követően a már meglévő és potenciális alkalmazási területeket, a módszer előnyeit és korlátait igyekszem bemutatni. A fejezet végén két gyakorlatban is megvalósult hazai példával illusztrálom a módszerben rejlő lehetőségeket.*

### 17.1. Telepszichiátria

A telemedicina összefoglalóan azt a folyamatot jelöli, melynek során a fizikai távolságot technológiai eszközök segítségével áthidalva nyújtunk egészségügyi ellátást, leggyakrabban videokonferencia módszerrel.

A telepszichiátria a telemedicina ága, mely számos szolgáltatást foglal magában, mint pl. pszichiátriai vizsgálat, pszichoterápia (egyéni-, csoport-, családterápia), pszichoedukáció vagy a gyógyszeres terápia menedzselése.

A telepszichiátriai eljárások során direkt interakció is létrejöhet páciens és a szakember között. Emellett konzultációs pszichiátriai szolgáltatást is jelenthet az alapellátásban dolgozó (pl. háziorvos) kollégák számára.

Az így nyújtott egészségügyi szolgáltatás lehet élő és interaktív kommunikáció, de magában foglalja az egészségügyi információ tárolását is (képek, videók stb.), melyek egy későbbi időpontban akár távoli helyre is továbbíthatók (képzések során, szupervízió stb.) Van példa telekonferencia formájában zajló Bálint-csoportok működéseire is (pl. Ausztrália ritkán lakott területein magányosan és elszigetelten dolgozó segítő szakemberek számára.)

#### **Klasszikus alkalmazási lehetőségek**

- Pszichiátriai vizsgálat
- Pszichoterápia
- Terápia követése

#### **A módszer előnyei**

- A video alapú telepszichiátria segít a páciensek szükségleteit egy kényelmesebb, könnyen hozzáférhető módon kielégíteni egészségügyi szolgáltatásuk iránti igényüket.

- Segíti a mentális egészségügyi szolgáltatások elérését azok számára, akik földrajzi okokból nehezebben jutnának hozzá.
- A segítség közvetlenül a páciens lakóhelyén is elérhető.
- A viselkedést célzó terápiás beavatkozások és az alapellátás integrálása segítségével jobb kimenetelhez vezet.
- Csökkenti a sürgősségi osztályok és orvosi ügyelet felkeresésének gyakoriságát Csökkenti a várólistát, az ellátás egyéb okok miatti halasztását.
- Javítja a közösségi ellátást és az állapot követésének lehetőségeit és minőségét.
- Csökkenti a túlórát, pl. gyermekjóléti/családsegítő vagy egyéb a pácienseket (távoli) otthonukban történő felkeresését igénylő munkakörben dolgozók számára.
- Csökkenti a közlekedési nehézségekből származó akadályokat (tömegközlekedés hiánya, vagy hosszú vezetést igénylő távolság).
- Csökkenti a stigmatizáció miatti gátló faktorokat.

Míg néhányan furcsának érzik, hogy a képernyőn megjelenő személlyel kell beszélniük, de sokak számára nem jelent problémát. Néhány ember kifejezettebben könnyebben ellazul és könnyebben megnyílik, ha a saját megszokott otthoni környezetében tartózkodik. Ahogy a videokommunikáció a mindennapi életünk egyre természetesebb részévé válik, ez a probléma feltehetően tovább csökken. A telepszichiátria segítségével pszichiáterek több távol élő páciens kezelését tudják végezni.

Bár a telepszichiátria hátránya, hogy a kezelő és a páciens nem egy helyiségben tartózkodik, ugyanakkor számos páciens esetében éppen ez növeli a biztonság- és intimitás érzését.

## 17.2. A hatékonyság evidenciái

Számos vizsgálatban igazolódott, hogy a telepszichiátriai eljárásokkal való elégedettség mind a páciensek, mint pszichiáterek, mind a mentális betegek ellátásban részt vevő egyéb szakemberek körében magas. A telepszichiátria esetében a diagnosztika pontossága, terápiás hatékonysága, az ellátás minősége és betegek elégedettsége tekintetében egyenértékű a személyes vizitekkel. A páciensek a személyes találkozásokhoz hasonló mértékben bizalmat keltőnek és diszkrétnek írták le a szolgáltatást. A kutatások minden korcsoportban jó tapasztalatokról számoltak be. Gyerekek, serdülők és felnőttek esetében is megfelelőek voltak a gyógyszeres és pszichoterápiás beavatkozások is. Bizonyos személyek számára a telepszichiátriai ellátás esetleg a személyes találkozásnál preferáltabb módszer lehet, pl. autizmus spektrum zavarral élő, súlyos szorongásos zavarban szenvedő vagy mozgásukban korlátozott személyek.

Kifejezetten hatékonyak találták a telepszichiátriai eljárásokat PTSD, depresszió (magatartástudományi intézet, CBT) és ADHD esetében.

### Egyéb lehetőségek

- Pszichoedukáció,
- Kommunikáció,
- Önsegítő csoportok,
- Közösségi média,
- Terápiás alkalmazások okostelefonon:
  - *fiziológiai paraméterek monitorozása,*
  - *aktivitás (sport, lépésszámláló, GPS),*
  - *diéta napló,*
  - *alvásciklus követése,*
  - *CBT applikáció,*
  - *Időpontfoglalás, naptár.*

A szakemberrel való konzultáción kívül napjainkban egyre elterjedtebben olyan okostelefonra letölthető applikációk, melyek a mentális egészséggel kapcsolatosak. Ilyenek, pl. CBT technikákat ajánló alkalmazások, vagy akár komplett ellátási formát kínáló szenzorokkal támogatott rendszerek, mint pl. mResist (pilot study).

Ezen kívül léteznek önsegítő, vagy szakember által moderált online fórumok, közösségek, melyek a felépülés további mankói lehetnek.

Fontos megemlíteni ugyanakkor, hogy az internetes tartalmak jelenleg igen széles réteg számára elérhetőek. Ezek részben kifejezetten hasznosak (információk intézményekről, juttatásokról, jogokról, segítő közösségekről, edukáció anyag a betegségekről stb.), más esetben pedig nagyon károsak is lehetnek (fals információk, összeesküvés elméletek, betegség fenntartását támogató oldalak – proAna, proMia oldalak, öngyilkosságra buzdító tartalmak stb.). Így a szakember feladata annak feltérképezése, hogy a páciens milyen forrásból tájékozódik, szükség esetén tájékoztatás, hiteles források megjelölése számukra.

A telepszichiátriát számos területen használják. magánpraxisban, járóbeteg ellátásban, kórházakban, fejlesztő központokban, iskolákban, idősok otthonában vagy akár a hadsereg egészségügyi ellátása során. A páciensek előjegyezhetnek időpontot pszichiáterrel vagy terapeutával egyéni videobeszélgetésre. Számos szolgáltató, vagy cég rendelkezik ilyen szolgáltatási formával, amely egyszeri vagy akár rendszeres módja is lehet a viziteknek. A páciensek ebben az esetben is előre kell terveznie és fel kell készülnie a találkozásra, a személyes találkozóhoz hasonlóan, hogy a releváns kérdéseit előre összegyűjtse, praktikus dolgokat meg tudják vitatni.

A telepszichiátria segíthet pszichiáter konzultánst nem alkalmazó sürgősségi ellátóhelyeken, ápolási otthonokban az esetleges sürgős esetek, krízisek ellátásában is.

### Korlátok

- Költség, finanszírozás szabályozása nem kidolgozott,
- Internetelérhetőség szükséges,
- Eszközhasználathoz szükséges készség, technikai ismeretek.

### Költségek, biztosítás

AZ USA-ban, számos államban az egészségügyi biztosítás tartalmaz, vagy tartalmazhat telemedicina igénybevételére is fedezetet. Magyarországon jelenleg az állami ellátásban nem elterjedt módszer, magánegészségügyben pl. pszichoterápiás kezelések esetében ugyanakkor egyre inkább terjed az alkalmazása.

### 17.3. Szerkesztői megjegyzés

A fenti fejezethez szerkesztői megjegyzés formájában az alábbi gondolatokat szeretnénk hozzáfűzni a pszichiátriai ellátásban alkalmazandó telemedicina alkalmazása kapcsán.

A fejezetben olvashatók, az alkalmazáshoz szükséges feltételek (hozzáférés a szükséges feltételekhez - eszközök, szélessávú internet, szoftver stb., fenntartásuk, felhasználói készségek), az ilyen típusú terápiához való hozzáférést alapvetően befolyásolják. Sajnos a különleges helyzetben alkalmazható telemedicina vonatkozásában egyes hazai ellátók már rendelkeznek némi tapasztalattal, hiszen a koronavírus járvány első hulláma megmutatta, hogy milyen nagy a telemedicina feltételeinek itthoni heterogenitása. A gondozotti körben éppen a leginkább rászorulóknak (többek közt a távoli településen élők, szegénységben élők, mentálisan leépültek, pszichotikus dekompenzációban lévők) elérhetősége sérült. Az idősebb korosztályból és az alacsonyan képzettek köréből kevesen tudták eljáratni a folyamatosan változó eszközök használatát, még ha ezek rendelkezésre is álltak. Így gyakran közvetítőket igénybevéve tudtuk a szükséges információkat beszerezni, eljuttatni, ami viszont az adatvédelmi szabályokat figyelembe véve lehet aggályos. És akkor még a finanszírozás kérdését még fel sem vetettük.

További néhány gondolatot és szempontot fogalmaztunk meg a teljesség igénye nélkül, melyekre javasolt figyelemmel lenni:

- A szakemberek részéről az telemedicina alkalmazása speciális szakmai tudást és feltételeket igényel – ehhez irányelvek, képzések, megfelelő szabályozás, megfelelő monitor is szükséges.

A szélesebb körű bevezetést megelőzően megfelelő hatásvizsgálat szükséges (hogyan befolyásolja az ellátást, annak jelenlegi formáit, minőségét, a kapacitást, finanszírozást, hozzáférést stb).

- Javasolt tovább vizsgálni azt is, hogy az egy térben történő személyes jelenléthez képest befolyásolja-e és milyen módon a terápiás kapcsolatot, a rapportot.
- Javasolt felkészülni a váratlan technikai problémákra (időjárás és környezeti hatások, eszköz meghibásodás), mely megszakíthatja a kapcsolatot, vagy jelentősen rontja annak minőségét, zavart okozva a terápia folyamatában, az elérhetőségben.
- A hatékonysági vizsgálatok, metaanalízisek kapcsán levonható következtetéseket gyengítette az, hogy az összehasonlító vizsgálatok többségénél a minta a vizsgálat során nem randomizált módon került bevonásra, és érthető technikai okokból a duplavak vizsgálatok hiányoznak. Fontos lenne ezek további vizsgálata és követése, randomizált összehasonlító vizsgálatok elvégzése.

A szabályozás a különböző országokban eltérő, és időben is változó. Mégis érdemes betekinteni az egyes ellátók honlapján lévő tájékoztatókba, ahol számos információ elérhető, a gyakorlati alkalmazásra vonatkozóan is, többek között, hogy mely esetekben ajánlják, ill. nem javasolják a módszert. Ilyen pl. a kaliforniai Raleigh-ban működő szolgáltató honlapja.<sup>27</sup>

### Mit tanultam ebben a leckében?

- 📌 Milyen kórképek esetében lehet előnyös telepszichiátriai eszközök alkalmazása?
- 📌 Milyen technikai feltételei vannak a módszer megvalósításának?
- 📌 Mik az internet alapú eszközök alkalmazásának legfőbb buktatói?

### Irodalom

APA Telepsychiatry Toolkit

<sup>27</sup> <https://www.medpsychnc.com/post/understanding-the-advantages-disadvantages-of-telepsychiatry-in-raleigh>. (elérve: 2020.08.31)



Beck M (2016): How Telemedicine is Transforming Health Care. The Wall Street Journal. June 26, 2016

Deslich S és mtsai (2013): Telepsychiatry in the 21st Century: Transforming Healthcare with Technology. Perspective in Health Information Management. Summer 2013.

Hilty DM, és mtsai (2013): The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review. Telemedicineand e-Health. June 2013, Vol 19, No.6, pages 444-454.

## Ajánljuk

<http://www.mresist.eu/> (elérve:2020.08.31.)

<https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action> (elérve:2020.08.31.)

<https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-telepsychiatry> (elérve:2020.08.31.)

## 18. A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

CSOMÓS ANDRÁS, BALCZÁR LAJOS, HARANGOZÓ JUDIT, SILLING TIBOR, KOPPÁNY KATALIN

*Cél a mentális betegek minél magasabb szintű rehabilitációja és reintegrációja, a szegregáció és a stigmatizáció elkerülése. Ez nem csak szakmai, hanem társadalompolitikai feladat is egyben, a törvényhozók, szakpolitikusok felelőssége is, csakúgy, mint a civil lakosság szemléletformálása. Elképzeléseink egy olyan keretet vázolnak fel, amely – megfelelő anyagi, strukturális és humán források biztosítása mellett – véleményünk szerint optimális és a jövőben megvalósítható. Ugyanakkor a pszichiátriai szakma e tárgykörben megfogalmazható konszenzusának is tekinthető.*

### 18.1. A fejlesztés alapvetései

CSOMÓS ANDRÁS, BALCZÁR LAJOS, HARANGOZÓ JUDIT

*Ez a fejezet a pszichiátriai gondozás jelenlegi hazai helyzetéből kiindulva fogalmaz meg olyan alapelveket és gyakorlati elképzeléseket, amelyek az egész országban egyetemlegesen és jó hatékonysággal használhatóak.*

#### 18.1.1. A pszichiátriai gondozás

*Olyan, krónikus mentális betegség rehabilitációs szemléleten alapuló, hosszan tartó, komplex kezelése a beteg civil életterében, amelyet nehezít a betegségbelátás részleges, vagy teljes hiánya.*

**A gondozás során három fő igénynek kell megfelelni:**

- a beteg érdekeinek
- a család/lakókörnyezet igényeinek
- a társadalmi konszenzuson alapuló (és esetenként jogilag jól körülírt) érdekeknek.

Ezek az igények, érdekek gyakran egymással ellentétesek.

##### 18.1.1.a. A beteg igényének figyelembevétele

*Addig folytatjuk a kezelést, amíg a beteg óhajtja.*

**Előnyök:** szolgáltatás alapú ügyfél-viszony, az ütközések esélye a pácienssel szemben csekély. Jó kooperációs lehetőségek. Nem sérülnek a beteg önrendelkezési jogai.

**Hátrányok:** A hiányos betegségbelátásból kifolyólag a szakmailag indokolt kezelés nem mindig esik

egybe azzal, amit a beteg igényel. Sérülhetnek a beteggel kapcsolatban álló személyek jogai, ill. a társadalmi érdekek is. Hosszabb távon tartós egészségkárosodás fokozott veszélye a beteg vonatkozásában. Nagyobb a kockázatos kimenetel (pl. veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető) állapot kialakulásának esélye.

##### 18.1.1.b. A család/lakókörnyezet igényeinek prioritása

*Addig folytatjuk a kezelést, amíg a környezeti személyek akarják.*

###### **Előnyök**

a kezelés menetével kapcsolatos egyeztetéseket (véltetően) megtartott betegségtudatú személyekkel folytatjuk le. A szakmailag indokolt kezelési protokoll megvalósításának nagyobb esélye.

###### **Hátrányok**

Jogilag vitatható helyzetet generálunk. Nem a beteg érdeke szerint járunk el (harmadik fél az ellátási szolgáltatás megrendelője).

##### 18.1.1.c. A társadalmi konszenzuson alapuló érdekek előtérbe kerülése

*Addig folytatjuk a kezelést, amíg a veszélyeztető/közvetlen veszélyeztető állapot fennáll. A gondozás arra irányul, hogy ez a helyzet ne ismétlődjen meg. Ez a betegek elkülönítéséhez (tartós intramurális ellátás, gondozás) vezethet.*

Fejlettebb jogállamokban a fentiekén túl a felépüléshez, integrálódáshoz szükséges lehetőségek megteremtése is megjelenik.

*A kötelező ambuláns gondozás megjelenése*

az ellátásban (a kötelező intézeti gyógykezelés

után vagy azt kiváltva).

### 18.1.2. Stratégiai cél

**A stratégiai cél** a három igény integrálása, az **egyed szereplők halmazati előnyének maximálása**. Ez elfogulatlan mediációt is jelent egyúttal (pl. a közösségi szociális gondozó közbenjárásával). A törekvés az, hogy lehetőleg egyik szereplő érdeke se legyen „nullás szinten” érvényesítve, vagyis negligálva.

Ideális esetben tartós remisszióban lévő, a lakókörnyezetében aktív szerepet betöltő, lehetőség szerint kereső foglalkozást végző és családban élő „beteget” kapunk „eredményként”. Ennek az eredménynek a tartós megtartása azonban a legtöbb esetben az erőforrások folyamatos bevonását igényli.

### 18.1.3. Várható eredmény

**A pszichiátriai gondozás célja tehát a felépülés irányába tett lépések sora, melyeknek:**

- összehangoltaknak
- elégségeseknek

- valamint a szükségeset meg nem haladó mértékűnek

kell lenniük (minél nagyobb teret adva a kliens autonómiájának - empowerment).

## 18.2. Nappali Terápiás Részlegek (NTR)

SILLING TIBOR, KOPPÁNY KATALIN

*A hazai pszichiátriai és addiktológiai gondozói hálózat fejlesztésének innovatív részeként folyik kísérleti jelleggel a szervezeten és szakmailag a gondozóhoz kapcsolódó, reggeltől délutánig működő Nappali Terápiás Részlegek (NTR) kialakítása négy helyszínen (Nagykanizsán, Siófokon, Veszprémben, Zalaegerszegen) az EFOP-2.2.0-16-2016-00008 Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése projekt keretében.*

A kapcsolódó pilot programok során az ellátási tevékenységek módszertanát definiáló orvosszakmai modell (kritériumok, célok, célcsoportok, indikációk, kontraindikációk, várt hatás, gyakorlati megvalósítás stb.), a finanszírozás rendje,

az NEAK befogadás, valamint a monitorozás, az eredményesség mérésének metodikája kerül kidolgozásra az ÁEEK szakértői által.

### 18.2.1. Az ellátási forma alapvető célja

Cél, hogy segítse a gondozás folyamatát a betegszelés idejének jelentős meghosszabbítása révén, mely kiterjeszti mind a diagnosztikus, mind terápiás, mind pedig az edukatív lehetőségeket. Az intenzívebb betegszelés folytán lehetővé válik a farmakoterápia hatásainak, mellékhatásainak monitorozása és így a hatékonyabb relapszus prevenció is. Ezen túlmenően az ellátás hatékony eszköze lehet a rehabilitációnak. Ez személyre szabott rehabilitációs terv alapján, rögzített időkeretben történik. Az ellátás ugyancsak javíthatja a betegek szociális készségeit, adaptációját, mely a felépülés szempontjából alapvető fontosságú. Így az NTR elsősorban az intenzív, aktív gondozás, másodsorban a személyre szabott rehabilitáció, harmadsorban – a fennmaradt kapacitásai terhére – a szociális készségek, kapcsolati rendszer fejlesztésének színtere. Természetesen ezek a funkciók és feladatok teljes mértékben nem választhatók külön.

A gondozóban kezelt beteg NTR-be történő delegálása a kezelőorvos és/vagy az NTR részlegvezető orvos, ill. az ellátó team kompetenciája. Az elhelyezés során elsősorban a beteg állapotát, szociális kapcsolatrendszerét és életkörülményeit veszik figyelembe. Ez a beteg tájékoztatását és hozzájárulását követően valósul meg. A betegek az NTR-ben az orvosszakmai modellben meghatározott, az állapotukhoz illeszkedő, a szükségleteiknek megfelelő ellátási típusba kerülnek bevonásra, egyénenként kialakított terápiás terv mentén, mely rögzíti az állapotfelmérés eredményéhez illeszkedő, az ellátás során tervezett terápiás módszereket, a bent tartózkodás napi óraszámát, ill. a heti órarendet, melyek a kezelés előrehaladtával akár változhatnak is.

A kezelési program a beteggel minden esetben egyeztetésre kerül.

### 18.2.2. A pilot program

az orvosszakmai modell alapján a részlegben 15-20 beteg ellátásával, heti munkarend szerint komplex ellátói team foglalkozik. Ebben szakorvos, foglalkoztató terapeuta, szakgondozó vagy szakápoló, valamint pszichológus vesz részt. A fejlesztést betegadminisztrációs eljárásrend és dokumentáció támogatja, mely tartalmazza az orvosszakmai modell ellenőrzését és pontosítását célzó indikátorokat, valamint a finanszírozási dokumentáció elkészítéséhez szükséges adatok és indikátorok rendszerezett listáját.

Az NTR-ben történő beavatkozások eredményeként a kórházba utalások várhatóan csökkennek, a betegelégedettség és együttműködés szintje növekszik, az ellátó személyzet, a hozzátartozók elégedettségének foka szintén nő, a táp-pénzben töltött napok száma csökken, rehabilitáció során a munkába sikeresen visszahelyezettek száma emelkedik. Az NTR segítségével a pszichiátriai gondozó számára lehetőség nyílik a súlyosabb

állapotú betegek szorosabb megfigyelésére, intenzívebb terápiájára, védett, támogató környezet biztosítására, a kezelésben való együttműködés, az állapotnak megfelelő aktivitás elősegítésére, a szociális izoláció csökkentésére, a szociális készségek fejlesztésére és támogatására. Így a betegek, intenzívebb kezelést, többszintű támogatást kapnak. A kezelésben való együttműködésük javul. Lehetővé válik a visszatérő tünetek korai észlelése és időbeni kezelése, mely ideális esetben a visszaesés megelőzését, de legalább a tünetek súlyosságának mérséklését, gyorsabb felépülést, kevesebb maradványtünetet eredményez a beteg számára, javítva életminőségüket. Lehetőség nyílik a kórházi ápolási idő korlátozottsága miatt a csak részlegesen gyógyult betegek további kezelésére is.

**Összességében** tehát a pilot programok sikeres zárásától azt várjuk, hogy **az NTR országos bevezetésével egy korábban kórházi ellátásra szorult betegpopuláció befejezett ellátást kapjon a járóbeteg-ellátás keretei között.**

## 18.3. Jövőkép

CSOMÓS ANDRÁS, BALCZÁR LAJOS

### 18.3.1. A "jövő" pszichiátriai gondozója

- Bárki számára hasonló esélyekkel elérhető,
- Lehetőleg teljes szolgáltatást nyújt járóbeteg-szinten,
- Biztosítja a lakókörnyezeti ellátás lehetőségét (akár a beteg otthonában is),

#### 18.3.1.a. Területi elosztás

- Járásonként/kerületenként (cca 30-50 ezer lakos) 1 közösségi (szociális) ellátó szolgálat nyitva álló helyiséggel (nappali ellátással).
- 2-3 járásonként (kb. 80-120 ezer lakosonként) 1 gondozási központ (pszichiátriai gondozó) teljes teammel.

#### 18.3.1.b. Kapcsolattartás

- A közösségi (szociális) ellátó szolgálat napi kapcsolatban (állandó elérhetőséggel) áll a gondozási központtal (pszichiátriai gondozó).
- Heti rendszerességgel esetmegbeszélés, supervízió a gondozói team tagjaival.
- A regionális centrum által szervezett esetkonferenciákon a közösségi gondozói team esetenként

- Az egyetemesség, elérhetőség fontosabb, mint a szakmai specifikáció, a túl magas szintű, de koncentrált szolgáltatás.

- 1-2 megyénként (80-120 ezer lakos) regionális centrum bővített teammel (képzőhely, szakmai központ, NTR lehetőséggel).
- Klinikai centrumok, speciális szakambulanciákkal, NTR lehetőséggel és képzési koordinációs feladatokkal.

a szociális ellátórendszer egyéb tagjaival kibővítve és a pszichiátriai gondozó szakemberei személyesen vagy online platformon keresztül vesznek részt (videokonferencia).

- Ezekon a konferenciákon a területen működő fekvőbeteg-ellátó osztály is részt vesz (közös referáló konferenciák).

### 18.3.1.c. *Finanszírozás*

A pszichiátriai gondozók fejlődését szolgálja a finanszírozási rendszer újragondolása:

A fekvőbeteg-ellátás HBCs finanszírozási min-tájára a járóbeteg-szakellátásban alábontott, tevé-kenységi egységeket finanszírozó, **Homogén Gon-dozói Kód** bevezetése célszerűnek látszik.

### Mit tanultam ebben a leckében?

- ▶ Sorolja fel, milyen szempontok, érdekek stratégiai konszenzusa révén jön létre az optimális pszichiátriai gondozás?
- ▶ Milyen közreműködők révén valósul meg a lakosságközeli, definitív szolgáltatás a pszichiátriai gondozás során?
- ▶ Indokolja meg a pszichiátriai gondozás egészségpolitikai, társadalmi és gazdasági hasznosságát!

## V. FÜGGELÉK

## 19. TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK JEGYZÉKE

## 19.1. Táblázatok összefoglaló jegyzéke és kiegészítő táblázatok

[1. táblázat](#) A működési engedély kiadásának alapjául szolgáló ellátási formák

[2. táblázat](#) Speciális gondozási tevékenység minimumfeltételei

[3. táblázat](#) Társadalombiztosító szakmai kódjai

[4. táblázat](#) Pszichoterápiák esetén használt OENO kódok

[5. táblázat](#) Gyakran előforduló team-vezetői intervenciók

[6. táblázat](#) Általános vezetői koncepciók

[7. táblázat](#) Az antidepresszívum választás szempontjai a várandósság és a szoptatás időszakában néhány gyakori klinikai helyzet példáján keresztül

[8. táblázat](#) A tiltott drogok elterjedtségének mutatói a hazai lakosságban (2015)

[9. táblázat](#) Összehasonlító táblázat az egyes viselkedésaddikciók vonatkozásában

[10. táblázat](#) A különböző korokban a vallási, rendészeti és orvosi megközelítések elterjedtségének mérése

[11. táblázat](#) Citokróm P450 enzimek és pszichiátriai gyógyszerek → [vissza a 8.1.3. fejezethez](#)



ENZIM	SZUBSZTRÁT	INHIBÍTOROK	INDUKTOROK
<b>CYP1A2</b>	clozapin olanzapin	fluvoxamin, paroxetin cyprofloxacin	karbamazepin dohányzás, orbáncfű, brokkoli, rostonsültek
<b>CYP 2C19</b>	fluoxetin szertralin agomelatin triciklusos antidepresszán- sok	Omeprazol Oxcarbazepine Topiramate	karbamazepin
<b>CYP2C9</b>	amitriptylin fluoxetin	Valproát készítmények	karbamazepin fenitoin <i>etanol</i>
<b>CYP 2D6</b>	aripirazol klozapin olanzapin risperidon hagyományos antipszichoti- kumok	bupropion fluoxetin paroxetin duloxetin szertralin	<i>etanol</i> <i>orbáncfű</i>
<b>CYP3A4</b>	aripirazol klozapin kvetiapin ziprazidon risperidon	-azol gombaellenes szerek makrolidabok fluoxetin fluvoxamin szertralin <i>grapefruit</i>	karbamazepin fenitoin rifampin barbiturátok <i>fokhagyma,</i> <i>orbáncfű</i>

de Leon és mtsai (2005). *Psychosomatics*.;46:262–273; Ereshefsky és Dugan (2000) *Depress Anxiety* 12:30–44; Johanessen és mtsai(2010) *Curr. Neuropharmacol.*8, 254-267;

Flockhart (2007). *Drug Interactions: Cytochrome P450 Drug Interaction Table*. Indiana University School of Medicine <http://medicine.iupui.edu/clinpharm/DDIs/table.aspx> (elérve:2020.08.31.)

12. táblázat **Adagolási ajánlatok kombinált terápia mellett**

→ [vissza a 8.1.3. fejezethez](#)

KÍSÉRŐ GYÓGYSZER	AJÁNLOTT MÓDOSÍTÁS	
CYP3A4 <b>induktor</b> (karbamazepin) CYP1A2 <b>induktor</b> (dohányzás)		
Erős CYP3A4/1A2 <b>gátlók</b> (pl. grapefruit, fluvoxamin) Erős CYP2D6 <b>gátlók</b> (pl. bupropion, fluoxetin, paroxetin, duloxetin, szertralin)		

13. táblázat **Benzodiazepinek metabolizmusa, gyógyszerinterakciók**

→ [vissza a 8.3. fejezethez](#)

ENZIM	SZUBSZTRÁT	INHIBÍTOROK	INDUKTOROK
<b>CYP3A4</b>	Alprazolam Diazepam Clonazepam Midzolam Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem	Azol antifungalis Macrolidek Amiodaron Diltiazem Verapamil Proteáz Inhibitorok Fluvoxamin <i>grapefruit</i>	Karbamazepin Phenobarbital Phenytoin Rifampin
<b>CYP 2C19</b>	Diazepam	Omeprazol Oxcarbazepine Topiramate	Dexamethasone Phenobarbital Phenytoin Rifampin
<b>CYP 2C9</b>	Diazepam	Valproát készítmények	karbamazepin fenitoin <i>etanol</i>
<b>UGT</b>	Lorazepam Oxazepam		Lamotrigin Phenobarbital Phenytoin Rifampin

Flockhart (2007). *Drug Interactions: Cytochrome P450 Drug Interaction Table*. Indiana University School of Medicine <http://medicine.iupui.edu/clinpharm/DDIs/table.aspx>

Valdes J et al.(2016) *Clinically Significant Interactions with Benzodiazepines*. in: M. Jann et al. (eds.), *Applied Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Psychopharmacological Agents*. Springer International Publishing Switzerland 2016.471-495.

14. táblázat **Benzodiazepinek osztályozása hatástartam és potenciál szerint** → [vissza a 8.3. fejezethez](#)

t <sub>1/2</sub>	NAGYPOTENCIÁL (<10MG)	KISPOTENCIÁL (>10MG)
<b>Rövid</b> (t <sub>1/2</sub> : 5-15óra)	alprazolam lorazepam	temazepam oxazepam
<b>Hosszú</b> (t <sub>1/2</sub> >40 óra)	clonazepam	chlordiazepoxid diazepam
<b>Ultrarövid</b> (t <sub>1/2</sub> <5 óra)	midazolam	

15. táblázat **Farmakoterápia effektivitása bipoláris zavarban**

→ [vissza a 8.4. fejezethez](#)

	AKUT MÁNIA	AKUT DEPRESSZIÓ	MÁNIA RELAPSZUS PREVENCIÓ	DEPRESSZIÓ RELAPSZUS PREVENCIÓ
<b>Lítium</b>	++	++	++	++
<b>Valproat</b>	++	+	++	+
<b>Karbamazepin</b>	+	0	+	0
<b>Lamotrigin</b>	–	++	+	++
<b>Olanzapin</b>	++	+	++	+
<b>Quetiapin</b>	++	++	++	++
<b>Risperidon</b>	++	–	++	–
<b>Ziprasidon</b>	++	–	++	–
<b>Aripiprazol</b>	++	–	++	–
<b>Paliperidon</b>	++	0	0	0

(Khuo, J, *Mood stabilisers, Aust Prescr* 2012;35:164-8)

++: erős, duplavak placebokontrollált bizonyíték, +: korlátozott, támogató duplavak placebokontrollált bizonyíték, 0: nem áll rendelkezésre megfelelő duplavak placebokontrollált bizonyíték; – negatív vizsgálatok vannak

<sup>1</sup> az olanzapin-fluoxetin kombinációt is beleértve

<sup>2</sup> risperidon LAI (depot)



## 16. táblázat A hangulatstabilizálók alkalmazása során szükséges specifikus vizsgálatok

[→ vissza a 8.3. fejezethez](#)

VIZSGÁLAT	LÍTÍUM	VPA	CBZ
Pajzsmirigy-funkció /TSH	A terápia elején, majd hathavonta, vagy egyértelmű klinikai jelek esetén gyakrabban.		
Kalcium szint	A terápia elején, hat hónap múlva, majd évente		
Májfunkció		A terápia elején, majd 3 havonta az első évben, majd évente. <i>DE! a leginkább veszélyeztetett páciensek esetében, és azoknál, akik korábban májbetegségben szenvedtek az első évet követően 6 havonta.</i> Zajló, illetve korábbi, súlyos – különösen gyógyszer indukált – májbetegség esetén ellenjavallt.	A terápia elején, majd három hónapig havonta, majd 6 havonta. <i>DE! idősebbeknél, vagy akiknél már előfordult májbetegség 3-4 havonta, szükség esetén gyakrabban.</i> Aktív májbetegség, vagy májműködési zavar súlyosbodása esetén a kezelést haladéktalanul meg kell szakítani.
Elektrolit	3-6 havonta		Három hónapig havonta, majd 6 havonta. <i>MJ: Hiponatrémia fokozott kockázata miatt alacsony nátriumszinttel járó vesebetegség fennállása, vagy nátriumszint csökkentő gyógyszerek szedése mellett a szérum nátriumszint ellenőrzése javasolt a kezelés elkezdése előtt és két hét múlva, majd a kezelés első három hónapja alatt havonta.</i>
Vesefunkció (karbamid, kreatinin)		A kezelés elkezdésekor, majd 3–6 havonta; <i>DE! Ennél gyakrabban, ha valamilyen klinikai jel ezt indokolja, illetve egyes gyógyszerek, pl. ACE-gátlók, vízhajtók, NSAID-ek- beállítása után</i>	Három hónapig havonta, majd félévente.
Teljes vérkép		A kezelés elején, majd 3 havonta az első évben, utána évente. <i>DE! Szoros ellenőrzés szükséges, ha már volt csontvelőkárosodás.</i>	A kezelés elején, majd három hónapig havonta, majd évente.
Vércukor		Ha egyéb rizikófaktorok indokolják	
Lipidprofil		Ha egyéb rizikófaktorok indokolják	

VIZSGÁLAT	LÍTIUM	VPA	CBZ
Vérnyomás		Ha egyéb rizikófaktorok indokolják	
EKG		A kezelés elkezdésekor, ha a beteg kardiovaszkuláris (CV) rizikófaktorokkal rendelkezik vagy már kialakult CV betegségben szenved, 45 év feletti életkorban félévenként javasolt	
Testsúly/testmagasság	A kezelés elkezdésekor, hat hónap múlva, aztán évente, illetve akkor, ha gyors súlynövekedés észlelhető	Az első évben 3 havonta, majd évente.	A kezelés elkezdésekor, majd amennyiben gyors testsúlynövekedés észlelhető, hat hónap múlva.
Gyógyszer-szint	1 héttel a terápia beállítása után, majd 1 héttel minden dózismódosítás után, míg a szint stabilá válik. Ezt követően 3-6 havonta, függően a beteg együttműködésétől és állapotának alakulásától. <i>DE! Intoxikáció gyanúja- kor azonnal.</i>	Hatástalanság esetén, noncompliance, vagy toxicitás gyanújakor	6 havonta  <i>Mj: a terápiás és a toxikus tartomány közel esik egymáshoz</i>
Egyéb		Egyéb rizikótényezők jelenléte esetén csontsűrűség mérés; A menstruációs ciklus változása-ira az első évben 3 havonta, majd évente ajánlott rákérdezni.	Egyéb rizikótényezők jelenléte esetén csont sűrűség mérés; Bőrtünetek, kiütések megjelenésének monitorozása főként a terápia első hónapjaiban; Fogamzásgátló módszer hatékonyságának áttekintése (egyes hormonális fogamzásgátlók hatékonyságát csökkenti);

**NSAID:** nem szteroid gyulladásgátlók; **CBZ:** karbamazepin, **VPA:** valproát;

**ACE-gátlók** (angiotenzin-konvertáló enzim gátlók)

**Mj:** **Lamotrigin-kezelés** során ajánlott éves kontrollvizsgálat, de ezen felül speciális monitorozási szempontok nincsenek, kivéve a bőrkiütések megjelenésének folyamatos monitorozását. A táblázat az Egészségügyi Közlönyben megjelent, a bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról szóló hivatalos irányelvben foglaltak alapján készült (Egészségügyi Közlöny, 2016; 65. évf. 14. szám (Szeptember 5), 2050–2085. <https://kolegium.aek.hu>)

17. táblázat A lítium plazmaszintjét befolyásoló gyógyszerek

[→ vissza a 8.4. fejezethez](#)

GYÓGYSZEREK	LÍTIUM KONCENTRÁCIÓ	KOCKÁZAT
<b>Diuretikumok:</b>		
➤ Thiazid	20-40% +	jelentős
➤ Kacs	0-40% +	relatív biztonságos, különböző mértékű (időseknél és komorbid állapotok esetén a kockázat nő)
➤ K-megtakarító	0	nincs
➤ ozmotikus	40-60% -	relatív biztonságos, különböző mértékű
➤ metil xanthin	40-60% -	relatív biztonságos, különböző mértékű
<b>ACE inhibitorok</b>	20-40% +	jelentős (késleltetett toxicitás; időseknél a kockázat nő)
<b>Angiotenzin II inhibitorok</b>	0-20% +	relatív biztonságos
<b>NSAID</b>	0-40% +	relatív biztonságos, különböző mértékű
<b>Ca-csatorna blokkolók</b>	0	relatív biztonságos

+: koncentráció emelkedés; -: koncentráció csökkenés;

Finley, PR (2016): *Drug Interactions with Lithium: An Update, Clin Pharmacokinet.* nyománFinley, PR (2016): *Drug Interactions with Lithium: An Update, Clin Pharmacokinet.* 2016 Aug;55(8):925-41

18. táblázat A Magyarországon forgalomban lévő, gyakoribb antidepresszívumok, antipszichotikumok, hangulatstabilizálók és szorongásoldók kockázata várandósság és szoptatás idején, és néhány szer relatív csecsemő-dózisa

[→ vissza a 8.4. fejezethez](#)

HATÓANYAG	KOCKÁZAT VÁRANDÓSSÁG ALATT	KOCKÁZAT SZOPTATÁS IDEJÉN	RELATÍV CSECSEMŐDÓZIS
Alprazolam	D	L3	
Aripiprazol	C	L3	
Buspiron	B	L3	
Citalopram	C	L3	3-10
Diazepam	D	L3/L4	
Duloxetin	C	N/A	<1
Escitalopram	C	L3	3-6
Fluoxetin	C	L2/L3	<12
Fluvoxamin	C	L2	<2
Haloperidol	C	L2	
Karbamazepin	D	L2	
Klomipramin	C	L2	
Klonazepam	D	L3	
Klozapin	B	L3	
Kvetiapin	C	L4	
Lamotrigin	C	L3	
Lítium	D	L4	
Lorazepam	D	L3	
Mirtazapin	C	L3	0,5-3
Olanzapin	C	L2	
Paroxetin	D	L2	0,5-3
Risperidon	C	L3	
Szertralin	C	L2	0,5-3
Valproát	D	L2	<3
Venlafaxin	C	L3	6-9
Ziprazidon	C	L4	
Zolpidem	B	L3	

Chad és mtsai, (2013) és Yatham és mtsai, (2013) nyomán, idézi Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2017 **Várandósság esetén** a kockázati kategóriák értelmezése (American Food and Drug Administration): **A:** Megfelelő és jól kontrollált, várandós nőknél végzett vizsgálatok nem mutatták a magzati rendellenességek megnövekedett kockázatát. **B:** Állatkísérletek nem találtak bizonyítékot a magzati ártalomra nézve, azonban nincs megfelelő és jól kontrollált, várandós nőknél végzett vizsgálat, illetve állatkísérletek nemkívánatos hatást mutattak, de megfelelő és jól kontrollált, várandós nőknél végzett vizsgálat nem bizonyított magzati kockázatot. **C:** Állatkísérletek nemkívánatos hatást mutattak, vagy nem végeztek állatkísérleteket, és nincs megfelelő és jól kontrollált, várandós nőknél végzett vizsgálat. **D:** Megfelelő és jól kontrollált, vagy megfigyelésen alapuló, várandós nőknél végzett vizsgálat magzati kockázatot mutatott. Azonban a kezelés előnyei jelentősebbek a várható kockázatnál. **X:** Megfelelő és jól kontrollált, vagy megfigyelésen alapuló állatkísérletek, vagy várandós nőknél végzett vizsgálat bizonyította a magzati rendellenességeket. A készítmény használata kontraindikált olyan nők esetében, akik várandósok, vagy teherbe eshetnek.

**Szoptatás esetén** a kockázati kategóriák értelmezése (Thomas Hale Lactation Risk Categories): **L1** = legbiztonságosabb; **L2** = biztonságos; **L3** = mérsékelten biztonságos; **L4** = veszély lehetséges; **L5** = ellenjavallt.

**Csecsemődózis:** a csecsemőbe jutó gyógyszer mennyisége az anyai dózis százalékában kifejezve, testsúlykilogrammra vetített dózissal számolva

## 19.2. Ábrák jegyzéke

[1. ábra](#) A pszichiátriai gondozó kapcsolati hálója

[2. ábra](#) Hangulatstabilizálók biztonságosság szerinti sorban a szoptatás időszakában

[3. ábra](#) Ösztönző érzékenyítés (incentív szentizáció) teória

[4. ábra](#) Drog indukált neuroplaszticitás változás az agy jutalmazó rendszerében

[5. ábra](#) A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje

[6. ábra](#) A pszichiátriai gondozók számának alakulása (1944-2012)

[7. ábra](#) A stigma területeinek összefüggése

## 20. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

RÖVIDÍTÉS	LEÍRÁS	OLDAL
4-Cl-alfa-PVP	4-Chloro-alpha-pyrrolidinovalerophenone	
5-HT2A	5-hidroxitriptamin 2 A típusú receptor	
AA	Anonim Alkoholisták	
ACT	Assertive Community Treatment (asszertív közösségi kezelés)	
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar)	
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ	
AKV	Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat	
AMB-FUBINACA	metil (1-(4-fluorobenzil)-1H-indazol-3-carbonil)valin (szintetikus kannabinoid)	
AMPA	$\alpha$ -amino-3-OH-5-metil-4-izoxazol-propionsav	
AMPA-R	$\alpha$ -amino-3-OH-5-metil-4-izoxazol-propionsav receptor	
AP	Antipszichotikus Terápia	
APA	American Psychiatric Association, (Amerikai Pszichiátriai Társaság)	
ASI	Addikció Súlyossági Index	
BMI	Body Mass Index (testtömeg-index)	
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozási rendszere	
BNO-11	Betegségek Nemzetközi Osztályozási rendszere 11. kiadás	
BP II	II típusú Bipoláris zavar	
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale	
CAARS	Conners' Adult ADHD Rating Scales	
CAN	Camberwell Assessment of Need (Camberwell szükségletfelmérési interjú)	
CBT	Cognitive Behavioral Therapy (kognitív- viselkedésterápia)	
CGI	Clinical Global Impressions Scale (Klinikai Összbenyomást Becslő Skála)	
CHRNA4	Neuronal acetylcholine receptor subunit alpha-4, (nAChR $\alpha$ 4), nikotinos acetilkolin receptor alfa 4 alegység	
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	
CPK	Kreatin-foszfokináz	
CPT II	Conners' Continuous Performance Test II Version	
CRPD	Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény	
CRT	Cognitive Remediation Therapy	

RÖVIDÍTÉS	LEÍRÁS	OLDAL
CUMYL-PeGaCLONE	5-(5-fluoropentil)-2-(2-pfenilpropan-2-yl)-2,5-dihidro-1H-pirido[4,3-b]indol-1-on (szintetikus kannabinoid)	
CYP	citokróm P450	
CYP1A2, CYP3A4 CYP3A4/5 CYP3A4 CYP2C9 CYPC8 CYP2C19 CYP2D6	citokróm P450 szupercsalád tagjai, melyek a szervezetben a gyógyszerek és az egyéb testidegen anyagok biotranszformációjában (metabolizmusában) résztvevő enzimek	
d2	Figyelmi és összpontosítási teszt (Brickenkamp és mtsai,2010)	
DBS	Deep brain stimulation (mély agyi stimuláció)	
DBT	Dialectic Behavior Therapy (dialektikus viselkedés terápia)	
DMT	Dimetil-triptamin	
DLPFC	Dorzolaterális prefrontális cortex	
DRD2 gén	Dopamine receptor D2 gén	
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition	
Ebtv	Egészség biztosításról szóló törvény (1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól)	
ECA	Epidemiologic Catchment Area	
ECT	Electroconvulsive Therapy	
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér	
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete	
FDA	Food and Drug Administration	
FI	Family Interventions (Családi intervenciók)	
fMRI	Functional Magnetic Resonance Imaging (funkcionális mágneses rezonancia vizsgálat)	
2-FMA	2-Fluorometamfetamin	
GABA	Gamma-aminovajsav	
GAD	Generalized Anxiety Disorder (generalizált szorongásos zavar)	
GDP	Gross Domestic Product (bruttó hazai termék)	
GDPR	General Data Protection Regulation (általános adatvédelmi rendelet)	
GINI	GINI együttható, (szóródásmutató a statisztikai eloszlások egyenlőtlenségeit méri - közigazdasági mérőszám)	
GLU A2	AMPA glutaminsav receptor alegység	
GM roham	Generalizált epilepsziás roham	
HBCS	Homogén betegsékcsoportok	

RÖVIDÍTÉS	LEÍRÁS	OLDAL
HCR-20	Historical, Clinical and Risk Management - 20	
HGK	Homogén Gondozi Kód	
HLA-B	B típusú humán leukocita antigén	
IPE	Integrált pszichiátriai ellátás	
LAI	Long Acting Injectable	
LSD	Lysergic Acid Diethylamide (lizergsav-dietilamid)	
LTD	Long term depression	
LTP	Long term potentiation	
MAO-bénítók	Monoaminoxidáz-gátlók	
MASA	Melatonin and Serotonin Agonists	
MAWI	Magyar Wechsler Intelligenciateszt	
MBT	Mentalization-based Therapy (mentalizációs alapú terápia)	
MDD	Major Depressive Disorder	
MDMA	3,4-metiléndioxi-N-metil-amfetamin	
5F-MDMB-PINACA	methyl 2-(1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido) -3,3-dimethylbutanoate (szintetikus kannabinoid)	
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	
MT-45	1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)-piperazine (opiát agonista)	
mtsai	munkatársai	
NAC	n. Accumbens (Accumbens mag)	
NaSSA	Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants	
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő	
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium	
NICE	National Institute for Clinical Excellence	
NM	Népjóléti Minisztérium	
NMDAR	N-methyl-D-aspartate receptor	
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder (obszesszív-kompulzív zavar)	
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása	
OEP	Országos Egészségpénztár	
OMSZ	Országos Mentőszolgálat	
OPAI	Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet	
OTH	Országos Tisztifőorvosi Szolgálat	
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale	



RÖVIDÍTÉS	LÉÍRÁS	OLDAL
PCOS	Policisztás Ovárium Szindróma	
PCP	Phencyclohexyl piperidine (fenciklidin)	
2-PEA	2-phenylethan-1-amine (szubsztituált fenetilamin)	
PFC	Prefrontal cortex (előági szürkeállomány)	
PNAS	Poor Neonatal Adaptational Syndrome	
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder, (Poszttraumás stressz zavar)	
RIMA	Reversible Monoamine Oxidase Inhibitor Antidepressants	
SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk	
SARI	Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitors	
SBO	Sürgősségi Betegellátó Osztály	
SCID II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II	
SMS	Serotonin Modulator and Stimulator	
SNRI	Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitors	
SSRE	Selective Serotonin Reuptake Enhancer	
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor	
SST	Social Skill Training (szociális készség tréning)	
STAI	State-Trait Anxiety Inventory	
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability	
STROOP-teszt	Neuropszichológiai mérőeszköz, mely a fókuszált és szelektív figyelem minőségét, illetve az irreleváns ingerek gátlásának képességét vizsgálja	
TCA	Tricyclic Antidepressants	
TFP	Transference focused psychotherapy (áttétel fókuszú terápia)	
TMS	Transzkraniális mágneses stimuláció	
TSH	tireoidea-stimuláló hormon, tireotropin	
Tv	Törvény	
TVK	Teljesítményvolumen Korlát	
UPA	Új pszichoaktív anyagok	
VNS	Vagusz-stimuláció	
VTA	Elülső tegmentum	
WHO	World Health Organization	
WHODAS	World Health Organization, Disability Assessment Schedule	
Z-szerek	Benzodiazepin receptoron ható nem benzodiazepinek	

## 21. SZERZŐK

CSIZMADIÁNÉ SZABÓ MÁRIA

DR. ANDRÁSSY GÁBOR

DR. BALCZÁR LAJOS

DR. CSOMÓS ANDRÁS

DR. FARKAS KINGA

DR. FRECSKA EDE

DR. GULÁCSI ISTVÁN

DR. HARANGOZÓ JUDIT

DR. KISS-SZŐKE ANNA

DR. KOLUMBÁR RÉKA

DR. MEDGYASZAI MELINDA

DR. MÓRÉ E. CSABA

DR. RIHMER ZOLTÁN

DR. SILLING TIBOR

DR. SZEKERES GYÖRGY

DR. SZUROMI BÁLINT

DR. VANDLIK ERIKA

DR. VÁRADI ENIKŐ

DR. VÖRÖS VIKTOR

ISTVÁN ZALÁN

KOPPÁNY KATALIN

MOHÁCSI-HARTNER JUDIT

RÁCZ ZSUZSANNA

RÉZ CSILLA

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ÉS UTÓSZÓ

Hiánypótló művet tart kezében az olvasó. Nagy öröm számunkra, hogy az *EFOP-2.2.0-16-2016-00008 Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése projekt* részeként lehetőség nyílt a jelen tankönyvben bemutatni a pszichiátriai gondozást a pszichiáter rezidensek számára.

A tananyag jelen formájában való elkészítése igazi teammunka keretében történt. A szakmai stáb tagjainak összeállításánál törekedtünk arra, hogy a tankönyvírásban tapasztalattal rendelkező klinikai oktatók mellett az ország különböző területein dolgozó, nagy szakmai gyakorlattal rendelkező kollégák is részt vehessenek.

A tankönyv szerzői és szakértői csapatának tagjai a konzorciumi partnerként szereplő klinikák részéről a Debreceni Egyetemen Dr. Frecska Ede PhD. med. habil szakmai vezetésével Dr. Andrassy Gábor, Dr. Gulácsi István, Dr. Kolombár Réka és Dr. Mór E. Csaba, a Szegedi Tudományegyetemen prof. Dr. Kálmán János PhD., DSc. szakmai vezetésével István Zalán, Dr. Kiss-Szőke Anna, Mohácsi-Hartner Judit, Rácz Zsuzsanna, Réz Csilla, a Pécsi Tudományegyetemen prof. Dr. Fekete Sándor PhD. med. habil, ill. prof. Dr. Tényi Tamás PhD., med. habil, MTA doktora szakmai vezetésével Dr. Vörös Viktor, továbbá a Semmelweis Egyetem szakértői munkacsoport prof. Dr. Réthelyi János PhD. vezetésével Dr. Farkas Kinga, Dr. Szekeres György Ph.D, Dr. Szuromi Bálint Ph.D, valamint az ÁEEK szakértői munkacsoportban Dr. Csomós András, Gál Zsuzsa, Dr. Harangozó Judit, Dr. Medgyaszai Melinda és Dr. Váradai Enikő.

Köszönet illeti dr. Balczár Lajost, hiszen a több fejezet átfogó szerzői tevékenysége mellett szakmai irányítóként, kezdettől fogva koordinálta a népes szakértői csoport munkáját, segítve e kiadvány megszületését.

Köszönjük Dr. Németh Attila PhD. lektori munkáját, prof. Dr. Rihmer Zoltán Ph.D., DSc. MTA doktora, Széchenyi díjas címzetes egyetemi tanár (Kockázatbecslési Alprojekt) és Dr. Silling Tibor (Nappali Terápiás Részleg Alprojekt), mint a projekt szakmai irányítóinak értékes észrevételeit, javaslatait és az egyes fejezetek véglegesítésekor nyújtott segítségét. További köszönet illeti a továbbképzések lebonyolításában nyújtott szakmai

segítségért és közreműködésért Dr. Herold Róbert Ph.D, és Dr. Osváth Péter Ph.D, med.habil. egyetemi docenseket.

A szakmai stáb munkáján túl számos kolléga közvetett vagy közvetlen támogatására és segítségére volt szükség a tankönyv megszületéséhez, melyért köszönet illeti az ÁEEK projektmenedzserment részéről Dr. Borbára Marcell projektmenedzsert, Nagy Krisztina pénzügyi vezetőt, Oláh Beáta projekt koordinátort, Ferenczy Fanni pénzügyi koordinátort; a projektmenedzsereket a konzorciumi partnerek részéről Katona Gergely (DE), Jancsó László (SZTE), illetve Dudás Kószó Katalin és Bayer Gábor (PTE) személyében.

Ezúton köszönjük Koppány Katalin (projekt szakmai koordinátor), Király Rita (senior szakmai koordinátor), és Király Zsófia (szakmai vezetői asszisztens) segítő háttérmunkáját.

Külön köszönet illeti Dr. Vandlik Erika projekt szakmai vezetőt az addiktológiai fejezetek elkészítésén túl a könyv szerkesztésében nyújtott felbecsülhetetlen munkájáért és Kárpáti Tímea projekt szakmai koordinátort a tankönyv szerkesztésében való fáradhatatlan részvételéért, könyvünk végső formájának elkészítéséért és Soósné dr. Balczár Idát a technikai segítségnyújtásért.

És köszönet azoknak a pszichiátriai és addiktológiai gondozókban dolgozó kollégáknak is, akik korai együttműködőként már az első időkben résztvettek a továbbképzéseken, és értékes visszajelzésekkel hozzájárultak a tankönyv formálódásához.

Úttörő munkának tartjuk e könyvet, ami véleményeink szerint ráirányítja a figyelmet a pszichiátriai járóbeteg-szakellátás, azon belül a gondozás fontosságára, ezzel is segítve ennek fejlődését. Meggyőződésünk, hogy a pszichiátriai gondozás a pszichiátriai ellátás egyik legösszetettebb feladata, ami az elmúlt évtizedekben jelentős fejlődésen ment keresztül, és ami nehézségei ellenére mind az ellátotti körnek, mind az ellátói teamnek közös örömet, sikerélményt tud nyújtani.

Ezt a pozitív szemléletet is szeretnénk volna átadni a jövő gondozói orvosainak, akikre a jövő leteleményeseiként tekintünk.