

A Magyar Pszichiátriai Társaság és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozata és Tanácsa szakmai állásfoglalása Bányai Borbála és Légmán Anna „Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal” című közleményével kapcsolatban

Tisztelt Szerkesztőség!

A Magyar Pszichiátriai Társaság Elnöksége, valamint a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozata és Tanácsadó Testülete az alábbiakat teszi közzé Bányai Borbála és Légmán Anna „Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal” című közleményével (LAM 2019;29:371-80.) kapcsolatban. A szerzők 25, pszichiátriai osztályon (sokszor hónapokig vagy évekig) kezelt, 21 és 70 év közötti, rendszeres gyógyszeres kezelésben és utógondozásban részesülő krónikus szkizofrén és más súlyos pszichiátriai diagnózissal kezelt beteggel készült interjúk tapasztalatairól számolnak be. A betegek több mint egyharmadának nem volt családja és kétharmaduk a pszichiátriai betegségük miatt, fiatal korban (21 és 28 évek között) leszázalékolták. Mindezek arra utalnak, hogy feltételezhetően az interjúalanyok többsége a gyógyszeres kezelésre nem elég jól (részlegesen) reagáló szkizofrén betegek csoportjába tartozik. A pszichiátriai betegségeket ilyen irányból megközelítő kutatásokat csak üdvözölni lehet, mivel ezek eredményei új dimenziót nyitnak a pszichiátria számára a betegek jobb megismerése és megértése céljából és számos megfogadandó tanulsággal szolgálnak az ellátórendszer munkatársai számára. Az interjúk összegzése során meglehetősen szomorú, negatív kép rajzolódik ki a vizsgált krónikus szkizofrén betegek körlefordulásáról, társadalmi integrációjáról és életminőségéről. Jóllehet a figyelmes olvasó láthatja, hogy a megállapítások csak a vizsgált szkizofrén betegekre vonatkozhatnak („Szkizofréniával és más súlyos kórképpel (?) diagnosztizáltakal készítettünk 25 narratív életinterjút...” és a szerzők maguk is említik, hogy a minta nem reprezentatív), a közlemény számos pontján a krónikus szkizofrénia és a pszichiátriai beteg diagnózisa összemosódik és mintegy szinonimaként szerepel. Az összefoglalásban ezt írják: „...hogyan lehet pszichiátriai betegség, szkizofrénia diagnózissal élni...” „Kutatásainkban 25 narratív életinterjút készítettünk pszichiátriai beteg-

nek diagnosztizáltakal...”. Úgy tűnik, mintha az orvosi és társadalmi értelemben előnytelen prognózisú szkizofrénia lenne az egyetlen pszichiátriai betegség, de a dolgozat címe is ezt sugallja: „Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal”.

Ez a fogalmi pontatlanság komoly félreértésekhez vezethet. Jól ismert, hogy a szkizofrénia élettartam-prevalenciája 0,8%, míg a depressziós és szorongásos zavaroké 20% körül van (1–3). Ha figyelembe vesszük az összes többi pszichiátriai betegséget is, akkor a kedvezőtlen prognózisú krónikus szkizofréniával diagnosztizált betegek (a szerzők interjúalanyai) tehát csak töredékét (kevesebb mint 2%-át) teszik ki az összes pszichiátriai diagnózissal élő betegnek. A pszichiátriai betegek döntő többsége ugyanis depressziós és/vagy szorongásos betegségben szenved, az ő orvosi és társadalmi prognózisuk összehasonlíthatatlanul jobb a szkizofréniáénál, közel 90%-uk sohasem volt kórházban, őket ma már ambulánsan kezelik. Túlnyomó többségük kitűnően vagy jól reagál a megfelelő terápiákra, a mellékhatások ritkák, enyhék és múlékonyak. A betegek jelentős hányada még csak betegállományba sem kerül, és az ilyen körismék miatt történő munkaképesség-csökkenés („leszázalékolás”) ma már csak nagyon ritkán fordul elő. A pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltak prognózisa, társadalmi beilleszkedése összességében véve tehát igen jónak mondható, de ez sajnos nem vonatkozik a szkizofréniával élő betegek egy részére, éppen az olyan betegekre, akikről az interjú szól. Ennek hangsúlyozása azért fontos, mert a nem pszichiáter olvasók ezek után könnyen azt hihetik, hogy a pszichiátria továbbra is improduktív szakma és ez a szomorú sorsa *minden* pszichiátriai diagnózisú betegnek. Ezzel akaratlanul is stigmatizálják nemcsak a pszichiátriai diagnózissal élő betegeket, hanem a pszichiátria egészét mint szakmát. Ugyanakkor a több tucat pszichiátriai diagnózis rendkívül heterogén betegségek összességét jelenti, amelyek etiológiáját, tünettánát, lefordulását, prognózisát és a terápiára adott válaszát illetően legalább akkora különbség van, mint az akut vakbélgyulladás vagy a hipertónia és a hasnyálmirigy-carcinoma között. A „pszichiátriai beteg diagnózis” helyett a szerzőknek mindvégig, és persze a címben is elsősorban „krónikus szkizofrénia diagnózisról” és „más súlyos pszichiátriai diagnózisról” kellett volna írni, hiszen csak ilyen betegeket vizsgáltak és a konklúzió is csak rájuk vonatkozhat.

A nem orvos, nem pszichiáter szerzők meglehetősen negatív képet festenek a (sok pontján valóban gyengélkedő) hazai pszichiátriai ellátórendszerrel is: „A pszichiátriai betegként diag-

nosztizáltak nagy részét kizárják a társadalmi életből, leszázalékolják és a már meglévő intézményrendszerhez kötik őket”, „Jellemzően a magyar pszichiátriai intézmények a rendszerben tartják az embert, és nem segítik, hanem akadályozzák a társadalmi integrációt, részvételt”. Ezen két vélemény dokumentálására a szerzők két korábbi közleményüket idézik, amelyek a „Replika” és a „Kultúra és közösség” című, nem pszichiátriai profilú folyóiratokban jelentek meg. Ezek a kijelentések a helyzet súlyos félreértéséről tanúskodnak. A szkizofrénia ugyanis krónikus lefolyású, progresszív, gyakran maradványtünetekkel jellemzett, hosszú távon is folyamatos gyógyszeres kezelést, és ezért rendszeres ambuláns utógondozást igénylő betegség (3–8). A krónikus betegségek rendszeres, hosszú távú gondozása nem csak a pszichiátria sajátja: ez a betegek egészségi állapotáért erkölcsileg és jogilag is felelősséget viselő orvosi szakma minden területén (például hipertónia, diabetes stb.) megkívánt alapkövetelmény és ezt nem szoktuk pejoratív (vagy hozzá nem értő) módon az intézményrendszerhez való „kötésnek” nevezni. A pszichiátriai ellátórendszer dolgozói pedig nem akarják „akadályozni” a beteg társadalmi integrációját; ennek legfőbb gátja ugyanis a negatív szimptomákkal és maradványtünetekkel jellemzett krónikus szkizofrén betegség, amelyhez sajnos hozzájárul a „társadalom” (és elsősorban nem az ellátórendszer) részéről észlelhető, előítéleteken alapuló diszkrimináció is. A pszichiátriai diagnózissal élők helyzetének javítása (ami a cikk szerzőinek is célja) a pszichiátria alapvető feladata. 2018-ban a szakma elkészítette a Nemzeti Mentális Egészség Programot, ami kormányhatározatra emelkedett, de egyelőre nincs finanszírozása. Ha az ebben foglaltak megvalósulhatnak, akkor jelentősen javulna a pszichiátriai betegek ellátási színvonala, és még a terápiarezisztens szkizofréniával élők életminősége is.

Ugyanakkor azt is tudni kell, hogy a hazai pszichiátriai ellátórendszerrel nem idegen a rehabilitációs szemlélet. Az összes rendelkezésre álló pszichiátriai ágyak valamivel több mint fele rehabilitációs ágy, a pszichiáter szakorvosok közel egyharmadának van pszichiátriai rehabilitációs szakvizsgája is, a Magyar Pszichiátriai Társaságon belül Pszichiátriai Rehabilitációs szekció működik, és már több mint 20 éve megjelent az első hazai pszichiátriai rehabilitációról szóló kézikönyv (4). Ugyanakkor igaz, hogy hazánkban a pszichiátriai rehabilitáció területén (is) vannak bőven hiányszágok; ennek azonban elsősorban az infrastrukturális adottságok, finanszírozási gondok és a szakemberhiány az oka, bár azt is meg kell jegyezni, hogy a pszichiátriai rehabilitáció messze túlmutat a pszichiátriai ellátórendszeren.

A nem orvos, nem pszichiáter szerzők mindezen túl a pszichiátriára vonatkozó több olyan kérdést is feszegetnek, amelyet kellő szakmai előképzettség híján jobb lett volna elkerülni, de nem is tartoznak a tárgyhoz. „Felvetődik a kérdés, hogy elképzelhető-e a folyamatos egészségügyi ellátás elhagyása, létezik-e valamilyen stabilizálható és fenntartható állapot e nélkül?” – kérdik a szerzők. A pszichiátriai szakma ezt a kérdést régen megválaszolta: krónikus lefolyású szkizofréniában nem lehetséges következmények nélkül az egészségügyi ellátás és ezen belül a gyógyszeres kezelés elhagyása, mert ilyen esetekben szignifikánsan megnő a visszaesés, a kórházi újrafelvételek és az egyéb komplikációk aránya (3–8). „Vajon mi okozza azt az állapotváltozást, aminek következtében elkerülhetetlenné válik a kórházi kezelés?” A pszichiáterek erre is régóta tudják a választ: vagy azért, mert a beteg abbahagyja a gyógyszeres kezelést (lásd a kettővel ezelőtti mondatot), vagy ritkán azért, mert a krónikus szkizofrénia (sok egyéb betegséghez hasonlóan) fluktuáló lefolyást mutat, és a tünetek időnként – sokszor akut pszichoszociális stresszor következtében – megerősödve, mintegy „áttörnek” a kezelés, a gyógyszerek hatását és így következik be a visszaesés.

„Maga az egészségügyi ellátórendszer van eleve hibásan felépítve, s bent tartja a betegeket a túlzott gyógyszeres, intézményes kezelésekkkel, vagy a traumatizált gyermekkor és a félresiklott, »nem valós« felnőtt élet teszi lehetetlenné a teljes értékű társadalmi részvételt?” A krónikus szkizofréniával élő beteget nem az ellátórendszer „tartja bent”, hanem a betegség természetéből kifolyólag szükséges a rendszeres gondozás. A „túlzott gyógyszeres, intézményes kezelésekkkel” fordulat viszont nehezen értelmezhető, hacsak nem arra gondolnak a szerzők, hogy valaki a kellenél több gyógyszert kap, vagy tovább tartják bent a pszichiátriai osztályon, mint indokolt lenne. Ez valóban helytelen, bár szerencsére nem jellemző és annak megítélése, hogy mi számít túlzott gyógyszeres vagy intézményes kezelésnek, orvosi, szakorvosi kompetencia. A pszichiátriában használatos gyógyszerek (antipszichotikumok, antidepresszívumok, szorongásoldók stb.) hatékonysága megegyezik az orvostudomány más területein használt gyógyszerekével, alkalmazásuk tudományos evidenciákon alapuló, tankönyvekben és irányelvekben lefektetett szempontok alapján történik. A túlzott gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban a felmérések azt mutatják, hogy hazánkban (hasonlóan sok más országhoz) a szkizofréniával élő betegek alig több mint egyharmada, és a depressziós betegek csak fele kap valamilyen (többnyire gyógyszeres) terápiát. Az is jól

ismert, hogy az ilyen kezeletlen esetekben lényegesen megnő nemcsak a szociális létrán való lecsúszás és az öngyilkosság, hanem a szomatikus eredetű morbiditás és mortalitás is (3, 5, 8, 9). Az 1000 lakosra számított éves antidepresszív gyógyszer „fogyasztás” az Európai Unió országainak jóval több mint felében magasabb, mint nálunk (9, 10). Mindezen adatok ismeretében tehát nem lehet (és az adatok ismerete nélkül pedig *nem is szabad*) a hazai pszichiátriában túlzott gyógyszeres kezelésekről beszélni.

„A pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegségstörténet legyen” emelik ki a szerzők az egyik lapszéli boxban. Ez a logika nehezen követhető, mert a valóságban a beteggel kapcsolatos elvárás az, hogy működjön együtt a kezeléssel, ő is tegyen meg mindent a gyógyulásáért. Legyen őszinte az ellátószemélyzethez és ha új orvosa, vagy az ügyeletet ellátó orvos betegségének korábbi adatai iránt érdeklődik, akkor azt nem személyes kíváncsiságból, hanem az aktuálisan alkalmazandó terápia megválasztása miatt teszi (például mely gyógyszernek voltak kellemetlen mellékhatásai, mi nem használt régebben stb.). Különben is a „betegségstörténet” kórrajzban történő rögzítése érthető okok miatt nemcsak szakmai, hanem törvény által megsabott követelmény és a beteg érdekét szolgálja.

Számos kritikai észrevételünk természetesen nem csökkenti a szerzők iránt érzett elismerésünket és megbecsülésünket, hiszen ők maximálisan jó szándékkal, a betegek irányában érzett empátiával, az ő érdekükben, a társadalomba való reintegrálásuk segítése végett végzik kutatásukat. Szóban forgó közleményük, a fentebb bírált hiányosságokon túl sok fontos információt és megfogadásra érdemes szempontot tartalmaz, és joggal készíti elgondolkodásra a pszichiátriai ellátórendszer munkatársait. Itt kell megjegyeznünk azonban, hogy a kérdés ilyen oldalról történő megközelítésének is van előzménye a hazai szakirodalomban, hiszen szkizofrén betegek terápiás együttműködésének szubjektív szempontjait több hazai tanulmány is vizsgálta (11, 12), és egy nemrég megjelent, BNO-10 szerint szkizofrénia diagnózissal gondozott 155 beteggel történt kérdőíves felmérés fontos információkat szolgáltatott a betegeknek a betegséghez, annak kezeléséhez és a kezelő/gondozó személyzethez fűződő attitűdjeiről, szubjektív viszonyulásáról is (13).

Ugyanakkor közös célunk eléréséhez szükséges, hogy további pszichiátriai témájú kutatásaiuk során a nem pszichiáter szerzők munkacsoportjukba, a felhasználók mellett, pszichiáter szakorvost is bevonjanak.

A három szakmai szervezet nevében az állásfoglalást készítette és az állásfoglalás levelező szerzője: prof. Rihmer Zoltán c. egyetemi tanár.
E-mail: rihmer.z@kronet.hu

Az állásfoglalást az MPT Elnöksége és/vagy a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozata nevében támogatja:

**prof. Balázs Judit, prof. Bitter István,
prof. Fekete Sándor, dr. Fodor László,
prof. Frecska Ede, dr. Harmatta János,
prof. Janka Zoltán, prof. Kálmán János,
prof. Kurimay Tamás, dr. Molnár Károly,
dr. Németh Attila, prof. Ostorharics Horváth
György, dr. Osváth Péter, dr. Pásztor Péter,
prof. dr. Rihmer Zoltán, dr. Szekeres György,
dr. Szilágyi Simon, dr. Szendi István,
dr. Vizi János**

Irodalom

1. Szádóczky E, Papp Z, Vitrai J, et al. A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil* 2000;141:17-22.
2. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders – Epidemiology. In: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th edition. Eds.: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 1645-53. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000300011>
3. Herold R, Simon M, Fekete S, et al. Szkizofréniaspektrum és más pszichotikus zavarok. In: A pszichiátria magyar kézikönyve, 5. átdolgozott és bővített kiadás. Szerk.: Fűredi J, Németh A. Budapest: Medicina Kiadó; 2015. pp. 233-54. <https://doi.org/10.1556/agrokem.54.2005.3-4.24>
4. Kosza I. A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1996.
5. Herold R, Szekeres Gy, Bitter I. Continuous maintenance antipsychotic treatment of schizophrenia. *Psychiat Hung* 2017;32:296-306.
6. Taipale H, Mehtala J, Tanskanen A, Tiihonen J. Comparative effectiveness of antipsychotics drugs for rehospitalization in schizophrenia – A nationwide study with 20-year follow-up. *Schizophr Bull* 2019 (in press). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx176>
7. Goff DC, Falkai P, Fleischhacker WW, et al. The long-term effects of antipsychotic medication on clinical course in schizophrenia. *Amer J Psychiat* 2019 (in press).
8. Bitter I, Katona L, Zombori J, et al. Comparative effectiveness of depot and oral second generation antipsychotic drugs in schizophrenia: A nationwide study in Hungary. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23:1383-90. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.02.003>
9. Rihmer Z, Németh A. A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacol Hung* 2014;16:195-204.
10. Gusmao R, Quintao S, McDaid D, et al. Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study. *PPLoS ONE* 2013;8(6):e66455.
11. Tényi T, Fekete S. A betegségbelátás hiánya, az anoznózia szerepe a terápiás együttműködésben és a kezelés eredményességében szkizofrén betegeknel. *Psychiat Hung* 2010;25 (Suppl. 1.):12-9.
12. Pilling J, Tényi T, Fehér L. KOMP: Szkizofrén betegek terápiás együttműködését segítő kommunikációs módszer. *Psychiat Hung* 2010;25(Suppl):36-48.
13. Herold R, Kurimay T, Dobi E, Kun E, Fehér L. Szubjektív betegút szkizofréniaiban – Egy hazai felmérés tapasztalatai. *Psychiat Hung* 2018;33:243-65.