

„Kevesebb a gyógyszer, és sokkal több a lelki és szociális segítség”

■ Az egészségügyi világszervezet, a WHO becslése szerint 2020-ra a munkaképesség csökkenésének 10 fő oka közül 5 valamilyen mentális probléma lesz. A magyar Pszichiátriai Szakkollégium főtitkára szerint ma tulajdonképpen minden ötödik embert kezelni kellene. Mikor kell a szakember?

■ A mentális zavarok nem különíthetők el élesen a normális életben is megjelenő lelkiállapotoktól. Mindnyájan szomorúak vagyunk néha, gyászolunk vagy éppen izgulunk, szorongunk. Nem könnyű meghúzni a határt. Kiderítették például, hogy nagyjából minden hetedik emberrel előfordul élete során, hogy „hangokat hall”, ami a skizofrénia jellemzője. Fontos kérdés, hogy a tünetek mennyire akadályozzák az illetőt az életében. Elég nagy baj lenne, ha mindenkit pszichiáter kezelne, akinek lelki baja van. Amúgy is egyre több társadalmi vagy emberi probléma válik egészségügyivé. Ma már egy gyermek nem tud úgy felnőni, hogy ne reparáljunk rajta valamit: a diszlexiáját vagy a fogsorát.

■ A norvég tömeggyilkos Anders Behring Breivik a tette alapján semmiképp sem tűnik normálisnak, mégis felkészült pszichiáterek egész sora nem tud megegyezni abban, hogy beteg-e vagy sem. Ez hogyan lehet?

■ A pszichiátriában nincsenek könnyű válaszok, mert a diagnózist nem képes egyetlen laborteszt vagy más technika kidobni a gépből. A mentális problémákkal kapcsolatos diagnózis esetleg csak hosszabb megfigyelés, vizsgálat és nagyon alapos mérlegelés során állítható fel. A kriminalitás is sok dologgal függhet össze. Szakmailag teljesen megalapozatlanul beszélt például egy kriminológus szakértő a kulcsi tragédia kapcsán a személyiségzavar és a gyilkolás közötti összefüggésekről. Az ilyen megnyilvánulások miatt csúszik össze a bűnözés a mentális problémákkal. Az nem betegségre utal, ha valaki embereket mészárol le. Ritkán előfordul, hogy egy pszichotikus állapotban lévő ember agressz-

zívvé válik, mert olyan valóságot észlel, ahol bántják őt, de az előre megtervezett gyilkolás már csak azért is ritka ilyen körben, mert a zavart elmeállapot nagyon megnehezíti egy ilyen cselekménysor profi végrehajtását. Ráadásul a gyógyítás után a bűnméltés valószínűsége szinte a nullával egyenlő.

■ Máig indulatokat korbácsol az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, vagyis a „Lipót” 2007-es bezárása. Azóta is csak tervezik egy új országos pszichiátriai intézet megnyitását, pedig Európában csak Magyarországon nincs ilyen. Mekkora hiányt jelent ez a betegellátásban?

■ Kár azért a pusztításért, amit a Lipót bezárása jelentett, mégsem baj, hogy már nincs. Minél nagyobb ugyanis egy intézmény, annál inkább erősíti a megbélyegzést. Azt tapasztaljuk, hogy az intézet-

be ki-be járó, „forgóajtós” betegek sokszor saját magukat is leírták: velük nehezebb a rehabilitáció. A tartós vagy túl gyakori pszichiátriai intézeti ellátás ráadásul nagyon drága. Ugyanaz a beteg járhatna egy átlagos kórház kis pszichiátriai ambulanciájára, a pszichiátriai gondozóba vagy nappali kórházba is, pont úgy, ahogy belgyógyászatra vagy sebészetre, tehát nem elkülönítve a többi betegtől. Nem egy új „sárga házra” van szükség, hanem kicsi és lakosságközelbeni szolgáltatásokra. Ugyanakkor szükség van egy olyan módszertani, koordinációs, szervező- és minőség-ellenőrző központra, amelynek nincs saját betegellátó tevékenysége.

■ Nyugat-Európában nem a sárga házak a jellemzőek?

■ A modern pszichiátria modellváltást él át. Olaszországban és az Egyesült Királyságban a közösségi pszichiátria győzött, a betegek túlnyomó részét kivonták az intézményrendszerből. A franciaországi Lille környékén már 30 éve dolgoznak ezen az átalakuláson, ott például több tízezer lakost csupán 11 kórházi ágy szolgál ki. Az a cél, hogy megelőzzék a kórházba jutást, ha kell, 24 órás ápolói szolgálat



Harangozó Judit
pszichiáter, neurológus,
rehabilitációs szakorvos

Miután a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen 1981-ben végzett, rövid székesfehérvári kitérő után húsz évig a SOTE klinikáján dolgozott. 2005 óta főorvosa a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrumának, amelyet az általa vezetett Ébredések Alapítvány működtet. Az 55 éves szakértő 1985 óta tanít az orvosképzésben, több mint 70 publikáció szerzője. Szakmai és érdekvédelmi tevékenysége legfontosabb eredményének a közösségi pszichiátria hazai bevezetését tartja, a Magyar Pszichiátriai Társaság ezzel foglalkozó szekciójának alapítója és vezetője, emellett a szociális és egészségügyi kormányzat, illetve a Fővárosi Önkormányzat és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat szakértője. Három éve indította a Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés programot, hogy segítsen a pszichiátriai betegséggel élőknek megküzdni a megbélyegzéssel.

látja el a súlyos eseteket otthonukban. Aki meg tud fordulni a lejtőn, az újra dolgozni is tud, és diszkrimináció nélkül élhet közöttünk, senki nem tudja róla, hogy problémája van.

■ Tehát nem is baj, hogy a pszichiátriai ágyak számát tekintve is az európai sereghajtók közé tartozunk?

■ Önmagában ez nem lenne olyan nagy baj. Csak hogy Magyarországon az ágyszámok leépítésével párhuzamosan nem épültek ki kellő mértékben az alternatívát jelentő közösségi pszichiátriai alapú ellátási formák, és a pénzhány miatt a meglévők is inkább visszafejlődtek. Pedig lenne mire építkezni. Igazi hungarikum például a pszichiátriai gondozóhálózat, sok országban most készülnek valami hasonlót kiépíteni, kis híján mégis megszűnt tavalyelőtt. A több mint 110 pszichiátriai ambulancia munkatársai az ellehetetlenülésük előtt ténylegesen kijártak a családokhoz, nyomon követték, hogy mi történik a pácienssel, ezzel tulajdonképpen egy közösségi jellegű munkának az alapjait adták meg. Nemrégiben a nagy múltú dobai rehabilitációs intézmény bezárása is felmerült. Doba kicsit hasonlít a Lipótra, ez is egy régi, hatalmas parkkal körülvett kastélyépületben működik, ami mindjárt összeomlik, és nincs pénz a felújítására. Itt arról tárgyalunk, hogy az intézményi ellátást egy közösségi alapú váltsa fel. Veszprém megyében komoly együttműködést sikerült kialakítani a különböző igazgatókkal, szolgáltatókkal, főorvosokkal, így itt talán sikerül megegyezni erről a tervről.

■ Ehhez képest januártól jelentősen csökkentették a szociális alapú közösségi pszichiátriai kezelések állami finanszírozását. Kik maradtak ellátás nélkül?

■ Egyelőre – legalábbis az Ébredések Alapítványánál – senki, ámbár nagyon súlyos krízist okozott a forráselvonás. Ha nem sikerült volna fizetéscsökkentéssel, juttatások megvonásával megtakarítani a költségekből, nagyjából száz beteget és családot kellett volna elengednünk. Ez olyan lenne, mintha lekapcsolnánk őket a lélegeztetőgépről, többségüknek nem jók az esélyei nélkülünk. Ellátás híján tovább nőne az öngyilkosságok száma, és még többek kerülnének pszichiátriai intézetekbe. Az egyébként valószínűleg véletlen, hogy a közösségi pszichiátria először a szociális ellátásban indult fejlődésnek. A bevezetése nagyban köszönhető Göncz Kinga korábbi szociális és esélyegyenlőségi miniszternek. Az egészségügy nem volt erre akkor nyitott. Sőt hiába tananyag ma már, az orvosok egy része még mindig valamiféle gyanús, az ellátórendszert veszélyeztető dolognak tartja.

■ Kik kerülnek az önök kezeltjei közé?

■ A fő célcsoport a skizofréniával és a bipoláris vagy más súlyos hangulati betegségekkel élők, valamint a személyiségzavarokkal és súlyosabb szorongásos kórképpel rendelkezők; általában olyanok, akiket más ellátási formában nem tudnak elég hatékonyan ellátni, és akik nem tudják megfizetni a magánren-

deléseket. Sokukra jellemző, hogy a társadalom perifériájára szorultak. Van egy jobb háttérrel rendelkező réteg is, akik újságcikkekből, internetről tájékozódnak. A cél az, hogy elkerüljük a stigmát, a kirekesztést, és ezek helyett próbálunk meg a páciensen különösebb felhajtás nélkül, a saját lakásában segíteni, ahogy a védőnő vagy a háziorvos teszi. Ehhez hatékony orvosi, pszichológiai és szociális segítséget nyújtunk, a beteg és családja szükségletei szerint.

■ Effajta kezeléssel milyen életben reménykedhet egy súlyos mentális betegséggel élő ember?

■ Olyanban, amit ő elképzel magának. A közösségi pszichiátrián nemcsak a tünetekkel foglalkoznak, hanem azt is megkérdezik a páciensről, milyen



az élete, mit szeretne elérni. Felmérjük, milyen okok akadályozzák e célok megvalósulását. Emellett komplex kezelést adunk: kevesebb a gyógyszer, és sokkal több a lelki és szociális segítség. A hozzátartozóknak is segítünk, mert ha a család jól van, és regenerálni tudja erőforrásait, az visszahat a páciensre is. Általában szükség van pszichiáterre, aki az akadályozó tünetekkel foglalkozik, szükség lehet pszichológiai segítségre, például amikor valakinek nincs elég önbizalma, hogy másokkal találkozzon, és szociális szakemberre, aki segít abban, hogy a család egzisztenciális biztonsága meglegyen. Az Ébredések Alapítványánál 2009 és 2011 között gondozott 200 páciensnek csupán a 17 százalékuk dolgozott az ellátásba kerülésekor, távozáskor viszont már az 55 százalékuk. Javult a munkaképességük, miután az állapotuk, a motivációjuk, a készségeik és az önbizalmuk is javult. Az, hogy kiből lesz mentális beteg, nagymértékben attól is függ, hogy az illető szeretetben él-e, jó gyerekkora volt-e, van-e mit ennie, kirekesztett-e vagy sem. Ezekre a környezeti tényezőkre is hatással kell lennünk ahhoz, hogy jól gyógyítsunk. ■ KOVÁCS ERIKA