



Viziten az Országos Mentőszolgálatnál
A miniszterelnök programjában a sürgősségi betegellátás kiemelt helyen szerepel. Az ellenzék szerint ez a kérdés valamennyi kormányprogramnál visszaköszönt...

Pszichiátria a globalizáció korában

A Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) múlt évi szegedi vándorgyűlésének témája a Globalizáció és pszichiátria volt, vagy ha úgy tetszik: globalizáció átká és áldása. A szakma vezető szakemberei – prof. Dr. Tringer László Semmelweis Egyetem, Dr. Harmatta János pszichiáter OPNI, Dr. Sümegi András pszichiáter Kaposi mór Kórház – a rendezvény előtt sajtótájékoztatót a szélesebb nyilvánosságot a globalizáció pszichiátriára és az emberi lélekre gyakorolt mind pozitív, mind negatív hatásaival ismertették meg, valamint azzal, hogy a pszichiátriai betegek kezelésében ez a kortűnet eredményez-e változást?

A globalizáció, a fogyasztói társadalom értérendje igen szoros kapcsolatban áll a leszakadó rétegek rosszabb egészségi állapotával. A közöttük tapasztalható krónikus stressz állapot alapvető jellemzője, hogy a fogyasztói éniideált tartanak kívánatosnak, ugyanakkor képtelenek ezeknek a céloknak az elérésére. 1988-ban, 1995-ben majd 2002-ben országos reprezentatív hazai (Hungarostudy) felmérések segítségével vizsgálták a szakemberek a testi és lelki egészség összefüggéseit 21 ezer, illetve 12 600 embert kérdezve ki. A 40 évnél fiatalabb magas iskolázottságú rétegekben a teljes időszak alatt folyamatos javulás tapasztalható mind a depressziós tünet együttes, mind más életminőség mutatók tekintetében. A társadalom lelki és testi egészségi állapotára összességében 1988 és 1995 között azonban rosszabbodás volt jellemző. A legdrámaibb változás a súlyos depressziósok arányának növekedése volt. A magyar társadalom regenerálódó képességét jelzi, hogy 1995 és 2002 között számos mutatóban javulás következett be, elsősorban a társas támogatás tekintetében, de számos adaptív megbir-



kózási mód is gyakoribbá vált. A depresszió arányok nem romlottak tovább.

A depresszió globalizált lelki szenvedés

Az 1980-as évektől a pszichiátriai beszéd nemzetközivé válásának és egységesülésének folyamata zajlik. Az 1980-ban megjelent új kategóriarendszer radikálisan szakít mindazon fogalmakkal, amelyek történeti, kulturális, nyelvi, felfogásbeli sajátosságokat tartalmaznak. Legjobb példa erre a „neurózis” fogalmának feldarabolása. E folyamat modellértékű, kritika nélküli elfogadása jellemzi a poszt-kommunista országokat, így hazánkat is. A diagnosztikai rendszer homogenizálódása a mentális zavarok megjelenési formáiban a kulturális jegyeket háttérbe szorítja, nem engedi érvényesülni. A tudományos teljesítmények értékelése olyan nemzetközi standardok alapján történik, amelyek háttérben pozitivistá-rationális értékrend húzódik. Ennek következtében a mentális zavarok irracionális-szubjektív aspektusa kívül reked, a lelki szenvedés depresszióként globalizálódik.

a téma 5-11. oldalakon folytatódik ►

A beteg egészségügynek kúra kell!

„Nem akarok Önöknek hazudni...”

Bő fél év múlva kész lesz a járulékhizetések egyéni nyilvántartási rendszere – jelentette ki Gyurcsány Ferenc kormányfő az egészségügyben dolgozóknak és vezetőknek tartott fórumán. A jövőben az egészségbiztosítási pénztár valódi biztosítóként működve csak olyan intézményekkel köt majd szerződést, amelyek olcsón nyújtanak minőségi szolgáltatást.

„Olyan egészségügyi reformot nem tudok elképzelni, ahol az egészségügyi dolgozók nem érdekeltek. – mondta a miniszterelnök a tárca minisztériumában tartott fórumon a zsúfolt szakmai hallgatóságnak. – A betegek szabad orvosválasztási jogát sem szabad korlátozni, így ezen korlátokon belül kell megtalálnunk az optimális lehetőségeinket. A szakmai protokollok sem képezhetik társadalmi vita alapjait, viszont meg- szívelendő közös tanács és akarat lehet, hogy a családorvos legyen a mi személyes menedzserünk! Nem akarok önöknek hazudni, hogy tessék rám szavazni, és minden megoldódik. Több jövedelmet csak egy hatékonyan működő egészségügyben lehet adni, így nem ártom Önöket azzal, hogy 2006 az egészségügy éve lesz költségvetési szempontból, viszont tudom, hogy több bért érdemelnének az egészségügyi dolgozók.”

Gyurcsány Ferenc miniszterelnök az egészségügyben dolgozókkal ismertette a kabinet Száz lépés programjának az ágazatra vonatkozó elemeit. A miniszterelnök szerint már a reform előszobájában vagyunk, sőt be is csöngettünk azzal, hogy elke-

dődött a 15 év alatt feltorlódtatott feladatok megfogalmazása. A magyar egészségügy gyógyulási idejét három évre becsülte. Amúgy a kormányfő nem is érti, miként beszélhetett bárki az elmúlt másfél évtizedben reformtervekről anélkül, hogy belevágott volna a társadalombiztosítás rendbetételébe. Gyurcsány – elmondása szerint – maga is csak nemrég tudta meg miniszterétől, Rácz Jenőtől: a jelenlegi rendszer még arra sem alkalmas, hogy megmondjuk, ki biztosított és ki nem. (Te Jenő, meg tudod nekem mondani névreszólan, ki biztosított ma Magyarországon? A miniszteri válasz: Nem!) Csak az ehhez megfelelő nyilvántartás kialakításához hat-hét hónapra van szükség. Az aktívan dolgozók, de járulékot nem fizetők számát, a nyilvántartás hiányában saccolással: kétszáz- és nyolcszáz ezer közé teszik. A 21 lépés intézkedési tervének egyik pontja, hogy a kormány tiszta helyzetet akar ebben a kérdésben teremteni. A másik jelentős változás, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – valódi biztosítóként működve – nem minden intézmény minden szolgáltatását finanszírozza majd automatikusan. (Azaz: szektorsemlegesen finanszíroz). A biztosító csak azokkal köt szerződést, amelyek az adott régióban az adott szolgáltatást a legolcsóbban, a legjobb minőségben nyújtják. Nem az lesz a kérdés, hogy privatizált vagy állami szolgáltatóról van-e szó – tette világossá a miniszterelnök.

(tudósítónktól)

► Magánügy vagy közügy a kialvatlanság?

„... Az alvászavar (inszomnia) napjainkban komoly népegészségügyi problémát jelent a világ számos országában, így Magyarországon is. Az alvászavar az egyén, a család, a munkahely számára is hátrányos, társadalmi kihatása jelentős. Az alvászavart ennek ellenére sem az érintettek, sem a társadalom nem tekinti lényeges, más betegségeket kiváltó tünetnek. Gyógyítása szükség esetén gyógyszeres terápiával megoldható. Az inszomnia kezelése ma már nemcsak pszichés tünetek esetén célszerű. A korszerű, kevesebb mellékhatást kiváltó szerek megszüntetik a kialvatlanság következményeit, sem részokási veszélyt nem jelentenek, sem a másnap fáradtság, vagy levertség érzetét nem okoznak...”

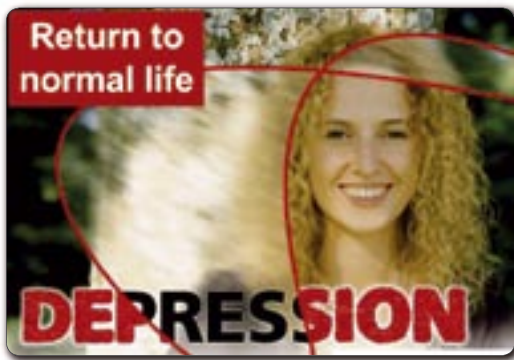
Április végén ezekről a kérdésekről tartottak az Alvás Társaság keretében nemrégiben megalakult Alvás Medicina Szekció vezetői sajtótájékoztatót az MTA Könyvtártermében. A rendezvényen jelen volt dr. Köves Péter a Központi Honvédkórház Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központból, aki az orvostudományok kandidátusa, Az Alvás Medicina Szekció vezetője, dr. Szakács Zoltán, a Központi Honvédkórház Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratóriumának vezetője, továbbá Dr. Várszegi Mária, az orvostudományok kandidátusa, a Szegedi Regionális Alváscentrum vezetője.

folytatás a 11. oldalon ►

► Gyógyító agytudomány

Ismeretterjesztő előadássorozat a pszichiátria és neurológia jegyében. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet a Duna Televízió támogatásával egyedülálló kezdeményezésbe fogott: felismerve a téma aktualitását és mindmáig tabu jellegét, 2005. márciusától kizárólag pszichiátriai és neurológiai témákkal foglalkozó szabadegyetemi előadássorozatot indított útjára. A témák felölelik klinikai idegtudományok legfontosabb területeit: az agyvérzésről, a szkizofréniáról, a depresszióról, a paranoiáról, az epilepsziáról, valamint az időskori szellemi hanyatlásról hallgathatnak meg ismeretterjesztő, közhírhető előadásokat az érdeklődők. Az előadássorozat fővédnöki posztját Dr. Rácz Jenő, egészségügyi miniszter tölti be.

folytatás a 8. oldalon ►



Többszintű akcióprogram a depresszió és az öngyilkossági magatartás ellen

Európai Szövetség a Depresszió Ellen
European Alliance Against Depression, EAAD

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete Kopp Mária professzorasszony vezetésével egy nemzetközi szövetség hazai tagjaként modellkísérletbe kezdett a szolnoki régióban a depresszió és az öngyilkossági magatartások megelőzésének szándékával.

Magyarországon különösen fontos a depressziósok gondozásának javítását célzó nemzeti akcióprogramok kidolgozása. A jelenlegi program célja egy ilyen európai programba való bekapcsolódás. A projekt a depresszió megelőzését, azon keresztül pedig az öngyilkosságok számának csökkentését tűzte ki célul.

A „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” elnevezésű program Németországban hatékonyan bizonyult ennek adaptált formáját használjuk. Így egy Európára kiterjedő kezdeményezés indult, amely a depresszió és az öngyilkossági magatartás elleni küzdelem hatékony és gazdaságos eszköze lehet. Ez Magyarországon, és elsősorban az alföldi régióban, ahol az öngyilkosságok aránya különösen magas, számunkra is rendkívül fontos. Az anyagok átadása mind a pszichiáterek, családorvosok, más segítő foglalkozásúak, pedagógusok számára nagy segítséget jelent a hatékonyabb munkában.

folytatás a 4. oldalon ►

MFB

Magyar Fejlesztési Bank Részvénytársaság

Hitelezés · Tőkebefektetés · Támogatásközvetítés · Regionális képviseltek

SIKER FEJLESZTÉSI HITELPROGRAMOK

önkormányzatok ·	kedvezményes kamatozás
infrastruktúra ·	árfolyam-garancia
egészségügy ·	futamidő: 5-20 év
mikro-, kis- és középvállalkozások ·	alacsony fedezeti elvárás
területek fejlesztése ·	kedvező járulékos költségek

MFB - A sikeres Magyarorszáért

Érdeklődjön a www.mfb.hu weboldalon és a 06-40 555-555-ös kék számon.
Keresse az Önhez legközelebbi Regionális Képviseletünket!

Miniszterelnök az Egészségügyi Minisztériumban



Aki élt és mozgott, a magyar egészségügy szinte valamennyi ismert vezetője jelen volt a minisztérium zsúfolásig telt VIII. emeleti dísztermében május 11-én délután 16 órakor, amikor Gyurcsány Ferenc miniszterelnök tartott tájékoztatót a kormány 21 pontos egészségügyi reformcsomagjáról.

► az 1. oldal folytatása

A kormány a járó- és fekvőbeteg-ellátás pontrendszerét újraszabályozni készül, azért, hogy a két rendszer forrásmegosztása az eddigieknél kiegyenlítettebb legyen. A 21 lépés bizonyos eleminek költségkihatását ingatlanok eladásából tervezik finanszírozni. Szerda délelőtt a kabinet elfogadta a „Száz lépés programján” belül az egészségügyet érintő változások ütemtervét, amiben lebontva szerepel, hogy a tervezett intézkedésekhez milyen törvényeket, kormányrendeleteket kell megváltoztatni, milyen szabályokat kell megalkotni, másként fogalmazva, melyik mikor lép hatályba.

A miniszterelnök az ágazat strukturális átalakításával, a finanszírozás változtatásával kapcsolatban elmondta, hogy egyetlen kormányzati kurzusban sem döntöttek el, hogy biztosítási rendszer, vagy állami egészségügy legyen, ezért hazánkban mindmáig biztosítási rendszerbe öltöztetett állami egészségügy működik.

„El kellett dönteni, hogy melyik egészségügyi rendszer irányában induljanak meg a fejlesztések. Mi pedig úgy döntöttünk, hogy a biztosítás-alapú egészségügy felé indulunk el, ennek pedig a következő évtizedekre nézve egyértelmű következményei vannak. Ahhoz, hogy az állampolgárok az egészségmegőrzés felelősségét ne az államra ruházzák át, hanem kockázatközösség elvén közösen vállalják, tudni kell, ki a biztosított, tudni kell azt, hogy aki biztosított annak milyen szolgáltatás jár és meg kell teremteni annak a feltételét, hogy ezek a szolgáltatások az ország egész területén azonos színvonalon működjenek.” – mondta a miniszterelnök.

Abbéli reményének is hangot adott, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a jövőben a jelenleginél nagyobb döntési helyzetbe kerül, s dönt arról, hogy melyik szolgáltatókkal köt szerződést. A miniszterelnök gazdasági példákat sorolva indokolta, hogy az adott régióban a legolcsóbb és legjobb szolgáltatókkal kell szerződést kötni. Optimistán azt is mondta, hogy a beteg egészségügynek a gyógyuláshoz legalább három esztendőre van szüksége. Példaként említette, hogy a járulékfizetések egyéni nyilvántartási rendszere várhatóan 6-7 hónap múlva készül el. A teljes reform pedig 2-3 évet igényel.

„Elégedett vagyok, mert az intézkedéscsomag az egészségügy valamennyi területét érintő kérdésekre – intézményrendszer, fejlesztések, finanszírozás, biztosítás, szolgáltatásnyújtással – rendszer egészét érintő, konzisztens választ ad. Ennek a beteg egészségügynek csaknem 3 éves a gyógyulási ideje, amihez a terápiát azonnal el kell kezdeni.” – A miniszterelnök hangsúlyozta, hogy a kormány annak ellenére az egybiztosító, egy kockázatközösségen alapuló rendszer mellett voksol, hogy a minisztériumi tanácskozáson is többen felvetették, vajon a 21 lépés bizonyos elemeit nem tudni miből finanszírozzák majd. A miniszterelnök a tamáskodókkal közölte: „Az, amit csinálunk, (...) az a reform előszobája, már túl vagyunk azon, hogy becőngettünk, és már túl vagyunk azon is ezzel a lépéssel, hogy megmondtuk, hogy merre képzeljük el a magyar egészségügy jövőjét”.

Az alapsomagba azokat a szolgáltatásokat sorolta, amelyekért a járulékfizetőnek nem kell fizetnie, amiket nem a kormány és nem a szaktárca, hanem a biztosítottak által ellenőrzött biztosító határoz meg. „A szolidáris társadalom nem az állam szolidaritását, hanem az emberek szolidaritását jelenti. Az én véle-

ményem, hogy az emberek merjenek ebben a kérdésben dönteni, saját maguk határozzák meg, meddig vállallnak kockázatközösséget egymással” – jelentette ki a miniszterelnök.

Minden gyerek után fizet az állam

A miniszterelnök szerint most egy hazug rendszer létezik, egy biztosítási jogviszonyba öltöztetett állami egészségügy, ahol semmi sem az, aminek mutatja magát. Ha valódi biztosítási alapú egészségügy lesz, az a következő évtizedben egyértelmű következményekkel jár. A legfontosabb annak kimondása, hogy nem az államé, hanem az egyéneké az elsődleges felelősség. Ezt nem ruházzák át az államra. Ugyanakkor ezt a felelősséget egy biztosítási alapú egészségügyben kell viselniük, ami így, kockázati közösséget alkotva mégis biztonságot jelent. A jövőben a biztosító attól a szolgáltatótól fog vásárolni, ahol a legkedvezőbb áron a legjobb minőséget kapja. Ehhez egyértelművé kell tenni azt is, hogy ki a biztosított. A gyerekek mindenképpen. Akkor is, ha a szülei nem azok. Magyarországon tizennyolc éves koráig mindenki kap családi pótlékot. A jövőben ezt az összeget kiegyesítenék az egészségbiztosítási járulékkal, amit a családi pótlékkal együtt kapnának meg a jogosultak, és maguknak kellene befizetniük. Egy másik lehetséges változatban az állam a bruttóított családi pótlékból eleve levonná, és maga utalná át a gyerekek járulékát. A nyugdíjasok társadalombiztosítását is e két megoldás valamelyikével szeretnék megoldani. A miniszterelnök nem titkolta, hogy a biztosítási reformmal nem mindenki fog jól jární. Közölte, hogy viszont hisz abban: ha sikerül a rendszert hatékonná, átláthatóvá és jól szervezetté alakítani, akkor annak a szakemberek nyertesei lesznek, mert több pénz jut majd bérre és a gyógyítás feltételeinek javítására is.

„A gyerekeken kívül állampolgári jogon jár majd a szolgáltatás az anya- és csecsemővédelem, a sürgősségi ellátás és a vérellátás területén” – mondta a miniszterelnök. Ezekben az esetekben nem lehet majd vizsgálni, hogy ki biztosított és ki nem. A sürgős segítségnyújtást követően viszont már ellenőrizhető, hogy volt-e az illetőnek biztosítása, vagy sem, mert ha nem, a számlát a költségvetésnek kell majd kifizetnie. A miniszterelnök elmondta, tisztában van vele, mennyire kényes kérdés az is, hogy a kormány korlátozni szeretné a szabad orvosválasztást. Szerinte a lakosság kétharmada most sem tudja gyakorolni ezt a jogát. A háziorvos és az általa javasolt szakellátás térítésmentes lesz a jövőben is. De aki ezen a körön kívül egy harmadik orvost is felkeresne, annak a szolgáltatáshoz hozzá kell járulnia. Hogy milyen mértékben – 5-10-15% –, arról még vita van. A miniszterelnök szerint három év alatt lehet rendbe tenni a rendszert. Határozottan kijelentette, hogy nem tud egyetlen fillért sem ígérni az ágazatnak, nem tudja azt mondani – összekacsintva a szereplőkkel –, hogy szavazzatok rám, és majd minden rendben lesz. A miniszterelnök számításai szerint a kormányváltás óta csaknem 1.000 milliárd forint többlet került az ágazatba, mégsem változott semmi. Ez is azt bizonyítja, hogy előbb a rendszert kell hatékonná tenni, s csak ezt követően lehet szó a többletjövődelem elosztásáról.

Mikola István: A 21 pont figyelemelterelés

„Az egészségügy valós problémáiról tereli el a figyelmet a kormány ágazatot érintő 21 pontos programja” – jelentette ki Mikola István, a Fidesz Egészségügy Egyeztető Fórumának elnöke tegnap, a testület ülése után tartott sajtótájékoztatóján. Az Orbán-kormány egykori egészségügyi minisztere szerint a programból hiányzik a helyzettértelelés, nincs benne összefüggő koncepció, stratégia, megvalósíthatósági tanulmány és forrás sem, ezért úgy látják, „hogy az egyetlen cél az, hogy eltereljük a valódi problémákról a közfigyelmet, amelyek az egészségügyben sürgős orvoslásra várnak”. Az ellenzéki politikus „szívárványosnak”, „rózsaszín ködnek”, „21 pontos kívánságlistának” minősítette a programot, amelyről – mint mondta – a miniszterelnöki bejelentés óta még egyetlen szakanyagot sem kaptak. Ugyanakkor megerősítette, hogy a Fidesz partner minden olyan költségvetési törvénymódosításhoz, amelynek az egészségügyben a fenyegető dekompenzáció, ellehetetlenülés megakadályozása a célja.

(SZERKESZTŐSÉGI ÖSSZEÁLLÍTÁS)

Pártok vitája a kötelező egészségbiztosításról

A felelősségbiztosítás megtartását és a regionális egészségügyi tanácsok létrehozásának elhagyását javasolták ellenzéki képviselők az Országgyűlésben a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló és az azzal összefüggő törvények módosításának részletes vitájában.

Csáky András (MDF) közölte: azt javasolják, maradjon benne a jogszabályban, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak az esetleges műhibaperek esetére felelősségbiztosítással kell rendelkezniük. A képviselő ugyanakkor kifogásolta, hogy miközben a miniszterelnök

a gazdaság kifehéritéséről beszél, a kormánypárti képviselők módosító indítványai törölnék a jogszabályból azt, hogy csak olyan szolgáltatóval lehet finanszírozási szerződést kötni, amely nem rendelkezik olyan köztartozással, amelynek esedékesége hatvan napnál régebbi.

Schvarcz Tibor (MSZP) az ellenzéki politikus felszólalására válaszolva azt mondta: a száz lépés programjában arra tettek javaslatot, hogy közös kockázati alapot hozzanak létre, amelyből fizetni lehetne a felelősségbiztosítást.

Lezsák Sándor (független) elmondta: a regionális egészségügyi

tanácsok megalakulása az országos egészségbiztosítás feldarabolását eredményezi. Hozzáfűzte: ha a kormány határozna meg az orvos megválasztására vonatkozó szabályokat, akkor aggasztó helyzetbe kerülhet a szabad orvosválasztás lehetősége.

Vojnik Mária, az Egészségügyi Minisztérium politikai államtitkára azt mondta: a regionális egészségügyi tanácsok létrehozásából nem következik az, hogy feldarabolják a biztosítási rendszert, csak azt szeretnék, ha az adott térségben élők sorsát nem felülíról döntenék el.

(MTI)

A depresszió nem stigma

A népesség 15%-a depressziós, ám hazánkban 250 ezerre tehető a kezeletlen betegek száma. Az OEP finanszírozza a korszerű orvosságokat, ám kevés a pszichiáter, szűk az ellátórendszer. A kormány száz lépés programjából a lelki egészség megtartása sem marad ki. A Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány Dr.Kurimay Tamás elnök vezetésével „Előrelépés a depresszió elleni küzdelemben” címmel kerekasztal beszélgetésre hívta az MTA zenetermébe 2005. május 17-én az összes – hazánkban ezen a területen – érdekelt felet.

A gyógyszeres kezelés kevés a depresszióban szenvedő betegek gyógyítására, a jelenleginél bővebb pszichiátriai ellátórendszerre van szükség – jelentette ki Göncz Kinga esélyegyenlőségi miniszter tegnap a Magyar Tudományos Akadémián a Védőháló Lelki Egészségért Alapítvány által rendezett kerekasztal-beszélgetésen. Problémát jelent azonban a szakemberhiány, és nincs utánpótlás. Bár a kormány az egészségügy megújítását célzó 21 lépés programjában a lelki betegségcsoport közvetlenül nem szerepel, a feladatok konkrét kidolgozásakor ez a terület sem marad ki – mondta Rácz Jenő egészségügyi miniszter. Ahhoz ugyanis, hogy hazánk gazdasága és társadalma versenyképes maradjon, a testi és a lelki egészségre is szükség van – tette hozzá. A magyar pszichiáterek elvándorlásának legfőbb oka a krónikus túlterheltség – véli Bitter István, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elnöke. A nyugat-európai országokban a pszichiátereket jól képzett szakembergárda segíti, az orvosnak „csak” a betegség gyógyítására kell koncentrálni. Nálunk olyan feladatokat is ellátnak, melyeket nem orvos szakemberek is el tudnának végezni, így kevés idejük jut a betegre.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint ma a depresszió a legtöbb kárt okozó betegség, a

normális lelki működés, a szerotonin, a nonadrenalin és a dopamin anyagcserezavarával jár. Magyarországon gondot okoz a betegség elbátellizálása és a beteg társadalmi megbélyegzése, stigmatizálása – mondta Rihmer Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) osztályvezető főorvosa. Hazánkban a felnőtt lakosság több mint 15%-a legalább egyszer volt már depressziós, s az esetek többségében ez 6-8 hónapig tartott. A depresszió súlyos formája a magyar felnőttek 3%-át érinti. A szakorvosok úgy látják, hogy ma már korszerű készítmények állnak rendelkezésre hazánkban is a depresszió kezelésére. Segítségükkel a betegek több mint fele már az elsőként választott gyógyszerrel meggyógyul. Problémát jelent viszont, hogy jelenleg a depressziósok 30%-át kezelik csupán, a többiek kiesnek a szakhálózat látóköréből. Hazánkban 250 ezerre becsülik a kezeletlen depressziós betegek számát.

A pszichiátriai járóbeteg-ellátás keretében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kétféle finanszírozást alakított ki – mondta Kiss József, az OEP főigazgatója. Az egyik a gondozóintézeti ellátás finanszírozása, amely az elmúlt évben 2,5 milliárd forintba került. Tavaly 98 ezer beteget kezeltek a gondozóintézetekben. A szakellátás keretében 500 ezer beteget láttak el, ez ötmilliárd forintjába került az egészségbiztosítónak – tette hozzá a főigazgató.

A konferencián elhangzott az is, hogy a hazai pszichiátriai intézetek egy részében nincsenek meg a tárgyi és személyi feltételek a betegek korszerű ellátásához. Ezzel kapcsolatban Kiss József azt mondta: amennyiben az OEP valódi biztosítóként működik majd, s ez a jövő, megszabhatja, mely intézményekkel köt szerződést a betegellátásra.

VILÁGGAZDASÁG

a konferenciáról bővebben a 10-11-es oldalon ►

A sors iróniája, hogy

májusban, amikor a depressziósok kicsit felélénkülnek, gyakran épp elég energiájuk lesz ahhoz, hogy öngyilkosságot kövessenek el.

A kutatók szerint Nagy-Britanniában évente 6300 ember lesz öngyilkos, és közvetlen kapcsolat van a napsütés mennyisége és az országos ráta között. Többen vetnek önkézzükkel véget életüknek májusban, mint bármelyik másik hónapban, ami az éghajlatnak tudható be. A több napsütés, ami a depresszió ellenszere, lehet, hogy épp az öngyilkossághoz szükséges többletenergiát adja azoknak, akiknek suicid hajlamaik vannak. Azok körében, akik a napsütés hatására kikerülnek a depresszióból, magasabb az öngyilkosságok száma, mint a súlyos depresszióban szenvedőknél. Skandináviában és Kanadában készült kutatások kimutatták, hogy az öngyilkosoknál alacsony az agyban termelődött „boldogsághormon”, a szerotonin szintje.

A tavasz az új élet, az új kezdet évszaka, ám a szó szoros értelmében virágba borult világ és a rideg belső világ között túlságosan nagy az ellentét a depressziósok számára ahhoz, hogy el tudják viselni. A depresszió súlyos betegség, amely életének valamely szakaszában öt emberből egyet érint. Akinek öngyilkos gondolatai vannak, vagy úgy gondolja, súlyosan depressziós, kérjen segítséget háziorvosától, ugyanis a depresszió sikeresen kezelhető.

BBC New/Dobos, L.

Az idealizmustól a közönyig – a kiégés fázisai

Sokan csak a túlhajszolt menedzserek, a munkamániások betegségeknek vélik, holott mindenkit fenyeget, aki munkáját és magánéletét huzamosan nem tudja összehangolni. A kiégést gyógyítani sokkal nehezebb, mint megelőzni. A tünetek kialakulásáért nemcsak a páciens, hanem az őt körülvevő kollektívát is felelősnek tartják az orvosok.

Apjaink „divatos” betegségeknek tartják, – némi joggal, hiszen a kiégés tünetegyüttesét csak 1974-ben írta le Herbert Freudenberger pszichoanalitikus. Lényege, hogy a megterhelések, stresszek nyomán fizikai, érzelmi, mentális kimerülés lép fel, ami reménytelenséggel, a célok, törekvések elvesztésével jár. Csökken az önértékelés, a munka eredményessége, nő a mások iránti negatív beállítódás.

A kiégés főleg azokat érinti, akik munkájuk révén közvetlenül kapcsolódnak más emberekhez. Az orvostól a pedagógusig, a vezető beosztástól az ügyintézőig, a jogásztól a rendőrig széles skálán mozognak azok a szakmák, ahol minden nap emberekkel kell dolgozni, bánni, s amelyek művelőinél fennáll a kiégés veszélye. Tehát a motivált személyiség is telítődik azokkal a problémákkal, amelyek folyamatosan rázúdulnak.

A kiégettség tünetegyüttese több összetevőből áll. A fizikai, mentális és érzelmi kimerültség a reménytelenség érzetét idézheti elő. Az érzelmi katasztrófához testi tünetek is társulnak: kimerültség, krónikus fáradtság, fejfájás, alvászavarok. Gyakori, hogy apróbb fertőzések is győtrik az illetőt, s fekélyek, emésztési zavarok is kialakulhatnak. Az érintett sokszor fokozott alkoholfogyasztással, dohányzással, drog használatával próbálja a hangulatát kiegyensúlyozni, ideig-óráig javítani. A pszichés tünetek között a depresszió, a kudarcélmény, a tehetetlenség érzete, olykor a düh, a koncentrációs és emlékezeti zavarok a szembetűnőek. Mindezeket olyan viselkedési tünetek is kísérik, mint a munkamódot romlása, a hiányzások, velük együtt gyenge teljesítmény, csökkenő kezdeményezőkézség, amely gyakran a munkahely változtatásába torkollik. Az egyéni életben is felmerülnek nehézségek, bajok, sokaknál ide vezethetők vissza a párkapcsolati problémák, sőt a válás is. A kiégettség szakaszosan alakul ki.

Elsőként tartják számon a szakemberek az idealizmus szakaszát. Ekkor még van lelkesedés a szakmáért; a kollegákkal való kapcsolattartás még élénk, az érintettek saját személyiségüket tekintik a legfontosabb munkaeszköznek.

A második a realista fázis. Az illető szakmája iránt elkötelezett, együttműködő a kollegákkal, érdeklődik a munkáját célzó emberek iránt, de már a távolságtartás és a részvétel egyensúlyának megteremtésén fáradozik. Vannak még kreatív tervei, még nyitott a kezdeményezések iránt.

A stagnálás vagy kiábrándulás a harmadik periódus. Ekkor már csökken a teljesítőképeség, az érdeklődés, a nyitottság. Az emberekkel való kapcsolattartás csupán a legszükségesebbekre korlátozódik. A kollegákkal való beszélgetések is gyakran terhesek, inkább csak védekezésünk megerősítését szolgálja.

A negyedik a frusztráció szakasza. A páciensek a szakmájukban visszahúzódnak, partneraiknál egyre több negatív vonást észlelnek. A kapcsolatokban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik. A szakmai, közéleti tevékenységtől vonakodnak, mert értelmetlennek és üresnek vélik. Kétségbe vonják a saját tudásukat, hivatásuk értelmét és értékét. Egyre idegesítőbbé válnak számukra azok, akikkel dolgozniuk kell.

Az apátia fázisa az ötödik. Ekkor minimumra korlátozódik az interakció, a bánásmód rideg, sőt ellenséges. A szakmai munka sematikussá válik. Az illető kerüli a segítő kollegákat, a helyzet megváltoztatásának lehetőségeit elveti.

A kiégés azonban nem elkerülhetetlen sorscsapás azokra, akik túl komolyan veszik a hivatásukat! Nem következik be, ha megvan az általános motiváció, az az a munkával, hivatással kapcsolatban a saját személyi fontosságának és jelentőségének érzése a munkahelyeken, s ha adott a szakmai fejlődés lehetősége. Legyen a munkahelyen támogatott segítség, például stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, kollegális konzultációk. Ezért is fontos az anyagi-erőlcsei megbecsültség érzése, és – nem utolsósorban – a szakmai túlterheltség elkerülése.

» dr. Takács Ilona «

EGÉSZSÉGPOLITIKA:KORMÁNYZATI SZÁNDÉK

Hazai gyógyszergyártók a miniszterelnöknél

Már a második félévben olyan intézkedéseket vezetnek be, amelyek a lakosság gyógyszerkiadásában milliárdos nagyságrendű megtakarítást jelentenek – mondta Rácz Jenő egészségügyi miniszter, miután három magyarországi gyógyszergyártó, az Egis, a Richter és a Teva vezetőit munkamegosztásukról fogadta Gyurcsány Ferenc kormányfő.

A kormányfő és miniszterei – Veres János pénzügyminiszter, Kiss Péter, a Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter és Rácz Jenő egészségügyi miniszter – arról cserélt eszmét, Orbán István az Egis, Bogsch Erik a Richter Gedeon és Rózsa András a Teva Magyarország Rt. vezérigazgatójával, hogy miként vehetnek részt a „2. lépés a magyar egészségügy megújításáért” programban. Rácz Jenő a közelmúltban már tárgyalt a Sanofi-Aventis Budapestre látogató elnök-vezérigazgatójával, is.

RÁCZ JENŐ egészségügyi miniszter elmondta: a három gyártó a generikus készítmények területén meghatározója a magyar piacnak, igaz a Teva magyarországi forgalmának csak 28%-a a generikus, a többi originális készítmény. A három cég termékei dobozsámra a gyógy-

szerfogyasztás 44%-át adják, de az egészségbiztosítási alap gyógyszerkasszájából csak 22%-ban részesednek. Hangsúlyozta, hogy a tervezett intézkedések között szerepel az úgynevezett fixesítés folyamatos kiterjesztése, azaz a legolcsóbb referencia gyógyszer támogatási összeget kapja meg a drágább készítmény. A gyógyszerpiaci rendtartásról szóló törvénytervezet már a tárcaközi egyeztetésen túl van, folyik a szakmai vita és várhatóan a hónap második felében kerül a parlament elé. A promóció visszaszorítása, a patikák érdekeltség átalakítása is a tervezett intézkedések listáján szerepel el. A patikák árréstömégét megtartva abban akarják érdeklétti tenni a gyógyszereszeket, hogy az olcsóbb gyógyszereket részesítsék előnybe. Az azonos hatásmechanizmusú gyógyszerek, az úgynevezett helyettesítő készítmények listáját már a lakosság is olvashatja a www.drinfo.eu hon internetes portálán – tette hozzá a miniszter. A tárgyalásokat követően mindhárom vezérigazgató kiemelte, hogy érdekeltek az originális termékeknél olcsóbb generikus termékek piacra vitelében. Rózsa András azt is aláhúzta, hogy a gyógyszerkassza megtakarításait a generikus termékek ré-

vén a különösen fontos innovatív
gyógyszerek támogatására lehetne
fordítani.

Rózsa András az izraeli Teva csoporthoz tartozó Teva Magyarország vezérigazgatója szerint a 21. lépés jó keretet biztosít arra, hogy Magyarország a generikus készítmények megbízható piaca legyen. Bogsch Erik közölte: ha a Richter termékeivel helyettesítenék azokat a készítményeket, amelyek helyettesítő termékét a Richter helyárta, az a betegeknek évi két milliárd forinttal kevesebb kiadást jelentene, a cégnek pedig évi 13 milliárd forinttal több bevételt. A francia Servier többségi tulajdonában lévő Egis a következő években nagy fontosságú generikus gyógyszerekkel lép piacra – közölte Orbán István vezérigazgató.

A vezérigazgatók egyetértettek abban, hogy a múlt nyáron hatályba lépett három éves megállapodás biztonságos ad a gyártóknak és forgalmazóknak. Az egészségügyi miniszter újságírói kérdésre válaszolva közölte: a tervezett intézkedések a jövő év végéig nem hoznak megtakarítást a gyógyszerkasszában, a már említett megállapodás miatt, de a lakosság számára igen.

(MTI)

Megkapta működési engedélyét Magyarország első PET-CT üzemelője
PET-CT Budapesten az Amerikai úton

Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben (OI-TI) létrehozott PET-CT Központ 2005. május 9 én – Magyarországon elsőként – megkapta működési engedélyt az egyik legmodernebb, csúcstechnológiát képviselő képkalkotó diagnosztikus eszköz üzemeltetésére.

A PET (POZITRON EMISSZIÓS TOMOGRAFIA) egy olyan kamera, amely nem a test anatómiai és szerkezeti elváltozásairól, hanem az emberi test működéséről, anyagcseréjéről sejt szinten alkot képeket. Az így nyert információ a betegségek korai felismerésében és diagnosztikájában, továbbá az alkalmazott terápiák meghatározásában és eredményességük követésében nyújt pótolhatatlan segítséget. A PET nem tudja elegendő pontossággal meghatározni az elváltozás anatómiai elhelyezkedését, erre a CT (Computer Tomográfia) alkalmas, viszont ez a módszer nem nyújt információt a sejtek működéséről. A PET-CT egyesíti magában a PET és CT technológiákat, ezáltal – egyedül álló módon – lehetővé téve, hogy az orvosok egy vizsgálat által juthassanak információhoz beteg szervezetének anatómiai eltéréseiről és anyagcseréjéről. Így ennek a módszernek segítségével olyan daganatos megbetegedések, mint például az emlőrák, a vastag- és végbél daganatok, fej-nyak rákok, agydaganatok stb., sokkal korábbi és pontosabb felismerésre nyílik lehetőség.

A lényegében kockázatmentes vizsgálat során a beteg egy pozitron sugárzó izotóppal jelzett nyomjelző anyagot kap intravénásan. A beadott anyag egyrészt a sejtek által anyagcseréjük során használt molekulából, másrészt egy kémiai úton hozzá kapcsolt radioaktív izotópból áll. Egyakrabban cukor (glükóz) molekulát kapcsolnak össze pozitron sugárzó fluor izotóppal (FDG). A beadott FDG-t a sejtek anyagcseréjük intenzitásától függően veszik fel. Ez az izotóp a beadás után 20 órával gyakorlatilag nyom nélkül lebomlik. A rá-

kos sejtek normális sejtekhez képest több cukrot igényelnek. A csökkent életfunkciójú, vagy elhalt sejtek a normálisnál kevesebb glükózt használnak fel. Így az FDG-PET alkalmas számos daganatos elváltozás korai felismerésére, távoli áttétek korai kimutatására, a rosszindulatúság fokának megítélésére, a rosszindulatú és a jóindulatú daganatok megkülönböztetésére. Továbbá segítségével elkülöníthetővé válik a sikeres terápia következtében elhalt daganat és az aktív tumortól. Ez az eljárás azonban nemcsak a daganatos betegségek diagnosztikájában használható, hanem alkalmas például szívbetegéknél a szívizom életképességének vizsgálatára, valamint egyes központi idegrendszeri betegségek korai felismerésére és követésére is.

Napjainkban világszerte évente megközelítőleg, 300.000 PET vizsgálatot végeznek, kb. 5-600 PET centrumban. Magyarországon eddig a tíz éve működő egyetlen Debreceni PET Centrumban évente kb. 700 beteg vizsgálatára volt mód. A hazai betegstatisztika alapján 25-30.000 orvosilag indokolt PET-CT vizsgálatra lenne szükség. A fenti adatokból is látszik, hogy hazánkknak súlyos lemaradás kellene behozni. Ebben vállalna szerepet az OITI-ben működő PET-CT Központ csúcstechnológiát képviselő – General Electric által gyártott – berendezése, amely egyesíti magában a PET és a CT előnyeit.

A magyarországi magánbefektetők segítségével megvalósult beruházás és az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet szakmai háttere garancia arra, hogy ez az egyedülálló diagnosztikus technika tudományosan megalapozott módon álljon a rászorultak rendelkezésére.

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ: DR. DEÁK GÁBOR (30) 939-0283 | OITI
PET-CT KÖZPONT | 1145 BUDAPEST, LAKY ADOLF UTCA 44-46 | OITI
DIAGNOSZTIKAI ÉPÜLET, I. EMELET, | NUKLEÁRIS MEDICINA OSZ-
TÁLY | TELEFON: (1) 301-0502, FAX: (1) 301-0503

Megkerülni a várólistát, de etikusan

Gyurcsány Ferenc miniszterelnök az egészségügyi vezetőkkel találkozva a 21 új kormányzati lépésről beszélve sokakat meglepő fordulatú álláspontján élt: ne kényszerüljön senki arra, hogy szükséges vizsgálatokra vagy terápiára várjon, miközben azt ki tudja fizetni, mondta a miniszterelnök. Magánbiztosítókön keresztül vagy készpénzfizetéssel le lehet rövidíteni a hosszú várólistákat. Példának a PET-capitásokat hozta föl. Az egészségügyi tárcának viszont egyelőre nem ismerik a bejelentést, illetve az elképzelés pontos részleteit, miközben az egész-

ségügyi törvény a várólistákkal kapcsolatban külön tiltja az anyagi „előnyserzést”, vagyis azt, hogy pénzért lehessen szolgáltatáshoz jutni. A szakemberek szerint nehezen elképzelhető, hogy ne szakmai indokok döntsenek egy-egy beteg sorsáról. Mozgásteret az adhat, ha a mindenki számára jól álcasomag meghatározása után maradnak szolgáltatások, amelyek más, fizetős csomagba kerülnek. A megoldást nyilván az államháztartás teljesítőképessége határozza meg, azaz dönt az ingyen elvárható maximumról.

Személyi változás a szaktárcánál

Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter 2005. május 13-tól **Dózsa Csaba** kormányzati főtisztviselőt – az OEP volt főigazgató-helyettesét – határozatlan időre kinevezte az Egészségügyi Minisztérium közgazdasági helyettes államtitkárává.

Dózsa Csaba 1994-ben végzett a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Társadalomtudományi Karán, Szociológiai

és Társadalmi politikai Elemző-tervező szakon. Szakmai életútját 1994-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban kezdte, minisztériumi kinevezését megelőzően 2002-től az intézmény egészségügyi és ellátási főigazgató-helyetteseként tevékenkedett. Orosz és angol nyelvből középfokú, spanyolból felsőfokú nyelvvizsgával rendelkezik. Külföldi tanulmányútjai, ösztöndíjai

során többek között vizsgálta Hollandia, Németország és Spanyolország egészségügyi rendszerét. 1997 óta több főiskolán, illetve egyetemen oktat. Dózsa Csaba három gyermek édesapja.

Holló Imre, az Egészségügyi Minisztérium előző közgazdasági helyettes államtitkára az EIB (Európai Beruházási Bank) munkatársaként, Luxemburgban folytatja pályafutását.

The advertisement features a purple background. On the left, white text reads "fészekrakó és közalkalmazotti lakásprogram". In the top right corner, white text states "OTP Lakáshitelek törlesztése biztosítási védelem mellett". A central photograph shows a smiling family: a woman, a man, and a young child. To the right of this photo is a partial view of another person's face. Below the main photo is a small square inset showing a close-up of eyes. A red diagonal banner across the bottom contains the white text "EGY HAVI KEDVEZTMÉNY A BIZTOSÍTÁS DÍJÁBÓL!". At the very bottom, the website "www.garancia.hu" is on the left, and "OTP Garancia Biztosító. A segítő jobb." followed by the OTP logo is on the right.

OTP Lakáshitelek törlesztése
biztosítási védelem mellett

fészekrakó és közalkalmazotti lakásprogram

EGY HAVI KEDVEZTMÉNY A BIZTOSÍTÁS DÍJÁBÓL!

www.garancia.hu

OTP Garancia Biztosító. A segítő jobb.

Jövőnk réme: a depresszió

Az Egészségügyi Világszervezet előrejelzése szerint 2020-ra világszerte a mentális zavarok, elsősorban a depresszió okozzák majd a legnagyobb közegészségügyi problémát, és már napjainkban is pl. a kieső munkaadók háttérében a szív-keringési eredetű betegségek után második helyen a depresszió szerepel. E betegek döntő többsége az alapellátás szintjén található, ugyanakkor a mentális zavarok felismerése és kezelése messze elmarad mind a kívánatos, mind a lehetséges szinttől. Ez a helyzet – az elkerülhető emberi szenvedésen túlmenően – szinte felmérhetetlen gazdasági veszteséget, állampolgári problémát is jelent.

Az alapellátás tehát óriási kihívás előtt áll: a jelenleginél sokkal hatékonyabban kell kiszűrnie és a kompetencia körén belül el is ellátnia a mentális zavarokban (is) szenvedő egyének tömegét. Sőt, külön figyelmet érdemelnek az úgynevezett szubklinikus formában megjelenő magatartási és beilleszkedési zavarok, amelyek sok esetben kóros, vagy káros életvezetési szokásokon keresztül mint elhízás, terápiareszisztens hipertónia, beállítatlan diabétesz térnek vissza a rendelőbe. Az Egészségügyi Világszervezet – többek közt – elsősorban családorvosoknak szóló oktatási segédlettel is erősíteni kívánja az alapellátásban dolgozókat abban, hogy a mentális zavarokban szenvedő betegeket felismerjék és kezelésbe is vegyék. Az oktatási csomag hat, az alapellátásban gyakori mentális zavar tekintetében nyújt konkrét ismereteket, diagnosztikus segítséget. Legfőbb erénye azonban a használatában rejlik, amely során a családorvos a beteggel való kapcsolatát mélyítő, a beteg gyógyulása érdekében partneri együttműködésre mobilizáló, kognitív-viselkedésterápiás betegvezetési attitűdöt sajátíthat el.

Az EVSZ oktatási csomagját a Konzultáció Alapítvány kapta meg kizárólagos hasznosításra hazánkban azzal, hogy magyarássa és lehetőségeihez képest közkinccsé tegye.

Kapcsolatfelvétel:
email: konzultacio@konzultacio.hu

Nürnbergi szövetség a depresszió ellen

► az 1. oldal folytatása

A „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” többszintű akcióprogram, amelyet az ötszáz ezer lakosú Nürnbergben hajtottak végre. Az értékelés egyrészt egy éves követés formájában, másrészt egy kontroll-régióval (Würzburg városa) való összehasonlítás révén történt. A németországi vizsgálatok eredményei szerint az öngyilkossági magatartás szignifikáns mértékben – több mint 20%-kal – csökkent a nürnbergi régióban és az öngyilkossággal, depresszióval kapcsolatos attitűdök jelentősen változtak.

A teljes program három lépcsőből áll, azon belül a jelenlegi projekt az első lépés, ahol a fő cél a depresszió felismerése, a depresszióval kapcsolatos tájékoztatás, ezen keresztül a betegek eljuttatása a szakemberekhez. A megcélzott rétegek gyakorlatilag az egész népességet felölelik. Alapvető cél a depressziótól különösen veszélyeztetett csoportok tájékoztatása mellett a felismerésben számba vehető szakmák, területek tájékoztatása. A tájékoztatásban az oktató tréningeken kívül szóróanyagokkal, plakátokkal, valamint egy weboldallal (www.depressziostop.hu), emellett tervezzük egy rövid klip terjesztését is. Az alábbiakban röviden ismertetjük az intervenciókat és a program értékelését.

Intervenció

Az intervenció négy szinten zajlik:

- **Együttműködés a pszichiáterekkel, háziorvosokkal, pszichológusokkal**

A pszichiáterek, háziorvosok, pszichológusok számára oktatási csomagok felhasználásával interaktív üléseket tartunk. A szűrésre szolgáló eszközöket más anyagokkal együtt átadjuk a háziorvosoknak. Videó anyag készült, amely segíti a háziorvosokat abban, hogyan tájékoztassák betegeiket a depressziós zavarról és kezeléséről. A videofelvételt a háziorvos odaadhatja a depressziós páciensnek, aki - hozzátartozóival együtt - otthonában szerezhet ismereteket a depresszióról és kezeléséről.

Nyilvános kampány

Tömegkommunikációs szakemberek bevonásával kampányt szervezünk plakátok szórólapok, brosrák és nyilvános tájékoztatók, valamint egy társadalmi célú moziklip formájában. A program honlapja: www.depressziostop.hu.

- **Az információk továbbadójának képzése**

Oktató üléseket szervezünk az információk olyan fontos továbbadói számára, mint a pszichológusok, pedagógusok, tanácsadók,

védőnők, lelki elsősegély telefonszolgálatok munkatársai, lelkesek, geriátriai gondozó személyzet, rendőrök, gyógyszerészek. E célra speciális oktatócsomagokat dolgoztunk ki. A tömegkommunikációs szakemberekkel is szorosan együttműködtünk. A helyi tömegkommunikációs szakembereknek javaslatot adtunk át az öngyilkossággal és depresszióval kapcsolatos információátadásról.

Veszélyeztetett csoportok

Életmentő kártyát adtunk az öngyilkosságot már megkísérelt betegek kezébe: ezen elsősorban olyan telefonszámok szerepelnek, amelyek segítségével könnyen kaphatnak segítséget szakembertől. Szorosan együttműködünk a helyi önszorgító csoportokkal.

Az EAAD program első lépései

A Nürnbergi szövetség a depresszió ellen című program keretében kidolgozott koncepciót és számos anyagot adaptáltunk a hazai szükségletek szerint, ehhez azonban igen fontos a helyi segítő szakemberek együttműködése és tanácsai. Ezek az eszközök a következők:

- videó anyagok (páciensek és hozzátartozók számára),
- oktatási csomagok pszichiáterek, háziorvosok, pszichológusok, pedagógusok, lelkesek, védőnők, geriátriai szakemberek és más segítő foglalkozásuk számára,
- szűrőeszközök a depresszív zavarokra a segítő foglalkozásuk számára
- anyagok a nyilvános kampányhoz,
- irányelvek a tömegkommunikációs eszközök számára, az öngyilkosságokról szóló tájékoztatásról,
- moziplakátok.

A koncepció és az anyagok fejleszthetők más európai országok tapasztalatainak és anyagainak beépítésével. Felmerülhet a kérdés: miért Szolnokot választottuk modellkísérletünk színhelyül?

A válasz: mert magyarországi összehasonlításban Szolnokon és környékén kimagasló az öngyilkosságok száma. Továbbá az igen jól felkészült szakemberek lehetősége teszi a védőháló kiépítését, hosszútávú tervezését. Egy felmérés szerint a lakosság 7,6%-a szenved depressziós tünetektől. A helyi szakemberek közös munkáját Dr. Bagi Mária A Hetényi megyei kórház pszichiátriai gondozójának főorvosasszonya végzi. Családorvosok, pedagógusok, szociális gondozók, önkéntes egészségpénztárak. Rendőrök, lelkesek stb. mind aktív résztvevői a kísérletnek.

(A Szolnokon végzett modellkísérletről a Látletet is folyamatosan tudósít.)

Az EAAD program négy szintű terve



Depresszió

Fő tünetek

Hangulat és motiváció

- Folyamatosan nyomott hangulat
- Az érdeklődés vagy az örömmérés elvesztése
- Reménytelenség érzése
- Kilátástalanság érzése
- Értéktelenség érzése

Pszichés

- Bűnösség érzése (a páciens negatívan viszonyul saját magához)
- Koncentrációképeség és a figyelem gyengülése, emlékezet zavar
- Halállal kapcsolatos vagy öngyilkossági gondolatok
- A páciens könnyen sírva fakad

Testi

- Csökkent aktivitás, vagy izgatottság
- Fáradtságérzés, energiahány
- Alvásproblémák
- Étvágy változása (fogyás | hízás)

- **Nehézségek a mindennapi rutintevékenységek kivitelezésében**
- **Romló munkateljesítmény**
- **Problémák a családi életben**
- **Visszahúzóds a barátoktól és a társas érintkezésektől**

A depresszió betegséget jelent, ami kezelést igényel

- A depresszió nem jelent gyengeséget
- A depresszió nem jelent lustaságot
- A depresszió betegséget jelent, ami kezelést igényel.

Gyakori kiváltó tényezők

PSZICHÉS FONTOS ÉLETESEMÉNYEK:

- Gyász a közelmúltban
- Kapcsolati problémák
- Munkanélküliség
- Költözés
- Munkahelyi stressz
- Pénzügyi problémák

EGYÉB:

- Depresszió a családi anamnézisben
- Gyermekszülés
- Klimaktérium
- Évszakok váltakozása

BETEGSÉG:

- Fertőző betegségek
- Idült belgyógyászati kórképek
- Alkoholizmus és kábítószer fogyasztás
- Gyógyszerek:
- Vérmomáscsökkentők
- H2-blokkolók
- Orális fogamzásgátlók
- Mellékvesekéreg szteroidok

Milyen kezelések segíthetnek?

PSZICHOTERÁPIA:

- stressz / életproblémák feltárása és megoldása
- negatív gondolkodási sémák megváltoztatása
- további epizódok megelőzése

GYÓGYSZERES TERÁPIA:

- nyomott hangulat vagy az érdeklődés elvesztése esetén (ha két vagy több hete

fennáll, és jelen van legalább négy a korábban említett tünetek közül)

- ha a pszichoterápia nem bizonyul hatásosnak
- visszatérő depresszió esetén
- depresszió a családi anamnézisben

Legtöbbször a gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelés kombinációjára is szükség van!

A gyógyszeres kezeléssel

Hatékony – jobban és gyorsabban működik, mint más módszerek.

Mellékhatások – figyelemmel kell kísérni, de általában 7-10 napon belül javulni kezdenek.

Időtartam – a gyógyszeres kezelést a kezdeti javulást követően még legalább 6 hónapra keresztül folytatni kell.

Folyamatos felülvizsgálat – szükséges a következő néhány hónapban

Kezelési terv – szigorúan ragaszkodni kell hozzá

Előrehaladás

- ugyanazt a gyógyszerelést kell folytatni; hacsak a kezelőorvos ettől eltérő döntést nem hozott;
- a gyógyszereszedést nem szabad abbahagyni a kezelőorvos tudta nélkül;
- ha egy gyógyszeres kezelési mód nem hatékony, meg kell próbálkozni egy mással

Az antidepresszív gyógyszerek

- **nem okoznak függőséget**
- **veszélyes kölcsönhatásban lehetnek az alkohollal**
- **általában 2-4 hét kell ahhoz, hogy hatásuk kialakuljon.**

Betegvezetési alapok

Növelni kell az örömteli tevékenységekre fordított időt!

- Tüzzön ki kis, elérhető, napi célokat örömteli tevékenységek végzésére
- Szakítson időt örömteli tevékenységekre, és ezt az időt minden héten növelje
- Tervezzon olyan dolgokat, amelyeknek örömmel néz elébe a jövőben
- Foglalja el magát valamivel, még akkor is, ha ez nehezebbre esik.
- Próbáljon meg együtt lenni más emberekkel, családtagokkal

A probléma-megoldási terv

Beszélje meg – problémáit a partnerével, családtagjaival, bizalmas barátjával vagy a tanácsadójával

Távolodjon el – a problémáitól, hogy úgy tekinthessen rájuk, mintha egy külső megfigyelő volna.

Dolgozzon ki – lehetséges megoldásokat a problémáira.

Vizsgálja meg pro és kontra – minden egyes lehetőség előnyeit és hátrányait

Szabjon időkeretet – a problémák megvizsgálására és megoldására

Dolgozzon ki – cselekvési tervet a problémák feldolgozására egy adott időtartamra vonatkozóan.

Tekintse át – mennyiben haladt előre a problémák megoldásában.

Az attitűdök és a gondolkodásmód megváltoztatása

„Mindig is így fogok érezni, és a dolgok sohasem változnak meg”

Helyettesítse ezzel:

„Ezek csak átmeneti érzések. A kezelés hatására a problémáimat néhány hét múlva másképp fogom látni.”

„Az egész az én hibám. Úgy látszik, hogy semmit sem vagyok képes jól csinálni”

Helyettesítse ezzel:

„Ezek a negatív gondolatok a depresszió következményei. Tényleg van bizonyíték arra, hogy én vagyok hibás?”

Magyarországi alvász centrumok listája

1. Budapest, Központi Honvédkórház, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ
Cím: 1126. Budapest Királyhágó u. 1-3.
Tel: (1) 212-1846, (1) 457-0980
2. Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium
Pécsi Tudomány Egyetem, Neurológiai Klinika
Cím: 7623 Pécs Rét u. 2.
Tel: (72) 535-961
3. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum – Neurológiai Klinika Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium
Cím: 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Tel.: (52) 411-717 | 4807
4. Dél-Alföldi Regionális Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum Neuropszichiátriai szakrendelés
Cím: 6724 Szeged Vasas Szent Péter u. 1-3.
Tel: (62) 574-430
5. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Alvásneurofiziológiai labor és szakambulancia
Cím: 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.
Tel.: (1) 391-5300
6. Semmelweis Egyetem Budapest Pulmonológiai Klinika Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium
Cím: 1125 Budapest, Diósárok u. 1/c.
Tel: (1) 355-9733
7. Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium
Cím: 1529 Budapest XII. Pihenőút 1.
Tel.: (1) 391-3200

Alvászavarokkal kapcsolatos összeállításunk a 10-11. oldalon található.

A művészetnek az emberi lélekre kifejtett jótékony hatása ősidők óta ismert és kvázi-terápiás alkalmazásáról már a bibliából is értesülhettünk (pl. Dávid hárfajátékkal „kezelte” Saul melankóliáját). A műalkotásoknak régebben mágikus hatást tulajdonítottak (mint pl. az altamirai és egyéb barlang-rajzok esetében, feltételezésünk szerint a képek vadászati szertartások eszközeként szolgáltak). Pontos hatásmechanizmust nem ismerünk (csupán hipotéziseink vannak), és nagy esetszámú, kettős-vak, randomizált, illetve placebo-kontrollált vizsgálatok (amiket egy eljárás hatékonyságának bizonyítására tudományos szinten elvárnak) sem állnak rendelkezésünkre. Ennek ellenére több évezred tapasztalatai azt mutatják, hogy a műalkotások jelentős hatással bírnak lelki készülékünkre, és klinikai megfigyelések tömege támasztja alá, hogy a pszichiátriai betegek állapota jelentősen befolyásolható a művészet eszközeivel, zenével, képpel, mozgással, színházzal.



Pszichiátriai zavarok, művészet, terápiák

elengedhetetlen a már említett komplex kezelés, azaz gyógyszeres, pszicho- és szocioterápiák együttes alkalmazása.

Kiegészítő terápiás elemként a művészet-terápiák – valahol pszicho- és szocioterápiák között – érett énvédő mechanizmusokat mozgósítva, jelentősen csökkenthetik a betegek szorongását, és visszaszoríthatják a valóság torzult érzékelését. Hangsúlyozandó, hogy a művészetterápia sem „panacea”, vagyis mindenre hatékony gyógyszer,

hanem azon nagyszámú embernek segítő eljárás, akik képesek belső tartalmaikat kreativitással kifejezhetővé tenni a többiek számára.

A XX. század elejéig a pszichiátriai betegek műalkotásairól, műveiről a világ csak szórványosan értesülhetett, a közvélemény igazán csak Prinzhorn 1922-es könyvéből illetve az 1950-es világkongresszus alkalmából ismerkedhetett meg a művészetterápiák eredményeivel és magukkal a művekkel. Azóta egyre több intézet, egyesület, szövetség alakult, melyek a pszichés zavarral élők művészeti aktivitását, a művészetterápiákat állították tevékenységük középpontjába. Újságokat adtak ki, galériák létesültek, illetve a meglévő galériák helyet adtak a mentális betegek műveinek is.

Számos folyóirat indult, mint pl. az *American Journal of Art Therapy*, *Bulletin of Psychology and the Arts*, *International Networking Group of Art Therapists*, amelyek széles körben ismertté tették a pszichiátriai betegek művészi teljesítményeit.

Néhány híres művész (pl. Van Gogh, Soutine és sokan mások) pszichiátriai betegsége az utóbbi évtizedekben újra felhívta a figyelmet a művészet és a mentális betegségek kapcsolatára illetve annak sokféleségére.

Mára a marginális kreatív megnyilatkozások – az „outsider art” gyűjtőfogalmi égisze alatt – bevonultak a világhírű európai és amerikai múzeumok falai közé, a galériák tárlataira, az aukciók listáira, a nagy művészeti vásárokra és a kortárs művészeti publikációkba. Híres kollekciók és kiállítások sora segítette ezt az alapvető szemlélet- és értékváltást eredményező, a művészet fogalmi határait tágító és elmosó folyamatot. (Musée d’Art Difference (M.A.D.) Liege; Musée des Arts Spontané-Arny en Marge, Brüsszel; Musée Max Fourny, Párizs-Halle St. Pierre; Museum Charlotte Zänder, Schloss Bönningheim; Adolf Wölfl Foundation, Bern-Kunstmuseum; The Center for Intuitive and Outsider Art, Chicago; Haus der Künstler, Guggin; Husgrave-Kinley Outsider Collection, Museum of Modern Art-Dublin; Musée Creation Franche- Bégles/Svjác; Art-Brut-Collection Rainer Gyűjtemény, Bécs)

Hazánkban a legutóbbi évekig csak szórványos kezdeményezések indultak e területen. A „Lipót Galéria” az első olyan hazai hely, ahol a betegek alkotásait a rehabilitált betegek közreműködésével fogjuk kiállítani és árulni. Várható, hogy a jövőben az ehhez hasonló kezdeményezések összefogását is felvállaljuk, jöjjenek azok más intézményekből vagy egyénektől akár.

IRODALOM:

HÁRDI I: A DINAMIKUS RAJZVIZSGÁLAT. MEDICINA, BUDAPEST 1983 | HORVÁTH SZ.: PSZICHIÁTRIAI BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁNAK INTÉZMÉNYES FORMÁI. IN: HUSZÁR L, KULLMANN L, TRINGER L (SZERK): A REHABILITÁCIÓ GYAKORLATA. MEDICINA 2000 | JAKAB I: KÉPI KIFEJEZÉS A PSZICHIÁTRIÁBAN. AKADÉMIA KIADÓ, BUDAPEST 1998 | PETŐ Z: MŰVÉSZETI ÉLMÉNY - ÚT A REHABILITÁCIÓHOZ. PSYCHIAT HUNG 2000, 15 (4):483-489 | PRINZHORN H: BILDNEREI DER GEISTESKRANKEN. BERLIN, SPRINGER, 1922

» Összeállította: Dr. Danics Zoltán, az OPNI Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály osztályvezető főorvosa «

Medicina et artibus

A hiteles gyógyításhoz tisztességre, emberségre és a tudás művészetére egyaránt szükségünk van.

A görög mitológia gyógyító isteneinek a szobrai, a betegségek tüneteit ábrázoló prekolombiánus perui agyagedények, a középkor „lepratérképei”, és a pestisábrázolások, a haláltánc rajzok, a barokk pestis oszlopok a képi ábrázolás mellett tanítási, oktatási célokat is szolgáltak. A Jan Calcar Vesalius anatómiai munkáihoz készült illusztrációk, Leonardo da Vinci rajzai is a művészi értékek mellett, orvostörténeti emlékek, a gyógyítók humanizmusának a forrásai.

Találón fogalmazott R. Mindener, Augsburg város tisztiorvosa: „... a zene, a költészet, a festészet műzsái örömlükben homlokon csókolják a kirurgusokat”. Jelezni kívánta, hogy az eredményes gyógyításhoz feltétlenül szükséges a szakma ismeretén és szeretetén túl a művészetek istápolása is. A „medicina in artibus” fogalmába pedig valamennyi művészet beletartozik. Elembertelenedett világunkban, ahol az önzetlenség, az egyenesség és a jellemesség értékeiből olyan sokat veszítettek, ahol a gyógyítók és a betegek viszonya a teljesítmény-, profitorientált-ságtól függésbe került, szükséges az igazi értékekre figyelmeztetni. Sajnos, kevesen maradtunk, akik a szakmai korrektség, a tisztességes anyagi biztonság megteremtése mellett, emberi méltóságunkat is megtudtuk tartani.

A többséghez kívánok szólni, akik a szakmapolitikai befolyásoltság állapotában és az egoista etikátlanság bővületében hisznek vagy hitetlenül azokhoz alkalmazkodnak.

Medicina et artibus!

Olvassátok el a Talmudot, az Ótestamentumot, a Koránt, a Védák-könyvét legalább, hogy megértsétek a művészetek gyógyító empátiáját. Segítséget kaphattok a gyógyítás hitéhez és az emberi tartás visszaszerzéséhez. Aki átérzi a hangulatot, érti eszmeiségüket, és akiket megérint a művészetek szellemisége, sohasem fog „gyógyítgatni és kegyes halált osztogatni”. Nem véletlen volt, hogy az arab kórházakban kobzosokat és táncosokat alkalmaztak a betegek szórakoztatására, s a szentéletű előimádkozók éjjel-nappal felolvastak a Koránból. Hivat-

kozhatok az „Ezeregy éjszaka” meséire is, amelyek gondúzó, álmatlanságot szüntető, közvetve gyógyító hatásúak voltak. A hinduknál elsősorban a lelki betegeknek olyan könyveket adtak, amelyekben a saját problémáikhoz hasonlókról is olvashattak. Ezzel elérték, hogy tárgyilagosan foglalkozzon a problémáival, mérlegeljen és megkeresse a megoldásokat.

A középkorban a „fekete halál” elől menekülők, érdekes mesékkel, történetekkel próbálták elűzni a félelmüket. Így született Boccaccio Dekameronja. A reneszánsz időszakában már számosan foglalkoztak a zene erkölcsnemesítő és a testi nyavalyákat gyógyító hatásaival is. Így Kircher már 1650-ben írt „nemes hatásáról, a nyavalyatörőseknél, (...) a vértolulásban szenvedőknél”. A számtalan értékezés közül kiemelném az 1850-es évek végén Magyarország első, betegeknek szánt kórházi könyvtáráról szólót, illetve idéznék a „budai magánörüldé” megnyitójából: „... nem feledhetne ki a betűkkel játszás mellett a gyógyhatások egyik legnemesebbikét a zenét, úgy szinte a színi előadásokat, amelyekben a betegek maguk vesznek részt”.

Napjainkban az említettek kuriózumnak hatnak, s egyesek elavultnak és értékeit vesztőknek gondolják. Számtalan nemzetközi és számos hazai publikációra hivatkozhatnék, amelyek felhívják a figyelmet a gyógyításban, betegkövetésben vagy a rehabilitációban a medicina és a művészetek kapcsolatának a fontosságára.

A tv, a videó segíthet az egészségügyi felvilágosításban és egészségnevelésben, de sohasem pótolhatja a művészetek esztetikai, etikai, kommunikációs lehetőségeit. Számtalan betegségben, szomatikus, pszichés, posztaló hatású, a neurológiai, kardiológiai, pszichiátriai morbusokban pedig közvetlen effektust kiváltó is. Az irodalom, a zeneterápia, elsősorban a gyerekeknél és az idős, idült betegségekben szenvedőknél bizonyult eredményesnek.

Elsősorban a háziorvosi gyakorlatban hiányolom a művészeti lehetőségek ritka megjelenését. Minimális anyagi befektetéssel, celszerű menedzseléssel és időrafordítással kevesebb gyógyszer igénylő, empátikusabb ellátást fogunk tudni adni. Eredményesgünket köszönhetjük a művészetnek, amelyik valóban gyógyíthat!

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő «



Ma már – az egyre hatékonyabb gyógyszereknek köszönhetően – a pszichiátriai betegségek kezelésének végső célja nem a tünetek csillapítása vagy megszüntetése, hanem az érintett betegek visszavezetése a teljes életbe. A társadalomba történő sikeres visszailleszkedés kulcsa a megfelelő rehabilitációval kísért komplex terápia.

A krónikus pszichiátriai betegségben szenvedőkre gyakran jellemző az aktivitás és kezdeményezőképeség csökkenése. Ennek ellensúlyozása, a biztatás és pozitív példa mutatása éppen ezért kulcsfontosságú a betegek teljes gyógyulásában. A megvalósításban – a munkaterápia mellett – kiemelkedő szerepe van a foglalkozásterápiás módszereknek, mert ezeken keresztül bizonyítható az érintettek számára, hogy hasznos tevékenységekre is képesek, akár forgalmazható (anyagi) értékeket is elő tudnak állítani.

Az alkalmazható megoldásokat a foglalkoztatás-terápia (ergoterápia), a sport jellegű tevékenységek és a művészetterápia eszközei együtt adják. Ezek segítségével a betegeknek lehetőségük van munkaképességük részleges vagy teljes helyreállítására, ami a családba- illetve társadalomba történő visszailleszkedésük szempontjából kiemelkedő jelentőségű, továbbá a művészet, az irodalom, a zene, a tánc, a kézművesség olyan non-verbális csatornákat nyit meg, melyek a páciensek segítségére vannak az önkifejezésben.

Egy-egy alkotás készítése során soha nem marad el a művész és a társak biztatása, dicsérete. Ez a sikerélmény sok pácienszt indított el – gyakran az önmaga számára is hihetetlen – alkotni akarás útján. A művészeti csoportokba a régi páciensek közül

többen visszajárnak, sikeres rehabilitációjuk ösztönzőleg hat a többiek számára, és páran a „civil életben” is folytatják a művészetterápiakon elsajátított technikákat.

Mindazonáltal a foglalkozásokon született alkotások eddig – megfelelő lehetőség híján – nem, vagy csak nagyon ritkán kerülhettek a nyilvánosság elé. Eközben a világ képzőművészeti kiállításainak, vásárainak és galériáinak látogatói néhány évtizede már tanúi lehetnek egy, a művészet határait tágító szemléletváltásnak. Ezek keretében, a nem tradicionális műfajok térnyerése nyomán, a naiv, a primitív, a vizionárius alkotóknak, az autodidakta festőknek és a kreatív terápiák résztvevőinek művésze érésevel szembesülhetünk. Az EU számos országában híres kollekciók és kiállítások sora segítette ezt az alapvető szemlélet- és értékváltást, az „outsiderek” közül néhány alkotó reputációja, műveinek értéke a művészeti piacokon sokszor már vetekszik a hivatásos művészekével.

A bekerülő műveket az intézetben terápiás foglalkozásokat vezetők, képzőművészekből álló művészeti tanács választja majd ki, az üzemeltetésében pedig – a terápia bizonyos lépcsőfokán álló – betegek is szerepet vállalnak majd. A megnyitóra az épület felújítása után, 2004. második negyedévében kerülhet sor, a galériában jelentkező bevételt pedig üzemeltetésére, illetve a művészetterápia körülményeinek javítására használják majd fel.

A már meglévő nemzetközi tapasztalatok alapján a program támogatója és szervezői biztosak benne, hogy a kezdeményezés sikeresen javítja majd a betegek rehabilitációs lehetőségeit, és azon túl, hogy segíti a kitűzött terápiás célok elérését, anyagi lehetőségeik bővítéséhez is hozzájárul.

Depressziós betegeink sürgősségi ellátásáról

Tünettan és diagnosztika

Minden esetben jellemző a mérsékelt hangulati szint. Ez az enyhe szomorúságtól az erős büntudatig, az érdektelenség, illetve a reménytelenség érzéséig terjedhet. Lassul a koncentráció, bizonytalanná válnak a döntések és csökken a külvilággal szembeni érdeklődés. Gyakoriak a fejfájások, a szédülések, a gyengeség és csökken a szexuális aktivitás, és megnő az alvási igény. (1) A súlyosabb esetekben előfordul a pszichomotoros retardáció vagy az agitáció, a hipochondria, a szorongás, az anorexia, az insomnia és az üldöztetési téveszmék, s a suicidum késztetés is. (2) Tudjuk, hogy a szomorúság és a fájdalom a veszteségeket kísérő természetes reakciók, ezekre a családorvos empatikusan reagál. A depresszió azonban a gyógyítót is frusztrálja, alkalmanként irritálja is. (3) Arról sem felejtkezzünk el, hogy a depresszió gyakran társulhat a mániával kevert vagy ciklikus fázisokban. Ezen kevésbé tiszta formák felismerése, szűrése és kezelése, különösen megnehezíti a háziorvos munkáját⁽⁴⁾.

Úgy gondolom, hogy röviden célszerű összefoglalni a depressziók csoportjait:

A. Depressziós hangulattal járó alkalmazkodási zavarok: a veszteséget követően fellépő, haraggal és büntudattal társuló reakciók.

B. Depresszív kórképek:

- 1.) Major depressziós kórfarmák, mint pl. az „endogen unipoláris”, vagy a melankólia. Altípusa: – az atípikus; – a szezonális, – a posztpartum kezdetű.
- 2.) Dyszthmia, idült depresszív kedélyzavarként, ha legalább két éve fennáll.
- 3.) Praemenstruális dyszfóriás forma.

C. Bipoláris betegségek:

– Mániás epizódokkal.
– Cyclothymiával, azaz depressziós hypomániás időszakokkal és két éves fennállással.

D. Betegségek és gyógyszerek okozhatják:

A betegségek: rheumatoid arthritis, sclerosis multiplex, krónikus szívbetegségek, de a hormonális változások, a skizofrénia és az alkohol-, drog- és gyógyszerfüggőség is előidézheti.

A gyógyszerek: reserpin, steroidok, orális fogamzásgátlók, antihypertensív szerek (pl. methyldopa, guanethidin, clonidin), illetve a digitális származékok, az antiparkinson szerek (pl. levodopa), a β-blokkolók, a disulfiram vagy az antikolinerg gyógyszerek. A stimulánsok elvonása is depresszív tüneteket eredményezhet. Itt jegyezném meg, hogy az alkohol, a szedatívumok, az opiátok és a legtöbb pszichodélikus készítmény depressziót okozhat! Ugyanakkor, paradox módon használják őket a depresszió „ön-gyógyítására” is! (5) (6) (7) (8)

A depressziós differenciáldiagnosztikájában fontos a személyes életvezetések ismerete, a gyógyszer-, alkohol- és drogfüggőség. Az agyi konvulziók, a skizofrénia, a pánikbetegségek és a szorongásos kórképek, illetve a pajzsmirigybetegek kizárandók. A suicidum hajlam miatt is különösen fontos a pontos familiáris anamnézis kiderítése. (9) (10)

Praxisomról

Előregedő, elszegényedő, és igen rossz szociális helyzetű községekből és tanyákból áll. Az itt élők zömmel életcél és jövőkép nélküliek, zárkóztak, sokszor nihilisták és alkalmazkodásra alig képesek. 2002. december 31-én a praxis átlagéletkora 56 év volt, a GDP az országos átlag 25%-a, az 50%-os munkanélküliség és a közel 40%-os krónikus alkoholizmus mellett. Az elmúlt évek alatt sikerült altató, nyugtató függőségeiket megszüntetni, az elhanyagolt pszichiátriai eseteket felkutatni, és többek között, a depressziós prevenciót is javítani.

Eseteim

2000. január 1-től fokozott figyelmet fordítottam a depressziós eseteimre. Felkerestem a valószínűsíthetőket, a pszichiátriai gondozásból elkallódottakat, a veszélyeztetetteket.

1. táblázat:

A praxis létszáma, betegeim

	2000	2001	2002
A praxis beteganyaga	1345	1333	1330
Összes betegünk	139	167	177
A kezelés elfogadók	89	103	108
A kezelés elutasítók	50	64	69

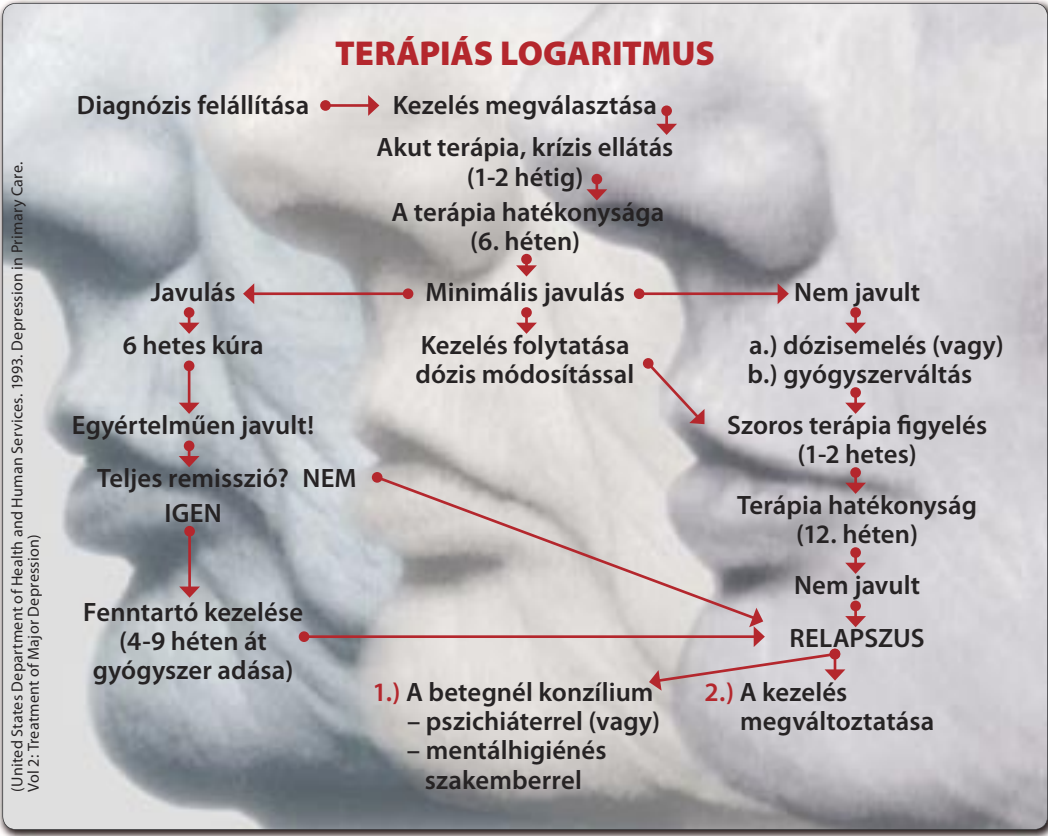
A praxislétszám ingadozása az el- és beköltözésekből, illetve az előregedetett magasabb számú elhalálozásából adódott.

Szövődmények

A tartós fennállás esetében, a téves, illetve a kései diagnosztika következtében alakulhatnak ki. A nem megfelelő empátia, a hiányos compliance eredményeként jelentkezhetnek, mivel a beteg nem, vagy igen későn fordul a háziorvoshoz, vagy a szakorvoshoz. A suicidum a legsúlyosabb következménye, és elsősorban a férfiaknál, a magányosoknál, a krónikus betegségben, illetve az alkoholizmusban szenvedőknél fordulhat elő. Az öngyilkossági kísérletet elkövetőket az alábbiakban csoportosíthatjuk:

- 1.) Az „életproblémákkal túlterheltek”, a reményvesztettek. Zömmel ambivalens, impulzívan vagy agresszívan reagálók.

Az alapellátáshoz forduló betegek 30%-a depresszióban szenved és közel 20%-uk öngyilkossági szándékot is hangoztat. Az alkohol-, a drog-, a gyógyszerfüggőség hajlamosítanak a hangulati élet ezen zavarára. A felnőttek egyharmadánál előfordul életük során legalább egy alkalommal, 6-8 hónapig tartó depressziós periódus. A betegség korai felismerésével és a krízis intervencióval számtalan medicínális, társadalmi szövődményt megelőzhetünk.



Fontos a szociális, gazdasági, medicínális, familiáris körülmények mérlegelése is. Az otthoni kezelés folytatása, a rehabilitáció, a gondozás felvállalása alaposan átgondolandó! A dozírozás, az alvászavarok ellátása minden esetben egyéni legyen! (16) (17)

- 2.) A másokon uralkodni vágyó csoportba tartozók, „diktatórikus jelleműek”.
- 3.) A súlyos depresszív állapotban lévőek exogén (AIDS), illetve endogén (pánikbetegség) alcsoportokba sorolhatók. Ide tartoznak a súlyos stressz helyzetbe kerültek, a jellemző szorongással, pánikkal és félelemmel.
- 4.) A pszichotikus, magas kockázatú betegek, akik sokszor „kiszámíthatatlanok”, s többnyire be is fejezik a suicidumot. (pl. tízszer gyakoribb a skizofréneként az előfordulás) (11) (12) (13)

Lehetséges rizikófaktorok:

A szándék hangoztatására, az alkoholizmus, pszichiátriai betegségek, a családi anamnézis, a nem, a kor, a drog- és gyógyszerfüggőség. (14) (15)

2. táblázat

Öngyilkosság betegeiknél
(K: kísérlet, H: halálhoz vezetett)

	2002		2001		2002	
	K	H	K	H	K	H
Háziorvosi kezelésnél	3	0	5	0	3	0
Pszichiátriai ellátásnál	4	0	5	0	3	0
Együttműködésnél	0	0	0	0	0	0
Összesen	7	0	10	0	6	0
Gyógyítást elutasítóknál	11	2	7	1	6	0
Összes esetünk	18	2	17	1	12	0

Akut terápia, krízis ellátás és suicid prevenció

A farmakoterápia kezdetétől a tünetmentesség eléréséig tartó időszakban (3-4 hét) a leginkább veszélyeztetett a beteg. Ilyenkor a hangulata nagyon nyomott, azaz dysthymias, a gondolkodás tempója erősen lelassult, a helyzetét reménytelennek érzi, s tehetetlenség érzései vannak önvádolással, bűnösséggel, hypochondriás, elszegényedési stb. téveszmékkel és öngyilkosság tervezésével. (18) (19) (20)

A suicidum megelőzése, a krízis ellátás legfontosabb feladata! A kockázat felmérése, a háziorvos teendője, ha a betegünk szakorvosi vizsgálatot megállja. Tekintsük kötelezőnek a suicid veszély vizsgálatát: – A súlyos szomatikus betegeknél; – Valamennyi pszichiátriai betegségben; – Azoknál, akik a közelmúltban átéltek valamilyen negatív életeseményt; – Akik utalást tettek öngyilkosságra. (Kiemelném a pszichiátriai betegségek közül a különösen veszélyeztető skizofréniát, az alkoholizmust és a depressziót.) (21) (22) (23)

Az öngyilkossági faktorok:

- 1.) Elsődlegesek: – A pszichiátriai betegségek; – Megelőző suicid kísérlet vagy a családban való előfordulása; – Öngyilkossági szándék, halálvágygal; – Csökkent szerotonin aktivitás.
- 2.) Másodlagosak: – Koragyermekori veszteségek (pl. valamelyik szülő

- halála, válás vagy különélés); – Tartós izoláció, egyedüllét, válás utáni társatlanság, a házastárs vagy az élettárs halála miatt; – Munkanélküliség és az ebből adódó anyagi és más jellegű problémák lehetséges szerepe; – Negatív életesemények; – Dohányzás; – Homoszexualitás, elsősorban a férfiaknál.
- 3.) Harmadlagosak: – Férfi nem; – Idős kor a nőknél; – Adoleszens serdülők a fiúknál; – Vulnarabilis periódusok, mint a tavasz, a praemenstrum, stb. (24) (25)

3. táblázat: A suicid faktorok jelenléte eseteinknél

	Elsődleges ok	Másodlagos ok	Harmadlagos ok
2000	2	2	3
2001	3	3	4
2002	1	2	3

(Valamennyi esetben halálozás nélküli suicid kísérlet történt.)

4. táblázat:

A praxisban előforduló összes depressziós betegünk

2000	89 kezelt és gondozott.
2001	103 kezelt és gondozott.
2002	108 kezelt és gondozott.

Kivizsgálás és terápia beállítás zömmel a Sátoraljaújhelyi Akut Pszichiátriai Osztályon, gondozás és rehabilitáció a Sátoraljaújhelyi Pszichiátriai Gondozóban történt.

Antidepresszív terápiank

I. TCA (Triciklikus antidepresszívumok) Hatékonyak, de a mellékhatások miatt (obstipáció, szédülés, vizeletretenció, stb.) kevésbé használatosak. (26) (27)

5. táblázat:

TCA alkalmazása (Anafranil, Sapient, Melipramin, Taperin, illetve Ludiomil)

	Depresszióban	Krízisben
2000	23 betegnél	8 esetben
2001	17 betegnél	3 esetben
2002	11 betegnél	0 esetben

II. SSRI-k (szelektív szerotonin reuptake inhibitorok): A mellékhatások, mint az émelygés, nausea, fejfájás, gasztrointesztinális panaszok, csak elvétve fordulnak elő. A „Flozet, Prozac, Seropram, Seroxat és a Zoloft” került praxisunkban alkalmazásra.

6. táblázat: SSRI-k alkalmazása (28) (29)

	Depresszióban	Krízisben
2000	24 betegnél	8 esetben
2001	89 betegnél	14 esetben
2002	108 betegnél (mindenkinél)	11 esetben (mindenkinél)

III. MAO-gátlók, harmadik vonalbeli szerként használatosak, és ezeket felváltotta a RIMA. (30)

IV. RIMA (Reverzibilis monoaminoxidáz-A inhibitor)

tor) Hatásosabb, mint a MAO és alig vannak mellékhatásai. (31)

7. táblázat: RIMA használata

	Depresszióban	Krízisben
2000	4 betegnél	1 esetben
2001	16 betegnél	4 esetben
2002	29 betegnél	6 esetben

V. SSRE (Szerotonin reuptake fokozó, encephaler, tianapтин) Nagyon hatékony és szűk mellékhatás spektrumú szerünk. (32)

8. táblázat: SSRE/tianapтин használata

	Depresszióban	Krízisben
2000	2 betegnél	0 esetben
2001	3 betegnél	1 esetben
2002	6 betegnél	3 esetben

VI. SNRI (Szelektív noradrenalin-reuptake inhibitor) Hatása a többi triciklikus és az SSRI-hez hasonló. 2002-ben két nem krízisben érintett betegnél alkalmaztuk. (33)

VII. DUAL-Action (pl. Venfalin, a szerotonin-noradrenalin forgalomra hatnak, de nincs befolyásuk az egyéb neurotranszmitterekre. (34)

9. táblázat: Venfalin alkalmazása

	Depresszióban	Krízisben
2001	2 betegnél	0 esetben
2002	3 betegnél	1 esetben

A compliance-ról

Az angolszász országokban a betegek közel fele nem szedi be a gyógyszerét és 20%-uk önkényesen gyógyszerel (gyógyszerész, ismerősök javaslatára, illetve maga dönt). A német nyelvterületeken ez az arány 40, illetve 15%, Skandináviában 30/10%, a franciáknál pedig 30/15%. Elsősorban a káros mellékhatásoktól félnek (20%-ban), míg 10 5-ban elfelejtik és 15%-ban nem bíznak a rendelő orvosban. (35) (36) (37) Thompson felmérése szerint (38) a triciklikus antidepresszívumok 50%-ánál, az SSRI esetekben 25%-ban alakult ki ún. „non-compliance”. Hazánkban komplex gyógyszer compliance/non-compliance követéses vizsgálatokat még nem végeztek. (39)

A praxisomban három éven át folytattunk ún. „mély beteg interjúkat”, és ezekből az alábbi következtetéseket vontuk le:

- 1.) Betegeink 70%-a nem szedte rendszeresen a gyógyszerit. Többszörői figyelmeztetések után ez 50%-ra csökkent.
 - 2.) Közel 30%-uk önkényesen gyógyszerelt. Ebből a.) 60% a gyógyszerészekre hallgatott (az „rendelt”), b.) 30%-nál az ismerősök javasoltak, c.) 10%-ban a beteg maga döntött.
- Egészségneveléssel, felvilágosítással az önkényes vásárlás 20%-ra csökken, a „patikus effektus” az évek alatt viszont 75%-ra nőtt. Utóbbi esetben a véleményem szerint előtérbe került az egyes gyógyszerész kollégák kereskedelmi szemlélete. Ez nem feltétlenül baj, de nem minden esetben társult a felelősség vállalással. (40) (41)
- 3.) Mellékhatástól fél 30%-a a pácienseknek.
 - 4.) Elfelejtették 30%-ban, elsősorban az idősek.
 - 5.) 10%-ban nem bíztak a tudásunkban, illetve a szakkonzulenseink tapasztalataiban, elsősorban a hospitalizáltak.

2000-2002-ben az antidepresszánsoknál is végeztünk compliance irányában felmérést, anonim kérdőívekkel. (42) (43)

10. táblázat: Antidepresszánsokkal kialakult compliance betegeinknél

	Depresszióban					
	TCA	SSRI	RIMA	SSRE	SNRI	DUAL
2000	19	20	2	2*	0	0
2001	15	70	13	3*	0	2*
2002	10	95	23	6*	2*	3*

	Krízisben					
	TCA	SSRI	RIMA	SSRE	SNRI	DUAL
2000	5	6	1*	0	0	0
2001	3*	12	4*	1*	0	0
2002	0	11*	6*	3*	0	1*

(*gal jelölve a 100 %)

Minden esetben a kezelések során feltétlenül mérlegelendő:

- 1.) Az epizód(ok) súlyossága.
- 2.) A komorbiditás.
- 3.) A ráfordítási idő.
- 4.) A suicid veszélye.
- 5.) A compliance.
- 6.) Az empátia.
- 7.) A terápia költségei.

folytatás a 3. oldalon ►

► a 2. oldal folytatása

- A „*non-compliance*” lehetséges okai: (44) (45)
- 1.) A nagyon gyors terápiás siker után a betegek önkényesen elhagyják a gyógyszereket.
 - 2.) Terápiás kudarc és mellékhatások.
 - 3.) A várt hatásosság hiánya.
 - 4.) A kezelés várható hossza.
 - 5.) Téves információk vagy ismerethiány.
 - 6.) Negatív terápiás tapasztalatok.
 - 7.) Megértési, illetve emlékezet differenciák.
 - 8.) Együttműködési zavarok, ún. empatikus diszharmóniák.
 - 9.) Az alap és a társult betegségekről kialakult irrális elképzelések.
 - 10.) Az ún. „operáns non-compliance” jelenség, azaz a hosszú felezési idejű gyógyszerekkel szemben kialakult intolancia.
 - 11.) Egyéni, ún. személyes provokációk.
 - 12.) Külső okok, így familiáris, környezeti hatások.
 - 13.) „Abszolút medicínális nihilizmus”. (46) (47)

A *compliance* növelésének az útjai:

- 1.) A terápiás cél közös megtervezése.
- 2.) A „non-compliance-s” tényezők átértékelése és a kiiktatásuk megtervezése, a gyakorlati végrehajtás.
- 3.) Egészségnevelés, -megtartás értékeinek elfogadtatása, illetve igénylése.
- 4.) A fentieknek megfelelő és érdekeltségű finanszírozás kialakítása.

11. táblázat: Compliance antidepresszánsoknál

	Depresszióban	Krízisben
2000	89 betegnél (139)	7 esetben (18)
2001	103 betegnél (167)	10 esetben (17)
2002	108 betegnél (177)	6 esetben (12)

Zárójelben az összes depressziós, illetve krízisben lévő betegünk.

Fontos ismernünk a nemek közötti különbségeket is. (48) (49) A nőknél fiatalabb korban kezdődik a depresszió és számtalan epizód fordulhat elő. Jobban elfogadják a beteg szerepet és hamarabb fordulnak orvoshoz, gyakrabban jelzik a mellékhatásokat, s pontosabban betartják az előírásokat. (50) (51) Mind a két nem nehezen tolerálta a szexuális zavarokat, az elhízást, a TCA szedésnél a gépkocsivezetési tilalmakat. (52) Mai ismereteink szerint az antidepresszívumok nem fokozzák a fejlődési kockázatokat. (53)

IRODALOM:

(1)BITTER I.: PSZICHIÁTRIA. 1996. BUDAPEST. | (2)LAWRENCE M.: CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT 2000. | (3)PUSTAI É.: AMIKOR EGY BETEGSÉG EGY ÉLETEN ÁT TART. HÁZI PATIKA, COM. 2002. SZEPTEMBER 30. | (4)RIHMER Z.: A DEPRESSZIÓK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS TERÁPIÁJA. HÁZIORVOS TOVÁBBKÉPZŐ SZEMLE 79-82, 1996. | (5)SZÁDÓCZKY E., RIHMER Z.: HANGULATZAVAROK. MEDICINA, 2001. | (6)SZÁDÓCZKY E.: KEDÉLYBETEGSÉGEK ÉS SZORONGÁSOS ZAVAROK PREVALENCIÁJA, 2000. | (7)LIEBERMAN, TASMÁN: PSYCHIATRIC DRUGS. W.B. SAUNDERS COMPANY 2000. PENNSYLVANIA. | (8)DEVANE C.L.: DIFFERENTIAL PHARMACOLOGY OF NEWER ANTIDEPRESSANTS. J. CLIN. PSYCHIATRY 1998;59 (SUPPL.) 85. | (9)JAMA PATIENT PAGE: DEPRESSION. 1998;279:1760. | (10)GLASS R.M.: TREATING DEPRESSION AS A RECURRENT OR CHRONIC DISEASE. JAMA. 1999;281:83. | (11)GADDE R.M.: RECENT ADVANCES INT HE PHARMACOLOGIC TREATMENT OF BIPOLAR ILLNESS. PSYCHIATR. ANN. 1997;27:496. | (12)MANN J.J: TOWARD A CLINICAL MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS. AM.J. PSYCHIATRY 156, 181-189, 1999. | (13)FELBAU-KOHN S.: MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AS PREDICTORS OF HUSBAND TO WIFE PHYSICAL AGGRESSION. VIOLENCE VICT. 13, 347-360, 1998. | (14)PERUGI G.: GENDER-MEDIMATED CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE ILLNES, THE IMPORTANCE OF TEMPERAMENTAL DIFFERENCES, BR. J. PSYCHIATRY, 157, 835-41, 1990. | (15)ANDREASEN N.C.: BRAVE NEW BRAIN. OXFORD UNIV. PRESS. 2001. | (16)ROBERTSON M.M.: DEPRESSION AND PSYCHICAL ILLNESS. WILEY AND SONS LTD. CHICHESTER, 2002. | (17)BALDWIN R.C.: GUIDELINES ON DEPRESSION IN OLDER PEOPLE. MARTIN DUNITZ LTD. LONDON, 2002. | (18)AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARC: DEPRESSION IN PRIMARY CARE. VOL 2: TREATMENT OF MAJOR DEPRESSION. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1993. | (19)FAVA GA.: SIX-YEAR OUTCOME FOR COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT OF RESIDUAL SYMPTOMS IN MAJOR DEPRESSION. AM. J. PSYCHIATRY. 1998;155:1443. | (20)FATEMI S.H.: LAMOTRIGINE IN RAPID-CYCLING BIPOLAR DISORDER. J. CLIN. PSYCHIATRY. 1997;58:552. | (21)JAMA PATIENT PAGE: ALCOHOL 1999;281:1352. | (22)LIEBER C.S.: MEDICAL DISORDERS OF ALCOHOLISM. N. ENGL. J. MED. 1995;333:1058. | (23)O'BRIEN C.P.: RECENT DEVELOPMENTS INT HE PHARMACOTHERAPY OF SUBSTANCE ABUSE. J. CONSULT. CLIN. PSYCHOLY. 1996;63:677. | (24)HORNIG C.D.: PANIC DISORDER AND SUICIDE ATTEMPT: A REANALYSIS OF DATA FROM THE EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA STUDY. BR. J. PSYCHITRY 1995;167:76. | (25)JAMA PATIENT PAGE: OBSESSIVE-COMPULSIVE. 1998;280:1086. | (26)POLLACK M.H.: GABAPENTINE AND LAMOTRIGINE: NOVEL TREATMENTS FOR MOOD AND ANXIETY DISORDERS. CNS. SPEKTRUMS. 1997;2:56. | (27)COWLEY D.S.: DETERMINANTS OF PHARMACOLOGIC TREATMENT FAILURE IN PANIC DISORDER. J. CLIN. PSYCHIATRY. 1997;58:555. | (28)KULIN N.A.: PREGNANCY OUTCOME FOLLOWING MATERNAL USE OF THE NEW SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR. JAMA 1998;279:609. | (29)REIMHERR F.V.: OPTIMAL LEUGH OF CONTINUATION THERAPY IN DEPRESSION, FLUOXETINE TREATMENT. AM. J. PSYCHIATRY. 1998;155:1247. | (30) PSZICHIÁTRIAI ALAPFOGALMAK. JEGYZET II. 2000. DEOEC DEBRECEN. | (31) PSZICHIÁTRIAI JEGYZET III. DEOEC 2001. DEBRECEN | (32)PSZICHIÁTRIAI DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA. JEGYZET. SZOTE. 1999. | (33)PSZICHIÁTRIAI JEGYZET II. DEOEC 2001. DEBRECEN. | (34)ÚJDONSÁGOK A PSZICHIÁTRIÁBAN. VEZÉRFONAL. SZOTE 2002. BUDAPEST. | (35)THOMSON C.: COMPLIANCE WITH ANTIDEPRESSANT MEDICATION INT HE TREATMENT OF MAJOR DEPRESSIV DISORDER IN PRMARY CARE. AM. J. PSYCHIAT. 157;338-343. 2000. | (36) BURT W.K.: WOMEN'S MENTAL HEALTHA. AM. PSYCHIATRIC. PRESS. WASHINGTON 2001. | (37)NÉMETH A.: TÉLI DEPRESSZIÓ ÉS FÉNYTERÁPIA. PSYCHIATR. HUNG. 4. 181-6, 1989. | (38)ISACSSON G.: EPIDEMIOLOGICAL DATA SUGGEST ANTIDEPRESSANTS REDUCE SUICIDE RISK AMONG DEPRESSIVES. J. AFFECTIVE. DISORD. 41, 1-8, 1996. | (39) BUTLER C.: RECENT IDEAS AN COMPLIANCE. THE PRACTITIONER THE PATIENT AND RESISTANCE THO CHANGE. CAM. MED. ASSOC. J. 1996;154:1357. | (40)WECHSLER H.: THE PHYSICAN'S ROLE IN HEALTH PROMOTION REVISITED. N.ENGL. J. MED. 1996;334:996. | (41)ROTER D.L.: EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE PATIENT COMPLIANCE: A METAANALYSIS. MED. CARE. 1998;36:1138. | (42)ANTIDEPRESSZÁNSOK ÉS A COMPLIANCE. FELMÉRÉS I. | (43)ZEMPLÉNI ORVOSNAPOK ELŐADÁSAI 2002. FELMÉRÉS II. | (44)THOMPSON C.: NON-COMPLIANCE, MINOR COMPLIANCE. AM. J. PSYCHIATRY. 157, 391-395, 2000. | (45)DIAGNOSTIC AND THERAPY MANUAL OF MENTAL DISORDERS. PSYCHIATRIC ASSOCIATION WASHINGTON, DC. 1999. | (46)WILLIAMS M.V.: INADEGNATE DEPRESSIONEM ET SUICIDEM. JAMA. 1995;274:1677. | (47)NON-COMPLIANCE. ELŐADÁS. FAKOOSZ KONGRESSZUS 2000. SÁROSPATAK. | (48)NÉMETH A.: NŐI ÉS FÉRFI DEPRESSZIÓ. HÁZIORVOSI TOVÁBBKÉPZŐ SZEMLE 7:491-493. 2000. | (49)WINOKUR G.: A PROSPECTIVE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH BIPOLAR AND PRIMERY UNIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS. ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 50, 457-65, 1993. | (50)MONTEJO A.L.: INCIDENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH ANTIDEPRESSANT AGENTS: J. CLIN. PSYCHIATRY. 62 (SUPPL) 10-21, 2001. | (51)PHILIPPS M.: COMPARISON OF MOCLOBEMIDE WITH SSRI. 10/5/, 305-14. 2000. | (52)PERETTI S.: SAFETY AND TOLERABILITY CONSIDERATIONS. ACTA PRYCH. SCAND. 101, 17-25, 2000. | (53)RIDONT F.: EFFECTS OF THERAPY DEPRESSIONEM. PSYCHOPHARMACOLOGY. (BERK.) 154, 356, 2001. | (54)FUNTES K.: BEHAV. RES. THER. 38, 297. 2000. | (55)BLAIR-WEST G.W.: LIFETIME SUICIDE RISK IN MAJOR DEPRESSION J. AFFECT. DISORD. 55, 171-8. 1999. | (56)RUTZ W.: PREVENTION OF DEPRESSION AND SUICIDE BY EDUCATION AND MEDICATION, IMPACT ON WALE SUICIDALITY. J. PSYCH. CLIN. PRACT. 1, 39-46. 1997.



12. táblázat: A nemi különbségek

Nőknél	Férfiaknál
Szorongás, fáradékonyság	Kognitív tünetek, impulzivitás.
Testsúlyváltozás	Agresszivitás (verbális vagy fizikális).
Szomatizációs tünetek	Befejezett suicidum, illetve „violens” disszi-muláció.
Öngyilkossági kísérlet	Alkohol vagy drog-abuzus.
Személyiségzavarok	Szex uális zavarok
hisztériás, dependens jelleggel.	Egyes személyiségzavarok, mint az antiszociális, paranoid viselkedések.

(Fuentes, Mellsop után) (54) (55)

A háziorvos kompetenciájáról

Igazolt diagnózissal, jól működő compliance és egyértelmű empátia mellett, a krízishelyzetek kieleztett formáinak kivételével, a háziorvos felvállalhatja a depressziós betegek kezelését. Az egyértelműen suicid helyzetek előtti állapotok, az agorafóbiával, az alkohol-, drog-, gyógyszer-abuzusokkal szövődött esetekben mindig indokolt a szakorvosi konzílium.

Következtetéseink

A háziorvosok megfelelő szemlélettel, felkészültséggel alkalmasak a depresszió felismerésére és ellátására. Megoldhatják, illetve megelőzhetik a krízishelyzeteket, és így a suicidum kísérlet, a halálozás csökkenthető. Az ún. „gyógyító beszélgetéseknek” kiváló példái a compliance-empátia javításnak. Mindezek figyelembevételével az alábbi tapasztalatokat szereztem. Egyre gyakrabban és növekvő bizalommal fordultak hozzám a betegek, igényelve a rendszeres ellenőrzést és gondozást.

Sajnos, praxisunkban is folyamatosan emelkedett a depressziós, az alkoholista betegszám. Igaz, nagyobb odafigyeléssel ezen eseteket is szövődménymentes állapotba hoztuk. A szakmai protokolloknak megfelelően alakítottuk a nyugtató, altató szedéseket. A függőségeket felszámoltuk, az indokolatlan alkalmazásokat zömmel megszüntettük.

A prevenció alkalmazásával, a pszichiátriai szakellátásokkal való korrekt együttműködéssel sikerült a DALY-nak (Disability Adjust Life Years) megfelelően a megbetegedésekből és elhalálozásokból adódó veszteséget csökkenteni és a finanszírozónak is jelentő összeget megtakarítani. (56)

» Dr.Salamon Sándor orvoskeresztő «

A pszichiátria változó jövőképe az elmúlt 25 év tükrében Magyarországon

Pszichiátria és társadalom

A tudományos haladás, a társadalmi, politikai változások valamint elsősorban a média segítségével közvetített globalizációs folyamatok alakították a pszichiátria és a pszichoterápia iránti igényt Magyarországon is. Miközben a pszichiátria, a pszichológia és a pszichoterápia diagnosztikus és terápiás potenciálja jelentős mértékben nőtt, a prevenció és a terápiás beavatkozások elérhetősége egyenletlen maradt, csak részben követte és követi a lakossági igényeket, egyre kevésbé tudja kielégíteni azokat.



A pszichiátria megítélése változik: egyre inkább felismerésre kerül a mentális betegségek társadalomra rótt egészségügyi, gazdasági és életminőséget befolyásoló hatása. A depresszió, az öngyilkos magatartás, az alkohol, drogbetegség és egyéb függőségek, a szkizofrénia, a memória zavaaraival járó betegségek, a szorongásos kórképek gyermek és felnőttkori incidenciája és prevalenciája a többség számára ismertté kezd válni, a közgondolkodásba bekerül. A pszichiátriával szembeni társadalmi igény is változik. Olyan tömegeket érintő társadalmi kérdések mint a munkanélküliség, válás, hajléktalanság, drog probléma, kriminalitás valamint a családon belüli erőszak kérdései is lecsapódnak a pszichiátria jelenleg diszfunkcionális ellátó rendszerébe. Ezekben a kérdésekben a pszichiátriának konzultatív, mediáló szerepe lenne kívánatos, nem pedig végrehajtó. A jelenben és a közeljövőben a következő kihívásokkal és változásokkal szükséges foglalkozni:

A TÁRSADALOM, A KÖZÖSSÉGEK SZEMSZÖGÉBŐL

- a népegészségügy területén a mentális betegségek megelőzésének és kezelésének nagyobb prioritást szükséges adni
- a lelki betegségek tudományos felfogása megváltozott: a testi, lelki, szociális és kulturális aspektusait rendszer-egységben kezeljük
- a lelki betegségek jelentős mértékben hozzájárulnak a mortalitáshoz

A mentális betegséget ellátó rendszernek:

- személyre szabott ellátást (az Európai Unió – „user” koncepciója) szükséges biztosítani
- a pszichiátriai, pszichoterápiás és közösségi intézmények igényekhez igazodó átalakítását és finanszírozási formáinak arányváltozását (állami, közösségi és magán szféra, biztosítások pluralizálása) kezelni kell
- az ellátás szervezésének a dialóguson és a kon-

- szenzuson szükséges alapulnia (a páciens és családja
- „user”–, a szakemberek, a támogató közösség-beteg és önségítő szervezetek, stb.–, az önkormányzat/kormány, az ipar és a média együttműködésében)
 - a pszichoterápia elérhetőségének biztosítása minél szélesebb körben
 - az ipar (gyógyszer-, diagnosztikus és terápiás, információs technológia) megváltozott funkciójával a mentális betegségek kezelésében
 - az emberi jogok megváltozott szerepével a lelki betegségek kezelésében és az egészségügyi valamint a szociális ellátásban

A PSZICHIÁTRIA SZEMSZÖGÉBŐL

- a lelki egészség értékének képviselője (pl. A Lelki Egészség Világnapja, stb.)
- küzdeni a stigmatizáció ellen (pl. a megfelelő nomenklatúra használatával – elme helyett pszichiátria, ideg-helyett neurológia, stb.–, ismeretterjesztés-média, stb.)
- megelőzni és kezelni a gyógyító személyzet és a páciensek családja körében jelentkező kiegészítő szindrómát (burn-out) valamint a pályaelhagyást
- támogatni és vonzóvá tenni a pszichiátria szakmáját (oktatás, rezidens és gyógyító személyzet képzése)
- a pszichiátria szétválasztása a szociális ellátástól és a két terület optimalizált együttműködésének kidolgozása (közösségi pszichiátria, családközpontú pszichiátriai modell alkalmazása, demencia ellátás)
- a pszichiátria reintegrációja a medicinába (kapcsolati pszichiátria fejlesztése, stb.)
- a csupán gazdasági, finanszírozási szempontot, egyenlő mértékben kiegészíteni a gyógyítás etikai aspektusaival –(kapcsolati etika, a gondoskodás és gyógyítás mint érték)

» Dr. Kurimay Tamás osztályvezető főorvos, az orvostudomány kandidátusa «

FŐVÁROSI SZENT JÁNOS KÓRHÁZ PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLY

Rexetin®

[paroxetin 20 mg filmtabletta 30x]

Kedvet ad a gyógyuláshoz

RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Operatív Marketing Osztály: 431 5726 www.richter.hu

REXETIN® Gyógyszerkészítmény megnevezése: Rexetin® 20 mg filmtabletta, Rexetin® 30 mg filmtabletta.
Hatóanyag: Rexetin 20 mg filmtabletta: 20 mg paroxetin tablettként. Rexetin 30 mg filmtabletta: 30 mg paroxetin tablettként. **Terápiás javallatok:** Depresszió kezelése, beleértve a szorongással társult eseteket is, valamint a betegség relapszusának megelőzése, pánikbetegség kezelése és a relapszus megelőzése, kényszerbetegség kezelése és a relapszus megelőzése, szociális fóbia, poszttraumás stressz betegség és generalizált szorongásos megbetegedés kezelése. **Ellenjavallatok:** A készítmény bármely összetevőjével szembeni ismert túlérzékenység. Ellenjavallt a paroxetin adása monoamino-oxidáz (MAO) bénítókkal együtt, valamint a MAO gátló kezelést követő két héten belül. A paroxetin tryptophannal együtt nem adható. Gyermekkor (megfelelő klinikai tapasztalat hiányában). **Rendelhetőség:** Csak vényre kiadható gyógyszer. **TB támogatás:** normatív fix, 90%-os támogatás vehető igénybe a 7/a igénypontnak megfelelően. Pszichiátriai megbetegedésben a pszichiáter és neurológiai betegségekben a neurológus a fenti indikációkban vagy javaslat alapján a javaslat keltétől számított 6 hónapon át a kezelőorvos rendelheti. Ár: Rexetin 20 mg filmtabletta 30x: 1996,- Ft (90% tám. esetén: 400,- Ft), Rexetin 30 mg filmtabletta 30x: 2936,- Ft (90% tám. esetén: 587,- Ft). Az új közönség megjelenésével az árak változhatnak. **Forgalomba hozatali ÖGVI engedély száma:** Rexetin 20 mg filmtabletta: ÖGYI-T-7931/01, Rexetin 30 mg filmtabletta: ÖGYI-T-9036/01. **További részletes információkat az alkalmazási előírat tartalmaz!**



■ Sir Edward Burne-Jones: The Baleful Head (részlet)

Részlet Adolf Guggenbühl-Craig *Macht als Gefahr beim Helfer* (Hatalmi veszélyek a segítő hivatásokban) című munkájából. A szerző a könyvében rávilágít a segítő szakmák nagyságára és nyomorúságára. Az orvos fél a betegségtől, a pszichoterapeuta és a pszichiáter lelki zavaroktól tart, a szociális munkás hajlamos a szociális elhanyagoltságra, a tanárt elbizonytalanítják jellemének gyerekes vonásai, és a lelkész sötét testvérével, a hitetlenséggel küzd. Mindezen segítők megkísérlik az emberi élet démonikus oldalait a segítséget kérők feletti uralommal, hatalom kifejtésével féken tartani. Csak a tudatosodás állandó, újra meg újra kudarcba fulladó kísérlete és a szakmájukon kívüli erős kifejtésztése akadályozhatja meg a szakmában való lelki megmerevedést vagy a cinizmusba illetve a közönyösségbe történő belesüppedést, miközben a hatalomvágyók még mindig nagyobb gyógyító hatással bírnak, mint a közönyös vagy cinikus gyógyítók...

Az archetípusok számos különböző tulajdonságát leírták a szakirodalomban. Egyik tulajdonságának viszont nem tulajdonítottak akkora jelentőséget. (...) Egy archetípust úgy definiálhatunk, mint magatartásunk azon velünk született lehetőségét, amelyik az emberiség történelmének folyamán vagy még korábban kifejlődött. Az emberek archetipikusan reagálnak valakire vagy valamire egy tipikus, mindig újból ismétlődő szituációban. Az anya archetipikusan reagál a fiára vagy a lányára, az apa ugyanezt teszi, egy férfi archetipikus formában reagál egy nő viszonylatában, és így tovább. Ilyen értelemben bizonyos archetípusok úgymond kétpólusúak. Az archetípus eredeti helyzetben benne foglaltatik a polaritás.

Azt természetesen nem tudjuk, pontosan hogyan alakult ki az archetipikus viselkedés. Talán kezdetben valamikor az archetípus egyik pólusa az emberi individuumban volt, míg a másik pólus rajta kívül, például egyik embertársában. Ezzel szemben az ember pszichológiájában, ahogyan történelmi idők óta ismerjük, mindkét pólus ugyanabban az individuumban található meg. Úgy születünk, hogy az archetípus mindkét pólusa bennünk van. Ha az archetípus egyik pólusa megjelenik a kívülvilágban, akkor az kiváltja a belső pólus aktiválódását; ám az aktiválás nélkül is működésbe léphet. A gyermek anyai viselkedést vált ki az anyában. Minden egyes nő pszichéjében megtalálható az anyai viselkedés veleszületett lehetősége, ami titokzatos úton-módon azt feltételezi, hogy a gyermek már bennfoglaltatik az anyában, mint ahogyan Goethe írja: „Ha szemünk nem napfény lenne, hogyan tekinthetne rá a nap.” Talán nem kellene az anya archetípusáról, a gyermek archetípusáról vagy az apa archetípusáról beszélnünk. Helyesebb volna, ha egy anya-gyermek vagy apa-gyermek archetípusról beszélnénk. Hiszen gyakran már most sem csak senex (öreg) archetípust vagy puer (fiú) archetípust emlegetünk, hanem senex-puer (öreg-fiú) archetípust.

Ezt a gondolatot követve, azt javasoljuk, hogy nem létezik külön a gyógyító archetípusa és a páciens archetípusa. A gyógyító és a páciens ugyanazon archetípus aspektusait képezi. Mint ahogyan nem létezik az anya archetípusa, hanem csak az anya-gyermek archetípus, ugyanúgy nem létezik a gyógyító archetípusa, hanem csak a gyógyító-beteg archetípus. A gyógyító és a beteg archetipikusan összetartoznak. Mindez kissé teoretikusnak és elvontnak tűnik. Jobban megértjük e gondolatot, ha konkretizáljuk. Ha egy ember megbetegszik, működésbe lép a gyógyító-beteg archetípus. A beteg külső gyógyító után néz, ezzel egyidejűleg azonban aktiválódik a belső pszichés gyógyító. A beteg belső pszichés gyógyítóját nevezzük gyakorta „gyógyító tényezőnek”. Ez a magában a páciensben lévő orvos, aki éppen olyan mértékben gyógyít, mint a külső orvos. A gyógyító tényező a bennünk lévő orvos. Sem sérüléseket, sem betegségeket nem lehet meggyógyítani, ha a belső gyógyító nem kezd el hatni. A köznyelvben gyakran mondjuk azt egy betegről, hogy „nem akar meggyógyulni”.

A gyógyulás elme nem akarása természetesen nem az én akaratára vonatkozik. Nem azt kellene mondani, hogy „nem akar meggyógyulni”, ha az a benyomásunk, hogy a páciens egyszerűen nem mutat semmiféle gyógyulási szándékot, hanem inkább a következő mondattal kellene jellemeznünk a jelenséget: „A belső gyógyító túl gyengének mutatkozik.”

Sok betegség és sérülés igényel a gyógyuláshoz külső orvost. Ám egyetlen orvos sem képes hatni a belső orvos nélkül. Az orvos összevarrhatja a sebeket, ám valaminek a testben és a lélekben segítenie kell neki, hogy legyőzze a betegséget és a sérüléseket.

Egyáltalán nem nehéz magunk elé képzelni a páciensben rejlő gyógyító tényezőt. Ugye ismerős azon beteg képe, akiben működik a belső orvos. Elégge egyértelmű, hogy a páciensben működésbe lépett az orvos-beteg archetípusa. Hogy néz ki ez azonban magában az orvosban? Itt rábukkanunk a „megsebzett orvos” archetípusára. Chiron, a kentaur, Aszklépiosz tanítója gyógyíthatatlan sebekről szenved. Babilonban egy kétnévű kutaistennőre bukkanunk; Gulaként betegséget és halált jelöl, Labartuként gyógyulást. Indiában Kali a himlőfélek istennője és egyidejűleg gyógyítója is. A megsebzett orvos mitológiai képe széles körben elterjedt. Ez azt jelenti pszichológiailag, hogy nemcsak a beteg hordozza magában az orvost, hanem az orvosban is megtalálható a páciens. (...) Az emberi pszichének nem könnyű elviselni a polaritásokat. Az én szereti az át látszóságot, és megkísérli kiirtani a belső ellentmondásokat. Az egyértelműség iránti igény azzal járhat, hogy a poláris archetípusok bizonyos szempontból szétválnak. Az egyik pólust elnyomhatják, és az a tudattalanban kezd el hatni, aminek pszichés zavarok lehetnek a következményei. Az archetípus elnyomott része kivetíthető a kívülvilágba. A beteg például a kezelő orvosra vetítheti a belső gyógyítót, az orvos pedig a betegre projiciálhatja a saját sebeit. Az archetípus egyik pólusának a kívülvilágba történő kivetítése pillanatnyilag kielégítő helyzetet teremt. Ez azonban hosszabb távon azt jelenti, hogy a pszichés folyamat elakad. Ez a helyzet azt jelenti például a betegnek, hogy már semmi köze sincs a gyógyuláshoz. Az orvos, a nővérek, a kórház, stb. gyógyítja őt. A páciensben már nincs felelősség. Tudatosan vagy tudattalanul elkezd a gyógyulás tekintetében teljesen az orvosra hagyatkozni. Úgynevezett gyógyító tényezőjét átadja az orvosnak, és nyugodtan visszahúzódik. Egy ilyesféle beteg vagy betartja az orvos utasításait vagy nem, beveszi a gyógyszereket vagy leöblíti azokat a mosdóban; az efféle betegek ezreit láthatjuk a nagyobb kórházakban. Mindig szenvednek valamiben. A gyógyulás számdéka vagy a lelkiismeretesség már nem fedezhető fel bennük. Az orvos utasításait betartják, esetleg lázonganak, mint az iskolás gyerekek, akik azt hiszik, csak a tanárnak kell dolgoznia az órán.

Az archetípus egyik pólusának elnyomása az orvos esetében fordított helyzetet eredményez. Az a benyomása támad, hogy semmi köze nincs a gyengeséghez, a betegséghez és a sebekhez. Úgy érzi, ő az erős gyógyító; a sebek csak a páciens sebei, a maga sebezhetetlen; azok a szegény teremtmények, akiket pácienseknek nevezünk, egy teljesen más világban élnek, mint ő. Sebezhetetlen orvossá növi ki magát. Ez utóbbi már nemcsak a gyógyító tényezőt hívja elő a páciensben, hanem kizárólagos gyógyítóvá lesz, a páciens pedig kizárólagos beteg. Többé már nem megsebzett orvos, aki a beteggel való találkozás által előmozdítja annak gyógyító tényezőjét. A szituáció kristálytisztá: az egyik oldalon ott van az orvos, egészségesen és ereje teljében, a másik oldalon pedig a páciens, betegen és gyengén.

(WWW.STELLIUM.INL.HU)

(HTTP://WEB.AXELERO.HU/STELLIUM/5PSI/P02.HTML)



Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet késői romantikus stílusú épületét I. Lipót Császár építtette az 1850-es években. A munkálatokat 1868-ban fejezték be, létrehozva ezzel Európa legnagyobb és legmodernebb elmegyógyintézetét, mely rövid időn belül nemzetközi hírnévre tett szert. A nagy múltú intézet a hazai pszichiátriai és neurológiai betegellátás, a klinikai idegtudományok európai szintű műhelye. A hagyományok ápolása és a legmodernebb szakmai törekvések egyaránt jellemzik az intézet munkáját. Jelenleg 849 ágyon a pszichiátriai, neurológiai és geriátriai betegségek széles skáláját látja el magasan kvalifikált szakemberei segítségével, valamint korszerű diagnosztikai és kezelési lehetőségekkel. Az ország egész területéről fogad betegeket, de külföldi páciensek ellátására is gyakran kerül sor. Az Intézet a korszerű agykutatási eredményekre támaszkodva mindent megtesz az elmebetegségeket stigmatizáló felfogással szemben. A pszichiátriai rehabilitáció folyamatában célja a betegek visszavezetése a társadalomba. Az intézetben a művészeti terápiák gazdag lehetőségei nemcsak a betegeknek nyújtanak önkifejezésre alkalmat, de egyedülálló muzeális anyag létrehozásával az intézet nemzetközileg jegyzett műgyűjteménnyel is rendelkezik alkotásaikból. Napjainkban a szakma fellegváraként ismert intézetben a professzionális betegellátáson túl nemzetközi kutatómunka, valamint a Semmelweis Egyetem több kihelyezett tanszékén egyetemi képzés is folyik. A intézet a graduális oktatás mellett posztgraduális képzésben és továbbképzésben is aktívan részt vesz. A tudósképzést sikeres Ph.D programok szolgálják. Az intézetben működő kutatócsoportok tudományos teljesítményét a megjelenő közlemények, könyvek jelentős száma is igazolja.

A Tárt Kapu Galéria a művészetterápiás alkotások otthona. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, a Psychoeducatio-Léleklevelés Alapítvány, valamint a Gyógyfoglalkoztatásért Alapítvány együttműködésében, a Lilly Hungaria Kft. A mai naptól új kiállítás tekinthető meg a Galériában, ahol a Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztály betegeinek alkotásai láthatók. Ma már – az egyre hatékonyabb gyógyszereknek köszönhetően – a pszichiátriai betegségek kezelésének végső célja nem a tünetek csillapítása vagy megszüntetése, hanem az érintett betegek teljes életbe való visszavezetése. A társadalomba történő sikeres visszailleszkedés kulcsa a megfelelő rehabilitáció és annak részét képező művészetterápia.

A krónikus pszichiátriai betegségben szenvedőkre gyakran jellemző az aktivitás és kezdeményezőkéesség csökkenése. Ennek ellensúlyozása, a biztatás és pozitív példa mutatása éppen ezért kulcsfontosságú a betegek gyógyulásában. Ennek megvalósításában – a munkaterápia mellett – kiemelkedő szerepe van a művészetterápiának, a foglalkozásterápiás módszereknek, mivel ezeken keresztül bizonyítható az érintettek számára, a vízionárius tapasztalásokra képesek. Az alkalmazható megoldásokat a foglalkoztatás terápia (ergoterápia), a sport jellegű tevékenységek és a művészetterápia eszközei adják.

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben munkálkodó művészetterápiás műhelyekben évek óta hivatásos képző- és iparművészek által vezetett foglalkozásokon változatos műfajokban – festészet, grafika, textil, kerámia – fejleszthetők képességeiket az alkotók. A heti rendszerességgel működő művészeti műhelyek két lépcsőben fogadnak betegeket. A „kezdő” csoportoknál az együttlét örömeit, az alkotáshoz való kedvet igyekeznek felkelteni, a már kimagasló teljesítményt nyújtók „alkotói közösségbe” szerveződve napi több órában művészeti értékeket hoznak létre.

Egy-egy alkotás készítése során, soha nem marad el a művész és a társak biztatása, dicsérete. Ez a sikerélmény sok páciens

indított el – gyakran az ön maga számára is hihetetlen – alkotni akarás útján. A művészeti csoportokba a régi pácienseink közül többen visszajárnak, sikeres rehabilitációjuk ösztönzőleg hat a többiek számára, és néhányan a „civil életben” is folytatják a művészetterápiának elsajátított technikákat. Mindazonáltal a foglalkozásokon született műalkotások eddig – megfelelő lehetőség híján – nem, vagy csak nagyon ritkán kerülhettek a nagyközönség elé. Eközben néhány évtizede már elindult egy, a művészet határait tágító szemléletváltás, a nem tradicionális műfajok térnyerése nyomán a naiv, a primitív, a vízionárius alkotók, az autodidakta festők és a kreatív terápiák résztvevőinek művészeti érésevel szembeállhatunk. Az Európai Unió számos országában híres kollekciók és kiállítások sora segítette ezt az alapvető szemlélet- és érték-váltást. Néhány alkotó reputációja, műveinek értéke a művészeti piacokon sokszor már vetekszik a hivatásos művészekével.

Ahhoz, hogy Magyarországon is elindulhasson egy hasonló folyamat, eddig hiányzott az a keret, amit egy állandó, pszichiátriai betegek által készített műveket bemutató és árusító galéria jelenthet. A Lilly Hungaria Kft. 11,5 millió forintot támogatásához többen csatlakoztak, hogy a Galéria létrejöhessen és az OPNI művészetterápiás

foglalkozásain résztvevő közel 100 betegnek állandó kiállítási és bemutatkozási lehetőséget biztosítson, így megismertetve őket és művészetüket a nagyközönséggel.

A Lilly komplex, az életminőséget javító és a reintegrációt elősegítő programok létrehozásával elkötelezett a pszichiátriai páciensek helyzetének a javítása mellett, mert a pszichiátriai kezelés nem ér véget a megfelelő gyógyszeres terápia biztosításával. A modern antipszichotikumok elérhetőségével a betegség kezelésének végső célja a társadalomba való visszailleszkedés feltételeinek a megteremtése, a munkaképesség lehetséges helyreállítása, valamint a páciensek családjára és a társadalombiztosításra nehezedő terhek enyhítése. A már meglévő nemzetközi tapasztalatok alapján a program szervezői és támogatója biztosak benne, hogy a kezdeményezés sikeresen javítja majd a páciensek rehabilitációs lehetőségeit; alkotásra ösztönzi az érintetteket, betekintést nyújt az Intézet falain belül zajló életre, javítva ezzel a perifériára szorult pszichiátriai betegek megítélését.

A Tárt Kapu Galéria átalakítását tavaly év végén kezdődött meg, és a felújítással járó munkálatoknak – falak tisztítása, kert elrendezése, dekorációs elemek biztosítása - a páciensek is aktív résztvevői voltak. A galériába kerülő műveket az intézetben a művészetterápiás foglalkozásokat vezető képzőművészekből álló művészeti tanács választja ki, az üzemeltetésében pedig – a terápia bizonyos lépcsőfokán álló – betegek is részt vesznek. Az értékesített alkotások után befolyt összegeket a pszichiátriai rehabilitáció körülményeinek javítására használják majd fel.

A Tárt Kapu Galéria kiállításainak látogatása ingyenes, minden érdeklődőt szeretettel várnak. A legújabb kiállítás anyaga a legfiatalabb betegek képeiből, kerámiáiból került kiválogatásra. A 9-22 éves gyermekek, fiatalok merész formákkal és színekkel képviseltetik magukat. A különböző technikákból készült alkotások mindegyike külön történetet mesél el. A gyermekek rajzai kifejezők, szemet gyönyörködtetők.

» Prof. Dr. Nagy Zoltán «

Tények a galériáról

- Cím: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.
- Nyitva tartás: minden hétköznap 8.30-15.30 óra között

Előzetes bejelentkezés alapján lehetőség nyílik a kézműves foglalkozásokon történő részvételre, valamint a tárlatvezetésre.

- Telefon: 391-5391
- Megközelítés: 56-os busz
Magdaskerti úti megállójától gyalog
- Időszakos kiállítás címe:
Gyógyító Művészet



■ Arcimboldo: Summer (részlet)

► az 1. oldal folytatása

Az 1868-ban alapított Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet legfőbb célja, hogy elősegítse a pszichiátriai és neurológiai betegek gyógyulását és az érintettek megfelelő terápiához jutását. Ma már – az egyre hatékonyabb gyógyszereknek köszönhetően – a betegségek kezelésének végső célja nem a tünetek csillapítása vagy megszüntetése, hanem az érintett betegek teljes életbe való visszavezetése.

A pszichiátriai és neurológiai betegségekkel küzdők talán egyik legnagyobb problémáját az előítéletek, a társadalmi számkivetettség jelentik. A „Lipót”, a „Nagy Sárogház” romantikus misztifikációja, az ideg- és elmebetegségekhez kapcsolódó tévhitek, naiv, vagy egyenesen stigmatizáló vélekedés megváltoztatása az intézet legfontosabb célkitűzése. A szakmának és a lakosságnak közösen kell ezen a terüle-

ten előre lépnie. Az agy évtizede az agy működésének megismerésével és a betegségek megértésével kapcsolatban rengeteg új eredményt hozott, melyeknek a betegellátás területén is meg kell jelenniük.

Ezt a célt követve indította el az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet a Duna Televízióval karöltve *Gyógyító agytudomány* elnevezésű programsorozatot, melynek fővédnöki posztját **Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter** vállalta magára, ezzel is kiemelve a téma súlyát és aktualitását. A háromheti rendszerességgel megrendezésre kerülő, a Duna Televízió műsorán is szereplő előadássorozat Magyarországon elsőként teremt lehetőséget arra, hogy a pszichiátriai- és neurológiai megbetegedések kérdése közelebb kerülhessen a társadalomhoz, így nyújtva segítséget e betegségek megértésében, felismerésében és akár kezelésében is.

A *Gyógyító agytudomány program-sorozat* keretében szakavatott előadók tartanak havi egy alkalommal 60 perces, minden, a téma iránt érdeklődő számára nyitott, ismeretterjesztő előadásokat.

A pszichiátria és neurológia területén is kuriózumnak számító kezdeményezés keretében olyan nemzetközi ismertségnek és elismertségnek örvendő előadók, mint **Prof. Dr. Nagy Zoltán**, **Dr. Rihmer Zoltán**, **Dr. Frecska Ede**, **Prof. Dr. Füredi János**, **Prof. Dr. Halász Péter**, vagy **Dr. Tariska Pé-**

ter dolgoztak fel olyan témákat, melyekkel az átlagember nap, mint nap találkozhat családjában, illetve tágabb környezetében. Az egyes előadások tematikája felölelte a pszichiátria és neurológia jelentős részét: az agyvérzésről, a skizofréniáról, a depresszióról, a paranoiáról, az epilepsziáról, valamint az időskori szellemi hanyatlásról hallgathattak és hallgatnak meg ismeretterjesztő, közérthető előadásokat az érdeklődők.

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet célja az ismeretterjesztésen túl az, hogy pozitívabb képet sugározzon az Intézetéről, és tudatosítsa, hogy a „Hűvösvölgyi Egészségügyi Központ” magas színvonalú, professzionális egészségügyi szolgáltatást nyújt, és kiemelkedő szakmai színvonalon segíti a pszichiátriai, neurológiai, és geriátriai betegek gyógyulását.

Előadássorozatból lapzártánkig négy már lement: **Prof. Dr. Nagy Zoltán: Amit az agyvérzésről tudni kell** (március 8.), **Dr. Rihmer Zoltán: A depresszióról mindenki-nek** (március 29) **Dr. Frecska Ede: Skizofrénia** (április 19), **Prof. Dr. Füredi János: Paranoia** (május 10)

Prof. Dr. Halász Péter: Epilepszia. Ma már gyógyítható betegség (május 31) **Dr. Tariska Péter: Szellemi hanyatlás időskorban** (Június 14.) előadása még hátra-van. Az előadás 18 órakor kezdődik, a belépés díjtalan.



Az MTA háttéranyaga

„Előrelépés a depresszió elleni küzdelemben”

Az eseményen aláírásra került a Magyar Vöröskereszt és a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány közötti Együttműködési Megállapodás, amelyben a két szervezet arról állapodott meg, hogy a jövőben közösen, állatársadalmi szinten tesznek lépéseket a családok százazeit érintő különböző mentális betegségek leküzdésében történő előrelépés érdekében. Felismerték, hogy közös együttműködés keretében, a Vöröskereszt országos hálózatának információs csatornáin keresztül, valamint szakembereinek az oktatásban és a társadalmi együttműködés során megszerzett eddigi nagy tapasztalatainak felhasználásával sikeresen és eredményesen lehet minden szükséges információt mind a lakosság legszélesebb köréhez mind a betegségekkel érintett családokhoz eljuttatni.

A kerekasztal által közvetített üzenetek

- **Időszerű az egész társadalom figyelmét ráirányítani** a világszerte is súlyos egészségügyi, szociális és gazdasági problémát eredményező „népbetegsége”, a depresszióra.
- **A depresszió létezik, valós betegség, nem mesterségesen generált probléma és nem a gyógyszergyárak által kitalált és felerősített társadalmi jelenség!** Minden ezzel ellenkező állítás hamis, káros és megtevésztő is, mivel késleltetheti a beteg (vagy környezetének) orvoshoz fordulását, a súlyosabb szövődményeket és a teljes gyógyulás esélyét kockáztatva.
- **Az antidepresszánsok és a pszichoterápia együttesen és hatékonyan képes a gyógyításra!** A hazai pszichiáter szakma mindig a személyre szabott, kombinált terápiát tekintette elsődlegesnek; azt azonban érdemes tudni, hogy súlyosabb esetekben nemegyszer csak a gyógyszeres kezelés után kerül olyan állapotba a páciens, hogy más terápiás eljárások is alkalmazhatóak lehessenek. Hatékony alkalmazásukhoz elengedhetetlen feltétel a társadalom és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiemeltbb figyelme és támogatása.
- **Támogatni kell a gyógyítokat**, hogy minél hatékonyabban segíthessenek a betegeknek!
- **A pszichoterápiát úgy kell bevonni az OEP finanszírozás körébe**, hogy az a jelenlegi finanszírozási rendszerrel ellentétben biztosítsa, hogy pszichoterápiás rendelés rentábilis legyen.
- **A depresszió kezelésének** nem csak középtávú, hosszútávú, hanem **költségekben jelentkező rövidtávú, gyorsan jelentkező gazdaságilag mérhető haszna van!**

Dr. Kurimay Tamás, a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány elnöke kerekasztal megnyitójában elmondta, hogy az Alapítvány rendkívül fontosnak tartja állatársadalmi szinten ráirányítani a figyelmet a depresszióra és a következményeként fellépő további negatív hatásokra, amelyek – csak úgy mint világszerte – hazánkban is egyaránt súlyos egészségügyi, szociális és gazdasági problémát jelentenek. Kiemelte, hogy a WHO adatai szerint a világban a **depresszió a harmadik legtöbb kárt okozó betegség**, amely – többek között jellegéből adódóan – világszerte aluldiagnosztizált. Rámutatott arra, hogy hazánkban is többszázerre tehető azoknak a családoknak a száma, amelyeknek szembesülniük kell a depresszióval, és amelyek komoly segítségre szorulnak a betegség fenállásának ideje alatt. Elmondása szerint az érintett **magyar betegek többsége jelenleg semmilyen kezelésben nem részesül**, és további problémát jelent még a betegség bagatelizálása és társadalmi megbélyegzése, valamint a szakemberhiány is. Kiemelte, hogy a kormány száz lépés programjának egészségügyi megújítását célzó 21 lépése közül ugyan kimaradtak a több százézer családot érintő mentális betegségek, de **a szakma szorgalmazza és mindent megtesz annak érdekében, hogy a következő négyöt lépés közé a mentális betegségek és ezen belül a depresszió ellátás reformja is bekerülhessenek**. És végül pozitív üzenetként nyomatékkal hangsúlyozta, hogy **a depresszió gyógyítható**.

Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter előadását azzal a bejelentéssel kezdte, hogy bár a kormánynak az egészségügy megújítását célzó „21 lépés programjában” a lelki betegségcsoport közvetlenül nem szerepel, de a feladatok konkrét kidolgozásakor ez a terület sem marad ki. A 100 lépés csak szimbolikus, meg kell találni a 101-edik lépést. És ez a 101-edik lépés lesz a depresszió. Rövid és hosszú távon is lépni kell a depresszió vonatkozásában. Ahhoz ugyanis, hogy a magyar társadalom sikeres legyen, hogy hazánk gazdasága versenyképes maradjon, a testi és a lelki egészségre is szükség van. Sikerként értékelte, hogy e rendezvény keretében a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány és a Magyar Vöröskereszt együttműködési megállapodást írtak alá a mentális betegségekről szóló információk lakossághoz való eljuttatásáról, a depresszió elleni küzdelemről és oktatási programok indításáról.

Göncz Kinga miniszter asszony fontosnak tartotta kiemelni, hogy **a depresszió korunk betegsége és csak a gyógyszeres kezelés kevés** a depresszióban szenvedő betegek gyógyítására. Számolni kell a jövőben is azzal, hogy a kisközösségek, amelyek védenek a depresszió ellen, felbomlanak és az emberek egyedül élnek. Véleménye szerint **a szociális körülmények javítása rendkívül fontos lenne**, mivel jelentős rizikófaktoroként jelentkeznek a depresszió kialakulásában. Megem-

A Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány 2005. május 17-én döntéshozói és média kerekasztalt szervezett – Dr. Göncz Kinga, Dr. Rácz Jenő, Habsburg György védnökletével – az illetékes minisztériumok, hatóságok, szakmai és civil szervezetek képviselőinek meghívásával az egész társadalmat érintő depresszió elleni küzdelemről. A kerekasztal beszélgetésen részt vett Dr. Rácz Jenő Egészségügyi miniszter, Dr. Göncz Kinga Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Miniszter, Dr. Kiss József az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója, Dr. Balogh Sándor az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója, Habsburg György a Magyar Vöröskereszt elnöke, Prof. Dr. Bitter István, Prof. Dr. Tringer László, Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Dr. Túry Ferenc és Dr. Harmatta János a Pszichiátriai Szakmai Kollégium és a Magyar Pszichiátriai Társaság részéről, Skultéty László a GKI igazgatója, valamint Dr. Kurimay Tamás a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány elnöke és betegszervezeti képviselők. A párbeszéd moderátorai Nógrádi Tóth Erzsébet, a Világgazdaság Egészségügyi Szerkesztője, a MUOSZ Egészségügyi Tagozatának elnöke és Dr. Kurimay Tamás voltak.

lítette, hogy a szociális szakmában a közösségi pszichiátria kiépítése már elkezdődött és az együttműködések is elindultak. Ezt azért is tartja fontos lépésnek, mert ezzel is késleltetni lehet a betegség kiújulását. Előrelépésként értékelné, ha **a jelenleginél szélesebb pszichiátriai ellátórendszer épülne ki**, de ennek megvalósulását a jelenlegi szakemberhiány és a csökkenő utánpótlás is hátráltatja. Miniszter asszony **ígértet tett arra, hogy a közösségi pszichiátria fejlesztését minden lehetséges módon támogatni fogja**.

Vitaindító előadások

Prof. Dr. Rihmer Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet osztályvezető főorvosa bevezetőjében azt hangsúlyozta, hogy a depresszió orvosi értelemben vett betegség, melyet gyógyszeres terápiával és megfelelő szakorvosi ellátás mellett gyógyítani lehet. Kiemelte még a betegség szakszerű felismerésének a fontosságát, és hogy mennyire lényeges helyesen értékelni a depresszió tüneteit, illetve a hajlamosító tényezőket. Előadásában részletezte a depressziók két legfontosabb klinikai megjelenési formáját: az unipoláris (major) és a bipoláris (mániás) depressziót. Ismertette a **major depresszió és a mániás-depresszió közötti diagnosztikai különbségeket** is. Mint elmondta, **a major depresszió esetében minimálisan 2 hétig legalább öt tünetnek jelen kell lennie a következőkben felsoroltak közül**: szomorú hangulat, érdeklődés és örömkészség jelentős csökkenése, lényeges súlycsökkenés / gyarapodás, alvászavar, motoros nyugtalanság / gátoltság, fáradtság, erőtlenség, levertség, értéktelenség érzése, önvádolás, bűntudat, csökkent gondolkodási, koncentrációs és döntési képesség, a halállal való foglalkozás, halálvágy, öngyilkossági szándék (terv, kísérlet) és a mentális képességek romlása.

A **mániás-depresszióban** szenvedő betegek tüneteinel az alábbiakat emelte ki: a kórosan emelkedett vagy ingerlékeny hangulat (legalább 1 hétig), a felfokozott önértékelés, a csökkent alvási igény, a szokatlan beszédesség, bőbeszédűség, a gondolatrohanás, gondolatlorlás, a szétszórtság, a pszichomotoros nyugtalanság, a felfokozott aktivitás (munka, étvágy, szex, sport stb.), a kritikátlan magatartás (ésszerűtlen vásárlások és üzleti ügyek stb.). Megemlítette, hogy **a depresszióknak számos kiváltó oka lehet**. A kialakulása összefüggésbe hozható az egyénre ható szociális tényezőkkel (munkanélküliség, válás stb.), a negatív életeseményekkel, az addikcióval, a testi betegségekkel, a szorongásos betegségekkel és a családon belül korábban szintén előforduló depresszióval. **A depresszió 3 fő oki tényezőjeként említette** a genetikai hajlamot, a korai negatív életeseményeket (szülő elvesztése, izoláció) és a provokáló negatív életeseményeket (pszichoszociális stresszorok, hormonális krízisek, testi betegségek). **A depresszió rizikó tényezőinek** taglalásakor kiemelte a depressziót (öngyilkosság) a családban, mivel a depressziók kb. 50%-a erre vezethető vissza, a súlyos korai negatív életeseményeket, a szorongásos betegségeket (pánik, kényszer stb.), az alkoholizmust, a drogbetegséget, a súlyos testi betegségeket (hypertonia, iszvb, stroke, migrén stb.) és a súlyos aktuális pszichoszociális stresszorokat.

A **depresszió rizikóperiódusainál** említette meg a serdülőkort, a szülés utáni időszakot, a menopauzát (klimax) és a szezonalitást (téli, nyári). A hivatkozott adatokból az derült ki, hogy Magyarországon **a felnőtt lakosság 15%-a major depresszióban**, míg a súlyosabb bipoláris, azaz **mániás depresszióban a felnőttek 5%-a szenved**, így kb. 200.000 ember érintett a betegségben. Leszögezte, hogy ezen adatok alapján hazánk világszintnyalban is vezető szerepet tölt be. Kihangsúlyozta, hogy **míg a magyar betegek csupán 25-28%-a áll antidepresszáns gyógyszeres kezelés alatt**, addig hasonló arányok mellett az **USA-ban ez a szám eléri a 60%-ot**. Felhívta a figyelmet arra is, **hogy ha a depressziót nem, vagy nem kellően gyógykezelik**, akkor szövődményként a **leggyakoribb következmény az öngyilkosság lehet**, de sok esetben még **alkohol és drogproblémák is kísérhetik**, illetve **szomatikus eredetű problémák is felléphetnek**, amelyek további jelentős terheket rónak az egészségügyi és szociális ellátórendszerre. Az ismertett adatokból az is kiderült, hogy **az öngyilkosságot elkövetők 65-87%-a nem kezelt depresszióban szenvedett**, míg a sikeresen kezelt betegek csupán tizede próbálkozik újra öngyilkossággal. A pszichiátriai ellátás ezért is kiemelten fontos a megelőzésben. Még napjainkban is vezeti Magyarország az egy főre jutó öngyilkosságok számát, bár kiemelendő, hogy **míg a 80-as években 100.000 emberre 46 öngyilkos jutott évente, napjainkban ez a szám csupán 24**. Lényegesnek tartotta megjegyezni, hogy **ezen időszak alatt az antidepresszánsok forgalma a nyolcszorosára nőtt**, de egyéb társadalmi tényezők is segítették a csökkenést.

Véleménye szerint a depresszió a legerősebb rizikófaktor az öngyilkosságban. A depresszióval kapcsolatos adatok tükrében összegezésképpen elmondta, hogy e betegség világszerte jelentős társadalmi problémát jelent, és negatív gazdasági hatásai lényegesen meghaladják a visszaszorítására fordítandó anyagi javakat.

Prof. Dr. Bitter István, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elnöke, a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika professzora előadását azzal kezdte, hogy **a depresszió szörnyű betegség, a poklot járja meg az, aki a környezetében ilyen beteggel találkozok**. **A depresszió öl, butít és nyomorba dönt**. Ezért is megdöbbentő, hogy a „21 lépés programban” nem szerepel a depresszió. Előjáróban összefoglalta a depresszió általános jellemzőit, a betegséget indikáló tüneteket és a kezelési fázisait. Hangsúlyozta, hogy **a depresszió kezdeti tüneteinek felismerése még ma is komoly problémát jelent**. Példaként megemlítette, hogy hazánkban **a háziorvosok a depresszió egyik alapvető tünetét, a szorongást is csak az esetek 23%-ában ismerik fel**. Kiemelte, hogy **szoros összefüggés van a depresszió és a testi betegségek között**. Ezúton hívta fel a figyelmet arra, hogy a daganatos betegségek, a szív- és érrendszeri problémák és a diabetes a lelki problémák leggyakoribb következményei.

A **depresszió keresésképtelenséget súlyosan érintő betegség 2 hét alatt nem gyógyul meg! Fontos annak hangsúlyozása is, hogy ha korszerűbb gyógyszerekkel kezeljük a betegeket, akkor lecsökkenthető a táppénzes napok száma**. Egy hivatkozott felmérés is ezt támasztotta alá, amely szerint az unipoláris major depresszió eredményezi a leghosszabb távolmaradást a munkavégzéstől a gazdaságilag vezető országokban. Ugyanezen felmérés tartalmazza azt a 10 leggyakoribb rokkantsági okot is, amely között 8 pszichiátriai ok szerepel (unipoláris major depresszió, alkohol, demencia, szkizofrénia, bipoláris affektív betegségek, agyi érbetegségek, kényszerbetegségek, drog fogyasztás).

A **depresszió kimenetelére vonatkozóan** elhangzott adatok szerint, a betegek 10-15%-a meghal (öngyilkosság), és öt év alatt csak 33%-a gyógyul meg tünetmentesen, 55%-a visszatérő beteg (recurrens), míg 12%-a egyáltalán nem gyógyul meg, vagyis krónikus depresszióban szenved. Ebből is jól látszik, hogy a depresszió kezelése több éves programot jelent. Elhangzott továbbá, hogy **a felnőtt depressziós betegek gyógyszeres kezeléséhez minden szer rendelkezésre áll hazánkban**, a generikumok is, de **a gyerekek gyógyszeres kezelése még az ipar részéről nem megoldott**.

A **nem adekvátan kezelt depresszió következményeinél** számolni kell a szövődményekkel (pl. alkohol, öngyilkosság), a magasabb mortalitással, az életminőség romlásával, a keresésképtelenséggel és egyéb gazdasági vonatkozásokkal. Mint szakmai kollégiumi elnök is, **komoly aggodalmát fejezte ki a szakemberhiány miatt**, amelynek következtében elkerülhetőt, hogy **számos pszichiátriát be kell zárni**. Amennyiben nem csökken a szakemberek krónikus túlterheltsége, úgy a jövőben **fokozottabban számolni kell az elvándorlással**. Becslések szerint hazánkban jelenleg mintegy ezerre tehető a pszichiáterek száma. A nyugat-európai országokban, hazánkkal ellentétben, jól képzett szakembergárda is segíti a pszichiáterek munkáját, így az orvosnak kizárólag a betegség gyógyítására kell koncentrálnia. Itthon egy orvosnak olyan feladatokat is el kell látnia, amelyeket más szakemberek is el tudnának végezni, és ezért jut csak kevés idő a betegre.

És végezetül a fontosabb teendők között két nagy terület feladatai kerültek megfogalmazásra: **az oktatás** (orvostanhallgatók, családorvosok, pedagógusok, betegeknek és hozzátartozók), és **a betegellátás** (megfelelő személyzet-beteg arány a pszichiátriai betegellátásban, pszichoterápia elérhetősége, pszichiátriai rehabilitáció elérhetősége, szövődménymentes, nem súlyos depresszió gyógyszeres kezelése az alapellátásban).

Skultéty László, a GKI-EKI Egészségügykutató Intézet igazgatója előadásában arra hívta fel a figyelmet, hogy statisztikáik és felméréseik alapján világszerte 150 millióan szenvednek depresszióban; **a 15-59 éves keresésképes lakosság korlátozottságáért felelős 2. legjelentősebb ok a depresszió**. A depresszió ellátásának költséghatékonysági vizsgálatai alapján rámutatott, hogy hazánkban a **betegség kezelésére használt antidepresszánsok forgalma 1998-2003 között 70%-kal nőtt**, így évente mintegy 13 milliárd forintot költünk csak a készítményekre. A GKI szerint az OEP-nek évente 23 milliárd forintjába kerül a depresszió kezelése. Emellett 45 milliárd forint terheli a nemzetgazdaságot a betegség következtében az elmaradt munkanapok miatt. Ennek eredményeként, **évente mintegy 88 milliárd forintot gazdasági terhet jelent a depresszió kezelése**. Ha ehhez még hozzávesszük a lakosságra háruló, a

betegséghez fűződő egyéb (pl. ápolási) költségeket, **ez a szám elérheti az évi 130 milliárd forintot!**

A statisztikák szerint hazánkban ingadozó képét mutat az antidepresszáns fogyasztás. Míg Budapest és az öngyilkossági mutatók szerint vezető Dél-Alföld jól ellátottnak mondható (az átlagnál többet fogyasztó Dél-Alföldön az átlagnál kissé jobban csökkent az öngyilkosság), addig a szintén magas rátákkal rendelkező északi megyékben jóval kevesebb gyógyszer kerül felhasználásra. A legjobban „fertőzött megyék” közül kettő alulkezelt. Az öngyilkosságok számának csökkenése és az antidepresszánsok felhasználása nagyon gyenge összefüggést mutattak, statisztikailag nem szignifikáns. A GKI költséghatékonysági vizsgálata 2 jelentős antidepresszáns készítmény, a modernnek mondható Mirtazapine és a régebb óta elérhető Fluoxetine adatainak felhasználásával készült. A vizsgálat során egy munkacsoport 6 hetes extrapoláció keretében – az orvosi költségeket és az érzékenységi vizsgálatokat tekintve – arra az eredményre jutott, a Mirtazapine felhasználása kisebb terhet jelent és alkalmazása eredményesebb a Fluoxetine-nel szemben.

Dr. Kiss József, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója elmondta, hogy a pszichiátriai járóbeteg-ellátás keretében az OEP kétféle finanszírozást alakított ki. Egyrészt a **gondozóintézeti ellátást** (pszichiátriai vagy addiktológiai gondozók), másrészt a **szakellátást** finanszírozza. Az OEP-nek 2004-ben ez 2,5 milliárd forintjába került, amely 16%-os ráfordítás növekedést jelentett az előző évhez képest. 2004-ben **pszichiátriai gondozóintézetekben 98.600 beteget** (588 ezer eset) kezelték, amely 5%-os növekedést mutat, és közel 7%-os bővüléssel az addiktológiai gondozottak száma már elérte a 17 ezret (117 ezer eset). Az OEP terhei 800 millió forintot tettek ki. **A szakellátás keretében 500 ezer beteget** láttak el (2 millió eset), amely mintegy 4%-os növekedés az előző évhez képest. Az egészségbiztosítónak ez 5 milliárd forintjába került. Főigazgató kiemelte, hogy a közvetlenül depresszióval kezelt betegek kezelését azonosítani, hiszen **a statisztikákban sok esetben láthatatlanná teszik a szövődményként jelentkező egyéb betegségeket**. Ezért a depressziót az OEP a krónikus ellátás értékelésével vizsgálta.

E szerint a 60 év alattiak (összesen 7229 fő) 302.000 napot, míg a 60 év felettiek (1600 fő) 56.000 napot töltött krónikus osztályon. Az elemzésből az is kiderült, hogy az elmúlt időszakban **27 ezerrel közel 34 ezerre nőtt a depresszióból következő táppénzen töltött napok száma**, átlagosan 38,5 nap munkakiesést okozva egy esetre számítva. Az OEP-kimutatásai szerint a depresszió egyértelműen fellelhető rokkantsági okként, tartós munkaképtelenséget okozva. Az elhangzottak szerint a hazai pszichiátriai intézetek egy részében a betegek korszerű ellátásához nem állnak rendelkezésre a tárgyi és a személyi feltételek. Főigazgató úr ezzel kapcsolatban azt mondta: **a szakemberhiány valós probléma, mert nincs utánpótlás, de „pszichiátert gyártani sem tudunk”**. Azt viszont támogatni kell, hogy **a pályán maradjanak**. Befejezésül hozzátette, hogy ha az OEP valódi biztosítóként működik majd, s ez a jövő, megszabhatja, mely intézményekkel köt szerződést a betegellátásra.

Dr. Balogh Sándor, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója kihangsúlyozta, hogy a háziorvosok szerepe fontos és első lépcsőként szolgál a depresszióban szenvedő páciensek megfelelő azonosításában, és a betegség felismerésében. Reméli, hogy a háziorvosi hálózat terheltsége a jövőben csökken, és az infrastrukturális előrelépés is a kitűzött célokat szolgálja.

Délutáni kerekasztal-beszélgetés

A délutáni kerekasztal programjának legfontosabb céljai között szerepelt, hogy megismerhetővé váljanak a depresszió különböző aspektusai. Ezért nemcsak a szakma jelentős és elismert képviselői mondták el véleményüket, hanem civil szervezetek képviselői és betegségen átesett személyek is.

Prof. Dr. Tringer László nyitóelőadásában kifejtette, hogy társadalmunkban **a depresszió jelenléte nő**, ugyanakkor előrelépésként értékelhető, hogy napjainkban **fokozottabb figyelemet kap**. Összegezte, hogy a depresszió megítélését és leírását szakmai polemia övezi, e betegségről régóta tudományos viták folynak. De ezen túlmenően kulturális jelenség is. A kérdésekre adott válaszai során hivatkozott egy londoni tanulmányra, amely szerint népgazdasági szinten **23,5-szer magasabb a nem kezelt depresszió költsége**, mint a kezelt depresszióé.

Dr. Túry Ferenc, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke kihangsúlyozta, hogy **Magyarországon különösen fontos a depressziósok gondozásának javítását célzó nemzeti akcióprogramok kidolgozása**. A jelenlegi új program célja is egy ilyen európai programba való bekapcsolódás. A projekt a depresszió megelőzését, azon keresztül pedig az öngyilkosságok számának csökkentését tűzte ki célul. A „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” elnevezésű program Németországban hatékonyan bizonyult, **ennek adaptált formáját használjuk itthon is**.

folytatás a 11. oldalon ►

Missziós nyilatkozat

Felismerve a mentális betegségek és e betegségállapotokban érintett személyek (betegek és hozzátartozók), valamint az őket ellátó és segítő szakemberek közös nehézségeit, ezen betegségállapotok társadalmi méretét és súlyát, Alapító szükségesnek tartotta a mentális problémák megelőzésének, kezelésének és a pszichés betegségben szenvedők rehabilitációjának hatékony eszközökkel való támogatását. Ismert az is, hogy a pszichés betegségben szenvedők érdekérvényesítési képessége részben az állapotukból, kiszolgáltatottságukból adódóan, valamint a társadalmi előítéletek megléte miatt csökkent.

Napjainkban Magyarországon több millióan küzdenek különféle mentális betegségekkel a saját érintettségük által vagy a közvetlen környezetükben. A hangulati betegségek, ezen belül különösen a depresszió és ahhoz kapcsolódóan az öngyilkosság jelentik az egyik legjelentősebb problémát, de ezen túlmenően számolnunk kell a skizofréniával, a szorongásos betegségekben, különösen a kényszerbetegségekben és a pánikbetegségben szenvedők százazeirevel, valamint a személyiségzavarokkal küszködők, a mentálisan sérültek és a mentális hanyatlással élők (pl. feledékeny emberek) további százazeirevel is. A betegségben érintett családtagok száma viszont mindezek többszöröse. Az előrejelzések legáltalánosabb olyan drámaiak, mint az adatokból kirajzolódó mai valóságkép: a különféle stresszhatások fokozódása miatt a társadalmon belül tovább nőhet a lelkizavarokkal élők száma, hiszen senki nem védett a lelki betegségek ellen.

A mentális betegségben szenvedők gyógyulásért folytatott küzdelmében az egész társadalom szerepe felbecsülhetetlen. A beteg számára nemcsak a közvetlen környezetében élő egészséges családtagok viselkedése üzenet, hanem a társadalom minden egyes polgárának viselkedése is, csakúgy mint a médiának a betegségről, annak leggyőzéséről közvetített pozitív képe is, amely nagymértékben elősegítheti mielőbbi gyógyulásukat, magányuk, reménytelenségérzésük és társadalomtól való elszigeteltségük csökkenését.

A Védőháló a Lelki Egészségért Alapítványról

- A teljes magyar lakosság mentális egészsége érdekében kívánja végezni munkáját.
- Minden mentális problémával küzdő ember számára kíván segítséget nyújtani a média bevonásával.
- Összefogni és támogatni kívánja mindazon civilek és szakemberek munkáját, akik a mentális betegségekben szenvedők jobb ellátásáért küzdenek.
- Fentiek érdekében együttműködni kíván minden országon belüli és kívüli hasonló célú szervezettel.
- Munkatársai azon kívánnak dolgozni, hogy a jelen nyilatkozatban megfogalmazott célok és szándékok teljesüljenek.
- Nem anyagi érdekeltséggel létrehozott társaság.

Legfőbb célunk, hogy

- Minden lehetséges módon segítséget nyújtunk a különféle mentális problémával élő embereknek és környezetüknek ahhoz, hogy gondjaik, küzdelmeik őszintén fel tárva, pozitívan jelenhessenek meg a médiában, amely ma köztudottan a társadalom egyik legmeghatározóbb véleményformáló és közvetítő csatornája.
- Megszólalási lehetőséget biztosítsunk mindazoknak a civileknek és szakembereknek, akik e jelentős csoport problémáinak megoldásában aktív szerepet vállalnak.
- Elősegítsük a mentális betegeket ellátó-gondozó, a megelőzésben résztvevő szakemberek szakmai presztíznövekedését a civil és szakmai kapcsolatok építése révén.

Célkitűzéseink

- Minden tevékenységünk alapelve az emberi méltóság és a személyiségi jogok feltétlen tiszteletben tartása.
- A társadalom szemléletformálása a mentális betegségekkel kapcsolatban kialakult stigmák vonatkozásában.
- A tabuk feloldása.

- Korrekt és reális információk terjesztése a társadalom minél szélesebb körében a különféle mentális betegségekről, mivel a közfelfogásban még ma is meglehetősen zavar tapasztalható.
- A mentális betegségekkel és a betegeket sújtó előítéletekkel kapcsolatos elégtelen és negatív társadalmi kommunikáció megváltoztatása az érintett csoport élethelyzetéről, problémáiról, az általunk széleskörűen szolgáltatott információk alapján.
- Elnyerni és megtartani a hozzánk forduló bizalmát, színvonalas munkánkkal és a nyilvánosság eszközeinek igénybevételeivel hozzájárulni problémáik megoldásához, segítve ezzel emberi méltóságuk megőrzését és betegségük gyógyulását.

Fentiek megvalósulása érdekében

- Sajtótájékoztatókat, sajtóbeszélgetéseket szervezünk.
- Közleményeket jelentetünk meg.
- Állásfoglalásokat hozunk nyilvánosságra.
- Közérthető kiadványokat jelentetünk meg és juttatunk el a társadalom legszélesebb köréhez.
- Segítjük a szakmát az érdekérvényesítő képességének növelésében.

Hálózat

Országos hálózatot (network) kívánunk létrehozni, amelynek célja minél szélesebb körben, minél teljesebb körű tájékoztatók közreadásával reálisan, a hétköznapi emberek számára is érthető módon beszélni a különféle mentális betegségekről, valamint azok megelőzéséről, elkerüléséről, a korai tünetekről, a betegségek lefolyásáról, a kivizsgálási és kezelési lehetőségekről. A hálózaton keresztül is célunk a lakosság mentális egészségi állapotának javítása, és a népeiséget nagyszámban veszélyeztető mentális betegségek előfordulásának csökkentése

www.vedohalo.hu

► a 10. oldal folytatása

Így egy Európára kiterjedő kezdeményezés indult, amely a depresszió és az öngyilkossági magatartás el- leni küzdelem hatékony és gazdaságos eszköze lehet. Ez Magyarországon, és elsősorban az alföldi régióban (Szolnok, Cegléd), ahol az öngyilkosságok aránya különösen magas, számunkra is rendkívül fontos. Az anyagok átadása mind a pszichiáterek, családorvosok, más segítő foglalkozásúak, pedagógusok számára nagy segítséget jelent a hatékonyabb munkában. **[www.depressziostop.hu]**

Dr. Harmatta János a Pszichoterápiás Tanács elnöke komoly akadályként említette meg, hogy a döntéshozói oldaltól nehéz anyagi támogatáshoz jutni, mivel a prevenció hatásai és eredményei csak hosszú évek múltán mutathatók ki. Ma olyan eszköztár van a pszichiáterek kezében, ami 10-15 évvel ezelőtt még nem volt. És ez leginkább a gyógyszeripar fejlődésének köszönhető. Felvetette azt a fontos kérdést is, vajon kialakul-e a beteg és az orvos között az a kapcsolat, ami szükséges ahhoz, hogy a gyógyszer valóban hasson? **Magyarországon egy fél éves depressziókezelésre az OEP adata szerint havonta másfél orvos találkozás esik, ezzel szemben az USA-ban 38!** Nyolc európai országban (Magyarország nem szerepel köztük) készült felmérés alapján az mondható el, hogy a betegek 26 %-a leváltja a pszichiáterét, azaz megszűnik az orvos-beteg kapcsolat. Emellett felhívta a figyelmet arra is, hogy a betegek 41%-a nem úgy szedi gyógyszerét, ahogy azt orvosa felírta.

Összegzés

A WHO adatai szerint ma a világon a depresszió a harmadik legtöbb kárt okozó betegség. A kór – többek között jellegéből adódóan – világszerte aluldiagnosztizált, az érintett magyar betegek többsége semmilyen kezelésben nem részesül. Magyarországon a fő problémát jelenleg e betegség bagatelizálása és társadalmi meg- bélyegzése jelenti. Hazánkban többszázerezer tehető

azoknak a családoknak a száma, amelyeknek szembe- sülniük kell a depresszióval, és amelyek komoly segítségre szorulnak a betegség fennállásának ideje alatt. A gyermek-serdülőkorban előforduló depresszív zavarok a leggyakoribb betegségek közé tartoznak a 10-18 éves korosztályban az utóbbi évtizedben, sőt jelentőségük egyre növekszik. A gyakori major depresszió a 7-14 éves korcsoportban 2-15 %-os gyakorisággal fordul elő. Az enyhébb depressziós zavarok gyakorisága a 18 év alatti korosztályban 10-13%. A depresszió legveszélyesebb, legszomorúbb és legtragikusabb következményeként ma Magyarországon 25-30 gyermek- és serdülőkorú fiatal vet önkézeivel véget életének. A depressziós betegek és családjának a szenvedésen túl, a stigmával, a szégyennel és a kirekesztéssel is szembe kell néznie. Ezért is kell mindent megtenni annak érdekében, hogy a társadalom ne közönsítse ki sem a depresszióval sem a más mentális problémákkal küszködőket. Mindannyian feléles vagyunk és csakis közös erőfeszítés eredményeképpen érhető el a változás. A **Védőháló Lelki Egészségért Alapítvány** a megrendezésre került döntéshozói és média kerekasztalt egy új lehetőségnek és egyben kihívásnak is tekintette a depresszió leküzdésének közös társadalmi feladatában. A legfőbb cél megvalósult, a kerekasztal-beszélgetés során az egészség- és szociálpolitika jelenlegi sajátosságainak és adottságainak figyelembevételével szakmai, döntéshozói és civil oldalról is megfogalmaztuk a depresszióval kapcsolatban előttünk álló feladatokat, és közösen átgondoltuk az előrelépés lehetőségeit a megelőzésben, a korai felismerésben, a korai diagnózisban, a terápiákban, az egészségügyi szolgáltatások mindenki számára való hozzáférésében és az ellátás színvonalának emelésében. Meggyőződésünk, hogy a kerekasztal-beszélgetés széles körben lehetőséget teremtett egyrészt a depresszió különböző kezelési modelljeinek megismeretetésére, másrészt ráirányította figyelmet az alternatív és hagyományos terápiák és a gyógyszeres kezelés egymás melletti alkalmazásának előnyeire.

2005. MÁJUS 17., MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADEMIA
ÖSSZEFOGLALÓ HÁTTÉRANYAG

Magánügy vagy közügy a kialvatlanság?

► a 1. oldal folytatása

Az alvás mindennapi életünk fontos része, mely biztosítja a szervezetünk regenerálódásához szükséges időt. Az alvászavar a nem megfelelő mennyiségű, vagy rossz minőségű alvás egy tünete, amely elválsi vagy átalvási nehézségekben nyilvánulhat meg.

Az inszomnia valódi népegészségügyi probléma: az átlag populáció 95%-ánál lép fel alvászavar az élet során; a felnőtt lakosság mintegy 20–30%-a szenved álmatlanságban, körülbelül egy tizedük viszatérő, súlyos inszomniában.

A közügy

Dr. Köves Péter, az Alvás Medicina Szekció vezetője kiemelte: „Az alvási rendellenességek csoportja olyan népegészségügyi probléma, mellyel sehol nem foglalkoznak eleget. Az inszomnia súlyos terheket ró az egyénre és a társadalomra mind egészségügyi, mind gazdasági tekintetben.”

Az alvászavar a modern kor népbetegsége. Több, modern világunkra jellemző tényező is szerepet játszik a súlyos alvászavar kialakulásában: egyre zsúfoltabb napok, halmozódó szakmai követelmények, munkahelyi stressz, többműszakos munka, családi és egyéni problémák. Az inszomniának káros hatásai lehetnek testi és mentális egészségünkre, a munkánkra, családi és társadalmi életünkre valamint általában az életminőségünkre, a munkavégzésünk minőségére. Az alvászavarhoz azonban különböző betegségek társulhatnak, például kardiovaszkuláris, légzőszervi, gasztrointesztinális (emésztőrendszeri) betegségek, vese- és vázizomzat rendellenességek. Az álmatlanságnak napközbeni pszichológiai következményei is lehetnek: az alvászavarral küszködő egyének gyakran fáradtságra, fáradékonyságra, koncentrációs nehézségekre vagy memóriazavarra panaszkodnak. A felsorolt betegségek kezelése terhet jelentenek a gyógyszerkassza számára.

Az alvásproblémák hosszú távon negatív hatással lehetnek a beteg munkájára is. Az ilyen betegek gyakrabban hiányoznak munkahelyükről, gyakrabban okoznak balesetet akár közúton akár a munkahelyen. Egy felmérés szerint az összes munkahelyi baleset 52,4%-a kapcsolódhat álmatlansághoz. Köztudott, hogy az álmoság befolyásolja a reakcióidőt, ami tapasztalt vezetők esetében is veszélyt jelent. A közúti balesetek 42–49%-a a vezető álmosága vagy figyelmetlensége miatt következik be.

Mit tehet az egyén?

Dr. Várszegi Mária osztályvezető főorvos (Dél-Alföldi Regionális alvási diagnosztikai és Terápiás Centrum, Szeged) kiemelte: „Nehéz feladat a beteg és az orvos számára is megküzdeni azzal az útvesztővel, amit az a bonyolult és sok szenvedést okozó tünet vagy betegség jelent, ha az ember napokat, heteket, hónapokat éjszakánként ágyban forogva tölt. Az első probléma amivel szembesülünk, hogy a betegek nem beszélnek alvási nehézségeikről, mivel általában maguk sem veszik

komolyan. Az inszomnia ellátásának másik alapvető problémája, hogy kellő ismeretek hiányában az orvos, szakorvos, alvásspecialista gyakran nem tud időben beavatkozni a terápia folyamatába.” Sok mindent magunk is megtehetünk annak érdekében, hogy megszabaduljunk alvásproblémáinktól:

- Kapcsolódjunk ki este, de legyünk mértéktartóak az alkohollal.
- Örüljünk annak, hogy lefekhetünk és igyekezzünk reggelente ugyanabban az időben felkelni.
- Csak akkor menjünk lefeküdni, ha álmosnak érezzük magunkat. Ha mégsem tudnánk 15 percen belül elaludni, keljünk fel és menjünk ki a hálószobából.

Mikor forduljunk orvoshoz?

Dr. Szakács Zoltán osztályvezető főorvos (MH Központi Honvédkórház Neurológia és Alvásdiagnosztikai Terápiás Centrum) vezetője elmondta, hogy „Az új szekció a magyar alvástudományok területén feladatokat tűzte ki az alvászavarok magyarországi ellátásának javítását, a terápiák egységesítését.”

Mindenképpen tanácsos orvoshoz fordulni,

- ha az életvezetés megváltoztatása nem vezet eredményre;
- ha 30 percnél tovább tart az elalvás;
- ha háromnál több a tudatosult ébredés;
- ha rendszeresen legalább 1 órával a szokott idő előtt ébredünk;
- ha alvását nem érzi pihentetőnek;
- ha napközben fáradt, ingerült, képtelen az összpontosításra.

Ha a fenti kérdések közül kettő előfordul, és a hét több napján is így történik, akkor tanácsos orvoshoz fordulni. Az orvos számos terápia közül választhat, amely elősegítheti az elalvást és a szervezet számára a szükséges mértékig kitolja annak időtartamát. A legjobb altató az, ami az alvást elősegíti, de kevés a maradék hatása, nem okoz függőséget és nem zavarja meg az alvásszerkezetet.

20–30 évvel ezelőtt használt altatószerek (barbiturát-származékok) gyors hozzászokást okoztak, illetve már a terápiás dózist kissé meghaladva is toxikussá váltak. A régebbi rossz tapasztalatok miatt számos országban ritkán használnak altatókat annak ellenére, hogy az újabb gyógyszerek már hatékonyak és biztonságosak.

Az újabb altatók korszerűbb változatai a nem-benzodiazepin vegyületek, mint a zolpidem megőrzik az alvás fízológias szerkezetét, nem mutatnak maradékhatásokat, nem alakul ki függőség velük szemben. Az említett előnyök mellett a zolpidem hatóanyagú altató növeli a teljes alvásidőt, csökkenti a felébredések számát és nem okoz másnap, „hangover” tüneteket. Ez az egyetlen olyan altató, mely krónikus inszomniában szenvedő betegnek is adható szükség szerinti adagolással. A szükség szerinti adagolás azt jelenti, hogy a beteg csak azokon a napokon veszi be, amikor az alvászavara jelentkezik. Ilyen típusú adagolásnál a hatékonyság megmarad, míg a függőség és egyéb mellékhatások veszélye minimálisra csökken. Természetesen a legjobb hatás elérése érdekében a beteg kombinálhatja a gyógyszer szedését nem gyógyszer alapú kezeléssel (relaxáció).

» Tarjányi Natália «

Néhány szó az alvásról

Az alvástevékenység két fő fázisra bontható: az úgynevezett REM (rapid eye movement – gyors szemmozgások) fázisra és a non-REM vagy lassú hullámú alvársra. A non-REM fázist további négy stádiumra oszthatjuk az alvás mélysége szerint.

A non-REM vagy lassú hullámú alvás

1. stádium – szendérgés:

Ebben a stádiumban az ember esetleg még hallja, ha szólnak hozzá, de fokozatosan kialakul az öntudatlan állapot, a szemmozgások lassúbbak, a test szinte mozdulatlan, a vérnyomás csökken, a szívverés lelassul.

2. stádium – felületes alvás:

Az egész alvásidőnek mintegy a felét teszi ki. Ebben a szakaszban az alvó embert könnyű felébreszteni. Az agyi aktivitás lelassul, a test hőmérséklete csökken.

3-4. stádium – mély alvás:

Az alvás nagyon mély, az izmok teljesen elernyednek. A vérnyomás, a szívverés üteme, a légzésszám és a testhőmérséklet eléri a legalacsonyabb szintet. A nyugodt mély alvás a fizikai fáradtság szempontjából a legpihentetőbb fázis.

A REM alvás (paradox alvás)

A REM alvás fázisában az agy az éber állapotnál is nagyobb mértékben aktív, ugyanakkor mind az érzékelés, mind a motoros rendszer gátlás alatt áll. Ezért kapta ez az állapot a találó „paradox alvás” elnevezést. Az arc és a végtagok időszakosan myoclonusosan ránganak, és a szemgolyók sajátos – időnként szünetekkel meg-

szakított – rezgésben vannak. A szív és a légzés ritmusa gyors, és aritmias szakaszok is fellépnek. A REM-ben ébresztett személyek 85%-a álmo ról számol be.

A non-REM és REM fázis együttesen tesz ki egy alvási ciklust, mely összesen mintegy 90-120 percig tart, majd ismétlődik. Egy alvási periódus alatt kb 3-5 alvásciklus megy végbe. Az alvás kezdetén a non-REM alvás hosszabb és mélyebb, majd az egymást követő ciklusok alatt fokozatosan rövidül, míg a REM fázis éppen fordítva, az alvás elején rövidebb, végén intenzívebb és hosszabb.

A nyugtatók hatásai álmatlanság esetén

Az említett alvásciklusok megfelelő változása adja az alvás normális fízológiáját, ami nélkülözhetetlen ahhoz, hogy kipihenten ébredjünk. Az alvászavar elalvási vagy átalvási nehézségek mellett rossz alvásminőségben is megnyilvánulhat. Tehát nemcsak az álmatlanság jelenti az alvászavart, hanem a rossz minőségű alvás is, amit egy rosszul választott gyógyszer is okozhat. Nagyon gyakori, hogy az alvási nehézségekkel küszködők tévesen nyugtatót használnak tüneteik enyhítésére. A nyugtatók felhasználási területe az idegesség, szorongás oldása, enyhítése, így altatóként való alkalmazásuk nem javasolt. A nyugtatók amellet, hogy nem szüntetik meg a kellemetlen tüneteket, megzavarják az alvás fízológiáját, így ha nyugtató segítségével aludtunk el, másnap reggel még fáradtabban ébredhetünk vagy a szükségtelen nyugtatás miatt kábultság illetve koncentráció zavar léphet fel (másnapai tünetek).



Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: **Balla Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László** (fekvőbeteg ellátás), orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor** (alapellátás), **dr. Magyar Melinda** (külföld), tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652),

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.

Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**

A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424

A Látlelet egymástutásánál a lapon található sorszámozás tükrözi.



Krónikus stressz-állapot, depresszió, egészségkárosodás

Prof. Dr. Kopp Mária egyetemi tanár, igazgató Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

A pszichoszomatika lényege – a krónikus stressz

Nincs olyan betegség, amelyik ne lenne pszichoszomatikus valamilyen értelemben. A modern világban az ilyen eredetű megbetegedések sokkal gyakoribbá váltak. Megítélesem szerint a „Krónikus stressz” a pszichoszomatika lényege. A krónikus stressznek meghatározó szerepe van, és a mi régióinkban éppen a korai, tehát az idő előtti halálózásnak a vizsgálatával tudjuk ezt a jelenséget a legjobban megközelíteni.

Nagyon remélem, hogy lassan az orvoslásban is – lehetőség lesz arra, hogy fölismerjük, minden betegségben mennyire meghatározó és alapvető szerepe van az agyunknak, az emberi idegrendszernek, amelyik bizonyos értelemben természetesen csak egy közvetítő szerv ahhoz, hogy a pszichés, a lelki tényezők és az egészségi állapot közti összefüggéseket vizsgáljuk.

Minden jelenség, minden betegség, minden testi elváltozás mögött ott van a központi idegrendszer, és ott van a psziché szerepe is. Franz Alexander klasszikus pszichoszomatika könyvében nagyon izgalmasan ír az élettani mechanizmusokról is. Ennek a lényege az, hogy egyes, ún. pszichoszomatikus betegségek, mint az esszenciális magas vérnyomás a fokozott szimpatikus tónussal, alarm-készséggel vannak kapcsolatban, ami persze számunkra nem újdonság, de ennek a pszichológiai hátterét is elemzi, és mi ma ezzel nagyon sokat foglalkozunk. Más megbetegedések a paraszimpatikus túlsúllyal, az önfeladással, a segítség-kéréssel vannak kapcsolatban, mint a nyombélfekély, a colitis ulcerosa, az asthma bronchiale. Tehát nagyon sok fontos összefüggést írt le a klasszikus pszichoszomatika, ma is alapvető fogalmunk a locus minoris resistentiae, a szervi sérülékenység, és a korai kötődés, a korai hatások meghatározó szerepe, amiről. Ezt a felosztást ma már nem alkalmazzuk, nem beszélhetünk külön pszichoszomatikus betegségekről, bár vannak betegségek, amelyekben a pszichés tényezők szerepe fontosabb, hanem ehelyett pszichoszomatikus szemléletről beszélhetünk.

A magatartásorvoslásnak, behavioural medicine-nek ma már gyakorlatilag ugyanaz a szemlélete, mint a pszichoszomatikus orvoslásnak, tehát a két fogalmat ma már szinonimaként használjuk. Ma már szerencsére ez a két szemlélet nem áll szemben egymással, kis hangsúlybeli eltérések vannak csupán.

A pszichoszomatikus szemlélet

Vásárhelyi Pál úgy halt meg, hogy egy nagyon fontos megbeszélés után hirtelen szívinfarktust kapott, amikor a terveit, amiket már nagyon régóta dédelgetett és másokat is meg próbált győzni, leszavazták. Nyilván itt is krónikus stresszről van szó, mert hosszú időn keresztül próbált eredményeket elérni, és ugyan mi úgy látjuk, hogy nagyon sok minden sikerült neki, ő nyilván olyan frusztrációt élt át, amelyik ilyen súlyos következményekkel is járhat. Ha két férfi ugyanolyan súlyos szívinfarktust él át, az egyik magányos és depressziós, a másik pedig jó házasságban él és nem depressziós, a második egyértelműen sokkal tovább él, Mi ennek a magyarázata? Mi magyarázza, hogy a depressziós tünet-együttes, amelyet a krónikus stressz megfelelőének tekinthetünk, ugyanolyan súlyos kockázati tényező – és ma már ez egyértelműen bizonyított – mint a dohányzás, a hypertonia, az elhízás, vagy a mozgásszegény életmód. Mi az oka annak, amiről hála Istennek, kezdünk már beszélni, mert az Európai Unióban kötelezően előírták, hogy egy munkahelyi vezetőnek kötelessége védeni a munkatársak lelki egészségét is. Ez ma már kötelező, tehát számon lehetne kérni a főnököktől. Gondoljunk bele! Úgy látszik most jutott ide ennek a dekrétumnak a híre, hogy a munkahelyi stressz, a munkahelyi kontrollvesztés, a biztonság hiánya nagyon komoly egészségkárosító tényező, mert az utóbbi időben, legalábbis a média nagyon érdekli a kérdés iránt.

Iskolai végzettség és halandóság

A másik kérdéskör, amivel nagyon régóta foglalkozunk, hogy mi a magyarázata annak, hogy egy érettségizett férfi sokkal tovább él Magyarországon, mint egy alacsony végzettségű, még akkor is, ha nem iszik és nem dohányzik többet? Az érettséginel magasabb végzettségűek és alacsonyabb végzettségűek 75 év alatti halálózási valószínűségeit vizsgálva azt látjuk, hogy Magyarországon majdnem kétszer olyan nagy a valószínűsége annak, hogy egy férfi meghal 75 éves kora előtt, ha érettséginel alacsonyabb a végzettsége. Ezzel szemben ez az arány a nőknél csak 1,2. Hozzánk hasonló a helyzet a cseheknél, de például Norvégiában nincs különbség ilyen tekintetben a férfiak és a nők között. Tehát mibe hal bele Magyarországon egy érettséginel alacsonyabb végzettségű férfi? Hangsúlyozom, hogy ennek a többlethalálózásnak mintegy 40%-át magyarázza, hogy az alacsonyabb végzettségűeket többet isznak, többet dohányoznak, egészségtelenebbül élnek de 60%-ot egyelőre nem nagyon tudunk magyarázni, illetve pszichoszociális magyarázatot találnak. Egyébként – ezzel most nem fogok foglalkozni – az igazán lényeges kérdés, hogy mitől iszik, mitől dohányzik valaki úgy, hogy az

egészségét károsítja? Csak ilyen megközelítéssel lehet hatékonyan beavatkozni, mert végül is a dohányosok mintegy 66%-a akar leszokni, a kérdés, miért nem sikerül? Azért, mert az ő motivációs rendszerükben a dohányzásnak, vagy a káros alkoholfogyasztásnak, fontos motivációs szerepe van. Melyek tehát azok a problémák, amelyeket közép-kelet-európai egészség-paradoxonnak nevezünk?

A közép-kelet-európai egészség-paradoxon

Sajnos, nagyon szomorú, amit közép-kelet-európai egészség-paradoxonnak neveznek, hogy Magyarországon a 45–64 éves férfiaknak a halálózása még ma is – most a legutolsó statisztikák szerint is – rosszabb, mint 1930-ban volt. Ami megdöbbentő még, hogy 1970-ben jobbak voltak a mutatóink, mint Ausztriában, és ma annak a valószínűsége, hogy egy férfi megéli a 65. évét, csak 59%, míg Ausztriában 80%. Az idősebb férfiak számára, akik már túl vannak ezen a korosztályon, azoknak már egész jók a kilátásai 65 év felett. A középkorú, tehát az aktív férfiak esetében jellemző nálunk a nagyon súlyos egészségi krízis. Közben volt egy sokkal jobb időszak, tehát szó sincs arról, hogy a magyar férfiak mindig is sérülékenyebbek voltak, a hatvanas években, kifejezetten jók voltak a mutatóink, de utána, a nyolcvanas évek végéig volt egy nagyon nagyfokú rosszabbodás, és ez még ma sem tért vissza az 1930-as szintre, amikor a TBC pusztított, amikor nem voltak antibiotikumok. Ez az a paradoxon, amivel mi évek óta foglalkozunk, és amiről nagyon sokat publikáltunk.

A státusz-szindróma

A nagy kérdés, hogy mi az oka annak, hogy hatvan éves kor alatt a férfiak közül ma majdnem negyed annyival többen halnak meg, mint 1965-ben? A másik oldalról, hogy mi a nők titka? Mi nők ugyanabban a társadalomban élünk, ugyanannyit, vagy szerintem többet dolgozunk, mint a férfiak, mégis, ennek ellenére mi az oka annak, hogy mégis jobbak viszonylag a mutatóink, és mi az oka, hogy egy 65 év feletti férfinak már megint egész jók az életkilátásai? Mi az oka, hogy a nyugdíjasok igen szegények, mégis viszonylag jobbak az egészségi mutatóik?

Ha a várható élettartamot nézzük – sokat hallunk mostanában arról, hogy javultak a kilátások – tényleg, 65 év felett javultak, a középkorúaknál nem. Még ma is egy osztrák férfi, aki az 1970-es években rövidebb ideig élt, mint a magyarok, vagy ugyanaddig, ma 7,7 évvel tovább él a határ osztrák túloldalán és 5,2 évvel él tovább egy osztrák nő a magyar nőknél. Mi az oka? Az alapkérdésünk, hogy miért sérülékenyebbek a középkorú férfiak, miért ilyen fontos a társadalmi-gazdasági lemaradás, az iskolázottság, mi magyarázza, hogy ilyen rövid idő alatt ilyen jelentős változások következtek be? És ez nemcsak ránk jellemző. Az ukránoknál, az oroszoknál, és a Baltikum államaiban még sokkal rosszabb a helyzet, tehát csak ezért nem mi vagyunk a legrosszabb egészségi helyzetben Európában, de utánuk már mi következünk. Érdekes módon a cseheknél és a lengyeleknél megfordult már ez a nagyon negatív tendencia.

Michel Marmot az angol közalkalmazottak között óriási adatbázis alapján vizsgálta a jelenséget (Státusz szindróma c. könyve most jelent meg). Azt találta, hogy egy angol közalkalmazott férfi, amennyiben diplomás végzettségű, úgy 78 év a várható élettartama. Ha csak alacsony végzettségű van, akkor ez 68 év. Tehát most a magyar életkilátások olyanok, mint egy angol segédmunkásé. Tíz év a különbség, és nagyon alaposan vizsgálták, hogy a különböző ismert önkárosító magatartás-formáknak mi a jelentősége ebben. Ha korrigálják az adatokat az ismert önkárosító magatartásformák szerint, akkor is a legalacsonyabb rétegbe tartozó férfiak 1,5-ször nagyobb a szívinfarktus halálózási valószínűsége 65 év alatt, mint egy magasabb végzettségűnek. Tehát az önkárosító magatartás-formák önmagukban nem magyarázzák ezt a különbséget. Ezt nevezi ő státusz-szindrómának. Ez nagyon fontos jelenség, amit meg kellene értenünk. Mi lehet az oka annak, hogy a viszonylagos lemaradás a férfiak számára sokkal súlyosabb krónikus stressz állapotot jelent, mint a nők számára? Úgy néz ki, hogy ez világlejenség, sőt, az állatvilágból tudjuk, hogy az etológiában is – a Stanford Egyetemen vizsgálják – a hím páviának esetében ugyanolyan koronáriai elváltozások alakulnak ki, hogyha egy páviának a helyzete megváltozik a dominancia-sorrendben. Az igazán veszélyes az, amikor van egy kialakult rangsor, hierarchia sorrend, és ez megváltozik. Gondoljunk bele, mi volt jellemző Magyarországon a hetvenes évekig? Egy nagyjából azonos langyos víz, ami után kialakult a viszonylagos verseny, amit mindenki úgy élt meg, hogy kicsit előbbre lehet jutni, nem áttekinthető játékszabályok szerint, és ebben a versenyben a férfiak számára a lemaradás nagyon súlyos tényező.

Hungarostudy országos reprezentatív egészségi felméréseink

Vizsgálataink azt mutatták, hogy a depresszió közvetít a viszonylagos lemaradás és a rosszabb egészségi állapot között Ez azonban csak a férfiak esetében volt így 1988-ban. 1983-ban volt az első ilyen felmérésünk 6 ezer emberrel, 1988-ban 21 ezer emberrel, 1995-ben 12.600, és most, utoljára 2002-ben is 12.600 embert



kérdeztünk ki nagyon részletes, több mint egy óráig tartó otthoni interjú keretében. Ezeknek az adatai alapján találtuk azt, hogy míg a férfiaknál 1988-ban egyértelműen a depresszió közvetített az alacsonyabb jövedelem és a rosszabb egészségi állapot között, ugyanebben az évben a nőknél ilyen összefüggés nem volt kimutatható. A depressziós tünet-együttes, amit Beck féle depresszió skálával mértünk, a nőknél is összefüggött a rosszabb egészségi állapottal, de ez nem volt kapcsolatban az alacsonyabb jövedelemmel. Mit jelent ez a férfiak esetében? Hogyha egy férfinak alacsonyabb a jövedelme és depressziós, akkor sokkal betegbb is, hogyha nem depressziós, akkor nem betegbb. Alapvetően az értékrend függvénye, hogy kik azok a férfiak, akik viszonylag rosszabb anyagi helyzetben sem válnak betegbé. Ezek azok, akik ezt a helyzetet nem krónikus stresszként élik meg, tehát ezért mondhatjuk azt, hogy az értékrendnek meghatározó, alapvető szerepe van. Mint az előbb mondtam, az etológiai magyarázat is lényeges.

A férfiak értékrendjében, önértékelésében nagyon lényeges elem, hogy milyen a viszonylagos helyzetük a társadalomban, milyen a család helyzete. Ugyanakkor ebből a szempontból nekünk, nőknek is nagy a felelősségünk.

A nők elvárásai

A vizgálataink azt mutatták ki, hogy a 150 magyar kistérség között, ha azt néztük, hogy a nők hogy minősítik az anyagi helyzetüket, illetve a férfiak, és ez hogy függ össze a középkorú férfi-halálózással, akkor vajon mit találtunk? Azt, hogy a nők minősítése jobban befolyásolja a férfiak korai halálózását, mint a férfiaké. Tehát nagyon lényeges, hogy valójában a nők, a lánygyerekek, az anyák, a feleségek, az élettársak várnak el egy anyagi szintet és a férfiak szintén elvárják önmaguktól, hogy ezt teljesíteniük kell. A mi társadalmunkban ez a férfiak önértékelésében nagyon lényeges. Ha meg akarunk előzni a középkorú férfi halálózást, akkor ebben a nők szerepe nagyon lényeges lehetne azzal, hogy ne várjanak el irreális anyagi szintet a férjaktól, aminek a megvalósítására nem képesek. A tévében látják, amihez sokan hasonlítják a saját helyzetüket. Egyébként ebben nem a nők a hibásak feltétlenül, hanem a férfiak is elfogadják, hogy ez az értékrend számukra olyan elvárás, aminek meg kellene felelniük. Érdekes módon, pl. a skandináv országokban ez már egyáltalán nincs így. Vizsgálataink szerint a nők iskolázottsága ugyanakkor jelentős védőfaktor a férfiak számára, a iskolázott nők sokkal inkább elfogadják saját felelősségüket is a család feltételeinek megteremtésében.

A kötődés-elmélet

Nagy kérdés, hogy miért fokozottan érzékenyek a leszakadó rétegek? A korai kötődés meghatározza későbbi életünkben a stresszel szembeni ellenálló-képességünket, a megbirkózási készségünket, és ennek a kötődés-elmélet alapján mély fiziológiai és ugyanakkor pszichológiai háttere is van. Tehát itt ismét tetten érhetjük a pszichoszomatika lényegét, miközben társadalmi szinten társadalmi tőkének nevezzük az emberek közötti bizalmat. Ha valaki ezt megkapja gyerekkorában, akkor mer bízni másokban, képes valódi intim kapcsolatokra. Ez egy olyan tőke, amit a későbbiekben nagyon nehéz pótolni, a pszichoterápiának ez az egyik elsődleges feladata. Mind emögött a tanult tehetetlenség-modell nagyon lényeges, amelyik egyértelműen kimutatta állatkísérletekben is, hogy egy kontroll-vesztett állapotnak az élménye az érzésmileg negatív helyzetben milyen súlyos, akár tanulási deficit, hippocampus károsodással jár együtt.

Az alapvető kérdés, hogy mi a különbség az ember és az állat között? Egy állatot akkor hozzák a tanult tehetetlen állapotába, ha pl., hogy állandó áramütés éri és nem tud elmenekülni. Számunkra mi jelent

ugyanilyen krónikus stressz-állapotot? Például a tartós munkanélküliség fenyegetettsége, egy tartósan rossz kapcsolat, mindenfajta olyan pszichológiai helyzet, amelyet megoldhatatlannak minősítünk. És itt a „minősítés” a kulcsfogalom, ez a kognitív terápiák és a kognitív elméletek lényege. Az embernél a minősítés befolyásolása révén tudjuk befolyásolni a krónikus stressz lelkiállapotát és így a következményeit is. Ezért van a kognitív viselkedés-terápiáknak meghatározó szerepük a magatartás-orvoslási és pszichoszomatikus terápiákban. Gondoljunk arra, hogy ha valaki munkanélküli lesz, akkor lehet, hogy kétségbe esik, és úgy érzi, hogy az élete már értelmetlen. Egy másik ember viszont úgy érezheti, és egyébként ez nőknél sokkal gyakoribb, hogy végre új életet kezdhetek, vagy végre foglalkozhatok az unokáimmal, vagy a gyerekeimmel. Emiatt egész másképp éli meg az egyik ember, mint a másik ugyanazt a helyzetet, és ezt a beállítottságot változtatja meg a kognitív viselkedésterápia.

Most csak felsoroltam, hogy melyek azok a nagyon lényeges láncszemek, amelyek összekapcsolják a krónikus stressz-állapotot, a depressziót és az egészségkárosodást.

Mostanában nagy viták folynak a depresszió-arányokról. A Beck depresszió skála szerint, ami egy nagyon jól validált kérdőív, a súlyos, feltétlenül kezelésre szoruló depressziósok aránya a három felmérésünk során: 1988 és 1995 között 2,9%-ról 7%-ra emelkedett és maradt kb. ugyanannyi 2002-ben is. A közepes, tehát a 19 pontnál magasabb depresszió-érték kb. 13% a teljes népesség körében, klinikai validálás alapján 19 pont felett már depressziós megbetegedésről beszélhetünk. Ennél sokkal többen, még kb. 17% esetében vannak munkaképességet csökkentő depressziós tünetek, pl. hajnali ébredés és negatív hangulati állapot, az érdeklődés beszűkülése, fizikai ok nélküli munkaképesség csökkenés, ez még nem betegség, de ennek az állapotnak a megelőzése is fontos. Nem arról van szó, hogy mindenfajta boldogtalanság, szomorúság depresszió, de a depressziós tünet-együttes a krónikus stressz állapot jele, így beavatkozásra, megelőzésre szorul. Ennek a tünetegyüttesnek már bizonyítottan lényeges szerepe van a testi betegségek kialakulása szempontjából. Az iskolázatlansággal a depressziós tünetegyüttes szorosan összefügg, az alsóbb rétegekben sokkal gyakoribb, ez lényeges tényező a fokozott egészségromlás hátterében.

A társadalmi tőke és az élet értelme

Bemutattuk a depresszióról alapvető okait, de melyek a védő tényezők? A vizsgálataink szerint a társadalmi tőke, a bizalom, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel nagyon komoly védőtényező. Nem kell mondanom, miképpen károsodott ez, különösen a tágabb társadalmi háló az elmúlt évtizedekben. Képzeljük el, hogy vajon ezeltől húsz évvel lehetett volna így összejönnünk és ilyen kérdésekről beszélni? Azt hiszem, elég veszélyes lett volna. Ez a fajta társadalmi szerveződés, amiben egyébként nagyon jók vagyunk, Magyarországon hihetetlenül sok, kb. tízszer több alapítvány és egyesület alakult, mint a szomszédos országokban a rendszerváltozás után. Ez nagyon komoly védőtényező és a férfiak számára az ilyen tágabb szerveződés fontosabb, a nők közvetlen szoros szociális hálójá inkább megmaradt az évtizedek során.

A nőknél még nagyon lényeges a vallásosság védő szerepe. Ez az egyetlen tényező, amelyik életkortól, nemtől és iskolázottságtól függetlenül nagyon jelentős egészségvédő faktor. A legszegényebb rétegekben is azoknak, akik úgy érzik, hogy az életük egy nagyobb terv része, az életüknek van értelme, sokkal jobbak az egészségi mutatóik, másképp minősítik a helyzetüket, másképp minősítik a rossz anyagi helyzetüket is. Érdekes módon – és ez kritika a vallások felé – ugyan a vallásgyakorlás komoly védőfaktor és erről is többet írtunk, de nem teljesen azonos a kettő. Vannak emberek, akik vallásosnak mondják magukat, mégse hisznek az élet értelmében igazán, és vannak nem vallásos emberek, akiknél ez az érték nagyon magas és azok is védettebbek egészségi szempontból.

Még említeném a munkahelyi stresszt, ami lényeges veszélyeztető faktor, tehát a munkahelyi kontroll hiánya, a bizalomhiány, a munkahelyi társas támogatás hiánya. 1988 és 1995 között a munkahelyi stressz rendkívüli mértékben fokozódott, mert hirtelen megváltoztak a munkahelyi körülmények. Még egy dolgot mondanék, ami magunknak, gondolom, sokunknak is állandó probléma. A hétvégi munka, amit a nyugatiak nem is értenek, nagyon komoly egészségkárosító faktor Magyarországon. Ilyenkor gondol bele az ember, hogy „az Úr napját megszenteljed” mennyi bölcsességet tartalmaz. A korai infarktus és stroke, agyvérzés szempontjából a hétvégi munkát igen szignifikáns veszélyeztető tényezőnek találtuk.

Befejezeként Antonio Damasiótól, a világhírű amerikai neurológustól emelnék ki egy idézetet: „Van némi paradoxon a mai orvoslás felfogásában. Számos orvost érdekelnek a humán rétegek, a művesztettől az irodalmon át a kultúráig. Ugyanakkor az orvosok javarészt eltekintenek ezektől az emberi dimenzióktól és csupán a test fiziológiájára és kórtanára összpontosítanak. E hagyomány végeredménye az, hogy szinte teljesen negligálják az élemt, mint a szervezet funkcióját.”