

A két szomszédvár

A neurológia és a pszichiátria rokon szakmák, területük sokszorosan átfedő jellegű. Mindkét szakma az agyi eredetű betegségekkel foglalkozik, mégis manapság kevés párbeszéd és együttműködés tapasztalható a képviselőik között. Halász Péter professzor szerint kulcsfontosságú a neurológia és a pszichiátria közeledése egymáshoz, ami mindkét szakma képviselőinek – és főleg a betegeknek – is előnyére válna. Gondolatait vitaindítónak szánjuk, reméljük, akad önök között, aki kedvet érez ahhoz, hogy reagáljon az olvasottakra.

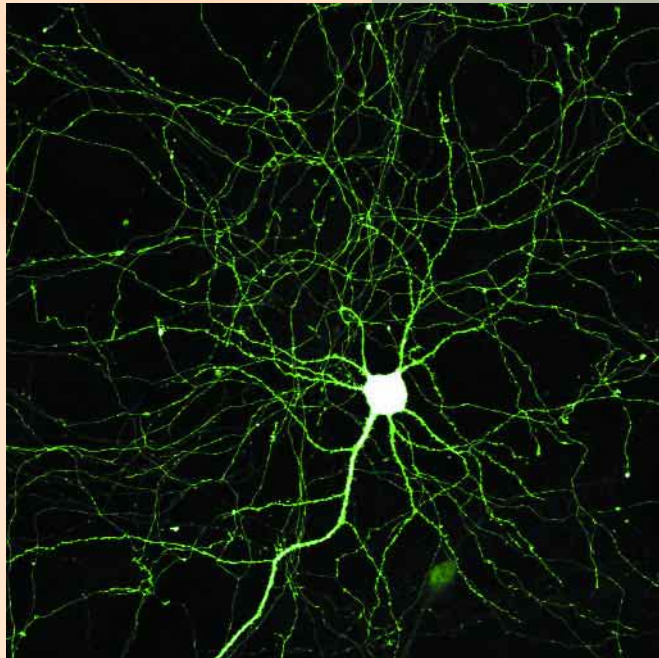
A két szakma elkülönülése történelmi eredetű, ugyanakkor az agyműködés fiziológiájára és pathológiájára vonatkozó megértés fejlődése folyamán egyre több adatunk van a lelki folyamatok testi eredetére, testi következményeire és fordítva. A hatvanas években szorosabb volt a kapcsolat a pszichiátria és a neurológia között, de aztán a két terület különböző módszertani, elméleti és praktikus okokból elkezdett távolodni, és fokozatosan egyre messzebbre került egymástól. Az ismert neurológussal folytatott beszélgetésből kiderül, hogy sajnos az OPNI-ban sem volt élő kapcsolat a két szakma képviselői között, pedig ott lehetőség lett volna az összefogásra, hiszen egy házban volt mindkettő. Az nyilvánvalóan nem jó, hogy ugyanannak a betegségnek a különböző aspektusaival két orvoshoz kell fordulnia a betegnek. A széttagoltság az oktatásban is megjelenik, az ideggyógyászok ma nem kapnak megfelelő pszichiátriai képzést, és fordítva. Ez egyébként nem magyar jelenség, a világon mindenhol így van, de mindenhol vannak szószólói annak, hogy ez változzon. „Annak idején én magam is az élharcosa voltam annak, hogy a két terület távolodjon el egymástól. Ma már bölcsebb vagyok, azt mondom, jó, ha szétválnak, de kell egy híd, ami összeköti őket. És minél erősebbek a várak a két parton, annál inkább” – mondja Halász professzor.

Híd, ami összeköt, vagy ami elválaszt?

„A mostani helyzet az érdekvényesítés szempontjai szerint alakult ki, azonban a kompetenciánk nem attól van veszélyben, hogy a szakmai identitásunk nem elég hangsúlyos, hanem attól, ha nem értjük eléggé a betegségeket” – véli Halász Péter. Majd azzal folytatja, hogy az uralkodó nézetek szerint a neurológia főleg az agy szervi (organikus) betegségeivel foglalkozik, a pszichiátria a lelki, érzelmi, hangulati gondolkodásbeli zavarokkal, amelyek mögött nincsenek szervi eltérések. Ez a nézet sok vonatkozásban cáfolható, hiszen tudjuk például, hogy a korai gyermekkorban szerzett pszichotraumák a stressz rendszeren keresztül jelentősen befolyásolhatják az agyfejlődést, és ezen keresztül a felnőttkori pszichés dekompenzációs készséget és annak formáit. Más oldalról például a pszichiátria területéhez tartozó demenciák (Alzheimer-kór és egyéb elbutulások) egyre jobban kimutatható agyi patológiai kórfolyamatok következményei. Az ugyancsak a DSM besorolás szerint a pszichiátria területébe tartozó alvászavarok az alvás szabályozás kóros változatai, jól kimutatható biokémiai, genetikai alváspathológiai jelenségek. Természetesen vannak érzelmi-hangulati illetve szociális kihatásai, de ez áll a legtöbb krónikus neurológiai megbetegedésre is. Vagy például a Tic-Tourette betegség, ami a gyermekpszichiátrerek kompetenciájába tartozik, jelenleg elsősorban olyan mozgásbetegség, amelynek ugyan még nem ismerjük sem a genetikáját, sem a patofiziológiáját, de senki se kétli, hogy agyi patofiziológia áll mögötte.

Ez a neurológiát a pszichiátriától elválasztó kritérium tehát nem működik – nem igaz. Ugyanakkor egy sor átfedés van a pszichiátria és a neurológia között, mind a kettőnél az agyi mechanizmusok megértése lenne az egyik fontos cél, de ezen a vonalon még mindig keveset tudunk felmutatni.

„Régebben úgy gondoltuk, hogy az agyi biokémia, a közös receptorokon történő hasonló gyógyszeres beavatkozások összehozhatják a két szakmát, de ez nem történt meg. A depresszió gyógyításában például nem sikerült igazi eredményt elérni, pedig sokáig úgy tűnt, hogy a betegséget sikeresen lehet kezelni gyógyszerekkel. A biológiai pszichiátria sem tudott közeledést elérni. A fejlődési pszichiátria is nagyon sok közös interface-t mutat (autizmus, Tourette-szindróma, az ADHD és a szomatiform zavarok). A szenvedélybetegségek kérdése egy új iránynak számít, amelyben plasztikussá válik, hogyan hatnak a kémiai anyagok az agyra és az idegrendszerre, ráadásul alapvető eredményes magyar idegtudományi kutatások folynak ezen a területen. Ebbe az irányba mutatnak a bántalmazással kapcsolatos kérdések is: azoknak, akiket bántalmaztak, ez az egész pszichés fejlődésüket meghatározza. A stresszhormonok reakciója meghatározó elváltozásokat okoz az agyban. A hisztériás nők döntő többségét szexuálisan vagy fizikálisan bántalmazták. Jobban együtt kellene működni az alapmechanizmusok megértésére.”



A jó modell nem légből kapott...

Megítélése szerint a pszichiátria jelenleg rendkívül nehéz helyzetben van. Határai nemcsak a neurológia felé átfedők és tisztázatlanok, hanem a társadalmi bajokból származó, pszicho-szociális eredetű patológiák tömege zúdul rá, amire a jelenlegi kórházcentrikus ellátási rendszer nincs felkészülve. Nincs korszerű modell az időszakosan szükséges kórházi és a kórházon kívüli, nem kellően fejlett járóbeteg és félúti intézmények munkájának integrálására. A szociális bajok medikalizációjával és pszichiátrializálásával olyan csódtömeget húz magára a pszichiátria, amit ellátni képtelen. Hasonló a helyzet a depresszió fogalmának kiterjesztésével és a kezelésül használt antidepresszív szerek alkalmazásával. Mára már világos, hogy az eddig használt antidepresszív szerek nem oldják meg a népbetegséggé felduzzasztott depresszió ellátását és a biológiai pszichiátria reményei és legitimációja is hanyatlik. Ezekben a területeken is a nézetek egyeztetése, kompromisszumos megoldások, együttműködések szükségesek a jövőben.

„Magam részéről úgy látom, hogy a DSM rendszer és az evidence based medicinális szemlélet túlhajtása történik és ennek jelentős hátulütői vannak. Eredetileg ezt a rendszert a pszichiátriai diagnosztika standardizálása és objektív alapokra helyezése indokolta, valamint nem mellékesen a gyógyszervizsgálatok eredményeinek mérhetőségét akarták vele elősegíteni. Ugyanakkor ez a rendszer végletesen fenomenológiai jellegű és leszoktatja a pszichiátereket a pathomechanizmus kereséséről és tünetlisták regisztrálására szakosodott hivatalnokokká teszi őket.”

Hogyan képzelhető el Ön szerint a pszichiátriai módszerek alkalmazása a neurológiai ellátásban?

– A neurológiai ellátás zömét a krónikus idegrendszeri betegségek adják. Ezek hosszan tartó, akár az élet egész ívét átfogó tartamú betegségek, amelyek jelentősen befolyásolják az életvitelt, a szociális boldogulás lehetőségeit és kiterjedt pszichiátria komorbiditás kíséri őket. Pszicho-korrekciós módszerek használatát is bőven igénylik. Lefolyásuk nem egyetlen: tüneti csomó-

Vitaindító

pontok, krízishelyzetek jellemzik őket, a kezelés időről-időre módosítást igényel. Járóbetegként kezelhető szakaszok és hospitalizációt igénylő epizódok váltakoznak. Ilyenek a Parkinson-kór, a sclerosis multiplex és egyéb immunmediált idegrendszeri kórképek, amelyeket most kezdünk csak igazán megismerni, ilyen az epilepszia, de ilyen a stroke spektrum is.

Ezeknek a betegeknek együtt kell élniük a betegségükkel, az a kívánatos hogy saját bajukban mind képzetebbekké váljanak („képzett beteg „mozgalom) és így mind jobban egyenrangú partnereiké váljanak az őket kezelőknek.

Ezek a betegek a társadalommal is párbeszédet kell kezdenek, és ezért világszerte betegmozgalmakká szerveződnek, amelyek érdekérvényesítő, a társadalmat és a betegeket magukat felvilágosító és segítő funkciókat végeznek. Mindez újírja a betegségfogalmat és az orvos, de a beteg szerepét is.

A krónikus neurológiai betegségek speciális szakellátása akkor lehet definitív és hatékony, ha szakértelmet, műszerezettséget és tapasztalatot tömörítő regionális szakintézményben összpontosul. Belátható, hogy az összes neurológiai specialitás közös asszisztenciával és helyiségrendszerrel gazdaságosabban működtethető.

A helyi és regionális ellátás közötti rendelőintézeti ellátás, amely sem szakértelemben, sem műszerezettségben kellő ellátást nem tud nyújtani, ugyanakkor jelentős személyi kapacitást használ, a betegeket főlegesen ineffektív orvos-beteg találkozásokba vonja, felesleges, redundáns és pazarló. Három láb helyett két lábra kell állítani a szakorvosi rendszert, amelyben az egyik láb a kórházon belüli bentfekvő, a másik a kórház speciális részlegéhez ízesülő szakambulancia.

A krónikus neurológiai megbetegedések ellátása, véleményem szerint sajátos ellátási formát igényel: szakellátást háziorvosi és pszichiátriai sajátosságokkal, amelyben az az ideális, ha mindig ugyanaz az orvos foglalkozik ugyanavval a beteggel és az időszakosan szükséges hospitalizáció ugyanabban az intézményben történik ahol a szakgondozás is folyik és ahol a gondozást indító alapkivizsgálás is történt. Így az egy-egy specialitásban dolgozó szakorvosok valóban gazdáivá válhatnak a terület betegeinek, ugyanakkor speciális szakmai tapasztalatuk egyre fejlődik. Az így keletkező adatbázisok pedig megteremthetik az adott specialitásban a kutatás feltételeit is. Ennek az ellátási formának lényege, hogy holisztikus, pszicho-szociális kérdésekre is rálát, és azokban kezdeményező is. Kapcsolatot kell kialakítania a helyi kommunális gondozással, a betegszervezetekkel és oda-vissza internetes kapcsolatot kell fenntartani a háziorvosi ellátással és pszichoedukációs munkát is fel kell vállalni ezekben az intézményekben. Amennyiben ez megvalósulna az egyes specialitásokban kialakuló hospitális és járóbeteg kezelés elemei jelentenék azokat az építő köveket, amikből a neurológiai ellátás zömét kitevő krónikus betegellátás felépül. Itt a pszichiátria és a neurológia karöltve dolgozhatna csapatmunkában.



Ez a modell nem légből kapott. Az epilepszia ellátásban már bizonyított. Ilyen modellben dolgoztunk az OPNI-ban a Juhász Pál Epilepszia Centrumban ahol a kórházitól kezdve a járóbeteg ellátáson keresztül a műtét előtti kivizsgálást is és szükség szerint a családterápiát is beleértve multidiscplináris csapatmunkában működtünk és kialakítottunk egy epilepszia rehabilitációs házat (Valentin ház) is.