

A Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Emelt Biztonságú Pszichiátria Osztály bemutatása

242

Caspar Luca, Srádi Péter, Gaszner Gábor

Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

Összefoglalás: Az Emelt Biztonságú Pszichiátria – mint hiánypótló ellátási forma – 2023 októberében kezdte meg a működését a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet területén. Kialakítása az Országos Kórházi Főigazgatóság irányításával, brit mintát és módszertant alapul véve zajlott. A projekt célja volt a hazai mentális ellátórendszer egészének tehermentesítése, a lakosság ellátásba vetett bizalmának és a társadalom biztonságának növelése egy megfelelő infrastrukturális környezetben tevékenykedő speciális ellátó csapat alkalmazásán keresztül. Az osztály létrejöttét egy 2017 óta tartó folyamat előzte meg, melynek egyebek mellett része volt a működést biztosító szükséges jogszabály megalkotása, az infrastrukturális háttér megteremtése, speciális személyzet képzése, szakmai protokoll kidolgozása, rizikóbecslési és beutalási rendszer létrehozása, finanszírozási mechanizmus kialakítása. Jelen közleményben szeretnénk bemutatni az osztályunkon történő ellátás szakmai és környezeti feltételeit, valamint a betegellátási rendet, kitekintve más országok hasonló ellátási formáinak működésére, említést téve a működéshez kapcsolódó eddigi tapasztalatainkról és jövőbeli reményeinkről.

Kulcsszavak: agresszió; agresszió prevenció; agresszió rizikóbecslés; biztonsági pszichiátria; Emelt Biztonságú Pszichiátria; rizikóbeteg; rizikó kategória; ártalomcsökkentés; violens magatartás; violence

Summary: Under the direction of the National Directorate General for Hospitals, and based on British examples and methodology, a new inpatient psychiatric ward with a high security level started operating at the National Institute of Psychiatry and Addictology in October 2023. As a new, independent unit, the High Security Psychiatry is a niche in Hungarian psychiatric care. The aim of the project was to reduce the burden on the whole mental health care system in Hungary, to increase public confidence in care and the safety of society through organizing of a specialised care team operating in an appropriate infrastructural environment. The creation of the department was preceded by a process that started in 2017, including the drafting of the necessary legislation to ensure operation, the creation of the infrastructural background, the training of specialised staff, the development of a professional protocol and a risk assessment and referral system, and the establishment of a funding mechanism. In this paper, we would like to describe the professional and environmental conditions and patient care arrangements in our department, looking at the operation of similar forms of care in other countries, mentioning our experience to date and our hopes for the future.

Keywords: aggression; aggression prevention; aggression risk assessment; risk category; risk patient; harm reduction; security psychiatry; Low Security Psychiatry Unit; Medium Security Psychiatry Unit; violent behaviour; violence

Rövidítések jegyzéke

BVI – Büntetés-végrehajtási Intézet; COMT – catechol-O-metiltranszferáz; DAT1 – dopamin transzporter 1; EBP – Emelt Biztonságú Pszichiátria; EszCSM – Egységes Szociális és Gyermekvédelmi Szolgáltatások Minőségirányítási Rendelete; GABA – gamma-aminobutyric acid; HTR2A – 5-hydroxytriptamin receptor 2A; HTR1B – 5-hydroxytriptamin receptor 1B; HCR-20 – Historical, Clinical, and Risk Management-20; IMEI – Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet; KIAA0319 – Kizu Aizu Institute of Advanced Technology; MAO-A – monoamin-oxidáz A; OMSZ – Országos Mentőszolgálat; OKFŐ – Országos Kórházi Főigazgatóság; OPAI – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet; OXTR – oxitocin receptor; PET – pozitronemissziós tomográfia; SAPROF – Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk; TPH2 – triptophan hydroxylase 2

Bevezetés

Az agresszió fogalmának pontos definiálása nehézségekbe ütközik, különféle szerzők magának a jelenségnek gondos leírásával helyettesítik a konkrét definíció megadását, és vitatott, hogy a tettek és viselkedés szintjén meg nem nyilvánuló – érzelmekben, gondolat tartalmakban, motivációkban megjelenő – agresszió is a definíció részét képezi-e. A leírások az okozott ártalom jellegét, a szándékosság meglétét vagy hiányát, a normától való eltérés tényét emelik ki. A létező definíciókat egyesítve, pszichiátriai szempontból megközelítve a jelenséget agresszióról beszélünk, ha a magatartás ellenséges, támadó jellegű. Legtöbbször feszültséggel járó belső érzelmek, élmények kísérik, amelyek irányulhatnak a kívül világra, személyre vagy befelé az átélőre magára, lehetnek tudatosak vagy tudattalanok, megmutatkozhatnak közvetve vagy közvetlenül, akár átalakult formában is (például elfojtott agresszióból származó szorongásban, testi tünetekben) (1). Formáit tekintve többek között intraspecifikus-interspecifikus, benignus-malignus, autoagresszív-heteroagresszív, proaktív-reaktív típusú agressziót különböztethetünk meg. Az agresszió jelensége az orvostudomány, kriminológia, kriminálpszichológia, társadalomtudományok határterületén helyezkedik el. A háttérben álló organikus idegrendszeri eltérések jelentőségére *Charles Whitman*, 17 embert lemészároló tömeggyilkos esete világított rá 1966-ban, akinél a bűncselekményt követően zajló kivizsgálások amygdalát érintő tumort igazoltak (2). Az agressziókutatás és a neuromoduláció történelmében egyaránt úttörő volt a spanyol neurofiziológus, *Delgado* etikailag vitatott, híres kísérlete, aki 1963-ban a bika támadó és agresszív viselkedését használta ki az agyi elektromos tevékenység, így érzelmek és viselkedés befolyásolhatóságának látványos demonstrálására. *Delgado* az arénába belépve a kísérletre előkészített bika agyába ültetett implantátumon keresztül, a kezében lévő távirányítóval, rádióhullámok segítségével küldött impulzusokat az amygdalába, ezzel megszüntetve az agresszív viselkedést és megtorpanásra késztetve a már támadásba lendült bikát (3).

Későbbi kutatások az agytörzs, a hippocampus, a limbikus rendszer, a frontális neocortex, valamint kiemelten a prefrontális régiók és annak kiterjedt – az agy egyéb régióival fenntartott – kapcsolatainak szerepét igazolták (4). Mindemellett az agresszió biokémiai háttéréről (szerotonin, katekolaminok, GABA, tesztoszteron, androgének) (5) és genetikai meghatározó tényezőiről is folyamatosan bővültek ismereteink (MAO-A, COMT, DAT1, TPH2, OXTR, HTR2A, HTR1B, KIAA0319) (6). Az agresszióval kapcsolatos tudományos ismeretek felfedezése a jogalkotásra is hatással volt. Erőszakos bűncselekmény elkövetésének ügyében a bíróság először 1991-ben, New York-ban vette figyelembe a PET vizsgálattal igazolt organikus agyi eltérés tényét, amikor a feleségével brutálisan végző *Herbert Weinstein*-nél bal fronto-temporális területet érintő arachnoidális cystát állapítottak meg, és büntetését jelentős mértékben csökkentették (7). A biológiai tényezők mellett a pszichoszociális kiváltó és hajlamosító tényezők szerepe szintén vitathatatlan az agresszió jelenségének tárgyalásakor.

A század eleji kriminál-antropológiai megfogalmazás szerint az agresszió és bűnözés a normál viselkedés elhajlásai és ugyanolyan központi idegrendszeri degeneráción alapszanak, mint a pszichiátriai kórképek. A megállapítás a pszichiátriai kórképekkel szembeni előítéletek és stigmatizáció kialakulásához vezetett, hiszen a különösen veszélyeztető egyén és pszichiátriai beteg fogalma a közvélemény számára egyre inkább összemosódott. Kriminológiai vizsgálatok igazolták, hogy a pszichiátriai betegek körében az erőszakos cselekmények nem gyakoribbak, mint az átlagnépességben (8). Azonban a társadalomban az agresszív bűncselekmények száma megszaporodott, a cselekmények drasztikussága fokozódott az utóbbi években, mely a pszichiátriai gyakorlatban is az agresszivitás növekedését vonta magával, tekintve a tény, hogy a pszichiátriai beteg is a társadalom eleme, onnét érkezik és oda távozik.

A kórházi felvételeken alapuló svéd nemzetközi regiszter használatával készült epidemiológiai kutatás kimutatta, hogy 20 violens bűncselekmény elkövetői közül egynél állt fent pszichiátriai

betegség (9), azonban egy későbbi metaanalízis a szkizofréniában látható megnövekedett violence rizikóra hívta fel a figyelmet. 18 423 szkizofrén páciens vizsgálata komorbiditás nélkül kétszeres, szerhasználati zavarral való komorbiditás esetén kilencszeres violence-rizikót eredményezett a szkizofréniában nem szenvedőkhöz képest (10).

A pszichiátriai betegek agresszivitása, violens megnyilvánulása tehát semmiképpen nem bagatellizálható. A pszichiátriának feladata olyan stratégiák, olyan kórházi, és ambuláns ellátási formák kidolgozása, amelyek az auto- és heteroagresszív magatartás megjelenését és visszatérését, azaz az agresszióprofilaxist szolgálják a statisztikai adatok szolgáltatása mellett, melyek végső soron a stigmatizációt hivatottak csökkenteni (11). Az agresszivitás a legtöbb pszichiátriai kórképnek (organikus kórképek, idegrendszeri fejlődészavar, szkizofrénia, paranoid kórképek, affektív zavarok, személyiségzavarok, poszttraumás stressz zavar) része lehet járulékos vagy vezető, átmeneti vagy tartós jelenség formájában. A hatékony agresszió prevenció érdekében a heteroagresszív viselkedés lehetőségét felvető, kriminális cselekmény elkövetésére hajlamot mutató, *Ritter* által 1976-ban megalkotott kifejezésével élve az ún. rizikóbeteg elkülönítése javasolt a nem rizikóbetegektől. A betegek – agresszió mint tünet alapján történő – szeparálásán kívül a prevenció alapelve továbbá, hogy a pszichiátriai betegségből fakadó agresszív viselkedés megelőzhető, ha pedig kialakult, akkor kezelhető. A prevenció célja, hogy az agresszív viselkedés agresszív cselekménnyé fajulását megakadályozzuk, illetve az agresszió jövőbeli visszatérésének esélyét csökkentsük. A prevenció elemei közé sorolható az időben történő kórházi felvétel, korszerű és komplex gyógykezelés nyújtása, a betegút megszervezése – beleértve a progresszív elbocsátást – és megfelelő szociális intézmény felé irányítást. Szintén preventív célt szolgál a szociális rizikótényezők felmérése és deeszkalálása, a pszichoedukáció, a betegek aktív bevonása a kezelésbe, a megfelelő kommunikációs stratégia alkalmazása, a hozzátartozók és környezet mobilizálása, felvilágosítása. Diagnózisalkotás esetén a komorbiditás feltérképezése kiemelt

eleme a prevenciónak, tekintettel például arra, hogy szerhasználó szkizofrének körében a bűncselekmény elkövetésére fokozott hajlam mutatkozik. Szintén a prevenciót szolgálja a kezelés során a sérumból történő antipszichotikum gyógyszer szint monitorozás, a non-compliance és non-adherencia felismerése céljából. Igazolták, hogy a neuroleptikum vérszint ellentétes korrelációt mutat a veszélyeztető cselekményekkel, a bűnelkövető szkizofrén betegek akut dekompenzáció során mutattak agresszív viselkedést (12). A részletes pszichodiagnosztikai kivizsgálás és valós statisztikai adatok közlése egyaránt a prevenció fontos elemei és a stigmatizáció enyhítését szolgálhatják. Számos tanulmány látott napvilágot, ami a szkizofrénia kriminalitással való összefüggését vizsgálja és felhívja figyelmünket arra, hogy a kórkép heterogenitása ellenére az igazságügyi szakértői vizsgálatokban a szkizofrénia diagnózisa csak ritkán volt valóban felállítható, illetve, hogy a pszichopátia diagnózis elterjedésével a bűnelkövető szkizofrének száma csökkent (13).

Mindezen tényezők és tudományos ismeretek figyelembevételével 1863 óta működik az Egyesült Királyságban az elsőként létrehozott Magas Biztonságú Pszichiátria, a Broadmoor Kórház, illetve ezen kívül a világ számos országában a pszichiátriai ellátás egyik speciális területe szintén az agressziót mutató, violens magatartású pszichiátriai betegek kezelésére rendezkedett be különböző fokozatú biztonsági pszichiátria intézetek és osztályok kialakításával. Míg a broadmoor-i intézet kifejezetten bűncselekményt elkövetett pácienseket fogad (high security), addig a körülbelül 60–65 közepes és alacsony biztonságú pszichiátria (low és medium security) a magas violence rizikójú, önmagukra és környezetükre súlyos veszélyt jelentő páciensek ellátására van berendezkedve, akiknél a bűncselekmény elkövetésének esélye magas, azonban nem forenzikus beteganyagot képviselnek (14). Ez utóbbi ellátási formák feleltethetők meg leginkább az itthoni emelt biztonságú pszichiátriának, ami a szakmai köznyelvben tévesen „high-security” egységként is elterjedt, és melynek I-es és II-es részlegei reprezentálják a közepes, illetve alacsony rizikójú részlegeket. A brit ellátásban a vio-

lencia rizikó becslése kifejezett hangsúlyt kap, mely eljárás egyaránt szolgálja a társadalom egészének biztonságát és az ellátott páciens rövid- és hosszútávú érdekeit. A HCR-20 mellett a violence rizikót csökkentő protektív tényezők felmérésére szolgáló strukturált kérdőívet is alkalmazzák (SAPROF). Kutatások kimutatták a két módszer együttes használatának fokozott hatékonyságát a violence ismétlődés esélyének felmérésben (15). Osztályunk rizikóbecslési stratégiáját brit mintát és tapasztalatokat figyelembe véve dolgoztuk ki. Németországban a magas biztonságú ellátás a forenzikus pszichiátriai ellátáshoz kapcsolódik, hozzávetőlegesen 60–70 ilyen forenzikus osztály létezik az országban és olyan pácienseket fogad, akik bűncselekményt elkövettek, azonban mentális betegségükkel összefüggésben büntetéseikért nem voltak büntetőjogi felelősek. A pácienseket multidiszciplináris kezelő csapat látja el és gyakran évekig tartózkodnak az intézetben. Ez a gyakorlat a hazai ellátásban az IMEI-ben nyújtott ellátással analóg. Franciaországban jelenleg 10, ún. nehéz betegek ellátását szolgáló pszichiátriai egység, azaz biztonsági pszichiátria működik (*Les unités pour malades difficiles – UMD*), sajátosságuk a nemek szerint elkülönítve történő kezelése. Az első ilyen intézet 1910-ben nyitotta meg kapuit férfiak számára, legutolsóként pedig 2021-ben, Sarreguemines városában hoztak létre hasonló intézetet női páciensek számára. A violence betegek az agressziójuk kanalizálását lehetővé tévő környezetben és szakmai személyzet felügyelete mellett gyógyulhatnak a zárt, építészetiileg gyakran börtönszerű intézményekben, ahol a gyógyulást a farmakoterápia mellett – azzal egyformán hangsúlyozottan – sportterápia, ergoterápia szolgálja (16). A hazai gyakorlatban egyelőre nem látott módon az intézet falain kívül szervezett, külső terápiákat is bevezettek, melyek a társadalomba való visszailleszkedést szolgálják. A biztonsági pszichiátria egy dinamikusan fejlődő területe a pszichiátriai ellátásnak, amely egyensúlyba kívánja hozni a társadalom biztonságát szolgáló és egyben humánus ellátást biztosító ellátási formát a mentális betegek számára a különböző kulturális és jogi jellemzőkkel rendelkező országokban. Magyarországon 2017 óta terveztük az

új ellátási forma megteremtését, melyhez elsősorban brit mintát vettünk alapul, és melynek eredményeképpen 2023-ban, az OKFŐ irányításával az intézmény megkezdte működését.

Az Emelt Biztonságú Pszichiátria

245

Az Emelt Biztonságú Pszichiátria (továbbiakban EBP) definíció szerint olyan speciális pszichiátriai osztály, amely az általános pszichiátriai osztályhoz képest magasabb biztonsági fokozatú rendszerrel, megerősített szakmai feltételekkel látja el az oda beutalt, az ország egész területéről érkező agresszív, violence pszichiátriai betegeket – agresszió rizikó alapján szeparáltan működő – I. és II. biztonsági fokozat részlegein. Ezeket a pácienseket ez idáig az egészségügyi ellátórendszerben akut pszichiátriai osztályok zárt részlegein, többágyas kórtermekben helyezték el. Az aktuális ellátórendszer által biztosított zárt részlegeken a tünetek súlyosságára, közvetlen veszélyt jelentő tünetek mibenlétére tekintet nélkül, gyakran a megfelelő infrastruktúra hiányában látták el a pácienseket. A saját maguk és környezetük védelmében fizikai és kémiai korlátozás áll rendelkezésre a páciensek sürgősségi ellátása során, hogy a közvetlen veszélyt jelentő magatartástüneteket megfékezzék. Abban az esetben, ha ez a veszély súlyosan agresszív magatartást jelent és tartósan fennáll, az említett – főleg infrastrukturális és hazai gyakorlatban ez idáig kevésbé ismert ellátásformához kapcsolódó szakmai készségek hiányából fakadóan – a tünehordozó páciens ellátása komoly problémákba ütközhet, mely problémák megoldására való törekvés hívta életre az emelt biztonsági pszichiátria kialakításának szükségességét.

Az Emelt Biztonságú Pszichiátria létrehozása megkövetelte az érvényes jogszabályi keretek felülvizsgálatát és módosítását. Az EBP orvosszakmai működésére vonatkozó jogszabályokhoz tartozik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet, az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet, a pszichiátriai betegek

intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet, valamint Magyarország Kormányának 1282/2023. (VII. 17.) Kormányhatározata az emelt biztonságú pszichiátriai osztály kialakítását biztosító intézkedésekről.

A 2200 négyzetméteren elhelyezkedő, szigorú biztonsági standardoknak megfelelően felépült létesítmény számára otthont az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet biztosít. Az EBP közepes és alacsony biztonsági szintű részlegein 30 egyágyas kórterem mellett kettő, részlegenként egy-egy ágyas elkülönítő helyiség kialakítása történt, ami a 24 órás obszervációs és fizikai rögzítési lehetőséget szolgálja a kifejezetten agresszív páciensek számára. Ismert, hogy a fizikai környezet egyes elemei (rendezetlenség, túlszűfoztság, ingergazdagság, zajosság) növelheti a frusztrációt és agressziót, míg egy rendezett, nyugodt, ingerszegény, stresszcsökkentő elemekkel beépített (természetes napfény, halvány színek) környezeti kialakítás segítheti az agresszív impulzusok kontrollálását (17). Az épület tervezésekor szempont volt az ön- és heteroagresszív cselekedetek megvalósíthatóságának megakadályozása, sérülések okozásának és a szökés lehetőségének elkerülése, ezért talajhoz rögzített bútorok, teljes területet lefedő riasztórendszer, a személyzet számára egyéni, hordozható és gombnyomással aktiválható riasztókészülék, mászásbiztos falak, akasztásbiztos akasztók és kilincsek, törhetetlen üvegfelületek, belátható terek találhatók az épületben. A biztonságosság mellett a terápiára alkalmas, humánus környezet kialakítása egyaránt szempont volt, így a személyes szabadság, az önálló élettér, az emberi méltóság biztosítására törekedtek az épület tervezésekor és berendezésekor. Mivel a gyógyszeres terápia mellett foglalkozások, csoportos terápiák is segítik a páciensek gyógyulását, így a II-es részlegünkön konstruktív együttműködést, közösségi viselkedés szabályainak gyakorlását, terápiás foglalkozásokat, beltéri sporttevékenységet, közös étkezést lehetővé tévő, otthonos, tágas közösségi tér kialakítása is megtörtént. Mindkét részlegről elérhető a kerítéssel körbevett belső udvar, mely helyszínül szolgál a kültéri mozgásnak és sport-

tevékenységeknek. Az épület emeleti szintjéről igénybe vehető, kerítéssel körbevett, aszfaltozott, nyitott és fedett tetőtér rögzített szabadtéri edzőgépekkel és pingpongasztallal felszerelt.

A személyzeti jelenléteket tekintve két részlegvezető szakorvossal, valamint osztályvezetővel együtt összesen három szakorvos teljes állásban, szolgálati jogviszonyban felügyeli az emelt Biztonságú egység I-es és II-es fokozatán a magas ellátási rizikójú betegek gördülékeny ellátását. Az osztály a szakképzésben is akkreditált, így forgó rendszerben fogadunk rezidenseket gyakorlatra. Az EBP személyzetét az orvosokon kívül agressziókezelési és konfliktus-megelőzési tréninget elvégzett ápolók, szakápolók egészítik ki, akik hatékonyan tudnak bizalmat kiépíteni a betegekkel, miközben kiemelt figyelmet fordítanak a páciensek viselkedéses és pszichopatológiai tüneteinek megfigyelésére, egyúttal megfelelően képesek együttműködni az ellátó csapat egyéb résztvevőivel. A betegek társadalmi reintegrációját és hozzátartozókkal való kapcsolattartást, szociális ügyek rendezését szociális munkás segíti. Az ellátásban részt vesz még az emelt biztonságú környezethez és beteganyaghoz alkalmazkodó, sokszínű terápiát nyújtó szocioterapeuta, és a kriminális betegek ellátásban tapasztalt, terápiás folyamat kidolgozását és részletes kivizsgálást segítő pszichológus. Az elvárt biztonság megvalósításának érdekében a pszichiátriai betegek kezelésének speciális helyzeteire, így veszélyes vagy agresszív viselkedés kezelésében képzett, megfelelően kommunikálni tudó biztonsági szolgálat is működik az osztályon. Négy biztonsági őr 24 órában, állandó jelenléttel áll rendelkezésre. Az emelt biztonságú pszichiátrikon kiemelten fontos a személyzet és a betegek arányának megfelelő szinten tartása, mely az általános gyakorlathoz képest magasabb ápoló/beteg arányt jelent. Az osztályon dolgozók nagy érzelmi és fizikai megterhelésnek vannak kitéve, így a rendszeres szakmai szupervíziók, veszélyes helyzet kialakulása esetén az azt elemző és kiértékelő megbeszélések kiemelt fontosságúak a személyzet szakmai és lelki támogatása érdekében.

Az EBP-n megvalósuló betegút és betegellátási rend

Észleléskor az OMSZ, egyéb sürgősségi szervek a területileg illetékes akut pszichiátriai osztályra szállítják az ön- vagy közveszélyes, közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsító pszichiátriai beteget, ahol az elsődleges pacifikálás megtörténik. Az EBP hatáskörébe történő előjegyzés céljából a küldő intézmény felveszi a kapcsolatot az EBP orvosával elektronikus levélben, telefonon keresztül, majd referálást követően a honlapról letölthető, és kórházaknak megküldött, szakmai protokollunknak megfelelően összeállított, és a statisztikai adatfeldolgozást, a beteg adekvát és biztonságos fogadását, felvételét lehetővé tevő beutalási adatlapot kitöltve megküldi. Ennek kiértékelését követően a kezelő csapat a felvételtől dönt, a kérelmező osztályt tájékoztatja az átvétel időpontjáról, és az átvételt lehetővé tevő szükséges kiegészítő vizsgálatokról (szomatikus, az akut ellátási igényt kizáró) megegyeznek. Amennyiben a beutalási kritériumok nem állnak fenn, vagy a beutalást kontraindikáló tényező észlelhető, a páciens átvétele nem valósul meg. A többlépcsős, hazai pszichiátriai ellátásban ez idáig kevésbé alkalmazott beutalási rendszer az osztály hatékony, eredeti céljának megfelelő működését szolgálja, és a hazai orvosi gyakorlatban (elsősorban hazai stroke centrumokban) már ismert beutalási protokoll alapján született meg. Az átszállítás az OMSZ hatáskörébe tartozik. Felvételt követően – észlelt viselkedés alapján – a beteget egyágyas kórteremben helyezük el hatékony farmakológiai kezelés mellett. Az I., közepes biztonsági fokozaton (*medium security*) történő, 1–4. hétig tartó ellátás a II., alacsonyabb biztonsági szinten folytatható további 4 hétig, a kezelés hossza 8 hétben maximalizált. Az Emelt Biztonságú Pszichiátriai Osztály két szintje között történő áthelyezés folyamata nem élesen elhatárolt, nem minden esetben egyirányú az áramlás, hiszen állapotrosszabbodás esetén az alacsonyabb szintről ismét visszakerülhet a beteg a magasabb szintre. A kezelést alapvetően meghatározza a HCR-20 alapján kidolgozott rizikóbecslés, és a pácienseknek – szintén a brit mintának megfelelő – agresszió rizikó kategóriákba

sorolása a kezelés elején, illetve a kezelés során több alkalommal. A kezelő team tagjai egymással rendszeresen konzultálnak. A páciensekkel egyéni- és csoportos környezetben, vizit alkalomával találkoznak az osztály napirendjében foglaltaknak megfelelően.

A kezelés során a páciensek komplex farmako- pszicho-, szocioterápiás kezelésben részesülnek. Rutinszerű vizsgálatok az EBP-re érkező páciensekre egységesen érvényesített (rutin labor, EKG, agyi képalkotó, EEG, gyógyszer szint monitorozás), míg a kezelő team elbírálása alapján kiegészítő vizsgálatokra kerülhet sor (például immunológiai vizsgálat, farmakogenetikai vizsgálat, hormonpanel, koponya MRI, tumorkutatás, egyéb képalkotó vizsgálatok, Holter-EEG). A kezelés során a deeszkalációs technika alkalmazása fokozottan szerepet kap. A kommunikációs stratégia célja az agitáció- és ártalomcsökkentés, elsősorban viselkedésterápiás attitűd révén, melynek keretében világos, tömör, határozott utasításokkal tájékoztatjuk a beteget, milyen hozzáállást várunk el tőle, valamint milyen beavatkozást tervez a személyzet. Mindezek érdekében a beteg együttműködési motivációjára fektetünk hangsúlyt, reális választási lehetőségek felvetése történik, az ellátásban résztvevő személyzet nyugodt hanghordozásával empátikus hozzáállást sugall. Az állandó szakápolói és biztonsági szolgálati jelenlét, a jó kommunikációs, önvédelmi és konfliktuskezelési készség alapvető elvárás az ellátó személyzettel szemben. A kezelés része a fizikai és kémiai korlátozó intézkedések alkalmazása. Az alkalmazott medikáció lényegében nem tér el klasszikus pszichiátriai ellátásban, sürgősségi ellátásban alkalmazott medikációtól. A maximalizált kezeléshosszt követően és a violence agresszió megszűnésével további ellátást a területileg illetékes akut osztály hivatott biztosítani. Elbocsátást megelőzően, a kezelés lezárásakor ismételt rizikóbecslést, a rizikótényezők pontos azonosítását végezzük el, szükség esetén tájékoztatjuk a beteg környezetében élőket (hozártozókat), szociális munkás–páciens konzultációt biztosítunk a további, esetlegesen szükséges segítségnyújtás szervezése érdekében.

Beutalási kritériumok

Az EBP közvetlen veszélyeztető magatartású betegeket fogad, akiknél a közvetlen veszély az akut violens magatartásban, auto- és heteroagresszív magatartásban nyilvánul meg, és akiknél a violens magatartás mentális betegségből adódik. Az EBP nem lát el igazoltan személyiségzavarban szenvedő, de major kórkép exacerbációját nem mutató, így mentális betegséggel közvetlen összefüggésben nem álló rizikót jelentő klienseket (pl. paranoid személyiségzavar komorbid agresszióval pszichózis kizárása mellett). Az emelt biztonságú pszichiátria nem lát el pszichoaktív szer- vagy alkoholintoxikáció, illetve abúzus okozta magatartás- és viselkedészavar kapcsán észlelt klienseket. Közvetlenül akut pszichiátriai osztályról érkező beteg, azaz közterületről, sürgősségi szervek (rendőrség, OMSZ) hatáskörében nem fogad beteget és előjegyzést. Toxikológiáról pszichiátriai konzíliumot követően veszünk át beteget. A beutalás okát képező mentális betegség, magatartászavar lehet új, korábban nem kivizsgált tünet, betegség, illetve akut relapszus már diagnosztizált betegség talaján. Elesett szomatikus állapotú kliens esetén nem a pszichiátriai ellátás a prioritás, az EBP-n komplex szomatikus ellátás biztosítására nincsen lehetőség. Szomatikus komorbiditások pontos feltérképezésére a beutaláskor fokozottan igyekszünk figyelni. Az emelt biztonságú pszichiátria kivétel nélkül 18. életévet betöltött klienseket lát el. 65 év feletti betegek ellátása eseti és egyedi elbírálást követően történhet. Neurodegeneratív betegség, kognitív hanyatlás, intellektuális képesség zavarában szenvedő páciensek felvétele szintén egyedi elbírálás alá esik, ezen páciensek ellátását kiemelten kezeljük, abban az esetben fogadjuk őket, ha a megfelelő terápia rendelkezésre áll és a páciensnek előnye származhat egy ilyen speciális egységben történő ellátásból, utógondozását estelegesen előre tudjuk mozdítani.

Rizikóbecslés

A kezelés kezdetekor és kezelés során, a páciensek korábbi kezelése során keletkezett doku-

mentumok, explorációs interjú, heteroanamnesztikus információk figyelembevételével meghatározott rizikópontszám alapján a betegeket fehér, zöld, sárga, piros kategóriákba soroljuk.

A kezelés során történő beavatkozásokhoz biztosított személyzet jellege és az ellátásban résztvevők száma a fehér-zöld-sárga-piros kategóriákhoz igazodik. Fehér kategória esetén egy ápoló, egy biztonsági őr minden esetben szükséges, ezen felül – az ellátás típusától függően – egy orvos is részt vesz a beavatkozás elvégzésében. Zöld kategória esetén két ápoló, két biztonsági őr, sárga kategória esetén három ápoló, három biztonsági őr, piros kategória esetén négy ápoló, három biztonsági őr kötelezően részt vesz az ellátásban a beavatkozás típusától függetlenül (pl. szociális munkással konzultáció, vérvétel, explorációs interjú). Az obszervációs szintek megállapítása a rizikópontszámokhoz kapcsolatosan történik, azaz alacsony obszervációs szint fehér kategóriájú betegeknél rendelhető el (általános megfigyelés), közepes (5–15 percenként) obszerváció a zöld és sárga betegeknél, illetve magas obszervációs szint (folyamatosan) a piros kategóriába tartozó betegeknél. Piros rizikókatégória (11. ábra) esetén minimum két kritérium fennáll a major kritériumok (bekerülés előtti bűnelkövetés, autoagresszió, heteroagresszió), és/vagy négy feltétel érvényesül a minor kritériumok közül (szökési szándék, belátás hiánya, akut pszichózis, mániás tünetek, drog indukálta zavar, antiszociális viselkedéssjegyek, impulzivitás, pszichoszociális stressz). Sárga kategória esetén egy major kritérium és/vagy három minor kritérium, zöld kategória esetén két minor, fehér kategória esetén legalább egy minor kritérium teljesül (12. ábra).

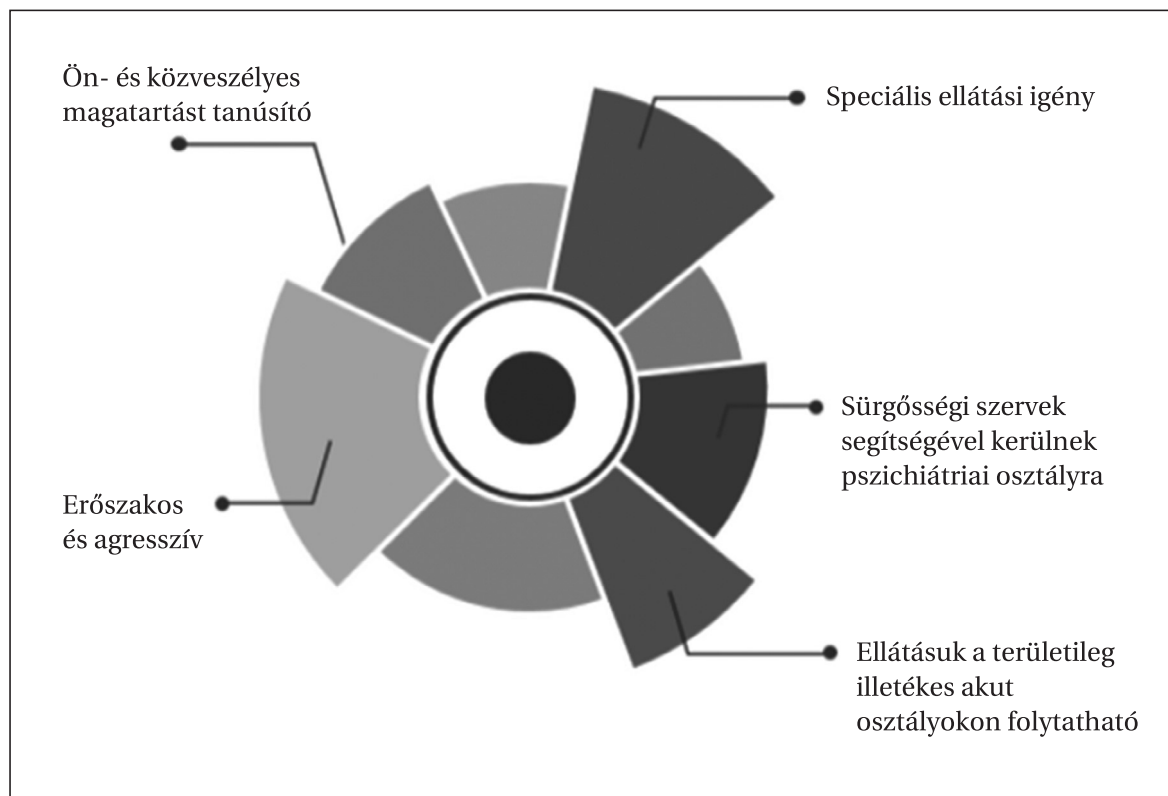
A rizikóbecslés mind a beutalási protokoll, mind az utógondozási terv részeként biztosítja a beteg jövőbeli rizikóinak mérséklését, ezért az ellátási terv részét is képezi.

Eddigi tapasztalataink

A 2023. november 1. és 2024. június 30. közötti ellátási időszakban az emelt biztonságú pszichiátriai ellátást igénylő, adekvátan – tehát a mű-

11. ábra

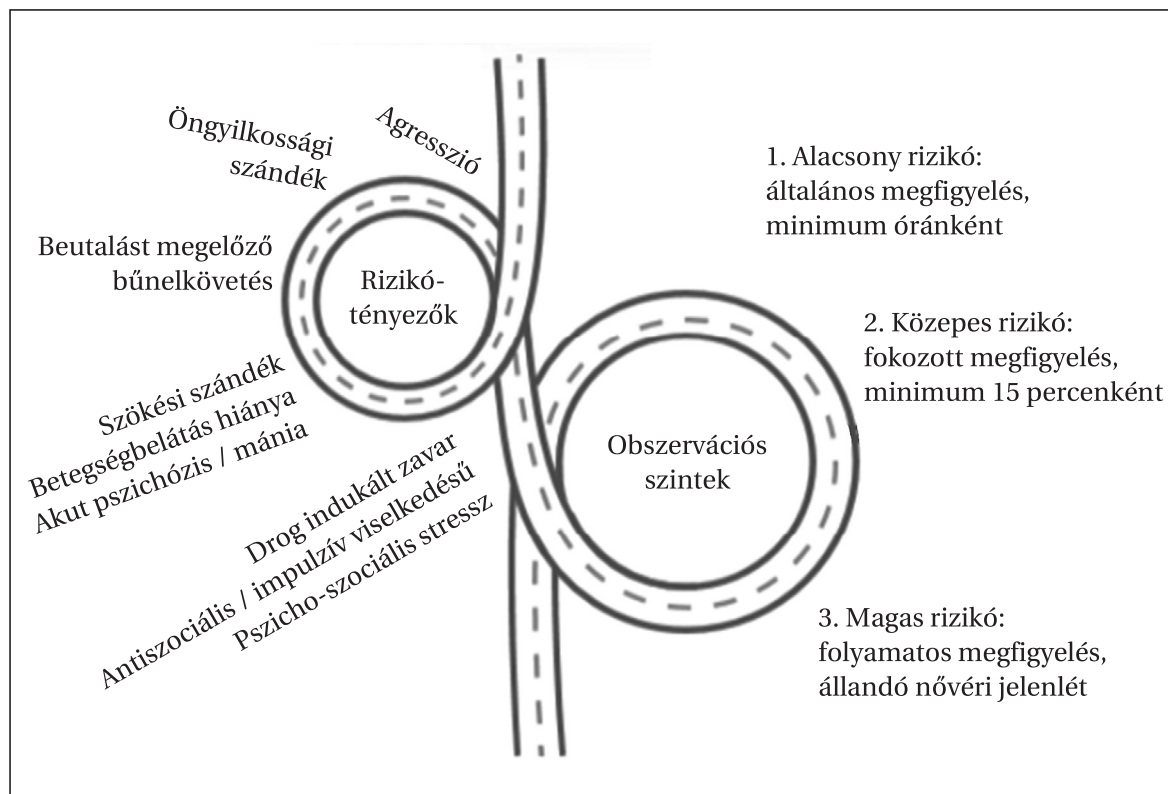
Magas rizikójú betegek



249

12. ábra

Rizikóbecslés és obszervációs szintek

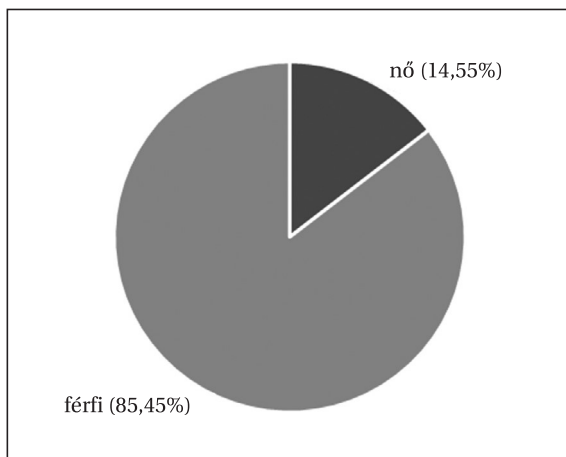


Áttekintő tanulmányok

kódési protokollban foglalt beutalási kritériumoknak megfelelő és beutalási folyamat során felvett betegek (55 fő) átlagéletkora 32 év volt. Nemek tekintetében férfiak voltak jelentősen nagyobb arányban (1. ábra). Területi megoszlást

1. ábra

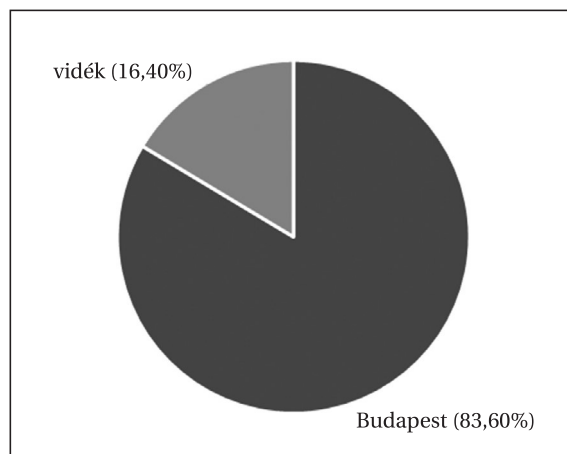
Nemek szerinti eloszlás



tekintve a beutalt páciensek 84%-ban budapesti egészségügyi ellátóhelyről érkeztek, háttérbe szorítva a vidékről történő beutalásokat (2. ábra), mely aránytalanság korrekciója jövőbeli terveink között szerepel. 47,3%-ban az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet ellátási területéhez tartoztak (3. ábra), így Intézetünkön belül történt áthelyezésük a felvételi ambulancián és Intézetünk zárt osztályain megvalósuló primer észlelést követően. A felvett betegek száma november és június hónapok között aránytalanul

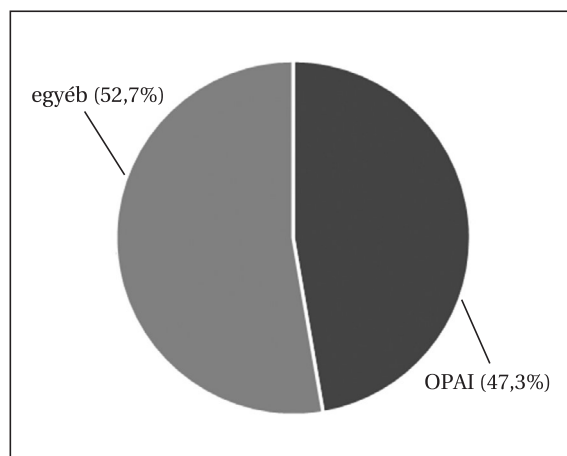
2. ábra

Beutalás helyszíne szerinti megoszlás I.



3. ábra

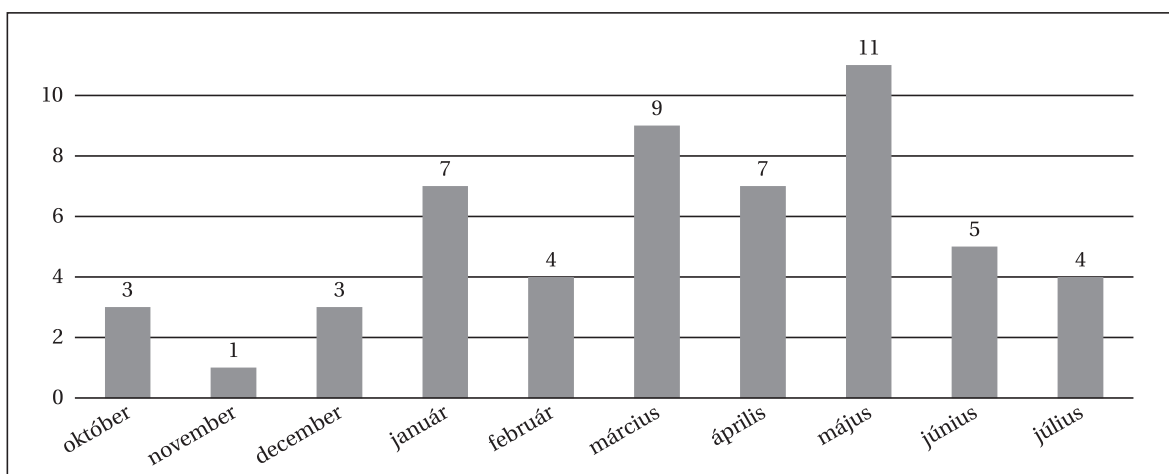
Beutalás helyszíne szerinti megoszlás II.



oszlott el májusi csúcserővel (4. ábra). Az ellátott páciensek 34,5%-a volt büntetett előéletű,

4. ábra

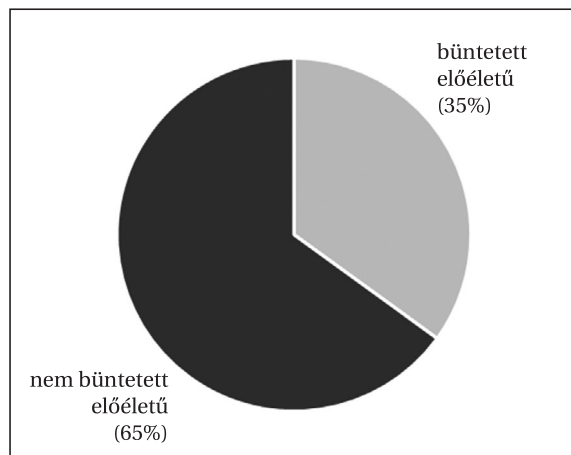
Beutalások száma hónapok szerint



azaz a kriminális anamnézisű páciensek várakozásainknak megfelelően alacsonyabb létszámmal képviseltették magukat a büntetlen előéletű páciensekhez képest (5. ábra). Az általunk kezelt betegek nem követtek el bűncselekményt kezelésük alatt, illetve elbocsátásuk első 30 napja során.

5. ábra

Forenzikus előzmény szerinti megoszlás

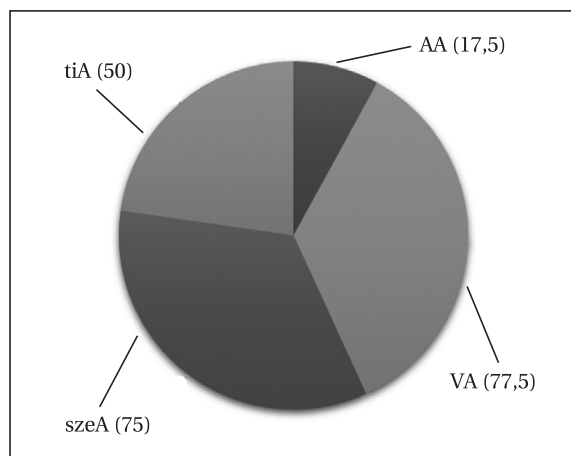


Az IMEI-ből büntetésük, illetve kényszergyógykezelésük bíróságilag megszabott időtartamának letöltése után történő rehabilitációs osztályra való áthelyezésig történő megfigyelésük során a kliensek nem követtek el bűncselekményt, és bűnismétlésről sincs információnk.

A beutalást indokló veszélyeztető magatartás legtöbb esetben a személy elleni, illetve verbális agresszió volt (6. ábra). A beutalt páciensek kór-

6. ábra

Beutalást indokló agressziótípus százalékos eloszlása

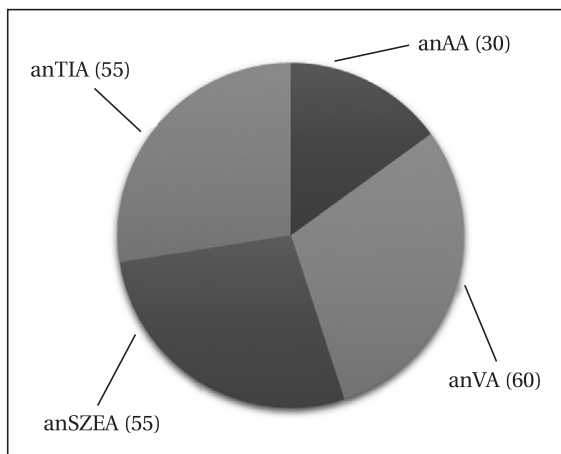


AA: autóagresszió; VA: verbális agresszió; szeA: személy elleni agresszió; tiA: tárgyra irányuló agresszió

előzményében a személy elleni agresszió, tárgy elleni agresszió és a verbális agresszió fordultak elő leggyakrabban, hasonló gyakorisággal, mint az akut hospitalizációt és beutalást indokló esetben. Ez azt is jelenti, hogy az osztály által ellátott betegek megelőzően már mutattak hasonló tünetet, melynek ellátása a klasszikus pszichiátriai ellátórendszerre terhelődött (7. ábra). A személy

7. ábra

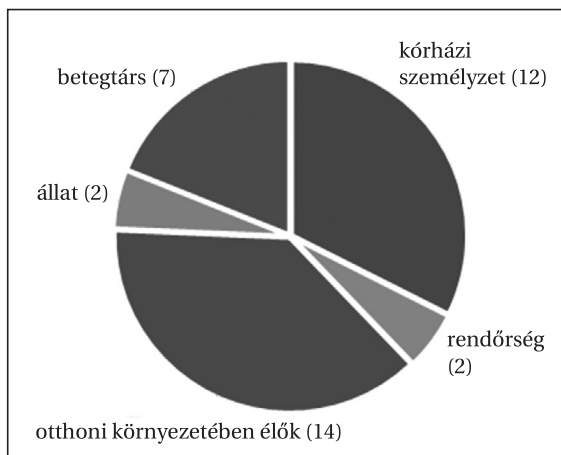
Anamnézisben előforduló agressziótípusok százalékos eloszlása



AA: autóagresszió; VA: verbális agresszió; szeA: személy elleni agresszió; tiA: tárgyra irányuló agresszió; an: anamnesztikus

8. ábra

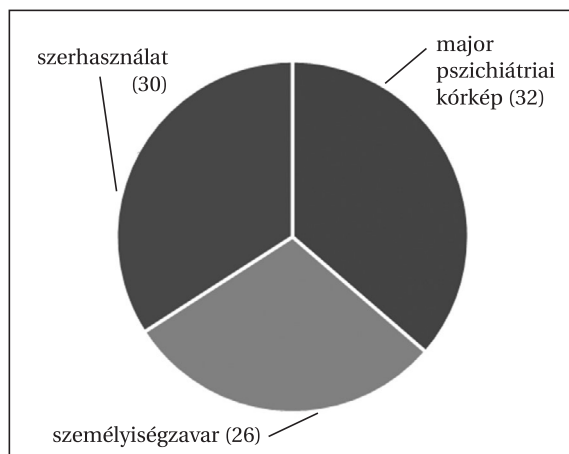
Agresszió irányulása szerinti eloszlás



ellen elkövetett, beutalást közvetlen megelőző agresszió elsősorban a kórházi személyzet ellen irányult a vizsgált mintánkon (8. ábra). Diagnózisukat tekintve hozzávetőlegesen egyenlő arányban fordult elő személyiségzavar, szerhasználati zavar és major pszichiátriai kórkép az ellátottak körében (9. ábra). Ellátásuk időtartama átlago-

9. ábra

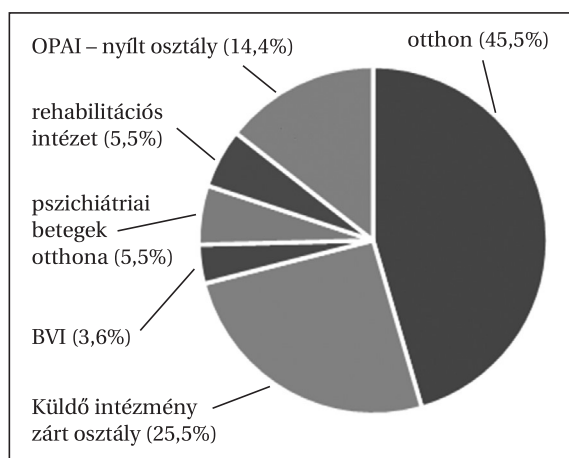
Diagnózisok szerinti eloszlás



san 16,65 nap volt. 12%-ban volt megfigyelhető az említett *forgóajtó jelenség*. Ellátást követően 45,5%-ban otthonukba távozhattak (10. ábra). Az előzetesen tervezettekhez képest nagyobb százalékban tudtuk a pácienseket otthonukba bocsátani, kellően képviselve ezzel az ellátórendszer tehermentesítésére való törekvéseinket.

10. ábra

Elbocsátás helyszíne szerinti százalékos megoszlás



Legfőbb tapasztalatunk, hogy megfelelő infrastruktúra és személyzeti létszám, személyzet összetétele (állandó biztonsági személyzet), speciálisan képzett személyzet mellett a fizikai rögzítés időtartama és gyakorisága minimalizálható volt az ellátás során. Az alkalmazott farmakoterápia nem feltétlenül több vagy más, mint egyéb pszichiátriai osztályokon, sokkal inkább a környezeti tényező hatása játszik jelentős szerepet az agresszív betegek állapotának rendezésében.

Diszkusszió

Az Emelt Biztonságú Pszichiátria új szegmenst képvisel a hazai mentális egészségügyi ellátásban, azonban Nyugat-Európa számos országában évtizedek óta a sürgősségi pszichiátriai ellátás sarokköve. Létjogosultságát indokolja, hogy a magukra és másokra közvetlenül nagy veszélyt jelentő pszichiátriai betegek hatékony ellátása, továbbá utógondozása speciális ellátást igényel. Célja tehát brit mintákat alapul véve speciális ellátást nyújtani az ön- és közveszélyes pszichiátriai betegek részére, a biztonságosság és a terápiás környezet elvárásainak egyesítésével, a szökésveszély figyelembevételével, a személyes szabadság, az önálló élettér, az emberi méltóság biztosítása mellett, a teljes mentális ellátórendszer minőségének és teljesítőképességének a javítása céljából, miközben a lakosság biztonságérzetét és az ellátórendszerbe vetett bizalmát is fokozni hivatott. Az agresszió prevencióra fektetett hangsúly a violens bűncselekmények megelőzésének, a bűnismétlés visszaszorításának, a visszaesés csökkentésének, a violens betegek társadalmi reintegrációjának, a forgóajtó jelenség elkerülésének és a compliance növelésének lehetséges előnyeit képes biztosítani. Az emelt biztonságú környezet megfelelő alapot nyújt a hosszú távú rehabilitációhoz és a betegek társadalomba való visszailleszkedéséhez. Tapasztalataink szerint a biztonságos környezetben zajló terápia önmagában elősegíti a hatékony gyógyulást. Az ellátás fontos összetevője a megfelelő infrastrukturális kialakítás mellett a többlépcsős beutalási rendszer alkalmazása, a beutalási kritériumrendszer betartása, a rizikóbecslés és rizikókategóriákba sorolás alapján történő egyedi ellátás biztosítása, képzett és összeszokott, nagy létszámú kezelőteam alkalmazása, a fokozott obszerváció biztosítása. A statisztikai adatok közzlése és a speciális betegcsoporton végzett kutatások az agresszív viselkedés kialakulásának, háttértényezőinek jobb megértését és hatékonyabb kezelési formák kidolgozását eredményezheti. Hosszú távú cél a speciális ellátási forma országos szintű elterjesztése, megszerzett tapasztalatainkkal a regionális emelt biztonságú pszichiátriák kialakításának a segí-

tése, valamint az agresszió és az abból fakadó bűnelkövetés – mint a társadalom egészét érintő problémakör – prevenciója a társszakmák fokozott bevonásával. Összességében az emelt biz-

tonságú pszichiátria fontos társadalmi védőhálót képez, ami javítja mind a betegek, mind a társadalom egészének biztonságát és jóllétét.

Irodalom

1. HÁRDI I (szerk.):
Az agresszió világa. Az agresszió fogalma, jelenségtana, elméletei. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2010, 28–29.
2. PLOOG D:
Agression – ein Trieb? In: Nissen G (ed.): Agressivität und Gewalt. Bern, Huber, 1995, 9–2.
3. LORUSSO ND, MOHAN UR, JACOBS J, JOSE DELGADO:
A controversial trailblazer in neuromodulation. *Artif Organs*, 2022 Apr; 46 (4):531–540. doi: 10.1111/aor.14200. Epub 2022 Feb 24. PMID: 35199350.
4. SAVER JL ET AL:
Neuropsychiatry of Agression. In: Fogel BS et al: Neuropsychiatry. Baltimore, 1966, Williams & Wilkins. 523–545.
5. CARVER CC, SCHEIDER MF:
Személyiségpszichológia. Budapest, Osiris, 1988.
6. JACKSON DB, BEAVER KM:
Candidate genes for criminal and delinquent behavior. *International Journal of Psychology Research*, 2012; Vol. 7, No. 5–6. 411–436.
7. ADRIAN RAINE:
The Anatomy of Violence. Broken Brains. The neuroanatomy of violence. New York, 2013, 135–181.
8. BÖKER W:
Fremdgefährlichkeit psychotischer Kranker. *Psycho*, 1982; 13, 453.ref. *Zbl.f. Rechtsmed*, 1987; 30, 1030.
9. FAZEL S, GRANN M:
The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 2006; 163 (8):1397–1403.
10. FAZEL S, GULATI G, LINSSELL L:
Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *Plos Med*, 2009; 6 (8): e1000120.
11. HÁRDI I:
Az agresszió világa, Az agresszió megjelenési formái a pszichiátriai kórképekben. Budapest, Medicina Kiadó, 2010, 125–159.
12. CITROME L, VOLAVKA J:
Schizophrenia: Violence and Comorbidity. *Current Opinion*, 1999; (12) 47.
13. WANNER O:
Schizophrenie und Kriminalität. *Mshr. f. Kriminologie u. Strafrechtsreform*, 1954; (37), 1.
14. NHS-England Changes to adult secure Low and Medium Mental health Services Specifications. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/serv-specs-adult-med-low-secure-mh-services/supporting_documents/adultsecure-consultationguideeasyread.pdf (england.nhs.uk)
15. COID JW, ULLRICH S, KALLIS C ET AL:
Improving risk management for violence in mental health services: a multimethods approach. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Nov. (Programme Grants for Applied Research, No. 4.16.) Chapter 13, A follow-up of patients discharged from medium secure services in England and Wales. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396471/>
16. Unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin – Unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin | Groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) (gh-paulguiraud.fr)
17. ROGER S, ULRICH, LENNART B, STEFAN L:
Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. Chalmers institute of technology, 2012.