

# A hazai pszichiátria helyzete és aktuális problémái

Túry Ferenc, Harmatta János

Az általános orvoslásban két-három évtizede bekövetkezett szemléletváltás a pszichiátriát is alapjaiban érintette, és a biopszichoszociális modell a pszichiátriának nagyobb hangsúlyt adott. Ezzel párhuzamosan világszerte előtérbe került az angolszász nyelvterület a korábbi német-francia szakmai dominancia helyett.

A hazai szakemberek lépést tartanak a fejlődéssel, több területen szép eredményekkel. Az ellátás és a klinikai gyakorlat szintjén azonban komoly nehézségek jelentkeztek.

A közlemény áttekinti a gyakorlat, az oktatás, kutatás és a szervezeti élet fejlődési irányait, a társadalmi-kulturális változások egyes etikai kihatásait, s a jövőbeli fejlődési irányokba is bepillantást nyújt.

**pszichiátria története, pszichiátriai ellátás, szemléletváltozás, integráció**

THE PRESENT STATE AND CURRENT PROBLEMS OF HUNGARIAN PSYCHIATRY

The changes in attitude that occurred in general medicine 2 to 3 decades ago had a fundamental impact on psychiatry by giving it a greater emphasis due to the wider acceptance of the bio-psycho-social model. In parallel with this change an English-speaking professional dominance took over the former German-French traditions.

Hungarian psychiatrists keep pace with the development of psychiatry, with remarkable achievements in some areas. In everyday patient care and clinical practice, however, severe difficulties are encountered. The paper reviews the trends in practice, education, research, and also the development of professional organizations. Certain ethical implications of the socio-cultural changes and future trends of national psychiatry are also summarized.

**history of psychiatry, psychiatric practice, change of attitude, integration**

dr. Túry Ferenc (levelező szerző/correspondent): Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, I. Pszichiátriai Osztály és Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/  
National Institute of Psychiatry and Neurology, 1st Department of Psychiatry  
and Semmelweis University, Department of Behavioural Sciences;  
H-1021 Budapest, Nyéki út 10–12. E-mail: tury@axelero.hu

dr. Harmatta János: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Tündérhegyi Pszichiátriai Osztály/  
National Institute of Psychiatry and Neurology, Tündérhegy Department of Psychiatry; Budapest

Érkezett: 2005. október 10. Elfogadva: 2006. május 30.

Áttekintésünkben a társszakmák képviselői számára adunk vázlatos képet a hazai pszichiátriáról. Ahhoz, hogy a jelenkor kihívásait tisztábban lássuk, érdemes visszanyúlni a múltba: a szakma története sok érdekes szempontot nyújt.

## Jeles múlt

A magyar pszichiátria múltja nemzetközi szempontból is komoly értékeket hozott (1, 2). Az önállósodás fontos lépcsője volt az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet létrehozása Lipótmezőn, 1868-ban, így a konszolidációval párhuzamosan fejlődött a pszichiátria is. E fejlődést az akkoriban domináns német és francia pszichiátria befolyásolta; mindkettő a kórképek klasszikus leírásával, a betegségeosztályozás alapjainak lerakásával és részletes pszichopatológiai elemzésekkel volt jellemezhető.

A XIX. századi fejlődésben az agypatológiai irányzat dominált, a pszichológiai megközelítés késlekedésben volt. A lélektani elméletek prototípusa a Freud által kidolgozott pszichoanalízis; a mérőföldkőnek számító elmélet és terápiás gyakorlat a XIX-XX. század fordulóján alakult ki. A XX. század elején a többi jeles analitikus, például Jung és Adler munkássága jelentette az irányzat meghatározóvá válását. A pszichopatológiát tekintve a svájci Bleuler volt az, aki a pszichológiai determináció alapján állt. A magyar kultúra és a német nyelvterület kapcsolatából érthető, hogy a pszichoanalízis megtermékenyítően hatott nálunk. A magyar pszichoanalitikus mozgalom („Budapesti iskola”) a XX. század elején világszerte ismertté vált. Fő alakja Ferenczi Sándor, Freud egyik legkedvesebb tanítványa volt, aki 1919-ben katedrát is kapott Budapesten. Bálint Mibály a később róla elnevezett csoportmódszert dolgozta ki, és az orvos-beteg kapcsolat analitikus megközelítését eredeti gondolatokkal fejlesztette to-

vább (3). Korjellemző, hogy több analitikus szakember külföldön (Amerikai Egyesült Államok, Anglia, Svájc) folytatta pályáját.

Az Amerikai Egyesült Államokban élő *Böszörményi-Nagy Iván* komplex családterápiás elmélete is említést érdemel. Biológiai területről is adtunk világhírű kutatókat: *Selye János* stresszelmélete a pszichofiziológia alaptételei közé emelkedett, *Meduna László* kardiazollal folytatott görcskezeltése a szkizofrénia gyógyításában hozott elévülhetetlen érdemeket.

Hazánkban a pszichológiai tudományok a II. világháború után háttérbe szorultak, és csak az 1970-es évektől következett be a szigor lényeges enyhülése. Néhány kutatóhelyen az 1970-80-as évektől a biológiai kutatások is nemzetközi színvonalúakká váltak, így a pszichiátria két pólusa, a biológiai és a szociálpszichiátriai irányzat megerősödött. A korábbi német-francia pszichiátriai kultúrához való kapcsolódás helyébe az angolszász orientálódás lépett.

## A fejlődés állomásai

*Ozsváth* a pszichiátriában bekövetkezett paradigmaváltást elemezve rámutatott, hogy korábban a neurológiai és pszichiátriai zavarok elkülönítése volt a fő határvonal (4). Amikor a szemléletben a pszichiátria és a neurológia még szorosan összetartozott, akkor a klinikai gondolkodás az organikus és funkcionális kórképek elkülönítését helyezte a fókuszba. Ez a dichotómia tovább folytatódott a biológiai és a szociálpszichiátriai irányzat kettősségében, sokszor ellentétben: ennek feszültsége egy-két évtizede még nagy volt. Ezt követően a neurológia és a pszichiátria magasabb szintű integrációja kezdődött el. A *biológiai pszichiátria* látványos fejlődésének háttérében az idegtudományok előretörése (például a képpalkotó eljárások felhasználása a gyógyításban és a kutatásban), a biokémiai eredmények (neurotranszmitterek, neuromodulátorok, receptorok kutatása), a pszichofarmakológia hatalmas fejlődése és a genetika robbanása állt. Az elmúlt évszázad utolsó évtizedét éppen ezért hívták az agy évtizedének.

A *szociálpszichiátria* alakulását a pszichoterápiás iskolák fejlődése, az intézeti, intramuralis ellátás elmozdulása az extramuralis felé, a terápiás teamek, a közösségi pszichiátria létrejötte fémjellezte; csökkent a stigmatizáció. A terápiás eljárások értékének megítélésében – a bizonyítékokon alapuló orvoslás jegyében – fontos lett a tudományos minőség. A biológiai pszichiátria és a szociálpszichiátria közötti összhang növelésében fontos szerepet játszott a magatartás-tudományok hazai fejlődése és egyetemi intézetek létesítése is (5, 6).

A gyógyításban a beteg és családjának részvétele nagyobb szerepet kapott, a beteget együttműködő félnek tekintik, nem csupán az orvosi utasításokat végrehajtó személynek (7). A pszichoedukáció fontossá vált, a tá-

jekezett beleegyezés általános kritérium lett a medicinában. A betegszerep megváltozását jól illusztrálja az is, hogy az önsegítő mozgalmak megerősödtek. A betegek önvezéreltsége, aktív részvétele nőtt a terápiában.

A *pszichoterápia* terén az 1970-es évektől indult az a jelentős fejlődés, amelynek nyomán a legjelentősebb pszichoterápiás iskolák – például viselkedés- és kognitív terápia, családterápia, hipnózis stb. – bekerültek a gyakorlatba. A kezdeti lendület az igen népszerű *Pszichoterápiás hétvégék* sorozatának köszönhető. Kutatási-oktatási együttműködések indultak külföldi partnerekkel, fejlődött a könyvkiadás, monográfiák jelentek meg, néhány pszichoterápiás osztály nyílt.

A pszichoterápiás képzettség szabályozott lett, a fejlődést szemléltető következő fokozatokkal: 1983 – pszichoterapeuta cím; 1993 – pszichoterápia-szakvizsga orvosok számára; 1999 – szakvizsga klinikai pszichológusok számára is.

Jelenleg mintegy 500 szakvizsgázott pszichoterapeuta van hazánkban, de nagyjából kétezren végeznek aktív pszichoterápiás tevékenységet (szociális munkások, családgyógyászok, foglalkoztató terapeuták stb.). Tizennyolc pszichoterápiás egyesület létezik, intenzív képzési tevékenységgel. A jelenlegi pszichoterápiás oktatás és gyakorlat jól megfelel az Európai Unió követelményeinek. A pszichoterápia összefogásához hozzájárult a Pszichoterápiás Tanács létrejötte 1991-ben, amelynek tagjai a pszichoterápiás egyesületek elnökei. 1997-ben az egészségügyi törvény definiálta a pszichoterápiát, és szabályozta e tevékenységet. Problémát jelent viszont, hogy a magángyógyászatban végzett pszichoterápiát nem finanszírozza az egészségbiztosító, és a tevékenység az egészségügyi statisztikákban sem jelenik meg.

Az irányzatok fellendülésén túl a fejlődést kézzelfoghatóan illusztrálja a hazai öngyilkossági ráta csökkenése. Míg másfél évtizede 4500 körüli önkéző halált regisztráltak évente, ez az arány mára igen lényegesen, 3000 alá csökkent. Hazánk sokáig a világstatisztika élén állt e tekintetben, ma viszont már jobbak az adataink, mint a balti államokban és Oroszországban. A csökkenés mértékét tekintve egyedül Dánia előz meg minket. Ebben az eredményben a depresszió jobb felismerése és szakszerűbb, továbbá elérhetőbb kezelése is fontos tényező, nem feledve a társadalmi körülmények megváltozásának hatását sem.

## Az orvoslás szemléletváltozása

A dualista, azaz a testet és a lelket szétválasztó felfogás, amelyet a betegségek redukcionista, biomedicinális modellje képvisel, az orvostudomány meghatározó eleme volt. Ma már túlhaladt a test és lélek hasítása, ehelyett az integrációra törekvés került előtérbe. A biopszichoszociális szemlélet szerint a betegségek kialakulásában nem csupán a biológiai, hanem a pszichológiai és a társadalmi tényezők is igen fontosak (8, 9). A patomechanizmusban a cirkuláris okság rendszer-szemléletű elve alapján a hajlamosító, a kiváltó és a

A fejlődést kézzelfoghatóan illusztrálja a hazai öngyilkossági ráta csökkenése.

fenntartó tényezők komplex kölcsönhatását kell értékelnünk. Előtérbe került a pozitív gondolkodás szerepe, például a klinikai pszichológiában megjelent az egészségpszichológia, amely arra törekszik, hogy a pozitívumok kapjanak nagyobb szerepet a betegségek megelőzésében és kezelésében (10, 11).

A pszichiátria jó példája lett a biológiai és pszichológiai területek közötti „interface” szerepnek (gondoljunk például a pszichoszomatikus zavarokra). A biopszichoszociális modell lényeges gyakorlati aspektusa a pszichoterápiák és a farmakoterápiák integrációja. Bár a szakemberek egy része az egyik vagy másik iránt köteleződött el, több kórképben végzett kontrollált vizsgálatok igazolják a pszicho- és farmakoterápiák kombinációjának egymást erősítő hatását (12). A két kezelési irány közötti hasonlóságot jelent *Bálint Mihály* „orvos-gyógyszer” metaforája is, de például a placebohatással kapcsolatos kiterjedt vizsgálatok is a közös pontokra utalnak.

A gyógyítási stílus is megváltozott. A hagyományos terápiás szemlélet után a megoldásorientált stílus jellemzője az, hogy inkább kompetenciákat, képességet keres a hibacentrikus gondolkodás helyett, a terápia inkább kollaboratív, változásra törekvő (13). Az egészséggel kapcsolatos életminőség lényeges gyakorlati szemponttá vált. *Tringer* összefoglalója szerint egészségpszichológiai értelemben az egészség nem a betegség hiányát jelenti, hanem pozitív meghatározással a testi, lelki és szociális jóllét állapotát (14). Az életminőség előtérbe kerülésének fő okai között felvethető a betegek elégedetlensége az egészségügyi szolgáltatásokkal, az önsegítő mozgalmak terjedése és a hagyományos intézmények leépítésének szándéka. A WHO hat területet jelöl meg, mint az életminőség fő faktorait: fizikai állapot, pszichológiai állapot, a függetlenség szintje, társas kapcsolatok, környezet, spiritualitás. Ezek többsége erős kapcsolatban van a pszichiátriával.

## Gyakorlati nehézségek

A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának Pszichiátriai Bizottsága azt állapította meg a hazai pszichiátria időszerű kérdéseiről 1992-ben megjelent összefoglalójában (15), hogy a haladás ellenére a pszichiátriai ellátás a következő okok miatt korszerűtlen:

- Az ellátási igények tisztázatlanok, hiányoznak az epidemiológiai felmérések.
- A szakmai kompetencia kidolgozatlan.
- A képzés és továbbképzés nem felel meg a tudományos követelményeknek és a lakossági igényeknek.
- A pszichiátriai kutatás egyenetlen, összehangolatlan.
- A pszichiátria és a mentálhigiéne, a professzionális és nem professzionális humán szolgálatok egymáshoz való viszonya tisztázatlan és esetleges.

A fentiek egy része ma is érvényes, bár néhány területen elindult a változás.

Manapság kiemelik az egészségügy általános válságának jeleit (16). Ez természetesen tükröződik a pszichiátriában is. Tekintsük át először a legfontosabb hazai ellátási adatokat! A 10 milliónyi népességre mintegy 800 pszichiáter jut; sokkal rosszabb és sokkal jobb arányok is vannak más országokban. A pszichiátriai ágyak száma 10 000 lakosra számítva 9,7. Ez önmagában közepesnek mondható, azonban a hazai viszonyok között és az arány kialakulásának folyamatát tekintve igen rossz. Az egészségügy struktúráváltozásában kulcsfontosságú 1997-es év előtt az ágyszám 12/10 000 lakos volt. Amíg viszont a teljes hazai ágyszámot 10%-kal csökkentették, a pszichiátriai ágyakét 20%-kal. Arányaiban tehát jobban sújtotta a pszichiátriát a változtatás, mint a társszakmákat. Mindez azért komoly probléma, mert nem alakult ki a hospitalizációt felváltani képes extramuralis rendszer. A rehabilitációs kapacitás elégtelen. A pszichiátriai gondozók száma 138, általános a túlterheltség, megfelelő pszichoterápiás szolgáltatásra nincs idő. Az intézmények infrastruktúrája néhány új vagy felújított osztályon kívül országosan rossz.

Hazánkban általánosan ismert az addiktív kórképek fontossága, kiemelve az alkohol okozta károsodásokat, nem csupán a pszichiátriában, hanem számos orvosi területen. Az alkoholológiai ellátás sok kívánnivalót hagy maga után; például az alkoholmérgezett betegek ellátásának terhe gyakorlatilag kizárólag a pszichiátriára nehezedik, pedig esetükben a belgyógyászati, a toxikológiai és a traumatológiai teendők is igen lényegesek.

Alapvető nehézség a pszichiátriai tevékenység elégtelen finanszírozása. Az eszközös vizsgálatok és terápiák jövedelmezőek az intézmények számára – ezek alkalmazása éppen ezért sokszor indokolatlan. Ezzel szemben a „pusztán” humán munkaerőt kevésbé díjazták. A pszichoterápia finanszírozása megalázóan alacsony.

Szaporodnak a pszichiátriai osztályokkal és az orvosokkal szembeni perek. Ezek mögött gyakran a mai társadalmi miliőre jellemző felelősségáthárítást érhetjük tetten. A beteg saját felelősségét igen ritkán állapítják meg. Sajátos hasítás tanúi vagyunk: egyrészt az orvostól a felelősségre hivatkozás jegyében maximális kontrollt vár el a joggyakorlat, másrészt a beteg személyiségi jogaira hivatkozik. *Tringer* a pszichiátria globális kihívásainak elemzésekor arra is utal, hogy a pszichiátria gyakran céltáblájává válik a felelősségáthárításnak (17). A „személy” és a „személyiség” fogalmának egybemosása azzal jár, hogy a személyi és a közösségi jogok egyensúlya megbomlik, és a peres ügyekben a jog ezt a pszichiátria elmarasztalásával oldja meg. Az egyén felelősségét a jog is egyre inkább áthárítja a külvilágra. (Ismert az extrém példa: az Amerikai Egyesült Államokban valaki pert nyert azzal, hogy az elhízásáért az általa látogatott gyorsétterem a felelős.)

Mindezekből érthető, hogy a pszichiátria presztízse csökken. Ennek egyik következménye az elvándorlás,

---

A pszichoterápia finanszírozása megalázóan alacsony.

---

például a gyógyszeriparba orvoslátogatónak, de számos szakember Nyugat-Európában folytatja pályáját. Több kórházi osztály gyakorlatilag kiürült, az osztályok működésének minimális feltételeit taglaló rendelet hiábavalónak látszik. A távozók helyébe Kelet-Európából érkeznek orvosok, akiknek a képzettsége sokszor hézagos. Egyfajta kelet-nyugati szakemberáramlás tanúi vagyunk. A kórházi osztályokon kontraszelekció van: ma nem lehet osztályvezetőt találni, akár éveken át megbízott vezetők irányítják az osztályt kinevezettek helyett. Fiatalok alig érkeznek a pszichiátria területére. Ez az orvoslás általános presztízsvesztéséből fakad; csökken az orvosi egyetemre felvételizők száma, a friss diplomások 40%-a nem az orvoslást választja hivatásául, továbbá kétharmaduk külföldi munkavállaláson gondolkodik. E folyamat korrekciójára évek hosszú során át nem történt érdemleges hivatalos lépés.

Sok szakember a növekvő számú magánpraxisba teszi át működésének súlypontját. A pszichoterápiának – természetéből adódóan – sokkal hozzáillőbb keretet jelentene a nagyobb intimitást nyújtó magánorvosi ellátási forma. Elterjedését az segíthetné, ha a társadalombiztosítás szerződést kötne a magánorvosokkal. Adekvát pszichoterápiás ellátás az állami egészségügyben alig létezik.

Komoly feszültség következik mindezekből. A lakosság egészségtudata nő, a stigmatizáció csökken, ezért többen fordulnak orvoshoz. Epidemiológiai felmérések bizonyítják továbbá egyes pszichiátriai zavarok növekvő morbiditását. Nő tehát az ellátás iránti igény, adekvát lehetőséget viszont nehezen találnak a betegek. A rés egyre szélesedik, és a következmények más szinteken csapódnak le, leginkább a társadalmi élet különböző szféráiban. Minden ilyen különbség feloldására törekszünk a kognitív disszonancia csökkentésének régi pszichológiai elve alapján. Sajátos kognitív feszültség adódik abból, ha a szakember – szakmai fejlődése, képzettségének növekedése alapján – tudatában van annak, hogy mit is kellene tennie betegével, ugyanakkor képtelen időt szakítani rá. Ez a disszonancia leginkább az időigényes pszichoterápiás tevékenységre vonatkozik.

Van még egy igen fontos és szakmaspecifikus problémakör a nehézségek áttekintésekor: a pszichiátriai tevékenység veszélyezteti a gyógyító személyiségének harmóniáját (18). Igen gyakori a kiegészítő szindróma, az öngyilkosság, az addikciók, a válás. Minthogy a pszichiáter legfőbb munkaeszköze a személyisége, ennek karbantartásával is törődnie kellene. A Bálint-féle orvos-gyógyszer „szavatosságával” kevéssé foglalkoznak. A kérdés másik oldala a pozitív megközelítés: az orvosi készségek fejleszthetősége. A jó orvos nem csupán „születik”, a hatékony kommunikáció tanulható (például pszichoterápiás eljárások útján). Az orvosi ellátás minősége azon is múlik, hogyan kommunikál az orvos.

## Jogi, etikai szempontok

A modern pszichiátria egyik eredménye, hogy a személyiségi jogok mind jobban érvényesülnek. Eltűnik a „politikai pszichiátria”, vagyis az ellenzéki gondolkodók pszichiátriai betegként való izolálása. Ma már törvények szabályozzák a pszichiátriai gyakorlat sok elemét (19). A fejlődés lassúsága és területenkénti egyenetlensége miatt azonban sok aggály merült fel hazánkban is a jogok egyenlő biztosítása és az ellátásbeli elmaradások ügyében, amint azt egy független emberi jogi szervezet értékelésében olvashattuk az 1990-es évek közepén is (20).

A kommunikációs forradalom nyomán a mindennapi életben előtérbe került tömegtájékoztatásnak a pszichiátriát illetően előnyei és árnyoldalai is vannak. Az edukációban, a széles rétegek egészségtudatának növelésében, a rejtett zavarok felismertetésében, a helyes kezelés megtalálásában nagy a haszna. Ugyanakkor a médiumok a vulgárpszichologizálásra is teret nyújtanak, és a terápiás-tanácsadó kapcsolat intimitását figyelmen kívül hagyó műsorok is megjelentek.

Etikai, illetve betegjogi szempontból az elmúlt évtizedek eredménye, hogy a hálós ágyak gyakorlatilag megszűntek Magyarországon. Fontos problémának tartható viszont a mai hazai pszichiátriai gyakorlatnak az a jellemzője, hogy a leírt szabályok a gyakorlatban elsikkadnak. Ha a minimumfeltételeket nézzük, sok kórházi osztályt be kellene zárni, főleg a személyi feltételek hiányai miatt. Így a pszichiátria szervezetenként pseudovilágban él; a kirakat rendben van. Ez etikai „alaphiba”.

## Kutatások

Az 1980-as években egyre nagyobb számban alakultak ki nemzetközi kapcsolatok, tanulmányutakra került sor, főleg Észak-Amerikába. A kutatási eszköztár a nemzetközi egységesedést követte, a világszerte ismert nozológiai rendszerek és mérőeszközök, skálák egyre terjedtek. A biológiai pszichiátriai kutatások jól illeszkedtek a nemzetközi irányzatokba. Ugyanakkor a szociálpszichiátria terén is komoly kutatások kezdődtek (például az öngyilkosság témájában).

A publikációs lehetőségek jelentősen megszaporodtak. A szakma első önálló szakfolyóirata, a *Psychiatria Hungarica* 1986-ban jelent meg, ezt később több más szaklap követte. Az 1990-es történelmi fordulópont után a szakmai könyvkiadás fellendült, számos kitérő szakkönyv, monográfia, fordítás jelent meg. A kongresszusok látogatottsága jelentősen megnőtt, a világ megnyílt a hazai szakemberek számára, és ebben az ipar támogatásának jelentős szerepe van – meg kell jegyezni viszont, hogy az utaztatások egy része marketingcélokat szolgál.

A kutatások jelen helyzetére az jellemző, hogy több, igen színvonalas műhely alakult ki. Az 1990 előtti kutatási együttműködések közül néhány megszakadt, de több új szerveződött. Megindult bizonyos „agyelszí-

Ha a minimumfeltételeket nézzük, sok kórházi osztályt be kellene zárni.

vás” is, a nyugati államokba került több szakember. Problémaként kell említenünk, hogy az egészségügy szervezésének döntéshozatalában az epidemiológiai vagy költség-haszon kutatások alig jelennek meg. A kutatásra való felkészítés terén az egyetemekhez kötődő doktori iskolák komoly fellendülést hoztak, de hiányzik a képzés a képzőképzés eljárások vagy a molekuláris biológia terén. A kutatási támogatások változatosak, leginkább a korlátozások jellemzik őket. Ennek ellenére növekszik a kutatási aktivitás.

Meg kell említeni a gyógyszeripar által támogatott, professzionálisan végzett pszichofarmakológiai hatásvizsgálatokat, amelyek egy része valódi értéket jelentő, eredeti kutatás, más része pedig igazi „saját értéket” nem hordozó tudományos bémunka.

## A képzés és oktatás eredményei

Az egyetemi képzést nem taglaljuk, csupán utalunk a fent említett tendenciára: csökken a felvételizők száma, nő a pályaelhagyóké. A szakorvosképzésben a pszichiátria jelentős eredményeket könyvelhet el: az 1990-es évek elején a társszakmák között elsőként honosította meg a korszerű, szervezett képzést a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Pszichiátriai Tanszéke. A képzés azóta az egyetemi centrumok koordinálásában színvonalasan folyik.

A rezidensek képzése ötévéssé vált. A pszichiátriai szakvizsgára további szakvizsgák építhetők: pszichoterápia, addiktológia, farmakológia, igazságügyi pszichiátria, pszichiátriai rehabilitáció. Önálló szakvizsgává vált a gyermekpszichiátria.

A képzésben a biológiai és szociálpszichiátriai irányzat egyensúlya, integrációja valósul meg. Kitűnő, főleg hazai szerzők tollából származó tankönyvek állnak rendelkezésre. A folyamatos szakorvosi továbbképzés szervezeten zajlik, számos igen értékes rendezvényel.

Az oktatás céljának megfogalmazásakor a betegcentrikus attitűd lényeges – hadd illusztráljuk ezt *Van Praag* szavaival: „A pszichiáternek a stratégiák széles körében járatosnak kell lennie, hogy a beteg számára legalkalmasabbat nyújthassa – nem várhatja, hogy a beteg alkalmazkodjon a módszerhez, amelyet a terapeuta történetesen alkalmazni tud.” (21)

## Szervezeti élet

A fent vázolt hazai fejlődés következtében, és a történelmi körülmények viszonylagos szelídülése mellett, 1980-ban megalakulhatott a Magyar Pszichiátriai Társaság; ezt megelőzően az ideg- és elmegyógyászoknak közös társaságuk volt. Ez a lépés nagy történelmi állomás, egyben a szakma dinamikus fejlődésének záloga is. A társaságnak ma már mintegy 1300 tagja van. Éves vándorgyűlései, kongresszusai hatalmas szakmai tömegeket mozgatnak meg, legutóbb két és félezer résztvevővel. A társaság számos tagegyesületet fog össze,

amelyek a pszichiátria teljes spektrumát képviselik. Lényeges a társaság interdiszciplináris kapcsolatokat számon tartó attitűdje is: rendezvényeinken a társszakmákat igen sokan képviselik.

## Tendenciák és kilátások

Mit ért el a hazai pszichiátria eddig? *Füredi* vizsgálata a XX. század pszichiátriájának értékeit elemezte (16). A hazai szakemberek körében végzett felmérések eredményei szerint a század legjelentősebb pszichiátriai eredményei a következők voltak: az antidepresszívumok és az antipszichotikumok felfedezése, a biológiai pszichiátria sikerei, a pszichoterápiák elterjedése, az emberi jogok és méltóság érvényesülése. Negatívumként az antipszichiátria előretörése, a biológiai és pszichoterápiás megközelítés harca, a náciik elmebeteglikvidálási programja, a politikai pszichiátria és a pszichiátriai osztályok zártsága áll az élen.

A népegészségügyi adatok kedvezőtlenek, a depresszió terhe világszerte nő, és itthon is növekvő probléma (4, 6, 22). A WHO előrejelzése szerint 2020-ban a depresszió lesz a rokkantsági állapotok fő oka, így a legnagyobb egészségügyi terhet ez okozza majd. Az átlagnépesség legalább egynegyede mentális zavaroktól veszélyeztetett. A családorvosi praxisokban a betegek csaknem fele szorongásos zavartól vagy hangulatzavartól szenved. A pszichiátriai zavarok természetéből adódóan a rejtettség fontos tényező, ezt erősítik meg az epidemiológiai vizsgálatok is.

Az ellátásban a fekvőbeteg-ellátás még túlzott hangsúlyú, az átmeneti, rehabilitációs intézmények rendszere nem épült ki megfelelően. Ez nem azt jelenti, hogy az ágyak számát tovább kell csökkenteni, hanem a rehabilitáció fejlesztésére hívja fel a figyelmet. A pszichiátriai beteg állapotának kimenetele az ellátási rendszer elégtelensége miatt sokkal kedvezőtlenebb, mint azt a tünetegyüttes indokolná. A hagyományos zárt osztályok tartósítják a kóros állapotot. Ezek helyett a hagyományos orvosi modellt felváltó terápiás közösségekre volna szükség (15, 23). A pszichoterápia szerepének elismerése alapvető, mert a járóbeteg-ellátás fejlődése sok szempontból ezen múlik. A társszakmák felé jó kapcsolódási pont lenne a konzultációs és kapcsolati pszichiátria erősítése.

Többben amellet érvelnek, hogy a sok szubdiszciplínára oszlott pszichiátriában szükség van az integrációra, a részterületek összefogására, és a szakemberképzésben is az integratív megközelítésre alkalmas szakembereket kell képezni (24, 25). Felhívják a figyelmet arra is, hogy a ma kötelező szakmai irányelvek szerepe az volna, hogy az ellátási minimumot határozzák meg, ugyanakkor az egységesítésre törekvés veszélyes lehet.

A pszichiáterek tevékenységével kapcsolatban lényeges számba venni azt a tendenciát is, amelyre *Pichot* hívja fel a figyelmet (26). A társadalom gazda-

---

A WHO  
előrejelzése  
szerint 2020-  
ban a  
depresszió lesz  
a rokkantsági  
állapotok fő  
oka.

---

sági követelményei és más szakmai csoportok (házi orvosok, idegtudományok képviselői, társszakmák, segítő szakmák) növekvő kompetíciója színesebbé teszi a palettát, az új szinten bekövetkező integráció azonban az érdekvizonyok feszültségeinek megoldásán is múlik.

A hagyományos orvosi modellt felváltó terápiás közösségekre volna szükség.

A hagyományos orvostudománnyal szembeni kritikákat összegezve *Buda* (24, 27) felhívja a figyelmet az orvostudományi (diagnosztikai és terápiás) eljárások mellékhatásaira, az orvos-beteg kapcsolat elszemélytelenedésére, a kommunikáció válságára, az egészségügyi rendszerek anomáliáira, a szomatikus orvoslás túlhangsúlyozására. A bizalom megcsappanásának jele az is, hogy jelentősen megszorodtak – az

Amerikai Egyesült Államokban két évtized alatt négyszeresére – az orvosok elleni, jórészt biztosítási perek. Ez a folyamat hazánkat is elérte. Mindez nem kedvez a pszichiáterek pályán maradásának vagy a fiatal orvosok pszichiátria felé orientálódásának.

Itt kell megemlíteni azokat a szervezett mozgalmakat, amelyek célja kifejezetten a pszichiátriaellenesség; ezek erőteljesen lábra kaptak az utóbbi évtizedben. Aból fakadóan, hogy a pszichiátria szükségszerűen kontrollálni kényszerül bizonyos (patológias) emberi viselkedéseket, az is érthető, hogy a pszichiátria sokszor az elnyomás metaforájaként jelent meg (ahogyan azt péld-

ául a „Száll a kakukk fészkére” című regény és film megjelenítette).

A pszichiátriaellenesség mindemellett „puhább” formákat is ölthet. Egyes terápiás eszközöket ilyen-olyan szempontból elfogadhatatlannak ítélnék. A családterápia ellen mozgalmak indultak, mert a család hibáztatását vélték a módszer fontos üzenetének. Pedig éppen fordítva van (legalábbis a jól végzett családterápiák esetén): a családot segítőnek használjuk, erőforrásaira építünk. Hasonló a helyzet a hipnózissal is: sok új pszichoterápiás monográfia egyszerűen nem vesz tudomást a módszer létezéséről. Mintha minden „beláthatatlan” befolyásolás alól mentesíteni igyekeznének a klienseket. Ez is az egyik oka annak, hogy a jól mérhető, átlátható, feladatszerű módszerek, tréningeket ajánló kognitív viselkedésterápiák számítanak a pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok slágereinek.

A további fejlődés érdekében természetesen jóval többet lehet tenni, mint amit a jelen összefoglaló felvet, néhány közhelyszerű szempont azonban kiemelkedőnek tűnik. Az etikus gyakorlatra és a minőségre törekvés a mai, értékvesztésről tanúskodó életben alapvető, ezt szakmai önbecsülésünk is megkívánja. Az egészségügy szervezésében, irányításában, reformjában sokkal határozottabb lépésekre volna szükség, mint amilyeneket tapasztalunk. A társadalom más szféráinak fejlődését tekintve nő a relatív elmaradás. Ha nem lesz lényegi változás, a jelenlegi vitathatatlan krízis elhúzódásával és részben jól látható, részben beláthatatlan súlyú következményeivel kell számolni.

## IRODALOM

1. Pisztor F. Bepillantás a magyar pszichiátria történetébe a különféle irányzatú elmegyógyászati iskolák és jelentősebb képviselőik vázlatos ismertetésén keresztül. I. rész. *Psychiatria Hungarica* 1995;10:519-29.
2. Pisztor F. Bepillantás a magyar pszichiátria történetébe a különféle irányzatú elmegyógyászati iskolák és jelentősebb képviselőik vázlatos ismertetésén keresztül. II. rész. *Psychiatria Hungarica* 1996;11:65-75.
3. Bálint M. Az orvos, a beteg és a betegség. *Budapest: MPT; 1956/1990.*
4. Ozsváth K. Paradigmaváltások az elmegyógyászatban. *Orvosi Hetilap* 1998;139:803-8.
5. Buda B, Kopp M (eds.). Magatartástudományok. *Budapest: Medicina; 2001.*
6. Kopp M, Berghammer R (eds.). Orvosi pszichológia. *Budapest: Medicina; 2005.*
7. Lázár I, Türy F. Az orvos-beteg kapcsolat. In: Kopp M, Berghammer R (eds.). Orvosi pszichológia. *Budapest: Medicina; 2005. p. 251-75.*
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
9. Bracken P, Thomas P. Time to move beyond the mind-body split. *BMJ* 2002;325:1433-4.
10. Sarafino EP. Health psychology. Biopsychosocial interactions. *New York: Wiley; 1997.*
11. Türy F. Az orvoslás szemléleti modelljei – a biopszichoszociális modell. In: Kopp M, Berghammer R (eds.). Orvosi pszichológia. *Budapest: Medicina; 2005. p. 29-40.*
12. Szónyi G. A kezelési kombináció kérdései. In: Szónyi G, Füredi J (eds.). A pszichoterápia tankönyve. *Budapest: Medicina; 2000. p. 180-93.*
13. Bertolino B, Schultheis G. The therapist's notebook for families. *New York: The Haworth Press; 2002.*
14. Tringer L. Egészség és életminőség. *Psychiatria Hungarica* 2003; 18:10-6.
15. MTA Orvosi Tudományok Osztálya Pszichiátriai Bizottság. A hazai elmegyógyászat időszerű kérdései. *Psychiatria Hungarica* 1992;7:467-79.
16. Füredi J. A XX. század pszichiátriája. *Psychiatria Hungarica* 2001; 16:40-56.
17. Tringer L. A pszichiátria globális kihívásai. *Psychiatria Hungarica* 2004;19:180-6.
18. Türy F, Lajtai L. Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In: Kopp M, Berghammer R (eds.). Orvosi pszichológia. *Budapest: Medicina; 2005. p. 237-49.*
19. Kuncz E. Emberi jogok és pszichiátria. *Psychiatria Hungarica* 2004;19:187-99.
20. Mental Disability Rights International. Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. („Rosenthal-jelentés”) *Washington, D.C.: Washington College of Law, American University, 1996.*
21. Van Praag H. A pszichiátria tíz éve az Einstein/Montefiore Orvosi Központban. *Psychiatria Hungarica* 1992;7:390-401.
22. Szádóczky E, Rózsa S, Zámbari J, Füredi J. Szorongás- és hangulat-zavarok a háziorvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 2001; 16:609-20.
23. Tringer L, Ratkóczy É. A közösségi pszichiátriai mozgalom gyökerei. *Pszichoterápia* 1998;7(Suppl.1):16-9.
24. Buda L. Kultúra, tudomány és individuum: az alternatív medicina szerepe a gyógyításban. *Lege Artis Medicinae* 1996;6:670-5.
25. Füredi J, Németh A, Vandlik E. Merre halad a pszichiátria? *Psychiatria Hungarica* 1998;13:423-44.
26. Pichot P. A pszichiátria jövője: alapvető kérdések. *Psychiatria Hungarica* 2003;18:4-9.
27. Buda L. Az alternatív medicina társadalmi és lélektani háttéréről. *Komplementer Medicina* 1997;1:5-11.