

A szakorvos és házi orvos közötti együttműködés

A szkizofrén betegek ellátása

A SZKIZOFRÉNYA KLINIKUMA

A betegség a népesség kb. 1 százalékában fordul elő, s az előfordulási gyakoriságon túl népegészségügyi szempontból fontos kiemelni, hogy mivel a tünetek 20–35 éves korban manifesztálódnak, a lakosság aktív, kreatív

részét érintik, akik sajnos rövidebb-hosszabb ideig vagy akár véglegesen is elveszíthetik munkájukat, képtelenek folytatni tanulmányaikat, sok esetben nem képesek partnerkapcsolatra, családalapításra. A betegség elnevezése Eugen Bleuler svájci pszichiáter nevéhez kötődik, aki a kórkép lényegét a hasadásban látta, ami azt jelenti, hogy a beteg egy pszichotikus és egy normális, a mindennapi realitás kereteit tartó én-részt úgymond kettősen könyvel, a kétféle típusú valóságérzékelés párhuzamosan létezik egymás mellett. Így a beteg egyszerre tarthatja magát például egy Marsról idehelyezett titkos ügynöknek és egy rokkantnyugdíjas pszichiátriai betegnek, akinek rendszeresen meg kell jelennie szakorvosánál és házi orvosánál.

A szkizofrénia kórlefolyása során visszaesések (relapszusok) jelentkezhetnek, amelyek során ún. pozitív tünetek borítják el a beteget (hallucinációk, téveszmék), és jellemző az is, hogy a relapszusok között és azok során is kisebb vagy nagyobb mértékben ún. negatív tünetek is észlelhetők, mint az affektív sivárság, az autisztikus visszahúzódás, az örömtelenség vagy az absztrakt gondolkodás zavara. A betegség háttérben az idegfejlődés zavara áll, ami a kémiai szinapszisok ingerületátviteléért felelős neurotranszmitterek (dopamin, glutamát, szerotonin) kóros működéséhez vezet, s ennek következtében jelennek meg a szkizofrénia klinikai tünetei. Míg a hallucinációkért, téveszmékért – nagyon leegyszerűsítve – a mezolimbikus struktúrák szinapszisainak magasabb dopaminkoncentrációja felelős, addig a negatív és a kognitív tünetek háttérben a prefrontális lebeny szinapszisainak alacsonyabb dopaminkoncentrációja áll. A pszichofarmakológiai kezelés ezen a szinten avatkozik be, a kezelés során használt antipszichotikumok ezeket a kóros neurotranszmissziókat befolyásolják. Míg korábban a relapszusok ismételt megjelenését a betegség



szükségszerű velejárájaként tartotta számon a klasszikus elmeorvosászat, a mai, korszerű terápiás törekvések lényege az, hogy a betegség első epizódja után törekedni kell a visszaesések megelőzésére. Ennek eszközei a folyamatos antipszichotikus kezelés, a terápiás együttműködés kiépítése és fenntartása, a páciens pszichoterápiás vezetése és támogatása, valamint a beteg családtagjaival való megfelelő kapcsolattartás és kommunikáció. Fontos hangsúlyozni, hogy ebben a szakorvos tevékenysége mellett a háziorvosra is jelentős szerep hárul, azaz a szakorvos és a háziorvos közötti megfelelő együttműködés jelentős mértékben javíthatja a páciensek ellátását.

A TERÁPIA HATÉKONYSÁGÁNAK KÖVETÉSE

Fontos szerepe lehet a háziorvosnak a gyógyszeres és pszichoszociális kezelések hatékonyságának követésében és így a fenyegető relapszusok megelőzésében. Sok esetben a szkizofréniában szenvedő betegek egyéb betegségekben is szenvednek, amelyeket a háziorvos kezel, így gyakran fordul elő, hogy a beteg pszichés állapotának enyhe kezdeti romlását elsőként a háziorvos észleli. A modern szakirodalom a relapszusok előtti állapotváltozásokat korai figyelmeztető jeleknek („early warning signs”) nevezi, amelyek felismerésében a beteg mellett a háziorvosnak és a beteg hozzátartozóinak is jelentős szerepük van. Abban az esetben, ha a háziorvos a beteg magatartásának megváltozását tapasztalja, ha a páciens gyanakvóbbá, visszahúzódottabbá vagy nyugtalanabbá válik, ha alvászavarról, szorongásról vagy koncentrációs zavarról számol be háziorvosának, fontos lehet a páciens együttműködésének feltérképezése. Így lényeges a gyógyszeres kezeléssel való együttműködés feltárása: szedi-e a beteg a szakorvos által számára elrendelt antipszichotikumot, megjelent-e az esedékes hosszú hatású injekció beadására a szakellátásban? Ha a háziorvos azt tapasztalja, hogy a szkizofrén páciens együttműködése hiányossá vált, fontos az ennek veszélyeit hangsúlyozó pszichoedukáció, valamint a soron kívüli szakorvosi kontroll megszervezése.

A HÁZIORVOS TEENDŐI RELAPSZUS ESETÉN

Ha a háziorvos a pozitív tünetek újbóli megjelenését tapasztalja, a beteget gyorsan és soron kívül a szakellátásba kell irányítani. Fontos az esetleg veszélyeztető aspektust is hordozó pszichiátriai tünetek adekvát felismerése és ennek alapján annak eldöntése, hogy a beteget az ambuláns kezelést folytató szakorvoshoz irányítja-e vagy mentőszállítással a területileg illetékes pszichiátriai osztályra utalja-e be.

Veszélyeztető tünet lehet például az imperatív hallucináció, amikor a páciens hanghallásai valamilyen cselekvés végrehajtására biztatják, mivel ennek hatására szuicídiumot vagy a környezetét veszélyeztető homicid cselekedetet hajthat végre a beteg. Általában az mondható, hogy az ismételt és akutan megjelenő érzékcsalódások megítélése azonnali szakorvosi vizsgálatot igényel, és a háziorvos ebben az esetben akkor jár el helyesen, ha pszichiátriai osztályra utalja be a beteget. Fontos feladata lehet a háziorvosnak a téveszmék felismerése is, amelyek esetében szintén a veszélyeztető jelleg értékelése döntheti el a teendőket. Ha a beteg téveszméi felismerhetők, de tartalmuk alapján azok nem tűnnek veszélyeztetőnek, elegendő lehet, ha a háziorvos ambuláns szakorvosi vizsgálatra utalja be a beteget, míg ha a téveszmék tartalma alapján veszélyeztető magatartás fenyeget, az azonnali pszichiátriai osztályra való beutalás lehet a háziorvos feladata. Ez utóbbi áll fenn például olyan üldöztetési téveszmék esetében, amikor a beteg vélt támadói ellen valamilyen formában meg akarja védeni magát, s így környezetére veszélyt jelenthet. Veszélyt hordozó tartalmú téveszme lehet még a Capgras-tünet, amikor a szkizofrén beteg úgy gondolja, hogy környezetében valakit hasonmásra cseréltek, vagy a féltékenységi és az erotomán téveszme (De Clérambault-tünet); az utóbbi esetében a beteg téveszmésen úgy gondolja, hogy valamely személy belé szerelmes, s ez a gondolat a későbbiekben agresszív magatartás kiindulópontja lehet. Fontos tudni, hogy a szuicídium szkizofréniában szenvedő betegek között lényegesen gyakoribb (kb. 6–10 százalék gyakoriságú), mint az átlag populációban, így a háziorvos szerepe ennek a veszélynek a felismerésében

és elhárításában is jelentős. Ha a beteg direkt szuicid szándékot fogalmaz meg, vagy előkészületet tesz az öngyilkosságra, azonnali kórházi beutalás szükséges. Az öngyilkos magatartás szkizofréniában megjelenhet az érzékcsalódások vagy a téveszmék következményeként, de depressziós tünetek részjelenségeként is, amelynek egy szkizofréniára jellemző formája az ún. posztpszichotikus depresszió. Ilyenkor a pszichotikus relapszus lezajlása után depressziós tünete együttes észlelhető, és gyakran éppen ez az az időszak, ami előtt nem sokkal a beteget a kórházból emittálják, és így a háziorvosra hárulhat a posztpszichotikus depresszió első észlelése és felismerése, valamint a beteg azonnali szakellátásba irányítása, ami ambuláns szakorvosi vizsgálatot vagy kórházi beutalást jelenthet.

A HÁZIORVOS SZEREPE A GYÓGYSZERES KEZELÉS MELLÉKHATÁSAINAK FELISMERÉSÉBEN ÉS KEZELÉSÉBEN

Igen jelentős terület a remisszióban levő szkizofrén beteg gondozása során a gyógyszeres kezelés mellékhatásainak felismerése és kezelése, amelyben az ambuláns kezelést, gondozást végző szakorvos mellett a háziorvosra is fontos szerep hárulhat. Az első generációs hagyományos antipszichotikumok esetében gyakran jelentkezhetnek extrapiramidális mellékhatások, amelyekkel a páciensek háziorvosukhoz fordulhatnak. Így abban az esetben, ha a szakorvos ambulánsan valamilyen első generációs antipszichotikumot állít be, előfordulhat, hogy a beteg egy-két nap múlva akut disztóniás tünettel keresi fel háziorvosát (torticollis, oculogyri roham), amelynek azonnali adekvát ellátása (iv. benzodiazepin vagy biperiden) a háziorvos feladata lehet. Hasonlóan fontos az ún. akatízia felismerése is, amely szintén extrapiramidális mellékhatás; ennek lényege az, hogy a beteg a gyógyszer mellékhatásaként nyugtalanává válik, nem tud ülve maradni, lábát rázza. Hiba lehet ebben az esetben arra gondolni, hogy a beteg nyugtalanlansága a pszichiátriai alapbetegség rosszabbodásának a következménye, mert ennek a feltételezésnek az lehet az eredménye, hogy a háziorvos a szakorvos által beállított dózis óvatos emelését javasolja a páciensnek, és így az akatíziás

mellékhatás súlyosbodhat. Ezzel szemben a gyógyszerelés benzodiazepinnel vagy biperidennel való kiegészítése az akatízia megszűnéséhez vezethet. Nem kevésbé fontos a Parkinson-szindróma vagy a tardív diszkinézia felismerése a háziorvos által: ezek soron kívüli szakorvosi vizsgálatra utalást igényelnek. Ha az antipszichotikumot szedő beteg esetében magas láz, izommerevség, zavartság jelentkezik, gondolnia kell a háziorvosnak – egyéb kiváltó okok mellett – a neuroleptikus malignus szindróma lehetőségére is, amely azonnali kórházi beutalást és kivizsgálást tesz szükségessé. Ha a beteg a szkizofréniá kezeléséeként clozapin medikációban részesül, ritkán mellékhatásként csökkenhet a fehérvérsejtszám (leukopénia vagy súlyosabb esetben agranulocitózis), s ezért a fehérvérsejtszámot időszakosan ellenőrizni kell, ami a szakorvos és a háziorvos közötti adekvát együttműködés keretében valósulhat meg. Clozapin szedés mellett jelentkező lázas állapot esetében a vérkép ellenőrzése a háziorvos azonnali feladata lehet. Egyes második generációs antipszichotikumok alkalmazásakor mellékhatásként elhízás és metabolikus mellékhatások (diszlipidémia, diabetes mellitus, hipertónia) jelentkezhetnek, amelyek korai felismerése és ennek kapcsán a terápia esetleges módosításának a kezdeményezése a szakorvos felé a háziorvos kompetenciája lehet. Ha a szakorvos a hatékony, de mérsékelt súlynövekedést okozó antipszichotikummal való további kezelés mellett dönt, a háziorvosnak szerepe lehet a metabolikus zavarok kezelésében és a beteg egészséges életmódra és táplálkozásra vonatkozó pszichoedukációjában. Egyes második generációs antipszichotikumok ritkán EKG-eltérést okozhatnak (QT-szakasz megnyúlás), amelyet először a háziorvos vehet észre; ilyenkor konzultálnia kell a pszichiáter szakorvossal és kardiológussal.

Összefoglalva, a szakorvos és a háziorvos együttműködése számos területen fontos a szkizofrén betegek hatékony kezelése és gondozása során, s ez a háziorvos kollégáknak a területtel kapcsolatos folyamatos továbbképzését teszi szükségessé.

Prof. Dr. Tényi Tamás
Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai
és Pszichoterápiás Klinika, Pécs