

Interjú Dr. Perczel Forintos Dórával

2015.10.28.

Az első kérdésünk, hogy Ön szerint hány pszichoterapeuta és klinikai szakpszichológus van Magyarországon?

Klinikai szakpszichológus, úgy tudom, 1000-1200 fő körül van. A pszichoterapeuták számát 1500-1600 főre becsülöm. A klinikai szakpszichológusok és pszichiáterek mellett más szakorvosok is letehetik a pszichoterapeuta szakvizsgát. Az, hogy egyre több szakorvos szerzi meg a ráépített pszichoterapeuta szakvizsgát, részben abból a szükséghelyzetből adódik, hogy sajnos alig elérhető a tb-finanszírozású pszichoterápia, s nincs elég pszichoterapeuta. A pszichoterapeuta képzéseken sok háziorvos, onkológus, belgyógyász vesz részt, akik felismerik, hogy páciensük betegségének pszichés összetevői is vannak (legfőképpen a stressz), amit a kezeléskor tekintetbe kell venni. A traumák, személyiségzavarok vagy más súlyos pszichés betegségek kezeléséhez megalapozott pszichológiai tudással rendelkező szakemberekre van szükség s ezt itthon is, világszerte is a klinikai szakpszichológus vagy pszichiáter végzettségű pszichoterapeuták képesek leginkább végezni.

A célcsoport, akik trauma vagy más miatt érintettek, mennyire vannak tisztában azzal, hogy mire jó a pszichoterápia?

A pszichoterápia nem csak traumatizáció esetén indokolt, hanem minden szorongásos, depressziós betegségben egyaránt. Nagyon eltérő az emberek tájékozottsága ebben a tekintetben. Előbb említettem a szakemberek létszámát, most kiegészítem azzal, hogy egyenlőtlen / aránytalan a területi eloszlásuk az országban. Ez viszont nagymértékben befolyásolja, hogy az ott élő emberek milyen ismeretekkel rendelkeznek a pszichoterápia mibenlétéről, indikációjáról. A szakemberekhez, ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlen, de a pszichés problémák előfordulása nem. Nehezíti a hozzáférést az is, ha egy másik városba kell utazni, mert ott van csak pszichoterapeuta.

Mit gondol, azok az emberek, akiket trauma ért vagy más miatt szükségük lenne pszichoterápiára, miért nem fordulnak szakemberhez?

A leggyakoribb ok, hogy nem ismerik fel magukon a pszichés megbetegedést és azt, hogy ez befolyással van életükre, választásaikra, döntéseikre. Gyakran nemhogy a beteg, de a család (s néha még a házi orvos) sem ismeri fel a depressziót és azt tanácsolja az illetőnek, hogy „szedje össze magát”. Mások szégyellik a pszichés nehézségeiket s emiatt nem mernek segítséget kérni és elfogadni: még mindig tartja magát az az elavult nézet, hogy akinek lelki problémája van, az „bolond”. Pedig a 21. században már azt gondolnánk, hogy mindenki számára világos a különbség az elmebetegség (pl. schizofrenia) és a lelki betegség (pl. szorongás, depresszió) között. Amíg a tanszéki Szakambulanciánk a Lipóton volt, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben, addig nagyon sok küldés elakadt az intézmény kapujában. Hiába volt elérhető a pszichoterápia a Szakambulancián, sokan nem szívesen jöttek be egy pszichiátriai intézménybe, mert megbélyegzésnek érezték. Aki viszont eljött, megtapasztalta a pszichoterápiás ellátást, s utána mindig visszajött. A Lipót bezárása óta a Klinikai Pszichológia Tanszéken a betegbeáramlás nagyfokú növekedéséből és a várólistánkból jól látható, hogy az emberek nem gondolják stigmatizálónak a klinikai pszichológiát vagy a pszichoterápiát.

Kétféle véleménnyel találkozunk. Vannak, akik azt mondják, hogy a pszichoterápia elérhető, de a betegek nem kérik. Mások szerint van igény a pszichoterápiára, de azt a választ kapják, hogy tb alapon nem elérhető, csak magánrendelésen. Az is gyakori sajnós, hogy a betegek egyáltalán nem kapnak tájékoztatást a szakorvostól, pszichiátertől, nem is tudják, hogy a pszichoterápia lenne a megfelelő gyógyító és hatékony eljárás a pszichés problémák kezelésében.

Ez egy bonyolult kérdés, hiszen magától a személytől is függ és az állapot súlyosságától is. Azt tapasztaljuk, hogy a fiatalabb generáció nagyon könnyen fordul pszichológushoz, olyan esetekben is, amikor esetleg nem is lenne indokolt, például egy szakítás után. Mivel nehezen élik meg ezt a helyzetet, sokan elkezdik „medikalizálni”, pszichés problémának tekinteni, noha nem az. Egy szakítás az emberi élet része, a személy veszteséget él át, ami fájdalommal jár, és épp annak a belátása a cél, hogy a saját erőforrásaira támaszkodva fel tudja ezt dolgozni. A másik véglet az életközépi válságot átélők generációja és a náluk idősebbek. Az ő fejükben az említett fenti stigma sokkal erősebben érvényesül, mert a szemléletük abból az időből táplálkozik, amikor még főleg a pszichoanalízis volt elérhető, ami a közvélemény szerint a pszichés problémákat a gyermekkorból eredezteti illetve a szexuális elfojtásokkal

magyarázza. Ma már természetesen sokkal árnyaltabb képünk van a pszichés problémák eredetéről. Sokkal inkább azt gondoljuk, hogy a családi környezet hatása mellett a kommunikációs készségek zavara, a megküzdés, a stresszkezelés alacsony vagy nem megfelelő szintje is állhat a pszichés betegségek hátterében. Természetesen van olyan betegség, ami a káros gyermekkori hatásokból fakad, pl. a gyermekkori bántalmazások szerepe igazolt a súlyos személyiségzavaroknál. Azonban más problémák sokkal inkább a stresszel kapcsolatosak pl. alkoholizmus, magas vérnyomás, szívritmuszavar, elhízás.

Felteszem, hogyha mondjuk 10000 Forint lenne a pszichoterápia támogatása, akkor a kórházak érdeke lenne, hogy minél több pszichoterapeuta, minél jobb körülmények között dolgozzon. Ugyanakkor nem ennyi a támogatás. Kinek a dolga, hogy a pszichoterápia hatékonyságát mutató kutatásokat, evidenciákat eljuttassa a döntéshozókhoz, és kérje a pszichoterápia finanszírozásának emelését?

Ez a szakmai kollégiumoknak lenne ez a dolga.

Az evidencia alapú pszichoterápiák becsatornázása a finanszírozásba „zajlik”, mi ennek a mechanizmusa?

A kérdést inkább úgy tenném fel, hogy a pszichoterápiák OEP finanszírozásánál fontos szempont kellene, hogy legyen: mennyire hatékony egy adott pszichoterápiás módszer? Sokféle pszichoterápiás módszer van, de az összehasonlító vizsgálatok szerint a depresszió, a szorongásos megbetegedések (pánik, kényszerbetegség, traumák, önértékelési zavarok stb), az alvászavarok, bulímia, magas vérnyomás, stb. kezelésében nagyszámú vizsgálati eredmény alapján állítható, hogy bizonyítást nyert, a kognitív terápiák és az interperszonális terápia a leginkább hatékony pszichoterápiás módszerek.

A hazai egészségügyben sajnos még nem tartunk ott, hogy a finanszírozásnál megjelenjen a hatékonyság szempontja, „egy kalap alá” veszik az összes módszert. Másrészt, sajnos még nehezen elérhető a kognitív ill. az interperszonális pszichoterápia, noha vannak már jól képzett szakemberek. De sokkal kisebb kérdésekben is nehéz újításokat bevezetni, például egy egyszerű depresszió szűrővizsgálat bevezetését elérni. Példaként, a Tanszékünkön olyan kutatást végzünk, ami az öngyilkossági veszélyeztetettség felmérésére és megelőzésére, kiszűrésére irányul. Itt az elmélet helyett a gyakorlatra koncentrálnak, arra, hogy milyen pszichológiai módszerekkel lehet megelőzni az öngyilkossági veszélyállapot kialakulását.

Ennek fontos eleme, hogy a háziorvosi szűrővizsgálatok közé (pl. a koleszterin szűrés mellett) kerüljön be a depresszió szűrése is (ami egyben az öngyilkossági veszélyt is kiszűri). Elkészítettük, publikáltuk a világszerte elismert „Reménytelenség Skála” rövidített változatát, ami egy négy kérdéses kérdőív, minimális költsége van. Többször is, magas szinten próbáltuk elérni a bevezetését és finanszírozását, de sajnos nem sikerült megkapni a döntéshozók támogatását. Feltehetően az áll ennek a hátterében, hogy a szűrés után nem lenne hol ellátni a kiszűrt depressziós betegeket. Pedig nemzetközi minták pl. az angol Layard-modell alapján mi is kiszámoltuk, hogy a nem kezelt depressziós beteg költsége (táppénz, rokkantnyugdíj, család leterheltsége, stb.) kb. 7-szerese az időben kiszűrt és kezelt pszichés beteg költségének.