

Merre tovább pszichiátria? Identitás, kompetencia és kooperáció – a XXI. század kihívásai

111

Osváth Péter

PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Összefoglalás: Az elmúlt évtizedekben az orvoslás legtöbb területén kedvezőtlen változások következtek be, ez alól a neurológia és a pszichiátria sem volt kivétel. Az orvostanhallgatók és a fiatal orvosok egyre kevésbé képesek használni az idegrendszeri alapismereteiket a mindennapi klinikai gyakorlatban, és csökken az idegtudományokat választók száma is. A pszichiátria helyzetének romlásában sajátos fejlődése és önállósodásának ellentmondásos folyamata, társadalmi-kulturális beágyazottsága és a medicinális modelltől való eltérései, önazonossági és önmeghatározási problémái, valamint a sok gyakorlati nehézséget okozó kompetenciahatárok kérdése játszókat a legfontosabb szerepet. A szerző az elméleti háttér áttekintése mellett számos gyakorlati kérdést is tárgyal, mint például: a mentális zavarok felismerésének, osztályozásának és minősítésének nehézségei, a pszichopatológiai tünetek háttérének diagnosztikai és terápiás problémái. Kiemeli, hogy a jelenlegi helyzet számos nehézséget okoz a pszichiátereknek (emocionális túlterheltség, szomatikus és lelki problémák, kiégés), ráadásul a pszichiátria az egyik legkevésbé vonzó szakterületté vált, mely komoly problémákat okoz az utánpótlásban. A szerző hangsúlyozza, hogy a pszichiátriának a mindennapi gyakorlatban is meg kell valósítani a holisztikus bio-pszicho-szocio-spirituális megközelítésen alapuló humanisztikus szemléletét. A problémák megoldásában a (társ)tudományos és a kapcsolati pszichiátriai szempontok előtérbe helyezése, a konstruktív intra-, és interdiszciplináris kommunikáció, valamint a hatékonyabb érdek- és értékképviselet, és a korszerű tudományos eredményeken alapuló, interaktív és személyes oktatás egyaránt kiemelt szerepet játszanak.
Kulcsszavak: medicinális modell; pszichiátria; történeti fejlődés; identitás; kompetencia; bio-pszicho-szocio-spirituális szemlélet

Summary: In the past decades some disadvantageous changes have been occurred in almost each field of medicine, especially neurology and psychiatry. Medical students and young doctors are less and less able to utilize their neurological knowledge in the everyday clinical practice and the number of doctors specialized in neurosciences is decreasing. Recent problems of psychiatry originate from special development, controversial process of detachment, particular societal and cultural roots, differences from medical model, and problems of identity, self-determination and competence, which may cause many difficulties in clinical practice. The author – near the review of the theoretical background – mentions several practical topics as well, for example: the difficulties of diagnosing, and classification of mental disorders, the diagnostic and treating problems being in the background of psychopathological symptoms. In the article it is emphasized that the present situation results in several serious problems for the psychiatrists like emotional overburden, somatic and mental disorders and burnout, moreover psychiatry became one of the least popular medical professions, which causes huge difficulties in the aftergrowth. Furthermore the author emphasises, that this profession has to actualize the humanistic view in clinical practice based on the holistic bio-psycho-socio-spiritual approach. The (neuro)scientific and consultative psychiatric viewpoints, the constructive intra- and interdisciplinary communication, the more effective value-based advocacy and the modern, evidence-based, interactive and personal education together have a key role in the solution of the above mentioned problems.

Keywords: medical model; historical context; identity; competence; bio-psycho-socio-spiritual approach

Bevezetés. Neurofóbia – pszichofóbia – közös gyökerek, közös gyötrelmek?

A neurológia és a pszichiátria fejlődése szorosan összefonódott, hiszen a XX. század végéig

egységes szakterületet képeztek, és ma is számtalan elméleti és gyakorlati területen kapcsolódnak össze. Így különösen nagy érdeklődéssel olvastam Szirmai István professzor írását (1), melyben a *neurofóbia* (az idegtudományoktól

és az idegrendszeri betegségektől való félelem) jelenségét tárgyalja részletesen. Ez jelentős szerepet játszhat abban a sajnálatos tényben, hogy napjainkban egyre kevesebb fiatal orvos választja a neurológiai specializációt. Ezen probléma hátterének felderítése komoly figyelmet érdemel a neurológiai utánpótlás biztosítása szempontjából. A szerző számos nemzetközi és – sajnálatosan kevés számban rendelkezésre álló – hazai szakirodalmi forrás alapján elemzi annak hátterét, hogy miért is távolodnak el az orvosok az idegtudományoktól, melynek következtében nem képesek használni idegrendszeri alapismereteiket. Első helyen emeli ki az orvosképzés problémáit, mivel tanulmányaik során a hallgatók nem tudják megfelelő módon elsajátítani a központi idegrendszer felépítésével és működésével kapcsolatos információkat (anatómia, élettan). A megfelelő alapok híján pedig nem lehetséges a kóros agyi elváltozások megismerése és a neurológiai betegségek hátterének megértése sem. Míg az oktatás technikai fejlődése felgyorsult, addig a személyes kapcsolat szerepe egyre inkább háttérbe szorult. Az oktatás anomáliái nemcsak a neurológiai szakterület elkerülésében nyilvánulnak meg, de az általános orvosi gyakorlatban előforduló neurológiai betegségek felismerését is megnehezítik. A szerző azonban ennél sokkal szélesebb körben elemzi ezt a problémát; az idegtudományok iránti érdeklődés csökkenését bizonyos kedvezőtlen társadalmi változásokkal, valamint a hagyományos humán kultúra iránti érzéketlenséggel hozza összefüggésbe, mint az „emberközpontú gondolkodás általános romlásának” egyik tünetét. Számos gyakorlati szempontot is említ, például azt, hogy a leggyakoribb neurológiai betegségek már nem jelentenek kihívást, számos súlyos betegség (degeneratív betegségek, demenciák, izombetegségek) esetén pedig egyfajta terápiás szkepticizmus vált uralkodóvá. Érdekes történeti áttekintést is nyújt az orvosszerep változásával kapcsolatban, az egészségügyi rendszer kedvezőtlen változásait sem hagyja figyelmen kívül, és kitér a burn out jelenségére is. Egy internetes kutatás alapján a „jó neurológus” jellemzőit is ismerteti, ebben a szakmai (diagnosztikus) képességek mellett kiemelt sze-

rephez jut az empátiás orvosi attitűd is, mely így az ideggyógyászt, egyfajta idealizált orvoskép megtestesítőjeként vetíti elének. A szerző részletesen bemutatja azokat a javaslatait is, melyek a jelenlegi kedvezőtlen helyzet javítását eredményezhetik; mint például a neurológia és a hátterét jelentő neuroanatómia oktatásának fejlesztését (a neurológia korai bevezetése a tanmenetbe, óraszám bővítése, „egy oktató, egy diák” órák bevezetése, hiszen az orvosi gondolkodást tankönyvekből, vagy más oktatóanyagokból nem lehet megtanulni, kizárólag egy tanítómenterrel való személyes kapcsolatban). Fontosnak tartaná, hogy a rezidensek lehetőséget kapjanak az oktatásuk során arra, hogy ne csak passzív hallgatói, de aktív oktatószerepben is tudják ismereteiket bővíteni és átadni.

A bemutatott anomáliák jelentős része az orvosok és az orvoslás szerepének markáns, és sajnos többnyire kedvezőtlen változásával hozható összefüggésbe. Könyvtárnyi irodalom foglalkozik a XX. század gazdasági-társadalmi változásainak és a tudományos fejlődésnek az orvosi hivatásra, a gyógyítás folyamatára és tényezőire (különös tekintettel az orvos–beteg kapcsolatra) vonatkozó hatásaival (2). Ahogy az orvosi tevékenység szolgálatból egyre inkább szolgáltatássá silányul, úgy válik hivatásunk egyszerű (többé vagy kevésbé jövedelmező) foglalkozássá (3), melyben eluralkodott a személytelen technicizálódás. Így a medicina nemcsak a segítség humanista ethoszát vesztette el, de azt a komplex és dinamikus gondolkodásmódját is, mely nem nélkülözhető az emberi test és lélek bonyolult működésének megértésében. Ezek a kedvezőtlen változások alapjaiban ásták alá az orvosi identitást, melyben az értékközpontúság helyett egyre inkább az egyéni érdek került a középpontba. Így nem meglepő, hogy a jobb megélhetés iránti vágy a fiatalok jelentős részét a sokkal kedvezőbb anyagi és munkafeltételeket biztosító nyugati egészségügyi rendszerekben való munkavállalásra sarkallja.

Ahogy a bevezetőben idézett írásban is olvashattuk, ezek a negatív változások fokozottan érintik a neurológiát. *Szirmai* (1) *Kumar* írását (4) idézve arra is utal, hogy a pszichiátria is hasonló (a személyes terheket tekintve sokkal

inkább) kedvezőtlen helyzetben van. Az átfogóbb gondolkodásmód hiányából természetesen következnek, hogy a változások háttérében álló tényezők és a megoldási lehetőségek nem nagyon kerülnek előtérbe sem az orvosi gondolkodásban, vagy a szakmai kommunikációban, sem az orvosképzés-továbbképzés során. Úgy tűnik, hogy a neurológusok és pszichiáterek gyakrabban foglalkoznak az orvoslás általános és specifikus dilemmáival és kihívásaival (3–10). Talán a pszichiáterek sajátos beleérző képességük és komplex gondolkodásmódjuk következtében érzékenyebbek a változásokra és folyamatos önreflektív igényük miatt fordítanak kiemelt figyelmet hivatásunk helyzetének és önmeghatározásának átgondolására a változó környezet reflektív tükrében. Hiszen ahogy az egyéni identitásfejlődés sem nélkülözheti az élettörténeti események folyamatos narratív rekonstrukcióját (ahogy ezt a pszichoterápiás kapcsolatban, vagy éppen az esetleírások olvasása közben megtapasztalhatjuk), úgy hivatásunk fejlődésének fontos eleme az elméleti kérdések, problémák elemzése, megértése és a megoldási lehetőségek keresése.

A fentiek alapján nagyon fontos, hogy áttekintsük a pszichiátria helyzetét, különös tekintettel a hazai sajátosságokra, keresve a választ azokra az alapvető kérdésekre, hogy vajon mi okozhatja a „pszichofóbiához” vezető válságtüneteket, miért válik egyre népszerűtlenebbé hivatásunk, és milyen lehetőségeink lehetnek ezen problémák hatékonyabb kezelésére, vagy legalább enyhítésére.

1. A pszichiátria speciális helyzetéből származó problémák

A pszichiátria problémái jelentős részben speciális helyzetéből fakadnak, ebben leginkább sajátos fejlődésének és önállósodásának ellentmondásos folyamata, társadalmi-kulturális beágyazottsága és ebből fakadóan a medicinális modelltől való eltérései, önazonossági és önmeghatározási problémái, valamint a sok gyakorlati nehézséget okozó kompetenciahatárok kérdése játssza a legfontosabb szerepet.

A pszichiátria sajátos fejlődése

Ahogy a testi betegségekkel, úgy a lelki jelenségekkel való foglalkozás is egyidős az emberi kultúra kialakulásával, azonban az (orvos)tudományos pszichiátria fejlődése alig kétszáz éves. Ez a legutóbbi időig szoros kapcsolatban zajlott az ideggyógyászattal, az ideg- és elmebetegségekkel az önállósodása csupán néhány évtizedes múltra tekint vissza (5). A fejlődés folyamatának részletes áttekintése meghaladná jelen írás kereteit és számos kiváló összefoglalás áll rendelkezésre (11–14). A tudományos megközelítésig hosszú és – az elmebetegségben szenvedők számára kifejezetten – gyötrelmes út vezetett. Bár már az ókorban megjelent a kezdetleges orvosi szemlélet, a keresztény kultúra elterjedését követően évszázadokig a vallási megközelítés vált uralkodóvá. A valódi tudományos orvoslás megjelenésére egészen a XVIII. századig kellett várni. A XIX. sz. második felében kezdődött a deskriptív-klassifikációs, majd a fenomenológiai megközelítés, mely nemcsak a betegségek osztályozását, de a sajátos (és az önálló identitás megalapozásához elengedhetetlenül szükséges) pszichopatológiai nyelvhasználat kialakulását is eredményezte. Ezt követte a pszichoanalitikus-pszichodinamikus szemlélet uralkodóvá válása, mely a személyiségfejlődés során kialakult intrapszichés eltéréseket és ezek pszichoterápiás korrekcióját állította a középpontba. Ez az irányzat egészen a XX. század második feléig – a biológiai pszichiátria (mely a lelki problémák háttérében bizonyos agyi funkciózavarokat feltételez) robbanásszerű fejlődéséig – uralta a pszichiátriát. A múlt század közepétől a kísérletes lélektanon alapuló viselkedésterápiás irányzat és a személyközpontú megközelítés is egyre elterjedtebbé vált. Ebben az időszakban azonban a szociálpszichiátriai szemlélet is markáns hangsúlyt kapott, mely az emberi lélek rendelkezéseit kapcsolati (pszichoszociális és interperszonális) kontextusban értelmezte (5). A szociális irányzat jelentősen és egyoldalúan eltorzított változata jelent meg az antipszichiátriai mozgalmakban, számos jogos kritikai észrevétele azonban jótékony hatást gyakorolt a pszichiátria humanisztikusabb fejlődésére. Még

napjainkban is komoly problémát jelent azonban a biológiai és pszichoszociális szemlélet szembenállása, hiszen „még ha a pszichiáter mindkét látásmódot magáénak vallja, mikor az egyének kezelésére kerül sor, kiderül, hogy a két nézet valójában két ellentétes pólus, vagyis mindkettő egyszerre nem lehet igaz” (*Shorter*, idézi 8).

Általános szempontból fontosnak tartom kiemelni, hogy az egyes korszakok alapvető jellemzői a pszichiátria egyes aspektusait (biológiai, pszichológiai, szociális) jelenítették meg, így járultak hozzá a pszichiátria komplexitásának bővüléséhez, még akkor is, ha az egyes irányzatok valódi integrációjára alig nyílt lehetőség (8). Az egyes szakaszok egyben sajátos (kor- és kultúraspecifikus) megoldási lehetőségeket is kínáltak a pszichiátria identitásfejlődési problémáira. A fejlődés fő kérdése az volt, hogyan lehet a társadalmi-kulturális változásokhoz alkalmazkodva, az orvostudomány fejlődéséhez kapcsolódó új tudományos eredmények integrációját megvalósítva egyre komplexebb szemléleti keretet kialakítani, megőrizve a humanisztikus értékeket előtérbe helyező holisztikus, emberközpontú megközelítést. Napjainkban erre a bio-pszicho-szocio-spirituális komplex szemlélet nyújt – talán kissé idealisztikusnak tűnő – kísérletet. Ez még akkor is a leginkább átfogó és működőképes szemlélet, ha az elmúlt évszázadban (az „agy évtizede”) éppen a biológiai pszichiátria előretörésének lehettünk szemtanúi („bio-bio modell”) (6), mely a pszichiátria remedikalizációjához vezetett (8). A biológiai-medikális (gyógyszeres) terápiák azonban csak részben váltották be a hozzájuk fűzött reményeket (15, 16), hiszen kiderült, hogy a páciensek jelentős részében csak részleges és átmeneti tüneti javulást eredményeznek. A tartós gyógyuláshoz és az életminőség visszanyeréséhez elengedhetetlen a komplex szemléleten alapuló kezelés alkalmazása (17). Ez ismét a biológiai-kapcsolati szemlélet integrációjának szükségességére világít rá, ahogy ez például a gyógyszeres terápiával kapcsolatos együttműködés (adherencia) előtérbe kerülésében is tetten érhető (18). A modern idegtudományi kutatások eredményei szerint egyébként sem tart-

ható a biológiai és a pszichoszociális szemlélet szembenállása, hiszen a kiváltó okoktól függetlenül hasonló központi idegrendszeri változások következnek be, ahogy a farmako- és pszichoterápiás beavatkozások is közös agyi folyamatokon keresztül fejtik ki gyógyító hatásukat (19). A biológiai és a pszichológiai megközelítés integrációját jól példázza a neurózissal kapcsolatos etiológiai szemléletek változása. Mivel korábban egyértelműen pszichológiai hátterű betegségnek tartották, kikerült a modern diagnosztikus rendszerekből („a neurózis fogalom dekonstrukciója” [20]). Napjainkban azonban egyre több adat bizonyítja, hogy a pszichológiai-személyiségfejlődési okok mellett, legalább ennyire jelentős a biológiai tényezők (genetikai, immunológia eltérések, sajátos agyi funkciózavarok) szerepe is a neurotikus zavarok körébe tartozó betegségek kialakulásának hátterében.

A pszichiátria sokszínűsége tehát egyértelműen következik a fejlődési sajátosságokból, de ez jelenti egyben a legtöbb problémának a forrását is. Hiszen az emberi kultúra folyamatos fejlődése a pszichiátria önmeghatározásának és saját szerepe újradefiniálásának állandó szükségletét is igényli. Ez szorosan összefügg a pszichiátria betegségtanának és kompetenciájának változásával (kit tekintünk betegnek, mikor és hogyan szükséges kezelni). *Tringer* (6) a társadalmi normákat sértő (deviáns) viselkedészavarok kapcsán elemzi azokat az alrendszereket, mely a kultúrtörténet során ezek kezelésére kialakultak. A rendészeti, vallási és orvosi megközelítés az egyes korokban változó hangsúllyal szerepelt abban, hogyan is értelmezték az adott időszakban a különböző mentális zavarokat. Ezek máig meglévő hiedelmek formájában szerepet játszanak a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos előítéletek kialakulásában. Így nemcsak a viselkedészavarok pszichiátria betegséggé való minősítését, de a pszichiátriai kezelés szükségességének megállapítását is jelentős mértékben befolyásolják.

A társadalmi-kulturális fejlődés nemcsak a pszichiátria öndefiníciójának változásait eredményezte, de nagymértékben hatott az egyes betegségek gyakoriságának és megjelenési formáinak változásaira is. Így globalizálódó-indi-

vidualizálódó társadalmunkban a klasszikus elmebetegségek helyett, egyre nagyobb számban találkozhatunk különböző deviáns viselkedésformákkal (szenvedélybetegségek, személyiségzavarok, agresszív viselkedészavarok), ez szinte teljesíthetetlen elvárások elé állítja a pszichiátriát és sokszor inkább rendészeti, semmint valódi gyógyító feladatot jelentenek. Másrészt a hitélet kiüresedése, az elidegenedés és elmagányosodás következtében a pszichiátereknek a társadalom tagjai részéről igényelt jelentős kapcsolati vagy akár spirituális szükségleteket is ki kell elégíteni (a lét értelmének megtalálása, a boldogság elérése, a lét végességének elfogadása stb.), mely egyfajta lelkipásztori funkciót tenne szükségessé (3). A társadalom egészséges és testi betegségben szenvedő tagjai részéről fellépő kapcsolati igény így nemcsak túlterheli a pszichiátriát, de irreális elvárásaival tovább nehezíti a világos kompetenciahatárok megállapítását is.

A pszichiátria medicinális háttéré és kompetenciaproblémái

A pszichiátria társadalmi-kulturális beágyazottsága következtében, sajátosan ambivalens módon alakult viszonya az orvostudományokkal (2, 21). Ennek hátterében egyrészt az orvosi gondolkodást még ma is alapjaiban meghatározó test-lélek dualizmus (9) redukcionista anakronizmusa áll (8, 16). Ennek fontos gyakorlati konzekvenciája, hogy a hétköznapi életben az orvosok többnyire csak a testi bajokkal foglalkoznak, és mindenfajta lelki, gondolkodási, érzelmi, vagy viselkedési jelenséget a pszichiáterek hatókörébe utalnak. Ez természetesen alapvetően meghatározza az orvos-beteg kapcsolatot is, hiszen kapcsolódni csak egy másik emberhez lehet, egy betegségként definiált problémához nem. Másrészt a lelki jelenségekhez és zavarokhoz kapcsolódó korábbi szakrális, mágiikus felfogás továbbélésének is tanúi lehetünk, mely a gyógyítókra is kiterjed, nem csekély omnipotenciával felruházva a pszichiátereket. A kapcsolati-kommunikációs (pszichoterápiás) gyógyítás napjainkban – több mint 150 évvel

Sigmund Freud születése után – is misztikus érzéseket kelt, nemcsak a kliensekben, de az orvosokban is, ez összefügghet a hazai pszichológiai-mentálhigiénés kultúra anomáliával is (7). A pszichiátriával kapcsolatos ambivalencia a mindennapi orvosi gyakorlatban általában az devalváció-omnipotencia kettősségében jelenik meg, vagyis, egyrészt abban az általános vélekedésben, hogy „valójában nincs is szükség pszichiáterekre, hiszen úgysem tud segíteni, beszélgetni meg mindenki tud”, vagy pedig hogy „itt már csak a pszichiáter segíthet, hiszen csak ő tud beszélgetni a betegekkel”. Ez természetesen az információhiány, valamint az orvosképzés és továbbképzés inszufficienciájára hívja fel a figyelmet.

Szintén a pszichiátria fejlődési sajtoságaiból és önállósodási nehézségeiből fakad, hogy nagyon nehezen húzhatók meg kompetenciájának pontos határai, vagyis, hogy kik azok, akiknek pszichiáterre van szükségük és milyen betegségeket is gyógyít a pszichiáter. Korábban már utaltunk *Tringer* (6) felosztására a viselkedészavarok kezelésének társadalmi megoldásait illetően. Úgy tűnik, ebben napjainkban sincs társadalmi megegyezés, sőt az orvosok és a pszichiáterek között is sok bizonytalanság tapasztalható ezen a téren. Gyakran láthatjuk bizonyos viselkedészavarok kapcsán, hogy az alapvetően rendészeti beavatkozást indokoló problémák (például heteroagresszió, alkohol- vagy drogabúzus, családi erőszak) esetében akkor is pszichiátriát kell kezdeményezni, amikor nem áll fenn mentális zavar. A személyiségi jogok fokozott védelme érdekében napjainkban a nem önkéntes (sürgős szükséggel történő, vagy kötelező) pszichiátriát gyógykezelés szigorú törvényi szabályozás alapján, kizárólag polgári peres eljárást követően történhet. A pszichiátriával kapcsolatos ellentmondásos társadalmi beállítódást mutatják (és egyben a régi előítéletek továbbélését is tükrözik) azok a társadalmi kritikák, melyek két – egymással ellentétes – oldalról fogalmazódnak meg a pszichiátriával szemben. Egyrészt, hogy miért zárnak be valakit, korlátozva személyiségi jogait, pusztán azért, mert különösen viselkedik, másrészt, hogy miért nem zárják be és védik meg a társadalmat

a normaszegő, illetve különböző deviáns viselkedést mutató tagjaitól.

Írásunk kereteit meghaladná, hogy a normalitás fogalmának részletes elemzésével próbáljuk egyértelműen körülhatárolni a kóros jelenségeket (3), mely a pszichiátria egyik alapproblémájaként végigkísérte fejlődését. Az egyes korokban az adott fejlődési szakaszra specifikus válasszokat próbáltak adni, de ezek általában nem állták ki az idők próbáját, így például az etiológiai szemlélet (*Griesinger*: „az elmebetegségek az agy betegségei”) sem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ezért napjainkban a modern diagnosztikus rendszerek alapvetően tünetcentrikusak, és nemcsak az etiológiai aspektus maradt ki belőlük, hanem a személyiség egyediségét feltáró hosszmetzeti élettörténeti megközelítés is (5, 22). A tünettán túlzottan is leegyszerűsítő kategorizálása a pszichopatológiai gondolkodás és elemzés elsekélyesedéséhez vezetett (15), ezzel pedig a pszichiátriai szemlélet egyik legfontosabb alapelemét veszítette el. Ezek a diagnosztikus rendszerek változékonyosságuk és bonyolultságuk miatt a mindennapi orvosi gyakorlatban rutinszerűen kevésbé használhatók (22). Ráadásul az aktuális keresztmetzeti tünettán nem ad elegendő információt, sőt gyakran félrevezető is lehet. A redukcionista medicinális paradigma nem tudja feloldani azt az ellentmondást, hogy ugyanazon pszichopatológiai tünet háttérében nemcsak számos mentális zavar, de akut – és akár közvetlen életveszélyt jelentő – szomatikus betegség is állhat, míg az egyes mentális zavarok, vagy testi betegségek sokféle – akár markánsan különböző – pszichopatológiai tüneteket okozhatnak. Ebben csak az átfogó hosszmetzeti (az élet- és betegség történet releváns elemeit is elemző), a betegségfolyás dinamikáját is feltáró komplex diagnosztikus gondolkodás nyújthat segítséget. A másik nehezen feloldható ellentmondás pedig abban érhető tetten, hogy nemcsak a szomatikus eltérések okozhatnak lelki-viselkedési tüneteket, de az intra-, és interperszonális eltérések nagyon gyakran jelenhetnek meg testi tünetek formájában, ahogy ezt a – a modern diagnosztikus rendszerekből kiszorult – neurotikus zavarok esetében láthatjuk (20).

A neurológia és a pszichiátria kompetenciájának elhatárolása szintén komoly nehézségeket jelent (16). A klasszikus felfogás, mely szerint az organikus hátterű zavarokkal a neurológia, míg a funkcionálisokkal a pszichiátria foglalkozik, – a modern tudományos eredmények tükrében – ma már nem tartható, hiszen a korábban funkcionálisnak tartott pszichiátriai zavarok esetében is egyre több körjelző agyi eltérésre derül fény. Ez számos gyakorlati problémát is jelent, elég talán arra utalnunk, hogy az alvászavarok jelentős részét a diagnosztikus rendszerek a mentális zavarok közé sorolják, míg az alvászavarban szenvedőket a neurológiai alváslaborokban kezelik (15). De említhetnénk bizonyos mozgászavarokat is (a Tourette-szindrómában szenvedőket többnyire a gyermekpszichiáterek, míg például a Parkinson-kóros betegeket a neurológusok gyógyítják). A Wernicke-Korsakoff szindróma akut formáját a neurológus, míg a krónikus megjegyző- emlékezet zavarát a pszichiáter kezeli (ugyanúgy parenterális tiamin terápiát alkalmazva). A vaszkuláris demenciák és az Alzheimer-kór mindkét szakma illetékességi körébe beletartozik, esetről-esetre változó (és gyakran nehezen követhető) okokból és módokon kerülnek ezek a páciensek ideg- vagy elmeosztályra. Úgy tűnik, hogy a viselkedési, vagy érzelmi zavarral küzdő páciensek esetében ilyenkor is a medicinális modell klasszikus – de legtöbbször irreleváns – hagyományai alapján kezdeményezik a pszichiátriai ellátást, függetlenül a tünetek háttérétől.

A pszichiátria társadalmi beágyazottságából is származhatnak kompetenciaproblémák. Napjainkban a robbanásszerű tudományos fejlődés következtében jelentős társadalmi-kulturális változásoknak is szemtanúi és gyakran elszenvedői is lehetünk. Az individualizálódó fogyasztói társadalomban azt tapasztaljuk, hogy a létproblémák medikalizálódnak (22, 23) és a leegyszerűsített racionális-tudományos megközelítés a „mindenre van, vagy hamarosan lesz csodagyógyszer” hamis illúzióját kelti az emberekben (gondoljunk csak médiát elárasztó gyógyszeres és egyéb gyógymódokkal kapcsolatos hirdetésekre), mely irreális elvárásokat ébreszt az orvostudománnyal szemben. Gyakran

a mindennapi élettel együtt járó lelki-érzelmi problémákban (veszteségek, magány, gyermeknevelési problémák, társkeresés, életkorspecifikus problémák, boldogság, jóllét, harmónia elérésének vágya stb.) a pszichiátriától várnák a megoldást. Sokszor pedig – a sajnos egyre gyakrabban jelentkező – egzisztenciális-szociális nehézségekben kérnek segítséget az emberek (8, 16). Az elmúlt évtizedek változásait tekintve ez nem meglepő, hiszen egyre kevesebb az olyan összetartó közösség (beleértve a családi kapcsolatokat is), melynek tagjai valóban számíthatnak egymásra, és a létkérdések megnyugtató megválaszolását biztosító hiedelemrendszerek (mint például a vallások, a filozófiáról nem is beszélve) is mindinkább háttérbe szorulnak (7). Így az orvosok szerepe óhatatlanul felértékelődik, akik az érzelmi zavarok hátterét figyelmen kívül hagyva hajlamosak ezeket a feladatokat a pszichiáterekre hárítani, akkor is, ha ezekben a kérdésekben a pszichiáter rendszerint inkompetensnek és inszufficiensnek bizonyul.

Ebben a bonyolult helyzetben a gyakorló orvosok legtöbbször magukra maradnak, így általában a helyi szokások, vagy éppen a korszerűtlen hagyományok határozzák meg, hogy mikor tartják indokoltnak a pszichiátriai ellátást. Ez a gyakorlatban sajnos sokszor azt jelenti, hogy minden abnormálisnak vélt emberi jelenséget (függetlenül kialakulásának valódi okaitól és körülményeitől) pszichiátriai ellátásba irányítanak. (És itt visszaérkezünk a normális emberi viselkedés meghatározásának nehézségeihez). Tehát ismét egyfajta redukcionizmus érhető tetten, a mindennapi gyakorlatban az orvosi modellben nem értelmezhető tünettannal bíró páciensek („a páciens tüneteit organikus ok nem magyarázza” olvashatjuk gyakran a beutalás indokaként) automatikusan a pszichiátriára kerülnek, anélkül, hogy kísérlet történe a komplex etiológia pontos tisztázására. Gyakran a pszichiátriai beutalás – egyfajta félreértésként – az orvos–beteg kapcsolat zavarának, vagy kommunikációs problémáknak következtében történik.

A fenti anomáliák következtében a pszichiátriai ellátás jelentősen túlterhelt. Ezt tovább fokozza, hogy a jelenlegi kedvezőtlen helyzet elle-

nére könnyen elérhető, alacsony küszöbű szolgáltatást jelent, így ez kedvező alapot nyújt arra, hogy más, még kevésbé jól működő vagy szűkebb kapacitású ellátások (pl. szociális, gyermekvédelmi, családsegítő, ápolási, rendészeti) inadekvát és ineffektív módon visszaéljenek ezzel, pszichiatrizálva a gyökeresen eltérő megoldásokat igénylő problémákat. A pszichiátria túlterheltsége pedig gyakran azt eredményezi, hogy éppen a mentális betegségben szenvedők gyors és szakszerű ellátása szenved zavart.

A pszichiátria és a pszichiáterek helyzete hazánkban

Túry és Harmatta (9) a hazai pszichiátria helyzetével foglalkozó írásukban, a Magyar Tudományos Akadémia 1992-es összefoglalója alapján a legfontosabb problémáknak tekintették a feltáratlan ellátási igényeket, a kidolgozatlan szakmai kompetenciákat, a képzési, továbbképzési problémákat, az összehangolatlan pszichiátriai kutatásokat, a pszichiátria és a mentálhigiéné viszonyának tisztázatlanságát. Napjainkban a képzések területén jelentős előrelépés történt a folyamatos szakorvosi továbbképzés (CME) rendszerének bevezetésével, egyelőre ez csak korlátozott gyakorlati eredményekkel járt. A helyzet javítása érdekében a hatékony érték- (etikus gyakorlat és minőségre való törekvés) és érdekképviselő jelentőségét emelték ki (9). Sajnos ebben azóta sem történt számottevő előrelépés. Továbbra is észlelhetjük a pszichiátria presztízsének csökkentését, a pszichiátria elfogadottsága sem nőtt, jelenleg is csekély a fiatal orvosok körében a pszichiátria iránti érdeklődés és növekedett a pszichiáter elvándorlás is.

A jelenlegi kedvezőtlen körülmények komoly nehézségeket okoznak a pszichiátereknek, az ennek következtében kialakuló túlterheltség, mind az ország, vagy akár a pálya elhagyásában, mind a kiégés szindróma kialakulásában szerepet játszhat (4, 24). A helyzet ellentmondásosságát mutatja *Ádám és mtsainak* (25) vizsgálata, mely az orvosok és ezen belül a pszichiáterek egészségi állapotát mérte fel. Eredményeik szerint az orvosok nagyobb arányban szenvednek

krónikus betegségekben és sokkal egészségteleből élnek (magasabb arányban dohányoznak és szednek nyugtatót, és kevesebbet sportolnak), mint a diplomás kontrollcsoport, ráadásul magasabb körökben a depresszió és az öngyilkossági gondolatok aránya. A pszichiátereknél nemcsak az egészségtelen életmóddal összefüggő változók voltak gyakoribbak (kiemelendő például a pszichiáternek kiemelkedő gyakoriságú alkoholfogyasztása), de a szomatikus morbiditási mutatók – még az orvosokénál is – magasabbak voltak és jóval gyakoribb volt a depresszió. Így vizsgálatuk eredményei szerint a pszichiátriában dolgozók fokozottan veszélyeztetettek a megbetegedések szempontjából, ez arra utal, hogy a munkastressz jelentős faktora lehet a morbiditás növekedésének. Nagyon tanulságos ezeket az adatokat összevetni egy friss amerikai orvostudományi felméréssel, mely szerint a bürokrácia és a munkaidő növekedése az Egyesült Államokban is a kiegészítő legfőbb okként szerepel (26). Ebben a pszichiáterek esetében az is kiemelt fontosságú, ha azt érzik, hogy nem képesek klienseiknek a szükséges és színvonalas ellátást megadni. Összességében azonban az észak-amerikai orvosok csoportjában a pszichiáterek így is a legelégedettebbek közé tartoznak. Ebben szerepet játszhat az is, hogy sokkal jobban tudják napirendjüket befolyásolni és így az idejüket és tevékenységüket kontrollálni, mint más szakmák képviselői, ráadásul kevésbé függenek az egészségbiztosító társaságtól is. Ez pedig cáfolni látszik azt a közismert sztereotípiát, hogy a pszichiátria az egyik legmegterhelőbb medicínális szakág lenne.

Ennek ellenére a helyzet még ott sem tekintendő rózsásnak. A pszichiátria medicínán belüli mostoha helyzetét nagyon szemléletesen mutatja, hogy világszerte ez az egyik legkevésbé vonzó terület az orvostanhallgatók számára. Az egyesült államokbeli adatok szerint egyre kevesebb végzős orvostanhallgató választja a pszichiátriára szakképzést, ráadásul a gyakorló pszichiáterek száma is csökkenő tendenciát mutat (27, 28). Ebben szerepet játszhat, hogy a pszichiátriát kevésbé tartják tudományosnak, távol áll a hagyományos orvostudománytól; itt a legnehezebb az orvos–beteg kapcsolat kialakítása;

sok a kezeléssel együtt nem működő beteg; kevés terápiás sikert nyújt; nagy érzelmi terheket jelent a szakembereknek; alacsony a presztízse; valamint relatíve alacsony anyagi megbecsüléssel jár.

Gazdag és mtsai (29) vizsgálatából kiderült, hogy a magyar orvostanhallgatók pszichiátriával kapcsolatos attitűdje lényegesen kedvezőbb más országokhoz képest. Azonban az oktatás nem befolyásolta pozitívan a hallgatók beállítódását, sőt a pszichiátriát választók aránya csökkent a pszichiátriára oktatást követően. Ezek az adatok egybecsengenek egy pszichiáterek körében végzett másik hazai felmérés eredményeivel (30). Ennek során a pszichiáterek hivatásuk stigmatizáltságát magasnak, míg presztízset alacsonynak értékelték, ennek ellenére erős hivatáskereset és stabil identitás volt jellemző rájuk. Ez a pályán való maradás egyik kulcstényezőjének látszik, azonban emellett a migrációs szándék is erősnek bizonyult. A két vizsgálat eltérései nyilvánvalóan nemcsak a generációs különbségeket, de az elmúlt időszak társadalmi változásait is tükrözi, melyek sem a medicínát, sem a pszichiátriát nem hagyták érintetlenül. Ez is jól mutatja a pszichiátria szoros társadalmi-kulturális beágyazottságát.

2. A helyzet javításának lehetőségei – egy harmonikusabb és hatékonyabb pszichiátria kialakítása

Általános szempontok

Összefoglalva a korábban részletezett problémákat megállapíthatjuk, hogy sajátos fejlődése, társadalmi-kulturális beágyazottsága miatt a pszichiátria egyfajta indikátorként, sajátos szizomográfként nemcsak jelzi a változásokat, de különösen érzékeny a változó világ kihívásaira. Ezek megoldására csak saját kompetenciájának, szerepének, önazonosságának folyamatos újradefiniálása által válhat képessé. Fontos kiemelnünk, hogy úgy tűnik, napjainkban a pszichiátria őrizte meg leginkább az orvoslás holisztikus szemléletét (5). Ezért a mindennapi orvosi gyakorlatban is képviselnie kell komplex gondolko-

dásmódját és humanisztikus szemléletét (31), az eseménydús története során felhalmozódott tudásanyag folyamatos bővítésével és integrálásával. Az orvostudomány részeként hangsúlyt kell fektetnie speciális jellemzőinek hatékony alkalmazására és önazonosságának markánsabb kifejezésére, különös tekintettel ennek a medicinán kívüli elemeire, vagyis a pszichológiai, szociális és antropológiai aspektusaira (5, 32), vagy éppen a fejlődési szemléletre (33). Ez csak az értékek és hagyományok megőrzésével és az egyes pszichiátriai és határterületi (közösségi pszichiátria, rehabilitáció, prevenció, mentálhigiéné) szemléletek integrálásával valósítható meg (7, 17). Kiemelt figyelmet kell fordítani az orvosi társszakkákkal (különös tekintettel például a neurológiára vagy a belgyógyászatra) való szorosabb és konstruktívabb együttműködésre is. Ebben fontos szerepe van a konzultációs-kapcsolati pszichiátriai szemlélet eredményesebb alkalmazásának. Az együttműködés javítása és az orvoslás egészével való szorosabb integráció érdekében az olyan közvetítő szereppel bíró területekre is nagyobb hangsúlyt kell fektetni, mint például a magatartásorvoslás és a pszichoszomatikus medicina (5, 9). Az új tudományos eredmények alapján a neurológiával való szorosabb együttműködésnek „királyi útját” a modern idegtudományok jelenthetik (5, 34). Ebben az olyan új tudományterületek játszhatják a közvetítő szerepet, mint a neurobiológia, illetve a neuro-pszichofarmakológia, a modern neuroimaging technikák és a molekuláris genetika (15).

A pszichiátria rendkívül összetett része az orvostudománynak, mely nemcsak a testi betegségek körén, de a medicinális szemléleten is túllépve, az ember komplex működésével, lelki jelenségeivel (gondolkodás, érzelmek, viselkedés) foglalkozik, melyek az embert a létezés egyedi főszereplőjévé emelik. Így nem kerülheti el a lét alapvető kérdéseivel való szembenézést, hiszen a terápiás kapcsolatban önazonossága és világnézete nap mint nap megszólíttatik (35). A pszichiáter egyéni identitása sok összetevőből épül fel, ennek stabilitásához nemcsak az alapvető tudományos ismeretek és humanisztikus-orvosi értékek elsajátítása, de kulturális, törté-

neti, társadalmi szempontok integrálása is szükséges (31). Csak ez teszi lehetővé, hogy ne csak az itt és most helyzettel foglalkozzon, hanem – egyfajta hermeneutikus biográfusként – a páciensek egyediségét jelentő életutat is feltérképezze (17). Megismerje és megértse a betegséghez vezető folyamatot, azzal a céllal, hogy megtalálja a segítségnyújtás és a korrekció leghatékonyabb eszközeit és módszereit. Így a páciens a terápiás kapcsolat erőterében újra megtalálja helyét és gyökereit és a lét számkivettségéből vissza tud találni saját egyedi létidejébe és életútjába (3).

A pszichiátria hatékony érték- és érdekképviselete nemcsak a pszichiátriával kapcsolatos ambivalens, vagy éppen negatív attitűdök javításában, de az utánpótlás biztosításában is kulcsszereppel bír. Ebben – a korábban idézett vizsgálatok kapcsán – különösen fontosnak tűnik a pszichiátriai oktatás javítása, ahogy ezt *Szirmai* részletesen tárgyalja a neurológia vonatkozásában (1). Kiemelt figyelmet igényel a pszichiátria iránt érdeklődő hallgatók felderítése és motiválása, valamint lényegesen hatékonyabb tanár–diák és páciens–hallgató interakciók szükségesek. Ebben nemcsak a tudományos ismeretek átadása, de a tanítómesterek, mint modellszemélyek által közvetített értékek és magatartásminták is kulcsszereppel bírnak. Az oktatásban nagyobb hangsúlyt kell fektetni a pszichiátria tudományos alapjainak és terápiás eredményeinek bemutatására, valamint bizonyos határterületi alaptárgyak (pszichológia, magatartástudományok, antropológia) részletesebb tárgyalására is (29, 31). Bár az oktatás időtartama növelésének kedvező hatása nem bizonyított egyértelműen, előnyösebbnek tűnik, ha a pszichiátria az orvosképzés korábbi szakaszában kerül be a klinikai tárgyak közé. A graduális képzésen túl a pszichiátriai ismeretanyag frissítésének és bővítésének az orvosok és szakdolgozók posztgraduális továbbképzésében is helyet kell kapnia.

A pszichiátria kompetenciahatárainak pontosabb tisztázása, a hatékonyabb érték- és érdekképviselet kedvezőbb szervezeti feltételek kialakítását segítheti elő, ez elengedhetetlen az egyre nagyobb számban segítséget kérő páciens-

sek ellátásának javításában. Ennek érdekében éppen a közelmúltban született meg a Magyar Pszichiátriai Társaság Állásfoglalása (36), melynek célja a pszichiátriai ellátás kompetenciájának tisztázása és egyfajta pszichiátriai profil-tisztítás a mentális zavarokban szenvedők pontosabb diagnosztizálása és hatékonyabb kezelése érdekében. Ebben kiemelt szerephez jut a pszichiátriai tüneteket mutató páciensek adekvát sürgősségi ellátása; az esetleges szomatikus etiológiai tényezők kivizsgálása és megfelelő kezelése, valamint a különböző mérgezések komplex terápiája, különös tekintettel – az akár életveszélyes – szomatikus szövődményekre. Állásfoglalásukban hangsúlyozták: meg kell valósítani, hogy a pszichiátriai osztályok kizárólag mentális zavarban szenvedők kezelésével foglalkozzanak. Kiemelt célként fogalmazódott meg továbbá az orvosi társszakmákkal, a szociális szférával és a civil- és betegszervezetekkel való együttműködés szempontrendszerének kialakítása, valamint a jogalkotókkal és a politikai döntéshozókkal való kooperáció javítása is. A pszichiátriai ellátásban dolgozók helyzetének javítása, az elvándorlás megelőzése és az utánpótlás biztosítása sem tűr halasztást.

A pszichiáter-identitás fejlődése – egyéni szempontok

Mivel a mindennapi lelki segítségnyújtás komoly személyes bevonódást tesz szükségessé, ezért a pszichiáter identitásfejlődése jelentős énmunkát igényel, mely nem képzelhető el megfelelő önismeret és folyamatos önreflexivitás nélkül. Ebben sokat segíthet, ha a pszichiáterképzésben (hasonlóan a pszichoteraputaképzés sajátélmény részéhez), a tudományos ismeretek bővítésén túl, a pszichológiai-érzelmi fejlődés elősegítése is előtérbe kerül. Szakmai identitásunk szempontjából is elengedhetetlen saját személyiségünk élethosszig tartó fejlődése, érése, hiszen a segítségnyújtás csak akkor lehet hatékony, ha az emberi élet nagy kihívásaira saját magunknak is megfelelő válaszokat tudunk adni. Orvosi hivatásunk komplex szemléletét csak akkor tudjuk hitelesen képviselni és alkalmazni, ha a bio-pszicho-szocio-spirituális értékeket saját életünkben is előtérbe helyezzük a harmonikus létmód megvalósítása érdekében. Személyes és szakmai identitásfejlődésünk nem választható szét egymástól, hiszen terápiás munkánk során a pszichoterápiás folyamat új és új aspektusból reflektál személyiségünkre. Ebben a folyamatosan változó tükörképben megláthatjuk saját hiányosságainkat és megoldandó problémáinkat. Ezekkel bátran szembenézve és korrigálva juthatunk közelebb identitásunk integritásának eléréséhez (33). A jó pap holtig tanul – a jól ismert mondás alapján joggal állíthatjuk, hogy a jó pszichiáter (személyisége) egész élete során fejlődik. Hiszen a terápiás kapcsolat csak akkor lehet korrektív, ha a saját személyiségfejlődésünk során meg tudjuk valósítani az érett megoldásokat, személyiségünk teljességének elérése érdekében. Az emberi létezéssel óhatatlanul együtt járó veszteségeket, csalódásokat, kudarcokat, stresszeket senki sem tudja elkerülni. Ezek adekvát megoldása azonban nemcsak a személyes fejlődésünket gazdagítja, de professzionális identitásunkat is erősíti.

Összefoglalás

Bár a jelenlegi kedvezőtlen helyzetben a pszichiátria komoly egzisztenciális-financiális nehézségekkel küzd, írásom arra is felhívja a figyelmet, hogy hivatásunk elfogadottságának és színvonalának javítása nem pusztán pénzkérdést jelent. A valóban megújult és stabilabb szakmai identitás eléréséhez kríziseken keresztül vezet az út, melyek megoldásában a (társ)tudományos és a kapcsolati pszichiátriai szempontok előtérbe helyezése, a konstruktív intra-, és interdiszciplináris kommunikáció, valamint a modern tudományos eredményeken alapuló oktatás és (tovább)képzés is egyaránt kiemelt szerepet játszanak. Hiszen éppen hivatásunk komplexitása, a pszichiáter-identitás alappilléreinek sokszínűsége nyújthat segítséget a változásokhoz való alkalmazkodásban. A mai dezintegrálódott és szubspecialitások tömegére szabdaltságot orvoslásban a páciensek egyre

nehezebben találnak igazi gyógyítóra, aki nem csak egy-egy szervükre kíváncsi, hanem a maguk egyediségében fogadja el őket és egy valódi érzelmi tartalommal megtöltött kapcsolatban képes segítséget nyújtani (16). Hiszen az orvoslás feladata, egyik első tanítómesteremet, *Ozsváth Károly* professzort idézve: „néha meg-

gyógyítani pácienseinket, sokszor enyhíteni a panaszaikat, de mindig segíteni nekik”. Ennek a nélkülözhetetlen és küzdelmes szerepnek kell megfelelnünk hivatásunkban, mely életre szóló feladatot jelent számunkra a segítő hivatás minden szépségével és nehézségével együtt.

Irodalom

- SZIRMAI I:
Neurofóbia. *Ideggyógy Sz* 2012;65:221–228.
- BUDA B:
Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Budapest: Háttér Kiadó, 2011; 161–208.
- TRINGER L:
A pszichiátria globális kihívásai. *Psychiatr Hung* 2004;19:180–186.
- KUMAR S:
Burnout in psychiatrist. *World Psychiatry* 2007;6(3):186–189.
- TRINGER L:
A pszichiátria önmeghatározása. In: Huszár I (szerk.): *Tények és gondolatok a 20. század magyar pszichiátriájáról*. Budapest: MPT, 2000; 17–36.
- TRINGER L:
A pszichiátria társadalmi beágyazottsága. *Psychiatr Hung* 2007;22:124–133.
- OZSVÁTH K:
Pszichiátria és társadalomtudományok. In: Huszár I (szerk.): *Tények és gondolatok a 20. század magyar pszichiátriájáról*. Budapest: MPT, 2000; 81–106.
- PICHOT P:
A pszichiátria jövője: alapvető kérdések. *Psychiatr Hung* 2003;18:4–9.
- TÚRY F, HARMATTA J:
A hazai pszichiátria helyzete és aktuális problémái. *LAM* 2006;16:833–838.
- BUDA B:
Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Budapest: Háttér Kiadó, 2011
- HUSZÁR I (szerk.):
Tények és gondolatok a 20. század magyar pszichiátriájáról. Budapest: MPT, 2000
- PORTER R:
A téboly (A boszorkányperektől a pszichoterápiáig). Budapest: MAGYAR VILÁG KIADÓ, 2003
- SZILÁRD J, JANKA Z, FÜREDI J:
A pszichiátria története és helye az orvostudományban. In: Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.): *A pszichiátria magyar tankönyve. 4., átdolgozott és bővített kiadás*. Budapest: Medicina, 2009; 4–10.
- BUDA B:
Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Budapest: Háttér Kiadó, 2011;63–90.
- HALÁSZ P:
A két szomszédvár. *Lélekemelő*, 2012;4(1): 24–26. http://www.mptpszichiatria.hu/upload/pszichiatria/document/vitaindito_halasz_cikk.pdf?web_id=E41C9C5CF277D71
- BÁNFALVI A:
A pszichiátria megmentése. *LAM* 2013;23(1):62–67.
- BRACKEN P, THOMAS PH, TIMIMI S, ASEN E, BEHR G, BEUSTER C ET AL:
Psychiatry beyond the current paradigm. *B J Psych* 2012;201:430–434.
- OSVÁTH P:
Az adherencia komplex megközelítése és jelentősége a mentális zavarok hosszú távú kezelésében. *Psychiatr Hung* 2010;25:19–30.
- FEKETE S:
Idegstudományok és a pszichoterápia lehetőségei – szakadék vagy közeledés? *Ideggyógy Sz* 2009;62:351–352.
- TRINGER L:
A neurózis fogalmának rehabilitációja. *Orv Hetil* 2012;153:1327–1333.
- GHAEMI SN:
Levél egy fiatal pszichiáterhez. *Psych Times (magyar kiadás)* 2012;4:6–7.
- PIES RW:
How american psychiatry can save itself. *Psychiatric Times*, Vol. 29. No. 2. February 8, 2012
- BUDA B:
Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Budapest: Háttér Kiadó, 2011;209–250.
- FEKETE S:
Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. *Psychiatr Hung* 1991;1:17–31.
- ÁDÁM SZ, GYÓRFFY Z, HARMATTA J, TÚRY F, KOPP M, SZÉNYEI G:
A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. *Psychiatr Hung* 2010;25:55–61.
- LOWES R:
Psychiatrist Burnout Less Than Most Other Physicians'. *Medscape Medical News*, Apr 01, 2013. <http://www.medscape.com/viewarticle/781754>
- INSEL T:
The Future of Psychiatry (= Clinical Neuroscience). *Director's Blog*, April 20, 2012. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2012/the-future-of-psychiatry-clinical-neuroscience.shtml>
- Psychiatry's identity crisis. *Editorial*. *Lancet* 2012;379:1274
- GAZDAG G, ZSARGÓ E, VUKOV P, UNGVÁRI SG, TOLNA J:
Change of medical student attitudes toward psychiatry: the impact of psychiatric clerkship. *Psychiatr Hung* 2009;24:248–254.
- SZÉNYEI G, ÁDÁM SZ, GYÓRFFY ZS, HARMATTA J, TÚRY F:
A hazai pszichiáterek pályaképe és jövőképe. *Psychiatr Hung* 2010;25:31–54.
- PIES RW:
How american psychiatry can save itself. *Psychiatric Times*, Vol. 29. No. 3. March 1, 2012
- KLEINMAN A:
Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *B J Psych* 2012; 201:421–422.
- OSVÁTH P:
Az életciklus-kriszisek jelentősége: pszichopatológia és öngyilkos magatartás. *Neuropsychopharmacol Hung* 2012;4:266–272.
- OSVÁTH P:
(Identitás)kriszisen a pszichiátria – a jövő a klinikai idegtudományoké? <http://www.doki.net/tarsasag/pszichiatria/hirek.aspx?&nid=23641&cid=277>
- YALOM ID:
A terápia ajándéka, Park Kiadó, Budapest, 2012
- A Magyar Pszichiátriai Társaság állásfoglalása a pszichiátriai ellátás fejlesztési irányaira vonatkozóan, 2012. 09. 25. http://www.mpt-pszichiatria.hu/hirek.aspx?web_id=3D2E718262FC411&cid=26253&cid=316#26253