

Nőgyógyászati pszichiátriai rendelés szervezése és működése a Baross utcai Női Klinikán

Dr. Szakács Katalin, Dr. C. Molnár Emma és Dr. Papp Zoltán
I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika közleménye
(Igazgató: Dr. Papp Zoltán)

Előzmények:

A Konzultáció Alapítvány 1998-ban kezdte meg működését [1]. Alapítói, munkatársai feladatuknak tekintették és tekintik ma is az alap- és szakellátásban dolgozó orvos kollégák számára konzultációs lehetőséget biztosítani azon betegek ellátásában, akiknek betegségében (a kialakulás, lefolyás és/vagy a gyógyulási esélyek tekintetében) pszichológiai és pszichiátriai tényezőknek nagy szerepet tulajdonítunk. Ennek a betegek gyógyulási esélyeinek javításán kívül azért van nagy jelentősége, mert ezekben az esetekben az orvos-beteg kapcsolat nehezebben irányítható és nagy érzelmi megterhelést jelent a kezelőorvosnak.

Az Alapítvány célkitűzései találkoztak a klinika vezetőjének azon elképzelésével és igényével, amely a betegek minél komplexebb ellátását tekintette céljának. Így megkezdhette működését a Nőgyógyászati Pszichiátria Ambulancia, az első másfél évben a Pfizer támogatásával, majd a klinika finanszírozásában.

Mindez előkészített terepen történt: a klinika korábbi és jelenlegi pszichológusainak munkássága megalapozta a klinikán a pszichológiai és pszichiátriai munka elismertségét. Ezt a munkát egészítette ki a pszichiáter tevékenysége, amely új színként a pszichológiai mellé a pszichiátriai szemléletet, és a gyógyszeres kezelés lehetőségét biztosította. A pszichoterápia területén szemléletbeli egyeztetésekre nem volt szükség, mert a pszichiáter orvos pszichoterápiás képzésében a klinika jelenlegi pszichológusa a korábbi években aktív szerepet játszott.

A rendelés kezdetben és döntően ma is Menopauza Ambulanciáról kapja betegeit, mivel a kétféle (nőgyógyászati és pszichiátriai) kezelés összehangolására itt mutatkozik leginkább igény – különös tekintettel az antidepresszáns terápia lehetőségei fejlődésére, azokra a tapasztalatokra, amelyek Magyarországon és külföldön is az együttes kezelés hatékonyabb voltát igazolták [2]. Kezdetben a beteganyagot Prime MD teszttel szűrtük [3], később a kezelőorvos javaslata illetve a betegek kérése alapján került sor a pszichiáter igénybe vételére.

A szakirodalmi tapasztalatoknak megfelelően próbálkoztunk még a premenstruális szindróma antidepresszáns kezelésével, esetenként ciklikusan, a ciklus második felében adva is [4]. Lehetőségként felmerült még a BNO 10-ben Fájdalom zavar-ként, Szomatizációs zavar-ként is diagnosztizálható, általában hangulatzavarral, szorongással szövődött kórképek antidepresszánsokkal való befolyásolása.

A működési forma kialakítása

Az ambulancia előjegyzéses módszerrel működik, heti 1 rendelési nappal. Alkalmanként 8-9 pácienssel való találkozásra van mód. A gondozásba vett betegek általában havi 1 alkalommal jelennek meg a rendelésen. Ambuláns betegek kezelőorvosuk javaslatára vagy saját kérésükre kereshetik fel a rendelést.

A kezdeti időszakban a foglalkozás tartamát, témáját és mélységét a betegek igényéhez mértük, igyekeztünk tapasztalatokat gyűjteni, és valamelyest általánosítani azokat. Mivel a rendelést vezető pszichiáter más munkáiban pszichoterápiával dolgozik, ki kellett alakítani azt a klinika kereteinek megfelelő működési módot, ami a pácienseknek is elfogadható és hasznos.

A találkozások tartalma a gyógyszeres kezeléssel és testi állapottal kapcsolatos konzultáción túl pszichoedukációra és pszichoterápiás tanácsadásra terjed ki. Pszichoterápiás kezelésre a rendelés keretein belül nincs mód, de pszichoterápiára való alkalmasság felmérése és a pszichoterápiára való szocializáció gyakran képezi a pácienssel folytatott konzultáció részét.

Az I. sz. táblázatban összevetettük az általunk alkalmazott pszichoterápiás konzultáció ismérveit más munkáinkban leggyakrabban alkalmazott dinamikus rövidterápia ismérveivel.

I. sz. táblázat

A pszichoterápiás konzultáció és a dinamikus rövidterápia összevetése

Bagdy nyomán [5]

Pszichoterápiás konzultáció	Dinamikus rövidterápia
A kezelés középpontjában álló tényező: Aktuális probléma, betegség	Alapkonfliktus és származékai
A munka célja: Pszichikus homeosztázis helyreállítása, az adaptáció fejlesztése	Feltárás, feldolgozás útján a tudatosság fejlesztése
Kontraktuskötés: Lehetséges	Kritérium
A lélektani munka iránya Munka az „itt és most”-ból a jövő felé irányul	Jelentől a múlt felé irányuló orientáció
A lélektani munka időtartama Előre meghatározott időhatár nincs	Általában időhatáros
A segítség jellege: Támogatás, megerősítés, gyakorlás	Feltárás, konfrontáció, interpretáció
Orvos magatartása: Nyílt, aktív, direktív is lehet	Nondirektív
Kapcsolatkezelés fő tényezője: Empátia, kongruencia, támogatás	Áttétel-viszontáttétel
Lélektani tér: Face to face, diádikus, zárt, de nyitható	Ua., de nem nyitható
Indikációk: A betegséggel kapcsolatos coping fejlesztése, stressz, konfliktus szituáció, veszteség stb.	Un. neurotikus kórképek, pszichoszomatikus állapotok, személyiségzavarok
Páciens feltételek: Segítség igénye, együttműködés	Terápiára való alkalmasság, szenvedésnyomás, motiváció
Végzettségbeli feltételek: Pszichoterápiás alapképzettség	Specifikus pszichoterápiás képzettség

A 6 és fél éves működés alatt az a gyakorlat alakult ki, hogy az először jelentkező pácienssel pszichoterápiás első interjú és részletes anamnéziszfelvétel történik. Ez kiterjed a beteg ún. „laikus diagnózisára” is, amely tartalmazza a páciens elképzeléseit betegségéről és gyógyulásának feltételeiről, általa elképzelhető módjáról. (A II. sz. táblázatban: „Új beteggel való találkozás”) Mindezt a későbbiek során az intervenciók kialakításánál figyelembe vesszük, és tényezőinek változását az orvos beteg kapcsolat során folyamatosan monitorozzuk. Tartalmi szempontból ezt nevezem a táblázatban „Pszichoterápiás konzultációnak”, míg a formai oldalait és egyéb ismérveit ugyanennek az I. sz. táblázatban ismertettük. Az ennél kevesebb foglalkozást, esetleg csak gyógyszeres kezelést igénylő betegekkel való találkozások szerepelnek az „Orvosi kontroll” címszó alatt.

II. sz. táblázat

Betegforgalom 1999. május 1-je és 2005. június 30-a között

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Orvos-beteg találkozás	126	263	337	373	357	318	186
Új beteggel való találkozás	59	53	50	47	59	59	27
Pszichoterápiás konzultáció	22	138	160	189	178	201	113
Orvosi kontroll	45	72	127	137	120	58	46

A munka tartalmi részletei

A klinikai beteganyag 4 fő csoportjára terjed ki a nőgyógyászati pszichiátriai tevékenység:

1. Élettani állapotok, melyek gyakran társulnak testi és lelki működészavarral, fokozott veszélyt jelentenek a depresszió előfordulása szempontjából (serdülés, terhesség és gyermekágy, menopauza)
2. Olyan betegek, akiknél a betegség eredetében vagy lefolyásában (pl. a várható gyógyulás érthetetlen elmaradásában) a felismert vagy fel nem ismert pszichés tényezők jelentős szerepet játszanak. Ide tartoznak: például a vulvodyniás betegek ill. az endokrinológiai betegek egy része.
3. Nőgyógyászati és pszichiátriai betegségben is szenvedő betegek. Ez a csoport több alcsoportra osztható. Praxisunkban a pszichotikus betegek csoportjának kisebb aránya és jelentősége van. A legnagyobb beteglétszámú a depressziós és szorongásos kórképekben szenvedők csoportja, ők pszichiátriai szempontból gyakrabban kerülnek kezeletlenül a nőgyógyászhoz. Ebbe a csoportba tartoznak az anorexiás betegek is.
4. Egyéb (pl. szexuális problémák, daganatos betegek, meddőségi gondok)

Ad 1.

A terhesség és a gyermekágy, továbbá a serdülés és a menopauza időszaka fokozott veszélyeztetettséget jelent a különféle lelki működészavarok és a depresszió előfordulása szempontjából. Ezen időszakokban a nőknek nagy hormonális változásokkal párhuzamosan új élethelyzethez, feladatokhoz, szerepekhez kell alkalmazkodniuk. Ez sokaknak megterhelő lehet, átmeneti tünetképződéssel járhat együtt, vagy a megterhelés hatására felborulhat az addigi lelki egyensúly. Az elbizonytalanodás, új helyzettől való félelem kóros mértéket ölthet és - különösen terhességben, gyermekágyban – ellentmondásba kerülhet a környezet elvárásaival. A nehézségek, konfliktusok tudatközelben vannak, könnyen tudatosíthatók, de megfogalmazásuk a hozzájuk kapcsolódó szorongás miatt nehéz, a környezettel gyakran – részben az említett elvárások, részben az önértékeléssel való szoros összefüggés miatt - nem megoszthatók.

Ambuláns betegek kezelőorvosuk javaslatára vagy saját kérésükre kereshetik fel rendelésünket. A kezelés megválasztásában a beteg igényét (pl. gyógyszeres kezelés preferálása vagy kerülése) és alkalmasságát (pl. pszichoterápiára) figyelembe vesszük.

Mind az ambuláns terhesek, mind az osztályon fekvő terhesek ill. gyermekágyasok körében prevencióra törekszünk a depresszió tekintetében. Gyakorlatunk a következő: a terhest gondozó nőgyógyász vagy az osztály orvosai, nővérei felajánlják a pszichiáterrel való konzultáció lehetőségét azoknak a terhesek-

nek, akiknél a stressztűrő képesség vagy az életeseményekre adott reakciók tekintetében rossz coping mechanizmusokra, megküzdési képtelenségre, hangulatzavarra, feldolgozási nehézségekre utaló reakciókat tapasztalnak. Így sok esetben megelőzhető a zavar súlyosbodása, esetlegesen a hangulat romlása vagy szorongásos zavar kialakulása is. A prevenciós munka segítségével elkerülhető a gyógyszeres kezelés, melynek ebben az időszakban jelentősen fokozott a kockázata. Ebben a munkában a pszichoedukáció, az orvosi beszélgetés és a pszichoterápia eszköztárát egyaránt felhasználjuk. Ha a gyógyszeres kezelés nem kerülhető el, akkor a folyamatos betegkövetés révén optimalizálható mind az anya, mind a magzat szempontjából [6, 7, 8, 9, 10].

Egy jellegzetes példa:

44 éves beteg elviselhetetlen hőhullámokkal, vérzészavarral, alvászavarral kereste fel a Menopauza Ambulanciát. Hormonkezelést szeretne, de a terhelő családi anamnézis (anyja gyógyult, anyai nagynénje meghalt emlőrákos beteg) miatt ez nem jön szóba. A nőgyógyász gyógynövényes készítményt ajánl, de felfigyel arra is, hogy a beteg panaszkodásának mértéke túlzott. Szenvedésére és alvászavarára hivatkozva felajánlja pszichiáterrel való konzultáció lehetőségét, amit beteg – a nőgyógyász meglepetésére – nagy örömmel fogad. A pszichiáter segítségével a beteg megfogalmazza, hogy családi nyomásra addig halogatta harmadik szülését, míg azzal kellett szembe-

sülnie, hogy kicsúszott a szülőképes korból. Két fia van, a meg nem született harmadik gyermek lányként szerepelt a fantáziáiban. Ahogy megfogalmazásra kerül, hogy kezdődő klimaxos panaszai ezen vágya elengedése, elgyászolása hiánya miatt váltak ilyen elviselhetetlenné, panaszai jelentősen csökkennek, nincs szükség a tervezett antidepresszáns kezelés elkezdésére, a rövid ideig alkalmazott szorongásoldó kezelés segítségével az alvászavar is rendeződik.

Ad. 2.

A nőgyógyász és a pszichiáter számára is ez a betegcsoport a legnehezebben megközelíthető, hiszen ezeknek a pácienseknek nincsenek, vagy alig vannak pszichés tüneteik és az elsődleges és másodlagos betegségelőny okán nem érdekük a betegség pszichés hátterének feltárása és gyakran a gyógyulás sem. A betegeknek ez a csoportja gyakran nehezen kezelhető, megterhelően viselkedik az orvos-beteg kapcsolatban. Az orvosban megmentőt lát, de könnyen válik hosztilissá is, hajlamos a szakemberek közti váltásra.

Nőgyógyászati okokkal kielégítően nem magyarázható menstruációs zavarok és fájdalmak, nem gyógyuló fertőzések esetén mindenképpen érdemes a pszichiátriai és pszichoterápiás megközelítés lehetőségére is gondolni. Ennek felvetődése azonban semmiképpen nem jelenti a nőgyógyászati kezelés végét vagy feleslegességét. Csak holisztikus szemléletben végzett gyógyítás lehet eredményes. A pszichiáter azzal járulhat hozzá a kezelés sikeréhez, hogy segít a páciensnek saját

testéhez, betegségéhez való közvetlenebb, felelősebb viszony kialakításában.

(Az elsődleges és másodlagos betegségelőny fogalmát Freud alkotta. Az elsődleges betegségelőny azt jelenti, hogy a testi betegség kialakulása a betegség kialakulásában szerepet játszó lelki konfliktussal való szembesülés előtt menedéket kínál a páciensnek. A másodlagos betegségelőny fogalma tulajdonképpen a betegszerep előnyeit jelenti: a környezet részéről megnyilvánuló fizikai és emocionális kíméletet, fokozott törődést, feladatok, kötelességek, elvárások alóli mentesülést.)

Egy jellegzetes példa:

Egy végzős egyetemi hallgató, akinek panaszai gyógyult banális hüvelyi fertőzést követően nem múltak el és állandó zavart okoztak a szexuális életében is, azzal fogadta el a felajánlott konzultációt a pszichiáterrel, hogy fájdalmai elviseléséhez és a szexuális probléma kezeléséhez kaphat segítséget.

Megjelenésében is hordozta problémáját: feszes pulcsijával kihívó nőt, fűzős cipőjével kislányt jelenített meg. Az élettörténetéből az bontakozott ki, hogy családi problémáiból „előre menekülve” készül férjhez menni, amit – ahogy tünetei is mutatták – se teste, se lelke nem kívánt még igazán. Hosszú ideig a beteg külön kezelte a pszichiáternél felmerült nehézségeket, nem kötötte össze a panaszaival, úgy gondolt önmagára, mint akinek nőgyógyászati panasza

mellett más nehézségek miatt önismeretre, problémái megbeszélésére is szüksége van. (Szemben az előző pontban ismertetett pácienssel, aki története mesélése közben kevés segítséget igényelt ahhoz, hogy összekösse a lelki és testi jelenségeit. Ennek magyarázata személyiségfejlődési jellegzetességekben rejlik és részben leírható az említett betegségelőny fogalmával.) A konzultációk során pszichoterápiára motiválttá vált. Az önismereti folyamat előrehaladásával egyre ritkultak a nőgyógyásznál tett látogatásai.

Ad 3.

Ha a beteg már kezelés alatt áll, szükség esetén a kezelőorvosával való konzultáció történik. Fel nem ismert betegségek esetén előfordulhat, hogy a nőgyógyász számára nem egyértelmű a diagnózis és/vagy a betegségbelátás hiánya miatt a pszichiáter bevonása a kezelésbe a beteg elutasítása miatt nehézkes. Az esetek többségében a beteg már maga is foglalkozott a gondolattal, hogy pszichiáterhez fordul, és hálás a felajánlott lehetőségért, értékeli annak előnyét, hogy nem kell más intézményt felkeresnie. Mindez különösen a kezeletlen hangulatzavarok és szorongásos kórformák esetében érvényes. Ritkán előfordulhat, hogy a páciens más nőgyógyászt választ, ha nem kíván pszichiátriai betegségével szembesülni.

A sokkal kisebb arányban előforduló pszichotikus betegek kezelését a személyi és technikai feltételek hiányában nem vállaljuk fel, őket a szakellátásba irányítjuk. Ugyanez érvényes a kezelés alatt álló, gondozott pszichotikusokkal is. Velük a rendelés

feladata a terhesség és gyermekágy fokozott kockázatot jelentő időszak alatt az őket kezelő pszichiáterrel és a klinikai szociális munkással való együttműködésben az anyaságra való felkészítés megkísérlése és a megfelelő kooperáció elősegítése.

Egy jellegzetes példa:

Gondozott hebefréniás várandós nő anyja segítségével fogja ellátni újszülöttjét. A konzultációk is hármásban történtek, a legfontosabb a kompetenciák kijelölése volt, mert a leendő nagymama a kelleténél jobban aggódott amiatt, hogy leánya mennyire képes az újszülött ellátására. Ez a beteget sértette, és korábbi fájó emlékeket idézett fel benne azzal kapcsolatosan, hogy anyja nem bíz benne eléggé. A beszélgetések során sikerült kialakítani köztük egy konszenzust, mely megteremtette a gyakorlati együttműködés lehetőségét.

Ad.4.

Ebben a vegyes betegcsoportban szintén a már ismertetett alapelvek alapján dolgoztunk. Szexuális problémák esetén a pszichoeducatio, pszichoterápia eszköztárát alkalmaztuk. A másik két betegcsoportban (daganatos betegségek, meddőségi gondok) gyakran fordult elő, hogy krízishelyzetben levő pácienssel kellett terápiás együttműködést kialakítani, valamint nagy hangsúlyt kapott a munkában a veszteségek feldolgozása is. Szükség esetén gyógyszeres kezelést is alkalmaztunk.

Végezetül az előbb ismertetett betegcsoportok számszerű megoszlását mutatjuk be a III. sz. táblázatban. Az első 3 sor tartalmazza az elsőként ismertetett betegcsoportot, az összes betegek közül arányuk: 49,2 %, így ők képezik a legnépesebb csoportot. A pszichoszomatikus betegek elnevezés fedí a korábban másodikként ismertetett csoportot, egyben ez második leggyakrabban előforduló kórforma. A társuló depressziós és szorongásos kórformákban szenvedő, pszichotikus, valamint anorexiás betegek ellátásáról részletesebben a 3. pontban írtunk, míg az utolsó három sorban szereplők a 4. pontban kerültek részletes ismertetésre.

III. sz. táblázat

Az ellátott betegek megoszlása diagnózis szerint

Összes új beteg (1999 - 2005. jún.30)	354	100%
Terhességi és gyermekágyi depresszió	59	16,7%
Menopauzához társuló depresszió	90	25,5%
Menopauzához társuló más pszichés betegség	25	7,0%
Pszichoszomatikus betegek	79	22,4%
Társuló depressziós kórformák	19	5,3%
Társuló szorongásos kórformák	14	3,9%
Pszichotikus betegek	14	3,9%
Anorexiás betegek	3	0,8%
Szexuális problémával jelentkezők	34	9.6%
Daganatos betegek	8	2,3%
Egyéb	9	2.6%

A fejlődés iránya

A rendelés kezelési kapacitásai beteltek. A továbbiakban mégsem a mennyiségi fejlesztést szeretnénk előtérbe helyezni, tehát elsősorban nem a rendelési idő vagy az ellátott betegek számának növelésében gondolkodunk.

A pszichiáter szívéhez legközelebb álló feladatának azt tartja, hogy a kollégákkal való személyes kapcsolatok révén a nőgyógyász és betege közti kapcsolat fejlesztésében nyújthasson segítséget konkrét ismeretek és a kapcsolati tényezők tudatosuláshoz segítése révén.

Ennek eszközei:

- Személyes konzultációk konkrét esetek kapcsán,
- Kerekasztal beszélgetések, gyakorlatok tartása a szakorvosi továbbképző rendezvényeken
- Előadások tartása (BUSZE, MAPSZIG konferenciák)
- Publikációk
- Bálint csoport vezetése

Megjelent: Magyar Nőorvosok Lapja
69, 359-364 (2006)

Irodalom:

- [1] Molnár Gy., Ormay I.: Konzultációs-kapcsolati pszichiátria
In: Füredi János (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve
Medicina, Bp. 1998; 669-687.
- [2] Depresszió a változó korban. II. Lundbeck Tudományos
Fórum anyaga. Springer,2000
- [3] Spitzer RL; Williams JB; Kroenke K; Linzer M; deGruy FV
3rd; Hahn SR; Brody D; Johnson JG :Utility of a new procedure
for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-
MD 1000 study] JAMA, 272: 1749-1756
- [4] Erős, E.: A praemenstruális szindróma jelentősége és
kezelési lehetőségei LAM 1998 ; 8: 486-492.
- [5] Bagdy E.: Szóbeli közlés az OPNI továbbképzés folyamán
1995
- [6] Stocky, A., Lynch,J.:Acute psychiatric disturbance in
pregnancy and the puerperium Bailliere's Clin. Obstetr.Gyn.
2000; 1: 73-87
- [7] Szádóczky E., Németh A.: Hangulatzavarok kezelése a
terhesség alatt. Psych.Hung. 2002;3: 259-273.
- [8] Szádóczky E., Németh A.: Hangulatzavarok kezelése a
szoptatási időszakban. Psych. Hung.2002;3:273-287
- [9] Kovácsné Török Zs., Szeverényi P.: Pszichoterápiás lehető-
ségeik a klimax kezelésében. Pszichoterápia, 1997; 5: 41-34
- [10] Cseh, I., Dancsó, J. Tóth, K. S. (szerk.): A menopauza
időszervi kérdései. B+V kiadó, Bp.2000
- [11] Patkós P.: A szülész-nőgyógyász és a nőbeteg
In: Papp Z. (szerk.): Szülészeti Nőgyógyászati Protokoll
Golden Book, Bp.2002; 35-58.
- [12] Nada L.S.: Common psychiatric problems. In: Novak's
Gynecology. Ed by J.S. Berek, Lippincott Williams& Wilkins
Philadelphia 2002; 323-348.
- [13] Bálint M.: Az orvos, a betegek és a betegség
Animula, Bp. 1990

Nőgyógyászati pszichiátriai rendelés szervezése és működése a Baross utcai Női Klinikán

Dr. Szakács Katalin, Dr. C. Molnár Emma és Dr.Papp Zoltán

Összefoglalás

A tanulmányban 6 éve folyó gynecopszichiátriai rendelés tapasztalatait összegezzük. Döntően a klinika Menopauza Ambulanciájára támaszkodó rendelés heti 1 rendelési nappal, előjegyzéses rendszerben működik. Kihhasználja a pszichiátriai gyógyszeres kezelések új lehetőségeit, pszichoterápiás, pszichoedukációs módszerekkel ötvözve azokat. Munkánk lényegét a szakmai elemzés mellett esetismertetések segítségével érzékeltetjük. Legfontosabb feladatunknak a betegellátás mellett a nőgyógyász és betege közti kapcsolat fejlesztésében való segítségnyújtást tartjuk.

Kulcsszavak:

Konzultációs pszichiátria, nőgyógyászati pszichiátria, orvos-beteg kapcsolat, holisztikus betegellátás.

Organization and operation of gynecopsychiatric consultation at the I. Department of Obstetrics and Gynecology

K. Szakács, E. C. Molnár, Z. Papp

Summary

In this study we summarize our six-year experience of gynecopsychiatric consultation.

The consultation, mainly based on the “Menopause Ambulance“ of our department, operates one day per week on an appointment basis.

It takes advantage of new opportunities in psychiatric drug development combined with psychotherapeutical and psychoeducational methods.

We present our activity by means of case studies as well as through professional analysis.

Beside medical attendance our most important duty is to facilitate partnership between the gynecologist and his/her patient.

Keywords:

Consultation psychiatry, gynecological psychiatry, partnership between doctor and patient, holistic care.