

Szerkesztői levél

Tisztelt Olvasó!

A pszichofarmakológia tudománya az utóbbi időben elérte ugyan a többi orvosi betegség megértésének és kezelésének alapjául szolgáló tudomány szintjét, gyakorlatban azonban a klinikusok számára ez a kompetenciaminőség nehezen követhető. A translációs idegtudomány fejlődése és számos új, hatékony gyógyszer bevezetése ellenére a legtöbb pszichiátriai rendellenesség kezelése során a minőségi klinikai pszichofarmakológiai beavatkozás sokszor nem tartja a lépést ezekkel a változásokkal. Hiába állnak rendelkezésre irányelvek, útmutatók, kezelési algoritmusok, a pszichiátriai ellátás általában is, de kiváltképp egyénre szabottan különösen nehéz, mivel a pszichiátriai betegek jó részét egész életük során kezelni kell.

A pszichofarmakológiai gyakorlatot tehát kompetenciává kell emelni, és le kell írni, hogy mit tartunk jó klinikai gyakorlatnak a járó- és fekvőbeteg ellátásban. Kompetencia alatt azt értjük, hogy rendelkezünk azokkal az ismeretekkel és szakértelemmel, amelyet mindannyian ésszerűnek, hatékonyak ismerünk el, és mindez biztonságos, betegközpontú, méltányos, valamint időben történik. Az elmúlt évtizedekben viszonylag kevés közlemény jelent meg a pszichofarmakológia tudományáról, folyamatáról, művészetéről, lényegében a fundamentumokról. Kevés előadás van a rezidens tantervben, mely leírja a kezdeti lépéseket, a betegkövetés tényleges folyamatát, illetve, hogy mit lehet és mit nem szabad megtenni a kezelés előtt, közben és után. Ily módon a klinikai pszichofarmakológia teljes kompetenciáját gyakran nem lehet elsajátítani vagy értékelni.

A minőségi problémák okai összetettek, például a teljes kór- és családtörténet hiánya; ha van diagnózis, akkor azt nem magyarázzák el a páciensnek vagy neki fontos személynek; elmarad a pszichoedukáció, az együttműködés hangsúlyozása, a terápiás szövetség és célok megfogalmazása; a gyógyszerrendelés részleteinek megbeszélése; a folyamatos kapcsolattartás jelentősége, beleértve az elérhetőséget. A pszichofarmakológiai gyakorlat sikere igényli a pszichoterápiás pozíció alkalmazását, nem rendelhetünk gyógyszereket anélkül, hogy „beszéljünk” a beteggel, vezetnénk őt a kezelésben és empátiát kommunikálnánk felé. Vegyük figyelembe ráadásul, hogy számos pszichiátriai betegnek kognitív nehézségei vannak, nehezen értik meg a terápiás előírásokat, többször hangsúlyozni kell a kezelés részleteit. Az elektronikus orvosi nyilvántartás egyik kétségtelen előnye, hogy a betegdokumentáció azonnal rendelkezésre áll, de kerülni kell a vizitnél az ismétlődő sablonokat és a beteg helyett a képernyőre nézést.

Legyen cél a pszichofarmakológia differenciált, bizonyítékokon alapuló alkalmazása, és kerüljük a „sörétes puskával lövünk” alapon működő polifarmáciát, a reményt, hogy négy vagy öt gyógyszerből egy működni fog. Nem minden beteg kerül remisszióba, és sok gyógyszer csak a tüneteket kezeli, ugyanakkor fenntartja a reményt a beteg és családja számára.

Az internetnek köszönhetően a betegek, hozzátartozók gyakran bizonyos gyógyszeres kezelésekkal kapcsolatban előre kialakított elképzelésekkel és félretájékoztatással érkeznek a vizsgálatra. Fontos, hogy a klinikus vizsgálja meg, miért van ez: ha azért, mert egy elsőfokú rokon pozitív módon reagált erre a gyógyszerre, akkor hasznos információ lehet, ha azért, mert láttak reklámot egy legújabb drága márkájú gyógyszerről, akkor nem az.

A pszichofarmakológia tanulása egész életen át tartó folyamat, az oktatás nem áll meg, ha valaki befejezi a képzést. A jó pszichofarmakológiai gyakorlat „művészet plusz tudomány” kombinációja. A kompetens pszichofarmakológus „tudással és karakterrel” egyaránt rendelkezik.

Üdvözlettel,

FALUDI GÁBOR
főszerkesztő