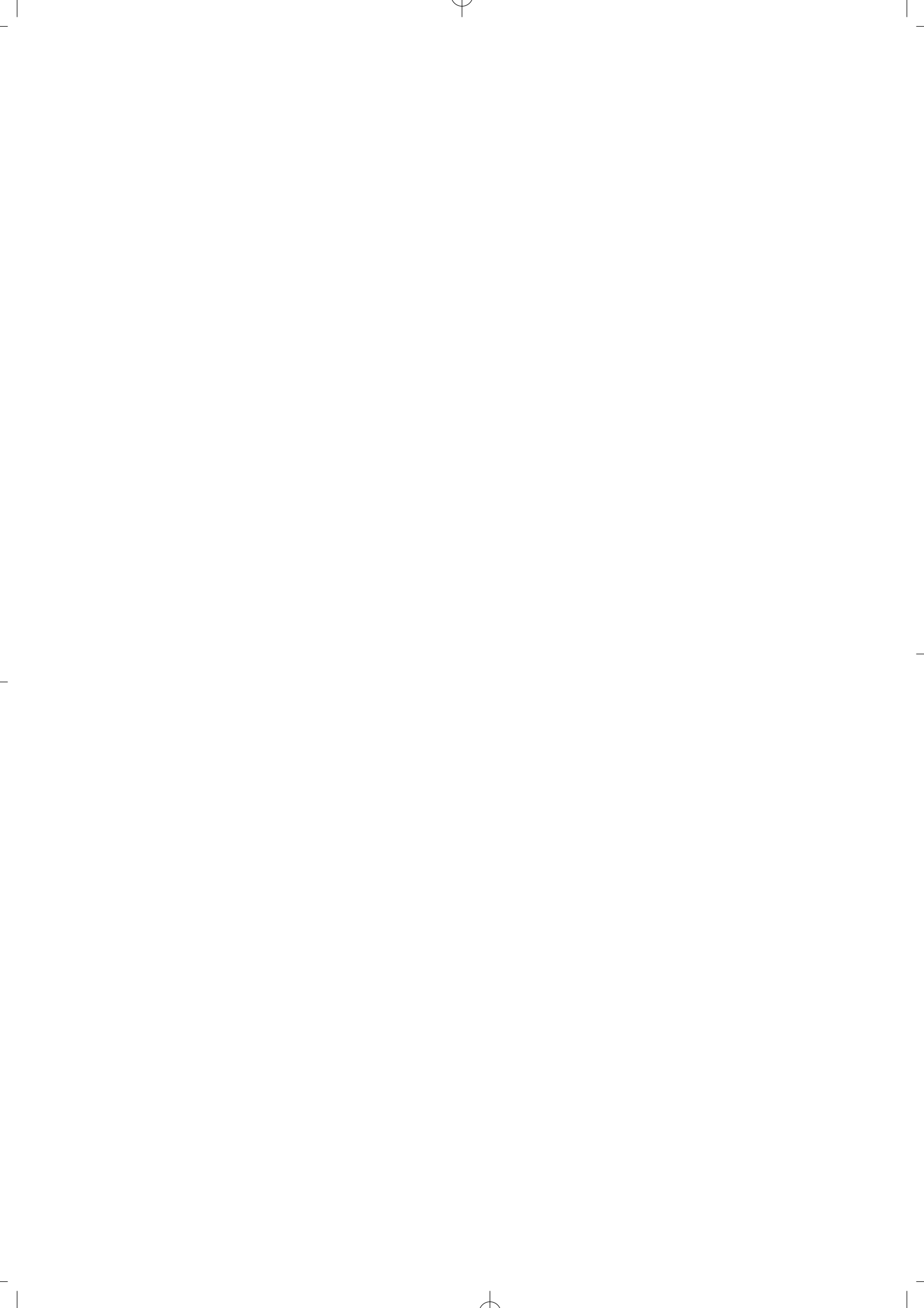


Bevezetés

Juhász Ferenc



A könyv célja

Az egyén tevékenységekre való alkalmasságát és társadalmi részvételét az egészségi állapot, a funkciók károsodása, illetve épsége mellett számos tényező – a képzettség, a szociális és a kulturális viselkedési formák, a szűkebb és a tágabb fizikai és társadalmi környezet – befolyásolja vagy határozza meg. A fogyatékoság és a munkaképesség megítélése tehát mind az egészségi állapottal kapcsolatos, mind az egyéb tényezők vizsgálatát egyaránt igényli. A károsodások, a fogyatékoság és a munkaképesség-változás szakmai szabályait bemutató kézikönyv tehát nem csupán *orvosok*, hanem a problémakör társadalmi kezelésében érdekelt és arra hivatott *különböző szakemberek* számára is készült. Így

- a *házi orvosok* számára, akik a biztosítottak egészségének, orvosi ellátásának, s az egészségi állapotuktól is függő sorsuk alakításának legtöbb információval és ráhatással rendelkező felelős szakemberei, akik elbírálják a keresőképtelenséget, s felkészítik az igénylőt munkaképességének minősítésére;
- az *orvosszakértők* számára, akik a fogyatékos-sággal és a munkával kapcsolatos orvosszakértői tevékenységet végzik, koordinálják és kontrollálják;
- a *rehabilitációs orvosok* számára, akik az egészségügy részéről hivatottak a károsodottak társadalmi reintegrációját elősegíteni;
- a *foglalkozás-egészségügyi orvosok* számára, akik a munkahelyi körülmények és feladatok, valamint a munkavállaló egészségi állapotának, teljesítőképességének ismeretében

járulnak hozzá az egészségkárosodások kialakulásának megakadályozásához, megállapítják a munkavállaló alkalmasságát a munka végzésére;

- az *igazságügyi orvosszakértők* számára, akik az igényelési eljárás bírósági felülvizsgálati szakaszában adnak a döntéseket megalapozó szakértői véleményt.

Az *Irányelvek* hasznos információkat kíván nyújtani az orvosokon kívül az ellátórendszerek működtetésében részt vevő hatósági személyek, munkaügyi, foglalkoztatási, szociális és egyéb szakemberek számára is.

A könyv bemutatja, hogy az orvosszakértői vizsgálatok hogyan használják fel a hagyományos klinikai vizsgálóeljárások eredményeit, mi-ben különböznek azoktól, milyen sajátos vizsgálatokat és összevetéseket igényelnek. Az e szemléletmódra alapozott tevékenység legjellemzőbb vonása, hogy az egyén egészségi állapotát, szervezetének funkcióit a szűkebb és a tágabb fizikai és társadalmi környezettel való *kölcsönhatásban* s az egyénnel szemben a társadalom által támasztott igényeknek való megfelelés *viszonyrendszerében* értékelik.

A kézikönyv szerkezetének, terminológiájának, nyelvezetének kialakítása során arra törekedtünk, hogy a nem orvos szakemberek is megértésük és kompetenciájuknak megfelelően alkalmazni tudják a benne foglalt ismereteket. Célunk volt továbbá, hogy az orvosok számára információt nyújtsunk arról, hogy az egészségkárosodott egyén csökkent funkcionális lehető-

ségeit milyen követelményeknek kell megfeleltetni mindennapi élete és munkája során.

Az orvosszakértő államigazgatási, hatósági és egyéb döntéseket alapoz meg véleményével – ismernie kell tehát a véleményezendő kérdésekkel kapcsolatos *jogi szabályozást*, valamint azt a *társadalmi közeg*et, amelyben az általa vizsgált egyén él.

A könyvnek a különböző szakmai kompetenciájú résztvevők *kölcsönös megértését és együttműködését* kell szolgálnia. Ugyanakkor a jogalkotóknak és -alkalmazóknak is ismerniük kell az orvostudomány lehetőségeit és korlátait, amikor a különböző állapotok orvosi minősítésére, véleményezésére alapozott ellátások, társadalmi akciók szabályait fogalmazzák meg, illetve alkalmazzák. A nem orvos közreműködőknek is birtokában kell lenniük az egészségi állapotra, a szervezeti funkciókra vonatkozó alapvető ismereteknek, annak érdekében, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani a rászorulóknak. Az orvosoknak viszont ismerniük kell a vizsgált személy élethelyzete, munkája, környezete által támasztott követelményeket.

Az *Irányelvek* tehát tartalmazza a betegségekre, a sérülésekre és az ezek okozta károsodásokra, a tevékenységekre, s azok akadályozottságára, a részvételre, s annak korlátozottságára vonatkozó korszerű ismereteket és eljárásokat, melyet elsősorban a fejlett egészségügyi és szociális ellátórendszerrel rendelkező tengerentúli (Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Japán) és az európai uniós országok fogalmaztak meg és alkalmaznak.

A könyv felépítéséről

Általános rész. Bemutatja a megváltozott munkaképességűek, a fogyatékosok hazánkban jelenleg működő ellátórendszereit. Ezen ellátórendszerek a rokkantság, a fogyatékosok korábbi felfogására épültek, s magukon viselik az elmúlt 1–2 évtized társadalmi ellentmondásainak, kedvezőtlen jelenségeinek (munkanélküliség, esélyegyenlőtlenség, korrupció, egyoldalú haszoncentrikusság stb.) jegyeit, hatásait. Tükrözik

ugyanakkor a társadalmi attitűdöknek azt a kedvező irányú változását is, melyet például a munkavédelmi és a fogyatékosági törvény jelez az emberi élet védelme, a humánus munkakörülmények kialakítása, s a fogyatékos emberek társadalmi integrációja terén.

Az *Irányelvek* koncepciója, tartalma és a jelenlegi szabályozás között eltérések, sok esetben ellentmondások észlelhetők. Ez természetes is, hiszen a tudományos alapokon nyugvó szakmai szempontok, szabályok általában megelőzik, megalapozzák a társadalmi felépítményhez tartozó jogi szabályozást és annak intézményrendszerét. Az új koncepció és szakmai szabályrendszer megjelenése, s ennek a szűkebb és szélesebb közvéleményben való „meggyökeresedése” hatásának eredményeképpen parancsoló szükségletté válhat az egyébként is aktuális *jogi és intézményi változtatások* tudományos-szakmai szempontokhoz igazodó megvalósítása.

A fogyatékos és a megváltozott munkaképesség új felfogásának, társadalmi kezelésének legfontosabb jellemzője az egyén károsodásainak, fejleszthető képességeinek minél alaposabb feltárása, a fogyatékos kimutatása annak érdekében, hogy a társadalom aktív segítséget tudjon nyújtani a károsodott emberek társadalmi részvételének minél szélesebb körű és minél teljesebb értékű biztosítására. *A cél az, hogy a fogyatékos, a megváltozott munkaképességű ember ne eltarthatja, hanem jogaival élni képes, alkotó résztvevője legyen a társadalomnak.*

A társadalmi reintegrációt biztosító *rehabilitáció* helyének, módszerének, eszközrendszerének a bemutatása az *Irányelvek* legfontosabb részét képezi, megjelölve egyúttal a kívánatos elmozdulás irányát és útját.

Az egészségkárosodott, fogyatékos ember munkaképességének megítélése az egyén képességének az általa elvégzendő munka követelményeivel, körülményeivel való összevetése útján történhet. Az elbíráló orvosnak következésképpen széles körű, konkrét információkkal kell rendelkeznie a véleményezett személy munkájáról. Az *Irányelvek* e követelménynek megfelelően tartal-

mazza az *alapvető foglalkozás-egészségügyi ismereteket*, a különböző tevékenységeknél az egészségre kifejtett hatását, a foglalkozási ártalmakat, a különböző egészségkárosodások által érintett személyek foglalkoztathatóságának alapelveit.

A betegség, a sérülés, a károsodások okozta *munkaképesség-változás* lehet *átmeneti* – ez esetben *keresőképtelenségről* beszélünk – vagy lehet tartós – a magyar szóhasználatban a „*rokkantság*” kifejezés felel meg e fogalomnak. Az átmeneti és a tartós munkaképesség-változás között csak a jogi szabályozás von éles határt. Így az érvényes jogi szabályozás szerint a munkaképesség-változás (-csökkenés) legfeljebb egy évig tartó fennállását nevezzük *keresőképtelenségnek*. Munkabalesetek és foglalkozási betegségek esetén a keresőképtelenség időtartama meghaladhatja az egy évet.

A munkaképesség elbírálása során mindenek előtt az egyén *aktuális munkájának*, foglalkozásának körülményeit, követelményeit kell figyelembe venni. Amennyiben az aktuális munka vonatkozásában a munkaképesség számottevő csökkenése vagy hiánya állapítható meg, a munkaképességet vizsgálni kell a tanult szakmához kapcsolódó foglalkozásokban, illetve meg kell határozni a károsodott egyén számára ajánlható egyéb foglalkozások körét.

A foglalkoztatás lehetőségeinek véleményezése során figyelembe kell venni a megváltozott munkaképességű egyén átképzésének, új foglalkozásra való felkészítésének, valamint a munka körülményeinek, követelményeinek a károsodott egyén képességeihez való igazításának (adaptálásának) lehetőségeit is. Az egyén új foglalkozásra való felkészítését, átképzését, a munkahely adaptálását, a megfelelő munkahely keresését, a foglalkoztatást elősegítő egyéb akciókat és szabályozásokat, s az ezzel kapcsolatos munkügyi tevékenységet összefoglaló néven *foglalkoztatási rehabilitációnak* nevezzük.

Részletes rész. Az egyes szervrendszereknek megfelelő felosztásban tartalmazza az alapvető anatómiai, élettani és kórélettani ismereteket, különös figyelmet szentelve a tárgyalt szervrend-

szert funkciójának, a funkciók jellemző károsodásának, s azok kimutatásának.

A vizsgált egyén képességeinek, lehetséges teljesítményének, részvételének vizsgálata szempontjából nem a diagnózisoknak, hanem inkább a funkciók változásainak, s e változásoknak a mindennapi és a munkatevékenységre kifejtett hatásának van jelentősége. Az adott szervrendszer jellemző károsodásait, s azok hatásait a *károsodások kritériumainak* nevezzük. A kritériumok lehetnek strukturális vagy funkcionális elváltozások, azok – lehetőleg objektív eszközökkel meghatározható – ismérvei, jellemző panaszok, tünetek. A gyógykezelés szükségessége, sajátossága, eredményessége szintén kritériumképző szempont lehet. A kritérium megfogalmazása általában akkor a legsikeresebb, ha egyúttal az egyén tevékenységi lehetőségeinek, a mindennapi élet és a munka követelményeinek való megfelelésre is utal. A kritériumokat jellemezheti az elváltozások időbeni megjelenése és folyamatossága, a megjelölt károsodások, jelenségek kiterjedtsége, súlyossága.

A részletes rész fejezeteiben jelentős figyelmet szenteltünk az adott szervrendszer károsodásai, valamint a napi élettevékenységek ellátásának akadályozottsága (a fogyatékos) kérdéseinek.

A *fogyatékoság minősítése* során célkitűzésünk, hogy a funkcióképesség, fogyatékoság, egészség nemzetközi osztályozása (FNO) („International Classification of Functioning, Disability and Health”) című, az *Irányelvekkel* együtt megjelenő WHO-kiadvány útmutatása szerint történjen. A károsodásokra, a fogyatékosagra és a részvétel korlátozottságaira vonatkozó *új szemlélet* elterjesztése mellett az a célunk, hogy a fogyatékoság társadalmi kezeléséhez megfelelő *metodológiai vezérfonalat* is adjunk. Ennek megfelelően a Részletes rész egyes fejezeteiben kitérünk az adott szerv, illetve szervrendszer károsodásai által eredményezett *leggyakoribb fogyatékoságok* leírására, s útmutatást adunk azok besorolásához, értékeléséhez.

A fogyatékoság okozta társadalmi részvételkorlátozottság sajátos megjelenési formája a

munkaképesség változása, mely megnyilvánulhat egy adott munka, foglalkozás, illetve ezek szűkebb vagy tágabb csoportja ellátására való képesség elvesztésében vagy csökkenésében.

Az átmeneti munkaképesség-csökkenés (keresőkép-telenség) megítéléséhez – a foglalkozások nagy száma miatt – *csupán általános szempontokat, ajánlásokat adunk.* Ugyancsak ajánlások formájában fogalmazzuk meg egy-egy betegség, betegségcsoport, orvosi beavatkozás vagy állapot esetén a *keresőkép-telenség átlagos időtartamát.* Eltérés az ajánlásoktól természetesen mindkét irányban lehetséges, ha ezt az elbíráló orvos magyarázattal, indoklással támasztja alá.

Az orvosszakértői vizsgálatok végzésének alapvető követelménye, hogy – az átmeneti munkaképesség-változás véleményezésének kivételével – törekedni kell azokat stabil állapotban, a funkciók helyreállításának (vagy a funkciócsökkenés kompenzációjának) a lehető legmagasabb szintjén elvégezni. Tehát az orvosszakértői vizsgálatokat megelőzően ki kell használni a rendelkezésre álló diagnosztikai és terápiás lehetőségeket. Ez azonban nem jelentheti ezek ésszerűtlen, koncepciótlan, pazarló alkalmazását. Törekedni kell a *diagnosztikai és a terápiás protokollok, algoritmusok* betartására. Az egészségügy erőforrásaival való gazdálkodás, a társadalombiztosítási alapok ésszerű felhasználása szempontjából a diagnosztikai és a terápiás eszközök „túlfogyasztása” ugyanolyan hiba, mint a szükséges vizsgálatok vagy gyógyító beavatkozások elmaradása. Az orvosszakértői minősítés eljárási rendjének, a vizsgálatok módszerének kialakítása során arra kell törekedni, hogy „*csak a kivizsgált és a szükséges gyógykezelésen átesett*” igénylők kerüljenek szakértői vizsgálatra.

A károsodások, a fogyatékoság, a munkaképesség, s az egyéb képességek orvosszakértői véleményezése egyúttal fontos *egészségügyi minőségbiztosítási eszköznek* is tekinthető. A beteg funkcióinak, képességeinek alakulása, az önellátás képessége és a munkavégző-képesség, a társadalom életében való részvételre való alkalmasság legalább olyan fontos mutatója a gyógykezelés eredményességének, mint a panaszok, a betegség-

gek, bizonyos szövődmények kialakulása és fennállása.

A károsodásokat, a fogyatékoságot és a részvétel korlátozottságát vizsgáló orvosszakértő tehát közvetett formában értékeli az egészségügyi szolgáltatók tevékenységét. *Az orvosszakértői minősítés a jövőben az egészségügyi minőségbiztosítási rendszer egyik fontos alkotóeleme lehet.*

A véleményezés során az orvosszakértőnek értékelnie kell az *igénylő kivizsgálásának, gyógykezelésének megfelelőségét, teljességét, eredményességét.* Amennyiben a fentiekben hiányosságokat észlel, azok pótlása céljából visszautalhatja az igénylőt a korábbi egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy az általa megfelelőnek tartott szolgáltatóhoz irányíthatja, illetve saját maga is elvégezheti a szükségesnek látott tennivalókat.

Az *Irányelvek* fejezetei a különböző betegségek, betegségcsoportok esetében tartalmazzák az *alapvető diagnosztikai és terápiás elveket*, a kivizsgálás és a gyógykezelés legfontosabb módszereit, s azok alkalmazhatóságát, a *diagnosztikai és terápiás algoritmusokat*, melyek alapján a szakértő meg tudja ítélni, hogy az adott beteg vizsgálatai és kezelése során kimerítették-e a lehetőségeket, illetve azt, hogy azokkal fölöslegesen éltek-e.

A károsodások, a képességek megítélése, a tevékenység és a részvétel lehetőségeinek értékelése azonban lényegesen különbözik a hagyományos klinikai kivizsgálástól, amennyiben a károsodott vagy elvesztett funkciók helyett a *meglévő, a fejleszthető képességek, a kompenzálás lehetőségeinek kimutatására* helyezi a fő hangsúlyt. Az *Irányelvek* egyes fejezeteiben ennek megfelelően nagy teret szenteltünk a *funkcionáliskapacitás-vizsgálato*knak, alkalmazásuk leírásának.

A fogyatékoság, a megváltozott munkaképesség társadalmi kezelésében a fejlett gazdasággal és szociális ellátórendszerrel rendelkező országokban az elmúlt 1–2 évtizedben a passzív, pénzbeli ellátások (különböző járadékok, segélyek) helyett egyre nagyobb hangsúlyt kap az *esélyegyenlőség és a társadalmi reintegráció* biztosítása. A megfelelő jogszabályi keretek mellett e célkitűzések megvalósítása *komplex rehabilitációs tevékenység*,

intézkedések útján történik. Az *Irányelvek* egyik alapvető célja a *rehabilitációs szemlélet* meghonosítása, megfelelő információ nyújtása a felhasználók széles köre számára az orvosi rehabilitáció módszereiről, lehetőségeiről általában és részleteiben és minden egyes szervrendszer, illetve funkciócsoport vonatkozásában.

A *Részletes rész* fejezeteiben bemutatjuk az adott szervre, szervrendszerre jellemző *foglalkozási ártalmakat*, azok kivédésének, illetve a károsodások megelőzésének lehetőségeit. A munkaképesség véleményezésének szerves része a *munkaalkalmasság*, a *foglalkozási alkalmasság felmérése*, mely különösen fontos a funkcióiban károsodott, az egészségkárosító hatásokra érzékenyebb, sérülékenyebb egyének esetében. A minősítést végzőknek, akik összevetik az egyén képességét a munka követelményeivel, ismerniük kell a munkakörök, a foglalkozások támasztotta követelményeket, a munkavégzés körülményeit általában és konkrétan is az adott igénylő vonatkozásában. Ehhez kívánnak segítséget nyújtani az egyes fejezetek *foglalkozás-egészségügyi részei*.

Az orvosi rehabilitációhoz, valamint a foglalkozás-egészségügyi ismeretekhez csatlakozik a *foglalkozási rehabilitáció*, melynek megvalósítása nélkül lehetetlen érdemi haladást elérni a fogyatékosok és a megváltozott munkaképességűek társadalmi helyzetének megváltoztatásában. A foglalkozási rehabilitáció a különböző irányú tevékenységek gazdag tárházát jelenti a munka-, a foglalkozási alkalmasság felmérésétől a foglalkoztatást ösztönző jogszabályokon, a munka adaptálásán át, egészen a védett munkahelyen történő foglalkoztatásig.

Az egyértelmű, precíz fogalom meghatározások szükségessége

Mivel az *Irányelvek* az orvos (házi orvosok, rehabilitációs és foglalkozás-egészségügyi orvosok, orvosszakértők, igazságügyi orvosszakértők, a különböző szakterületek orvosszakértői tevé-

kenységet végző szakemberei) és a nem orvos (hatósági feladatokat ellátó köztisztviselők, munkaügyi szakemberek, a szociális szféra dolgozói stb.) felhasználók széles köre számára készült, fontosnak tartottuk az *egyértelmű, precíz fogalom meghatározásokat*.

A könyv nyelvezete igyekszik kerülni az elvont, speciális orvosi terminológiát, ugyanakkor oly módon törekszik közérthető nyelven megfogalmazni a sajátos orvosi, olykor jogi vagy műszaki mondanivalót, hogy úgy fejezze ki az emberi szervezet, a személy, s annak különböző funkciói, tulajdonságai, valamint a szűkebb fizikai és társadalmi környezet bonyolult viszonyait, kölcsönhatásait, hogy ne vulgarizálja, ne egyszerűsítse le azokat.

Kommunikáció

Az *Irányelvek* egyik legfontosabb célja, hogy segítse az *együttműködést* a fogyatékosági és a rokkantsági ügyek intézésének orvos és nem orvos résztvevői között. Ennek alapfeltétele, hogy minden szereplő számára érthető, közös nyelvet alakítsunk ki. Az orvosoknak ismerniük kell a nem orvosi, jogi, munkaügyi, szociális terminológiát, s ami a legfontosabb: képesnek kell lenniük az orvostudomány nyelvén interpretálni a társadalom által felvetett különböző kérdésekre adott válaszokat.

Nem kevésbé fontos, hogy az orvosszakértők a többi résztvevő számára is *érthető módon* fejtsék ki az igénylők állapotára, s főként hasznosítható képességeikre, társadalmi integrációjuk irányára, tennivalóira vonatkozó megállapításaikat. A károsodások kritériumait, a rehabilitáció lehetséges irányait a nem orvos résztvevők számára is világosan, a kapcsolódó területeken alkalmazható módon kell kifejtetni. Kerülni kell a speciális szakmai kifejezéseket, az orvosszakértői véleménynek – lehetőség szerint – nemcsak az orvosok, hanem minden résztvevő számára érthető nyelven kell megfogalmazódnia. A diagnosztikai vizsgálatok eredményei természetesen a speciális orvosi terminológiával megfogalmazva érkeznek, az orvosszakértőnek azonban ki kell válasz-

tania az információk közül azokat, amelyeket megfelelő megfogalmazásban érdemesnek tart közölni az egyéb résztvevőkkel.

Kompetenzazavarok

Sajátos szerepe miatt az orvosszakértőt *frusztráció* érheti. Ez különösen gyakran fordul elő a gyógyítóellátásban hosszú ideje dolgozó, s az orvosszakértői munkába kerülő orvosokkal. A gyógyító orvos a betegtől és a kivizsgálást végző szolgáltatótól összegyűjti az információt, és maga dönt a beteg gyógykezeléséről. Az orvosszakértő azonban csak döntést előkészítő, megalapozó szereplője egy folyamatnak, s a döntést a hatósági, közigazgatási szakemberek hozzák meg. A *kompetenzazavarok* az eljárási rendek szabályozatlanságai, következetlenségei csak fokozzák. A jövőben olyan eljárási szabályok kialakítására kell törekedni, melyek alkalmazása során az orvos és a nem orvos résztvevők egyaránt megőrizhetik szakmai önállóságukat, identitásukat, s érvényesíthetik kompetenciájukat.

Az orvosszakértői véleményezés korlátai

Számos olyan kérdés merülhet fel a kérdéskörhöz kapcsolódóan, melyre az orvostudomány jelenlegi állása mellett nem adható hiteles válasz. A nem orvos résztvevőknek tehát ismerniük kell az orvostudomány korlátait általában, s a hazai gyakorlat által biztosított lehetőségekhez viszonyítva egyaránt. Az orvosi információkat alkalmazó szakembereknek tudniuk kell, hogy az orvosszakértők milyen feltételek között, az objektivitás milyen fokára alapozva alkották meg véleményüket. A kommunikáció fontos feltétele tehát egymás igényeinek, lehetőségeinek, korlátainak ismerete. *A résztvevők közötti hatékony és eredményes kommunikáció* kialakítása e könyv egyik legfontosabb célja.

Az orvosok és a biztosítók érdekeinek ütközése az orvosszakértői tevékenység ellátása során

Az orvosok és a biztosítók érdekei különbözhetnek az orvosszakértői tevékenység során. Az egyik oldalon az orvos (a szakértői tevékenységet végző orvos is) abban érdekelt, hogy minél több vizsgálatot végezzen, minél több és újabb diagnosztikai és terápiás módszert alkalmazzon, melyekkel újabb és újabb, az eddiginél több károsodást, fogyatékoságot tár fel. A másik oldalon az orvosszakértőnek mint a biztosító szakemberének (azonosulva intézménye céljaival) az az érdeke, hogy a feltárt esetek halmazából kiszűrje azokat, amelyekben a társadalmi részvétel korlátozottsága ténylegesen olyan fokú, hogy jelentősen veszélyezteti az egyén egzisztenciális lehetőségeit, így az anyagi kompenzációra szorul.

E kettősség miatt az *orvosszakértői minősítés az egyéb orvosi tevékenységektől lényegileg tér el*: alkalmazza ugyan az orvostudomány legújabb eredményeit, eszközeit, célja azonban a betegségek következtében kialakuló károsodások kimutatása, azok értékelése, kedvező irányú befolyásolása, a megmaradt képességek feltárása, hasznosításuk ösztönzése, a társadalmi részvétel, a foglalkoztatás megtartása, helyreállítása, a biztosított jövedelemszerző tevékenységének megőrzése – mindez a biztosítási pénzforrások védelme érdekében is. *Az Irányelvek* ehhez a sajátos eszköz- és célrendszerrel bíró tevékenységhez kíván útmutatást, segédletet adni. Könyvünket egyúttal az egészségbiztosítási szakorvosok képzését szolgáló tananyag egyik legfontosabb eleméül szánjuk.

Az orvosszakértői munka presztízse

Az orvosszakértői tevékenység problémái nemcsak Magyarországon jelentkeznek; nem véletlenül nevezte *Stephen L. Demeter* az egyesült álla-

mokbeli „Irányelvek” szerzője az orvosszakértői munkát az orvosi szakma „szegény mostoha-gyermeke”-nek. Sajnos Magyarországon is alacsony az orvosszakértői munka presztízse.

A helyzet megváltoztatása érdekében minde- nek előtt meg kell fogalmazni e tevékenység je- lentőségét: a *pénzügyi források védelme* mellett hangsúlyozni kell a *humanitárius szempontokat* is; az orvosszakértői munka arra nyújt lehetőséget, hogy a rászorultak megkapják az egészségi álla- potuknak megfelelő rehabilitációs és kompenzá- ciós ellátásokat.

Az orvosszakértő a véleményével olyan *hatósági döntést* alapoz meg, melyhez az egészségi állapo- ton kívül számos egyéb, személyes és több kon- textuális tényező ismeretére, mérlegelésére van szükség. Minél inkább túllép pedig az orvos- szakértő a hagyományos klinikai szemléletmó- don, minél inkább képes a *személy-környezet köl- csönhatásban* vizsgálni az igénylőt, annál nagyobb jelentősége lesz az orvosszakértői vizsgálatnak a különböző egészségi alapon nyújtott, biztosítot- ti jogosultságok, jogosítványok megállapításá- ban.

A rehabilitációs jellegű ellátások részaránya- nak növekedése a szolgáltatások között szintén az orvosszakértő szerepének növekedését vonja maga után. A fogyatékoságok, a munkaképes- ség elbírálása során az elveszett, a hiányzó képes- ségek mellett egyre inkább sort kell keríteni a megmaradt, a fejleszhető képességek értékelésé- re, s azok *rehabilitáció* útján történő hasznosításá- ra. Az orvosszakértői vizsgálatnak értékelni kell a rehabilitáció megvalósulását, eredményességét. Az ismételt vizsgálatoknak, a felülvizsgálatoknak többek között ez az egyik alapvető célja.

Az orvosszakértői tevékenység szakmai alap- jaként, a közeljövőben induló egészségbiztosítá- si szakértői szakorvosképzéssel együtt ez a könyv is hozzájárulhat ahhoz, hogy az orvosszakértés elfoglalhassa méltó helyét az orvosi szakterületek között.

Kérdéscsomagok, protokollok

A kommunikáció elősegítése érdekében az egyes jogszabályok (rokkantsági nyugdíj, rehabi- litációs támogatási rendszer, fogyatékosági tá- mogatás stb.) alkalmazásához kötődően speciális kérdéscsomagokat tartalmazó kérdőíveket (pro- tokollokat) kell kialakítani, melyek egyúttal irányt szabnak a válaszadásnak, és megszabják annak mélységét is.

A munkaképesség minősítésének korábbi szabályairól

Az első átfogó hazai leírást *Csépai Károly* egyete- mi magántanár, az OTI igazgatója adta a mun- kaképesség minősítésének szabályairól „*Az or- vosszakértői véleményadás irányelvei*” c., 1937-ben megjelent könyvében. *Csépai Károly* – aki a ha- zai társadalombiztosítási orvosszakértői szakma kiemelkedő alakjának, egyik megteremtőjének tekinthető – kulcsfontosságúnak ítélte az orvos munkáját a társadalombiztosítás működésében:

„Az egész társadalombiztosítás az orvosszakér- tői tudományra épül fel. Ha az orvosszakértők megfelelően teljesítik feladatukat, a társadalom- biztosítás elérheti nemes célját, ha ellenben műkö- désük nem megfelelő, úgy ez alapján rendíti meg az egész szervezetet, mert megrendíti a rend- szer igazságosságába vetett hitet, és a szociális ki- egyenlítődés és megbecsülés helyett a társadalmi ellentétek fokozását idézi elő”

– írta, s aláhúzta: ahhoz, hogy az orvosszakértő meg tudja oldani nehéz feladatát, *jelleme és kép- zettsége* el kell hogy érje a megfelelő mértéket.

Az orvosszakértő *függetlensége, pártatlansága, feddhetetlen jelleme és jó képzettsége* ma is feltétele hasznos tevékenységének – ez *Csépai Károly* életművének ma is érvényes útmutatása.

A funkcionális és a rehabilitációs prioritásokra épül Kovács János egyetemi magántanár „A keresőképesség-csökkenés százalékos értékelése a baleseti kötelező biztosításban” c. munkája (1942).

„Igen fontosnak tartjuk a funkcionális (működető) kezelés alapelveit is, melynek eredményessége azonban nem egyedül a sérülés súlyosságától és a gyógyulás alatt jelentkező szövődeményektől, hanem több más mellékkörülménytől, így elsősorban a sérült gyógyulási vágyától, a gyógykezeléssel kapcsolatos kisebb kellemetlenségekkel szemben tanúsított érzékenységtől is függ. A funkcionális kezelés alatt általában a sérült gyógykezelésének olyan irányítását értjük, melynek következményeképpen a gyógykezelés befejezte után a testrészek, végtagok, ízületek és a fizikai munkában szerepet vivő szövetek (izmok, szalagrendszer stb.) működése a körülményeknek megfelelően a legnagyobb mértékben helyreáll”

Fontosnak tarja a gyors gyógyulást, illetve a korai rehabilitációt,

„nehogy ... a végtagok működésében szereplő szövetek elsorvadjanak, az ízületek mozgásának normális foka beszűküljön, a sérült a munkától elszokjon, és beleélje magát abba, hogy beteg, rokkant, s nem kell már többé dolgoznia.”

Nem elsősorban az anatómiai viszonyok helyreállítására, hanem a funkció helyreállítására kell törekedni. Ezzel szemben az egészségkárosodott személyek indokolatlanul hosszú ideig részesülnek a beteg passzivitását fenntartó kezelésben.

Szorgalmazza, hogy részleges anatómiai vagy funkcionális gyógyulás esetén is valamely járadék folyósítása mellett az egészségkárosodott személyt munkába állítsuk. Ezzel tulajdonképpen a rehabilitációs jellegű táppénz, a rehabilitációs járadékellátás, az átképzési támogatás irányába mutat utat – ezen intézmények kialakítása jelenleg is megoldást jelenthetne a foglalkoztatási rehabilitáció eredményesebbé tételében. A megoldás lényege: a keresőtevékenység mellett nyújt járadékellátást. Jól jár az egészségkárosodott, jól jár a munkáltató, mert visszakapja a munkában járatos, tapasztalt munkavállalóját. Jól jár a társadalom, mivel lényegesen lerövidül a

tartós munkaképesség-változás időtartama, s csökken a kizárólag passzív ellátásban részesülők száma. A jelenlegi, a keresetkorlátozásra épülő rokkantsági ellátórendszernek korszerűsítése során érdemes visszanyúlni ehhez a megoldáshoz.

A mai korszerű felfogásnak megfelelően fogalmazza meg Kovács János az egészségügyi ellátás, az orvosi és a foglalkoztatási rehabilitáció összehangolásának szükségességét:

„A munkaterápia elvégzésére szükség van erre a célra külön berendezett olyan műhelyre, mely minden szakmának megfelelő számmal fel van szerelve. Ebben a műhelyben a baleseti sérültek az utókezelés egész tartama alatt orvosi ellenőrzés mellett naponta több órát dolgozhatnak. ... Még ideálisabb volna ... lehetősége annak, hogy a baleseti sérülteket más foglalkozási ágakra is lehessen átképezni.”

Ezek a megoldások jelenleg kiválóan működnek a fejlett szociális, egészségügyi és munkaügyi ellátórendszerekkel rendelkező országokban (Németország, Svédország, Franciaország stb.).

A rehabilitáció pszichológiai elemeinek fontosságára utal a könyv, amikor arról ír, hogy milyen káros következményei vannak, ha

„a kezelőorvos indokolatlanul tesz olyan kijelentést, melyből a sérült arra következtethet, hogy állapota olyan súlyos, hogy a gyógykezelés után többé munkát nem végezhet.”

A beteg ennek eredményeképpen elveszíti akaraterejét, munkakedvét, önbizalmát, és

„még a legjobb munkás sem hajlandó többé dolgozni.”

A II. világháború előtti időszakban megjelent, a munkaképesség véleményezésével kapcsolatos munkák is azt mutatják, hogy a hazai társadalombiztosítás fejlettsége, a társadalombiztosításban dolgozó orvosok szemlélete, felkészültsége az akkori világ élvonalába tartozott. A bennük megfogalmazott elvek ma is korszerűek. A jelenlegi élenjáró nemzetközi gyakorlat mellett

ezek az elvek, tapasztalatok ma is a korszerű hazai orvosszakértői tudomány és tevékenység pillérei lehetnek.

A későbbiekben a munkaképesség véleményezéséről *Rózsahegyi István* az általa szerkesztett „*A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei*” c. kézikönyvben (1960) a jelenlegi felfogásnak is megfelelő elveket fogalmazott meg:

- az orvosnak nem csupán a beteget kell gyógyítani, hanem segítenie kell annak az eldöntésében, hogy eredeti munkakörében dolgozhat-e anélkül, hogy a munkavégzés egészségének károsodását okozná;
- az orvosnak ismernie kell a beteg munkakörének feladatait és a munkavégzés körülményeit ahhoz, hogy megítélhesse, a véleményezett egyén teljesítőképessége megfelel-e a munkakör támasztotta követelményeknek;
- a munkaképesség orvosi elbírálása során figyelemmel kell lenni az adott munkában fennálló foglalkozási tényezőkre, vagyis a szakmai munkaképességet kell véleményezni;
- a munkaalkalmasságot nem általában, hanem csak konkrét módon, egy adott munkavállaló meghatározott munkaviszonylatában lehet megítélni. Ezért szükséges, hogy a munkaalkalmasságot elbíráló orvos ismerje a munkahelyeket és a munka követelményeit;
- a munkaképesség elbírálásának alapja a foglalkoztatás lehetőségeinek az igénylő egészségi állapota szerinti megítélése;
- a rokkantság nem kizárólag orvosi, hanem egyszersmind szociális meghatározottságú fogalom is;
- a rokkant munkába állítása nemcsak az elvesztett funkcióktól függ, hanem főképp attól, hogy a hiányzó funkciókat milyen módon és milyen fokban képes a károsodott személy kompenzálni;
- nem az a meghatározó, hogy a károsult mit veszített el, hanem az, hogy mi maradt meg: nem a szerv károsodása, hanem a ká-

rosodás után megmaradt teljesítőképesség a döntő;

- csupán a betegség fennállása miatt nem nyilvánítható az olyan személy rokkantnak, aki saját foglalkozásában munkaképes;
- a munkaképességnek kizárólag biológiai szempontok szerinti elbírálása, amely a munkatényezőket nem veszi figyelembe, a megállapított járadékot a betegségért járó „fájdalomdíj”, fizetéskiegészítéssé változtatja.

Hasonló szellemben fogalmazódott az 1972-ben megjelent, *Irás Jenő* által szerkesztett „*Szemelvények a munkaképesség-csökkenés elbírálásához*” c. munka. A szerző leírja az orvosszakértői vizsgálatok módszertanát, az anamnézisyűjtéstől kezdve a kiegészítő vizsgálatok értékeléséig. Aláhúzza az objektivitás fontosságát:

„... a szakvéleménynek olyannak kell lennie, mint egy rendkívül élesen rajzoló objektívvel végzett fényképnek”.

Fontosnak tartja a megmaradt funkciók meghatározását, melyek

„nemcsak az egyén, de az egész társadalom szempontjából ... döntő fontosságúak. Ez képezi az alapját az intézményes rehabilitációnak”.

A szakvélemény kialakítása során nagy jelentőséget tulajdonít a kommunikációnak, az egyértelmű fogalmazásnak:

„A szakvélemények stílusának meghatározásánál tekintetbe kell vennünk, hogy ezek nem kizárólag egészségügyi szakemberek részére íródnak, hanem – legnagyobb részt – laikusok, ügyviteli szervek használják fel rokkantsági nyugdíj, baleseti járadék stb. eljárások alapdokumentumául. Fentiekből értelemszerűen következik, hogy a szakvéleményből következtetett diagnózis, valamint az azt követő vélemény közérthető nyelven, egyszerű és világosan érthető mondatokból legyen meg szerkesztve.

A vizsgálandó személy szociális beágyazottságára hívja fel a figyelmet, s ugyanakkor mély

humanitásról tesz tanulságot, amikor arra szólít fel:

„ne csak a 'beteg' lássuk és vizsgáljuk, hanem a betegen keresztül vegyük észre az embert is, az ő összes adottságával együtt.”

A munkaképesség véleményezése a gyakorlatban azonban nem a fenti, ma is korszerűnek mondható elvek szerint valósul meg. A munkaképesség elbírálása során ma sem veszik figyelembe a véleményezettek munkájának követelményeit, körülményeit, s a minősítés a betegségekre, a tünetekre alapozva, az elveszett képességek kimutatására épül.

Ezt a szemléletet fogalmazták meg az 1989-ben kiadott, a „*Munkaképesség orvosszakértői vizsgálata, értékelése és véleményezése*” c. irányelvek:

„A teljes munkaképtelenség azt jelenti, hogy az ilyen rokkant szokásos munkafeltételek közt (rendszeresen, teljes munkaidőben, az átlagos munkakörülmények mellett, az átlagnak megfelelő teljesítménnyel) egészségének romlása nélkül semmilyen munkát nem képes végezni, ill. munkát vállalni. ...az orvosszakértő akkor állapítja meg a III. csoportú rokkantságot, ha a beteg munkaké-

pességét egészségromlása, ill. testi vagy szellemi fogyatkozása oly mértékben korlátozza, hogy emiatt általánosan a szokásos munkafeltételek közt az átlagnak megfelelő teljesítménnyel egészségének romlása nélkül tartósan nem képes munkát végezni, ill. vállalni.”

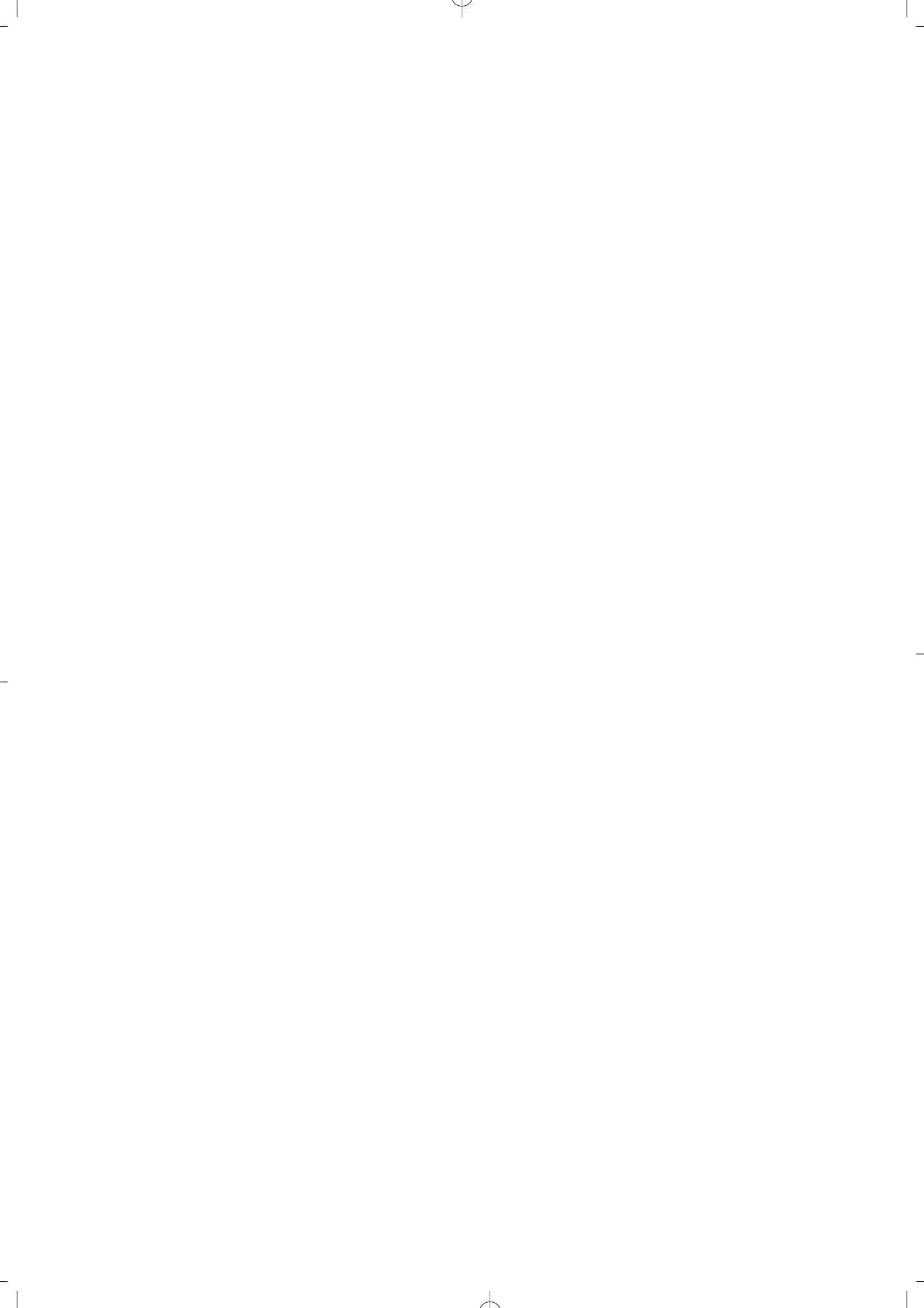
A munkaképesség megállapítása tehát az átlagos, általános – tehát lényegében meghatározhatatlan – munkafeltételeknek megfelelően történik.

Ezzel szemben a „*Szakmai irányelvek a keresőképtelenség orvosi elbírálásához*” c. útmutató (1989) felhívja a figyelmet, hogy a keresőképtelenség eldöntésekor azt a foglalkozást kell figyelembe venni, amelyet a dolgozó akkor folytatott, amikor megbetegedett. Azt a követelményt pedig, hogy

„nemcsak a beteg állapotát kell az orvosnak ismernie..., hanem a beteg munkakörének az egészségre ható tényezőit is”,

a keresőképtelenség házi orvos általi elbírálása csak korlátozottan tudja érvényesíteni, mivel a házi orvosoknak csak egy része rendelkezik alapos ismeretekkel a foglalkozások széles körének követelményeiről.

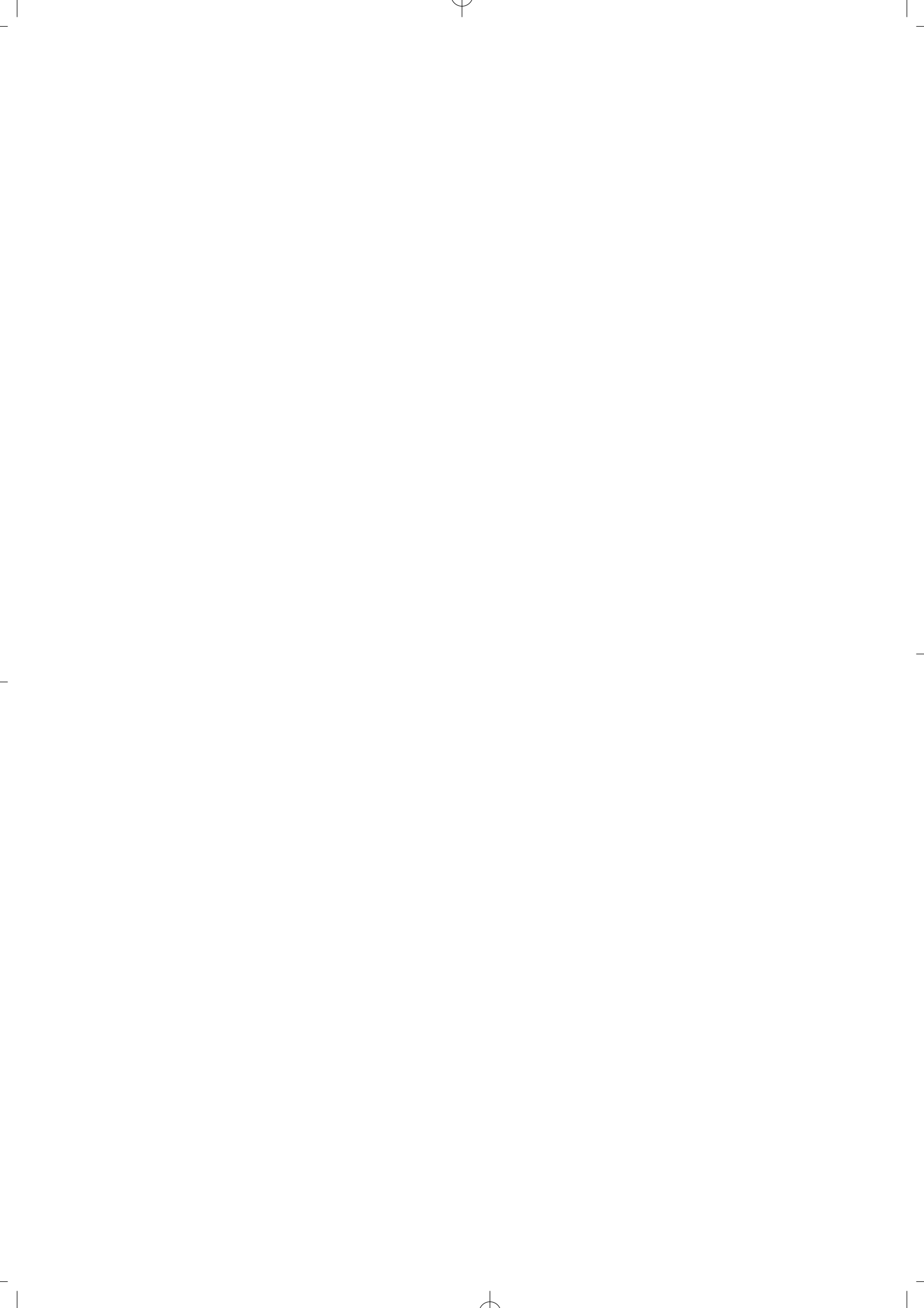
Általános rész



1. fejezet

Károsodás, fogyatékoság, rokkantság

Juhász Ferenc



A fogyatékoság, a rokkantság fogalmának meghatározása nem könnyű feladat. Az általános fel fogás szerint a fogyatékoság miatt az egyén nem képes végrehajtani a mindennapi élet által igényelt tevékenységeket, a rokkantság miatt pedig nem képes a megfelelő jövedelemszerző tevékenységet folytatni.

A *fogyatékoság* a különböző nyelvekben a normálistól való eltérést, hiányt vagy csökkenést jelent, amely bizonyos tevékenységek végzését, a társadalmi aktivitást korlátozza. A fogyatékoság szó jelentéséhez a legtöbb nyelvben többféle negatív felhang tapad: kevésbé értékeset, kevésbé képeset, csökkent értékűséget, deprimált, deviáns állapotot jelent.

A fogyatékoság olyan probléma, amely különböző mértékben korlátozhatja, gátolhatja az érintettet személyes, családi és társadalmi kapcsolataiban. A fogyatékos személy bizonyos körülmények, követelmények vonatkozásában függő, korlátozott képességű, más körülmények, követelmények vonatkozásában viszont független és teljes értékű tevékenységre képes. A fogyatékosághoz kapcsolódó körülmények előnyös megváltoztatása esetén viszont a függőséggel járó követelmények vonatkozásában is képes lehet teljes értékű vagy számottevő teljesítményre.

A fogyatékoság, a rokkantság fogalmait gyakran más fogalmakkal – leggyakrabban a betegséggel – keverik össze. E hamis szemlélet alapján a fogyatékos embert az egészséges ember „ellenpontjá”-nak tartják, és feltételezik, hogy

feltétlenül – és szinte kizárólag – egészségügyi segítségre szorul. Holott a fogyatékos személy – éppúgy, mint minden ember – csak a heveny vagy az idült betegségek esetén szorul egészségügyi ellátásra. Sőt, sokszor a krónikus betegségek okozta fogyatékoságok esetén is jelentősebbek a problémák megoldásának a szociális, mint az egészségügyi vonatkozásai.

Más esetben a fogyatékoságot, a rokkantságot az egészségi állapottal – a vaksággal, a halláskárosodással, a mozgászavarral stb. – azonosítják, holott ezek csupán a szervezet bizonyos struktúráinak és funkcióinak a károsodásai.

Még az a korszerűnek vélt felfogás is hibásnak mondható, amely szerint a fogyatékoság valamely tevékenység (mozgás, kommunikáció stb.) végrehajtásának a korlátozottsága, mert egyoldalúan a károsodásra, a személyre helyezi a hangsúlyt, s nem kellő mértékben veszi figyelembe a személyes és a környezeti tényezők kölcsönhatását. Ez a felfogás nem adja meg kellően azt a lehetőséget, hogy a környezeti korlátok megszüntetésével a károsodott egyén fogyatékosága megelőzhető, megszüntethető vagy legalább csökkenthető. Ha a fogyatékoságot csupán a károsodás függvényében ítéljük meg, tévútra jutunk, s jelentősen csökkennek lehetőségeink a fogyatékoság kedvező irányú befolyásolására.

Az egyértelmű, precíz definíciók hiányában hiteles statisztikai feldolgozást sem lehet készíteni. A fogalmak tisztázatlansága miatt a jelenlegi népszámlálási adatok csupán arról tájékoztatnak, hogy hány embernek vannak – a saját felfogása

szerint – károsodásai és funkcionális korlátozott-ságai.

A fogyatékoság társadalmilag kezelhető és így kezelendő. Ehhez azonban ismerni és tudatosítani kell azokat a tényezőket, amelyek a kompenzációs, pénzbeli ellátások mellett lehetőséget adnak a fogyatékosok foglalkoztatására. Ez mindenképp előtt új szakmai képességek kialakítását, technikai segítő eszközöket, s a munkahely adaptálását igényli.

A fogyatékoság tehát a károsodásnak a környezet által is meghatározott következménye, mely különböző tényezők – szociális körülmények, valamint az egyén személyes, társadalmi és szakmai tapasztalata – együtthatásában alakul ki. A károsodás következményeit és kihatásait technológiai vagy alkalmazkodási jellegű prevenciós, korrekciós, kompenzációs környezeti és személyes mechanizmusok határozzák meg. Ez azt is jelenti, hogy ugyanaz a károsodás bizonyos körülmények között fogyatékoságot eredményez, míg más – kedvezőbb – körülmények között nem vezet ahhoz.

Ugyanakkor az is tény, hogy a fogyatékos emberek jelentős részének a legideálisabb környezetben is megmaradnak a korlátai. A támogató fizikai és társadalmi környezet alkalmazkodása csökkentheti ugyan a függőséget, de az akadályozottság, a korlátozottság tényén nem változtat. Ez azonban nem jelentheti a fogyatékos emberek társadalmi szegregációjának elkerülhetetlenségét.

A fogyatékoság nem jelent teljes képtelenséget (még a munkaképesség vonatkozásában sem, mint ahogy azt számos munkáltató véli). Lehet, hogy a korlátozottsággal nem rendelkezők számára „normális” körülmények között a fogyatékos egyén képtelen teljesíteni, de támogató környezetben képes lehet olykor másoknál nagyobb teljesítményre is.

A fogyatékoság meghatározásában a különböző országok szociális jogrendszere is visszatükröződik. A statisztikai adatok többnyire a járadékosok, a támogatásban részesülők számát tüntetik fel. Ezért a fejlett szociális ellátórendszerrel rendelkező országokban – a statisztika szerint – nagyobb a fo-

gyatékosok száma. Azokban az országokban például, ahol bevezették a kvótabírságot és a dotációs rendszert, megemelkedett a megváltozott munkaképességűek száma.

A fogyatékoság mint a juttatásokra való jogosultságot megalapozó jogi kategória.

A fogyatékos állapot tényét az arra hivatott intézmény mondja ki az egyén vizsgálata alapján. *A fogyatékoság jogi megfogalmazását gyakorlatilag tehát nem orvosi, nem rehabilitációs és nem statisztikai szempontok határozzák meg kizárólag.* A jogi és az orvosi megfogalmazás eltérő szempontjai feszültséget eredményeznek az orvosok, az orvosszakértői szervek és a hivatalok között.

A fogyatékoság mint szociális akciók tárgya.

A fogyatékosnak nyilvánított egyén orvosi, foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokban, pénzellátásban részesülhet. Néhány országban a szociálpolitika fő területe a privilégiumok és a protektív szolgáltatások biztosítása a fogyatékosok számára. Törvényesen elismerik a foglalkozási és a szociális egyenlőség elvét, jogilag szabályozzák az esélyegyenlőség érvényesítésének módjait és eszközeit.

A fogyatékoság és a foglalkoztatási rehabilitáció.

A nyugdíjellátással, a privilégiumok biztosításának rendszereivel szemben a *foglalkoztatási rehabilitáció* a fogyatékoság, a rokkantság elkerülésére, illetve korrekciójára helyezi a hangsúlyt. Célja, hogy rehabilitációs tevékenységgel, aktív munkaerőpiaci politikával számolja fel a fogyatékosok foglalkoztatási hátrányait.

A fogyatékoság mint tartós hátrány.

Miután a foglalkozási rehabilitáció első lépésben elhárította a fogyatékoság negatív következményeit, a fogyatékosok további védelemre szorulnak: meg kell óvni őket a *szociális szegregációtól*. Ehhez különböző védő és támogató rendszerek szolgáltatnak segítséget: számos országban a fogyatékosokat foglalkoztató munkáltatók a munkabérhez dotációban, a fogyatékos munkavállalók pedig bértámogatásban részesülnek. A cél az,

hogy a fogyatékos munkavállaló a nem fogyatékosokkal azonos bérezésben, és egyéb juttatásokban részesüljön.

A fogyatékosokra vonatkozó jelenlegi szabályok a véglegesség szemléletére épülnek. Ez azt a szemléletet tükrözi, hogy a fogyatékosoknak, a rokkantságnak nincs oka, a végleges kimenetelt kell megítélni, s arra mindenkor ellátást kell biztosítani. Holott *számos esetben a szociális helyzet és a támogatás maga a „rokkantság” legfontosabb oka és „véglegesítője”*. A jogi szabályozás nem foglalkozik a rokkantság okaival; holott különbséget kellene tenni

- az örökletes vagy veleszületett rendellenesség,
- a mentális vagy a fizikai „nem teljesértékűség”,
- a betegség,
- a háztartási, sport-, közlekedési vagy munkahelyi baleset,
- a foglalkoztatás körülményei, valamint
- a személyes élethelyzetek okozta hátrányok között.

A kérdés kezelésének nehézségei. A történelmi, jogi és kulturális különbségek miatt nehéz kialakítani a fogyatékos, a rokkantság minden országban egyöntetűen alkalmazható koncepcióját. Emiatt az országok közötti összehasonlítás rendkívül nehéz, hiszen a statisztikai adatok nem tükrözik a tényleges különbségeket.

A fogyatékos modern koncepciója a szociális, a foglalkoztatási tényezőkre, az esélyegyenlőségre helyezi a hangsúlyt. A rokkantság eszerint elsősorban szociális és foglalkoztatási, s nem pedig orvosi fogalom. A probléma megoldását is társadalmi téren, a *társadalmi reintegráció* terén kell keresni.

Mindkét fogalomfelfogás tartalmaz ellentmondást: az egyik szerint a fogyatékos az egyén funkcióinak, teljesítőképességének csökkenése, a másik szerint pedig az indokolatlan szociális szegregálódás és diszkrimináció eredménye. Ezen ellentmondásnak – közvetetten – az egyénre és az ellátórendszerre nézve is komoly következményei lehetnek. Ugyanis:

- ha deklaráljuk, hogy a fogyatékos képes dolgozni, elesik a pénzbeli támogatástól és az egyéb védelemtől;
- ha elismerjük, hogy csökkent a teljesítőképessége, nem foglalkoztathatják.

Az új szemlélet az ellentmondást hivatott feloldani. A hangsúlyt a *társadalmi szolidaritás* fejlesztésére kell helyezni. A fogyatékosok számára meg kell teremteni a rokkantság elkerülésének a lehetőségét, s *választási lehetőséget* kell számukra biztosítani a foglalkoztatás, illetve a speciális szolgáltatások igénybevétele között.

A károsodás–fogyatékos–rokkantság hierarchiáját a rehabilitáció különböző fázisaival lehet párhuzamba állítani:

- a gyógykezelés a tartós károsodások,
- az orvosi rehabilitáció a fogyatékos,
- a foglalkozási rehabilitáció a rokkantság megelőzését szolgálja.

A fogyatékos súlyosságát, valamint annak szociális következményeit (rokkantság) egyetemlegesen vizsgálni tehát kizárólag az orvosi kritériumokra támaszkodva lehetetlen; a vizsgálatnak figyelembe kell vennie *az egyén foglalkozási, társadalmi, személyes kontextusait* – különösen a nem fogyatékosok hozzáállását. Ez a követelmény (is) megnehezíti a fogyatékos és a rokkantság megítélését.

Fogalommeghatározások

A betegség, a rendellenesség, a fogyatékos, a rokkantság fogalmának meghatározása során különleges nehézségekkel találjuk magunkat szemben:

- E fogalmak jogi, orvosi, szociális, köznyelvi értelmezése nem azonos, használatuk nem következetes, s ez zavarja a fogalmakat értelmező–használó különböző területek, a különböző szakemberek és az állampolgárok közötti kommunikációt;
- E fogalmak meghatározásai a nemzetközi szakirodalomban is új értelmezést nyernek,

illetve még ma is alakulóban vannak; nem könnyen értelmezhetők és nehezen fordíthatók magyar nyelvre, s a különböző fordításokban ugyanaz a fogalom más-más jelentést takar. Számos esetben a fogalmak megnevezésének magyar megfelelőit a fordítás, illetve az értelmezés során kell kialakítani. (Ezekkel a nehézségekkel különösen gyakran szembekerültünk az *Irányelvek* mellékletét képező, „*A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása*” c. kézikönyv fordítása során.)

- A legnagyobb problémát azonban a rokkantságra, a fogyatékoságra vonatkozó régi szemlélet továbbélése jelenti, ez kizárólag a személyes tényezők által meghatározottnak tartja ezen állapotokat.

E fogalmak *pontos definiálása* alapján lehetséges csak a lényegüket jelentő jelenségek, állapotok, tevékenységek valós tartalmának megismerése, s azok kedvező irányú befolyásolása. *A károsodások, a fogyatékoság és a társadalmi részvétel korlátozottságának korszerű szemlélete az egyén és fizikai, valamint társadalmi környezetének egységén és kölcsönhatásán alapszik. Az egyén tevékenysége, részvétele egészségi állapotának, az egyéb személyi és a környezeti tényezők megfelelőségének, egymásra hatásának a függvénye, s e tényezők viszonyában a társadalom fejlődésével együtt nő a tágabban értelmezett környezet szerepe. E szemlélet jegyében az *Irányelvek* mondanivalójának vázát képező fogalmak, s azok meghatározásai a következők:*

Szervezet. Az egyén testi, szellemi és lelki meghatározottságát, működését biztosító alkotóelemek összessége. A test fogalma a hazai szóhasználatban inkább fizikai-morfológiai értelemben használatos, míg a nemzetközi irodalomban a kifejezés magában foglalja a fizikai-morfológiai, a mentális, a pszichés összetevőket is.

A szervezet alkotóelemei. A szervezet különböző nagyságrendű és szerveződésű morfológiai egységei, s azok szerveződési formái. Szinonimá-

ja az *anatómiai struktúra*. A szervezet alkotóelemei különböző anatómiai egységeket – sejt, szövet, szerv, szervrendszerek – alkotnak, melyeket rendeltetésüknek megfelelően osztályozunk.

A szervezet funkciói. A szervezet alkotóelemei, s azok szerveződési formái által megvalósított folyamatok, melyek összehangolják, összerendezik, egységbe foglalják az alkotóelemeket, lehetővé teszik a környezethez való alkalmazkodást és a környezet módosítását. A szervezeti funkciók megvalósulásának összessége a szervezet működése (funkcionálása). Szinonimája a *fiziológiai funkció*. A szervezet funkciói közé tartoznak a érzelmi és értelmi folyamatok is.

Egészségi állapot. A szervezet morfológiai (anatómiai) alkotóelemeinek, s azok funkciójának az állapota, a szervezet működésének meghatározott szintje, mely az egyén közérzetét, képességeit, tevékenységét, társadalmi részvételét befolyásolja.

Az egészségi állapot romlása. A szervezet működésének, működőképességének csökkenése, torzulása, mely belső (endogén) vagy külső (exogén) ok következtében jöhet létre.

Kóros egészségi állapot. A szervezet működésének betegség, rendellenesség, sérülés miatt bekövetkező, kedvezőtlen irányú változása. A kóros állapotot előidézhetsi genetikai hajlam, öregedés, stressz, terhesség stb. is.

Képesség. Az egyén feladatok, cselekvések végrehajtására való alkalmassága, a szervezet működésének az a legmagasabb szintje, amellyel az egyén egy adott pillanatban egy meghatározott feladatot teljesíteni képes.

Teljesítmény. A képesség aktuális helyzetben, környezetben való megnyilvánulása, az egyén képességeinek aktuális kifejeződése.

Tevékenység. Egy feladat elvégzése, cselekvés végrehajtása az egyén által. A szervezet működé-

sének egyéni vetületeit tükrözi. A tevékenység akadályozottsága a *fogyatékoság*.

Részvétel. A személy meghatározott élethelyzetbe való bekapcsolódása, az abban való közreműködése. Az egyén működésének társadalmi meghatározottságát tükrözi. A részvétel korlátozottsága a *rokkantság*.

Károsodás. A szervezet alkotóelemeinek (anatómiai struktúráinak), fiziológiai funkcióinak a normális populációs standardoktól eltérő volta: hiánya, csökkenése vagy torzulása. A károsodások közé soroljuk az értelmi (kognitív) és az érzelmi (pszichés) funkciók kedvezőtlen irányú változását is. A károsodás fokát a populációs standardhoz viszonyított eltérés mértékével határozzuk meg.

Fogyatékoság. Az egyén tevékenységének korlátozottsága, az a nehézség, amellyel az egyén a tevékenység végrehajtása során szembe-sül. A fogyatékoságot meghatározhatjuk:

- az *akadályozott tevékenységek szerint*: látás-, hallás-, mozgás stb. fogyatékoság,
- *mennyiségi és minőségi szempontok alapján*: enyhe, mérsékelt, közepes, súlyos fogyatékoság.

Rokkantság. A fogyatékos egyén részvételének akadályozottsága. Egyre gyakrabban használjuk a *részvétel korlátozottsága* (pl. megváltozott munkaképesség, munkaképesség-korlátozottság) kifejezést. A köznyelvi rokkantság fogalom csak a munkaképesség-csökkenésre vonatkozik, a szó azonban bármely részvétel korlátozottságát jelölheti. A részvétel korlátozottságának egyedi mértékét az adott társadalmi, gazdasági, szociális, etnikai stb. körön belül általánosan elvárható részvétellel összehasonlítva határozzuk meg.

Kontextuális tényezők. Az egyén életének összefüggés-rendszerét alkotó személyes és környezeti tényezők.

Személyes tényezők. Az egyén sajátosságait tükröző tényezők – életkor, nem, társadalmi helyzet, képzettség, élet- és munkatapasztalatok stb.

Környezeti tényezők. A külvilágnak az egyén életének körülményeit, közegét alkotó tényezői (természetes és mesterséges környezet, társadalmi viszonyok, körülmények, szolgáltatások, szabályozások, attitűdök).

Károsodás – egészségkárosodás

A szervezeti struktúrák, fiziológiai funkciók hiányát, csökkenését vagy torzulását összefoglaló néven *károsodásnak* nevezzük. A károsodások veleszületett rendellenesség, betegség vagy sérülés következtében jönnek létre. A károsodások az egyén képességének csökkenését okozhatják, s akadályozhatják tevékenységeinek kivitelezésében.

Strukturális károsodás. A szervezet szubcelluláris, celluláris, szöveti, szervi alkotóelemeinek hiánya, csökkenése vagy torzulása.

Funkciókárosodás. A szervezet alkotóelemei által megvalósítandó folyamatok, működések hiánya, csökkenése vagy torzulása.

Egészségkárosodás. A populációs standardoktól való eltérést jelenti a szervezet morfológiai és funkcionális állapotában. A populációs normáktól való eltérés lehet enyhe, közepes vagy súlyos, s ezek különböző fokozatai.

A károsodás nem azonos a kóros állapottal, ugyanakkor a kóros állapot megjelenési formája. A károsodás lehet *átmeneti* vagy *tartós*, *progresszív* vagy *csökkenő jellegű*, *intermittáló* vagy *folyamatos*.

A károsodás viszonylag független az előidéző októl. Egy meghatározott jellegű és súlyosságú károsodást előidézhetnek különböző betegségek. Egyazon betegség esetén különböző káro-

sodások, s azok különböző fokozatai figyelhetőek meg. A károsodás fennállhat betegség nélkül is (pl. veleszületett rendellenesség vagy sérülés következtében. Egy végtag elvesztése a szervezeti struktúrák károsodása, de nem betegség.)

A károsodott egyénnek gyakran megmaradnak vagy kompenzáló mechanizmusokkal pótolhatóak a rá háruló feladatok ellátásához szükséges képességei. *Az egészségkárosodás és a fogyatékoság tehát nem azonos fogalmak.* A betegség, a rendellenesség, a sérülés nem szükségszerűen eredményezi a struktúrák és a funkciók károsodását. A károsodással rendelkező egyén nem szükségképpen fogyatékos, s az orvosszakértői tevékenység alapvető feladata a konkrét személy esetében meghatározni e fogalmak viszonyát és érvényességi körét.

A károsodás kritériumai

A károsodást lehetőleg objektíven, jellemezhető kritériumokkal határozzuk meg. A károsodás kritériumai lehetnek morfológiai, anatómiai eltérések (a sejtek vagy akár a sejtalkotók struktúráitól kezdve a szervrendszerekig), a funkciók hiánya vagy változása, a jellemző tünetek, panaszok, a gyógykezelés jellege, szükségessége, eredményessége. A károsodásra utal vissza, ezért kritériumként értékelhető a tevékenységek korlátozottsága, a részvétel akadályozottsága. Amikor a károsodások meglétét és súlyosságát a tevékenységeken és a részvételen keresztül ítéljük meg, és az egyén állapotát a szervezet–környezet kölcsönhatás eredőjeként értékeljük, az új koncepció lényegét valósítjuk meg a gyakorlatban.

A károsodás értékelése

A károsodás értékelése során törekedni kell az *objektivitásra*. Az értékelés alapját a különböző *egészségügyi dokumentumok* (kórházi zárójelentések, orvosi jelentések, összegzések, vélemények, a laboratóriumi, a képalkotó, a szövettan-

ni és a citológiai vizsgálatok leletei) képezik. Alapvető feladat az adatok hitelességének, összhangjának, esetleges ellentmondásainak a megállapítása.

A szervrendszerek többsége esetén a panaszok, a tünetek és a funkcióváltozások objektív adatokkal alátámaszthatók, míg más esetekben a klinikai tapasztalatra, értékítéletre és következtésekre vagyunk kénytelenek hagyatkozni.

A károsodás mértékének százalékos meghatározásai nem abszolút, hanem összehasonlítási értékeket képviselnek, s arra szolgálnak, hogy tájékozottassanak az egyén képességének és tevékenységének alakulásáról. Az összehasonlítás alapját a „*normálérték*” képviseli, amely szintén nem konkrét és nem abszolút, hanem sokkal inkább a fizikai és a mentális teljesítőképesség egy olyan tartománya, mely függ a nemtől, a kortól, a genetikai sajátosságoktól és sok egyéb tényezőtől.

A jogszabályok az ellátások differenciálásának céljából igénylik a károsodások, a tevékenységkorlátozottságok és a részvétel-akadályozottságok lehetőleg számszerűen is, arányszámokkal is jellemezhető *kategóriákba* sorolását. A skála 0%-os értékét a károsodásmentesség, a 100%-os értéket a teljes károsodás jelenti. A károsodás, a funkcióvesztés lehet teljes és lehet részleges. *A részleges károsodások, változások* esetén van szükség a százalékos meghatározásra. A százalékos meghatározáshoz a szervezet struktúráinak, funkcióinak állapotát, a teljesítmény, a tevékenységek akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát jellemző *minősítők*, s azok értékeinek használata jelenti az elvi alapot:

- | | |
|---|---------|
| 1. Nincs probléma, illetve ha van, nem jelentős | 0–4% |
| 2. Enyhe (csekély, kismértékű) probléma | 5–24% |
| 3. Mérsékelt (közepes, meglehetősen) probléma | 25–49% |
| 4. Súlyos (nagyértékű, jelentős) probléma | 50–95% |
| 5. Teljes probléma | 96–100% |

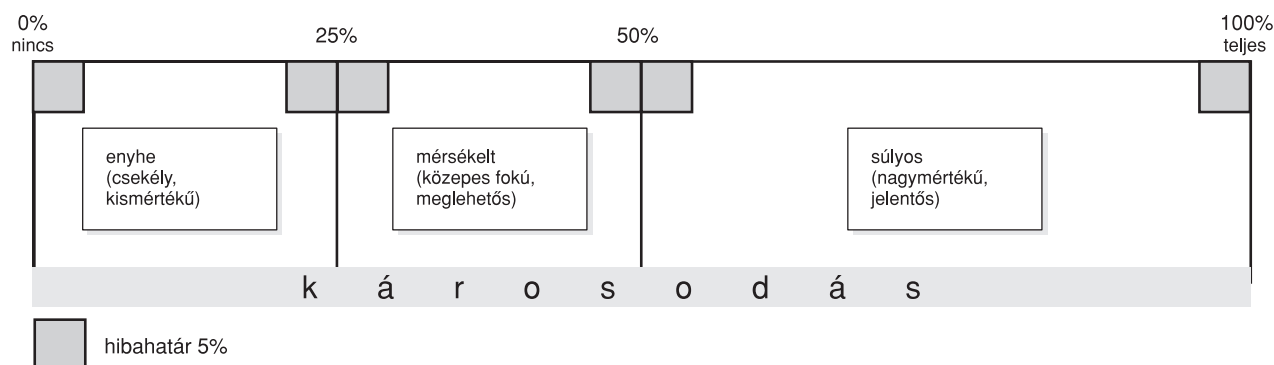
Az 1. és az 5. kategóriák mindössze 4%-nyi tartományt jelölnek ki. A problémamentesség (1) és a teljes probléma (5) kategóriák 4%-os tartománya (0–4%, illetve 96–100%) azt is jelenti, hogy a besorolás, illetve az értékelés hibáját 5%-nál kisebbnek tekintjük. A százalékos eloszlás skáláján a populációs standardokat és az eloszlás-görbéket figyelembe véve helyezkednek el az egyes fokozatok – így például a mérsékelt probléma (3) a károsodás teljes skáláján a középértékig terjed (1.1. ábra).

A minősítés alapegységei a károsodások kritériumai, melyek a különböző szervrendszerek, illetve az egész szervezet kóros állapotában a károsodások, a képességek, a tevékenységek és a részvétel különböző elemeit különféle konstellációkban tartalmazzák. Egyes esetekben egy-egy jellemző laboratóriumi adat, funkcionális vizsgálat számszerűsíthető eredménye képezi az értékelendő kritériumot. Azon esetekben, amelyekben kalibrált vizsgálóeszközök vagy egyéb *standardok* állnak rendelkezésre, az elváltozás mértékének meghatározására a százalékos besorolás viszonylag könnyen elvégezhető és értelmezhető. Más esetekben komplex tevékenységek vagy azok eredményei képezik a minősítés kritériumát. Ilyenkor a kritérium számos összetevő („*alkritérium*”) hatásának az eredőjét jelenti. Pl. a halmozottan fogyatékos egyén önálló képességének kialakulásában szerepet játszhatnak különféle érzékszervi zavarok (látásromlás, halláscsökkenés), mozgáskorlátozottság vagy a mentálisan károsodott egyén társadalmi részvételét több tényező (kognitív, effektív stb.) is befolyásolhatja. Az alapproblémák összevetésével, mérlegelésével, s azok minősítőinek figyelembevételével sorolhatók be súlyossági kategóriákba, és így kaphatnak százalékos meghatározást a vizsgált kritériumok.

Az *Irányelvek* által bemutatott és ajánlott besorolási rendszerek a károsodás, a fogyatékoság és a részvétel akadályozottsága új felfogásának és gyakorlati alkalmazásának szempontjai a munkaképesség-minősítés jelenlegi és korábbi szabályai alkalmazásával szerzett tapasztalatokra épülnek úgy, hogy figyelembe veszik a morbiditási viszonyokat, s a fogyatékoság és a részvétel akadályozottsága társadalmi kezelésének problémáit, lehetőségeit is.

A szervezet hierarchiája – szervi károsodások, össz-szervezeti egészségkárosodás

A test részei – a sejtalkotók, a sejtek szintjétől egészen a szervrendszerekig – hierarchikus struktúrát képezve alkotják a szervezetet. Az egyes testrészek, szervrendszerek funkciójának „súlyát” a szervezet funkciójában (a hierarchiában) elfoglalt helyük, szerepük határozza meg. Jól szemlélteti ezt a hierarchikus összefüggést a felső végtag és alkotóelemei funkcióinak viszonya:



1.1. ábra. A károsodások értékelési skálája

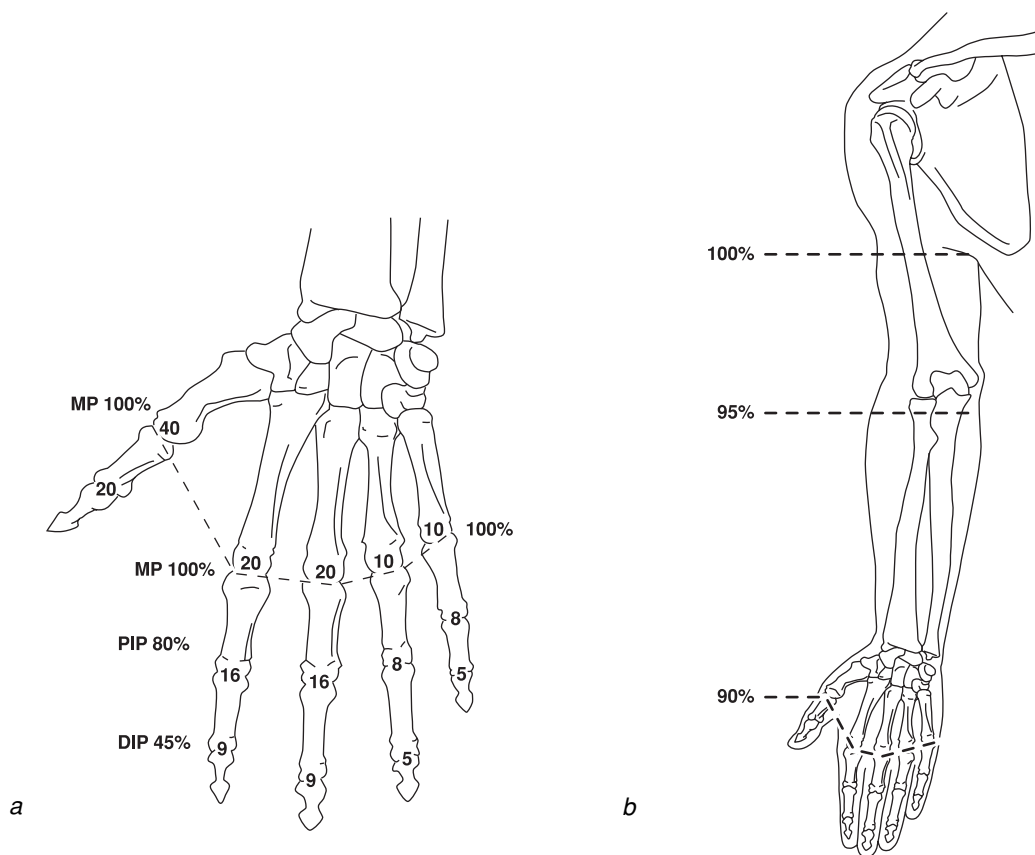
- a kéz funkciójában a kézközépcsontok és az ujjak alapízületeinek funkcióján (100%) belül az I. ujj alapízületének funkciója 40%-ot képvisel;
- a felső végtag funkciójában a kéz funkciói 90, a kéz, az alkar és a könyök együttes funkciói pedig 95%-ot jelentenek;
- a felső végtag funkciója az egész szervezet funkciójából 60%-os aránnyal részesül (1.2. ábra a, b).

Végtag esetén a csonkolás egyértelműen teljes funkcióvesztést jelent. A fentieknek megfelelően az I. ujj alappercízületben történő csonkolása 100%-os hüvelykujjfunkció-károsodást, 40%-os kézfunkció-károsodást, 36%-os felsővégtag-funkció károsodást és 22%-os össz-szervezeti egészségkárosodást eredményez. A létfontosságú funkciókat ellátó szervrendszerek (központi

idegrendszer, kardiopulmonális rendszer) a szervezet funkcióinak hierarchiájában 80–100%-os aránnyal részesülnek. Ennél fogva e szervrendszerek teljes vagy közel teljes károsodása ehhez hasonló arányú, 80–99%-os össz-szervezeti egészségkárosodást eredményez.

A károsodásokat tehát osztályozhatjuk a különböző jellegű és szintű struktúrák, funkciók szerint, és az egész szervezet („össz-szervezet”) funkciójának vonatkozásában. A különböző szintű funkciók és azok károsodásai között arányszámokkal jellemezhető hierarchikus kapcsolat áll fenn. Az arányszámok segítségével az egyes testrészek, szervek, szervrendszerek károsodásai alapján meghatározható az össz-szervezeti egészségkárosodás foka.

A szervi károsodások a szervezet hierarchikus felépítésére alapozva, az egyes szervrendszeri funkcióknak a különböző élettevékenységekben



1.2. ábra. (a) A kéz különböző régióinak részesedése a kéz funkcióiban.

(b) A felső végtag különböző régióinak részesedése a felső végtag funkcióiban

betöltött szerepe, súlya szerint ún. *össz-szervezeti egészségkárosodás*ba konvertálhatóak, melynek értékelése a fenti szabályt figyelembe véve a következő fokozatok szerint történhet:

0. Nincs számottevő össz-szervezeti egészségkárosodás	0–4%
1. Enyhe (csekély) össz-szervezeti egészségkárosodás	5–9%
2. Kismértékű össz-szervezeti egészségkárosodás	10–24%
3. Közepes mértékű (számottevő) össz-szervezeti egészségkárosodás	25–49%
4. Nagymértékű (jelentős) össz-szervezeti egészségkárosodás	50–79%
5. Teljes vagy közel teljes össz-szervezeti egészségkárosodás	80–99%.

A koncepció konzekvens alkalmazása esetén a 0%-os össz-szervezeti egészségkárosodás a teljes egészséget (ez gyakorlatilag nem létezik) fejezi ki, a 100%-os pedig a halált jelenti (ez az állapot természetesen nem kerül minősítésre).

Az új és a régi értékelési rendszer megfeleltetése

A gyakorlati alkalmazás során problémát jelenthet a jelenleg használatos terminológia és a számszerű értékek megfeleltetése az új rendszer fogalommeghatározásainak és értékeinek. Az *összevethetőségnek* és a *megfeleltetésnek* különös jelentősége van az *átmeneti időszakban*, amikor az új szakmai szabályok már kezdenek tért hódítani, az orvosszakértői véleményezés viszont még a régi szabályok szerint történik. A két rendszer átmenti „együtt élése” *toleranciát, rugalmasságot, innovációs készséget* igényel. A két rendszer párhuzamos használata ezen kívül módot ad az új rendszer hiányosságainak a felderítésére, s azok *korrekciójára* is éppúgy, mint a régi rendszer pozitív elemeinek az újba való *átmentésére*.

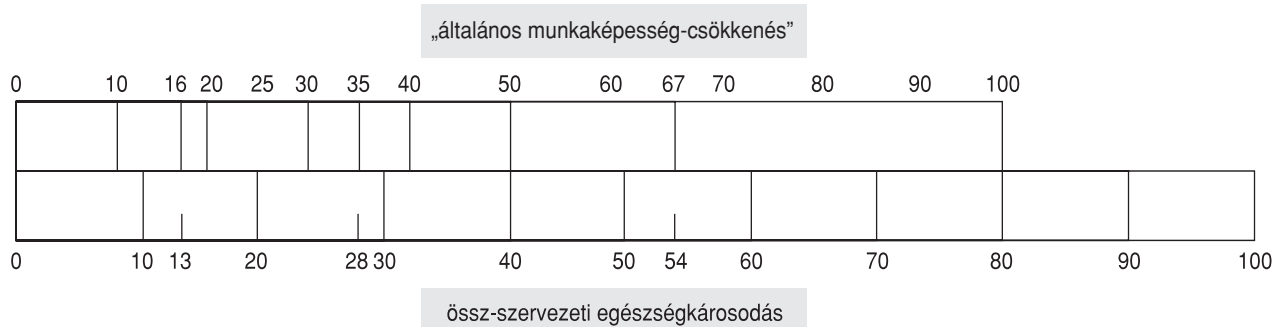
A régi és az új értékelési rendszer kölcsönös megfeleltetésének, együttes alkalmazásának alapvető elvei a következők:

- Az *össz-szervezeti egészségkárosodás* fogalma lényegében megfelel a régebben használt, *általános munkaképesség-csökkenés* fogalomnak.
- A 80%-ot elérő vagy az azt meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás megfelel a korábbi rendszerbeli 100%-os munkaképesség-csökkenésnek, a 80%-ot meghaladó egészségkárosodás kategóriáján belül mind az új, mind a régi rendszer kategóriáinak megfelelően meghatározható a napi tevékenység jelentős korlátozottsága esetén a „*mások segítségére szorul*” minősítésű csoport.
- Az 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodás a 67%-os vagy ezt meghaladó általános munkaképesség-csökkenésnek felel meg.
- A közepes mértékű (számottevő), 25–49%-os össz-szervezeti egészségkárosodás lényegében megfelel a korábbi 30–50%-os általános munkaképesség-csökkenésnek.
- A baleseti ellátásra jogosító 67%-nál kisebb mértékű munkaképesség-csökkenés esetén a 1,25-os szorzó alkalmazásával az össz-szervezeti egészségkárosodás értékéből meghatározható a baleseti munkaképesség-csökkenés foka és százalékos értéke (1.3. ábra, 26. oldal).

Célszerű minden szervrendszer károsodását külön értékelni, és az adatokat az össz-szervezeti egészségkárosodást kifejező százalékos értékben összesítve meghatározni.

Kombinált értéktáblázat

A többszörös károsodások együttes értékelése az ún. *kombinált értéktáblázat* (1.1. táblázat) alapján történik. A módszer lényege, hogy a nagyság szerint sorba állított károsodások értékét kombinálja a következő módon:



1.3. ábra. Az össz-szervezeti egészségkárosodás és az „általános munkaképesség-csökkenés” értékeinek megfeleltetése

- A legnagyobb fokú károsodás (A) értékéhez hozzáadjuk a megmaradt értéknek $(1-A)$ a rangsorban második helyen szereplő károsodás (B) arányának megfelelő értékét, a következő képlet szerint:

$$A + (1-A)B = C,$$

ahol A : a legnagyobb fokú károsodás értéke,

B : a rangsorban második károsodás értéke,

$(1-A)$: a legnagyobb fokú károsodás után fennmaradó funkcióhányad,

C : a legnagyobb fokú és a rangsorban második helyen levő károsodásokból származott érték.

- A továbbiakban a két legsúlyosabb károsodás (A, B) kombinált értéke (C) képezi az alapot, melyet a rangsorban a harmadik helyen álló károsodással (D) kombinálunk, értékelünk együtt:

$$C + (1-C)D = E.$$

- A továbbiakban az értékelést ennek megfelelően ismételjük meg, illetve folytatjuk.

A fenti levezetés a kombinált értéktáblázat adatainak kiszámítási elvét mutatják. A megfelelő értékeket a táblázat használatával lehet megkapni.

A kombinálás eredményeképpen a többszörös károsodások összesítése (nem összeadása!) nyomán az össz-szervezeti egészségkárosodás sosem éri el a 100%-ot. A módszer lehetőséget ad a különböző szervek, szervrendszerek szervezeti hierarchiában betöltött szerepének és a károsodások súlyosságának egyidejű figyelembevételére.

A károsodás, a fogyatékoság és a munkaképesség-csökkenés véleményezését, a fokozatokba való besorolást nem lehet teljesen objektivizálni. Az *Irányelvek* célja, hogy az értékelést a lehető legnagyobb mértékben *objektívvé* tegye, és összehasonlítható *standard* adatokat alkalmazzon. Más szóval: *a cél az, hogy azonos eljárási és elbírálási módszer és összehasonlítható, azonos tartalmi és fogalmi rendszerek képezzék az elbírálás alapját.* Egyszersmind cél a visszaélések és a megalapozatlan döntéshozatal megakadályozása is.

Foglalkoztathatóság, képesség, teljesítmény

Foglalkoztathatóság. Megítélése sajátos feladat: az orvosszakértőnek is véleményt kell alkotnia arról, hogy a vizsgált személy alkalmas-e munkája folytatására vagy sem, illetve távol kell-e tartani szakmája gyakorlásától. Amennyiben a vizsgált személy betegsége és károsodása ellenére is képes arra, hogy a munka változtatásával vagy anélkül ellássa a munkafeladatokat,

51	51	52	53	53	54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	94	94	95	95	96	96	97	97	98	98	99	99	100	100	
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150

nem szükséges őt rokkantnak minősíteni. A tevékenység és a részvétel a *képesség* és a *teljesítmény* kategóriáival jellemezhető.

Képesség. Lehet vizsgálni *standard* vagy meghatározott szempontok szerint *uniformizált* környezetben. Egy adott személy képessége és a teljesítménye közötti különbség a standard és az aktuális környezet közötti eltéréseket tükrözi.

Teljesítmény. Azt fejezi ki, hogy az egyén a számára adott környezetben mire képes. A személyes tényezők mellett a környezeti tényezők hatásaitól is függ, mennyire tudja képességeit kibontakoztatni.

Tárgyi és személyi segítőik. A tevékenység és a részvétel korlátozottságait hivatottak korrigálni, így az *egyént jellemző károsodásokat, képességeket és a teljesítményt is segédeszközök használata nélkül kell vizsgálni.*

Fogyatékoság

A fogyatékoság az egyénnel szemben támasztott személyi, társadalmi, foglalkozási vagy törvényes igények, kötelezettségek teljesítését biztosító képességek károsodás miatti kedvezőtlen változása. A fogyatékoság arra a tevékenységre vonatkozik, amelynek végrehajtásában az egészségkárosodott egyén korlátozott. A WHO meghatározása szerint „a fogyatékoság a normális emberi léthez szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottsága vagy képtelensége”.

A fogyatékoság mértéke az egyéntől – önmaga és a társadalom által – elvárt, illetve az aktuálisan, az korlátozottság állapotában nyújtott teljesítmény különbségével jellemezhető. A tevékenység korlátozottságát egy vagy több képesség – fizikai, mentális, kéz ügyesség, kitartás, erő kifejtés stb. – elégtelensége okozza.

Átmeneti fogyatékoság. Akkor áll fenn, ha a háttérben húzódó egészségkárosodás a gyógykezelés, illetve az orvosi rehabilitáció révén megszüntethető vagy lényegesen csökkenthető. Az átmeneti fogyatékoság a részvétel ideiglenes korlátozottságát, a munkavégzés vonatkozásában leggyakrabban a munkaképesség időleges csökkenését, a *keresőképtelenséget* okozhatja.

Tartós fogyatékoság. Az egészségkárosodás stabilizálódása esetén alakul ki, ha a további gyógykezelés már nem eredményezi a kóros állapot javulását.

A fogyatékoság lehet *részleges* vagy *teljes*, minőségi-mennyiségi meghatározottsága szerint *enyhe, mérsékelt, közepes mértékű* vagy *súlyos*.

A fogyatékoságokat megkülönböztetjük a korlátozott tevékenység alapján is: az önellátás képességének korlátozottsága (önellátási fogyatékoság), a helyváltoztatás korlátozottsága (mozgási fogyatékoság), a látás korlátozottsága (látásfogyatékoság), a hallás korlátozottsága (hallásfogyatékoság) stb.

Amint azt a korábbiakban megjegyeztük, a fogyatékoság fogalma a különböző ellátási rendszerekben más és más tartalmat takarhat. Így az *orvosi-pszichológiai* gyakorlatban a fiziológiai funkciók károsodása következtében kialakuló tevékenységkorlátozottságot, a megváltozott munkaképességűek *kompenzációs ellátórendszerében* a keresetkiestést eredményező munkaképesség-csökkenést, a *fogyatékosági támogatási rendszerben* az anyagi hátrányt jelentő képességcsökkenést, a *gyógyászati segédeszköz-ellátás rendszerében* a segítő eszközt igénylő állapotot értjük alatta.

Látható, hogy a különböző rendszerek fogalomhasználatai a fogyatékoság egy-egy meghatározott sajátosságát, oldalát emelik ki, illetve veszik figyelembe. Ezért a fogalom – a különböző rendszerek eltérő értelmezéseit megszüntetendő – pontos, precíz, az adott rendszer alrendszerének megfelelő megfogalmazásokat igényel: a vesztületlenül értelmi fogyatékosok, a megváltozott munkaképességűek, a mozgásegítő eszközök használatát igénylő mozgáskárosodottak stb.

támogató rendszere – az általános fogyatékos támogatási rendszer helyett. A pontatlan fogalomhasználat félreértésekre, s a fogyatékosok széles körének elégedetlenségére adhat okot.

A károsodott személy nem feltétlenül fogyatékos. Példaként szokták felhozni az ujját elvesztő hegedűművészt, akinek károsodása tevékenységének akadályozottságát okozza, tehát fogyatékos, rokkantságot jelent. Egy zenekritikus vagy egy énekművész esetében azonban ugyanez a károsodás nem okoz fogyatékos, rokkantságot.

Bizonyos életkoron túl az emberek többségét érintik látás-, halláskárosodások, s károsodnak a kardiovaszkuláris, a mozgási és egyéb funkciók is. Mindez azonban nem jelenti részvételi korlátozottságukat. Az Egyesült Államokban például csaknem 50 millió fogyatékos tartanak nyilván, többségük normális életet él: dolgozik.

A fogyatékos alatt általában az alapvető tevékenységek korlátozottságát értjük. Ezt az akadályozottságot az esetek nagy számában ki lehet küszöbölni segédeszközökkel és/vagy a környezet megfelelő átalakításával. Amennyiben ezt nem sikerül elérni, a fogyatékos a részvétel korlátozottságában, a rokkantságban realizálódhat.

Az a károsodott és fogyatékos személy, aki a (munka-) környezet átalakítása nélkül vagy az általános ellátás feladatát, nem tartozik a részvétel-korlátozottak (rokkantak) sorába.

A részvétel akadályozottsága (rokkantság)

A rokkantság a társadalmi részvétel korlátozottsága, az adott egyénnek a károsodás vagy a fogyatékos miatt kialakult hátránya, mely korlátozza az egyént (kora, neme, gazdasági, szociális és kulturális tényezők által meghatározott) szerepének betöltésében.

A tevékenység korlátozottságai akadályozhatják az egyént a társadalom különböző működési te-

rületein való részvételben. A részvétel akadályozottságát *rokkantságnak* szokás nevezni. A pejoratív megjelölést kerülve helyesebb lenne azonban az adott társadalmi tevékenység korlátozottságáról, megváltozásáról beszélni. A társadalom egyik legalapvetőbb tevékenységében, a munkavégzésben való részvétel akadályozottságát legmegfelelőbben a munkaképesség-változás kifejezés jelöli.

A fenti logikát követve a részvétel akadályozottságának (a rokkantságnak) számos egyéb formája is kialakulhat, melyek közül a legjelentősebbek: az oktatásban, képzésben való részvételnek, a kulturális, a rekreációs és a sportszolgáltatások igénybe vételének, illetve a közéletben való részvételnek a korlátozottsága.

A károsodás, a fogyatékos és a rokkantság értelmezésében sok a zavar, a fogalmak összekeverése, illetve határaik összemosása miatt e kategóriák társadalmi kezelése sem megfelelő. Ha például a rokkantságot azonosítjuk a károsodásokkal, indokolatlanul nagy lesz a rokkantak száma, s még nagyobb lesz, ha a rokkantságot kizárólag a diagnózisok, a tünetek, a laboratóriumi és a radiológiai leletek alapján állapítjuk meg. A fogyatékos a hasznos tevékenység kivitelezésének az akadályozottsága. Ha a részvétel is akadályozott, rokkantságról beszélünk. Ebben a megközelítésben a rokkantság egy sajátos formája a munkaképesség teljes vagy részleges elvesztése.

A rokkantság felfogásában is túl kell lépni azon, hogy az csupán a károsodás és a fogyatékos következtében fellépő hátrány, mely akadályozza a „normális” szerep betöltését. Ez a felfogás az egyénre helyezi a hangsúlyt – és az állapotával járó terhekre –, s nem veszi számba azokat a lehetőségeket, amelyekkel a környezet és a társadalom e hátrányok kiküszöbölésében az egyén segítségére lehetne. Ez a szemlélet is csupán a fogyatékos ember és a környezet együttműködését teszi a vizsgálat tárgyává. Minden hátrányt a vizsgált egyén élete produktumának, nem pedig a károsodás és a fogyatékos következményének tekint. A társadalom minden hátrító vagy negatíviztikus hozzáállása erősíti a hátrányt, s

minden, a társadalmi részvételt segítő intézkedés csökkenti azt. *A rokkantság tehát nem a károsodás és a fogyatékoság közvetlen eredménye, hanem a fogyatékos ember és annak szűkebb és tágabb (természeti és társadalmi) környezete közötti kölcsönhatás közvetkezménye.*

A károsodott vagy fogyatékos személy tehát nem minősíthető automatikusan rokkanttá. Ez bizonyítja, hogy sok súlyos fogyatékkal élő ember teljes értékű munkát végez.

Kontextuális tényezők

A kontextuális tényezők az egyén életének teljes hátterét képezik, beleértve annak minden személyi és tárgyi vonatkozását. A jó anamnézis tulajdonképpen e tényezők feltárására is szolgál. A fogyatékoság és a rokkantság véleményezése során azonban különös jelentősége van az élet- és munkakörülmények ismeretének, ezért nagy gondossággal kell összegyűjteni az aktuális környezetre és a munkára vonatkozó adatokat.

Környezeti tényezők. Közöttük megkülönböztetjük

- *a személy közvetlen fizikai és társadalmi környezetét; ez utóbbi alkotóelemei például a család, az otthon, az iskola, a munkahely, s az ezekkel közvetlen kapcsolatot tartó intézmények, személyek;*
- *a személy tágabb társadalmi környezetét, melynek legfontosabb alkotóelemei az érvényes jogszabályok, az állam és a civil intézményrendszerek, a kommunikációs szolgáltatások, a közlekedés, az informatikai kapcsolatok, az eszmék, a szokások, a társadalmi attitűdök.*

A környezeti tényezők lehetnek *támogató, segítő* vagy *hátráltató* jellegűek. Sőt ugyanaz a tényező bizonyos összefüggésekben lehet támogató, más vonatkozásban viszont gátolhatja a tevékenységet.

Személyes tényezők. Közéjük tartoznak az egyén életének azon tényezői, melyek az ő kizár-

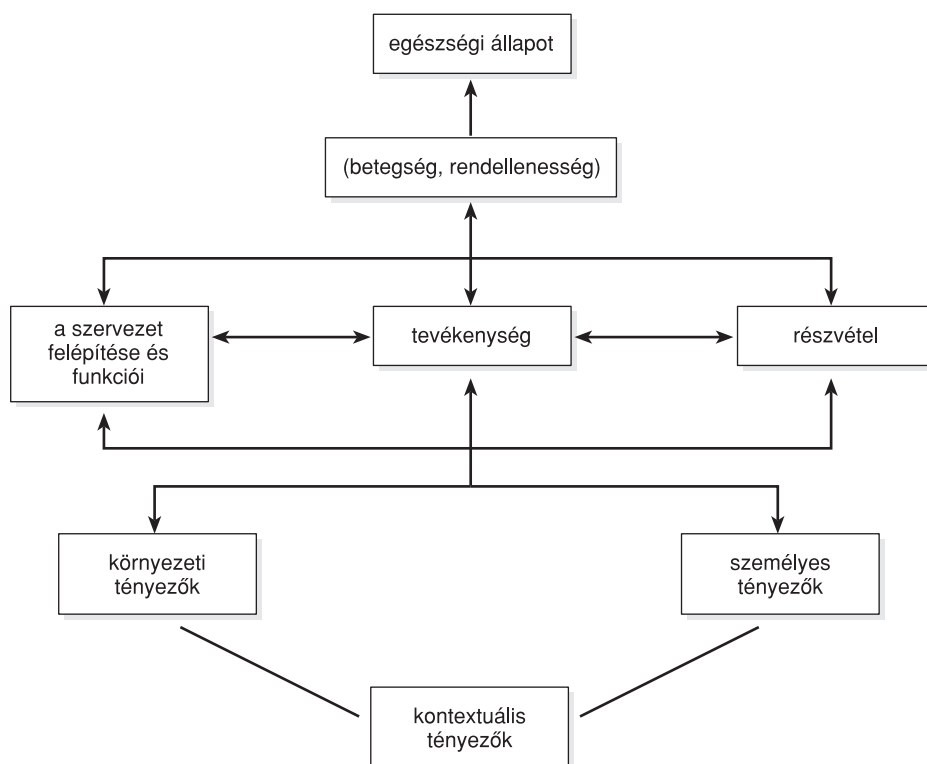
rólagos sajátosságai (életkor, nem, jövedelmi viszonyok, motivációk stb.). A személyes tényezők csakúgy, mint a környezeti tényezők gátolhatják vagy segíthetik a károsodott egyént a tevékenységben, a társadalmi részvétellben.

A károsodásokat, a fogyatékoságot és a részvétel korlátozottságát meghatározó tényezők összefüggéseit, kölcsönhatásait mutatja be az *1.4. ábra*. A bonyolult kölcsönhatások eredményeképpen az egyik tényező változása maga után vonja a többi tényező változását is. Az ábra bemutatja a környezeti tényezőknek a – korábbi felfogásától eltérően kulcsfontosságúnak tekintett – szerepét is, mivel a személyi tényezőkkel való kölcsönhatásuk által meghatározottan befolyásolják az egyén tevékenységét.

A fogyatékoság „orvosi modellje” szerint a fogyatékoság az egyén azon sajátossága, melyet betegség, sérülés, fejlődési rendellenesség okoz, és amelyet orvosi kezeléssel lehet kedvező irányban befolyásolni vagy felszámolni. A megoldás (a kezelés) az egyénre való ráhatásra helyezi a hangsúlyt.

A fogyatékoság „szociális modellje” az egyént a társadalmi kapcsolatrendszer elemeként értékeli, ennél fogva a fogyatékoság nem egyéni, hanem „szociális termék”. A fogyatékoság megelőzése és kezelése e modell szerint a társadalmi környezetre való ráhatást is jelenti, az egyén gyógykezelése és orvosi rehabilitációja mellett. A szociális modell nem egyedi, nem kizárólag egészségügyi, hanem *általános társadalmi-politikai kérdéssé* teszi a fogyatékoságot és a rokkantságot; s ugyanilyen szintre emeli a velük kapcsolatos feladatok megoldását.

A biológiai és a szociális tényezők szembeállítása sosem vezetett eredményre. Közöttük – mivel az ember biológiai meghatározottsága mellett szociális lény is – összhangot kell teremteni.



1.4. ábra. Az egészségi állapot, az egyéb személyes és környezeti tényezők összefüggései, hatásuk a tevékenységek és a részvétel alakulására

A fogyatékoság és a rokkantság megelőzése – a rehabilitáció

A károsodások a kérdéskör orvosi oldalát képviselik. Kimutatásukhoz klinikai vizsgálómódszereket kell alkalmazni. A fogyatékoságban az egyén fizikai és mentális képességeinek és a környezetnek az egyén iránt támasztott igényei, követelményei közötti különbség, diszharmónia testesül meg. A fogyatékoság új definíciója a biológiai tényezők mellé beemeli a környezeti tényezőket is. Vizsgálata az egyén képességének és a környezet által támasztott követelményeknek az összehasonlításával történik. Ezen összehasonlító vizsgálatok korszerű technológiai, laboratóriumi eszközökkel megvalósított formái az ún. *funkcionáliskapacitás-vizsgálatok*. A károsodásnak

és a fogyatékoságnak nem kell feltétlenül társadalmi szegregációt eredményeznie:

- Az egyén lelki és testi tartalékainak mozgósításával, megfelelő motiváció esetén olyan kiegyenlítő, helyettesítő (kompenzációs) mechanizmusokat képes megtalálni és beindítani, melyek számos területen biztosítják számára az aktív tevékenységet.
- A társadalomnak, a szűkebb és a tágabb környezetnek is nagy a szerepe a károsodott egyén társadalmi létezésének alakulásában.

Támogató környezet

A befogadó, támogató környezet többek között azt jelenti, hogy a külső körülményeket, követelményeket igazítják (adaptálják) a károsodott egyén képességeihez. A társadalom szemléletének, felfogásának kedvező irányú megváltoztatá-

sa mellett ebbe a körbe tartozik a környezet akadálymentesítése, az elháríthatatlan akadályok jelzése az érzékszervi fogyatékkal élők részére.

A környezet segítő voltát jellemzik a károsodottak, a fogyatékosok integrálására, támogatására vonatkozó *jogszabályrendszerek* is. A jogszabályrendszerek, a rendelkezésre álló *anyagi erőforrások*, s azok célirányos, hatékony felhasználása, valamint a *társadalmi közakarat* egysége teremtheti csak meg a fogyatékos emberek számára is a társadalom többi polgárával azonos esélyt a teljes életre.

A fogyatékos egyén segítésének módjai: orvosi rehabilitáció, segítő eszközök

A társadalmi tennivalók másik fő iránya alkalmassá tenni a károsodott, a fogyatékos egyént a környezet követelményeinek való megfelelésre. Különböző rehabilitációs eszközök, tevékenységek tartoznak ebbe körbe:

- **Orvosi rehabilitáció.** A megmaradt, a helyettesíthető funkciók kimutatásával, s ezek célirányos működtetésével, megterhelésével (a mozgással), a szükséges fizikai és mentális képességek és lehetőségek kialakításával, fejlesztésével teremti meg az egyén új funkcionálásának és részvételének az alapjait.
- **Az érzékelést, a mozgást, a kommunikációt elősegítő eszközök** (szemüvegek, hallókészülékek, kerekesszékek, mikrofonok stb.). Az elmúlt évtizedekben az informatika fejlődésének eredményeképpen a segédeszközöknek minőségileg új – a helyettesítendő funkciókat tökéletesebben szimuláló, megvalósító – formái alakultak ki. A fogyatékos egyének kommunikációs lehetőségeinek tágításában egyre fokozódó, különös jelentősége van a korszerű informatikai eszközöknek (internet).

Foglalkoztatási rehabilitáció

A fogyatékos egyén újrafoglalkoztatását segíti elő a *foglalkozási rehabilitáció*, mely a fogyatékoság és a rokkantság kezelésének a legneuralgikusabb területe maradt mind a mai napig. A foglalkozási rehabilitáció elvileg számos – mindeddig azonban kellő eredményt nem biztosító – eszközzel rendelkezik:

- *a munkaadók ösztönzése* a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása érdekében (dotációk, adókedvezmények, bértámogatás, beruházások támogatása formájában);
- *a munkáltatók kötelezése* a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására (foglalkoztatási kvóták, kvótabírság vagy egyéb szankciók formájában);
- *a megváltozott munkaképességű munkavállaló munkavállalásának ösztönzése* (alacsonyabb járadékszint, bérkiegészítések formájában);
- *a megváltozott munkaképességűek oktatása*, új foglalkozásra történő átképzése, melyek feltehetően sajátos oktatási intézményrendszerrel, s az oktatás idejére pénzügyi támogatási rendszert (oktatási támogatás, rehabilitációs járadék stb.) alakítanak ki;
- a foglalkoztatási rehabilitáció legfontosabb elemei a foglalkozást elősegítő ún. *menedzserszervezetek*, amelyek az esetmenedzselés szabályai szerint, egyedileg segítik a munkahelykeresést és a munkahely megtartását;
- *a munkakörülmények, a technológiai követelmények megváltoztatása* (a munka adaptálása) a megváltozott munkaképességűek adottságaihoz. A technológia fejlődésével, az automatizálással az oktatás mellett a munka adaptálásában rejlenek a legnagyobb lehetőségek – viszonylag olcsóbb, egyébként is termelékenyebb megoldások megvalósításával a munkáltató meg tudja tartani tapasztalt, kipróbált, megbízható munkavállalóját. A technológiai fejlesztések mellett hozzájárulnak „a több munka mellett jobb munkát” elv megvalósításához, mely a munkavégzés közben védi a dolgozó embert az

egészségkárosító hatások ellen, s a munka az emberi lényeg kiteljesedéséhez járul hozzá.

Az orvosszakértői minősítés szerepe

A károsodások, a fogyatékoság, s a munkaképesség-változás vizsgálata és minősítése a jövőben egyre inkább ezekre a tudományosan megalapozott, s egyre több ország *orvosszakértői minősítési gyakorlata által igazolt elvekre* fog épülni:

- a károsodások kimutatása sokoldalú klinikai vizsgálatokkal;
 - a megmaradt és fejleszthető képességek ki-
- mutatása a funkcionális kapacitás vizsgálatával;
- a fogyatékoság jellegének és súlyosságának értékelése a vizsgált személy képességei, s a vele szemben támasztott követelmények összevetésével;
 - a munkaképesség véleményezése a jelenlegi munkakör, a tanult szakma és egyéb foglalkozások vonatkozásában;
 - a rehabilitálhatóság megítélése, rehabilitációs terv kialakítása:
 - orvosi rehabilitációs tennivalók,
 - gyógyászati segédeszközök használata,
 - a képzés, átképzés irányai és módjai,
 - a foglalkozási rehabilitáció irányai,
 - szociális rehabilitáció szükségessége vonatkozásában.



2. fejezet

A fogyatékoság és a rokkantság társadalmi összefüggései

Juhász Ferenc



A kérdés kezelésének történelmi alakulása

A fogyatékoság és a rokkantság végigkíséri az emberiség történelmét. A veleszületett rendellenességek, a szülési ártalmak, a természeti katasztrófák, a különböző balesetek és sérülések, a háborúk, a betegségek a fogyatékoságok és a rokkantság változatos megjelenési formáit eredményezték a különböző történelmi korokban. A régi időkből fennmaradt információkból a fogyatékosok számkivetettségéről, a társadalom általi kiközösítéséről, elpusztításukról vagy csodatevésekről szerezhetünk tudomást. A történelmi korokban a fogyatékosok megsegítése kizárólag az egyházi és az egyéb karitatív szervezetek feladata volt.

A fogyatékoság és a rokkantság jogi kategóriaként való megjelenése a korszerű állam kialakulásához kötődik. Így az 1601-es angol szegénységi törvény már szól bizonyos esékény csoportok – gyermekek, öregek, betegek, rokkantak – védelméről.

A 19. század második felében – először Németországban – törvényi rangra emelkedett a foglalkoztatottak széles köre szociális biztonságának megteremtése. 1883-ban megjelent az egészségbiztosításról, 1884-ben a munkahelyi balesetbiztosításról szóló törvény. 1898-tól Németországban a rokkantságot összekötötték a jövedelemszerző-képesség alakulásával, s figyelembe vették a munkavállaló képzettségét és foglalkozását is. Az alapkonceptió szerint a hivatalnokok számára az alternatív foglalkoztatás le-

hetőségei viszonylag szűkebbek, mint a fizikai munkásoké, ezért az ún. „fehérgalléros” munkavállalók munkaképességük kétharmadának elvesztése esetén rokkantsági nyugdíjellátásban részesültek.

Az Egyesült Államokban a rokkantság jogi kezelése a munkával kapcsolatos balesetek következményeinek ellátásával, az ún. „workers” kompenzációs rendszerek fejlődésével kapcsolódik össze. Ezek a rendszerek az európai országok balesetbiztosítási rendszereinek felelnek meg. A későbbiekben a kérdés kezelése általánossá vált az egyéb szociális ellátórendszerekben is.

A múlt század közepén a rokkantsági ellátórendszerekre az volt a jellemző, hogy a rokkantságot azonosították a betegséggel, illetve a károsodásokkal, tehát medikalizálták a problémát. A társadalombiztosítási ellátások jogosultságának megállapítása terén kulcsfontosságú szerepet kaptak az orvosok. A század utolsó évtizedeiben egyre világosabbá vált, hogy a betegségek és a károsodások csak meghatározott körülmények fennállása esetén eredményeznek rokkantságot. Megdőlt a kompenzációs rendszereknek az a feltevése, hogy a beteg ember egyúttal rokkant is, s hogy a betegség hiánya vagy megszűnése esetén az egyén automatikusan újra foglalkoztatható.

Az új felfogás nehézséget eredményezett a jogosultság bizonyításában is, hiszen míg a fizikai vagy a mentális képességek hiánya viszonylag jól mérhető, addig a környezeti, viselkedési, szociális tényezők egzakt módon nehezen meghatározhatóak.

A fogyatékos és a rokkantság új *társadalmi-gazdasági jellegű szemlélete* (szemben az orvosi szemlélettel) differenciálta a fogalmakat is. Másért a fogyatékos, a rokkantság alatt a közvélemény, más az egészségügyi szakember, s más a jogalkotó és a jogalkalmazó. Ennek köszönhetően valójában több a fogyatékos, mint ahányan az egyes ellátásformákban részesülnek. A társadalombiztosítási és az egyéb ellátórendszereknek egyensúlyozniuk kell az egyéni szükségletek és a pénzügyi források biztosította lehetőségek között, ezt az egyensúlyt hivatott megteremteni a forrásokhoz való hozzáférés jogi szabályozása.

A fogyatékos és a rokkantság fogalmának határai nem merevek, s folytonosan feszítik őket az egyéni szükségletek és a kielégítésükhöz rendelhető anyagi források lehetőségei. Az orvosok és más szolgáltatók tevékenységükkel, az új diagnosztikai és terápiás módszerekkel – amelyek használatáért finanszírozásban részesülnek – folyamatosan tágítják a károsodások és fogyatékosok határait, bővítik a fogyatékosok körét, melyre alapozva a jogalkalmazók szaporítják az ellátásokban részesülők számát. Tehát sem az orvosokat, sem a jogalkalmazókat nem fűzi semmiféle szakmai vagy egzisztenciális érdek ahhoz, hogy reális szinten alakuljon a rokkantak száma. Ebben csak a biztosítók és a finanszírozók érdekeltek.

A nyugat-európai és az észak-amerikai országokban a fogyatékos és a rokkantság társadalmi kezelésének az alábbi fázisait különböztetik meg:

- *Szekularizáció.* Az angol szegénységi törvénnyel kezdődött.
- *Bürokratizáció.* Kezdetét a német társadalombiztosítási törvények jelentik. A bürokratikus ellátórendszerre a pénzbeli kompenzáció, a passzív ellátások dominanciája jellemző.
- *Medikalizáció.* A betegségek, a károsodások kimutatásának új diagnosztikai lehetőségeire alapozva a társadalombiztosítás megköveteli a károsodások klinikai bizonyítását.
- *Partikularizáció.* A fogyatékos és a rokkantságot a helyzeti, a viselkedési és az

egyéni tényezők kölcsönhatásaként értékeli, s a bürokratikus elemekre és az orvosi vizsgálatokra épülő monolit ellátórendszer helyett az egyes tényezőket befolyásolni képes, tagolt ellátórendszereket alakít ki.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a magyar rokkantsági és fogyatékosági ellátórendszerek jelenleg a *bürokratizáció* – a fejlett országok által a múlt évszázad közepén megélt – fázisában működnek. A hazai viszonyok közepette előre mutató célnak számít a károsodások, a funkcionális képességek korszerű diagnosztikai eszközökkel történő kimutatása is, s ez egyébként előfeltétele a differenciált ellátórendszer működtetésének is, hiszen maximálisan figyelembe veszi az egyén szükségleteit, s egyedileg kezeli azokat.

A rokkantsági-fogyatékosági ellátórendszerek partikularizációja kapcsolódik a balesetbiztosítási és munkavédelmi rendszerek stratégiaváltásához. A kompenzáció központú ellátórendszer esetén a munkáltató tevékenysége – a kirótt járulékbefizetés mellett – kizárólag a produktivitásra és a profitra irányul, s nem fordít kellő figyelmet a munkavédelemre, a biztonságos munkakörülmények kialakítására. A kompenzáció-központú biztosítók nem rendelkeznek kellő költségérzékenységgel, kiadásai emiatt magasak. Ha viszont a munkaadó választhat a kontrollálatlan kompenzációs igények teljesítése vagy azok fellépésének megelőzése között, az utóbbit választja. A bürokratikus és a medikalizálódott ellátórendszer „porlasztja a felelőséget” az ellátást igénylő munkavállaló, az igényeket elbíráló hivatal és a betegségeket kezelő egészségügyi szolgáltató között.

A differenciált, tagolt ellátórendszerek viszont az igénylésről a sérülések és a betegségek előfordulására, s azok megelőzésére helyezik a hangsúlyt. Tevékenységük során erősödik a munkavédelmi tudatosság, s a rehabilitációra való törekvés. A partikularizációs szemlélet és gyakorlat terjedésének köszönhetően a munkavédelem minden vonalon előtérbe került – a biztosítók, a munkaadói szervezetek, a munkavállalói

érdekképviseleti szervezetek részéről egyaránt. Ennek nyomán a politika is egyre nagyobb figyelmet fordít a kérdésre, s az országok többségében felgyorsult a munkavédelmi jogalkotás.

Az európai balesetbiztosítók, az amerikai „munkásbiztosítás” tapasztalatai és a kutatások is egyértelműen azt bizonyítják, hogy a betegségek, a sérülések és a fogyatékos megelõzése révén csökkennek a munkaadók egészséggel kapcsolatos terhei. A munkába való visszahelyezés, a munka adaptálásának proaktív tevékenysége a fogyatékos, a rokkantság kezelésének fontos eszköze.

A fogyatékosok egy része olyan károsodásokkal rendelkezik, amely egyértelműen és tartósan korlátozza részvételüket és munkavégzésüket; ők a rokkantak. Más esetben a fizikai vagy a mentális képességek károsodásának *enyhébb* foka áll fenn (megváltozott munkaképességűek), vagy a munkaképesség *átmenetileg* csökken (keresőképtelenek). Eseteikben gyakran éppen az orvosi vizsgálatok mutatnak ki olyan „rendellenességek”-et, „károsodások”-at, melyek egyébként számottevően és tartósan nem befolyásolják az egyén képességeit. A vizsgálómódszerek fejlődése és eredményeik pontatlan vagy hibás interpretációja indokolatlanul és megalapozatlanul növeli meg a „károsodással, fogyatékossgal rendelkezők” számát.

Életünk bizonyos szakaszaiban bizonyos mértékben mindannyian „fogyatékosok” vagyunk. A külső körülményektől és morális hozzáállásunktól is függ, hogy erre alapozva igénylünk-e valamilyen (pénzbeli) ellátást. A fogyatékos és rokkantsági ellátórendszerek létükkel, sajátos szabályozási rendszerükkel önmagukban tágitják a fogyatékos, a rokkantság határait.

Gazdasági hatások

Az egészségkárosodás következtében kialakult fogyatékos és rokkantság gazdasági kihatásai is jelentősek. Az ellátásra szoruló számának növekedése a rokkantsági kiadások olyan mértékű

emelkedését vonta maga után, mely a munkaerő kieséséhez – így az adó- és a járulékbévételek elmaradásához – csatlakozva komolyan veszélyeztette a költségvetések egyensúlyát.

A rokkantság és a fogyatékos gazdasági hatásainak elemzése számos nehézségbe ütközik:

- a statisztikai feldolgozások a fogyatékos és a rokkantság különböző definícióit használják. A fogalmak köznapi, orvosi, szociális és jogi használata mellé fel lehet sorolni a gazdasági meghatározásukat is;
- a fogyatékosok és a megváltozott munkaképességűek támogatásait különböző ellátórendszerek biztosítják, így az ellátásokra való jogosultság alapját eltérő fogalommeghatározások képezik.

Hazai viszonylatban a kérdés jelentőségének megítélését nehezíti, hogy

- nem ismert a fogyatékosok tényleges száma (a rendelkezésre álló statisztikák a népszámlálás önbevallás alapján gyűjtött adataira épülnek), a fogyatékos súlyossága és jellege szerinti eloszlása, a külső segítséget igénylők, az intézeti ellátásra szoruló száma;
- ugyancsak nem ismerjük a fogyatékosok és a rokkantak kereseti, jövedelmi viszonyait, vagyoni helyzetüket;
- a fogyatékos és a rokkantság gazdasági következményeire az érintettek foglalkozása, lakóhelye, s annak foglalkoztatási viszonyai is hatással vannak, ezekről szintén nem rendelkezünk megfelelő információkkal. Mindezek következtében részben a nemzetközi, részben a hiányos hazai adatok birtokában végzendő becslésekre vagyunk kénytelenek szorítkozni.

A fogyatékos és a rokkantság gazdasági hatásainak vizsgálata során a tételes kiadások mellett figyelembe kell venni a *munkából való kiesés okozta veszteségeket* is:

- a veszteség típusú kiadások közé tartoznak például a munkából származó jövedelmek

kiesései, melyek a fogyatékos egyént, illetve az őt ápoló hozzátartozókat érintik;

- a kiadások nagy hányadát képviselik az egészségügyi szolgáltatások, a gyógyszer- és a gyógyászatisegédeszköz-támogatások; valamint a rehabilitációs szolgáltatások költségei;
- a fiatal, munkaképes korú egyének esetében figyelembe kell venni a rokkantsággal kapcsolatos jövőbeni veszteségeket és költségeket is (pl. az életjövedelem csökkenését), s azokat megfelelő módszerekkel prognosztizálni szükséges.

E felsorolásból is látható, hogy a kiadások és a veszteségek számbavétele nehéz feladat. Egy egyesült államokbeli vizsgálat alapján 1980-ban a GDP 6,5%-ára becsülték a rokkantság és a fogyatékos költségét. A kiadások 50%-át tették ki az egészségügyi ellátás költségei, 40% volt az érintettek és 10% a hozzátartozók által elszenvedett jövedelemvesztés aránya.

Az Európai Unióban 1998-ban a GDP 12,6%-át teszik ki a nyugdíjellátások kiadásai, melyek 9%-a a rokkantsági nyugdíj. A rokkantsági nyugdíjak más nyugdíjtípusokhoz viszonyított aránya az ellátásszabályozás különbözőségei miatt országonként változó (2.1. táblázat). A szabályozás eltérései gyakorlatilag lehetetlenné teszik a korrekt statisztikai összehasonlítást, s ez a hazai adatok nemzet-

közi megmértetésére is vonatkozik. Magyarországon a GDP 9,4%-át képviselik a nyugdíj-ellátások, s ezen belül 2,3%-ot az összes korhatár alatti rokkantsági nyugdíjkiadások tesznek ki.

A különböző országokban a táppénzkiadás a GDP 0,5–1,8%-át, a rokkantsági nyugdíj pedig 0,6–2,9%-ot tesz ki. Magyarország a táppénz vonatkozásában a rangsor alsó, a rokkantsági kiadások terén a felső harmadában foglal helyet. Figyelemre méltó összefüggést takarhat a rokkantsági nyugdíj és a táppénzkiadás aránya, mely a különböző országokban 0,8–4,3% (2.2. táblázat). A fejlett országokban ez az arány alacsony, jelezve azt, hogy a – többnyire a keresőképtelenség idején – megvalósuló rehabilitációs ellátások előnyben részesülnek a rokkantsági nyugdíj-jal szemben. A fejletlenebb országokban – így hazánkban vagy pl. Portugáliában is – a kiadások aránya a rokkantsági nyugdíj irányába tolódik el.

A fogyatékos és a rokkantság új szemlélete és kérdéskörének politikai kezelése gyökeres változtatásokat hozott, ennek köszönhetően előtérbe került a *rehabilitáció*. Ez számos országban a rehabilitációra fordítható források jelentős emelkedését is eredményezte, mert felismerték, hogy *a rehabilitáció többszörösen megtérülő befektetés*. (Az USA-ban végzett számítások szerint 1 USD rehabilitáció ráfordításra 5,5 USD közvetlen nyereség és 11 USD adóbevétel-többlet jut.) A rehabilitációs kiadásoknak a rokkantsági nyugdíj-

2.1. táblázat. A rokkantsági nyugdíjasok száma és az ellátásukra kifizetett pénzösszeg a GDP %-ában néhány volt szocialista országban

	A rokkantsági nyugdíjasok száma (ezer fő)			Kiadások a GDP %-ában		
	1990	1995	növekedési ütem	1990	1995	2002
Lengyelország	2600	3400	31%	2,6	4,3	–
Csehország	429	480	12%	1,31	1,45	–
Észtország	40,5	53	31%	<0,5	0,8	–
Magyarország	543	718	32%			2,4
ebből korhatár alatti	233	331	42%		1,2	1,3

2.2. táblázat. A táppénz- és a rokkantságinnyugdíj-kiadások néhány európai országban, a GDP %-ában

	Táppénzes kiadás	Rokkantsági-nyugdíj kiadás	Nyugdíj/Táppénz
Finnország*	1,15	1,7	1,49
Ausztria*	1,00	1,18	1,17
Hollandia*	1,90	2,89	1,53
Olaszország*	0,69	0,64	0,92
Nagy-Britannia*	0,50	1,12	2,1
Portugália*	0,50	2,14	4,18
Svédország*	1,80	2,13	1,16
Magyarország**	0,56	1,65	2,8

* 1998-as adat

** 2001-es adat

hoz viszonyított aránya pl. Svédországban és Finnországban meghaladja a 60%-ot, Ausztriában a 30%-ot.

Az egészségügyi ellátáshoz tartozó *orvosi rehabilitáció* mellett egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a *foglalkozási rehabilitációnak*.

A fogyatékos és a kereset csökkenése nélkül is okozhat teljesítmény-, illetve termelékenység-csökkenést. Mivel ez a veszteség rejtve marad, gyakorlatilag nem mérhető.

Általában a fogyatékosokkal, a rokkantsággal kapcsolatos kiadások közé sorolják a *biztosító működési költségeit*, a pénzbeli juttatásokat. Ezek azonban az ún. pénzügyi transzferek közé tartoznak (az egyik oldalon nyereséget, a másik oldalon veszteséget jelentenek), tehát *nem valódi társadalmi veszteségek*. A transzferek struktúrája, mértéke azonban befolyásolja a pénzeszközök újraelosztását, ennél fogva jelentőségük nem lebecsülhető.

A fogyatékos és a rokkantság kezelésének nemzetközi tendenciái

A Földön több mint 600 millió fogyatékos ember él, közülük csaknem 400 millió munkaképes

korú, s 80%-uk fejlődő országok lakója. Közülük a munkanélküliek aránya nagyságrenddel magasabb, mint az átlagnépességben kimutatható: egyes országokban a fogyatékosok 80%-a nem dolgozik. A fogyatékos és a rokkantság tehát napjainkra szinte az egész világon globális társadalmi problémává nőtte ki magát.

A világ különböző országaiban a fogyatékos és a rokkantság kezelésében az elmúlt egy-két évtizedben jelentős szemlélet- és gyakorlatváltozás következett be. A kérdéskör megközelítésének két módja alakult ki:

- az „Újvilág” országai – Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália – az *emberi jogok* érvényesülése, az *antidiszkriminációs politika* keretei között kezelik a problémát;
- az európai uniós országok többsége a különböző *foglalkoztatáspolitikai tennivalókra* helyezik a fő hangsúlyt, de ezekben az országokban is rögzítették az alkotmányban és más törvényekben a fogyatékos egyének jogainak érvényesítését (Németország, Franciaország, Finnország, Egyesült Királyság). Svédországban és Dániában ombudsmant neveztek ki a fogyatékosok érdekeinek a képviselésére.

A károsodás–fogyatékos–rokkantság és a rehabilitáció új szemléleteinek megfelelően a világ

számos országában gyökeres változások következtek be:

- *a fogyatékos és a rokkantság minősítési rendszereiben:* a minősítés alapját immáron nem a betegségek, hanem a károsodások okozta funkcióveszteségek, s azoknak a mindennapi tevékenységre és a munkaképességre gyakorolt hatásai képezik. Az orvosi vizsgálatok nagy hangsúlyt fektetnek a megmaradt, a fejleszthető képességek és a rehabilitáció lehetőségeinek feltárására;
- *az ellátások kategóriarendszerében:* az új kategóriák a betegségek alapján meghatározott százalékos kategóriahatárok helyett a funkcionális károsodások fokára, a rehabilitálhatóságra, a munkaképesség tényleges alakulására, a szakmai munkaképesség-változásra épülnek;
- *az ellátórendszerek szerkezetében:* a korábban domináló pénzbeni ellátásokkal szemben előnyt élveznek a rehabilitációs ellátások.

Az új megközelítést az is ösztönzi, hogy alapvetően átalakult a munka világa, gyorsan növekszik azon munkahelyek száma, amelyek az eddigiektől jelentősen eltérő képességeket igényelnek, háttérbe szorult a fizikai erőkifejtés, az informatika gyökeresen új munkafeltételeket teremt.

Az *emberi jogok* érvényesülését, az esélyegyenlőség biztosítását előtérbe helyező politika új keretek közé helyezte a fogyatékos, a rokkantság kérdését is.

Az esélyegyenlőség megteremtésének feltétele, hogy a fogyatékkal élők szinte teljes körét regisztrálják. Többek között ennek tudható be, hogy a fejlett gazdasági, egészségügyi és szociális rendszerekkel rendelkező országokban – paradox módon – mindenhol magas a fogyatékos-sággal élők és a rokkantak aránya (2.3. táblázat). Így pl. az USA-ban csaknem 49 millió ember (a lakosság több mint 19,4%-a) él valamilyen fogyatékos-sággal; 2/3 részük (29,5 millió fő) munkavállaló korú; 24 millió ember (a teljes populáció 9,6%-a) súlyosan fogyatékos; s ugyancsak jellemző adat: a súlyosan fogyatékosok 28%-a fog-

lalkoztatott (míg a fogyatékos nélkül élőknek ez az arány 80%).

A statisztikai adatok mögött nem elsősorban a lakosság kedvezőtlen egészségi állapotát, hanem az egészségkárosodott emberek sorsa, társadalmi részvétele iránti nagyobb odafigyelést kell meglátnunk. A fejlett társadalmakat tehát a fogyatékosok jelentős aránya, s a társadalmi reintegrációjukat segítő, politikai-társadalmi szinten megnyilvánuló törekvés jellemzi.

A *fogyatékos* – az egyre inkább teret nyerő „szociális modell” alapján – az emberi lét, az egyén képességeinek és a környezet követelményei összefüggéséből adódó *természetes, aktuális jellemzője*.

2.3. táblázat. **A rokkantsági nyugdíjasok %-os aránya a munkaképes korú lakosság körében**

Ausztrália*	4,1
Ausztria*	3,6
Kanada*	1,5
Finnország*	9,1
Németország*	2,3
Görögország*	1,1
Olaszország*	1,6
Japán*	1,1
Luxemburg*	7,1
Hollandia*	8,1
Új-Zéland*	1,7
Norvégia*	7,3
Lengyelország**	10,1
Portugália*	4,4
Spanyolország*	2,4
Svédország*	6,6
Svájc*	2,4
Egyesült Királyság*	4,1
Egyesült Államok*	2,4
Magyarország***	5,8

Forrás: E. Fultz, M. Ruch: Reforming Worker Protections: Disability Pensions in Transformation

* 1995-ös adat

** 1997-es adat

*** 2002-es adat

A fogyatékosra vonatkozó nemzetközi adatok összehasonlítása azért is nehéz, mivel a fogyatékos konkrét tartalma attól a rendszertől függ, amelyben alkalmazzák (pl. a járadékok, a pénzbeni juttatások jogosultságának meghatározására, egy csoport jogi helyzetének jellemzésére, célcsoportképzésre a partikuláris intervenciók megszervezéséhez, az alkalmasság, rászorultság meghatározására stb.), és jelentősen függ az adott ország szociálpolitikai, foglalkoztatáspolitikai törekvéseitől is.

A rokkantak foglalkoztatásának és foglalkoztatási rehabilitációjának politikája a legtöbb országban a háborús sérültek támogatásával kezdődött. Hosszú idő telt el annak a felismeréséig, hogy *a fogyatékos ember alkalmas jövedelemszerző tevékenységre*. A paternalista hozzáállást egyre inkább felváltotta a függetlenség, a felelősség és a motiváció ösztönzésének a politikája. A fogyatékkal élők és a rokkantak foglalkoztatásának új, rugalmas módját alkalmazzák: arra ösztönzik a munkáltatókat, hogy előzzék meg a rokkantságot, s ha az mégis bekövetkezik, a megváltozott munkaképességű munkavállalót eredeti munkahelyén foglalkoztassák.

A *tanácsadás, a képzés, az átképzés, az elhelyezés és a munkában tartás* jelentik a foglalkoztatási rehabilitáció fő irányvonalait. Az *egyen képzése* mellett elengedhetetlen a *munkahelyi környezet alkalmassá tétele* a megváltozott képességű ember befogadására, foglalkoztatására.

Általános elv, hogy a nyílt, az elsődleges munkaerőpiacon kell törekedni a foglalkoztatás biztosítására, de bővíteni kell a másodlagos munkaerőpiac foglalkoztatási lehetőségeit is. Az *ösztönzésre* különböző lehetőségek adódnak, ilyenek a támogatott foglalkoztatás, a munkahelyi egyszerű adaptálásának költségtámogatása, a kvóta- és a kvótabírság-rendszer, a munkaadó vagy a munkavállaló pénzügyi támogatása.

Egyre nagyobb hangsúlyt kap *a fogyatékos és a rokkantság megelőzése*, illetve *a megváltozott munkaképességű munkavállaló eredeti munkahelyén való megtartása*. Ennek eszközei: a munkába való korai visszatérés biztosítása, rehabilitációs intézkedési terv készítése, a munkavégzés körülményeinek módosítása.

A foglalkoztatási rehabilitáció további eszközei: a *védett foglalkoztatás* és a *célszervezetek működtetése*. Sok lehetőség rejlik az *új foglalkoztatási formák* (pl. „atípusos” munkahelyek, távmunka, otthoni foglalkoztatás) kialakításában.

A rokkantság és a fogyatékoság vonatkozásában a fejlett országok adatainak elemzése alapján megállapítható, hogy ezekben az országokban

- magas a kimutatott egészségkárosodások, fogyatékosok és rokkantságok száma és aránya;
- a fogyatékos és a rokkantságot nem kizárólag egészségügyi és szociális kérdésként, hanem az emberi jogok érvényesítésének (képzéshez, munkához való jog) kérdésként, az antidiszkriminációs társadalmi törekvések gazdasági és munkaerőpiaci jelentőséggel is bíró tényezőjeként kezelik. Ezzel magyarázható, hogy ezekben az országokban *a fogyatékosok és a megváltozott munkaképességűek ellátórendszerében a rehabilitációs ellátások mind nyújtásuk idejében, mind jelentőségükben megelőzik a pénzbeli ellátásokat*.

Az új felfogás és a szociális reintegrációt elősegítő politika révén a fejlett országok elérték, hogy a fogyatékosok egyre nagyobb száma részesül az esélyegyenlőséget biztosító ellátásokban, a megváltozott munkaképességűek jelentős része munkát végez; nem kényszerül „eltartotti szerep”-re, és nem szorul rá a közkiadásokat tartósan növelő pénzbeni ellátásra.

A megváltozott munkaképesség kezelésének politikájában tehát *nem a kiadások csökkentése*, hanem a modern társadalmi elveknek megfelelő, a gazdasági hasznosságot is eredményező, újfajta *munkaerőpiaci részvétel* és a *szociális reintegráció* megvalósítása a fő cél, akár a kiadások növelése, illetve átcsoportosítása révén is.

Egyre nagyobb szerepe van és lesz a fogyatékos társadalmi kezelésének alakításában és célkitűzéseinek megvalósításában a *fogyatékosok civil szervezeteinek* is. Az állami fogyatékosügyi tanácsok tagjainak jelentős részét a fogyatékos emberek vagy hozzátartozóik, érdekképviselőik alkotják.

A statisztikai értékelés nehézségei

A fogyatékos és a rokkantság fogalmát nem egyöntetűen és nem egyformán értelmezik a különböző országokban, s a meghatározás attól is függ, hogy mely területen használják a fogalmat:

- kedvezmények megállapítására (pl. az adórendszerekben);
- egy csoport jogi helyzetének jellemzésére (pl. diszkriminációellenes joggyakorlat);
- valamilyen intervenciós intézkedés (pl. kvóta) célcsoportjának a kijelölésére;
- valamely szolgáltatás, eljárás megfelelőségének a vizsgálatára (pl. a védett foglalkoztatás minőségének megítélése).

A fogyatékos és rokkantsági statisztikák számos nehézséggel küzdenek. A kvótarendszerekben, a védett foglalkoztatásban, a speciális támogatásban részt vevők számának értékelése során figyelembe kell venni a szolgáltatás jogi szabályozását, és törekedni kell az adatok hiteles kritériumok alapján történő csoportosítására, feldolgozására. A különböző országok szolgáltatásai jelentősen eltérnek egymástól, ezért a velük kapcsolatos adatok statisztikailag nehezen összehasonlíthatóak.

A fogyatékos és a rokkantság kezelésének különböző stratégiái

Az elmúlt másfél évtizedben gyökeres változás következett be a fogyatékos és a rokkantsági ellátórendszerek tevékenységének filozófiájában, célkitűzéseiben és eszközrendszerében. E szemléletváltozásnak megfelelően a fejlett gazdasági és szociális rendszerekkel rendelkező országok szinte mindegyikében új szabályozások születtek: 1987-ben Franciaországban, 1989-ben Németországban, 1992-ben Hollandiában, 1993-

ban Ausztriában, 1994-ben Belgiumban és Nagy-Britanniában, 1998-ban Finnországban. Az Egyesült Államokban 1990-ben került sor korszerű jogi szabályozás hatályba léptetésére.

A kérdés kezelését gazdasági, környezeti, kulturális, történelmi és egyéb tényezők is befolyásolják. Ennek megfelelően a különböző országok más és más módon keresnek választ a felmerülő kérdésre.

Az USA rokkantsági törvényeinek egyik központi eleme a *munka ésszerű módosítása*, a rokkantak számára való adaptálása. Az ésszerű módosítás nemcsak a munkahely fizikai elrendezésére és berendezésre, hanem a technológia és a szabályok átalakítására is vonatkozik. Észak-Amerikában a törvény csak bizonyos munkáltatókat kötelez a munka módosítására, míg Európában ez a követelmény általános. Így pl. Németországban minden munkáltató köteles műhelyt, berendezéseket létrehozni és fenntartani a rokkantak és a fogyatékosok számára.

Az ILO (International Labour Organisation) által 2001-ben végzett vizsgálat néhány nyugat- és közép-európai országban elemezte a rokkantsági nyugdíjrendszer működését, s annak korszerűsítési törekvéseit. Nyugat-Európában a rokkantak helyzetét az elmúlt 20 év folyamán két fő tényező határozta meg:

- rokkantsági és a fogyatékosági támogatásokra fordított kifizetések rohamos növekedése;
- az antidiszkriminációs politika, mely a társadalmi-politikai szinten nem megfelelően kezelt fogyatékos és a rokkantságot az esélyegyenlőtlenség, az emberi jogok sérelme egyik legfontosabb területének tartja.

Reformtörekvések az Európai Unióban

Az 1990-es években Hollandiában a munkaképes korú lakosság 9%-a, Svédországban 8%-a, az Egyesült Királyságban 6,5%-a, az OECD országok 6%-a kapott valamilyen rokkantsági juttatást.

tást. Hollandiában és Svédországban is a GDP 4,7%-át fordították erre a célra (2.4. táblázat).

2.4. táblázat. **A rokkantsággal kapcsolatos kiadások a GDP és a szociális kiadások %-ában néhány európai országban**

Ország	Összes rokkantsági kiadások	
	a GDP %-ában	a szociális kiadások %-ában
Hollandia	4,6	19
Svédország	4,7	15
Egyesült Királyság	1,5	6
OECD (10 ország)	2,4	11
Magyarország	3,2	9,4

Forrás: OECD (2002).

Hollandia. „Hollandia beteg” – mondta 1993-ban a holland miniszterelnök. A probléma megoldására határozott intézkedéseket fogantatosítottak: a megváltozott munkaképesség terhére elsősorban a munkaadókra hárították:

- megerősítették a munkahelyi egészségvédelmet a foglalkozás-egészségügyi orvosi és a munkapszichológusi hálózat kiépítése, a rendszeres kockázatbecslés, a munkakörnyezet javítása útján;
- csökkentették a kompenzációs pénzellátások (az ún. helyettesítési ráta) címén kifizethető összegek nagyságát;
- objektivizálták a jogosultság orvosi elbírálásának feltételrendszerét, új orvosi minősítési kritériumokat dolgoztak ki, s az 50 évnél fiatalabb nyugdíjasokat az új szabályok alapján újravizgálták;
- igyekeztek felszámolni az orvosi véleményezés szubjektivitását, az elbírálásban érintett orvosokat a szakmai képzés mellett felkészítették a speciális rokkantsági vizsgálatokra, kidolgozták a szakértői tevékenység minőségbiztosítási rendszerét, vizsgálati standardokat, protokollokat alakítottak ki, bevezették a véleményezés ellenőrzését;
- a táppénz intézményének „privatizálásával” (a táppénzt 52 hétig a munkáltató fizeti)

igyekeztek csökkenteni a keresőképtelenséggel kapcsolatos munkakiesést;

- ösztönözték a munkáltatót a rokkantság megelőzésére, s a rokkantak reintegrációja érdekében anyagi támogatást nyújtott a munkahelyek átalakítására, a rokkantak foglalkoztatására, ösztönözték a részmunkaidős foglalkoztatást.

Svédország. „A munka fontosabb a jólétnél.” A jelszóban tükröződő szemlélet rányomja a bélyegét a rokkantsági politikára is: a bőséges juttatásokat a foglalkoztatás támogatásával alapozzák meg. A rokkantsági nyugdíjrendszert leválasztották az öregségi nyugdíjrendszerről. A rokkantá válást a táppénzes időszakban igyekeznek megelőzni: csökkentették a táppénz összegét, bevezették a betegszabadságot.

Egyesült Királyság. Ebben az országban is napirendre tűzték a fogyatékos- és rokkantsági politika reformját (New Deal for Disabled People). Erre szükség is volt, mivel a rokkantsági kiadások tették ki a társadalombiztosítási kiadások $\frac{1}{4}$ -ét, s növekedési ütemük meghaladta az évi 6%-ot. A hangsúlyt a foglalkoztatásra helyezték, bevezették a kvótarendszert. Ösztönzik a nyílt munkaerőpiacon történő foglalkoztatást. Újraszabályozták a munkaképesség véleményezését, azt az általános orvosok helyett szakértőkre bízta. Az igénylők funkcionális kapacitásának a vizsgálatára speciális tesztet vezettek be, az ún. „minden munka teszt”-et (All Work Test). A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását speciális szakemberek (job brokers) segítik elő. Támogatják a munka adaptációját, a munkavégzést segítő eszközök beszerzését, a munkavállalók utaztatását stb. (Access to Work program). A betegség korai stádiumában igyekeznek a munkában megtartani a munkavállalókat, speciális hiteleket biztosítanak a dolgozni kívánó rokkantak számára (Disabled Person's Tax Credit).

Reformtörekvések néhány volt szocialista országban

A közép-európai országokra az 1990-es években a fogyatékoság kérdésének „medikalizációja” volt jellemző – az orvosi bizottságok a rokkantsági nyugdíjra való jogosultságot klinikai tünetekre, diagnózisokra alapozták. Gyakorlatilag nem vették figyelembe sem a vizsgált személy megmaradt képességeit, sem az új munkaképességek kialakításának, sem a rendszeres munkába való visszatérésnek a lehetőségét. Az e szemlélet alapján megvalósított minősítési gyakorlat is hozzájárult ahhoz, hogy a rokkantsági nyugdíjasok száma rendkívüli módon megnövekedett.

A munkanélküliség megjelenése, majd növekedése, az állam által korábban fenntartott védett munkahelyek számának csökkenése következtében a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása jelentősen csökkent. A közép-európai államok kvótákkal, kvótabírság-rendszerekkel igyekeznek ösztönözni a foglalkoztatást. A közép-európai fogyatékosági és rokkantsági politikára azonban jellemző, hogy a rendszerváltozást követő labilis politikai egyensúly viszonyai között a kormányok – a nyugat-európai országokkal ellentétben – általában nem vállalkoznak e kényes kérdés rendezésére, a probléma kezelésének gyökeres átalakítására. Ez alól bizonyos mértékig Lengyelország, Csehország és Észtország a kivétel, ahol a megvalósult rokkantsági nyugdíjreformok újraszabályozták a jogosultság orvosi feltételeit – a „puha”, szubjektív minősítőrendszereket igyekeztek objektivizálni, bevezették a képesség- és a funkcionáliskapacitás-vizsgálatokat.

Lengyelország. Az orvosi bizottságok helyett egyénileg dolgozó orvosokra bízta a minősítést, fokozták ellenőrzésüket, megvalósították a szakértők képzését. A monolit pénzbeli kompenzációs rendszerek helyett differenciált, több ellátást nyújtó (munkaadaptáció, oktatás, ápolási szolgáltatás stb.) rendszereket vezettek be. A munkaképesség minősítésére új szakmai kritérium-

rendszert dolgoztak ki. A minősítés nem klinikai diagnózisok, hanem a funkciók értékelése alapján történik. Új eljárási rendet vezettek be, új minősítő intézményeket hoztak létre. Előtérbe helyezték az orvosi rehabilitációt.

Az intézkedések eredményeképpen csökkent az új igénylők, s emelkedett a megváltozott munkaképességű foglalkoztatottak száma. Az át-törésnek azonban gátat szabtak az általános foglalkoztatási nehézségek, a foglalkoztatási rehabilitáció korlátai.

Csehország. 1993 és 2000 között több mint 30%-kal csökkent a rokkantak száma a munkaképes korúak körében.

Észtország. A rokkantsági nyugdíjat felváltotta a megváltozott munkaképességűek járadékrendszere, a munkaképesség-csökkenés meghatározásának új kritériumait alakították ki. Az osztályozási rendszer alapjául a fogyatékoság osztályozásának a WHO által kidolgozott „A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása” rendszerét állították, s a minősítés során az egészségi állapot mellett a szociális, a környezeti tényezőket egyaránt vizsgálják. A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását adókedvezményekkel, dotációkkal ösztönzik.

A rokkantsági nyugdíjrendszer mint a szociális problémák megoldásának eszköze

A rokkantsági nyugdíjrendszer az elmúlt évtizedekben világszerte – politikai rendszertől függetlenül – a *szociális problémák* kezelésének eszközevé is vált. Nemcsak a volt szocialista országokban, hanem a fejlett gazdasággal bíró államokban is gyakran szolgált a rokkantsági rendszer a munkanélküliség „levezető eszközéül” – így Angliában az 1980-as években a rokkanttá minősítések

„segítségével” sikerült „csökkenteni” az idősebb férfi munkanélküliek számát. Svédországban a munkavállalók, a munkáltatók és a szakszervezetek számára is kézenfekvő volt ez a megoldás. A volt szocialista országokban a rendszerváltás körüli nagy gazdasági átrendeződést követő időszakban a tevékenységüket lényegesen leszűkítő iparágakban (bányászat, kohászat, élelmiszeripar stb.) felszabaduló munkaerő jó része szinte politikai sugallatra választotta a munkanélküliség helyett a rokkantsági nyugdíjat.

A szociális problémák – nevesítve: a munkanélküliség – rokkantsági nyugdíjrendszerbe térése egyrészt ténybelileg megalapozatlan, másrészt mind az egyén, mind a társadalom számára gazdaságilag is, perspektívájában is előnytelen, tehát álmegoldás, hiszen a munkanélküliségi ellátások viszonylag rövidebbek, s a munkanélküliség problémája munkaerőpiaci eszközökkel kezelhető, a rokkantsági ellátások viszont tartósabbak, költségesebbek, s a rokkantságba transzformált munkanélküliség már gyakorlatilag semmilyen eszközzel nem befolyásolható.

A rokkantság sok összetevőjű, bonyolult probléma, megoldása csak fokozatosan, céltudatos, következetes lépéseken keresztül valósítható meg. A reformlépések a társadalom szinte minden területét (az egészségügyet, az orvosszakértői minősítést, a nyugdíj- és az egyéb szociális támogatási rendszereket, az adópolitikát, a foglalkoztatáspolitikát, az esélyegyenlőség kérdését stb.) érintik. E területek mindegyikén meg kell teremteni a szükséges lépések összhangját az érdekeltek – a munkaadók, a munkavállalók, s ezek képviselői szervei, a fogyatékosok, a rokkantak és civil szervezeteik, valamint az állami intézmények – egyetértésével, érdekeik és céljaik figyelembevételével.

A különböző országok korszerűsítési törekvéseinek lényege közös: tisztességes, a megélhetéshez elégséges pénzbeli ellátást nyújtani azoknak, akik az egészségi állapotuk romlása miatt nem tudnak dolgozni, s a legkülönbözőbb eszközökkel – pénzügyileg is – ösztönözni azok munkavégzését, akik számottevő megmaradt munkaképességgel rendelkeznek.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása bizonyos fokig sérti a szociális beállítódású társadalmak szolidaritásérzését, s megemelheti a munkanélküliség adminisztratív eszközökkel alacsonyra szorított szintjét – az államok emiatt sem tesznek hatékony lépéseket a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának irányába. Holott a foglalkoztatási rehabilitáció, amellyel, hogy hasznosítja a munkaerőt, új foglalkoztatási lehetőségeket is teremt a szociális szolgáltatások, a személyi segítők, az akadálymentesítés, a munkahelyi adaptációs tevékenység stb. terén.

A reformok kulcsa tehát a *munkavégzés támogatása*, ösztönzése. Maximális mértékben kell kompenzálni azokat, akik képtelenek dolgozni, s munkát kell találni azok számára, akik maradék munkaképességgel rendelkeznek. Szociális szolgáltatások, személyiségítő-hálózat, dotációk, a környezet akadálymentesítése, a munkahely adaptációja, alternatív munkalehetőségek kialakítása, adókedvezmények, hitelek – ezek a reformcélkitűzésekhez kapcsolódó legfontosabb eszközök. A célok eléréséhez e feladatok megoldásához a munkáltatók, az állami intézmények, a szakszervezetek, a fogyatékkal élő emberek együttműködése szükséges. Mindehhez elengedhetetlen a *társadalom szemléletének, attitűdjének megváltoztatása* is: természetesnek, illetve kívánatosnak kell tekinteni a fogyatékkal élők jogát az esélyegyenlőségre, a társadalmi részvételre, a társadalmi tevékenységbe, a munkába való reintegrálódásra.

Az országok többségében nem megfelelő az orvosszakértői véleményezések minősége. Bizonyítja ezt, hogy az egyes szakértők véleményei között nagyok az eltérések. Emiatt mindenhol nagy hangsúlyt fektetnek az orvosszakértői tevékenység minőségbiztosítására, a szakmai standardok, protokollok alkalmazására, a tevékenység ellenőrzésének a fokozására, az orvosszakértő szakmai (és anyagi) felelősségének érvényesítésére.

A fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség mint társadalmi probléma a mai Magyarországon

A fogyatékoság és a rokkantság jelentőségét meghatározza az érintettek száma. A fenti fogalmak eltérő értelmezése és a különböző felmérések más-más irányultsága miatt az érintettek számára vonatkozó adatok meglehetősen hiányosak. (A fogyatékosági támogatási rendszer bevezetése idején Magyarországon a fogyatékosok számát 400–500 ezerre becsülték; ezzel szemben 2001 végéig mintegy 100 ezren nyújtottak be igényt, és kevesebb mint 50 ezer fő részesül támogatásban). Értékelhetőbb adatokat nyújtanak a célirányos lakossági felmérések, elsősorban a népszámlálás adatai (2.5. táblázat).

A 2001-es népszámlálási adatok tanúsága szerint Magyarországon csaknem 600 ezer fogyatékos ember él. A lakosok számához viszonyítva a legmagasabb a fogyatékosok – többségében (40%) mozgáskárosodott – aránya Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok megyében (2.6. táblázat). A felsorolt megyék regionális elhelyezkedése azt sugallja, hogy a magukat fogyatékosnak tartók száma és a

régió gazdasági-szociális potenciálja között összefüggés lehet.

Nehezen magyarázható azonban a megyénkénti-regionális különbségek mértéke. Békés megyében több mint kilencszáz a tízezer főre jutó fogyatékosok száma, míg Zala megyében ötszáz. A mozgássérültek aránya háromszor nagyobb Békés megyében, mint Győr-Moson-Sopron megyében (2.7. táblázat). Az értelmi fogyatékosok aránya Borsod-Abaúj-Zemplén megyében csaknem ötször nagyobb, mint a fővárosban (2.8. táblázat).

A megváltozott munkaképességűek különböző pénzbeli ellátásaiban több mint egymillió fő részesül, legnagyobb részüket a korhatár feletti és korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok képezik (2.1. ábra). A pénzbeli ellátások összege 2002-ben meghaladta az 500 milliárd Ft-ot (2.9. táblázat).

A rokkantsági nyugdíjasok létszámukat tekintve az összes nyugdíjasok mintegy $\frac{1}{4}$ -ét teszik ki (24,8%). A korhatár alatti nyugdíjasok aránya az összes nyugdíjashoz viszonyítva 2002-ben 14,3% volt (a férfiaknál 21,4%, a nőknél 9,89%). E vonatkozásban is jelentősek a területi eltérések. A rokkantsági nyugdíjasok aránya magasabb az észak-alföldi (28,9%) és a dél-alföldi (25,7%) régióban, alacsonyabb a Nyugat-Dunántúlon (17,1%).

A megváltozott munkaképességűek járadékában évről évre több mint 200 ezer fő részesül, (az összes nyugdíjashoz viszonyított arányuk mintegy 7%). Az alacsonyabb gazdasági poten-

2.5. táblázat. A Magyarországon fogyatékkal élők száma és megoszlása a 2001-es népszámlálás adatai alapján

	Férfi	Nő	Összesen	Tízezer lakosra vetített szám
Mozgássérült vagy egyéb testi fogyatékossgal élő	121 715	129 845	251 560	246,7
Látási fogyatékkal élő	34 947	48 093	83 040	81,4
Hallási fogyatékkal élő	26 842	26 723	53 565	52,9
Értelmi fogyatékkal élő	31 408	25 555	56 963	5,9
Beszédhibás	4 794	2 506	7 300	7,2
Egyéb fogyatékkal élő	63 162	61 416	124 578	122,2
Összes	282 868	294 138	577 006	565,8

2.6. táblázat. A fogyatékosággal élők abszolút és tízezer lakosra vetített száma Magyarország megyéiben és Budapesten, a 2001-es népszámlálás adatai alapján, az arányok sorrendjében

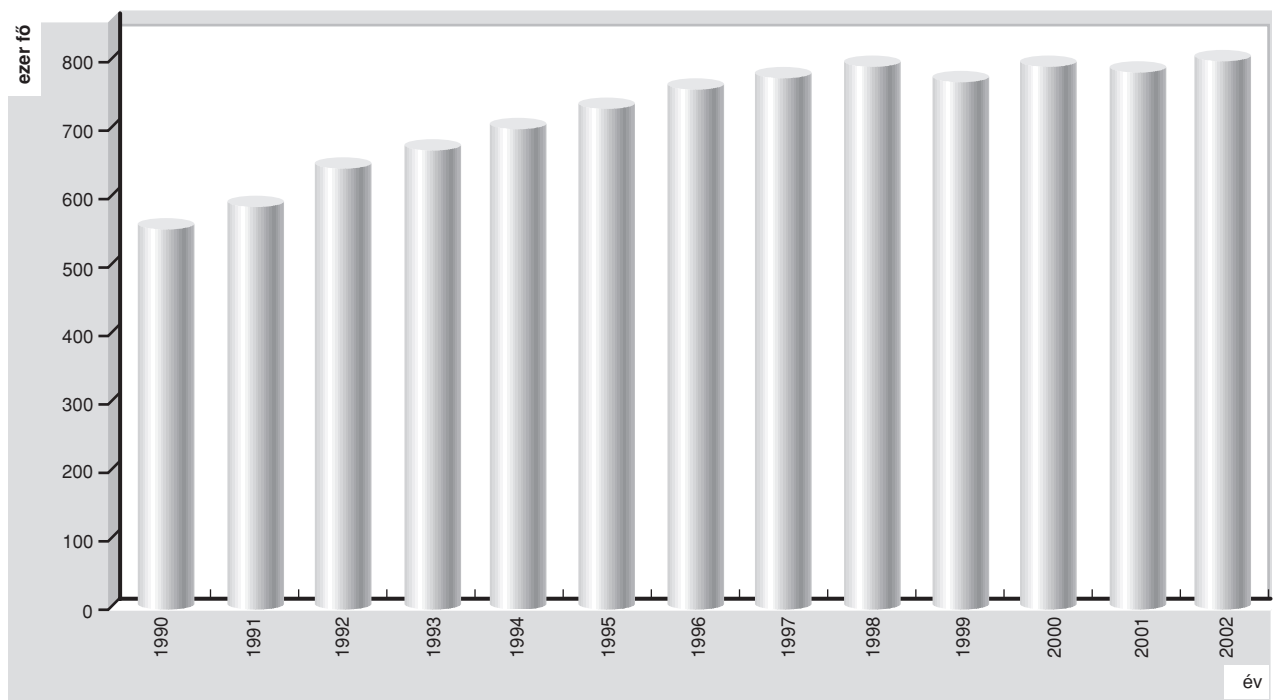
	Fogyatékkal élők száma	Tízezer lakosra vetített szám
1. Békés	36 966	931,1
2. Borsod-Abaúj-Zemplén	50 193	919,3
3. Nógrád	17 350	785,1
4. Heves	23 481	720,3
5. Jász-Nagykun-Szolnok	29 328	705,5
6. Tolna	17 450	698,0
7. Bács-Kiskun	33 804	619,1
8. Baranya	24 863	609,4
9. Szabolcs-Szatmár-Bereg	33 473	574,2
10. Veszprém	19 027	568,7
11. Csongrád	24 590	566,6
12. Somogy	18 576	554,5
13. Fejér	23 343	537,9
14. Hajdú-Bihar	29 355	530,8
15. Komárom-Esztergom	16 641	525,0
16. Pest	53 218	492,3
17. Zala	14 092	472,9
18. Budapest	81 707	460,3
19. Vas	11 951	445,9
20. Győr-Moson-Sopron	17 598	404,6

2.7. táblázat. A mozgássérültek abszolút és tízezer lakosra vetített száma Magyarország megyéiben és Budapesten, a 2001-es népszámlálás adatai alapján, az arányok sorrendjében

Megye	A mozgássérültek száma	Tízezer lakosra vetített szám
1. Békés	18 024	454,0
2. Borsod-Abaúj-Zemplén	18 024	431,7
3. Nógrád	8 458	382,7
4. Jász-Nagykun-Szolnok	14 086	338,6
5. Heves	10 860	333,1
6. Tolna	8 103	324,1
7. Szabolcs-Szatmár-Bereg	15 849	290,3
8. Baranya	11 268	276,2
9. Bács-Kiskun	14 869	276,2
10. Somogy	7 992	238,6
11. Fejér	10 307	237,5
12. Hajdú-Bihar	12 103	218,9
13. Komárom-Esztergom	6 904	217,8
14. Csongrád	9 449	217,7
15. Veszprém	7 990	213,6
16. Pest	22 907	211,9
17. Zala	6 289	211,0
18. Vas	4 808	179,4
19. Budapest	30 556	172,1
20. Győr-Moson-Sopron	7 166	164,7

2.8. táblázat. Az értelmi fogyatékosággal élők száma és tízezer főre vetített aránya Magyarország megyéiben és Budapesten, a 2001-es népszámlálás adatai alapján, az arányok sorrendjében

	Az értelmi fogyatékosággal élők száma	Tízezer lakosra vetített szám
1. Borsod-Abaúj-Zemplén	5 526	101,2
2. Szabolcs-Szatmár-Bereg	4 349	79,7
3. Nógrád	1 591	72,0
4. Tolna	1 780	71,2
5. Bács-Kiskun	3 870	70,9
6. Somogy	2 218	66,2
7. Jász-Nagykun-Szolnok	2 669	64,2
8. Zala	1 898	63,7
9. Fejér	2 653	61,2
10. Baranya	2 475	60,7
11. Heves	1 973	60,5
12. Békés	2 352	59,2
13. Hajdú-Bihar	3 262	59,0
14. Csongrád	2 524	58,2
15. Vas	1 515	56,5
16. Veszprém	2 080	55,6
17. Győr-Moson-Sopron	2 380	54,7
18. Komárom-Esztergom	1 672	52,7
19. Pest	5 283	48,9
20. Budapest	4 893	27,6



2.1. ábra. A rokkantsági nyugdíjasok számának alakulása Magyarországon 1990 és 2002 januárja között

ciájú, a munkanélküliséggel jobban sújtott régiókban lényegesen nagyobb a járadékosok száma: az összes nyugdíjashoz viszonyítva az észak-alföldi régióban 13%, a közép-magyarországi régióban alig 3% a járadékosok aránya.

A rokkantsági nyugdíjban részesülők számának növekedése az 1970-es években indult meg, s azóta az új rokkantsági nyugdíjasok száma – a 90-es évek közepén mutatkozó „csúcs” után – 50 ezer fő körül mozog. A 90-es években az igénylők nagy száma mellett az új rokkantak számának növekedését a liberálisabb minősítési

gyakorlat, a magas elfogadási arány is eredményezte (2.10. táblázat, 2.2. ábra).

A fogyatékkal élőkhez hasonlóan a rokkantak arányában is nagyok az egyes megyék közötti különbségek. Csongrád megyében pl. háromszor magasabb a rokkantak aránya, mint Zala megyében (2.11. táblázat). Ezen belül az egyes megyékben is megmagyarázhatatlanul nagyok az ingadozások az új rokkantak arányát tekintve (2.3. ábra).

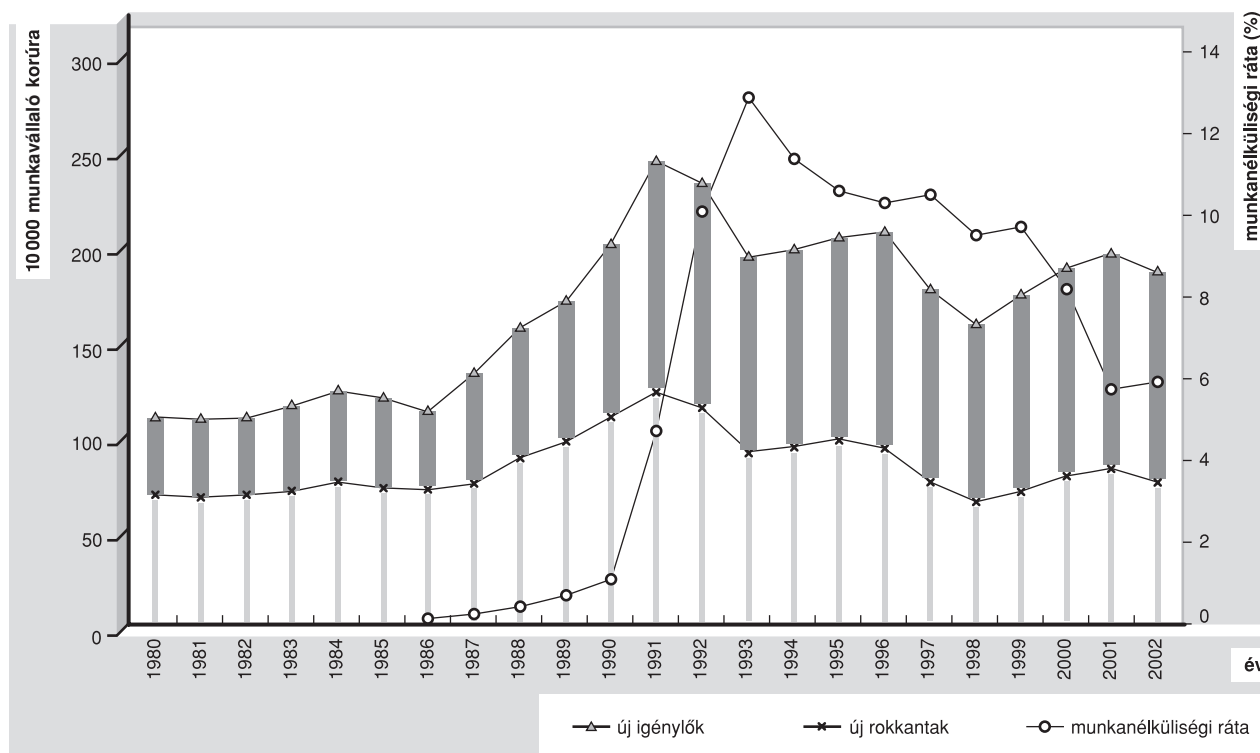
A 2.12. táblázat a táppénzes statisztika utóbbi tíz éves alakulását mutatja be. A kiadások volumenének emelkedése elsősorban az egy napra ju-

2.9. táblázat. A megváltozott munkaképességűek és a fogyatékkal élők ellátásaira folyósított kifizetések Magyarországon, 2001-ben

1. Rokkantsági nyugdíj	394 717 millió Ft
a) Korbetöltött rokkantsági nyugdíj	174 840
b) Korhatár alatti rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj	219 877
a) korhatár alatti III. csoport rokkantsági nyugellátás (E. Alap)	178 003
b) korhatár alatti I–II. csoport rokkantsági nyugellátás (Ny. Alap)	41 874
2. Táppénz	80 863
3. Egyéb járadékok	
a) baleseti járadék	4 986
b) rendszeres szociális járadék	48 906
c) rokkantsági járadék	7 084
4. Fogyatékosági támogatások	
a) fogyatékosági támogatások	10 575
b) vakok személyi járadéka	3 806

2.10. táblázat. Az új igénylők, az összes vizsgálatok, a rokkanttá minősítettek számának, valamint az elutasítottak arányának, alakulása Magyarországon 1978 és 2001 között

Év	Összes vizsgálat	Új igénylők	Rokkanttá minősített	Elutasítottak aránya %
1978	111 238	66 347	44 318	27,5
1985	107 360	69 096	43 141	30,9
1991	191 985	144 809	71 871	47,2
1995	184 065	123 479	58 305	51,1
2001	214 217	122 182	51 210	56,3



2.2. ábra. Az új igénylők, az új rokkantak száma, valamint a munkanélküliségi ráta alakulása Magyarországon 1980 és 2002 között

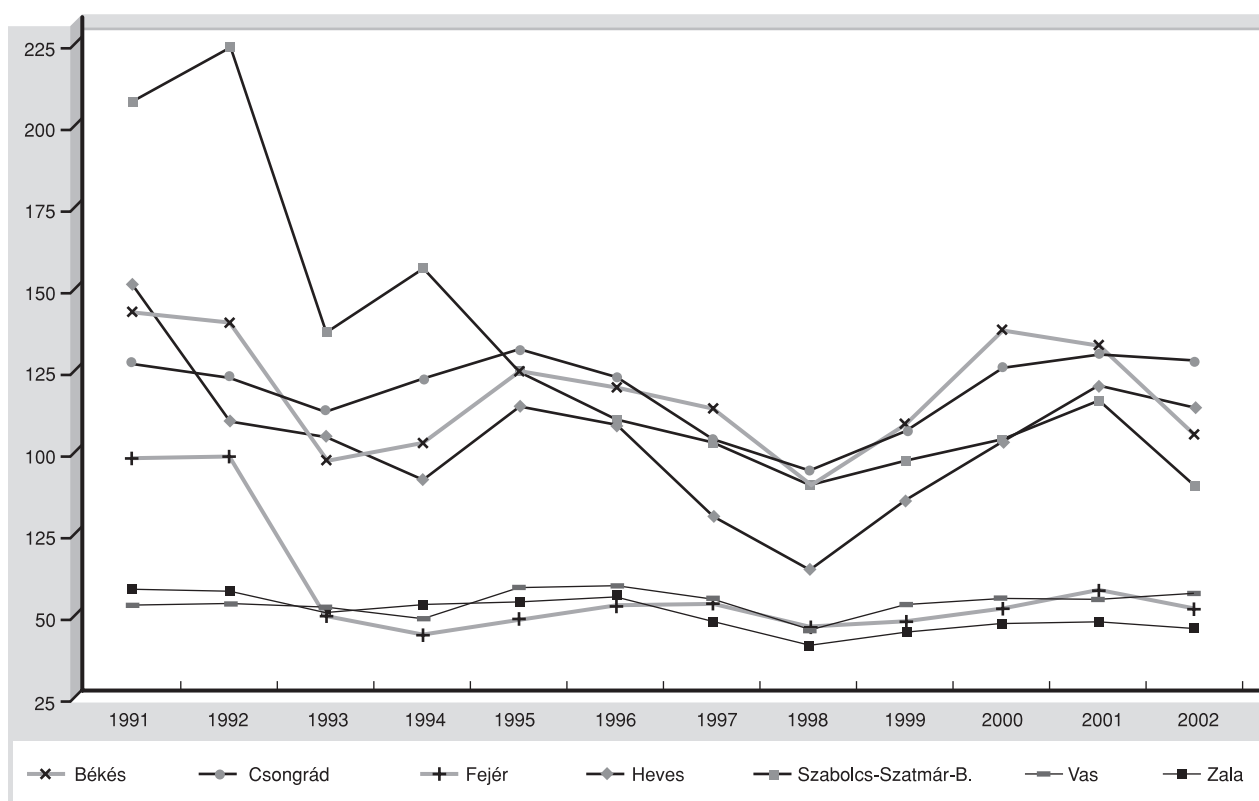
2.11. táblázat. Az új rokkantak aránya tízezer munkavállaló korú lakosra vetítve Magyarország megyéiben és Budapesten 2002-ben (az arányok sorrendjében)

1. Csongrád	126,2
2. Heves	111,5
3. Békés	103,1
4. Borsod-Abaúj-Zemplén	99,2
5. Tolna	98,7
6. Jász-Nagykun-Szolnok	94,5
7. Szabolcs-Szatmár-Bereg	87,6
8. Baranya	82,8
9. Bács-Kiskun	81,1
10. Hajdú-Bihar	75,3
11. Győr-Moson-Sopron	69,5
12. Komárom-Esztergom	69,3
13. Veszprém	69,2
14. Nógrád	68,0
15. Somogy	65,8
16. Pest	59,1
17. Vas	64,9
18. Fejér	50,3
19. Budapest	46,2
20. Zala	44,1

tó táppénz összegének emelkedésével magyarázható (1995-ben 630 Ft, 2001-ben 1500 Ft). Meg kell jegyezni, hogy ezek az adatok nem tükrözik a keresőképtelenséggel kapcsolatos összes kiadásokat, mivel azokba beletartoznak a keresőképtelenség első 15 napjára járó betegszabadság kiadásai is (2001-ben mintegy 30 milliárd Ft).

A keresőképtelenség időszaka elvileg módot ad a rehabilitációs tennivalók jó részének az elvégzésére, s a rehabilitációs irányultságú rendszereket működtető országokban ez meg is történik. Ezekben az országokban a rokkantsági nyugdíj és a táppénzkiadások közelítenek egymáshoz, míg máshol a rokkantsági kiadások jóval meghaladják a táppénzkiadásokat. Magyarországon a rokkantsági kiadások túlsúlya érvényesül, s ez közvetve rámutat arra a tényre, hogy a keresőképtelenség időszakát nem használjuk ki kellőképpen a rokkantság megelőzésére.

A kompenzációs ellátások célja – meghatározott jogosultsági kritériumok megléte esetén – a munkaképesség-változás eredményezte kereset-



2.3. ábra. Az új rokkantak tízezer munkavállaló korú lakosra vetített arányának változása Magyarország hét megyéjében 1991 és 2002 között

2.12. táblázat. A táppénzes helyzetet jellemző legfontosabb mutatók alakulása Magyarországon 1992 és 2002 között

Év	Táppénzes			
	esetek száma (ezer fő)	napok száma (ezer)	arány	kiadás (milliárd Ft)
1992	2 309	73 000	6,0	28,9
1996	1 225	45 200	4,5	32,9
2000	1 408	41 100	3,2	56,1
2001	1 349	42 600	3,4	64,2
2002	1 277	44 350	3,4	80,9

veszteség pótlása. A kompenzációs rendszerek azonban sohasem kompenzálják a teljes veszteséget (a kereset 2/3-át fizetik ki, azt is csak bizonyos idő múlva, s mások a járadékfizetés szabályai az átmeneti és a tartós munkaképesség-változás esetén).

A fentiekből is kitűnik, hogy az elmúlt egy-

másfél évtizedben a megváltozott munkaképesség és a rokkantsági nyugdíjrendszer a magyar társadalom sajátos problémájává vált. Ennek okai közül a legfontosabbak:

- A rendszerváltást követő gazdasági átalakulás 1,5 millió munkahely megszűnésével járt, a foglalkoztatás szerkezete átalakult. A

feszültté váló munkaerőpiacon a profitorientált vállalatok számára a jól képzett, terhelhető munkaerő vált keresetté. A megváltozott munkaképességűek, a fogyatékosok kiszorultak a foglalkoztatásból.

- A megváltozott munkaképességűek, a fogyatékosok ellátásai a passzív ellátások felé tolódtak – ez jellemzi az 1990-es évek végén kialakult fogyatékosági támogatási rendszert is –, az esélyegyenlőség biztosítását mint fő célt nem a rehabilitációval, hanem járadékokkal, s egyéb társadalmi juttatásokkal igyekszünk megoldani.
- A nyugdíjkorhatár emelése következtében megtorpant a rokkantsági nyugdíjba kerülők számának csökkenése, s az új rokkantsági nyugdíjasok számának enyhe növekedése figyelhető meg. Ez a növekedés még intenzívebb a rokkantsági nyugdíjkiadások emelkedése terén. A rokkantsági nyugdíjasok számának változása és az ellátásukra kifizetett pénzüsszegek növekedése tehát nem párhuzamosan mozog.
- A rokkantsági nyugdíjasok számának alakulása az 1990-es évek elején elsősorban a foglalkoztatottság alakulásának a függvénye volt, más szóval: *a rokkantsági nyugdíjrendszer*

a munkaerőpiaci feszültségek sajátos levezetőjévé vált.

Szoros összefüggés mutatható ki a rokkantnak véleményezettek és a munkanélküli ellátásban részesülők száma között (lásd 2.2. ábra). Ez az összefüggés is alátámasztja azt a tételt, mely szerint a rokkantság nem azonosítható a betegségekkel és a károsodásokkal, s a munkavégzés korlátozottságának a kialakulásában az egészségi tényezők mellett szerepet játszanak egyéb – egyéni és a társadalmi – körülmények is.

Mindehhez az utóbbi években új jelenség társult: a vállalkozók egy része a megváltozott munkaképességhez kapcsolódó kedvezmények igénybevétele miatt igyekszik bekerülni az ellátásba, s így a rendszer a „haszonszerzés” egyfajta eszköze is vált. (Amennyiben rokkantnyugdíjasként végzi egyéni vállalkozói tevékenységét, vagy gazdasági társaság beltagja, kedvezményes a járulékfizetése, hiszen mindössze a jövedelem utáni 5% baleseti járulék megfizetésére kötelezett.)

A szociális és az egyéb diszfunkcionális elemek nemcsak statisztikailag, hanem anyagilag és erkölcsileg is terhelik a rokkantsági nyugdíj rendszerét. Nyilvánvaló, hogy ennek hatását is tükrözi az orvosszakértői minősítés negatív közmegejtése.

3. fejezet

A társadalombiztosítás pénzbeli ellátásainak rendszerei

Juhász Ferenc



Rokkantsági nyugdíj

A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény értelmében *rokkantsági nyugdíjra az jogosult, aki*

1. egészségromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét 67%-ban elvesztette, és ebben az állapotában javulás egy éven belül nem várható;
2. a szükséges szolgálati időt megszerezte;
3. rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti keresetnél.

ad 1. *A rokkantsági nyugdíj mértéke függ a rokkantság fokától:*

- a *III. rokkantsági csoportba* tartozik az, aki rokkant, de nem teljesen munkaképtelen, vagyis munkaképesség-változása eléri a 67%-ot;
- a *II. rokkantsági csoportba* tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, vagyis munkaképesség-vesztése 100%-os, de mások ápolására nem szorul. Ebben a csoportban a rokkantsági nyugdíj összege 5%-kal több, mint a *III. rokkantsági csoportban*;
- az *I. rokkantsági csoportba* tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, vagyis munkaképesség-vesztése 100%-os, és mások gondozására szorul. A nyugdíj összege ebben a csoportban 10%-kal több mint a *III. rokkantsági csoportban*.

ad 2. *A rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idő lényegesen eltér az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati időtől. Így pl. 22 éves kor betöltése előtt ez az idő 2 év, 35–44 éves életkorban 10 év, az 55 év betöltésétől 20 év. Az, aki az iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül szolgálati időt szerzett és huszonnégy (22) éves kora előtt megrokkán, szolgálati idejének tartamára tekintet nélkül jogosult rokkantsági nyugdíjra.*

ad 3. *A keresőtevékenységre vonatkozó harmadik feltétel esetén a „rendszeresen nem dolgozik” kategóriába tartozik az, aki a munkakörének megfelelő munkaidőnél rövidebb munkaidőben képes csak dolgozni, vagy munkaideje a korábbi rövidebb munkaidőhöz képest tovább csökken, vagy az igénybejelentést megelőző 180 nap alatt legalább 72 napon át nem dolgozott. A keresetet akkor lehet lényegesen kevesebbnek tekinteni, ha annak a személyi jövedelemadóval csökkentett összege legalább 20%-kal elmarad a nyugdíj alapját képező átlagkeresettől.*

A rokkantsági nyugdíj mértéke a megszerzett szolgálati időtől, a megrokkánás időpontjától is függ. Így pl. 6 év szolgálati idő esetén az átlagkereset 53,5, 10 év szolgálati idő esetén az átlagkereset 55,5, 25 év szolgálati idő esetén az átlagkereset 63,0%-a. 25 évet meghaladó szolgálati idő után az öregségi nyugdíj mértékével azonos (3.1. melléklet). (Az adatok a III. rokkantsági csoportra vonatkoznak).

Keresőképtelenség, táppénz

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény rendelkezik az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásairól.

A munkaképesség átmeneti változása, a *keresőképtelenség* oka lehet betegség vagy olyan *sérülés* amely miatt a munkavállaló munkáját nem tudja ellátni. A jogszabály szerint keresőképtelen továbbá:

- aki terhesség, szülés miatt nem tudja munkáját ellátni, és terhességi-gyermekágyi segílyre nem jogosult;
- az anya, aki kórházi ápolás alatt álló egy évnél fiatalabb gyermekét szoptatja;
- az anya (vagy egyedülálló apa), ha 1 évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja;
- a szülő, aki 1 évesnél idősebb, de 12 éves fiatalabb beteg gyermekét ápolja;
- akit közegészségügyi okból eltiltanak foglalkozásától.

A keresőképesség elbírálását a *házi orvos*, a *járóbeteg-rendelés*, a *gondozóintézet orvosa* végzi. Sajátos szerepet tölt be a keresőképesség elbírálásában az Orvosszakértői Intézet szakértőiből álló Főorvosi Bizottság (FOB), amely

- 6 hónapra visszamenőleg igazolhatja a keresőképtelenséget;
- dönt a keresőképesség vitás eseteiben.

A *táppénz napi összegének megállapításánál* az egészségbiztosítási járulékfizetésének alapjául szolgáló összeget kell figyelembe venni. Ha a biztosított az irányadó időszakban nem rendelkezett legalább 180 naptári nap jövedelemmel, táppénzét a jogosultság kezdőnapján érvényes minimálbér alapul vételével kell meghatározni. A táppénz összege folyamatos, legalább kétévi biztosítási idő esetében a napi átlagkereset 70%-a, ennél rövidebb biztosítási idő esetében, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartama alatt 60%-a.

A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban részesülők keresőképtelenségét a kórház igazolja.

Baleseti ellátások

A baleseti ellátások alatt a munkabaleset, az úti baleset, a foglalkozási megbetegedés esetén nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat, táppénzt, baleseti járadék-ellátást, baleseti rokkantsági nyugdíjat értjük.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény *üzemi balesetként*, míg a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény *munkabalesetként* jelöli meg a munkavállalót foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben ért balesetet. A munkába menet vagy jövet közben történt balesetek az ún. *útibalesetek*. Az üzemi balesetek közé tartoznak a biztosítottakat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybe vétele (keresőképtelenségének, munkaképesség-változásának elbírálása, orvosi vizsgálat vagy gyógykezelés) során ért balesetek is. A bejelentett üzemi baleset tényét a baleseti táppénzt folyósító szerv határozattal állapítja meg.

Foglalkozási betegség az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának a különös veszélye folytán jelentkezett. A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek körét a Kormányrendeletben határozza meg. Jelenleg a 217/1997 (XII.1.) Kormányrendelet melléklete 35 baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegséget tartalmaz (*3.2. melléklet*). Ez a jegyzék szűkebb más országok kártérítésre jogot adó foglalkozási betegségeinek jegyzékénél. Többek között a hazai lista szűkös volta az egyik oka a bejelentett foglalkozási betegségek alacsony számának (évente 500 körüli megbetegedés). Az összehasonlítás kedvéért célszerű elmondani, hogy Ausztriában évente több mint 3000, Finnországban több mint 5000 foglalkozási betegséget regisztrálnak.

Az üzemi baleseteken és a foglalkozási betegségeken kívül *baleseti ellátásokra* ad jogosultságot:

- a nevelési-oktatási intézmény hallgatójának a balesete;
- a szocioterápiás intézetben foglalkoztatottak balesete;

- az őrizetbe vett, előzetesen letartóztatott, szabadságvesztését töltő személy balesete;
- a közcélú, közérdekű munkát végző személy balesete.

Nem ismerhető el az üzemi baleset, ha az kizárólag a sérült ittassága, a munkahelyi feladatokhoz nem tartozó, engedély nélkül végzett munka, munkahelyi rendbontás következtében történik, vagy ha az a lakás és a munkahely között nem a legrövidebb útvonalon közlekedve vagy az utazást indokolatlanul megszakítva következett be.

Ugyancsak nem fogadható el üzemi balesetnek a sérülés, ha azt a sérült szándékosan okozta, illetve ha nem vagy szándékosan késlekedve vette igénybe az egészségügyi ellátást.

Baleseti egészségügyi szolgáltatások

A baleseti egészségügyi szolgáltatások térítésmentesen járnak a biztosított számára. Ide tartoznak:

- a háziorvosi, a járóbeteg-, a fekvőbeteg-intézetekben és a gondozókban nyújtott gyógyító-megelőző és rehabilitációs ellátások;
- az egészségkárosodás miatt igénybe vett gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök árához és ellátásához nyújtott 100%-os mértékű támogatás;
- az üzemi balesettel közvetlenül összefüggő fogászati ellátás.

Baleseti táppénz

A baleseti táppénz az üzemi baleset, foglalkozási betegség miatt bekövetkezett átmeneti munkaképesség-változás, keresőképzetlenség esetén a keresetkiesést (jövedelemkiesést) kompenzáló, az egészségbiztosítás által nyújtott pénzügyi ellátás.

A baleseti táppénz a szokványos táppénzhez képest az előzetes biztosítási időtől és táppénzfolyósítástól függetlenül egy éven át jár, és folyósítása legfeljebb egy évvel meghosszabbítható, s a jogosultság megállapításakor a betegszabadságra vonatkozó rendelkezéseket nem kell alkalmazni.

A *baleseti táppénz összege* azonos a biztosított egészségbiztosítási járulékalapját képező jövedelem naptári napi összegével, vagyis annak 100%-a.

Baleseti rokkantsági nyugdíj

Üzemi baleset, foglalkozási betegség miatt bekövetkezett munkaképesség-változás esetén a rokkantsági nyugdíj kapcsán ismertetett feltételek mellett baleseti rokkantsági nyugdíj jár. Silicosis és asbestosis esetén a *baleseti rokkantsági nyugdíj* feltétele az 50%-os munkaképesség-változás. A baleseti rokkantsági nyugdíj összege a III. rokkantsági csoportban a havi átlagkereset 60, a II. csoportban 65, az I. csoportban 70%-a, s ez a szolgálati idő minden éve után a havi átlagkereset 1%-ával emelkedik. A baleseti rokkantsági nyugdíj tehát jóval előnyösebb pénzellátásokat biztosít a rokkantsági nyugdíjnal (25 éves szolgálat esetén az átlagkereset 85%-a a baleseti rokkantsági nyugdíj összege, szemben a rokkantsági nyugdíj 63%-ával).

Baleseti járadék

A baleseti járadék a biztosított üzemi balesete, foglalkozási betegsége miatt bekövetkezett, 67%-nál alacsonyabb és 15%-nál magasabb munkaképesség-változása esetén az egészségbiztosítás által nyújtott pénzügyi ellátás.

Ha a munkaképesség-csökkenés mértéke 16–25%, az ellátás 2 évig, ha 25%-nál magasabb mértékű a munkaképesség-csökkenés, akkor időbeli korlátozás nélkül jár.

A *baleseti járadék mértéke a munkaképesség-csökkenés mértékétől függ*:

- az 1. baleseti fokozat (16–25%-os munkaképesség-csökkenés) esetén a havi átlagkereset 8%-a;

- a 2. baleseti fokozat (26–35%-os munkaképesség-csökkenés) esetén a havi átlagkereset 10%-a;
- a 3. baleseti fokozat (36–49%-os munkaképesség-csökkenés) esetén a napi átlagkereset 15%-a;
- a 4. baleseti fokozat (50–66%-os munkaképesség-csökkenés) esetén a napi átlagkereset 30%-a.

A silicosisból, asbestosisból eredő 50%-os munkaképesség-csökkenés esetén baleseti rokkantsági nyugdíjellátás ezen esetekben a járadék minden baleseti fokozatban (1. baleseti fokozat is) időbeli korlátozás nélkül jár.

A baleseti járadékkal, a rokkantsági nyugellátásokkal és a baleseti rokkantsági nyugellátásokkal kapcsolatban a munkaképesség-változás mértékét az OOSZI orvosi bizottságai véleményezik. A baleseti táppénz egy éven túli folyósítása ugyancsak az OOSZI I. fokú bizottsága véleménye alapján hosszabbítható meg.

Az Ebtv. 67. §-ának értelmében a foglalkoztató köteles megtéríteni a baleseti ellátások költségeit, ha a baleset vagy a betegség a kötelező munkavédelmi szabályok be nem tartása miatt, a munkavállaló felelősségével következett be.

A társadalombiztosítási ellátások szabályozása az Európai Unióban

Az Európai Unióban a munkavállalók és az egyéni vállalkozók, valamint családtagjaik társadalombiztosítási ellátását az 1408/71 (EGK) sz., s a végrehajtására kiadott 574/72 (EGK) sz. rendeletek, valamint a 118/97 (EK) sz. rendeletben szereplő módosítások szabályozzák.

A szabályozás alapját a munkavállalók és a személyek szabad mozgásának elve teremti meg.

A szabályozás tiszteletben tartja az egyes tagállamok eltérő sajátosságait, mindössze ezek összehangolását tűzi ki célul. Az összehangolás célja, hogy a tagállamok valamennyi munkavállalója, hozzátartozóik és hátramaradottaik egyenlő elbánásban részesüljenek.

A közösségen belül a helyet változtató munkavállalók és családtagjaik az átfedések, a bonyodalmak elkerülése érdekében csak egyetlen tagállam társadalombiztosítási rendszerének alanyai. A foglalkoztatott munkavállalóra annak a tagállamnak a jogszabályai vonatkoznak, melynek területén a foglalkoztatása történik.

A rokkantsági juttatásokat illetően az Európai Unió Tanácsa szintén szükségesnek látja azok – a tagállamok sajátosságait figyelembe vevő – összehangolását. Az egyes tagállamokban érvényes rendszerek közötti eltérések szükségessé teszik a rokkantsági fok súlyosbodásának esetére alkalmazandó koordinációs szabályok megalkotását.

A rokkantság kérdéseivel a Tanács 1996. december 2-i 118/97. (EK) sz. rendelet 2. része foglalkozik, mely megállapítja a két vagy több tagállam hatálya alá tartozó munkavállaló és egyéni vállalkozó rokkantsági nyugdíjellátásának szabályait – a rokkantság esetén járó juttatások összegét, a jogosultság megszerzésére, fenntartására, felélesztésére, a rokkantsági állapot súlyosbodására vonatkozó utasításokat (I. fejezet. 37–43. cikkely).

A jogszabályban előírt orvosi vizsgálatokat annak az államnak a társadalombiztosítási szervezete folytatja le, amelyben a jogosult éppen tartózkodik, az adott államban alkalmazott jogszabályoknak megfelelően. A társadalombiztosítási szervezet joga a szakértő orvos személyének megválasztása.

A különleges, járulékfizetéshez nem kötött juttatásokban (fogyatékos-támogatások, bizonyos rehabilitációs juttatások stb.) az érintett kizárólag a lakóhelye szerinti tagállamban, az ott érvényes szabályok szerint részesülhet.

3.1. melléklet. A rokkantsági nyugdíj és a résznyugdíj

A rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idő

22 éves korig	2 év,
22–24 éves életkorban	4 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 3 év,
25–29 éves életkorban	6 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 4 év,
30–34 éves életkorban	8 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 6 év,
35–44 éves életkorban	10 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 8 év,
45–54 éves életkorban	15 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 12 év,
55 éves kortól	20 év, karkedvezményre jogosító munkakörben 16 év.

Az, aki az iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül szolgálati időt szerzett, és 22 éves kora előtt megrokkann, szolgálati idejének tartamára való tekintet nélkül jogosult a rokkantsági nyugdíjra.

Az a rokkant jogosult rokkantsági résznyugdíjra, aki

- a negyvenötödik életévét, illetőleg 1993. július 1-je előtt az ötvenötödik életévét már betöltötte és legalább tízévi,
- 1993. június 30-át követően és 2009. január 1-je előtt az ötvenötödik életévét betölti és legalább tizenöt évi szolgálati idővel rendelkezik.

3.2. melléklet. A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek jegyzéke

1. számú melléklet a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelethez

A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek jegyzéke

Sorszám	A foglalkozási betegség megnevezése	Munkakör (munkahely)
1.	Ólom és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely ólomnak és vegyületeinek előállítására és feldolgozására irányul
2.	Kadmium és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely kadmiumnak és vegyületeinek előállítására és feldolgozására irányul
3.	Foszfor és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely foszfornak vagy vegyületeinek termelésére, kivonására és felhasználására irányul
4.	Higany, valamint foncsorai és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a higanynak, valamint foncsorainak és vegyületeinek
5.	Arzén és vegyületei által okozott mérgezés	nyerésére, előállítására és felhasználására irányul Minden olyan munka, amely arzénnek vagy vegyületeinek termelésére, előállítására és felhasználására irányul

Sorszám	A foglalkozási betegség megnevezése	Munkakör (munkahely)
6.	Mangán és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely mangán termelésére, előállítására és felhasználására irányul
8.	Benzol vagy homológjai által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely benzol vagy homológjai előállítására, kivonására és felhasználására irányul
9.	Benzol és homológjainak nitro- és aminoszármazékai által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a benzol és homológjainak nitro- és aminoszármazékai termelésére, kivonására és felhasználására irányul
10.	Metilalkohol által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a metilalkohol előállítására és felhasználására irányul
11.	A zsírsorozat halogén vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a zsírsorozat halogén vegyületei termelésére, kivonására és felhasználására irányul
12.	Nitroglicerín, nitroglikol, etilén-glikol és dinitrát által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely nitroglicerín, nitroglikol, etilén-glikol és dinitrát előállítására és felhasználására irányul
13.	Szénkéneg által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely szénkéneg előállítására és felhasználására irányul
14.	Kénhidrogén által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely kénhidrogén
15.	Szénmonoxid által okozott mérgezés	előállítására és felhasználására irányul Minden olyan ipari üzem, ahol a levegő CO-szennyezettsége előfordulhat
16.	Mindazok a károsodások, amelyeket ionizáló sugárzások (pl. a rádium és radioaktív anyagok, a röntgensugarak) okozhatnak	Minden olyan munka, amely rádium és egyéb radioaktív anyagok vagy ionizáló sugárzás hatásával jár
17.	Bőr egyszerű rákos megbetegedései	Minden olyan munka, amely kátrány, szurok, bitumen, ásványolajok, paraffin vagy vegyületei, illetőleg az említett anyagokból származó készítmények vagy üledékek kezelésével vagy felhasználásával jár
18.	Húgyutak rákos vagy egyéb daganatos nyálkahártya-megbetegedései, amelyek aromás aminok hatására keletkeznek	Aromás aminokat előállító és feldolgozó üzemekben végzett munka
19.	Sűrített levegős szerszámok és hasonló hatású gépek és munkaeszközök okozta rázkódás következtében fellépő megbetegedések	Minden olyan munka, amely légkalapáccsal, könnyebb sűrített levegős szerszámokkal és cipőgyári, „Anklopf” gépen történik, továbbá minden olyan munkaeszkővel végzett munka, amely vibrációs ártalmakat okoz
20.	Dekompressziós megbetegedés következtében fellépő idült állapotok (keszonbetegség, a központi idegrendszer, a halló- és egyensúlyszerv, a váll- és csípőízület idült elváltozásai)	Sűrített levegőben végzett munka, bűvármunka, magassági repülés
21.	Fluor és vegyületei hatására a csontok, ízületek és szalagok megbetegedése (fluorózis)	Minden olyan munka, amely fluor előállításával és felhasználásával, valamint nátrium-alumíniumfluorid (kriolit) felhasználásával jár
22.	Szilikózis tüdőgümőkórral vagy anélkül	Minden olyan munkafolyamat, amely szabad kovasavtartalmú por belélegzésével jár
23.	Alumíniumpor hatására a mélyebb légutak és tüdő megbetegedése	Minden olyan munka, amely alumínium termelésére, előállítására és feldolgozására irányul

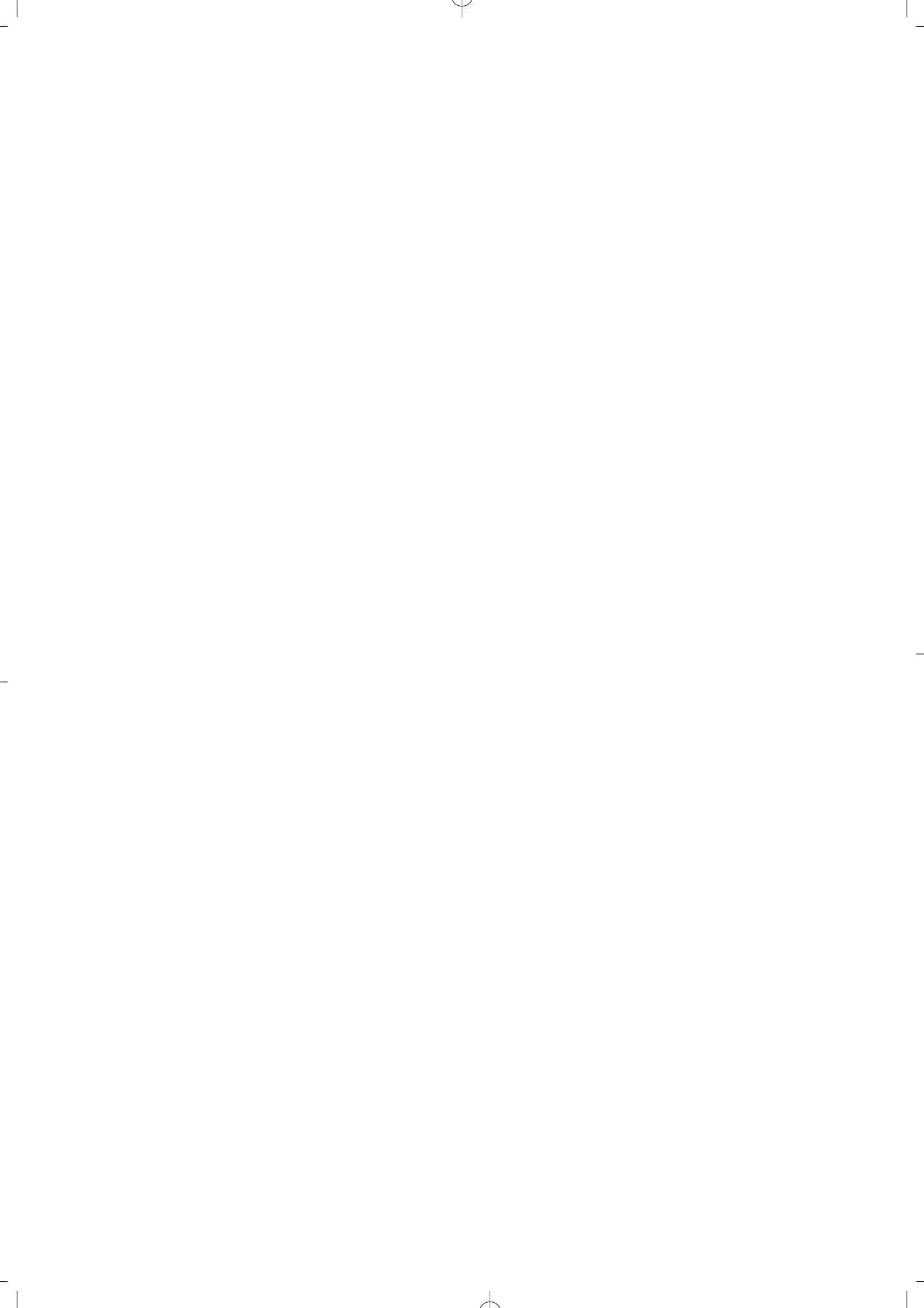
Sorszám	A foglalkozási betegség megnevezése	Munkakör (munkahely)
24.	Azbesztózis tüdőrákkal vagy anélkül	Minden olyan munka, amely az azbeszt termelésére és feldolgozására irányul
25.	Légutak foglalkozás okozta rákos megbetegedései	Minden olyan munka, amely alkálíkromátok előállítására és krómfestékké való feldolgozására irányul
26.	Rövidhullámú hősugárzás hatására keletkezett szürkehályog	Üveghuták, üvegipari feldolgozóüzemek, vas- és acélkohók, fémolvasztó üzemek és hengerdék
27.	Zoonózisok. Állattól emberre közvetlenül vagy közvetve átvitt megbetegedések, továbbá a tetanuszbacillus által okozott merevgörcs, a tarlósömör, más néven gombás szőrtüszőgyulladás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkeztek	Állattartás, állatgondozás és egyéb mezőgazdasági munka, valamint állati tetemekkel és hulladékkal való foglalkozás, áruk berakása, kirakása vagy szállítása
28.	Műtrágya és növényvédő szerek által okozott mérgezés és károsodás	Minden olyan munka, amely műtrágya vagy növényvédő szer előállítására, kiszerezésére, csomagolására és felhasználására irányul
29.	Dioxán (dietilénoxid) által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amelynek során a dioxánt oldószerként alkalmazzák és minden gyártási eljárás, amelynek során dioxánt is felhasználnak, pl. kerámiaipar
30.	Zaj okozta halláskárosodás	Minden olyan munkahely, ahol a zajszint az MSZ 18152-79 szabvány előírásaiban meghatározott zajszintet meghaladja, és ezen a munkahelyen dolgozó 1966. július 1-jét követően legalább öt éven át zajártalomnak volt kitéve
31.	Fertőző betegségek által okozott idült egészségkárosodás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkezett	Minden olyan munka, amely tüdőgyógyintézetekben, a fekvőbeteg-gyógyintézetek tüdőosztályain, a tüdőgondozó intézetekben a gümőkóros betegek, a fertőzőbeteg-kórházakban vagy általános kórházak fertőzőbeteg-osztályain a heveny fertőző betegek egészségügyi ellátására irányul, illetve az ott dolgozók és az ápolás alatt álló betegek kiszolgálására létesült állandó alkalmazást jelent
32.	Vírushepatitis által okozott és idült egészségkárosodás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkezett	Minden olyan munka, amelynek során a dolgozó egészségügyi és szociális intézménynél, szolgálatnál, orvostudományi egyetemen, az Orvostovábbképző Intézetnél, egészségügyi kutatóintézetekben, valamint az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumhoz tartozó vállalatnál – beteggel, váladékaival, vizsgálati anyagával érintkezésbe kerül – az orvosi beavatkozás, ápolás folyamán használt műszert, eszközt, textíliát, berendezési tárgyat összegyűjti, tisztítja, karbantartja, javítja – tetemmel vagy annak részeivel, boncolás, továbbá szövettani feldolgozás folyamán érintkezésbe kerül – hepatitis esetében járványügyi vizsgálatot vagy fertőtlenítést végez

Sorszám	A foglalkozási betegség megnevezése	Munkakör (munkahely)
33.	Térdízületi meniscus sérülése	Bányák, ahol a munkát térdelő helyzetben kell végezni, a MÁV járműjavító üzemek és vontatási főnökségek térdelő, guggoló testhelyzetben dolgozó kocs- és mozdonylakatosai, továbbá kazánkovácsai, parkettrakók, kövezőmunkások, útburkoló munkások, amennyiben munkájukat térdelőhelyzetben végzik, ha ilyen munkakörben legalább három évet dolgoztak, vagy ha a meniscus szövettani vizsgálata a jellegzetes degeneratív elváltozást kimutatta
34.	Talkózis	Minden olyan munka, amely a talkum (magnéziumszilikát) termelésére és feldolgozására irányul
35.	Diffúz, progrediáló fibrózissal járó keményfém-pneumokoniózis	A keményfémek porkohászati technológiával történő előállítása során az alapanyag őrlése a hevítést megelőző formázása és csiszolása.

4. fejezet

A fogyatékosok helyzete, fogyatékos-ügyi program

Juhász Ferenc



A fogyatékoság problémakörének hazai kezelésében döntő fordulatot hozott a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény és az Országgyűlés 100/1999.(XII.10.) határozata az Országos Fogyatékos-ügyi Programról. A dokumentumok a károsodások, s a fogyatékoság korszerű szemlélete alapján fogalmazzák meg a fogyatékosügyi politika célját, elveit és gyakorlati tennivalóit.

Célkitűzései az esélyegyenlőség megteremtése jegyében fogalmazódtak meg, s elsősorban ennek jogi megalapozására fektetnek hangsúlyt, s ezzel inkább a tengeren túli országok (Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália) modelljét követik, mivel az európai országok elsősorban a rehabilitációra, a foglalkoztatásra fordítanak figyelmet. A törvény és a program célkitűzései megvalósítását bizonyos fokig akadályozzák ugyan a nemzetgazdasági lehetőségek, de a helyes célkitűzések és elvek nyomán jelentős, pozitív irányú változások indultak meg ezen a téren.

A megfogalmazott elvek között egészségügyi jelentőséggel bír a prevenció elve: ez a veleszületett rendellenességek, a betegségek, a sérülések megelőzését tűzi ki célul. A fogyatékoság prevenciójával kapcsolatos tennivalók harmonizálnak a népegészségügyi program célkitűzéseivel. Mivel a fogyatékoság (a tevékenység akadályozottsága) az egészségügyi állapot és a kontextuális (egyéni és környezeti) tényezők közötti (negatív) kölcsönhatás eredményeképpen alakul ki, megelőzése a feladatok tágabb körét jelenti, mint a betegségek megelőzése. Az egészségi tényezőkre való ráhatás mellett a személyes és a

környezeti tényezők befolyásolását: az akadályozó tényezők kiiktatását, s a támogató tényezők erősítését is magába foglalja. A szűrés és az egészséges életmód a betegségek megelőzését szolgálja (*primer prevenció*), a gyógykezelés a károsodások kialakulását előzi meg, illetve enyhítheti vagy megszünteti azokat (*szekunder prevenció*); a rehabilitáció a tevékenység akadályozottságát (a fogyatékoságot), a részvétel korlátozottságát (a rokkantságot) előzi meg, illetve enyhíti vagy megszünteti (*tercier prevenció*).

A fogyatékoságra vonatkozó jogi dokumentumok nagy hangsúlyt fektetnek a társadalmi környezet alakítására, befogadó, segítő jellegének erősítésére. Ezt a célt fogalmazza meg például a *normalizáció elve*: a fogyatékosok éljenek normális emberi életet, a társadalom feltételei legyenek számukra elérhetőek, *integrálódjanak* a társadalomba. Az integráció alapfeltétele, hogy tudjanak közlekedni, ennek érdekében a fogyatékkal élő egyén képességeinek fejlesztése mellett alakítani kell a környezetet is (akadálymentesítés, megfelelő közlekedési eszközök biztosítása, szállító szolgáltatások kialakítása stb.).

Biztosítani kell a fogyatékosok számára a *kommunikáció és az információhoz jutás* lehetőségét, melyre egyre nagyobb lehetőséget nyújtanak a korszerű technikai-informatikai eszközök (hallókészülékek, cochleaimplantátumok, beszélő számítógépek stb.).

Az integráció elve érvényesül a fogyatékosok integrált oktatásában és foglalkoztatásában. Az *integrált oktatás* nem csak a fogyatékos gyermek személyiségének és képességeinek alakulásában tölt be kulcsfontosságú szerepet, hanem a társa-

dalom szemléletének alakításában is. A gyermeket nyitottsága, befogadókészsége, előítéletmentessége alkalmassá teszi a fogyatékoság elfogadására, ennél fogva az integrált oktatás a társadalmi *szemléletformálás* egyik fontos eszköze.

A fogyatékos emberek társadalmi integrálódása orvosi, pszichológiai, rehabilitációs eszközökkel, fizikai segédeszközökkel is elősegíthető. Ezen tennivalók szükségességének feltárásában, a *segédeszköz-ellátás* indokoltságának véleményezésében az orvosszakértői vizsgálat fontos eszköz lehet – bár erre a jogszabályok jelenleg nem adnak felhatalmazást.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény a fogyatékos fogalmát szűkebben határozza körül, mint a szakmai értelmezés. Szakmailag a *fogyatékos* a *személy tevékenységének akadályozottságát jelenti*, s a tevékenységek körébe minden emberi tevékenység beletartozik. A hazai jogi megfogalmazás az érzékszervi, mozgásszervi, értelmi képességek akadályozottságát érti a fogyatékoság alatt (4.1. melléklet). A törvény végrehajtási rendelete (141/2000.(VIII.9.) Korm. rendelet 21/2003.(II.25.) Korm. rendelettel módosított, konkrétan fogalmazza meg, illetve értelmezi a támogatás feltételeit. Így az értelmező rendelkezések értelmében:

1. Látási fogyatékosnak azt a személyt kell tekinteni,

- a) akinek látásélessége megfelelő korrekcióval
 - aa) mindkét szemén 5/70,
 - ab) az egyik szemén 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat,
 - ac) az egyik szemén 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik; rövidlátás esetén – a fenti látásélesség értékeitől függetlenül – csak az jogosult a fogyatékosági támogatásra, akinek közeli látásélessége Csapody V. vagy annál rosszabb, illetve
- b) akinek látótere mindkét oldalon körülötte húsz foknál szűkebb. Fogyaté-

kosági támogatásra az a személy jogosult, akinek műtéti gyógyítását a szakorvos nem tartja indokoltnak, mivel a műtéti beavatkozástól állapotjavulás nem várható.

2. Hallási fogyatékosnak azt a személyt kell tekinteni,

- akinek hallásküszöbértéke a beszédfrekvenciákon 80 dB felett van, és ennek következtében a hangzóbeszéd megértésére még segédeszközzel sem képes, feltéve, hogy
- a) halláskárosodása 25. életévének betöltését megelőzően következett be, vagy
 - b) halláskárosodása mellett a hangzóbeszéd érthető ejtése elmarad. Ez a szóbeli kifejezőkészség terén megnyilvánuló olyan súlyos és végleges zavart jelent, amely a kommunikációt lehetetlenné teszi, és a kifejezőmód zavaraiiban vagy a beszéd akusztikus megnyilvánulásának hiányában mutatkozik meg.

3. Értelmi fogyatékosnak azt a személyt kell tekinteni, aki

- a) önellátásra képtelen, ezért állandó ápolásra szorul, beszéde nem alakult ki vagy tagolatlan, tartalom nélküli, s mindezek következtében a mindennapi élet szintjén csak kis mértékben képezhető, és élete más személy állandó segítségével nélkül veszélybe kerülne (IQ-értéke 0–19 között határozható meg olyan teszttel, amelynek átlaga 100-nál van a BNO szerinti besorolása: F73); vagy
- b) a hétköznapi élet elemi cselekményei területén másokra van utalva, mivel az általános értelmi képessége az adott korosztályú népesség átlagától az első évektől kezdve számottevően elmarad, s amely miatt az önálló élet vezetése jelentősen akadályozott (IQ-értéke 20–49 között határozható meg olyan teszttel, amelynek átlaga 100-nál van és standard devianciája 15. a BNO szerinti besorolása: F71–F72).

4. Autistának kell tekinteni – IQ-értéktől függetlenül

– azt a személyt, aki a fejlődés átható (pervazív) zavarában szenved, és az autonómia-tesztek alapján állapota súlyos vagy középsúlyos (a BNO szerinti besorolása: F84.0–F84.9).

5. Mozgásszervi fogyatékosnak kell tekinteni

azt a személyt, akinek a mozgásrendszer károsodása vagy funkciózavara miatt a helyváltoztatása az alább felsorolt segédeszközök állandó és szükségszerű használatát igényli:

a) végtagprotézisek

aa) alsóvégtag-protézisek (egy végtagra)

- lábszárcsonkra
- combcsonkra
- csípőízületi csonkra
- az alsó végtag fejlődési rendellenességeire

ab) felsővégtag-protézisek (mindkét végtagra)

- alkarcsonkra
- felkarcsonkra
- vállcsonkra

ac) felsővégtag-protézisek (egy végtagra)

- alkarcsonkra
- felkarcsonkra
- vállcsonkra

feltéve, hogy a másik felső végtag is olyan mértékben bénult, csonkolt vagy deformált, hogy az a manipulációs képességet jelentős mértékben korlátozza;

b) ortézisek

ba) alsóvégtag-ortézisek (mindkét végtagra)

- az alsó végtag izomzatának bénulása esetén dinamikus rögzítésű ortézisek
- járógépek

bb) felsővégtag-ortézisek (mindkét végtagra)

- a felső végtag izomzatának bénulása esetén

bc) egy alsó- és egy felsővégtag-ortézis

bd) egy felsővégtag-ortézis, feltéve,

hogy a másik felső végtag is olyan mértékben bénult, csonkolt vagy deformált, hogy az a manipulációs képességet jelentős mértékben korlátozza

be) egy végtagortézis és gyógyászati segédeszköznek minősülő gerincortézis;

c) a személyes mozgás nem testen viselt segédeszközei

ca) egy karral működtetett járóeszközök

- hónalj- és könyökmankók, abban az esetben, ha az igénylő protézis vagy ortézis állandó használatára az állapotából következően nem képes,
- könyökmankók, abban az esetben, ha az igénylőnek mindkét alsó végtag bénulása, illetve azok súlyos deformitása, vagy a végtagok egymástól eltérő rövidülése miatt nehéz ortopéd cipőt kell viselnie, amennyiben a végtagok súlyos sérülése a végtagtérfogat-, és ezáltal az izomerő jelentős csökkenését okozza;

cb) kerekesszékek (ideértve az olyan helyváltoztatást szolgáló eszközt is, amely valamilyen életfunkciót fenntartó készülékhez kötött)

- kézi meghajtású kerekesszék
- elektromos kerekesszék.

6. Mozgásszervi fogyatékosnak kell tekinteni

azt a személyt is, akinek

a) mindkét felső végtagja a manipulációs képességet olyan jelentős mértékben korlátozóan bénult, csonkolt, deformált vagy torzult, hogy önmagában vagy műtéti korrekcióval alkalmas lehet alapfunkciók elvégzésére, de a felsővégtag-protézis használata esetén e funkciók ellátására már nem lenne képes;

b) legalább két végtagra vagy egy végtagra és a törzsre kiterjedő tartós ízületi-, illetve izommerevsége, bénulása vagy

csont-, illetve ízületi deformitása van, amennyiben ez az állapot a mozgást vagy az érintett testrészek használatát súlyos mértékben akadályozza;

- c) túlmozgással együttjáró súlyos mozgáskoordinációs zavara a járást vagy a motoros képességeket jelentős mértékben akadályozza.

Mint látható, a fogyatékoság hazai jogi szabályozása a szakmai felfogással és azt tükröző WHO osztályozási rendszerrel szemben számos szűkítést tartalmaz:

- csak bizonyos érzékszervi, mozgás-, értelmi fogyatékoságot ismer el,
- bizonyos esetben a fogyatékoság minősítését életkorhoz, segédeszköz-használatához köti.

A szűkítéseket a támogatási rendszer céljai – az integrációt elősegítő többletköltségeket kívánja kompenzálni – és a támogatások forrásainak szűkössége indokolják.

A fogyatékoság fogalmának eltérő köznyelvi, orvostudományi, szociológiai, politikai meghatározása, fogalomkiterjesztése félreértésekre, vitákra adhat okot. Az orvosszakértő helyzete e vonatkozásban ellentmondásos és kényes: az egészségi állapot szempontjából kell megítélnie egy más szempontú rendszerben a jogosultságot.

A fogyatékos személyeket megillető jogok biztosítása terén jelentős a haladás, a program megvalósításának időbeli kereteit viszont ki kell tágítani: részint azért, mert a célok megvalósításának gátat szabnak a nemzetgazdasági lehetőségek részint azért, mert a társadalmi szemlélet megváltozásához is hosszabb idő szükséges.

A fogyatékkal élő népesség létszámáról ma sem rendelkezünk hiteles információkkal. A különböző statisztikák nem adnak valós képet, mivel más-más megközelítésben – a fogyatékoság fogalmának eltérő értelmezésével – gyűjtik az adatokat.

2002-ben a fogyatékosági támogatásban részesülők között a legnagyobb számban a testi fogyatékosok és a mozgássérültek képviseltek

(47%), az értelmi fogyatékosok aránya 17%, a vakok és gyengénlátók aránya 27%, hallás- és beszédzavarban szenved 8%, a halmozottan fogyatékosok aránya 4%. Fogyatékosági támogatáson kívül 33 ezer fő a vakok személyi járadékában, a 18 év felettieknek járó, magasabb összegű családi pótlékban 100 ezer fő, a mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában több mint 270 ezer fő részesül.

Vegyes képet mutatnak a különböző fogyatékosok iskolázottsági adatai. Az iskolázottság szintje a mozgáskorlátozottak esetében a legmagasabb. A fogyatékos személyek iskolai végzettsége általában alacsonyabb, mint az átlagnépességé, s ez arra utal, hogy az esélyegyenlőség biztosítása terén az iskolai oktatás feltételeinek megteremtése jelenti az egyik legfontosabb feladatot. A fogyatékosok viszonylag nagy hányada valamilyen speciális iskolában végzi tanulmányait. Különösen jellemző az *elkülönített oktatás* a vakok, a hallássérültek és az értelmi fogyatékosok esetében. Az elkülönítésnek természetesen jó részt pedagógiai indokai vannak. Ezekben a csoportokban különösen a súlyosabb kategóriákban a továbbiakban is nehéz lesz megvalósítani az integrált oktatást.

A fogyatékosok foglalkoztatási esélyei rosszak. Míg az összlakosság 57%-a foglalkoztatott, a fogyatékosok körében ez az arány mindössze 15%. A foglalkoztatás visszaesése az 1990-es években a fogyatékosokat hátrányosabban érintette, mint a lakosság egészét.

Az esélyegyenlőség célterületei közül jelentős elmozdulások észlelhetők a *környezet akadálymentesítése* terén. Vonatkozik ez elsősorban a főváros és a nagyvárosok közterületeire, úthálózatára és közlekedésére. Érzékelhető előrelépés történt a közigazgatási szervek épületeinek akadálymentesítésében – elsősorban az új beruházások esetében. A korábban létesült oktatási, szociális és egészségügyi intézmények jelentős részében még mindig nem történt meg az akadálymentesítés.

A fogyatékosok egészségügyi ellátása terén továbbra is jelentősek a feladatok, mivel az ellátás során a szolgáltatók gyakran nem eléggé felké-

szültek a fogyatékosok speciális szükségleteinek kielégítésére (pl. a megfelelő kommunikáció terén). Az orvosi rehabilitáció színvonalában, hozzáférhetőségében még mindig nagyok a különbségek szakmai és területi vonatkozásban egyaránt. A rehabilitációs szakemberek száma alacsony, a képzés messze elmarad a kívánalmaktól, minőségi és mennyiségi vonatkozásban egyaránt. Az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció fejlesztése, megvalósítása hiányában nem lehet társadalmi szinten kezelni és megoldani a fogyatékosok problémáját, a beilleszkedést lehetővé tevő képességfejlesztés, képzés, tudatformálás és a társadalom befogadó készségének erősítése nélkül a fogyatékosok támogatási rendszer továbbra is a passzív ellátásokra szorítkozik, s a családokra helyezi a fogyatékosok terheit.

A fogyatékos személyek helyzetének javításában jelentős szerepe lehet az *orvosszakértői minősítési rendszernek*. A károsodottak állapotának való felmérése, rehabilitációs lehetőségeik kimutatása alapot jelenthet a társadalmi beilleszkedésüket elősegítő tennivalók meghatározására és megvalósítására.

A Fogyatékos-ügyi Program célkitűzéseire is igazodik a minősítési rendszer szakmai kritériumrendszerének a megváltozott munkaképesség és a fogyatékosok minősítése a fogyatékosok és a rehabilitáció korszerű felfogására alapozott, szakmai szabályainak kialakítása. Az *Irányelvek* bemutatja a betegségek, sérülések, károsodások, a tevékenységek és a társadalmi részvétel fogalmait, s azok összefüggéseit, a korszerű képességvizsgálatok módjait, lehetőségeit. Olyan komplex kritériumrendszer kidolgozása a cél, amely a károsodások kimutatása mellett lehetővé teszi a megmaradt, a fejleszhető, s a kompenzációs jellegű képességek kimutatását, amelyre épülhet az individuális rehabilitáció stratégiája. A fogyatékosok jellegének, súlyosságának ajánlott értékelési módszerei során a fogyatékosok osztályozásának nemzetközi trendjét követik, s alapul „*A funkcióképesség, fogyatékosok és egészség nemzetközi osztályozása*” c. WHO-kiadványt használják fel. A fogyatékosok között elsősorban az önellátás tevékenységének (személyes higiéné

megvalósítása, táplálkozás, ételkészítés, közlekedés, kommunikáció, alapvető háztartási tevékenység) és a munkavégzésnek az akadályozottságát vizsgáljuk.

Az új koncepciónak megfelelően kell alakítani az orvosszakértői minősítés eljárási rendjét. A cél olyan eljárási rend kialakítása, mely biztosítja,

- hogy csak kivizsgált, megfelelően gyógykezelt igénylők kerüljenek minősítésre,
- a minősítési eljárásnak módot kell nyújtani az igénylők funkcionális képességeinek, rehabilitációs lehetőségeinek a megítélésére,
- az orvosszakértői vizsgálat előtt történjen meg az orvosi rehabilitáció, az igénylő rendelkezzen rehabilitációs tervvel, s a rehabilitációs feltételek kialakítása esetén a jövőben a rehabilitációs ellátások igénybevétele az egyéb ellátások feltétele legyen.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségéről szóló 1998. évi XXVI. törvény és a végrehajtására vonatkozó 141/2000.(VIII.9.) kormányrendelet szerint működik a *fogyatékosok támogatási rendszer*.

A fogyatékosok támogatása a súlyosan fogyatékos személyek részére biztosított rendszeres, havi pénzbeli juttatás, melynek célja, hogy mérsékelje a súlyos fogyatékos állapotból eredő hátrányokat. A súlyosan fogyatékos állapot megállapítását az Országos Orvosszakértői Intézet illetékes szakértői bizottsága végzi, s az állapot fennállását öt évenként felülvizsgálja. (Az ellátást a Megyei Területi Államháztartási Hivatalnál kell igényelni.)

A törvény és a végrehajtási rendelet által alkalmazott szűkítéseknek is tudható be, hogy a 2001-ben indult fogyatékosok támogatási rendszerben 50 ezernél kevesebb (47 188) fő részesült juttatásban az előző évben.

A jelenlegi támogatási rendszer további hiányossága, hogy – a megváltozott munkaképességűek ellátórendszeréhez hasonlóan – kizárólag csak passzív ellátásokat nyújt, s nem ösztönzi a rehabilitációt. A fogyatékosok támogatása alapvető feltételeit mutatja be a 4.2 melléklet.

4.1. melléklet. A fogyatékosági támogatásra jogosultak köre az 1998. évi XXVI. törvény 2003. évi IV. törvénnyel módosított szövege értelmében

A fogyatékosági támogatásra az a 18. életévét betöltött súlyosan fogyatékos Magyarországon élő magyar állampolgár, továbbá bevándorlási engedéllyel rendelkező külföldi, valamint a magyar hatóságok által menekültként elismert azon személy jogosult, akinek

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes (látási fogyatékos),

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes, feltéve, hogy

ba) halláskárosodása 25. életévének betöltését megelőzően következett be, vagy

bb) halláskárosodása mellett a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad (hallási fogyatékos),

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű (értelmi fogyatékos),

d) állapota személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt, az autonómiai tesztek alapján súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető,

e) a mozgásrendszer károsodása, illetőleg funkciózavara miatt helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy a külön jogszabály szerinti mozgásszervi betegsége miatt állapota segédeszközzel eredményesen nem befolyásolható (mozgásszervi fogyatékos),

f) az a)-e) pontban meghatározott súlyos fogyatékoságok közül legalább két fogyatékosága van (halmozottan fogyatékos),

g) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes és az a), c)-e) pontok valamelyikében megjelölt egyéb fogyatékosága is van (halmozottan fogyatékos),

és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul.

4.2. melléklet. A fogyatékosági támogatás alapvető feltételei

Fogyatékosági támogatás	Jogosult	Forrása	Megállapítója és mértéke
1998. évi XXVI. tv. A támogatás 2001. július 1-től állapítható meg!	az a 18. életévét betöltött súlyosan fogyatékos személy, aki – látási fogyatékos – hallási fogyatékos – értelmi fogyatékos – mozgásszervi fogyatékos – autista, illetőleg – halmozottan fogyatékos és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul	központi költségvetés	az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 65%-a (2004-ben 14 880,- Ft) abban az esetben, ha – látási fogyatékos – értelmi fogyatékos – mozgásszervi fogyatékos, az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80%-a (2004-ben 18 560,- Ft) abban az esetben, ha halmozottan fogyatékos vagy – értelmi fogyatékos – mozgásszervi fogyatékos, feltéve, hogy a súlyosan fogyatékos személynek az önkiszolgálási képessége teljesen hiányzik Megállapítja és folyósítja: az illetékes Magyar Államkincstár Megyei Területi Igazgatósága

5. fejezet

Az egészségkárosodottaknak nyújtott szociális támogatások

Forgó Györgyné



A nyugdíj- és nyugdíjszerű ellátások és a fogyatékosági támogatás mellett az egészségkárosodottak számára számos egyéb szociális jellegű pénzbeli, s egyéb támogatási forma létezik. Ezek a támogatások

- megfelelő jövedelem hiányában biztosítják a megélhetést (*megélhetést biztosító ellátások*);
- kompenzálják az egészségkárosodással, a megváltozott munkaképességgel kapcsolatos többletköltségeket, terheket (*jövedelemkiegészítő ellátások*);
- *természetbeni ellátások*, s azok támogatásai.

A szociális ellátásokra való jogosultságot eltérő időszakokban kiadott különböző törvények határozzák meg, s ennek is köszönhetően ezek a támogatások sokrétűek, szerteágazóak, nem képeznek egységes rendszert.

Megélhetést biztosító ellátások

Rendszeres szociális járadék. A rokkantsági nyugdíjellátás mellett a megváltozott munkaképességűek legjelentősebb pénzbeli ellátási formája, amelyre az jogosult, akinél a munkaképesség-változás mértéke 50%-os, s a rokkantsági nyugdíjhoz életkora szerint szükséges szolgálati idő felével rendelkezik, és rehabilitációs munkahelyet nem tudnak számára biztosítani, nem áll munkaviszonyban, szövetkezeti tagsági vagy be-
dolgozói viszonyban. A rendszeres szociális jára-

dékban részesülő személy keresőtevékenységet a rokkantsági nyugdíjrendszer szabályai szerint folytathat, vagyis keresetének legalább 20%-kal kevesebbnek kell lennie a megrokkánás előtti átlagkeresetnél. Magyarországon rendszeres szociális járadékban jelenleg több mint 200 ezer fő részesül.

Rokkantsági járadék. A központi költségvetés által finanszírozott nyugdíjszerű ellátás azon 18. életévét betöltött személy számára, aki munkaképességét 25. életévének betöltése előtt teljesen (100%-ban) elvesztette. Rokkantsági járadékra nem jogosult, aki térítésmentes intézeti elhelyezésben részesül. Magyarországon a rokkantsági járadékosok száma jelenleg meghaladja a 25 ezret.

Rendszeres szociális segély. A települési önkormányzat állapítja meg azok számára, akik

- munkaképességüket legalább 67%-ban elvesztették,
- a vakok személyi járadékában részesülnek,
- fogyatékosági támogatásban részesülő aktív korúak, ha megélhetésük nem biztosított, és családjukban az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80%-át.

A rendszeres szociális segély mértékét úgy kell megállapítani, hogy az ellátásban részesülő havi jövedelme elérje az öregségi nyugdíj legkisebb összegének 80%-át. Magyarországon a rendszeres szociális segélyben részesülők száma meghaladja a 140 ezret. (Ez az adat tartalmazza a nem

fogyatékos aktív korú nem foglalkoztatott segélyezettet is).

Egészségkárosodási járadék. Ez a járadékforma a munkaképességét legalább 36%-ban elvesztett, nem rehabilitálható bányász dolgozót illeti meg, amennyiben egyéb keresetkiegészítésben, táppénzben, baleseti táppénzben nem részesül.

Átmeneti járadék. A központi költségvetés által finanszírozott nyugdíjszerű ellátás, melyre az jogosult, aki

- munkaképességét legalább 50%-ban elvesztette,
- az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkezik,
- az öregségi nyugdíjkorhatárt 5 éven belül eléri,
- egészségének károsodása miatt eredeti munkakörében nem foglalkoztatható.

Magyarországon jelenleg több mint 10 ezer fő részesül átmeneti járadékban.

Jövedelemkiegészítő ellátások

Magasabb összegű családi pótlék. A tartósan beteg vagy súlyosan beteg gyermek vér szerinti vagy örökbe fogadó szülője, nevelőszülője, gyámja részesül ebben az ellátásban a 18 évesnél fiatalabb gyermek után, aki a külön jogszabály (5/2003. (II.17.) EszCsM rendelet) meghatározott betegsége, illetve fogyatékosága miatt állandó vagy fokozott felügyeletre, gondozásra szorul, s azon 18 évnél idősebb személy, aki munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette és tartós betegsége, illetve fogyatékosága 18. életévének betöltése előtt alakult ki, és az állapota 1 éve tart, vagy előreláthatólag legalább 1 évig fennáll. Magyarországon jelenleg csaknem 90 ezer fő részesül ebben az ellátásban.

A megváltozott munkaképességűek keresetkiegészítése. Akkor jár a munkavállalónak, ha munkaképességének megváltozása miatt eredeti munkakörében nem dolgozhat, s őt rehabilitáció céljából más munkakörbe áthelyezik, betanítják vagy szakképzésben részesítik. Átmeneti keresetkiegészítés jár a munkaviszonnyal rendelkező, de a keresetkiegészítésre nem jogosult munkavállaló számára. Azt a megváltozott munkaképességű mezőgazdasági szövetkezeti tagot, akit rehabilitáció céljából helyeznek más munkakörbe, jövedelemkiegészítés illeti meg.

Személyi jövedelemadó-kedvezmény. A súlyos fogyatékos személy összevont adóalapjának adóját csökkenti. A súlyosan fogyatékos el-tartott esetében a vele közös háztartásban élők közül egy személy jogosult az igénybe vételére.

Ápolási díj. A tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás.

Az ápolási díjra az a hozzátartozó jogosult, aki önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre szoruló súlyosan fogyatékos, vagy 18 évesnél fiatalabb tartósan beteg személy ápolását végzi. Az ápolási díj összege ez esetben nem lehet kevesebb, mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege.

Méltányosságból (önkormányzat saját rendeletében foglaltak alapján) állapítható meg, ha az ápolt 18 év feletti tartósan beteg. Ekkor az összeg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80%-ánál kevesebb nem lehet. Az ellátás folyósításának időtartama nyugdíjszerző szolgálati időnek minősül, mivel a folyósított összegből nyugdíjjáruledot vonnak.

Az ápolási díj szempontjából tartósan betegnek minősül az a személy, aki a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény vagy az illetékes szakrendelő intézet arra jogosult szakorvosa által kiadott zárójelentés, igazolás alapján a házi orvos szakvéleménye szerint előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

A súlyos fogyatékoság kritériumait a fogya-

tékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény és a végrehajtásról szóló 141/2000. (VIII.9.) korm. rendelet határozza meg.

Természetbeni szociális ellátások

Közgyógyellátás. A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező személy térítésmentesen jogosult a társadalombiztosítás által támogatott egyes gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre, fizioterápiás kezelésre.

A közgyógyellátásra – alanyi jogon – jogosultak között szerepelnek a rokkantsági nyugdíjasok, s azok, aki I–II. csoportú rokkantságuk alapján részesülnek nyugellátásban, baleseti nyugellátásban; az, aki saját jogon jogosult magasabb összegű családi pótlékra vagy aki után szülője vagy eltartója magasabb összegű családi pótlékban részesül. Továbbá az a rendszeres szo-

ciális segélyezett, akinek munkaképesség-csökkenése a 67%-ot eléri, vagy a vakok személyi járadékában, illetőleg fogyatékosági támogatásban részesül.

Szociális szolgáltatások. Az állam vagy az önkormányzatok által az egészségkárosodottak számára biztosított szociális szolgáltatások közé tartoznak a házi segítségnyújtás, a pszichiátriai betegek, a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátását támogató szolgálatok, az idősek otthonai, a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek otthonai, a pszichiátriai, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményei, a nappali ellátást nyújtó intézmények, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, a lakóotthonok.

A megváltozott munkaképességűek és a fogyatékosok ellátásait az *5.1. melléklet* mutatja be.

Magyarországon a közgyógyellátásban jelenleg csaknem 500 ezer fő részesül, az alanyi jogon ellátottak száma meghaladja a 200 ezret.

5.1. melléklet. A rokkantak és a fogyatékosok ellátásai

Típus szabályozása	Jogosult	Megállapítója és mértéke	Forrása
1. Rokkantsági nyugdíj (1997. évi LXXXI. törvény)	Aki egészségromlás, illetőleg testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét 67%-ban elvesztette, és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható.	OEP Orvosszakértői Intézete, Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság. Mértéke a megrokkánás időpontjában betöltött nyugdíj életkortól a megállapításáig szerzett szolgálati idő tartamától és a rokkantság fokától függ. (III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki rokkant, de nem teljesen munkaképtelen, II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul, I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen és mások gondozására szorul.) Legkisebb összege 2004-ben: I. rokkantsági csoport 25 160,- Ft II. rokkantsági csoport 24 290,- Ft III. rokkantsági csoport 23 200,- Ft	TB
2. Baleseti rokkantsági nyugdíj (1997. évi LXXXI. törvény)	Aki munkaképességét 67%-ban túlnyomóan üzemi baleset következtében elvesztette és rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti keresetnél. Jogosult továbbá az is, aki munkaképességét 50%-ban szilikózis következtében vesztette el, és nem dolgozik.	OEP Orvosszakértői Intézete, Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság. Mértéke a megrokkánás időpontjában betöltött életkortól a nyugdíj megállapításáig szerzett szolgálati időtartamától és a rokkantság fokától függ. (III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki munkaképességének 67 – szilikózis miatt 50 – %-át elvesztette, de nem teljesen munkaképtelen, II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul, I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen és mások gondozására szorul.) Legkisebb összege 2004-ben: I.b. rokkantsági csoport 25 310,- Ft II.b. rokkantsági csoport 24 460,- Ft III.b. rokkantsági csoport 23 290,- Ft	TB
3. Baleseti járadék (1997. évi LXXXIII. törvény)	Az, akinek a munkaképessége üzemi baleset következtében 15%-ot meghaladó mértékben csökkent, de baleseti rokkantsági nyugdíj nem illeti meg. Ha a munkaképesség-csökkenés mértéke a 25%-ot nem haladja meg, a baleseti járadék legfeljebb két éven át, ha meghaladja, a munkaképesség-csökkenés tartamára időbeli korlátozás nélkül jár.	OEP Orvosszakértői Intézete, Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság. Mértéke az üzemi baleset okozta munkaképesség-csökkenés fokától függ. (1. baleseti fokozatba tartozik az, akinek munkaképesség-csökkenése 16–25%, 2. baleseti fokozatba tartozik az, akinek munkaképesség-csökkenése 26–35%, 3. baleseti fokozatba tartozik az, akinek munkaképesség-csökkenése 36–49%, 4. baleseti fokozatba tartozik az, akinek munkaképesség-csökkenése 50–66%.) Összege a balesetet közvetlenül megelőző év havi átlagkeresetének adott százaléka. (1. baleseti fokozat 8%, 2. baleseti fokozat 10%, 3. baleseti fokozat 15%, 4. baleseti fokozat 30%.)	TB
4. Megváltozott munkaképességűek keresetkiegészítése (a többször módosított 8/1983. (VI.9.) EüM-PM rend)	Az, aki egészségi állapota miatt eredeti munkakörét nem töltheti be, s új munkakörében kevesebbet keres.	A táppénzhez hasonlóan állapítják meg.	állami költségvetés

Típus szabályozása	Jogosult	Megállapítója és mértéke	Forrása
5. Egészségkárosodási járadék (a többször módosított 8/1983 (VI.9.) EüM – PM rend.)	Az a legalább 36%-os munkaképesség-csökkenet bányász dolgozó, aki életkorától függően a jogszabályban meghatározott ideig földalatti bányász munkát végzett.	A rehab. fogl. megelőző munkaköre átlagkeresetének 50%-a max. össz. az öregségi nyugdíjminimum háromszorosa (2004-ben 69 600,- Ft).	állami költségvetés
6. Rokkantsági járadék (83/1987. (XII. 27.) MT rend.)	A 18. életévét betöltött személy, ha 25. életévének betöltése előtt 100%-ban munkaképtelenné vált.	A mindenkori nyugdíjmelési jogszabályban meghatározottan egységes, 2004. január 1-től, 25 320,- Ft; igénylése, elbírálása, megállapítása és folyósítása a rokkantsági nyugdíjjal azonos módon a Megyei Nyugdíjbiztosítási Igazgatóságnál. Folyósító: NYUFIG	állami költségvetés
7. Átmeneti járadék (a többször módosított 8/1983. (VI. 29.) EüM – PM rend.)	Az, aki az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkezik és nem jogosult rokkantsági nyugdíjra, az öregségi nyugdíjkorhatárt 5 éven belül eléri, 50%-os munkaképesség-csökkenésű, és rehabilitációs munkahelyet nem tudnak számára biztosítani.	A várható öregségi nyugdíj 75%-a, de minimálisan a rendszeres szociális járadék összege. Folyósító: NYUFIG	állami költségvetés
8. Rendszeres szociális járadék (többször módosított 8/1983. (VI. 29.) EüM – PM rend.)	Az, aki a rokkantsági nyugdíjhoz életkora szerint szükséges szolgálati idő felével rendelkezik, 50%-os munkaképesség-csökkenésű és rehabilitációs munkahelyet nem tudnak számára biztosítani. A reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltött személy esetén nincs lehetőség a megállapításra.	a. öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy esetén: 23 790,- Ft b. egyéb esetben: 20 390,- Ft elbíráló: Megyei Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság Folyósító: NYUFIG	állami költségvetés
9. Magasabb összegű családi pótlék (5/2003. (II.19.) ESzCsM rendelet)	Az igényt előterjesztő, ha kérelméhez orvosi igazolást mellékel arról, hogy a 18 évesnél fiatalabb gyermek a vonatkozó rendelet mellékletében felsorolt betegségben vagy fogyatékoságban szenved.	A rendeletben meghatározott szakintézmények orvosa, Magyar Államkincstár Megyei Területi Igazgatósága. 13 300,- Ft	állami költségvetés
10. Rendszeres szociális segély (a többször módosított 1993. évi III. törvény)	A 18. életévét betöltött és munkaképességét legalább 67%-ban elvesztett, illetve a vakok személyi járadékában részesülő.	Helyi önkormányzat. A mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének 80%-a. (2004-ben 18 560,- Ft)	állami költségvetés
11. Vakok személyi járadéka (6/1971. (XI. 30.) EüM rend., 1032/1971. (VII.14.) Korm. hat.)	A 18. életévét betöltött erősen látáscsökkenet, illetve vak személy, aki látását tartósan (1 év), ill. véglegesen elvesztette; 2002. július 1-jétől új jogosultság megállapítására nem kerül sor.	1997. december 31. utáni időponttól megállapított járadék összege 11 480,- Ft.	állami költségvetés

Típus szabályozása	Jogosult	Megállapítója és mértéke	Forrása
12. Súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési támogatása (a többször módosított 164/1995. (XII. 27.) Korm. rend.)	Az, aki: – súlyos mozgáskorlátozottnak minősül (3. vagy 1. évet betöltött) – házastárs vagy szülő (kivételes esetben testvér, gyermek) és az egy főre jutó tárgyévet megelőző évi havi átlag nettó jövedelme a tárgyév január 1-jén az öregségi nyugdíjminimum 2,5-szeresét nem haladja meg.	Gépjárműszerz.: 60%, max. 300 000,- Ft átalakítás: max. 30 000,- Ft közlekedési tám.: életkortól és aktivitástól függően 7000–28 000,- Ft. Az igényt a lakóhely (tartózkodási hely) alapján illetékes települési önkormányzat jegyzőjéhez kell benyújtani.	állami költségvetés
13. Ápolási díj (a többször módosított 1993. évi III. törvény)	A jegyes kivételével a nagykorú hozzátartozó (Ptk. 685.§ b) pont), ha – önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szoruló 2 év feletti súlyos fogyatékos vagy 18. életévét be nem töltött tartósan beteg személy gondozását, ápolását végzi, – az önkormányzat rendeletében meghatározott feltételek esetén ápolási díj állapítható meg annak a hozzátartozónak, aki 18. életévét betöltött tartósan beteg személy gondozását végzi.	A helyi önkormányzat képviselő-testülete a házi orvos szakvéleménye alapján. Minimumösszege: a. az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege (23 200,- Ft), b. az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80%-a (18 560,- Ft).	

6. fejezet

Orvosi rehabilitáció

Kertész Györgyi



A maradandó egészségkárosodásban szenvedő ember társadalomban elfoglalt helye történelmi koronként változik. Az ókorban a közösség nem könnyen fogadta el fogyatékos tagjait. A „taigetoszi gyakorlat” azt tükrözi, hogy ebben a korban az élethez való jog elsősorban az egészségeket illette meg, a fogyatékos embert nem. A közösségi szokások és a fogyatékoságok sajátos összefüggését bizonyos régi büntetésformák is tükrözik. Egyes közösségek a tolvaj jobb kezének levágásával kizárták a bűnös embert a közösségi étkezésekből (vallási előírások alapján csak jobb kézzel volt elvehető az étel), s aki ki-rekesztetté vált, az éhen is halhatott. A kéz levágása volt a büntetése a betege halálát okozó orvosnak is (Babiloni Kódex, i. e. 2000). Az élethez való jogot a későbbiekben a család és a közösség spontán biztosította: a nyomorék ember vagy fogyatékos családtagként vagy koldusként élt. A francia forradalom törvénykezési rendszere már a fogyatékos emberek társadalmi szintű eltartását is garantálta, önálló életvitelhez való jogukat azonban csak a huszadik században – különböző rehabilitációs törvények formájában – rögzítették a jogalkotók.

Az Egészségügyi Világszervezet a rokkanttá válást olyan folyamatként fogja fel, melynek során a tartós egészségkárosodás okozta szervi funkciózavarok az embert emberi funkcióinak gyakorlásában akadályozzák, így a tevékenységében akadályozott ember társadalmilag is hátrányos helyzetbe kerül. Az emberi test struktúrájának és a struktúrához kötött működések zavarára *károsodás* (impairment). A károsodással élő ember tevékenységének (humán funkcióinak)

korlátozottsága a *fogyatékoság* (disability), míg az ennek eredményeként létrejövő társadalmilag hátrányos helyzet a *rokkantság* (handicap). A károsodás, a fogyatékoság és a rokkantság megelőzését a prevenció különböző szintjein végzik.

Primer prevenció. A megelőzés első szintje az WHO felfogásában a *károsodás* (impairment) *megelőzésére* szolgál. A védőoltások, az egészségnevelés, a munkavédelem, a szűrővizsgálatok, a terhesgondozás a primer prevenció közismert formái.

Szekunder prevenció. A másodlagos megelőzés valójában nem más, mint a *maradéktalan gyógyítás*. Ezzel előzhető meg a tartós károsodás és az ehhez társuló fogyatékoság.

Tercier prevenció. A kivédhetetlen fogyatékoság okozta *rokkantság megelőzése*. A maradandó egészségkárosodás miatt fogyatékosá vált embernek az adott közösség egészséges tagjaival azonos esélyeket csak *átfogó rehabilitációs szolgáltatások összehangolt, egyénre adaptált rendszere* nyújthat.

Károsodás. Természetét és mértékét azokkal a fizikai, kémiai és biológiai ismérvekkel határozzuk meg, és azokkal a paraméterekkel mérhetjük, melyek az orvostudomány elméleti és diagnosztikai bázisát képezik. Az emberi szervezet struktúráinak (egyes szerveinek) anatómiai és funkcionális állapotát, az azokban bekövetkezett elváltozásokat (a károsodást) a fizikális vizsgálati eredmények, a laboratóriumi vizsgálatok és a

képző vizsgálatok leletei, valamint a pszichológiai tesztek eredményei alapján ismerhetjük meg. Csak a tartós-, illetve a végleges károsodások vezetnek rokkantsághoz. A maradéktalanul gyógyítható, tartós károsodást és funkciózavart nem okozó betegségek nem jelentenek rehabilitációs feladatot. A károsodás megelőzését a *primer prevenció* szolgálja.

Fogyatékoság. Megelőzését a szekunder prevenció jelenti: ez a maradéktalan gyógyítás. Ha erre a gyógyításra csak maradandó, az életvitelt befolyásoló defektus visszamaradása árán (pl. amputáció) nyílik lehetőség, vagy krónikus betegséggel állunk szemben, számíthatunk arra, hogy a károsodás az érintett személy napi életvitelét is hátrányosan befolyásolja: *fogyatékos* válik. Az EVSZ a fogyatékoságot a humán funkciók (önellátás, étkezés, tisztálkodás, mozgás, közlekedés stb.) *tartós vagy végleges egészségkárosodás okozta zavaraként* definiálja, mely a fogyatékos embert – rehabilitáció nélkül – társadalmilag hátrányos helyzetbe kényszeríti.

A fogyatékoság megállapítása és mértékének meghatározása a *rehabilitáció* kulcskérdése. Ezekre alapozva tervezhető meg a fogyatékos ember rehabilitációja, és mérhető annak eredményessége. A fogyatékos ember funkcionális képességeinek mérésére a károsodást jelző és mérő fizikai, kémiai és biológiai paraméterek nem alkalmasak. Az emberi tevékenység mérésére funkcionális skálák sora készült. Ezek egyik típusa (*tisztán funkcionális skálák*) kizárólag humán funkciókat vizsgál. Ebben a csoportban találunk olyan skálákat, melyek készítői arra törekedtek, hogy lehetőség szerint minden jellemzően emberi tevékenységet, az ember saját testéhez való viszonyát (önellátás), tárgyi környezetéhez való viszonyát (mobilitás) és az emberi környezettel való érintkezés képességét (memória, önkifejezés, megértés stb.) mérje. A *teljes körű skálák* közül Magyarországon a *Funkcionális Függetlenségi Skála* (Functional Independence Measure: FIM) (*6.1. melléklet*) használata van elterjedőben. Az ún. *részskálák* az emberi tevékenységek közül csak néhányat mérnek. Ilyen pl. a *Barthel-index*

(*6.2. melléklet*), melyet elsősorban a hemiparetikus fogyatékos emberek rehabilitációjában használnak, és amely az önellátási, a mozgás- és a közlekedőképesség mérésére alkalmas. A *kevert skálák* a humán funkciók mellett más területek (pl. az egészségügyi ellátás minősége, a károsodás mértéke, az egészségügyi ellátás iránti igény, a segédeszközök minősége stb.) értékelésére is törekednek.

Rokkantság. A fogyatékos ember társadalmi szerepét a fogyatékkal élő humán funkcióiban bekövetkezett változások alapvetően befolyásolják: hátrányosan érintik/érinthetik tanulását, munkavállalását, egzisztenciájának megteremtését, korlátozhatják családi életét, szabadidejének eltöltését. E hátrány léte és mértéke attól is függ, hogy mit vár el a közösség a tagjaitól. *Kullmann* – *Oivind Lorentsen* sémája alapján – a *fogyatékoságot* úgy tekinti, mint az *egyén teljesítőképeségének elmaradását a társadalmi elvárásoktól, mely korrekció nélkül rokkantságot eredményez*. A munkaképesség csökkenése a rokkantságnak csak abban az esetben az egyik jellemzője, ha az egyéntől életkora alapján társadalmilag elvárható a munkavégzés. Az egyéni teljesítmény és a társadalmi elvárások összhangjának megteremtése részben a fogyatékos ember teljesítményének növelésével, részben a környezet szemléletének, elvárásainak változtatásával, a környezet aktív közreműködésével érhető el. A rokkantság mértékének meghatározására *életminőségi tesztek*et használnak.

A fogyatékoság nemzetközi osztályozása (FNO)

A nemzetközi osztályozások lehetővé teszik az e problémakörhöz tartozó jelenségek összehasonlítását, módszertani segédletet nyújtanak azok statisztikai, adminisztratív kezeléséhez, erősítik az orvosi gondolkodás rendszerszemléletűségét, módszerességét.

A betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) rendszerének megfelelően, ahhoz csatlakozva, azt mintegy kiegészítve, a WHO létrehozta a tevékenységek a fogyatékoságok osztályozási rendszerét: az International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), mely magyarul „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) címmel jelent meg.

A BNO a betegségekről, azok okairól, a diagnózisokról, az FNO pedig az egészségi állapothoz kapcsolódó funkcióváltozásokról, a tevékenységek akadályozottságairól, a társadalmi részvétel korlátairól, s az ezeket befolyásoló tényezőkről nyújt információt.

A károsodások etiológiai és/vagy szervspecifikus besorolására a BNO aktuális, 10. verzióját használjuk, mely azonban a krónikus betegségben, maradandó károsodásban szenvedő ember humán funkcióiban és társadalmi szerepében bekövetkezett zavaraira csak korlátozottan utal. Pl. magasból leesvén betegünk hátszigolyatörést, gerincvelő-sérülést szenvedett, megbénult. A diagnózishoz vezető vizsgálati eredmények alapján meghatározhatjuk azt, hogy a csontos gerincben milyen kár esett, sérült-e a gerincvelő, ha igen, ez milyen további szövödményekkel jár. A betegségek nemzetközi osztályozásának (BNO) kódjai is ezeket jelölik. A BNO lehetővé teszi azt is, hogy utaljunk a baleset természetére is (magasból való leesés, ugrás, közúti baleset stb.). Az azonban a betegség jellemzői alapján önmagában nem ítéltető meg, hogy a bénult ember ágyban fekvő-e, képes-e önálló életvitelre, ha igen, ehhez milyen környezetre, milyen segítségre van szüksége.

A BNO a morbiditásról és a mortalitásról, míg az FNO az egészségi állapot megváltozásának egyéb következményeiről nyújt folyamatosan követhető (monitorozható) adatokat, melyek az epidemiológiai vizsgálatokban, az egészségpolitikában, az egészségügy minőségbiztosításának megvalósításában egyaránt felhasználhatók. A BNO-val ellentétben az FNO hasznos információt nyújt a nem egészségügyi szakemberek – szociális munkások, munkaügyi, környezetvédelmi szakemberek, építészek, a közigazgatás alkalmazottai stb. – számára is.

A BNO és az FNO kategóriái a különbségek mellett ugyanakkor fedik is egymást. A betegségek részét képezik a funkciók károsodásai is. A BNO az egészségkárosodás megjelenésére – jelekre, tünetekre – összpontosít, míg az FNO az adott egészségi állapothoz kapcsolódó belső összefüggéseket, problémákat, az egészség alkotóelemeit tárja fel.

Az FNO deklarált célkitűzései szerint *tudományos alapot nyújt* az egyén egészségi állapotának, az egészségi állapot-változás következményeit meghatározó tényezőknek a kutatásához. *Közös nyelvet teremt* a fogyatékosággal és a rokantsággal foglalkozó különböző szakemberek számára, lehetővé teszi az adatok összehasonlíthatóságát, kódrendszert biztosít az egészségügyi információs rendszerek számára. Céljainak megfelelően az FNO használatos lehet a statisztikai feldolgozásokban, a kutatásban, a szociális és az oktatási politikában, s azok irányelveinek tevékeny megvalósításában. Különös jelentősége van az osztályozási rendszernek az *egyes kóros egészségi állapotok, s azok következményei értékelésében*, a rehabilitáció számára nélkülözhetetlen állapotfelmérésben. Az FNO hasznos információkat nyújthat az egészségpolitika és az egészségügyi menedzsment számára is a különböző morbiditási, demográfiai adatokkal, az egészségi állapot következményeire ható tényezőkkel, az egészségügyi ellátás eredményességével („outputjaival”) kapcsolatos információk nyújtásával, rendszerbe foglalásával.

Az FNO kategóriái egyetemesek, magukba foglalják az egészség és az egészséggel kapcsolatos tényezők minden alkotóelemét. Alkalmazhatók minden emberre, nemre, fajra, vallási hovatartozásra való tekintet nélkül.

A károsodás és a fogyatékoság összefüggését, egymásra gyakorolt hatását, a környezeti adottságokat egyaránt tekintetbe vevő, mindezt egyseges eszként kezelő FNO-rendszer az egészségi állapotot és a megváltozott egészségi állapot következményeit egyrészt az emberi test struktúrájához kötött funkciói, másrészt az ember tevékenysége, egyéni adottságai és környezete összefüggésrendszerében határozza meg.

Az egészséggel összefüggő emberi tevékenységek, akadályozottságok és korlátozottságok a szervezet alkotóelemeinek és funkcióinak állapota mellett az ún. *kontextuális (helyzeti) tényezőktől* is függenek. A kontextuális tényezők közé tartozik minden, ami nem kötődik az egészségi állapothoz, így a személyes tényezők (kor, lakóhely, gazdasági, szociális, kulturális meghatározottságok) is. A kontextuális tényezők másik csoportját a szűkebb és a tágabb környezet elemei, szokásai, elvárásai alkotják (*környezeti tényezők*).

A szervezeti és a kontextuális tényezők az emberi tevékenységek és fogyatékoságok alkotóelemei, melyek kölcsönhatásai jelentkezhetnek pozitív összefüggések, hatások (ezt fejezi ki a tevékenység kifejezés), s negatív összefüggések, hatások, problémák formájában (ezt fejezik ki a károsodás, az akadályozottság, a korlátozottság kifejezések). A tényezők állapotát minősítőkkal (qualifier) jellemezzük.

Az FNO klasszifikációs rendszerének alapegységei az egészség és az egészséggel kapcsolatos állapotok kategóriái. Az osztályozás alapja tehát nem a személy, hanem az a helyzet, amely összefüggéseivel meghatározza, illetve jellemzi a személy egészségi állapotát.

Az FNO lehetővé teszi, hogy a kódolás során tekintetbe vehessük az ember egészségi állapotának, funkcióképességének és az ezeket befolyásoló személyes és környezeti tényezőknek

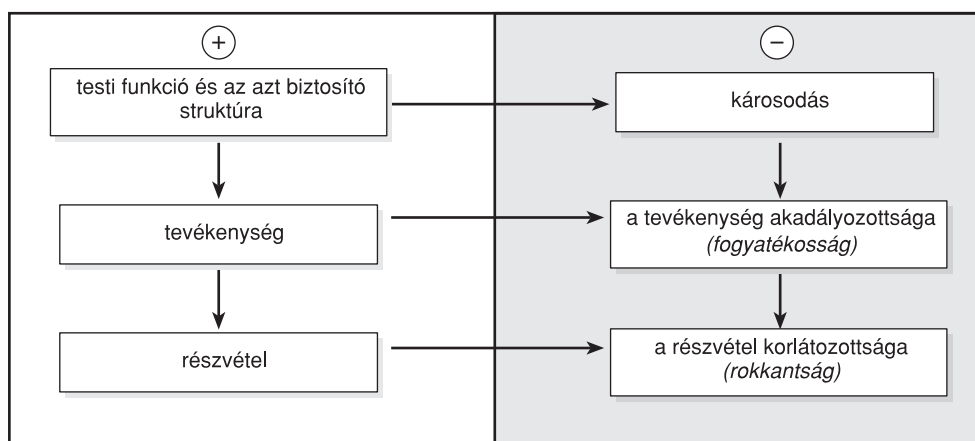
a pozitív és a negatív aspektusait is (6.1. és 6.2. ábra).

A *képesség* a standard körülmények között, a *kivitelezés* a természetes, illetve a fogyatékosághoz adaptált körülmények között végrehajtott tevékenységet jellemzi.

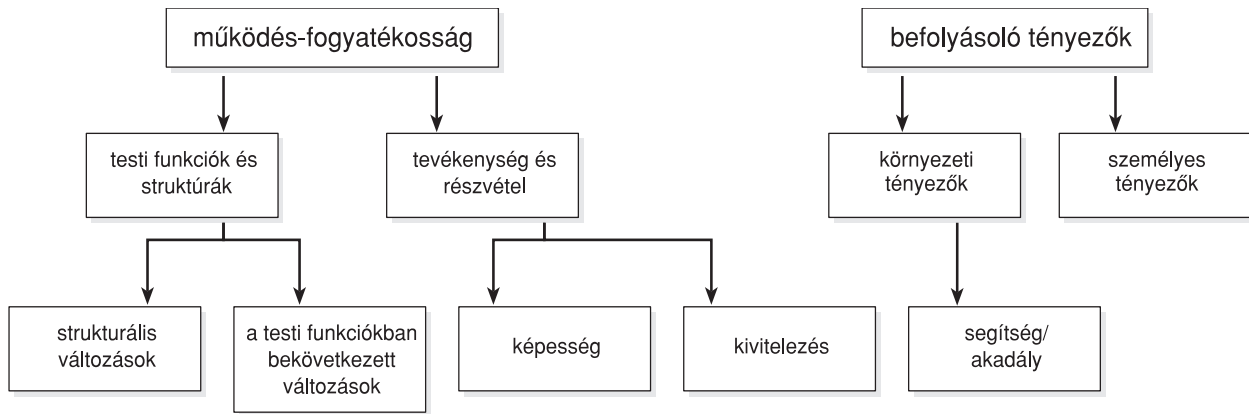
Az FNO a besorolandó, kódolandó fogalmakat nem hierarchikus, hanem faágszerűen elágazódó rendszerbe sorolja; e fogalmak azonosítását a minősítőket is feltüntető alfanumerikus kódok teszik lehetővé.

A testi funkciók és struktúrák (*b*: body), az aktivitás (*a*: activity), részvétel (*p*: participation) és a környezeti tényezők (*e*: environment) négy számjeggyel kifejezhető módon részletezhetők (pl. b2: érzékszervi fogyatékoság, b210: látásfunkció, b2102: látásminőség, b21022: kontrasztérzékelés).

Az FNO komponensei (a *Testi funkciók és struktúrák*, a *Tevékenységek és részvétel*, valamint a *Környezeti tényezők*) értékelése virtuális skálán történik. A fokozatokat numerikusan (0–4), verbális minősítéssel (a problémák nagysága lehet „elhanyagolható, mérsékelt, közepes, súlyos és teljes”) és százalékokban (0–100) lehet jellemezni. A 0–4 kategóriákhoz rendelt %-értékek intervallumainak nagyságai kifejezik a populációs standardokban való előfordulás arányait is (pl. Nincs probléma: 4%; Enyhe probléma: 19% stb.).



6.1. ábra. A funkcióképesség pozitív és negatív aspektusai az FNO alapján



6.2. ábra. Az FNO osztályozási sémája

0	Nincs probléma (hiányzik, jelentéktelen...)	0–4%
1	Enyhe probléma (csekély, alacsony...)	5–24%
2	Mérsékelt probléma (közepes, elfogatható...)	25–49%
3	Súlyos probléma (magas, nagy, extrém...)	50–95%
4	Teljes probléma (totális...)	96–100%.

Az osztályozási és minősítési rendszer, s ennek százalékban történő kifejezése megfeleltethető a munkaképesség, a fogyatékoság értékelése hagyományos értékelési rendszerének. A hagyományos és az új rendszer harmonizálása, összhangba hozása a funkcióképesség értékelése egyénes rendszerének bevezetése és alkalmazása, hazai viszonyokra való adaptálása, az e területen dolgozók jövőbeli feladata.

Rehabilitáció

A WHO definíciója szerint a rehabilitáció mindazon szolgáltatások összehangolt, egyénre adaptált rendszere, melyek lehetőséget nyújtanak ahhoz, hogy a fogyatékos ember sikerrel foglalhassa el a helyét a társadalomban. Az átfogó rehabilitációt olyan folyamatnak tekinthetjük, mely a fogyatékos ember teljesítményét és a társadalom elvárásait har-

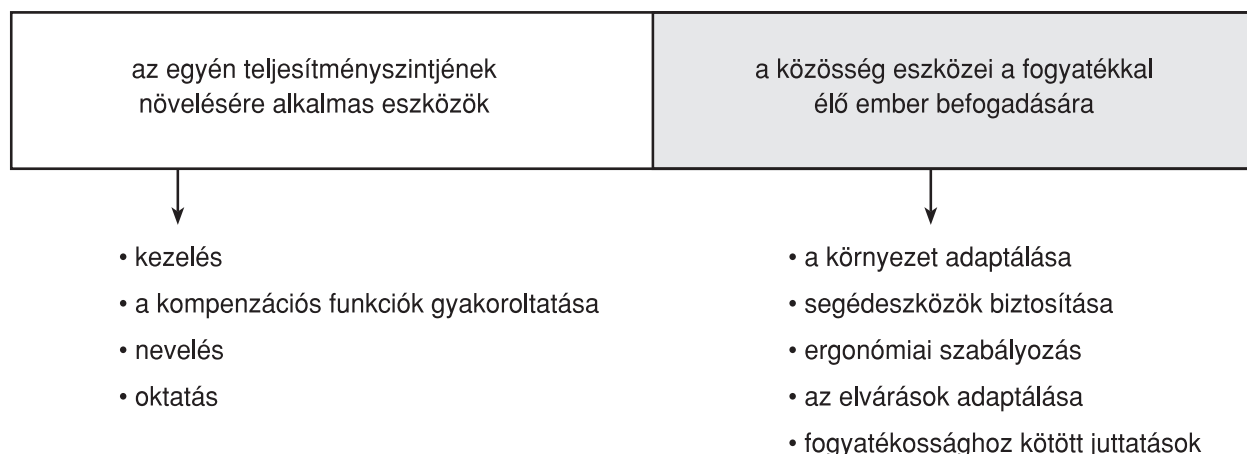
monizálja. A sikeres rehabilitáció tehát mind az egyén, mind a közösség aktivitását feltételezi.

Lorensen sémája alapján a folyamat az egyén részéről pozitív attitűdöt, együttműködő-, sőt kezdeményezőkézséget és kitartást kíván. A közösségnek (társadalomnak) az orvosi, nevelési, képzési, foglalkoztatási és szociális szolgáltatások olyan összehangolt rendszerét kell biztosítania, mely a fogyatékos embert (életútjával, tapasztalataival, céljaival együtt) messzemenően figyelembe veszi. Az átfogó rehabilitációs intézkedések egyénre szabása azt feltételezi, hogy azokat az egyéni adottságokat is szem előtt tartjuk, melyek értékelésére az FNO rendszere sem ad lehetőséget (6.3. ábra, 90. old.).

A definíció és a vázolt séma jól tükrözi azt a tényt, hogy a *rehabilitáció* – mind lényegét, mint feladatát tekintve – *messze túlmutat az egészségügy kompetenciáján*.

Orvosi rehabilitáció

Az *orvosi rehabilitáció* tevékenységi köre az egészségügy kompetenciájába tartozik. Az orvosi rehabilitáció során az orvostudomány a saját eszközeivel – a károsodott/fogyatékos ember funkcionális teljesítőképességének igen pontos fel-



6.3. ábra. A fogyatékosok rehabilitációjának eszközei és módszerei

mérésével, kezelésével, kompenzáló funkciók kialakításával, megerősítésével és életvitelszerű gyakoroltatásával, egyidejűleg az alapbetegség, a kísérőbetegségek és a szövődmények felderítésével és terápiájával – járul hozzá a fogyatékos, esetleg már rokkant ember funkcióképességének növeléséhez.

Az *orvosi rehabilitáció indikációjára*, megkezdésének időpontjára, lehetőségeire és tartalmára vonatkozó ismeretek terén gyakran még az egészségügyben dolgozók is bizonytalanok. A rehabilitáció elemeinek be kell épülniük az aktív osztályon zajló kezelésbe. Helyes, ha az orvosi rehabilitáció lehetőségeiről, a rehabilitációs osztályra történő áthelyezés időpontjáról az aktív kezelést végző és a beteget majdan rehabilitáló orvos közösen dönt. A fogyatékoság természetete, a beteg ember állapota, az orvosi rehabilitációs lehetőségek és a környezet (építészeti akadályok, közlekedési viszonyok) együttes mérlegelése alapján dönthető el az is, hogy a beteg ember kórházi környezetben vagy járóbetegeként vegye igénybe az orvosi rehabilitációs szolgáltatásokat.

A rehabilitáció akkor indokolt, ha a betegség vagy a kóros állapot maradandó fogyatékoságot okoz vagy okozhat, s a fogyatékos ember aktivitása orvosi módszerekkel fokozható, a közösség életébe való bekapcsolódása elősegíthető. A maradandó károsodás ténye önmagában nem indokolja az orvosi rehabilitációs indikációt. Ha

a beteg igen magas kora és/vagy kísérőbetegségei vagy szövődményei miatt nem terhelhető, a rehabilitációtól nem várható eredmény.

A beteg által igényelt gondos ápolás biztosítása nem a rehabilitációs osztály feladata. Ha a beteg mentális állapota miatt nem képes arra, hogy a rehabilitációs folyamat aktív, konstruktív résztvevője legyen, szintén el kell tekintenünk az orvosi rehabilitációtól. Más esetben a fogyatékoság jellege teszi szükségtelemmé az *orvosi rehabilitációt* (pl. veleszületett siketség, teljes vak-ság). Annál nagyobb szükség lehet az *átfogó rehabilitáció* más területeire (képzés, foglalkoztatás, szociális intézkedések).

Az orvosi rehabilitáció módszerei

Diagnosztika. A funkcióképesség növelése csak akkor lehetséges, ha a meglévő testi és lelki elváltozásokat és a megmaradt funkciókat pontosan ismerjük. *A rehabilitációs program megkezdésekor és befejezésekor mért funkcionális állapot a rehabilitáció indikációjának, a program helyességének és eredményességének mércéje.*

Terápia

- *Gyógyszeres és műtéti kezelés.* A fogyatékos ember kezelése során mind az ismert króni-

kus, mind a program során fellépő interkurrens, de a rehabilitáció megszakítását nem igénylő betegségek kezelését, és ha lehet, a károsodás mérséklését (pl. korrekciós és plasztikai műtétek) meg kell oldani.

- *Lelki vezetés, pszichoterápia.* A fogyatékos ember aktív közreműködéséhez állapotának elfogadtatásán keresztül vezet az út. A súlyos fogyatékoság kialakulása után a beteg lelki regressziót, majd esetleg agressziót kell, hogy leküzdjön. A lelki reakciók felmérésében, az állapot elfogadtatásában igen értékes a *pszichológusi segítség*. Ahol lehet, érdemes a beteg ember családját, környezetét is megnyerni a rehabilitációnak. A pszichiátriai rehabilitációban a pszichoterápiás módszerek széles körének alkalmazása is pszichológust kíván.
- *A mobilizálás és az erőnlét javítása* elsősorban fizioterápiás módszerekkel (gyógytorna, sportterápia, balneoterápia, hidroterápia) érhető el. Azok a fizioterápiás eljárások részesítendőek előnyben, melyek a beteg/fogyatékos ember aktivitását igénylik. *A kiesett képességek kompenzálására* alkalmas funkciók célirányos gyakoroltatására és a napi élettevékenységbe történő beillesztésére a *foglalkoztató terápia* nyújt lehetőséget.
- *A gyógyászati és rehabilitációs segédeszközökkel* a fogyatékoság okozta funkciókárosodások egy része ellensúlyozható. Ezek adaptálása, a testsémába történő beépítése a rehabilitációs program része.
- A beszédzavarok *logopédiai módszerekkel* enyhíthetők.
- Az orvosi rehabilitáció során szükség lehet arra is, hogy a károsodott embert rávezessük *életmódjának megváltoztatására*. Ez egészséges étkezési szokások elsajátítását (dietetika), a fogyatékosághoz igazodó *életvitel tanítását*, az esetleges további *szövődmények kialakulásának megelőzéséhez szükséges módszerek* ismeretét jelenti.
- *A szociális intézkedések kezdeményezése* az orvosi rehabilitáció szerves része.

A „rehabilitációs team”

Az orvosi rehabilitáció módszereinek alkalmazásához speciális képzettségű szakemberek együttműködése szükséges. A csapatmunka nem idegen az egészségügytől: gondoljunk a műtéti szakterületekre (operatőr és asszisztense, műtősnő, aneszteziológus, annak asszisztense, műtősegéd, betegszállító), vagy az intenzív terápiás teamekre. A teammunka hatékonysága a team összetételén és munkamódszerén múlik. A rehabilitációs teamben a rehabilitációs jártasságú orvos és ápolók mellett *pszichológus, logopédus, gyógytornász, konduktor, sportterapeuta, szociális munkás, segédeszközöket készítő műszerész, fizioterápiás asszisztens, dietikus, foglalkoztató terapeuta* közös munkája a siker kulcsa. A team összetételének a fogyatékoság jellegéhez kell igazodnia. Pl. kardiológiai vagy pszichiátriai rehabilitációban ortopéd műszerészre nincs szükség; a felnőtt mozgásszervi betegek rehabilitációjában nélkülözhető a gyógypedagógus; a gerincsérültek vagy a végtag-sérültek rehabilitációjában a logopédus, geriátriai rehabilitációban a sportterapeuta. A team akkor hatékony, ha tagjai saját tevékenységük során tekintetbe veszik egymás kompetenciáját, és a team többi tagjának tapasztalatait és észrevételeit beépítik saját munkájukba.

Az orvosi rehabilitáció hazai intézményrendszere

Az orvosi rehabilitációt nyújtó kórházi osztályokat, szakambulanciákat és szakrendeléseket, nappali kórházakat szakmai és anyagi megfontolásokra alapozott döntések nyomán hozták létre.

Rehabilitációs osztályok

Az orvosi rehabilitációs tevékenység az aktív alapszakmáktól eltérő ismereteket, eltérő feltételeket és körülményeket kíván. Az *aktív osztályokon* az aktív terápiához szükséges feltételek kö-

zepette nem ésszerű sem a rehabilitációs team, sem annak munkájához szükséges tárgyi és építészeti feltételek biztosítása. Az eredményes rehabilitáció rendkívül időigényes, tehát e tevékenységet aktív osztályokon belül, homogén betegcsoportok (HBCS) szerinti finanszírozás mellett nem lehet végezni. A rehabilitáció célja és módszerei alapvetően különböznek a krónikus, gyógyíthatatlan, gyakran idős betegek ápolását, gondozását biztosító ún. *krónikus osztályok* tevékenységétől is.

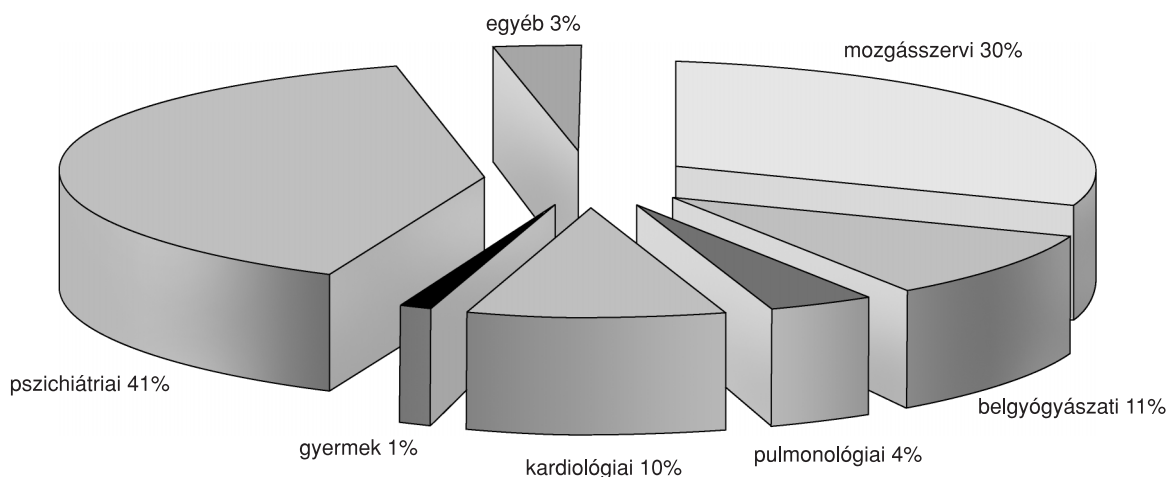
E megfontolások alapján az orvosi rehabilitációt végző osztályt mind szervezeti, mind finanszírozási szempontból az aktív és a krónikus ellátások mellett önálló entitásként kell kezelni.

Magyarországon mozgásszervi, kardiológiai, pszichiátriai, gyermekgyógyászati, belgyógyászati és pulmonológiai *rehabilitációs osztályok* működnek. Az Egészségbiztosítási Pénztár 2001-ben 11 550 rehabilitációs ágy működési költségeit finanszírozta. Az ágyszám klinikai szakterületenkénti alakulását a 6.4. ábra tünteti fel. A 6.5. ábráról kiderül, hogy milyen egyenetlenül oszlanak el a rehabilitációs ágyak az országban. Még szembetűnőbbek a különbségek, ha azt is tekintetbe vesszük, hogy az igen változó rehabilitációs lehetőségeken belül hogyan alakul a kardiológiai, a pulmonológiai, a

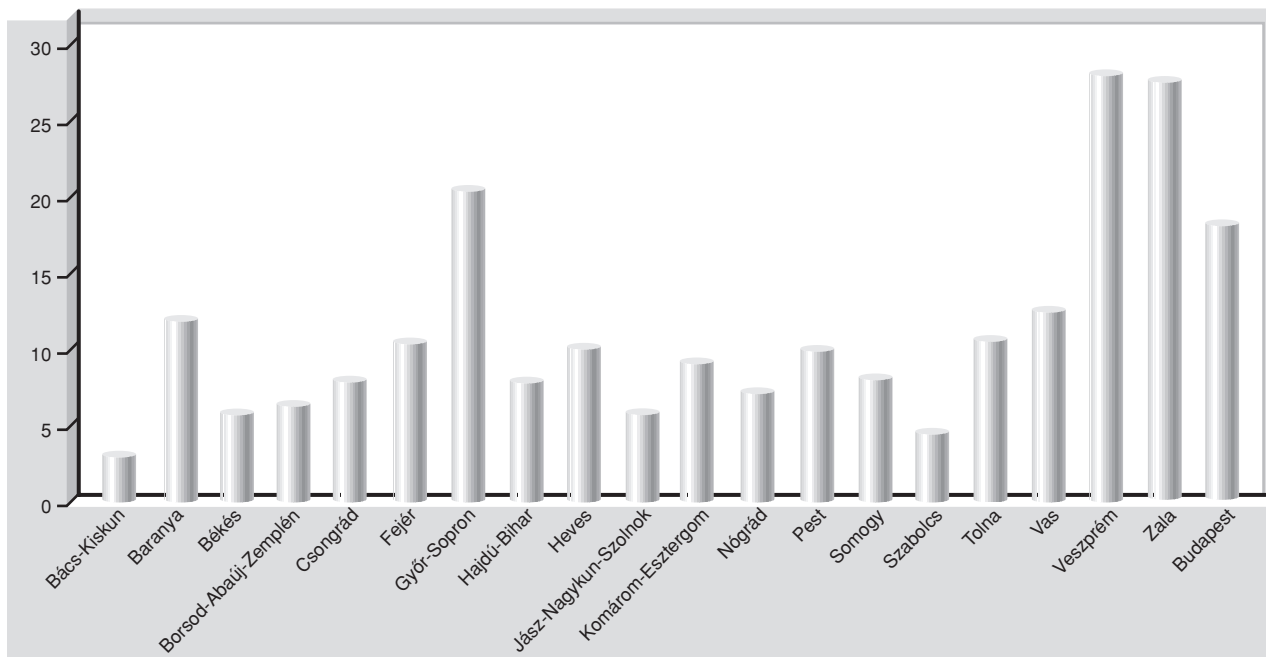
belgyógyászati, a mozgásszervi rehabilitációs stb. ágyak területenkénti reprezentációja (6.6. ábra).

Nappali kórházak, éjszakai szanatóriumok

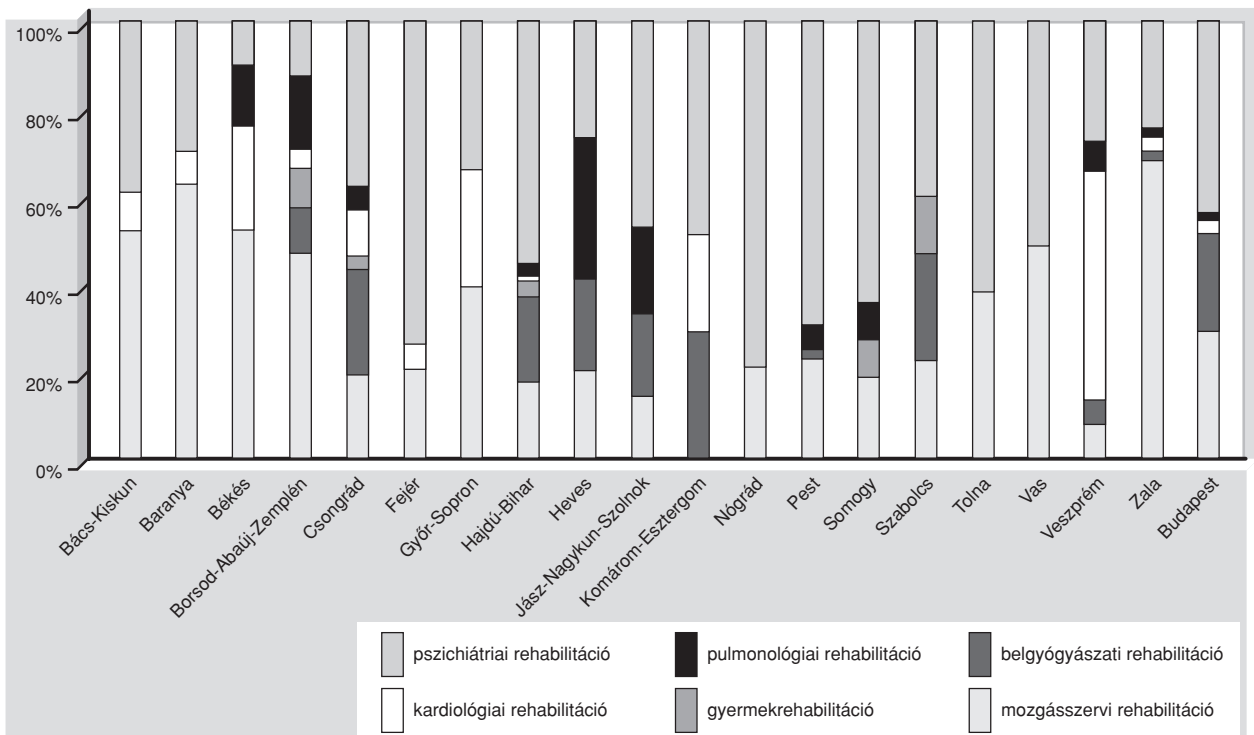
A *nappali kórházak* a járóbetegként rehabilitálható páciensek komplex, időben összehangolt, egy helyen történő rehabilitációjára szolgálnak. A jogszabályok lehetővé teszik azt, hogy kórházi osztályok ágyaik bizonyos hányadának arányában nappali kórházi szolgáltatást is nyújtsanak. Főleg a mozgásszervi rehabilitációs osztályok vállalkoznak ilyen feladatra. A szakemberhiány és a rehabilitációs osztályok megközelíthetőségének hiányosságai miatt nappali kórházi szolgáltatásokat nyújtó intézmény csak néhány helyen működik az országban. Az *éjszakai szanatóriumokban* a nappal eredeti munkakörükben dolgozó, javuló állapotban lévő pszichiátriai betegeknek este orvosi és egyéb kezeléseket és ellenőrzést biztosítanak, a betegek éjszakáikat is ott töltik. Ezek a szanatóriumok részben pszichiátriai, részben foglalkozási rehabilitációs célt szolgálnak. Magyarországon éjszakai szanatóriumok nem működnek.



6.4. ábra. A rehabilitációs ágyak számának klinikai szakterületenkénti megoszlása Magyarországon 2001-ben



6.5. ábra. A tízezer lakosra jutó rehabilitációs ágyak száma Magyarország megyéiben és Budapesten 2001-ben



6.6. ábra. A rehabilitációs ágyak számának profil szerinti megoszlása Magyarország megyéiben és Budapesten 2001-ben

Járóbeteg-rehabilitáció

A járóbetegként rehabilitálható páciensek rehabilitációját a rehabilitációs osztályok ambulanciái vagy az alapszaktámák szakrendelése végzik. A rehabilitációs osztályok szakambulanciáin dolgozó csapatok összetétele az osztályok szakemberellátottságának függvénye. Az alapszaktámák szakrendeléseinek ritkán dolgoznak rehabilitációs csapatok.

Rehabilitáció az alapellátásban

Az orvosi rehabilitáció ún. lakóközösségi formája az alapellátásra épülő szolgáltatás, melyet a páciens fogyatékoságához igazodó szakemberekkel kibővített alapellátási egység nyújt. Ebben a munkában a fogyatékos ember laikus környezete is feladatot kap. Hazánkban a lakóközösségi rehabilitációnak még nincsenek hagyományai, finanszírozása is megoldatlan. A házi ápolási szolgálatok megfelelő szervezés esetén a lakóközösségi rehabilitáció bázisaivá fejleszthetők.

Az orvosi rehabilitációhoz kapcsolódó egyéb rehabilitációs tevékenységek

Pedagógiai rehabilitáció. Ennek során a fogyatékos fiatal a fogyatékoságának természetéhez igazodó módszerekkel részesül nevelésben, oktatásban és foglalkozási képzésben. Új foglalkozáshoz szükséges átképzés felnőttkorban is igényelhető, ha a maradandó egészségkárosodás lehetetlenné teszi az eredeti munka folytatását.

Foglalkoztatási rehabilitáció. Az átfogó rehabilitáció elemei közül talán ennek az aktuális helyzete függ leginkább az egyén érdekeltségétől és a közösség gazdasági működésétől. Ha a foglalkoztatási rehabilitáció sikeres, a fogyatékos ember megmaradt munkaképességének felhasználásával ismét kenyérkereső foglalkozáshoz jut.

A fogyatékos ember orvosi rehabilitációja után a megmaradt munkaképesség megítélése orvosszakértői feladat. Az eredeti munkakörben nem foglalkoztatható személy még megállhatja helyét ergonómiai elvek alapján adaptált munkahelyeken, védőmunkahelyeken, vagy átképzés után új munkakör betöltésére válhat képessé. (Ez utóbbi képzési forma a pedagógiai és a foglalkoztatási rehabilitáció körébe is besorolható.) A foglalkoztatási rehabilitációs folyamatot azonban az egyén képzettsége, az átképzés lehetőségei, a munkalehetőségek és a kereseti viszonyok alapvetően befolyásolják. Az elmúlt évtizedek gazdasági tendenciái nem kedveztek, és a jelenlegiek sem kedveznek a foglalkoztatási rehabilitációnak. A hatályos foglalkozási rehabilitációs törvény sem a munkáltatók, sem a munkavállalók foglalkoztatási rehabilitációjában való érdekeltségét nem biztosítja.

Szociális rehabilitáció. A fogyatékos ember az orvosi rehabilitációval, képzéssel, munkalehetőség biztosításával növelt teljesítmény birtokában sem feltétlenül képes saját hátrányos helyzetének leküzdésére. Napi életviteléhez, szabadidejének eltöltéséhez, családi és közösségi kapcsolatainak ápolásához, ügyeinek intézéséhez pénzügyi és természetbeni támogatásra van vagy lehet szüksége. A közvetlen pénzügyi juttatások egy része fogyatékoságspecifikus (pl. a vakok, a mozgássérültek járadéka, a mozgássérültek lakásának átalakításához, közlekedéséhez nyújtott támogatás). A segítség más formáira vagy a fogyatékoság mértéke szerint vagy jövedelmi viszonyai alapján (a rászorultság bizonyítása után) válhat jogosulttá a károsodott ember. Ez utóbbi juttatásoknak sajátos rehabilitációs aspektusai vannak. Pl. a közgyógyellátásra jogosító igazolványhoz a munkaképességét 100%-ban elvesztett személy alanyi jogon jut, minden más esetben jövedelme és gyógyszerekre, segédeszközökre fordítandó kiadásai alapján, önkormányzati döntéstől függetlenül kaphatja meg az igazolványt. A munkaképesség-csökkentés mértékének megállapítása életkorhoz kötött. A nyugdíjas korban súlyos

végleges károsodást szenvedettek alanyi jogai ma még nem érvényesíthetők.

A szociális rehabilitáció anomáliái foglalkozási rehabilitációs ellenérdekeltséget is szülhetnek. Pl.: egy gerincvelősérült intermittáló önka-téterezésre szorul. Eredetileg alacsony jövedelmű ember, aki munkáját még képes volna ugyan ellátni, de éppen azért kénytelen feladni szívesen végzett munkáját, és a rokkantnyugdíjat választani, mert folyamatosan olyan segéd-

eszközre van szüksége, melynek beszerzése a jövedelme által nyújtott lehetőségek között nem oldható meg.

A segédeszközök egy részének (ortézisek, protézisek) térítésmentessége, a szociális gondozási formák, a fogyatékosbarát építkezés és közlekedésszervezés, a fogyatékosok sportolási lehetőségeinek támogatása természetbeni juttatásként a szociális rehabilitáció hozzáférhető, bevált eszközei.

6.1. melléklet. Funkcionális Függelenség Mérés (Functional Independence Measure)

Önellátás

- A Étkezés
- B Személyi higiéné
- C Fürdés
- D Öltözködés (felső testfél)
- E Öltözködés (alsó testfél)
- F WC-használat

Sphincterfunkciók

- G Széklettartás
- H Vizelettartás

Mozgékonyosság

- I Ágy-szék, kerekesszék átülések (transzferek)
- J WC-transzfer
- K Kád- vagy zuhanytranszfer

Helyváltoztatás

- L Járás vagy kerekesszék-használat
- M Lépcsőn járás

Kommunikáció

- N Megértés
- O Önkifejezés

Átvéve A rehabilitáció gyakorlata (Medicina, 2000) c. tankönyvből

Szociális képességek

- P Szociális együttműködés
- Q Problémamegoldás
- E Emlékezet

I. Segítő személyre nincs szükség (önellátó)

- 7. Teljes függetlenség (időben, biztonságosan)
- 6. Módosított függetlenség (segédeszköz)

II. Személyes segítség szükséges

Részleges függőség

- 5. Felügyelet
- 4. Minimális segítség (75%-nál nagyobb önállóság)
- 3. Közepes segítség (50%-nál nagyobb önállóság)

Teljes függőség

- 2. Maximális segítség (a vizsgált személy 25–50%-os részvételével)
- 1. Teljes segítség (a vizsgált személy 25% alatti részvételével)

6.2. melléklet. Barthel-index

I. Étkezés

10. A beteg önállóan képes enni, egyedül egy tálcaról vagy asztról, ha valaki azt elérhető távolságba teszi. Használhat segédeszközt, de fel kell tudnia vágni az ételt, sót szórni, vaját kenni megfelelő, normális idő alatt.
5. Segítséggel (pl. a hús felvágása).
0. Etetés

II. Átszállás a tolokocsiból az ágyba és vissza

15. Teljesen önállóan, biztonsággal, befékezve a kocsit, a lábtartót felemelve, le tud feküdni az ágyba, fel tud ülni az ágy szélére.
10. Felügyeletet vagy minimális segítséget igényel.
5. Fel tud ülni, de ki kell emelni az ágyból.
0. Felülni sem tud.

III. Személyes toalett

5. Kézmosás, arcmosás, fésülködés, fogmosás, borotválkozás (a penge berakása vagy a villanyborotva dugaszának bedugása is).
0. Valamelyikre nem képes.

IV. WC-használat

10. Egyedül kimegy, ruháit le- és felhúzza, ruháit meg tudja óvni a bepiszkolódástól, WC-papírt használ (segédeszköz a kapaszkodáshoz használható).
5. Kis segítséget igényel (egyensúlyzavar miatt a ruha felhúzásához, papírhasználathoz) vagy önállóan használja az ágytálat.
0. Vagy segítséget igényel, vagy a nővér ágytálat.

V. Fürdés

5. Más személy jelenléte nélkül tusoló vagy fürdőkád használata.
0. Mosdatás.

VI. Járás sík terepen

15. 50 méter járás segítség, felügyelet nélkül (Bármilyen segédeszköz használható, kivéve guruló mankó. Ha ortézist használ, az ortézist be kell tudnia állítani járáshoz és üléshez (térdzár zárása, nyitása).
10. Felügyeletet igényel, vagy csak kis segítséggel tud járni 50 métert (segédeszköz használható).
5. Járásképtelen beteg, 50 méter önálló kerekesszékhajtás, manőverezés: fordulás ágyhoz, asztalhoz, WC-re.
0. Kerekes széket sem tud hajtani.

VII. Lépcsőn fel-lejárás

10. Önálló, felügyelet nélküli lépcsőjárás, bármilyen segédeszközzel (a botot vinnie kell magával).
5. Kis segítséget vagy felügyeletet igényel (a botot nem tudja magával vinni).

VIII. Öltözés, vetkőzés

10. Önálló cipőfelvétel, inggomb begombolása (a cipzár összekapcsolását nem kell tudnia).
5. Kis segítséggel, legalább a felét egyedül tudja végrehajtani.

IX. Széklettartás

10. Baleset nélkül, lehet kúp segítségével is.
5. Időnként baleset, vagy a kúpot más helyezi fel.
0. Incontinentia alvi.

X. Vizelettartás

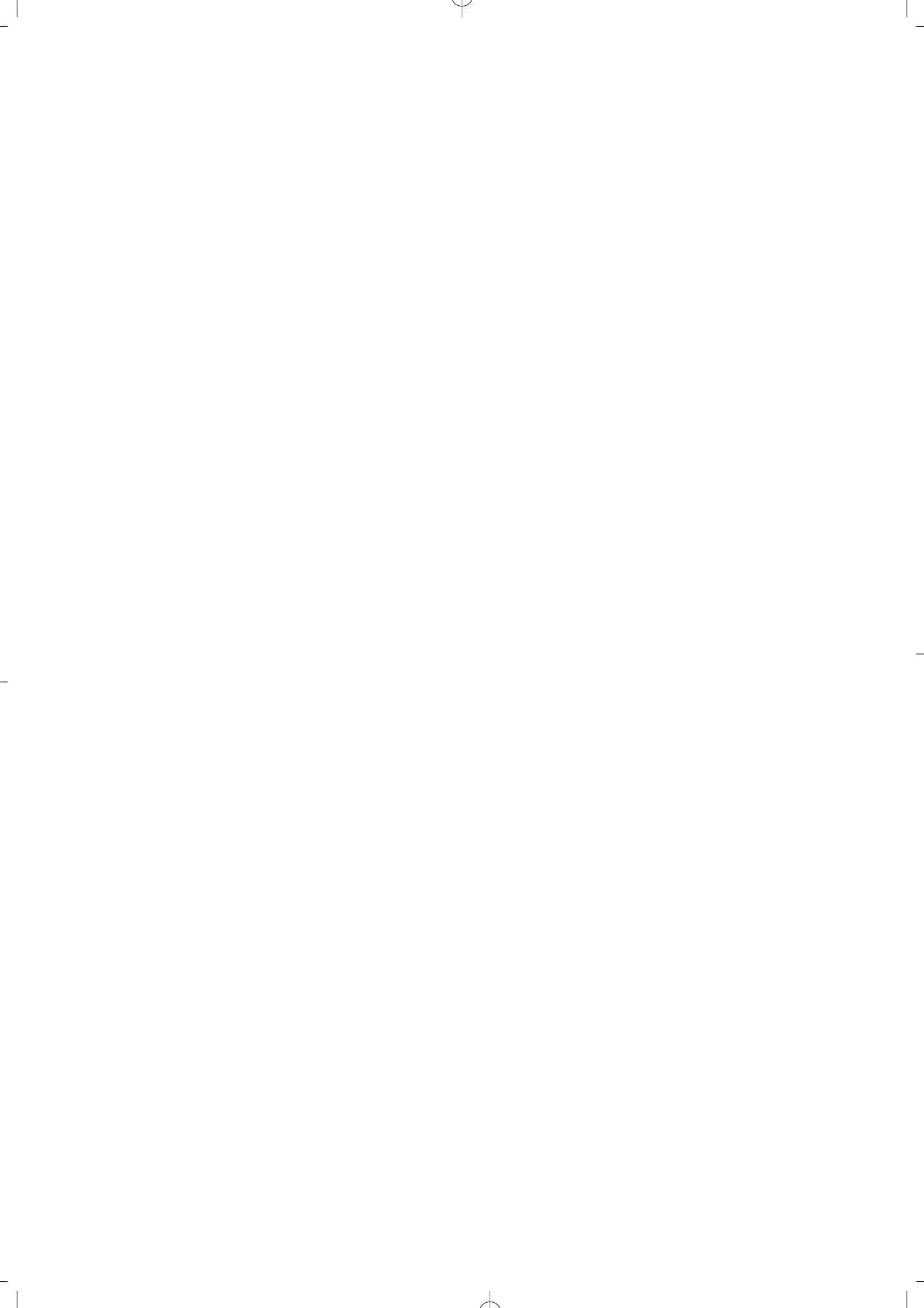
10. Éjjel, nappal egyaránt tudja tartani.
5. Elvétele baleset (a beteg szól, de nem tud várni a nővérré).
0. Incontinentia urinae vagy állandó katéter.

Átvéve A rehabilitáció gyakorlata c. tankönyvből (Medicina, 2000)

7. fejezet

A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése

Ungváry György



Ez a tevékenység a foglalkozás-egészségügyi orvos egyik legfontosabb prevenció feladata.

A munkaköri alkalmassági vizsgálat célja:

- megállapítani (mérni) az egyén arra való alkalmasságát, hogy tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül,
- elősegíteni a munka adaptálását a munkát végző egyénhez, továbbá
- segíteni az egyént egészségének fenntartásában vagy javításában, illetőleg
- a munkahelyi egészségkárosodások megelőzése.

Ennek érdekében az alábbi *feladatokat* kell megoldani:

- Meg kell határozni a munkahelyi összmegterhelést, amely a munkakör ellátásához szükséges munkavégzésből és a munkakörülményekből (beleértve a munkahelyi és munkakörnyezeti kóroki tényezőket) ered.
- Meg kell ismerni az egyén egészségi állapotát, és meg kell határozni munkacapacitását.
- A megterhelés, illetve az egyén munkacapacitása és egészségi állapotának összevetése alapján meg kell ítélni, hogy megfelel-e a munka elvégzéséhez szükséges követelményeknek, alkalmas-e a munkakör ellátására.
- Az egyén állapotának figyelembevételével – szükség esetén – javaslatot kell tenni a munkavégzés és a munka feltételeinek módosítására (a munka illesztése a munkát végzőhöz).

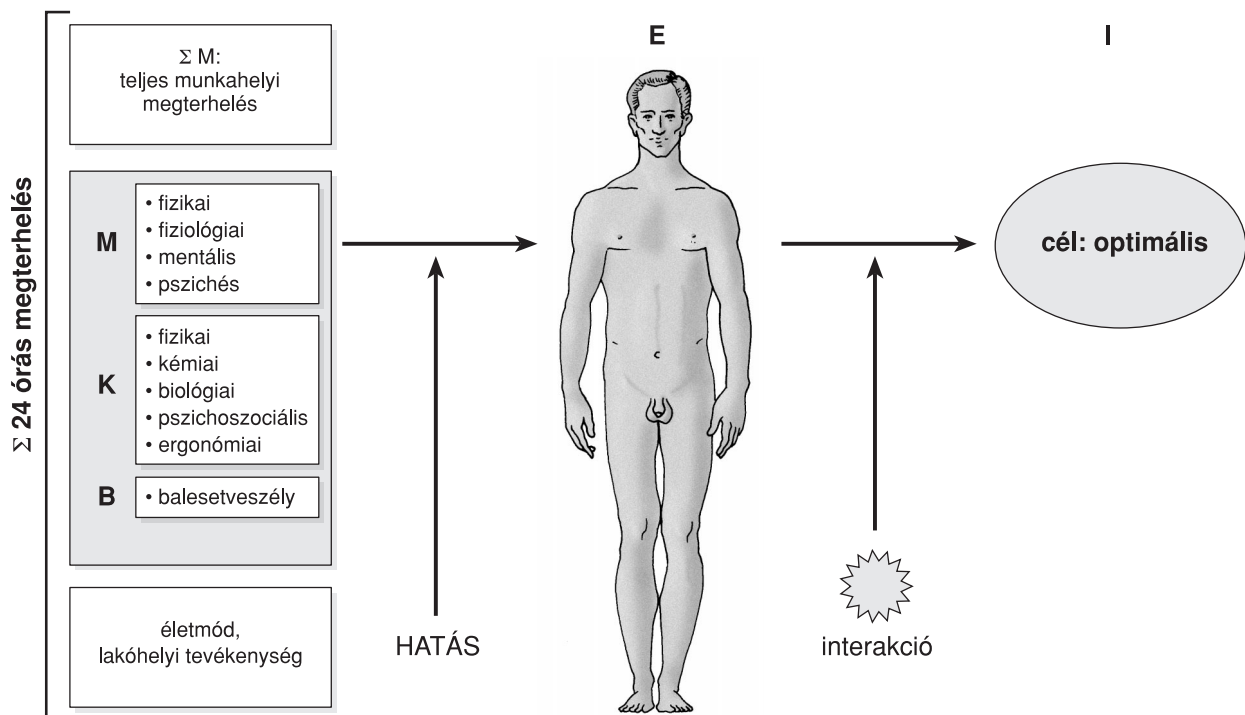
Munkaköri összmegterhelés

A vizsgáló orvosnak ismernie kell a munkakört, a munkakör ellátásához szükséges munkakörülmény okozta és a munkakör ellátásához szükséges munkavégzésből eredő megterhelések összességét (munkahelyi összmegterhelés, 7.1. ábra, 100. old.).

Munkakörülmény alatt a rendelkezésre álló munkahelyet (terület, tér, gépek stb.), a munkahelyi környezet (légtér, a benne lévő kóroki tényezők – fizikai, kémiai, biológiai), a munkavégzés társadalmi és fizikai mikrokörnyezetét értjük.

A *munkavégzésből eredő* – a foglalkozáshoz kötött – *megterhelés* fizikai, fiziológiai, pszichés és mentális lehet.

Fontos megjegyezni: az ellátandó munkakörből eredő munkaköri összmegterhelés ismerete nélkül a munkakörre való alkalmasság megítélése értelmét veszíti, illetve nem lehetséges. Ezért a munkaköri alkalmasság vizsgálatát és véleményezését megfelelő szakmai színvonalon csakis a *foglalkozás-egészségügyi orvosok* végezhetik, akik a feladat ellátására felkészültek, ismerik a munkakörülményeket, a különböző munkahelyi megterhelések hatását az emberi szervezetre, és klinikai vizsgálattal képesek meggyőződni az egyén terhelhetőségéről.



7.1. ábra. A 24 órás, illetve a munkahelyi megterhelés és az igénybevétel értelmezése. ΣM (teljes munkahelyi megterhelés) = $M+K+B$. $\Sigma 24$ órás megterhelés = ΣM + életmódból, lakóhelyi tevékenységből eredő megterhelés. M: munkavégzésből eredő megterhelések; K: munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta megterhelések; B: balesetveszély okozta megterhelések; E: ember (munkavállaló); I: igénybevétel

Az alkalmasság megítélésének első fázisa: a munkaköri összmegterhelés meghatározása

Ez a tevékenység két részből áll:

- A munkakörülmények (munkahely, munkahelyi környezet) jellemzése.
- A munkavégzés (foglalkozás) megítélése és analízise.

A munkakörülmények jellemzése. Minden esetben meg kell határozni a munkahely jellemzőit, meg kell vizsgálni, hogy jelen van-e az alábbi felsorolt tényezők valamelyike:

A munkahely jellemzése (helye, berendezése stb.)

1. Belső térben végzett munka
2. Külső térben végzett munka
3. Hirtelen hőmérséklet-változás

4. Magas nedvességtartalmú levegő
5. Alacsony nedvességtartalmú levegő
6. Vizes munkahely
7. Síkos, csúszós felület
8. Balesetveszélyes munka (nagy magasság, szűk hely, mozgó gépek, tárgyak, égés stb.)
9. Mélyszíni (bányászati) munkavégzés
10. Egyéb, a munkavégzést befolyásoló munkahelyi tényező

A munkahelyi környezeti kóroki tényezőinek regisztrálása

1. Fizikai kóroki tényezők

Sugárzás

- ionizáló
- nem ionizáló

Zaj

- impulzív
- vegyes ipari

Vibráció

- lokális
- egész testre ható

Magas vagy alacsony légnyomás

Hőmérséklet

- hideg
- meleg

2. Kémiai kóroki tényezők

Por

- irritatív
- korrozív
- allergén
- fibrogén
- rákkeltő
- egyéb

Vegyianyagok

- mérgező
- irritatív
- korrozív
- szenzibilizáló
- akut, szubakut, krónikus, reverzibilis vagy irreverzibilis mérgezést okozó
- mutagén
- rákkeltő
- reprodukciót károsító
- egyéb (bűzös anyagok)

3. Biológiai kóroki tényezők

I–IV. kategóriába sorolt kóroki tényezők (vírusok, baktériumok stb.)

4. Ergonómiai kóroki tényezők

5. Pszichoszociális kóroki tényezők

A munkakörnyezeti kóroki tényezők sok esetben számszerűen jellemezhetők (% , tömeg, decibel), máskor a következőképpen kódolhatók:

<i>N</i>	nincs jelen	
<i>A</i>	alkalmanként	(a munkaidő kevesebb mint 1/3-ában)
<i>Gy</i>	gyakran	(a munkaidő 1/2-ében–2/3-ában)
<i>F</i>	folyamatosan	(a munkaidő több mint 2/3-ában)

A munkavégzés (foglalkozás) megítélése és analízise. Ennek érdekében az alábbiakat határozzuk meg:

- a fizikai erőkifejtés igénye (maximális igény);
- a fizikai erőkifejtés jellege (emelés, teher hordozása, tolása, húzása stb.);
- ülés, állás, járkálás, mászás, hajlás, térdelés, fekvő kényszerhelyzet stb. szükségessége;
- egyensúlyozás, a test egyensúlya megtartásának szükségessége, változnak-e munka közben a feltételek;
- fogás, tartás, tapintás jelentős-e;
- a beszéd és a hallás szükségessége;
- az éleslátás (közel és távol, beleértve a térlátást), valamint a színlátás szükségessége;
- egyéb funkciók, tulajdonságok (pl. pszichés és mentális terhelhetőség, egyéb szomato- és visceromotoros, szomato- és viszcero-szenzoros, antropometriai, genetikai adottságok) szükségessége.

Megvizsgáljuk, hogy jelen vannak-e a munkavégzés során a következő tényezők, situációk, feladatok:

- másokkal egy helyen történő (kényszerű) munkavégzés;
- a másokkal való együttműködés kényszere az eredményesség érdekében;
- felelősségteljes munka;
- komplexitás (speciális szaktudást igénylő munka);
- az elvárás bizonytalansága;
- irreguláris vagy túl sok munka;
- váltott műszak, éjszakai munka;
- otthontól távol (külföldön) végzett munka;
- egyéb tényezők.

A munkavállalóra váró feladat osztályozása (pontokkal fejezhetjük ki):

- a feladat komplexitása;
- a feladat kritikussága;
- a betanulás nehézsége;
- a feladat gyakorlása;
- speciális gyakorlat;
- a feladat végrehajtásához szükséges idő;
- a teljesítés nehézsége;

- a feladat végrehajtásához szükséges technikai segítség;
- a feladat végrehajtásához szükséges felügyelet;
- megelégedettség a feladat teljesítése nyomán.

Ha elvégeztük mind a munkakörülmények jellemzését, mind a munkavégzés analízisét, akkor egy adott munkakör összmegterhelését pl. az alábbi módon írhatjuk le (a leírás megszövegezése a megterhelést meghatározó foglalkozás-egészségügyi orvos feladata):

A munkakört belső térben kell ellátni, könnyű fizikai munkát kell végezni, a munkakörnyezetben 85–88 dB zajszinttel kell számolni. A munkahely, a gépek ergonómiai kiképzése korszerű, a munkavégzés során kényeztethelyzet nincs, de a gyorsan forgó, éles alkatrészek miatt csonkulásos balesetek kockázatával kell számolni; ez a zajszint miatt és a munkára adott utasítások félreérthetősége miatt fokozott. A munkakörben három különböző iskolai végzettségű munkatárssal kell váltott műszakban együtt dolgozni. A teljesítmény a négy dolgozó együttes munkájától függ, a bérezés a teljesítmény alapján történik stb...

Mindezek figyelembevételével a munkakör ellátására olyan átlagos fizikai képességű nő vagy férfi alkalmas, akinek másokhoz való alkalmazkodási képessége jó stb.

Megjegyzés: ép hallás, térlátás, éleslátás feltétlenül szükséges a megfelelő szakmai rutin mellett stb.

Funkcionális kapacitás

A funkcionális kapacitás meghatározása két részből áll:

1. az egészségi állapot meghatározása és a munkakör ellátásához szükséges orvosi alkalmassági vizsgálat;
2. a munkakapacitás meghatározása speciális foglalkozás-egészségügyi orvosi vizsgálat.

A munkakör ellátásához szükséges orvosi alkalmassági vizsgálat

A funkcionális kapacitás vizsgálatának első fontos eleme a munkavállaló egyén egészségi állapotának orvosi vizsgálata. A vizsgálat nem helyettesíti a primer prevenciót, célja nem a minden stresszt tűrő ember kiválasztása.

Foglalkozási anamnézis. Az alkalmassági vizsgálat sarokköve. Tisztázni kell, hogy a munkavállaló korábbi munkahelyén milyen kóroki tényezők (pl. zaj, vibráció, vegyi anyagok) hatásának volt kitéve és mennyi ideig. Fel kell tárni a korábbi foglalkozás(ok)kal kapcsolatos egészségkárosodási panaszokat, tüneteket, megbetegedéseket vagy sérüléseket. Ezért a foglalkozási anamnézis felvétele során kérdéseket kell feltenni a korábbi munkahely(ek)ről. Ilyenek:

- Volt-e tünete, betegsége vagy sérülése a korábbi munkahelyén?
- Dolgozott-e valaha olyan anyaggal, ami panaszt (nehézlégzést, köhögést) okozott?
- Okozott-e korábbi munkája mozgásszervi panaszokat (pl. végtag- vagy hátfájást)?
- Változtatott-e munkahelyet egészségi panaszai miatt?

Általános orvosi anamnézis. A szokásos kérdések mellett fontos tisztázni, hogy voltak-e a vizsgált személynek olyan betegségei, amelyek hatással lehetnek saját vagy mások egészségére (pl. krónikus perzisztáló hepatitis, epilepsia).

Életmód-anamnézis. Az életmód is fontos tényező: a gyógyszerek, a dohányzás, az alkoholfogyasztás növelik a különböző expozíciók okozta károsodások kockázatát. Pl. dohányzás + azbesztexpozíció, alkohol + hepatotoxikus anyagok vagy bizonyos gyógyszerabúzus + fokozottan balesetveszélyes munka.

A vizsgálat során nem mindig támaszkodhatunk a munkavállaló által közölt, egészségi álla-

potra vonatkozó információkra. A munkavállalónak az esetek többségében az az érdeke, hogy „alkalmas” minősítést kapjon, ezért hajlamos betegségei, panaszai elhallgatására. Ennek megakadályozását szolgálja a vele aláíratott nyilatkozat, mely szerint nincs eltitkolt betegsége.

Fizikális vizsgálat. Az orvosi alkalmassági vizsgálat során alapvető fontosságú a fizikális vizsgálat. Ennek elvégzéséhez az orvosnak ismernie kell a munkakörülményeket és azt a speciális igénybevételt, amelynek meg kell felelnie a munkavállalónak. Sajnos túl egyszerű az orvosnak a standard fizikális vizsgálatot és a minden esetben azonos biokémiai vagy egyéb laboratóriumi tesztet elvégez(tet)ni, olyanokat, amelyek némelyike inadekvát és irreleváns az alkalmasság megítélésére. A vizsgálatnak a munka által megkövetelt speciális igénybevételre kell irányulnia. A vizsgálat egyik primer feladata – kimondatlanul is – a kockázatbecslés; az orvosi vizsgálatnak meg kell határoznia az egyén múltbeli és jelenlegi egészségi státusát, és előre kell jeleznie az elvégzendő feladat vagy feladatok kapcsán másodlagosan kialakuló közvetlen vagy jövőbeli egészségkárosodás valószínűségét.

Általában, ha a kockázat egy munkakör betöltésére pályázó egyén számára az adott környezetben károsodást eredményezhet, és ha a kockázat nem csökkenthető a körülmények ésszerű megváltoztatásával, akkor az egyént ki kell zárni az ebben a környezetben végzendő munkából. Ha azonban a rizikó (akár az egyéni, akár a környezeti) elfogadható szintre csökkenthető, akkor az egyén dolgozhat az adott munkakörnyezetben.

Megoldást jelenthet az is, hogy a vizsgáló orvos – a körülmények mérlegelésével – a vizsgált egyént alkalmasnak véleményezi, de egészségi állapotát rendszeresen ellenőrzi (soron kívüli alkalmassági vizsgálatok).

Az orvosi vizsgálatnak valamennyi szervrendszerre és szervre ki kell terjednie, gondosan kell vizsgálni azoknak a célszerveknek az állapotát, amelyekre a várható munkahely megterhelése, kóroki tényezői hatást gyakorolnak.

Az alkalmassági vizsgálat során vizsgálni kell a fizikai jellemzőket (testtömeg, testmagasság, mellkasméretetek), a szenzoros jellemzőket (érzékszervek), a mozgásfunkciókat és a szervrendszereket (szív-, érrendszer, vese, légzőrendszer stb.).

Egyéb szakvizsgálatok. A vizsgáló foglalkozás-egészségügyi orvos véleményének kialakítását kiegészítő szakvizsgálatok segítik. Ezek között vannak kötelezőek, az egészségkárosodás veszélyével járó, illetve a járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozni szándékozó vagy már ott dolgozók esetében (pl. a máj működésének, struktúrájának vizsgálata hepatotoxikus anyagok expozíciója esetén; a széklet bakteriológiai vizsgálata csecsemő- és gyermekbeteg-ellátásával foglalkozó fekvőbeteg-osztályon dolgozók esetén). A kötelező vizsgálatokat minden személynél el kell végezni.

Ugyanakkor a vizsgáló orvos – a munkavállaló egészségi állapota ismeretében – bármely szakvizsgálatot kérhet, amelyet az alkalmasság megítéléséhez szükségesnek tart (pl. magasabb vérnyomás esetén kardiológiai vizsgálat).

A kiegészítő szakvizsgálatokat végző orvostól nem szabad az alkalmasságra vonatkozó véleményt kérni (pl. arról, hogy az illető magasban dolgozhat-e), mivel annak megállapítása (véleményezése) kizárólag a foglalkozás-egészségügyi szakember feladata és kötelessége.

A munkakapacitás meghatározása speciális foglalkozás-egészségügyi vizsgálattal

A funkcionális kapacitás megismeréséhez az orvosi vizsgálat elvégzése mellett meg kell határozni (becsülni) az egyén munkakapacitását. Meg kell ítélni, hogy az megfelel-e a munka elvégzéséhez szükséges követelményeknek. Ez bizonyos munkakörökben (nehéz fizikai munka, jelentős kémiai megterhelés stb.) nélkülözhetetlen. A ka-

pacitás mérése a légző, a szív–ér rendszer (beleértve a kardiopulmonális funkciókat) és a vázizomrendszer funkcionális teljesítőképességének meghatározásával történik. Jelentős kémiai expozíció esetén meghatározandó a máj biotranszformációs kapacitása is.

A fizikai munkára való alkalmasság megítéléséhez a munkakapacitás mérése az alábbi funkciók vizsgálatával történik:

- megfelelő légzésfunkciós vizsgálatok,
- az oxigén hatékony tüdőbe juttatására való képesség megítélése,
- a perctérfogat megterheléssel arányos és az igénybevételnek megfelelő növelésére való képesség megítélése,
- az oxigén működő izomzathoz történő szállítására való képesség megítélése,
- a megfelelő izomerő kifejtésére való képesség megítélése.

A jelentős vegyi anyag-expozícióban végzett munkára való alkalmasság megítéléséhez a munkakapacitás mérése az alábbi funkciók vizsgálatával történik:

- megfelelő légzésfunkciós vizsgálatok,
- az oxigén hatékony tüdőbe juttatására való képesség megítélése,
- a perctérfogat megterheléssel arányos és az igénybevételnek megfelelő növelésére való képesség megítélése,
- a vese kiválasztófunkcióinak megítélése,
- a máj biotranszformációs (metabolizáció, konjugáció/glükuronidáció) kapacitásának meghatározása.

A munkakapacitás méréséhez a következő személyi-tárgyi feltételek szükségesek: szakképzett személyzet, technikai asszisztencia, megfelelő műszerezettség.

A munkakapacitás vizsgálatának módszereit mindig az aktuálisan megismerendő munkához szükséges „kapacitás” mérése dönti el. Első példánkhoz (fizikai munka) légzésfunkciós vizsgálat, terheléses tesztek, antropometriai vizsgálat, izomerő-vizsgálat, valamint az energiaforgalom vizsgálata szükséges.

Más esetekben különös jelentőséget kaphatnak olyan speciális tesztek, mint amelyek a látás, hallás megítéléséhez szükségesek.

Mivel ma még kevés helyen állnak rendelkezésre a munkakapacitás mérésére alkalmas ergometriai laboratóriumok, ezért a mérések becsléssel helyettesíthetők.

Megjegyzés: a speciális alkalmassági vizsgálatokat nem rutinszerűen alkalmazzuk; ezekre csak a megterhelés és a várható igénybevétel ismeretében, indokolt esetekben kerül sor.

Döntéshozás a munkaköri alkalmasságról

Az összmunkaköri megterhelés és a munkakör ellátására jelentkező vagy a munkakörben foglalkoztatott egyén egészségi állapota és munkakapacitása ismeretében eldöntjük, hogy a munkavállaló alkalmas-e a munkakör ellátására (7.2. ábra).

A munka adaptálása a munkavállalóhoz

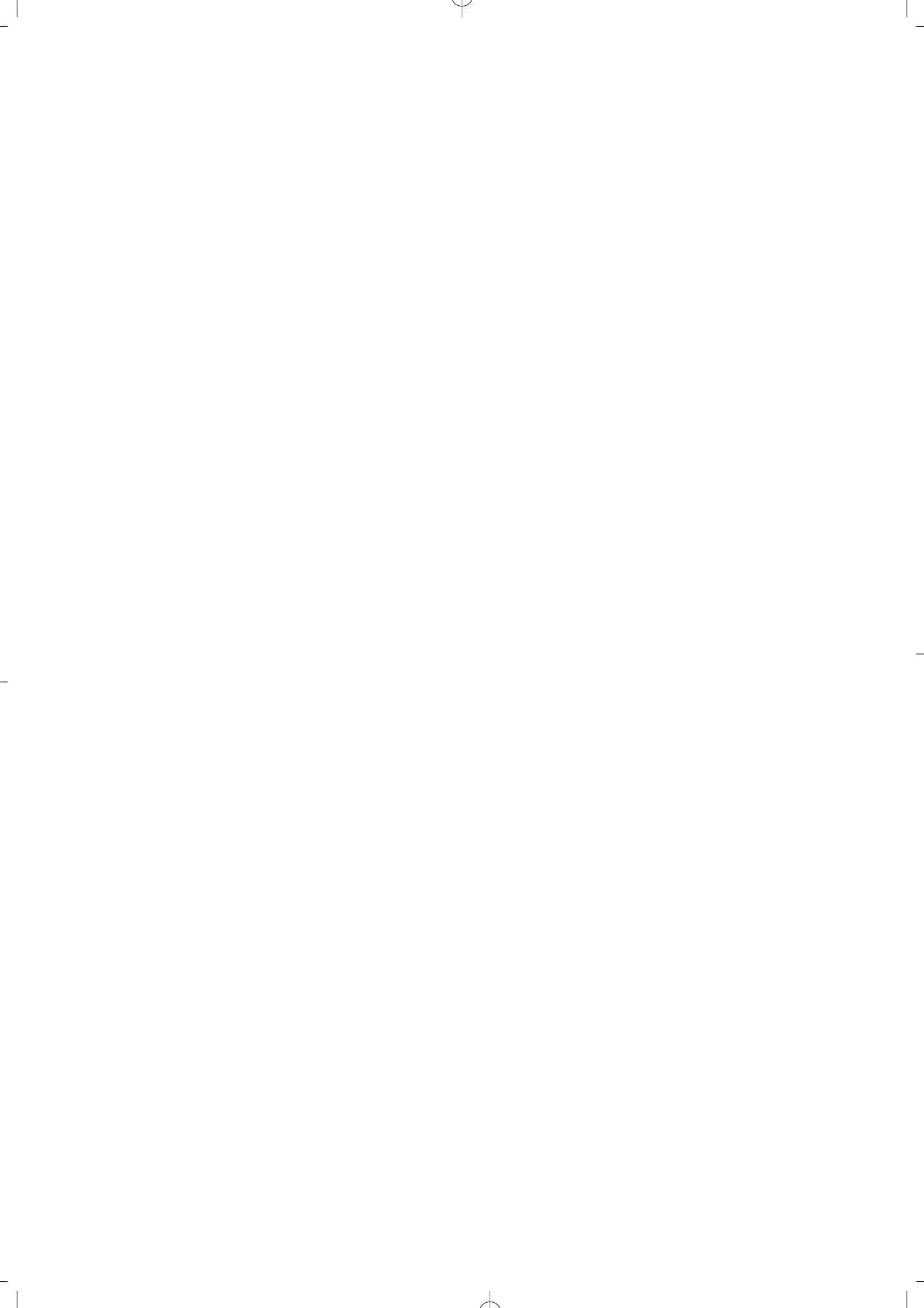
Abban az esetben, ha a munkavállaló nem minden vonatkozásban alkalmas a munkakör ellátására, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa a munkaköri össz megterhelés ismételt elemzésé-



7.2. ábra. A munkaterhelés, a munkakapacitás és az optimális igénybevétel egymáshoz való viszonya. A munkaterhelés változtatásával a munka adaptálható a megváltozott munkaképességű munkavállalóhoz

vel lehetőséget keres az összmegterhelés olyan csökkentésére, ami által a munkavállaló „alkalmassá válik” a munkakör betöltésére. Ennek különös jelentősége van akkor, ha a hosszú éveken,

évtizedeken át nagy rutinnal, nagy hozzáértéssel dolgozó munkavállaló válik alkalmatlanná korábbi munkakörének ellátására.



8. fejezet

A fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség minősítésének eljárása

*Juhász Ferenc
Somlay Géza*



A fejlett gazdasággal, egészségügyi és szociális ellátórendszerekkel rendelkező országokban a fogyatékos és a rokkantság megelőzésére, s a károsodottak társadalmi reintegrációjára helyezik a hangsúlyt. Az egészségkárosodás következményeinek kiküszöbölését segítő élet- és munkakörülmények kialakításának anyagi és erkölcsi ösztönzése, a színvonalas orvosi ellátás, a sokoldalúan megvalósított rehabilitáció elengedhetetlen feltétele a probléma megoldásának.

A kulcsfontosságú tényezők körébe tartozik az egészségkárosodott egyén képességeinek, aktív társadalmi részvétele lehetőségeinek vizsgálatát, véleményezését, értékelését megvalósító orvosszakértői minősítési rendszer is. A minősítési rendszer – amellett, hogy korrektül véleményezi az igénylők állapotát – feltárja azokat a fejleszthető képességeiket, melyekre rehabilitációjuk építhető.

A minősítési rendszer a közigazgatás része; működése ahhoz szorosan csatlakozik. A társadalmi közmegelégedés egyik legfontosabb tényezője a közigazgatás átlátható, zökkenőmentes, humánus működése – különösen abban az esetben, ha fizikailag és lelkileg sérült, a társadalmi kirekesztettség egy bizonyos állapotában lévő, létfontosságú ügyeit intéző emberrel foglalkozik, s ez az orvosszakértői hálózat működése szempontjából alapvető fontosságú.

A minősítési eljárásnak az egészségkárosodott ember mindennapi életével, munkájával, annak követelményeivel, körülményeivel kapcsolatos különböző tényezők állapotáról, kölcsönhatásairól kell értékítéletet mondania, ezért számos területen – egészségügyi, szociális ellátás, társada-

lombiztosítás, munkaügy, pénzügyi ellátórendszer stb. – kell megfelelnie a szakszerűség, a jogszerűség és az összehangoltság követelményeinek.

A fogyatékos és a rokkantság jelenlegi minősítési rendszere bonyolult, az eljárásban keverednek a hatósági és a szakértői elemek. Az ellátásokra igényt tartók száma nagy, kivizsgálásuk, gyógykezelésük sokszor hiányos, rehabilitációjuk csak esetlegesen történik meg. A jelenlegi eljárási rend nem ad módot a megmaradt munkaképesség, a fejleszthető képességek, a rehabilitációs lehetőségek megítélésére.

A közelmúltban kialakult fogyatékosági ellátórendszerek jogszabályi szinten szabályoznak biomedicinális kérdéseket, s a legnagyobb hiányosságuk, hogy nem adnak módot a rehabilitációs lehetőségek felmérésére, s az orvosszakértői minősítés részéről csupán egy állapot, helyzet (pl. segédeszköz-használat) regisztrálását igénylik.

Az alábbiakban a minősítési eljárás új, a jelenlegi rendszer hiányosságait kiküszöbölő, a nemzetközi tapasztalatok alapján kidolgozott koncepcióját mutatjuk be, melynek fokozatos megvalósítása a következő évek feladata lesz.

A minősítési eljárás elvei

Az orvosszakértői minősítési rendszer hálózatát és működési rendjét a jövőben a károsodások, a fogyatékos és a részvétel korlátozottságára vonatkozó új koncepció jegyében, az emberi jogok, az esélyegyenlőség érvényesülését szolgáló

társadalmi követelményeknek megfelelően szükséges alakítani. A korszerűsítés alapelveit a következőkben lehet megfogalmazni:

1. Az össz-szervezeti egészségkárosodás, a fogyatékoság és a rokkantság egy és ugyanazon egyénre vonatkozó, ugyanazon társadalmi közeg által befolyásolt, egymással szorosan összefüggő fogalmak, minősítésüket *azonos szakmai és eljárási szabályok* szerint kell megoldani.
2. Alapkövetelmény, hogy *csak kivizsgált, gyógykezelt, orvosi rehabilitációban részesült igénylők kerüljenek orvosszakértői minősítésre*. A biztosítottak egészségi állapotát, „egészségügyi életútját”, életkörülményeit legjobban ismerő háziorvos jogává és kötelességévé kell tenni az ellátásra igényt tartók kivizsgálását, az orvosszakértői bizottságok informálását a kivizsgálás, a gyógykezelés eredményeiről.
3. Az eljárás során biztosítani kell az *orvosszakmai és a hatósági szempontok* érvényesülésének lehetőségét. *Az igénylők károsodásait, képességeit kimutató vizsgálatokat*, melyek sajátos – orvosi, pszichológiai, ergonómiai stb. – ismereteket, eszközöket, műszereket, módszereket igényelnek, és időigényesek, a lehetőség szerint *ki kell emelni a közigazgatási eljárás általános rendjéből*.
4. A rehabilitáció a pénzbeli ellátásokkal azonos súlyú szolgáltatást kell, hogy képezzen. *Az orvosi és a foglalkoztatási rehabilitációs lehetőségek vizsgálatát és megvalósítását az ellátórendszer részévé kell tenni*, eljárási rendjét a rokkantsági nyugdíj- és fogyatékosági eljárásokkal összhangba kell hozni.
5. *A munkaképesség alakulását csak a munkavégzés követelményeinek és körülményeinek ismeretében lehet véleményezni*. A munkahely foglalkozás-egészségügyi orvosa, mint az eljárás természetes résztvevője, adatokat szolgáltat a

munkahelyi egészségkárosító kockázatokról, azok jelenlegi és korábbi expozíciójáról. Véleményt ad arról, hogy a vizsgált munkavállaló foglalkoztatható-e jelenlegi munkakörében a munkakörülmények változtatása nélkül, vagy csak az által; megoldható-e a foglalkoztatás a jelenlegi munkahelyen más munkakörben, megjelöli a foglalkoztatási rehabilitációs más irányait.

6. *Az eljárás minden fázisában módot kell adni a jogorvoslatra*. A különböző (I–II. fokú, igazságügyi, közigazgatási) szakértői véleményezések során *azonos orvosszakmai szempontrendszerek* kell érvényesülniük. E szempontrendszereket foglalja egységbe az *„Irányelvek”*.

A minősítési eljárás rendje

A háziorvos szerepe

A fogyatékosági támogatások és a rokkantsági nyugellátási igények egészségi jogosultságát minősítő eljárás a háziorvosnál kezdődik.

A háziorvos az igénylő rendelkezésre álló dokumentumai, illetve egészségi állapota alapján előkészíti a minősítést:

- értékeli a dokumentumokat;
- kivizsgálja, kivizsgáltatja az igénylőt;
- beszerzi a betegségeknek megfelelő orvosi szakterületekről a szakvéleményt, amelynek kiállítója nyilatkozik az igénylő károsodott funkcióiról, s a károsodásoknak a tevékenységre, a részvételre (a munkavégzésre) kifejtett hatásáról, a magmaradt funkcionális képességekről;
- mellékelik az igénylő munkahelye foglalkozás-egészségügyi alapellátó szolgálata orvostól beszerzett véleményét;
- amennyiben az igénylő értékelhető rehabilitációs ellátási dokumentummal nem rendelkezik, orvosi rehabilitációs szakvéleményt szerez be;
- kitölti a „Orvosi beutaló”-t.

A házi orvos ez irányú tevékenységéhez jelen irányelvek adnak útmutatást, a minősítés előkészítéséhez szakmai segítséget nyújt az egészségbiztosítás felülvizsgáló-konzultációs hálózata.

Egyes országokban az igénylőt az igény benyújtására szolgáló kérvény kiegészítéseként „Egyéni tájékoztató” nyilatkozat kitöltésére és benyújtására is kötelezik. Ebben az igénylő saját szemszögéből, tudása, s képességei alapján nyilatkozik betegségeiről, gyógykezeléseiről, jelenlegi és korábbi munkáiról, azok megterhelő voltáról, a betegségéből fakadó munkaképességkorlátozottságáról. S mivel a nyilatkozatot tanúk által hitelesítve teszi, a közölt adatok, információk hitelessége nagyobb, mint a vizsgálat során szóban közölte (8.1. melléklet).

Az Orvosszakértői Intézet eljárása

A minősítést az Orvosszakértői Intézet a beérkezett dokumentációk és az igénylő vizsgálata alapján végzi. Az Orvosszakértői Intézet véleményezi:

- az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét;
- a tartós munkaképesség-csökkenés fokát;
- a fogyatékoság jellegét, súlyosságát;
- értékeli a rehabilitálhatóságot, rehabilitációs javaslatot ad, és meghatározza a foglalkozási rehabilitáció irányait;
- végzi a rokkantsági nyugdíjasok és a fogyatékosok időszakos felülvizsgálatát;
- megfelelő jogi felhatalmazás alapján véleményezi az ápolásra-gondozásra való rászorultságot;
- dönt a keresőképesség vitás eseteiben.

Az orvosszakértői eljárásnak tartalmában és módszertanában az igényelt ellátást finanszírozó szervtől függetlenül azonosnak kell lennie.

Az Országos Orvosszakértői Intézet véleményét az igénylő álló állapotát megalapozottan tükröző, egybehangzó egészségügyi dokumentumai értékelésével *irat* vagy az *igénylő személyes*

vizsgálata alapján alakítja ki. A személyes vizsgálat elvégezhető az Orvosszakértői Intézet telephelyén vagy az igénylő otthonában.

Az Intézet szakértői – ha szükségesnek látják – a kivizsgálás kiegészítése, illetve a rendelkezésre álló adatok ellenőrzése céljából *az igénylőt járó- vagy fekvőbeteg-ellátó intézetbe utalhatják.*

Az Orvosszakértői Intézet és az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata

A munkaképesség-változás, a rehabilitálhatóság megítélése, az egészségkárosodás mértékének korrekt megállapítása nagy értékű műszerekkel végzendő, korszerű diagnosztikai eljárások alkalmazását igényli. Ilyen eszköztárral felszerelni az Orvosszakértői Intézetet jelenleg gyakorlatilag lehetetlen. A feladatok elvégzésére igénybe kell venni a korszerű feltételekkel rendelkező egészségügyi szolgáltatókat. Ők képezik az orvosszakértői hálózat háttérintézmény-rendszerét: elvégzik a speciális feltételeket (szakmai jártasságot, eszközöket) igénylő szakértői vizsgálatokat, a járó- vagy a fekvőbeteg-ellátás keretében a kiegészítő és az ellenőrző jellegű kivizsgálásokat. E szolgáltatókat az orvosszakértői tevékenység szempontjából az egészségbiztosítás minősíti, akkreditálja, s a feladat ellátására szerződéses kapcsolatot létesít velük.

Fel kell oldani az orvosszakértői munka merev, bürokratikus, hatósági jellegét. Előtérbe kell helyezni az igénylő állapotáról való részletesebb, hitelesebb tájékozódás, a funkcionális lehetőségeik megítélésére való törekvés szempontjait.

Az igénylő kivizsgálásának a minősítés előkészítő fázisában kell megtörténnie a házi orvos, a speciális szakértők, a foglalkozás-egészségügyi és az orvosi rehabilitációs szolgálat bevonásával. Az Orvosszakértői Intézet feladata a szintetizáló szakértői vélemény elkészítése, az előkészítő munka összehangolása és kontrollálása.

Az egészségügyi dokumentáció hitelessége

A károsodások véleményezése zömmel az igénylő egészségügyi dokumentációja alapján történik. A szakvélemény szakmai megfelelőségét meghatározó dokumentációnak tehát hitelesnek, tartalmilag bizonyítékerejűnek kell lennie. Ezek a dokumentumok a betegség, a sérülés lefolyásáról, időbeni változásáról teljesértékűbb információt nyújthatnak az egyszeri vizsgálatoknál, tájékoztatnak a rendellenesség kezdetéről, lefolyásáról, a gyógykezelés eredményességekről, a prognózisról.

Az egészségügyi dokumentációnak – mint bizonyítéknak – tartalmaznia kell:

- az anamnézist;
- a fizikális és a mentális állapot leírását, a vizsgálatok eredményére vonatkozó adatokat;
- a laboratóriumi vizsgálatok adatait;
- a diagnózist;
- a gyógykezelés jellegét, eredményességét, mellékhatásait;
- nyilatkozatot a prognózisról.

Az egészségügyi dokumentáció az 1952. évi III. törvény 196. §-a értelmében *magánokiratnak* minősül: a károsodások, a fogyatékoság és a munkaképesség-változás véleményezéséhez az elváltozások hiteles bizonyítékául szolgál, s azt az orvosszakértői véleményezés során – annak minden konzekvenciájával – *bizonyító erejűnek* tekintik. Az egészségügyi dokumentációt kiállító szolgáltató felel az abban közölt információk valódiságáért, polgári és büntetőjogi tekintetben egyaránt. A fogyatékoság és a munkaképesség-változás minősítésének kialakítandó új eljárási rendjében rögzíteni kell az egészségügyi szolgáltatók és az orvosszakértők felelősségi köteleit a hiteles, bizonyítékerejű egészségügyi dokumentáció kezelése terén.

Az egészségügyi dokumentáció orvosszakértői szempontból akkor tekinthető *bizonyítéknak*, ha tartalma alapján meg lehet állapítani a károsodás

valós jellegét, kiterjedtségét, súlyosságát és tartósságát.

Az egészségügyi dokumentáció akkor tekinthető *hitelesnek*, ha egyértelműen tájékoztat a vizsgált, a gyógykezelt személyről, a kiállító szolgáltatóról, a felelős orvostól, s a szolgáltatással kapcsolatban előírt egészségügyi dokumentáció minden kellékével rendelkezik.

Az egészségügyi dokumentáció bizonyítékul szolgál a károsodások megállapításához, annál nagyobb a bizonyítóereje és a hitelessége, minél részletesebb, minél megalapozottabb következtetéseket tartalmaz. A felhasznált orvosi dokumentumok a szakvélemény szerves részét képezik, másolatukat a véleményezés iratai között meg kell őrizni!

Az iratokhoz csatolt dokumentumok felhasználhatóak lehetnek a jogorvoslati vizsgálatok felülvizsgálatok során. Az egészségügyi dokumentáció – természetéből fakadóan – nem nyújt tájékoztatást a személyes, a szociális és a munkafeladatok ellátásának képességéről.

Az orvosszakértői vélemény kialakításához *kiegészítő vizsgálat, vélemény* kérhető az igénylőt korábban ellátó egészségügyi szolgáltatóktól vagy az orvosszakértői intézettel konzultációs kapcsolatban álló egészségügyi vagy orvosszakértői szolgáltatóktól

- a diagnózis, a károsodás jellegének, mértékének pontosítása érdekében;
- az igénylő funkcionális képességeinek állapotáról;
- a munkával kapcsolatos élettani funkciók – ülés, állás, járás, emelés, teherhordás, tárgyak mozgatása, hallás, látás, közlekedési képesség állapotáról, mentális károsodás esetén az alapvető mentális funkciókról, a társadalmi kapcsolatteremtés, -tartás, az alkalmazkodás képességeiről.

Az Orvosszakértői Intézet nyilatkozatot kérhet a foglalkozás-egészségügyi alapellátás orvosától az igénylő jelenlegi és múltbeli munkájának követelményeiről, körülményeiről, az esetleges munkahelyi ártalmakról; a foglalkozás-egészségügyi alap- vagy szakellátótól, illetve a vele konzultá-

ciós kapcsolatban álló foglalkozás-egészségügyi szolgáltatótól *szakvéleményt* szerezhet be az igénylő munka- és foglalkozási alkalmasságáról jelenlegi foglalkozása, a tanult szakmájához kapcsolódó foglalkozások és az egyéb foglalkozások vonatkozásában.

A megváltozott munkaképességűek és a fogyatékosok ellátórendszerének legfontosabb célja a társadalmi reintegrációt biztosító *rehabilitáció* megvalósítása. Arra kell törekedni, hogy csak a rehabilitációban részt vevő vagy a rehabilitációs tervvel rendelkező igénylők kerüljenek a munkaképesség és a fogyatékoság véleményezésére. Ezért a bizonyítékerejű orvosi dokumentációs csomagnak tartalmaznia kell a rehabilitálhatóságra vonatkozó adatokat, a már nyújtott rehabilitációs szolgáltatásokat, azok eredményeit, s a további rehabilitációs tennivalókra vonatkozó útmutatást. Amennyiben a dokumentáció ezeket az adatokat nem tartalmazza, a szakmailag vagy területileg illetékes rehabilitációs szakrendeléstől kell beszerezni őket.

Eljárás a rokkantsági nyugdíjasok és a fogyatékosági támogatásban részesülők időszakos felülvizsgálata során

A rokkantsági nyugdíjasok és a fogyatékosági támogatásban részesülők időszakos felülvizsgálatainak orvosszakértői eljárásához a *házi orvos*

- előkészíti a dokumentációkat a minősítéshez, szükség esetén kiegészítő vizsgálatokat végez(tet),
- beszerzi az orvosi és a foglalkoztatási rehabilitáció eredményességéről szóló iratokat,
- szükség esetén speciális orvosszakértőhöz küldi az ellátottat,
- a dokumentációt, a kitöltött „Orvosi beutaló”-val együtt az igénylő útján az Orvosszakértői Intézethez juttatja.

A továbbiakban az Orvosszakértői Intézet eljárása az előbbieken leírtakhoz hasonló.

Orvosszakértői vizsgálat

A károsodások kimutatása általában hagyományos klinikai vizsgálatokkal történik, melynek alapvető elemei: a részletes anamnézis, az egészségügyi dokumentáció elemzése (a kiegészítő vizsgálatok elrendelése vagy elvégzése, a károsodás kritériumainak és mértékének meghatározása stb.).

Részletes anamnézis. Az alábbiakra kell kiterjednie:

- kórtörténet, kórlefolyás, a gyógykezelés eredményessége;
- életút és életkörülmények;
- a foglalkoztatási előzmények, munkafeladatok, munkakörülmények, fokozott expozíciók a jelenben és a múltban;
- rehabilitációs anamnézis.

Az egészségügyi dokumentáció elemzése.

Az anamnesztikus adatok, a dokumentáció adatainak ellenmondásossága, a megfelelő adatok hiánya esetén *kiegészítő vizsgálatok elrendelése vagy elvégzése* is indokolt lehet. Az elemzés fontos területe a *károsodások kritériumainak meghatározása*, s azok összehasonlítása az Irányelvek kritériumaival, a *károsodások mértékének meghatározása* (a táblázatok segítségével), a szervi károsodások össz-szervezeti egészségkárosodásba történő konvertálása. Többszörös károsodás esetén a *károsodási értékek kombinálása* a Kombinált értéktáblázat segítségével végezhető el.

Értékelés. Ennek során az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

- amennyiben olyan károsodás mutatható ki, amely a táblázatokban nem szerepel, a táblázat funkció szerint legközelebb álló ajánlásainak figyelembevételével kell az értékelést elvégezni;
- az össz-szervezeti egészségkárosodás százalékos értéke a közelebb eső (0 vagy 5) értékre kerekíthető;
- a tartós, súlyos krónikus fájdalmat önálló kritériumként lehet értékelni (krónikus fájdalom szindróma);

- a károsodásokat az igénylő segédeszköz-használata nélkül kell értékelni, kivételt képeznek ez alól a látási zavarok, melyek vizsgálata szemüveg (kontaktlencse) használata mellett történik;
- a károsodások értékelését kialakult, stabil állapotban kell végezni, mely egyúttal feltételezi az igénylő szükséges kivizsgálását és megfelelő gyógykezelését is.

A fogyatékos és a megváltozott munkaképesség vizsgálata magába foglalja a *szokványos* klinikai kivizsgálás legfontosabb elemeit, valamint a fogyatékosági rendszerek *speciális* igényeinek megfelelő vizsgálatokat. Sajátossága, hogy az egészségre vonatkozó információt összeveti az egyéb adatokkal annak érdekében, hogy nyilatkozni tudjon a foglalkoztathatóságról, a fogyatékoságról és a támogatásokra való jogosultságról.

A prognózis megítélése. A károsodások besorolása során a funkcionális zavarok mellett hangsúlyosan *figyelembe kell venni a prognózist*. A kedvezőtlen prognózisú esetekben sem mindig mutathatók ki ugyanis súlyos funkcionális elváltozások, holott a prognózis súlyossága önmagában ellenjavallhatja a munkavégzést.

A foglalkozási rehabilitációs javaslat kialakítása során számításba kell venni, hogy minél magasabb az *életkor*, annál nehezebb más foglalkozás elsajátítása és új készségek kifejlesztése. Átképzéssel járó foglalkozásváltás bizonyos életkor (55 év) után általában már nem javasolt. A foglalkozási rehabilitációt ezen esetekben célszerűbb a munka adaptációjával megvalósítani.

A károsodások, a fogyatékoságok és a rokkantság nem statikus, hanem változó állapotok. Ennek megfelelően a véleményt általában nem véglegesen, hanem csak meghatározott időtartamra célszerű kialakítani. A felülvizsgálatok során különböző ellátásokra való jogosultság egészségi feltételei fennállásának vizsgálata mellett mód van a kóros állapot alakulásának, a gyógykezelés a rehabilitáció hatásosságának nyomon követésére.

Az értékelés megbízhatósága. A károsodások értékelésének egységes módszerével egyazon személy különböző orvosok által elvégzett minősítésének azonos eredményeket kell adnia. A vizsgálatok eredményeiben tapasztalható eltérésekre vezethet, ha:

- az orvosszakértők nem az előírásoknak megfelelően alkalmazták a vizsgálati módszert;
- a vizsgált egyén állapota nem kialakult, nem stabil;
- a véleményezés alapjául szolgáló dokumentumok ellentmondásosak;
- nem vagy nem megfelelő protokollokat használtak a vizsgálatokhoz.

A protokollok használatának a vizsgálatok standardizálásában, eredményeik összehasonlíthatóságában rendkívül nagy a jelentősége, hiszen ugyanazokat a struktúrákat, ugyanazokat a funkciókat ugyanazon módszerekkel kell vizsgálni.

A szakértői protokollok és referenci táblázatok alapján eldöntendő, hogy a rendelkezésre álló adatok elégséges információt nyújtanak-e a véleményalkotáshoz. Ha ellentmondás van az adatok között, kiegészítő vizsgálatokat kell végezni vagy végeztetni.

Az orvosszakértői vélemény

Az orvosszakértői véleménynek tartalmaznia kell:

- az *össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét*, valamint azt, hogy milyen megbetegedések, károsodások az előidézői. A károsodás mértékét a nemzetközi és a hazai gyakorlat %-ban fejezi ki;
- a *fogyatékoság jellegét, súlyosságát*;
- a *munkaképesség-vesztés fokát* az igénylő jelenlegi foglalkozása és más foglalkozások vonatkozásában;
- a *rehabilitációs lehetőségeket*;
- erre utaló kérés esetén az *ápolásra-gondozásra való rászorultságot és az „ápolási tervet”*.

Az orvosszakértői véleményből tűnjön ki, hogy a *munkaképesség-csökkenett személy*:

- munkavégzésre egyáltalán nem képes;
- munkát a foglalkozások szokásos feltételei között végezni nem tud, foglalkoztatásához személyi segítség biztosítását vagy a munkafeltételek, munkakörnyezet jelentős átalakítását igényli;
- átképzéssel, a foglalkozás megváltoztatásával rehabilitálható;
- részmunkaidőben vagy
- a munkahely megváltoztatásával foglalkoztatható.

A rehabilitációs javaslatnak orvosi és foglalkoztatási rehabilitációs „tervet” kell tartalmaznia: meg kell jelölni a rehabilitáció szóba jöhető módjait (pl. gyógyászati segédeszköz használata, gyógyfürdő), a lehetséges foglalkoztatás irányait. Rehabilitációs javaslatra a teljes munkaképességét elvesztett (rokkant) és a súlyos fogyatékoságban szenvedő egyén esetén is szükség van, az esetleges terápiás vagy célszervezetben történő foglalkoztathatóság megítélése szempontjából.

A szakvéleményben az orvosszakértő nyilatkozik arról, hogy az össz-szervezeti egészségkárosodás és a munkaképesség-vesztés

- *átmeneti*, megszűnése 1 éven belül várható, ez esetben a hazai terminológia szerint keresőképtelenségről beszélünk;
- *tartós* a munkaképesség-csökkenés, ha 1 évet meghaladó. Meg kell jelölni azt az időtartamot, amelynek elmúltával (egy, két, három, öt év) újabb felülvizsgálat lesz esedékes;
- az egészségi állapotról (tekintettel az orvostudomány fejlődésére) *végleges* minősítést adni elvileg nem helyes, de vannak olyan állapotok, amikor az igénylő újabb vizsgálatától nem várható a minősítés megváltoztatása. Ilyenkor a „nem felülvizsgálendő” terminológia használandó.

Az orvosszakértői vélemény tartalmazza a bizottság által figyelembe vett leleteket, adatokat. A minősítés előkészítő fázisában született speciális szakértői, foglalkozás-egészségügyi és orvosi rehabilitációs vélemények az orvosszakértői vélemény mellékletét képezik, s alapot nyújtanak a további gyógykezeléshez és rehabilitációhoz.

A szakvélemény alapvető elemei

1. Személyi adatok

A személyi adatok mellett ide tartoznak a foglalkoztatás legfontosabb adatai is.

2. A vizsgálat céljának megjelölése

- a fogyatékoság jellegének, súlyosságának a véleményezése;
- a munkaképesség-változás véleményezése (átmeneti, tartós);
- az össz-szervezeti egészségkárosodás véleményezése;
- a rehabilitálhatóság véleményezése;
- segédeszköz-használat szükségességének véleményezése;
- egyéb képességek véleményezése.

3. A rendelkezésre álló információk, információ források megjelölése

4. A vonatkozó jogszabályok

5. Az orvosi vizsgálatok leletei, s azok értékelése

- Anamnézis.
- Fizikális vizsgálatok: a jellemző pozitív és negatív tünetek leírása, s azok értékelése. Az orvosszakértői vizsgálatok során különösen fontos a vizsgált személy mozgásának, öltözésének-vevőzésének, az egyes testrészek, szervrendszerek elváltozásainak a leírása.
- Laboratóriumi vizsgálatok, a leletek értékelése.
- A klinikai vizsgálatok értékelése: Mennyire hitelesek, tartalmaznak-e ellentmondásokat, alkalmasnak-e az egészségi állapot, a károsodások, a fogyatékoság, a munkaképesség megítélésére?
- Az egészségi állapot jellemzése: Kialakult-e az új egyensúlyi állapot?

6. A károsodások értékelése

A károsodott szervek, szervrendszerek megnevezése, a károsodás kritériumainak azonosítása, jellemzése, a károsodás fokának megállapítása, az össz-szervezeti egészségkárosodás fokának megjelölése.

7. A tevékenységek akadályozottsága, a fogyatékoság értékelése

- Akadályozott tevékenységek, az akadályozottság foka

- Az igénylő vagy környezete veszélyeztetése miatt kerülendő tevékenységek.

8. A munkaképesség értékelése

A munkahely megközelíthetőségének, akadályozó vagy segítő jellegének értékelése, a képességek és a munkafeladatok, körülmények összevetése alapján foglalkoztatható-e az igénylő

- jelenlegi munkakörében
 - az adott körülmények között
 - a munka adaptálásával
- tanult vagy az ahhoz kapcsolódó foglalkozásokban
- egyéb munkakörökben, foglalkozásokban.

9. A rehabilitálhatóság értékelése

- Az eddigi rehabilitációs tevékenység értékelése
 - megfelelő – részben megfelelő – nem megfelelő – nem történt
- A rehabilitációs tennivalók megnevezése
 - orvosi rehabilitáció
 - foglalkozási rehabilitáció
 - szociális rehabilitáció

10. Következtetések, összegzés

Az információk, a dokumentumok megfelelőségének, az igénylő közreműködésének, a kialakított vélemény értékítéleti megbízhatóságának minősítése.

11. A felülvizsgálat szükségessége, időpontja

A szakvéleményt a nem orvos felhasználók számára is érthetően, a speciális orvosi kifejezések mellőzésével kell megfogalmazni (8.2. melléklet).

Az orvosszakértő tevékenysége

Az orvosszakértő tevékenysége céljaiban is, jellegében is különbözik a gyógyító orvos tevékenységétől. Az utóbbi az anamnézis adatainak gyűjtését, a fizikális vizsgálatot, a laboratóriumi vizsgálatot, a diagnosztikai tevékenységet a betegség, a tüne-

tek megszüntetése, enyhítése, a beteg gyógyítása érdekében végzi. Az orvosszakértő a diagnosztikai tevékenységet követően értékeli a károsodások súlyosságát, vizsgálja az igénylő funkcionális képességeit, véleményt ad a károsodásokról, a fogyatékosról, a munkaképességről, a rehabilitációról. Szerepe passzív: az általa összegyűjtött információt mások használják fel.

E sajátos szerepnek megfelelően az orvosszakértői vizsgálatokat végzőknek speciális tudásokkal és tapasztalattal kell rendelkezniük.

1. Az orvosszakértő véleményét gyakran az egészségügyi dokumentáció, iratok alapján alakítja ki, ezért megfelelő *készséggel, jártassággal, tapasztalattal kell rendelkeznie a dokumentumok hitelességének, bizonyító erejének, adatainak értékelésében.* Az orvosszakértőnek – ha ezt célszerűnek látja – módja van az igénylő ismételt vizsgálatára, kiegészítő vizsgálatok elrendelésére, a vizsgált személy munka- és életkörülményeinek megismerésére.
2. A károsodások értékelése és a munkaképesség megítélése szempontjából az orvosszakértő számára kulcsfontosságúak a munkaanamnézis adatai. Az *orvosszakértőnek* (az intézetnek) *ismernie kell a különböző munkakörök, foglalkozások követelményeit, körülményeit, a velük járó kockázatokat, az esetleges expozíciókat.*
3. A károsodások értékelésének alapját a különböző eszközös vizsgálatokkal végzett *funkcionáliskapacitás-vizsgálatok* képezik. Az *orvosszakértőnek ismernie kell az egyes funkciók megítélésére szolgáló vizsgálatok végzésének körülményeit, a vizsgálóberendezések és -módszerek előírásait, korlátait, alkalmazásuk követelményeit, a vizsgálatok eredményei interpretálásának módját.*
4. A besorolás alapvetően a károsodásnak az igénylő mindennapi tevékenységére, munkavégzésére kifejtett hatását veszi figyelem-

be. Ennek megítéléséhez a szakértőnek további, részletes információt kell szereznie: a munkakörülményekről, a családtagokról, rokonokról, a képzettségről, a családi életéről, az anyagi helyzetről, a szabadidő eltöltéséről, a közlekedési szokásokról stb.

5. Az orvosszakértőnek tájékozódnia kell az igénylő foglalkozásának nem egészségügyi körülményeiről, s tudnia kell értékelni a nem orvos – munkabiztonsági, környezeti szakemberek, szociális munkások, munkaügyi és rehabilitációs – szakemberek véleményét, tájékoztatását.

Az orvosszakértői tevékenység sajátos tudást, felkészültséget igénylő szakembereket igényel; ennek kielégítése céljából indul meg a közeljövőben az egészségbiztosítási orvosszakértői szakorvosképzés. A képzés során a már valamely szakorvosi képesítéssel rendelkező jelöltek elméleti és gyakorlati képzést nyernek az általános biztosítási, a társadalombiztosítási, az üzleti biztosítási és a speciális orvosszakértői ismeretek területén.

Az orvosszakértői vizsgálat sajátosságai

Az orvosszakértői vizsgálat nemcsak tartalmában, módszerében is különbözik a klinikai orvosi vizsgálatától.

Megfigyelés

Tulajdonképpen akkor kezdődik, amikor az igénylő belép a vizsgálóhelyiségbe. Figyelemmel kísérjük viselkedését, magatartását, köszönését, kommunikációjának a módját. Feltűnés nélkül figyeljük minden mozdulatát: a járást, a leülést, a vetkőzést, a távozás előtt az öltözködést. Ezek a tevékenységek sokszor hűebben tükrözik az egyes szervek működőképességét, mint a legalaposabb fizikális vizsgálat. Ezeket a tevékenysége-

ket az igénylők többsége automatikusan végzi, míg a célirányos vizsgálat során tudatosan befolyásolhatja azokat. Például

- ruháját teljes karemeléssel teszi fel a fogasra, holott a vizsgálat során a kar emelése „ellenállásba ütközik”;
- nadrágját a csípő és a térdízület teljes behajlításával húzza le, míg a vizsgálat során ezen ízületeit nem hajlítja be;
- hajlított testtel fűzi ki a cipőjét, míg a vizsgálat során a gerincét „nem képes” behajlítani;
- a kabátját, ingét kigombolja, míg a vizsgálat során „nem képes” az ujjait behajlítani.

Ezeket a megfigyeléseket az értékelés során figyelembe kell venni, mert csak így alkotható hű kép az igénylő állapotáról.

Anamnézis

A személyi adatokat, a dokumentumok igénylőre vonatkozó adatait az igénylőtől is meg kell kérdezni: a válaszadás módja, a mentális funkciók megítélése szempontjából fontos lehet.

A vélemény kialakítása során elsősorban az igénylő panaszaiból kell kiindulni. A kérdések feltétele során arra kell törekednünk, hogy a válaszok tartalmát ne befolyásoljuk. A panaszok felvétele során nyugodt légkört kell biztosítani, a vizsgált személy irányába minden előítélletől mentesen, a legnagyobb jóindulatot kell tanúsítani. Előfordulhat, hogy a panaszokat indokolatlannak, túlzottnak tartjuk. Azonban ezekre a panaszokra is bizalmat sugallva kell reagálnunk, és fel kell őket jegyeznünk, természetesen rámutatva arra, hogy a talált elváltozások és a vizsgálati leletek alapján ezek az állítások kizárhatóak, illetőleg megkérdőjelezhetőek.

Az igénylőkkel ne vitatkozzunk; a vizsgálat során tanúsítsunk türelmet, nyugalmat! A feszült légkör izgatottá teszi a vizsgált személyt, nem képes a valóságnak megfelelően előadni panaszait.

Az általános állapot felmérése

Egyetlen vizsgálat esetén sem mellőzhető az általános állapot felmérése. Az orvosszakértői vizsgálatokra is érvényes az orvosi vizsgálatok alapkövetelménye: *mindig az egész embert vizsgáljuk és értékeljük.* Az általános állapot felmérése során tudomásunkra juthatnak olyan elváltozások és károsodások, amelyről az igénylő nem tudott, vagy nem tulajdonított nekik jelentőséget, ugyanakkor ezek módosíthatják az egészségkárosodás értékeit. Az orvosszakértői vizsgálat kimutathat olyan elváltozásokat is, melyeknek az igénylő egészségi állapotának alakulásában döntő jelentősége lehet (pl. szubklinikai stádiumban lévő rosszindulatú elváltozások). Az általános állapot felmérésének jelentőse van az általános erőnléti állapot értékelésében (erőnléti állapot, tápláltság, ellenálló képesség stb.).

Részletes vizsgálatok

A részletes vizsgálatok során alapvető követelmény a *szimmetrikus testrészek összehasonlítása*. Az összehasonlítás során figyelembe kell venni, hogy a test részei sosem teljesen szimmetrikusak, s ez nemcsak a dominancia miatt különbözően fejlett csont- és izomrendszerre, hanem a test egyéb részeire (arc, emlők, szem stb.) is igaz.

A mérhető testrészeken *méréseket* kell végezni. A mérések eredményei különösen a végtagok működésének megállapítása szempontjából hasznosak; ezeket az élettani viszonyok figyelembevételével kell értékelni.

A *bőr állapota*, a bőr színe nemcsak a bőrbetegségekre utal; az egyéb szervek állapotáról is hasznos információkat szolgáltathat. Különös jelentősége lehet a *hegeknek*. A felületes, laposan szétterülő hegek általában csak esztétikai jelentőségűek, míg a mély, ízületekkel, izmokkal, inakkal összeköttetésben lévő hegek funkciókárosodásokat is okozhatnak. A vonalas hegek méretét hossz-mértékegységben, a szétterülőket az érintett testrész megnevezésével, vagy összehasonlítással (pl. férfitenyéryn, gyermektenyéryn) ad-

juk meg. Hasznos lehet rajzot vagy fényképfelvételt készíteni.

Igen értékes adatot szolgáltathatnak a talpon, a tenyéren észlelhető *bőrmegvastagodások*. A talpon lévő bőrmegvastagodások függenek a láb alakváltozásaitól, a járás sajátosságairól. A tenyéren keletkezett bőrvastagodások többnyire a munka következményei, de utalhatnak mankó, támbot viselésére is.

A mozgásszervek vizsgálata

Az izomzat vizsgálata. Főképpen a mozgásszervek, az idegrendszer károsodásainak értékeléséhez nyújt alapvető adatokat, de nem nélkülözhető a vizsgált személy általános állapotának a megítélése szempontjából sem.

Az izomzat formája, folytonossága, annak hiányai, tömörsége, rugalmassága, kontraktilitása alapvető, az izmok állapotát tükröző adatok. Az izomzat térfogatát *mérésekkel* ítéljük meg. Ügyelni kell arra, hogy a méréseket *standard körülmények* között, a végtag ugyanazon helyein végezzük. A felkart lógó vagy könyökben hajlított helyzetben, az alkart nyújtott helyzetben, az alsó végtagot fekvő helyzetben lévő betegen mérjük.

Az izmok összehúzóképeségét a kifejtett erő mérésével (dinamométerrel), a szorítóerő megítélésével, s az izomellenállás kifejtésének mérésével állapítjuk meg. Az izomerő és a motoros funkciók megítélésére szolgálnak az ún. *manuális izompróbák*, melyek a gravitációs erő és a kézre kifejtett erőhatás elleni aktív mozgások, izomösszehúzódások alapján módot nyújtanak az izomfunkció megtartottságának fokozatokba sorolására:

5. fokozat Teljes ellenállás és aktív mozgások a gravitációs és az egyéb manuális erő-kifejtéssel szemben.
4. fokozat Aktív gravitációellenes mozgások, bizonyos ellenállással.
3. fokozat Csak gravitációellenes aktív mozgások.

2. fokozat Aktív mozgások lehetségesek, ha kiküszöböljük a gravitációs erőt.
1. fokozat Enyhe kontrakció, mozgások nincsenek.
0. fokozat Nincs kontrakció.

A csontrendszer vizsgálata. Értékes adatokat nyújthat a *megtekintés* – a szögleteltérések, a végtag megcsavarodása a hibás tengelyállás szabad szemmel is látható alaki eltéréseket okozhatnak.

A végtagok hosszúságát az *azonosítópontok* (acromion csúcsa–jugulum közepe, acromion csúcsa–olecranon, olecranon–az orsócsont karcnyúlványa, felső mellső csípőtővis–belső bokabütyök, bokabütyök–padló stb.) között mérjük. Megmérhetjük a végtag teljes hosszát, de megmérhetjük a végtagot részletekben is.

Az ízületek vizsgálata. Leírjuk a látható elváltozásokat: az ízületet fedő bőr színét, az ízület duzzanatát, annak konfigurációját. Az ízületek méreteit mérésekkel határozzuk meg. Elmaradhatatlan az ízületben észlelhető hullámzás (fluktuáció) vizsgálata.

Az *ízületek mozgásképességét* az élettani határokon belül, s azon túl vizsgáljuk. A mozgathatóságot fokokban fejezzük ki. A *mozgathatóság korlátozottsága* (contractura, ankylosis) kialakulhat a lágyrészek elváltozása (bőrheg, a szalagrendszer, az izomzat zsugorodása) következtében (*rugalmas rögzítettség*). A csontos ellenállás miatti korlátozottság a *csontos rögzítettség*.

Az ízületek mozgathatóságát mindig a nyugalmi helyzetből kiindulva határozzuk meg. Először az *aktív*, majd a *passzív* mozgathatóság mértékét értékeljük.

A mozgathatóságot korlátozó *szándékos ellenállás* esetén a sérült a mozgással szemben ellenállást fejt ki: szándékos ellenállás esetén az antagonist izomcsoportok aktiválódnak, s ez műfogásokkal kimutatható.

Az *ízületek fokozott mozgathatósága* is súlyosan befolyásolhatja a különböző tevékenységeket. Az ún. *löttyögő ízület* a leggyakrabban a térd- és a vállízületben alakul ki. A fokozott mozgathatóságot ellazított izomzat mellett vizsgáljuk.

A járás vizsgálata. Értékeljük a *járási minőségét*, mely lehet sima, egyenletes, sántító. Ha kétely merül fel az elváltozás tekintetében megnézhetjük a vizsgált személy cipőjének talpát. A kopás árulkodik a láb rendes vagy rendellenes terheléséről. A támbot vagy a mankó használatára utalhat a hónalj, a könyök, a tenyér és a kisujjpárna bőrének megvastagodása.

A *lábujjhegyre állás, a lábujjhegyen járás, a guggolás vizsgálatával* a komplexebb mozgásfunkciókat értékeljük. A guggolás korlátozottsága lehet kissé, egyharmadra, felére vagy teljesen korlátozott. E vizsgálatok során figyelembe kell venni a vizsgált személy életkorát is.

Az eszközös vizsgálatok eredményeinek értékelése

Sajátos problémát jelenthet az eszközös vizsgálatok eredményeinek az interpretálása. Az a célszerű, ha az orvosszakértő nem csupán a leletet, hanem a képalkotó eljárásokkal készített képet (rtg-, CT-, UH-kép) is megnézi. Az orvosszakértő ugyanis más szempontból – a funkció szempontjából – értékeli ezeket. Az eszközös vizsgálatok módszereinek rohamos fejlődése, a részterületek specializációja olyan sajátos szakmai felkészültséget, naprakészséget feltételez, melyet az orvosszakértő e széles spektrumban kellő mélységben ma már nem tud megszerezni. Az orvosszakértő tehát a másik szakember interpretációjában kénytelen elfogadni a vizsgálati lelet eredményét – annak színvonala, hitelessége tehát alapvetően befolyásolja a szakvélemény minőségét.

A túlzás és a színlelés kizárása, leleplezése

Somlay Géza

A társadalombiztosítási ellátásokat igénylők részéről gyakran találkozhatunk *túlzással* és *színleléssel*; ezek felderítése az orvosszakértői tevékenység legnehezebb és leghálátlanabb feladatai közé tartozik. A károsodások és a tevékenységek korlátozottságának valós megállapítását a jogszabályok betartása és az igazságosság elvének érvényesítése egyaránt megkövetelik.

A *színlelés* (szimulálás) több formában előfordulhat:

- a tünetek, a betegség *nem tudatos színlelése* bizonyos pszichiátriai megbetegedésekben (pl. hisztéria);
- a tünetek *tudatos túlzása* (aggraváció, szuperprodukción) és
- a *tünetek színlelése* (szimuláció) formájában.

A fájdalom színlelése

A színlelés szubjektív és „objektív” tünetekre egyaránt vonatkozhat. A színlelés leggyakrabban előforduló tárgya a *fájdalom*, mivel ez a legtöbb betegségnek valamilyen mértékű kísérőjelensége, s az igénylőkben általában az a képzet él, hogy a fájdalom intenzitása egyúttal a károsodás fokmérője is. Az igénylő gondos megfigyelése sokat segíthet az ilyen jellegű túlzás vagy színlelés kiszűrésében.

A fizikális vizsgálat mellett értékes adatot szolgáltat az igénylő bejövételének, távozásának, vetkőzésének, öltözésének, a betegséggel nem harmonizáló testtartásnak, kényszerhelyzetnek, sántításnak stb. megfigyelése. Igen tanulságos a távozás és az öltözés megfigyelése, mivel a szimuláló egyén úgy érzi, hogy vége a vizsgálatnak és „kiesik” addigi szerepéből, megfelekedik a betanult és következetesen túlzó vagy színlelő magatartásáról.

Különösen nehéz a fájdalmat megítélni azon

esetekben, amikor a betegségben az objektív tünetek hiányoznak vagy nagyon szegényesek (pl. pszichés károsodások), illetve akkor, amikor a morfológiai károsodások a populáció jelentős részét érintik (pl. gerincelváltozások).

Alapvető szempont, hogy minden lehetséges eszközzel törekedni kell a károsodások objektív jeleinek kimutatására – ezen objektív jelek közé sorolandók a fizikális vizsgálatok eredményei (a végtagok körfogata, hossza, az izmok állapota, normális és kóros reflexek stb.), a képalkotó vizsgálatok és nem utolsósorban a képességek funkcionális vizsgálatának eredményei.

A leleplezést célzó vizsgálatok

A színlelés kiszűrésére használhatók az ún. *leleplezési vizsgálatok*:

- *A figyelem elterelése* esetén megterhelés, mozgás során nem jelentkezik az egyébként spontán is intenzívnek jelölt fájdalom. Például ha a fájdalmasnak panaszolt ízületről egy másik, ellenoldali vagy szomszédos ízület vizsgálatára térünk át, és olyan mozgásokat vizsgálunk, amelyben a panaszolt, „fájdalmas” ízület is részt vesz.
- Az izmok nyomásérzékenységét, feszültségének vizsgálatát csak *ellazított állapotban* lehet vizsgálni; ezt aggraváció esetén nehéz elérni. Az ellazítás legjobb „eszköze” az *antagonista izmok terhelése*. Például a hason fekvő beteget megkérjük, hogy homlokát feszítse a vizsgálóasztal párnájához. Az egészséges lumbális izomzat ilyenkor felpuhul; ha nem, kóros folyamat valószínűsíthető.
- A *nyomásérzékenységet* a szimuláló beteg mindig ugyanazon a helyen jelzi. Ez esetben a bőr eltolásával a fájdalom „a bőrrel együtt mozog”, míg a mélyebb képletek fájdalma esetén a nyomásérzékenység helye nem változik.
- A *túlzott védekező mozgás* a fájdalmas terület egyszerű érintése esetén színlelés mellett szól.
- A fájdalom provokálása vagy fokozása megváltoztathatja a *pulzusszámot*. A pozitív próba a színlelés ellen szól.

A gerincfájdalom színlelése

A színlelés egyik leggyakrabban előforduló formája. Ha a *gerinc mozgásainak vizsgálata* során álló testhelyzetben jelentősebb működészavart észlelünk, akkor ülő helyzetben ismételjük meg a vizsgálatot. Mivel az ülőideg ilyen helyzetben nem feszül meg, a feladatokat el tudja végezni a beteg.

Derékfájdalom esetén az Achilles-reflex kiesése nem megbízható tünet, mivel az az ischias lezajlása után évekig hiányozhat. A *Lasegue-tünet* sokkal megbízhatóbb: a vizsgálat során az aggraváló beteg a legkisebb mozdulatnál is hevesen feszít. A ténylegesen beteg egyén a térd behajlításával igyekszik akaratlanul is ellensúlyozni az ideg nyújtását, vagy a csípőízület merevítésével reagál a vizsgálatra. Ha ennek a betegnek háton fekvő helyzetben leszorítjuk a térdeit, nem képes felülni. Az isiászos beteg:

- álló testhelyzetben nyújtott térdízület mellett gyakorlatilag nem tud előrehajolni, míg a csípő- és a térdízület hajlításával ezt meg tudja tenni;
- ülő testhelyzetben a kinyújtott egészséges végtag mellé a beteg végtagját kinyújtva nem képes letenni.

Az *ágyéki gerinc mozgásterjedelmének vizsgálatára* szolgáló műfogás: kéri a beteget álló helyzetben, nyújtott térdrel előrehajlásra, s jegyezzük meg a láb mely pontjáig érnek le a keze ujjai. Majd háton fekvő helyzetben ismételtessük meg ugyanezt, miközben mindkét kezét kezünkben tartjuk; aggrváció esetén az ujjak sokkal jobban közelítenek a talpakhoz.

Jól hasznosítható fogás, ha a hasán fekvő nyújtott lábú beteg talpát erősen dorzális irányba hajlítjuk. Discushernia esetén a beteg az ideg lefutásának mentén fájdalmat jelez. Ez a fogás elvégezhető háton fekvő betegen is: a nyújtott alsó végtagot a fájdalomhatárig felemeljük, majd a talpat hátrafeszítjük. Gerincbetegség esetén az ülőideg mentén jelentkezik a fájdalom.

További módszerek az ágyéki gerinc károsodásának vizsgálatára:

Ültessük székre a beteget! Kinyújtott két karját emelje valamivel a vízszintes alá, és az orvos ellentartása mellett kísérelje meg magasabbra emelni, majd ugyancsak ellentartás mellett próbálja a törzshöz szorítani. Valódi gerincfájdalom esetén a leszorítás fájdalomtalan, de a felemelés fájdalmat okoz, mert a mozgásban a lumbális izomzat is részt vesz.

E vizsgálat után maradjon ülve a beteg. Támaszkodjon mindkét kezével a székre. Kísérelje meg előbb az egyik, majd a másik térdét az orvos ellentartása mellett felemelni. Ez a mozdulat – mivel a lumbális izomzat nincs igénybe véve – fájdalomtalan, míg a térdek ellentartás melletti behajlítása vagy az alsó végtagok nyújtott helyzetű, csípőízületben való feszítése az ágyéktájon fájdalmat okoz.

A *nyaki gerinc mozgásterjedelmének vizsgálata* során a tünetek eltúlzása esetén a fej mozgásai alig vizsgálhatók az erős izomfeszülés miatt. Ebben az esetben kérjük meg a beteget, hogy állával nyomja le kezünket; a másik kezünkkel tapintva érezhetjük a hátsó nyakizmok ellazulását.

Igen gyakran beválik – látszólag elfogadva a beteg által előadott súlyos tüneteket –, hogy más vizsgálatra térünk át. Érdeklődjünk, hogy megvannak-e a mandulái, szokott-e fájni a torka stb. Eközben nyelvlapocot teszünk a szájába, és felszólítjuk, hogy jobban nyissa ki a száját. Ha a nyaki gerince nem beteg, úgy önkéntelenül erősen hátrahajtja a fejét.

A végtagok gyengeségének, bénulásának, mozgáskorlátozottságainak színlelése

Kizárására viszonylag gazdagabb eszköztárral rendelkezünk:

- Tartós bénulás esetén fizikális vizsgálattal kimutatható *izomsorvadás* és képalkotó eljárásokkal detektálható *csontatrophia* alakul ki (a végtagkörfogát-mérés egyébként is az alapvető orvosszakértői vizsgálatok közé kell, hogy tartozzon).

- A *kóros reflexek* (Babinski-, Oppenheim-, Gordon- stb.) a piramispálya léziójára utalnak, vagyis a szimulálás ellen szólnak.
- *Csépai* írta le az alábbi leleplező vizsgálatot: A felkar paresisét panaszoló beteget megkérjük, hogy próbálja behajlítani a karját, miközben a hajlításnak ellentartunk, majd hirtelen behajlítjuk az alkart – paresis esetén ez könnyen sikerül, szimulálás esetén az antagonisták innerválása miatt ellenállásba ütközünk. (A vizsgálat a kar feszítésével is elvégezhető.)
- A felső végtag paresisének színlelése esetén a kart a váll magasságáig felemeljük, majd engedjük. Ha a leesés szakaszosan történik, a szimulálás nyilvánvaló.
- Az *Erben-féle műfogás* a csuklóízület gyengeségének színlelését leplezheti le: a hátrafesztett csuklóízülettel a beteg nagyobb erőt tud kifejteni, mint hajlított állapotban. Azonos erejű erőkiejtés esetén színlelésre kell gondolnunk.

A *színlelt remegés* mindig egyenlőtlen; leleplezésére a következő fogások alkalmazhatók:

- *Fuchs-féle műfogás.* A felsővégtag-remegés színlelésének leleplezésére szolgál. Az egyik felső végtagjának remegését színlelő egyént megkérjük, hogy végezzen a másik végtagjával különböző mozgásokat. Színlelés esetén a végtagok összehangolt mozgáskoordinációja miatt a remegés egyenetlensége megszűnik. (Gyakorlással az összehangoltság megszüntethető, kiküszöbölhető.)
- *Seeligmüller-féle műfogás.* Az alsóvégtag-remegés színlelésének a leleplezésére szolgál. A hason fekvő beteg térdének 90°-os behajlítására a remegés megszűnik, a vizsgálóasztalra visszahelyezve a remegés csak egy idő múlva kezdődik újra.

Az ízületek mozgáskorlátozottságának színlelése

Az ízületek mozgásképességének, mozgáskorlátozottságának vizsgálata során figyelembe kell venni az egyéni különbségeket, melyet a nem, az életkor és a foglalkozás is befolyásolhat. Mindig összehasonlító vizsgálatot kell végezni.

A *mozgáskorlátozottság színlelésének* kizárása során arra a tényre is lehet alapozni, hogy a kéz ujjainak hajlítása a csuklóízület dorzálflexiója esetén könnyebb, mint nyújtott helyzetben. A kéz ujjainak nyújtása akkor könnyebb, ha a csuklóízület flexiója teljes.

A csuklóízület extenzióját az alkar teljes pronációjában tudjuk elérni, míg flexióját a szupináció felé való mozgatáskor. Az aggraváló beteg a „merv” ízületét minden helyzetben egyenlően tartja.

Igen fontos, hogy az ujjak akaratlagos mozgását többször határozzuk meg, szünetek közbeiktatásával. A tünetek eltúlzása esetén megfigyelhetővé válik, hogy a vizsgált egyén az ismétlések során nem egyforma mozgáskorlátok között végzi ugyanazokat a mozgásokat.

A passzív mozgathatóságot is többször mérjük, különböző intenzitású nyomást gyakorolva: a színlelt ellenállás és az észlelt mozgáskorlátozottság különböző mértékű lesz.

A hüvelykujj maximális távolfítása esetén – normális körülmények között is – korlátozott a mutató- és a középső ujj hajlíthatósága. A II. és a III. ujj mozgáskorlátozottságának szimulálása esetén ezt a körülményt is jól tudjuk hasznosítani.

Gyakran a figyelem elterelése hoz eredményt a megtévesztő szándék leleplezésére. Pl. a kéz ujjának mozgáskorlátozottságát színlelő egyént megkérjük, hogy túrje fel mindkét ingujját. Ki-esse a szerepéből, megteszi azt.

A vállízület addukciós kontraktúrája esetén a lapocka a felkarcsonttal együtt mozog. Ha a beteget hátulról figyeljük meg, miközben mindkét karját egyszerre oldalirányban emeli, tényleges kontraktúra esetén látható, hogy a scapula alsó csúcsa már akkor kimozdul a helyéről, amikor az ép oldalon még mozdulatlan marad.

A könyökízület merevségének színlelését leleplezendő, a beteget leültetjük. Egyik kezünkkel az asztalra helyezett könyvek passzív hajlékonyságát és feszíthetőségét, a másik kezünkkel a felkar izomzatának viselkedését vizsgáljuk. Színlelés esetén már a mozgási kísérlet kezdetén jól tapinthatóvá válik az antagonist izomzat megfeszítése.

Ha a csípőízület flexiója korlátozott, a vizsgált személy a földre helyezett tárgyakat egyszerre két kézzel csak úgy tudja felemelni, ha előre-hajlás közben a beteg lábával hátralép. Ha a merevség az ágyéki gerinc területén áll fenn, akkor erősen flektált csípő- és térdízülettel leguggolva veszi fel a tárgyakat.

A „mrev” vagy jelentősen korlátozott működésű térdízület további mozgathatóságát úgy vizsgáljuk, hogy a beteget úgy fektetjük a vizsgálóasztalra, hogy a nyújtott merev térde túlérjen az asztal szélén. Miközben más vizsgálatot végzünk, egy idő után az izmok kifáradnak: színlelés esetén a térd behajlik.

A felső ugróízület tényleges merevségének megítélésére igen jó módszer az alábbi: A beteget úgy ültetjük le, hogy a talpai a talajon helyezkedjenek el. Ezután felszólítjuk, hogy a vizsgálat céljából nyújtsa közelebb a térdét, úgy, hogy közben a talpát ne emelje fel a talajról. Amennyiben ezt a mozdulatot elvégzi, a felső ugróízület merevsége kizárható. Ezzel egyidőben a lábszár izomzatát is tapinthatjuk. A boka szándékos merevítése az izmok tónusából is megállapítható.

Csépai leírja, hogy az *ízületi kontraktúrát* legjobban altalásban lehetne leleplezni, de abba a vizsgált személy természetesen nem kényszeríthető. Heves tiltakozása viszont a színlelés közvetett jele. Valódi kontraktúrák esetén az ízületek deformáltak, a végtag izmai sorvadtak.

A mozgatói rendszer károsodásainak értékelése szempontjából értékes megfigyelések lehetnek:

- a mankó vagy a járóbot állandó, rendszeres használata a tenyér bőrének jellegzetes kérégesedését okozza;
- a kímélt kéz tenyerének bőre a fizikai mun-

ka nyomát nem vagy alig mutatja, ez az ép oldallal jól összehasonlítható;

- meztől járás során a kímélt láb talpa kevésbé szennyeződik;
- járászavar esetén a cipőtálpak kopása eltérő;
- a sántítás eltúlzásából, a mankó és a bot célszerűtlen használatából ugyancsak fontos következtetéseket vonhatunk le.

Egyéb károsodások színlelése

A *láz színlelése* kizárásának közismert és gyakorolt módja a két hónaljban egyszerre végrehajtott lázmérés.

Az *elmebetegség színlelésének* a leleplezése nehéz feladat, sokszor csak tartós intézeti megfigyeléssel, speciális vizsgálómódszerrel lehetséges.

A *hallászavarok, a szédülés, a látászavarok szimulálásának* leleplezésére szolgáló eljárásokat a megfelelő fejezetben mutatjuk be.

Az egészségügyi dokumentáció mint a színlelést „segítő” eszköz

Mint ahogyan azt a bevezetőben is leírtuk, a színlelés leleplezésének legfontosabb módja az elváltozások, a károsodások lehetőleg minél objektívebb módszerekkel történő kimutatása, s azok megerősítése. Az orvostudomány haladásának köszönhetően ezek a vizsgálatok egyre inkább bonyolult módszerekkel, felszerelésekkel történnek, s az orvosszakértőnek egyre kevesebb a lehetősége ezen vizsgálatok eredményei, illetve az azokat bemutató egészségügyi dokumentáció valódiságának az ellenőrzésére. A hamis eredmények közlése az egészségügyi szolgáltatók által, az adatok meghamisítása egészségügyi személyzet, igénylő vagy bárki más által közokirathamisításnak, bűncselekménynek minősül. Az orvosszakértő feladatai közé tartozik viszont a bemutatott egészségügyi dokumentáció valódiságának, hitelességének ellenőrzése a számára

rendelkezésre álló eszközökkel, az egészségügyi dokumentáció adatai belső és egymás közötti, valamint az anamnézisgyűjtés és a személyes vizsgálatok által nyújtott információkkal való összhangjának a vizsgálata. Hiányzó vizsgálatok nem egyértelmű adatok, ellentmondó adatok esetén az orvosszakértőnek módja van kiegészítő vagy ellenőrző vizsgálatra utalni az igénylőt.

Az orvosszakértői tevékenység szerepe az egészségügyi tevékenység minőségbiztosításában

Az orvosszakértőnek számos lehetősége van a gyógykezelés eredményességének megítélésére. Naponta sok, különböző szolgáltatóknál, különböző módszerekkel kezelt beteg gyógyításának, kezelésének eredményeit tudja összehasonlítani. Tapasztalatai lehetővé teszik, hogy a különböző szolgáltatók tevékenységéről, a különböző kezelési eljárások eredményességéről, hatékonyságáról véleményt nyilvánítson. Észleli például, ha a sérült testrészek rögzítése, illetve tehermentesítése aránytalanul hosszú ideig tartott, s éppen ennek következtében lépett fel tartós funkciókárosodás.

A gyógykezelés eredményességét divatos szóval: „output”-ját minősítő panaszmentesség, a panaszok csökkenése, az ellátások, a morbiditási és a mortalitás statisztikák adatai mellett fontos tételt kell hogy képezzenek a munkaképesség alakulásának, a fogyatékos és a – tágabban értelmezett – rokkantság adatai is. A keresőképzetlenség, a megváltozott munkaképesség, a fogyatékos mutatói nemcsak általában jellemzik a lakosság egészségi állapotát, hanem minden egyes egészségkárosodott személy, illetve az egészségügyi szolgálat vonatkozásában konkrétan utalnak a gyógykezelés és a szolgáltató munkájának eredményességére.

Az eredményesség megítélése mellett az orvosszakértőnek módja van értékeln – s a szakma szabályai ezt meg is követelik tőle – a diagnosztikai és a terápiás algoritmusok, protokollok, irányelvek, szakmai utasítások betartását a szolgáltatók által a beteg(ek) gyógykezelése során. Az orvosszakértő a véleményezés során – véleményének megalapozottsága érdekében is – értékeli a különböző szolgáltatók által kialakított dokumentumok szabályszerűségét, hitelességét, formai és tartalmi megfelelőségét. *Az orvosszakértői tevékenység tehát szerves része, s a megfelelő információs csatornák, jogosítványok biztosítása esetén az egyik legfontosabb eleme lehet az egészségügyi minőségbiztosítási rendszernek.*

8.1. melléklet. Adatszolgáltatás rokkantsági, fogyatékosági ellátás igényléséhez

ADATSZOLGÁLTATÁS

rokkantsági, fogyatékosági ellátás igényléséhez

A kérdőív és a felmérés kérdésére adott válaszokat fel fogjuk használni az igénye elbírálásához, s azok segíteni fogják a hivatalt az Ön állapotának megfelelő határozat meghozatalához.

AJÁNLÁS A KITÖLTÉSHEZ: Az ellátásról szóló tájékoztatók.

- Mielőtt kitöltené, olvassa el alaposan a kérdőívet, s gyűjtse össze az ahhoz szükséges iratokat, információkat.
- Töltse ki olvashatóan, ha módja van írógéppel vagy számítógéppel.
- Ne hagyjon kitöltetlen rubrikákat, ha az adott kérdésre nem tud válaszolni, írja be a „nem tudom”, „nincs”, „nincs adat” kifejezéseket.
- A rokkant vagy a fogyatékos személy alatt azt a személyt értjük, aki ilyen típusú ellátásban részesül, vagy a rokkantságáról, fogyatékoságáról egyéb írásos dokumentációval rendelkezik.
- A kérdésekre az Ön legjobb tudása, emlékezete szerint, köznapi nyelven adja meg a válaszokat.
- A kérdőív kitöltéséhez a rendelkezésre álló egészségügyi és egyéb dokumentumokat használja fel, az információkért nem szükséges egészségügyi szolgáltatóhoz vagy más intézményhez fordulnia. Az adatok pontosítására telefonkönyvet, internetes vagy más egyéb szolgáltatást igénybe vehet.

I. TÁJÉKOZTATÁS A MUNKAKÉPESSÉG-CSÖKKENÉSHEZ KÖTÖTT ELLÁTÁSOKRÓL

Baleseti rokkantsági nyugdíj

Baleseti rokkantsági nyugdíjra az jogosult, aki munkaképességét hatvanhét százalékban túlnyomóan üzemi baleset, foglalkozási betegség következtében elvesztette, és rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkulás előtti kereseténél.

Baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosult az is, aki munkaképességét ötven százalékban szilikózis következtében veszítette el, és nem dolgozik, vagy szilikózisveszély-mentes munkakörben, illetőleg munkahelyen

- nem rendszeresen dolgozik vagy
- keresete lényegesen kevesebb a megrokkulás előtti kereseténél.

Rokkantsági nyugdíj

Rokkantsági nyugdíjra az jogosult, aki

- egészségromlás, illetőleg testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét hatvanhét százalékban elvesztette, és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható,
- a szükséges szolgálati időt megszerezte és
- rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkulás előtti keresetnél és rendelkezik az életkora szerint szükséges mértékű szolgálati idővel.

Az öregségi – ideértve az előrehozott öregségi nyugdíjat is – és a baleseti rokkantsági nyugdíjas rokkantsági nyugdíjra nem jogosult.

Rokkantsági nyugdíj nem állapítható meg annak sem, aki saját rokkantságát szándékosan okozta, vagy aki a reá irányadó öregségi nyugdíjra jogosító korhatárt elérte.

A rokkantsági nyugdíj mértéke a megrokkulás időpontjában betöltött életkortól, a nyugdíj megállapításáig szerzett szolgálati idő tartamától és a rokkantság fokától függ. A rokkantság fokának megfelelően

- a III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki rokkant, de nem teljesen munkaképtelen,
- a II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul,
- az I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, és mások gondozására szorul.

Nyugdíjszerű ellátások

Átmeneti járadékra jogosult, aki

- az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkezik (résznyugdíjhoz 15, teljes nyugdíjhoz 20 év szolgálati idő szükséges), és nem jogosult rokkantsági nyugdíjra,
- 5 éven belül eléri a reá irányadó öregségi korhatárt,
- munkaképesség-csökkenése eléri az 50%-ot,
- munkanélküli ellátásban, kereset-kiegészítésben, táppénzben, baleseti táppénzben nem részesül.

Az átmeneti járadék összege a várható öregségi nyugdíj 75%-a, ami nem lehet kevesebb a rendszeres szociális járadék összegénél.

Rendszeres szociális járadékot kell megállapítani, ha

- a rokkantsági nyugdíjhoz az életkora szerint szükséges szolgálati időnek legalább a felével rendelkezik,
- munkaképesség-csökkenése az 50%-ot eléri,
- nem részesül munkanélküli ellátásban kereset-kiegészítésben, táppénzben, baleseti táppénzben, gyermekgondozási díjban.

A rendszeres szociális járadék éves összegét külön jogszabály állapítja meg.

Mindkét járadék igénylésekor mellékelni kell a Rehabilitációs Bizottság igazolását, mely szerint megváltozott munkaképességének megfelelő munkát nem tudnak biztosítani.

Rokkantsági járadék

Rokkantsági járadékra jogosult az a 18. életévét betöltött személy, ha 25. életévének betöltése előtt 100%-ban munkaképtelenné vált, és nyugellátást illetve baleseti nyugellátást részére nem állapítottak meg.

A rokkantsági járadék éves összegét külön jogszabály állapítja meg.

A nyugdíj és a nyugdíjszerű ellátások iránti igényt az e célra rendszeresített nyomtatványon a megyei (fővárosi) nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz kell benyújtani, az orvosi feltételek elbírálását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Orvosszakértői Intézete illetékes bizottsága végzi, jogosultság esetén a határozattal megállapított ellátást a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság folyósítja. A kérelem elutasítása esetén fellebbezni az illetékes Megyei Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság igazgatójához lehet. Kedvezőtlen döntés esetén a helyi bíróságtól lehet felülvizsgálatot kérni a döntés kézhezvételét követő 30 napon belül.

A fogyatékosági ellátásokról

Fogyatékosági támogatásra az a 18. életévét betöltött súlyosan fogyatékos Magyarországon élő magyar állampolgár, továbbá bevándorlási engedéllyel rendelkező külföldi, valamint a magyar hatóságok által menekültként elismert személy jogosult, aki látási fogyatékos, hallási fogyatékos, értelmi fogyatékos, autista,

mozgásszervi fogyatékos vagy halmozottan fogyatékos, és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul.

Látási fogyatékos személynek tekinthető az a személy, akinek segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy alig látóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes.

Hallási fogyatékos személynek tekinthető az a személy, akinek hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes, feltéve, hogy halláskárosodása mellett a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad, vagy halláskárosodása 25. életévét megelőzően következett be.

Értelmi fogyatékos személynek tekinthető az a személy, akinek értelmi akadályozottsága – genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegsége miatt – középsúlyos, vagy annál nagyobb mértékű.

Autistának tekinthető az a személy, akinek állapota a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt, az autonómia-tesztek alapján súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető.

Mozgásszervi fogyatékos személynek tekinthető az a személy, akinek – a mozgásrendszer károsodása, illetőleg funkciózavara miatt – helyváltoztatásához a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használata szükséges (ideértve azt a mozgásszervi okból állandó jelleggel ágyhoz kötött személyt is, aki a segédeszköz használatára állapota vagy állapotrosszabbodása miatt nem képes), vagy mozgásszervi betegsége miatt állapota segédeszközzel eredményesen nem befolyásolható.

Halmozottan fogyatékos személynek tekinthető az a személy,

- akinek a fenti súlyos fogyatékosok közül legalább két fogyatékosága van,
- akinek hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes, és látási, vagy értelmi, vagy mozgásszervi fogyatékos.

A fogyatékosági támogatás havi összege az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének

- 65%-a: ha az igénylő látási, hallási, értelmi, vagy mozgásszervi fogyatékos, illetve autista,
- 80%-a: ha az igénylő halmozottan fogyatékos személy, vagy ha az igénylő látási, értelmi vagy mozgásszervi fogyatékos, vagy autista, feltéve, hogy az önkiszolgáló képessége teljesen hiányzik.

A fogyatékosági támogatás igénylési rendje

A fogyatékosági támogatást a lakóhely (tartózkodási hely) szerint illetékes Magyar Államkincstár Megyei Területi Igazgatóságánál lehet igényelni.

A fogyatékosági támogatást igénylő személynek fel kell keresnie háziorvosát, aki kitölti az „Orvosi beutalót az OEP OOSZI Orvosi Bizottságához”, valamint nyilatkozik arról is, hogy

- az állapot minősítésére alkalmas-e a rendelkezésre álló orvosi dokumentáció,
- véleményt ad az igénylő önálló életvitelre való képességének és önkiszolgáló képességének minősítéséhez.

A háziorvos a támogatást igénylő személyt további vizsgálatra utalhatja.

Az igénybejelentést követően keresi meg az OOSZI szakértői bizottságát a súlyos fogyatékoság minősítésének elvégzése céljából.

A súlyos fogyatékos minősítést követően a Magyar Államkincstár határozattal dönt a fogyatékosági támogatás megállapításáról, illetve az igény elutasításáról.

Ha az igényt azért utasították el, mert az igénylő nem súlyosan fogyatékos, ez esetben egy éven belüli ismételt vizsgálatra – a jogszabályváltozás esetét kivéve – csak állapotrosszabbodás esetén van lehetőség, amit megfelelő orvosi igazolással kell alátámasztani. Az állapotrosszabbodás címén indított eljárás a továbbiakban azonos a rendes eljárással.

A fogyatékosági támogatást a Magyar Államkincstár Megyei Területi Igazgatósága folyósítja.

A fogyatékosági támogatásra való jogosultság fennállását – ha az OOSZI Orvosi Bizottsága a szakvéleményében más nem javasol – ötévente vizsgálják felül. Vannak olyan visszafordíthatatlan állapotok, mikor az Orvosi Bizottság véglegesnek minősíti az igénylő állapotát, ilyen esetben természetesen felülvizsgálatra nem kerül sor.

Elutasítás esetén a Magyar Államháztartási Hivatalhoz lehet fordulni. Kedvezőtlen döntés esetén a Fővárosi Bíróságtól lehet felülvizsgálatot kérni a döntés kézhezvételét követő 30 napon belül.

II. AZ IGÉNYLŐ NYILATKOZATA

1. Név:

2. TAJ:

3. Testmagasság:

4. Testsúly:

5. Nevezze meg azokat a betegségeit, sérüléseit, rendellenességeit, melyek korlátozzák munkavégzését:

.....
.....

– milyen formában korlátozzák a munkavégzést:

– tapasztal-e fájdalmat munka közben*: igen – nem

– betegségei mikor zavarták Önt a munkában:

először: év hó nap

– volt-e keresőképtelen: év hó nap

– a betegség, sérülés után kezdett-e dolgozni*: igen – nem

6. Okoz-e, igényel-e a betegség, a sérülés, a rendellenesség:

– munkaidő-csökkenést* igen – nem

– a munkaszokásai változását* igen – nem

– mások segítségét a munkában* igen – nem

7. Jelenleg dolgozik?* igen – nem

– ha nem, mióta: év hó nap

– miért nem dolgozik:

.....

* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

8. Írja le a legutóbbi három munkahelyét:

Foglalkozás: Beosztás:
 Munkahely megnevezése:
 Ideje:

Foglalkozás: Beosztás:
 Munkahely megnevezése:
 Ideje:

Foglalkozás: Beosztás:
 Munkahely megnevezése:
 Ideje:

⇒ Közülük vagy ezeken kívül mely munkahelyen, foglalkozásban dolgozott tartósan:

Foglalkozás: Beosztás:
 Munkahely megnevezése:
 Ideje:

⇒ Ebben a foglalkozásban

- | | |
|--|------------|
| – gépekkel, berendezésekkel dolgozott* | igen – nem |
| – technikai jellegű munkát végzett* | igen – nem |
| – nehéz fizikai munkát végzett* | igen – nem |
| – közepesen nehéz fizikai munkát végzett* | igen – nem |
| – ülő munkát végzett* | igen – nem |
| – vegyi anyagokkal dolgozott* | igen – nem |
| – zajos munkakörnyezetben dolgozott* | igen – nem |
| – fertőzésveszéllyel járó munkahelyen dolgozott* | igen – nem |
| – irodai munkát végzett* | igen – nem |
| – irányító munkát végzett* | igen – nem |
| – egyéb munkát végzett* | igen – nem |

⇒ A munkavégzés során a munkaidő hány órájában végezte a következőket:

- | | |
|------------------------|---|
| – járás: | – tárgyak emelése, hordozása: |
| – állás: | – hajlás: |
| – ülés: | – guggolás: |
| – mászás-kúszás: | – nagy tárgyak fogása, mozgatása: |
| – megállás: | – kis tárgyak mozgatása: |
| – térdelés: | – írás klaviatúrán: |

– a legnagyobb teher súlya*:
 5 kg-nál kisebb – 5 kg – 10 kg – 25 kg – 50 kg – több

– a munkaidő nagy részében (1/3–2/3 részében) emelt teher súlya*:
 5 kg-nál kisebb – 5 kg – 10 kg – 25 kg – több

* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

9. Részesült-e gyógykezelésben betegsége, sérülése, rendellenessége miatt?

A gyógyintézet (orvos) neve:

Címe (munkahelye):

Ellátás jellege: Ellátás ideje:

A gyógyintézet (orvos) neve:

Címe (munkahelye):

Ellátás jellege: Ellátás ideje:

A gyógyintézet (orvos) neve:

Címe (munkahelye):

Ellátás jellege: Ellátás ideje:

10. Az egészségi állapotot igazoló iratok:.....
.....

11. Az egészségi állapotával kapcsolatos egyéb iratok:
– határozatok juttatásokról (nyugdíj, járadék, táppénz stb.)

12. A jelenleg szedett gyógyszerek

gyógyszer neve: felíró orvos:

betegség: mellékhatás:

gyógyszer neve: felíró orvos:

betegség: mellékhatás:

gyógyszer neve: felíró orvos:

betegség: mellékhatás:

13. Mely vizsgálatok történtek meg Önnél:*

1. EKG
2. Kerékpár-terhelés, futószalag-terhelés
3. Szívkatéterezés
4. Szövetminta vétele
5. Hallásvizsgálat
6. Látásvizsgálat
7. Intelligenciavizsgálat
8. EEG
9. Vérvizsgálat
10. Légzésfunkció-vizsgálat
11. Röntgenvizsgálat, megnevezés
12. CT-, MRI-vizsgálat
13. Egyéb

14. Legmagasabb iskolai végzettsége:*

- általános iskola
- gimnázium, szakmai középiskola
- főiskola
- egyetem

* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

15. Részt vett-e rehabilitációban?★ igen – nem

A rehabilitációs intézet neve:

A rehabilitáció ideje:a rehabilitáció iránya (foglalkozás):

– Visszatért-e utána a munkába?★ igen – nem

16. Írásban közölje azokat az információkat, melyekkel szükségesnek látja igényét alátámasztani:

.....

.....

Dátum:

igénylő aláírása, adatai

* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

8.2. melléklet. Szakvélemény űrlap**Szakvélemény űrlap****Személyi adatok****1. Felhasznált egészségügyi dokumentáció**

- | | |
|---|---|
| 1. Háziorvosi beutaló | orvos neve, kódja, pecsétje |
| 2. Kórházi zárójelentés | szolgáltató neve, kódja, időpont |
| 3. Egyéb orvosi dokumentumok | szolgáltató (orvos) kódja, neve időpontja |
| 4. Foglalkozás-egészségügyi orvos véleménye | orvos neve, kódja |
| 5. Rehabilitációs szakvélemény | szolgáltató neve, kódja |

2. Anamnézis

Életkörülmények
Munkaanamnézis
Betegségeanamnézis

3. Klinikai vizsgálatok

1. Testrészenkénti fizikális vizsgálat
2. Laboratóriumi adatok
3. Egyéb vizsgálatok adatai
4. A károsodást alátámasztó leletek
5. Ellentmondó leletek
6. Kiegészítő vizsgálatok szükségessége

4. Diagnózis

- | A diagnózis megnevezése | BNO-kódja |
|-------------------------|-----------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

5. Az egészségi állapot stabilitása

- a kivizsgálás megfelelősége
- a gyógykezelés megfelelősége
- az állapot stabilitása

6. A károsodások megnevezése, értékelése

1. Testrész, funkció megnevezése (FNO-kódja, szervi károsodás értéke, össz-szervezeti egészségkárosodás értéke)
2. Az össz-szervezeti egészségkárosodás értéke
3. A károsodás foglalkozási jellegének véleményezése

7. A fogyatékoság jellege, súlyossága

A korlátozott tevékenységek megnevezése (FNO-kódja, minősítője)

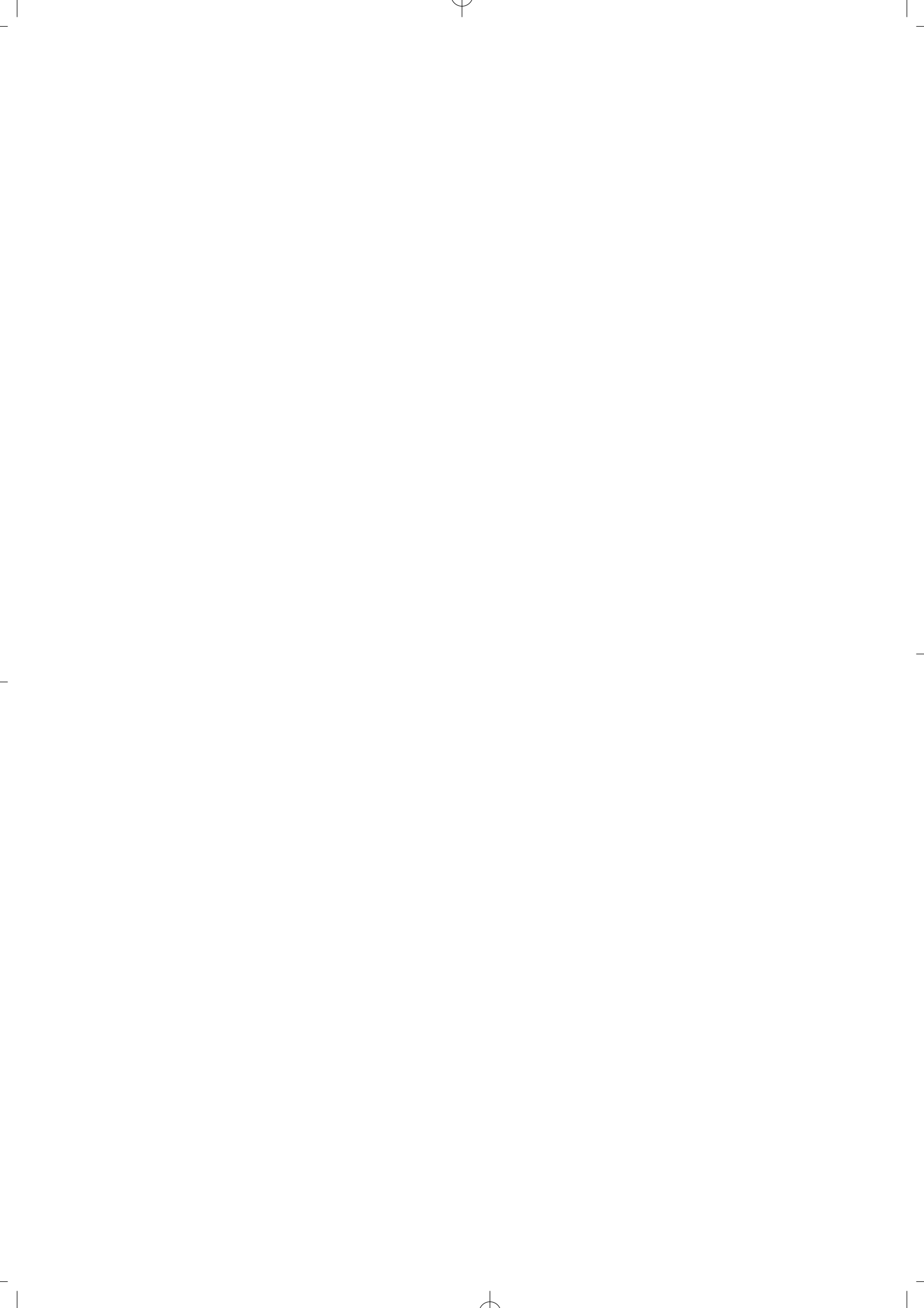
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

8. Rehabilitálhatóság

1. Korábbi rehabilitációs tevékenység értékelése:
nem történt – teljes értékű – nem teljes értékű
eredményes – eredménytelen – részleges eredménnyel
2. Rehabilitációs-terv: rendelkezik – nem rendelkezik (terv a mellékletben)
3. Segédeszköz-használat: segédeszköz megnevezése
4. Funkcionáliskapacitás-vizsgálatok megnevezése, eredményei
5. Foglalkoztathatóság
 - jelenlegi foglalkozásban: igen – nem
 - a munkahely adaptálása: nem szükséges – szükséges
 - jelenlegi munkahelyen más munkakörben: megnevezése
 - tanult foglalkozásban: megnevezés
 - más foglalkozásokban: megnevezés
 - átképzés: szükséges – nem szükséges
 - részmunkaidős foglalkoztatás: ajánlott – nem ajánlott
 - foglalkoztatási tilalom (a foglalkozások megnevezése)

9. Felülvéleményezés

- nem szükséges
- szükséges; időpontja



9. fejezet

A funkcionális kapacitás vizsgálata

Juhász Ferenc



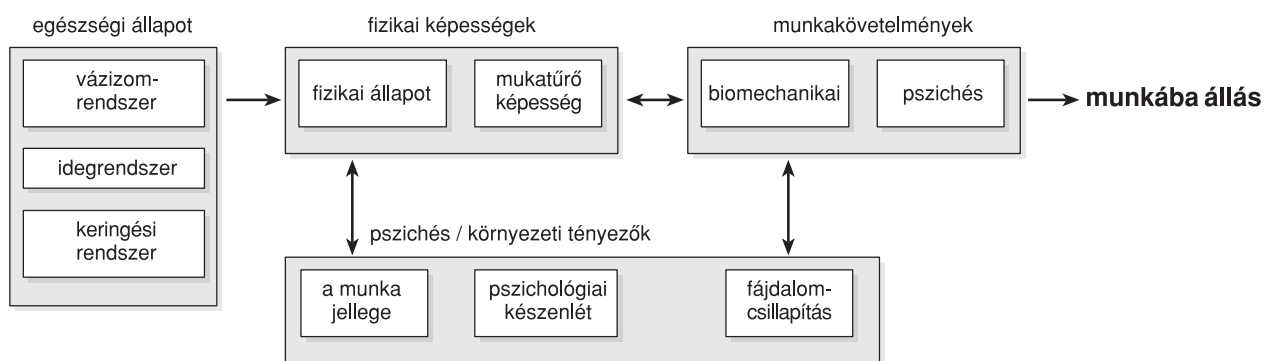
A károsodott egyén munkába való visszatérése számos tényezőtől függ (9.1. ábra). A munkaképesség minősítésének fontos eleme a munkába való visszatérés lehetőségének felmérése. Ez a felmérés az egyén képességeinek a foglalkozás követelményeivel való összevetése útján történik.

Egy személy képességei jellemezhetők szervei, szervrendszerei működésével, funkcióinak károsodásával és az egyén pszichés állapotával. A munka követelményei biomechanikai, energiaforgalmi és mozgásvizsgálatokkal értékelhetőek. Az egyén képességének a munka követelményeivel való összevetését *funkcionáliskapacitás-vizsgálatnak* nevezzük. A funkcionáliskapacitás-vizsgálatok fontos szerepet tölthetnek be annak eldöntésében, hogy a károsodott munkavállaló visszatérhet-e eredeti foglalkozásába, s ehhez milyen segítséget igényel.

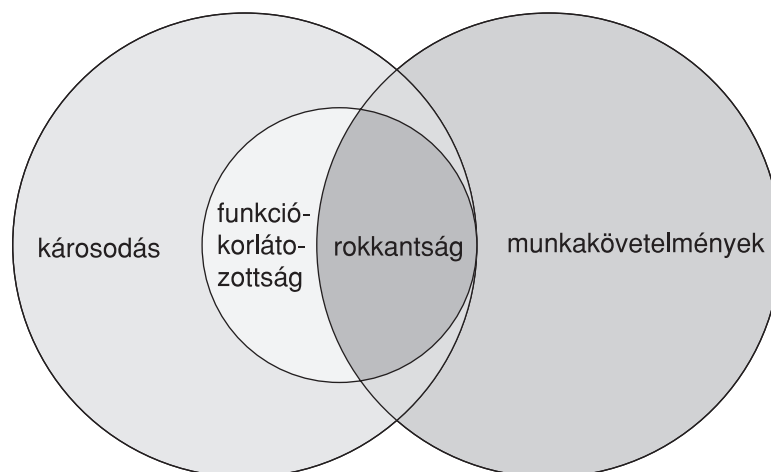
Az egyén képességét egy feladat biztonságos, megbízható ellátására a funkcionális kapacitás vizsgálatával lehet értékelni. A vizsgálatokkal általában három célkitűzést lehet megvalósítani:

- a munka követelményeinek és a dolgozó képességeinek az összehasonlítása révén kiiktatható a további egészségkárosodások kockázata, s ezúton megvédhető a munkavállaló a további sérülésektől, betegségektől;
- kimutatható a munkavállaló képességeinek a gyógykezelés következtében észlelhető javulása, vagyis értékelhető a gyógykezelés eredményessége;
- kimutatható a fogyatékoság, s meghatározható annak jellege, súlyossága.

A *funkcionális* szóval azt jelöljük, hogy az egyén képességeit kizárólag a hasznos feladatok ellátása szempontjából vizsgáljuk. A károsodások a struktúrák és/vagy a funkciók olyan károsodásai, melyek a tevékenység akadályozottságát, a fogyatékoságot eredményezhetik. A *fogyatékoság* vizsgálata során tehát a károsodások funkcionális következményeit mutatjuk ki. A fogyatékoság egy sajátos területe a *munkaképesség akadályozottsága*, mely a sajátos munkafeladatok tel-



9.1. ábra. A vázizombetegségben szenvedők újbóli munkába állására ható tényezők



9.2. ábra. Az egészségkárosodás, a fogyatékoság, a rokkantság és a foglalkoztathatóság összefüggései

jesítésének képessége vizsgálatával mutatható ki.

A *képesség* fogalma az egyén maximális vagy potenciális alkalmasságát jelenti egy feladat ellátására. A képesség jellemzésére szolgáló alapfogalmak a tolerancia, a maximális megbízható képesség és a munkakapacitás. Az egészségkárosodás–fogyatékoság–rokkantság–foglalkoztathatóság összefüggéseit a 9.2. ábra mutatja be.

A funkcionáliskapacitás-vizsgálatok az egyén képességeinek és a tevékenység követelményeinek közös tartományát, egymásnak való megfelelést vizsgálja. A *vizsgálat* egy strukturált feladat vizsgált személy általi ellátásának monitorozását, mérését, értékelését, értelmezését jelenti. A funkcionáliskapacitás-vizsgálat nem azonos a teljesítmény osztályozását lehetővé tevő funkció értékelésével.

A funkcionáliskapacitás-vizsgálatok típusai

A szükséges információknak megfelelően a funkcionáliskapacitás-vizsgálatoknak különböző típusai ismertek.

Funkcionális célvizsgálat. A károsodás funkcionális következményeit vizsgálja: a mozgárendszer károsodása esetén pl. a mozgásterjedel-

met, az erő kifejtést, a munkakapacitást. A mérésekhez különböző készülékek használatosak.

A fogyatékoság minősítése. A károsodás következményei, ha súlyosak, csökkenthetik a páciens munkaképességét. A teljesítménycsökkenés értékelése a fogyatékoság vizsgálatának alapvető eleme. A károsodásról az orvosi vizsgálat, a teljesítményről a funkcionáliskapacitás-vizsgálat tájékoztat. A fizikai teljesítmény értékelésére a leggyakrabban az ún. teheremelés-képességi vizsgálatok használatosak. A fogyatékoság minden fokozatának megfelel valamely általános munkakapacitás-korlátozottság.

A munkafeladat összevetése a képességekkel (munkaalkalmassági vizsgálat). A munka követelményeinek összevetése a munkavállaló képességével a komplex funkcionáliskapacitás-vizsgálatok körébe tartozik. Az összevetéshez ismerni kell a konkrét munka támasztotta követelményeket. Az egyén képességének vizsgálatát hagyományos orvosi vizsgálatokkal és speciális vizsgálóeljárásokkal mutatják ki. Használatban vannak olyan készülékek, amelyek mérik a funkcionális képességeket és egyúttal elvégzik az összevetést is.

A foglalkozási alkalmasság vizsgálata. A páciens funkcionális képességének összevetése a foglalkozások fizikai követelményeivel, amelyek

9.1. táblázat. Az egyes munkatípusok fizikai igénybevételi szintjei és energiaszükséglete

A fizikai igénybevétel szintje	Időnként (a munkanap 0–33%-ában)	Gyakran (a munkanap 34–66%-ában)	Állandóan (a munkanap 67–100%-ában)	Energiaszükséglet
Ülő munka	5 kg	jelentéktelen	jelentéktelen	1,5–2,1 METS
Könnyű munka	10 kg	5 kg és/vagy járás, állás, tolás, húzás, láb-, kézhasználat	jelentéktelen tolás, húzás, láb- és kézhasználat ülő helyzetben	2,2–3,5 METS
Közepesen nehéz munka	10–25 kg	5–12,5 kg	5 kg	3,6–6,3 METS
Nehéz munka	25–50 kg	12,5–25 kg	5–10 kg	6,4–7,5 METS
Igen nehéz munka	50 kg felett	25 kg felett	10 kg felett	7,5 METS felett

Az Egyesült Államok Munkaügyi Minisztériumának „munkatérképe” a fizikai igénybevétel jellemzésére

az ún. munkatükrökben vannak meghatározva (Dictionary of Occupational Titles). Ezzel a vizsgálattal a páciens képességeit nemcsak a saját munkája, hanem „minden” foglalkozás követelményeivel összehasonlítják. Az egyes munkatípusok (foglalkozások) a fizikai igénybevétel szintje, gyakorisága és energiaigénye szerint az ún. *munkatérkép* használatával csoportosíthatóak (9.1. táblázat).

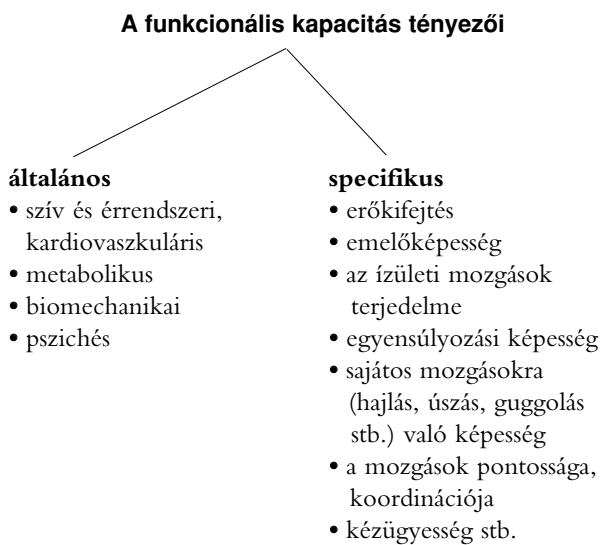
Munkakapacitás-vizsgálat. Az egyén funkcionális kapacitásának összevetése a munkaerőpiaci verseny követelményeivel. A vizsgálat a leggyakoribb munkakövetelményeket, a munkavállaló szokásait, munkahabitusát egyaránt figyelembe veszi. A munkavállaló szokásait, munkahabitusát szimulált munkakörnyezetben összeállított ún. viselkedési skálákkal osztályozzák a másokkal közösen végzett munka, mások felügyelete, a munkabiztonság megtartása, a munkavégzés mennyiségi és minőségi jellemzői alapján.

A funkcionális kapacitás vizsgálatának módszerei, eszközei

A funkcionális kapacitás értékelése során összevetjük a *munkakövetelmények tényezőit* – erő, munka, energia, a feladat gyakorisága, időtartama, a munka–pihenés ciklus jellege – a munkavállaló (vizsgált személy) funkcionális kapacitásának általános és specifikus tényezőivel (9.2. táblázat).

A funkcionáliskapacitás-vizsgálatok között egyre nagyobb teret nyernek az *ergonómiai vizsgálatok*. Alkalmazásukkal objektíven kimutathatóak a vizsgált személy vázizomrendszerének funkcionális lehetőségei, a mozgásszervek sérülékenysége. Az ergonómiai vizsgálatok objektív módszerekkel képesek kimutatni a vázizomrendszer lehetséges teljesítményét. A munkafolyamatok biomechanikai modellezése módot ad a munkavállaló lehetséges teljesítményének szimulált munkakörülmények közötti felmérésére, a fizikai megterhelés mennyiségi meghatározására, az egyes munkafolyamatokhoz kapcsolódó kockázatok becslésére.

9.2. táblázat



A károsodott egyén munkába való visszatérését számos tényező befolyásolja. Ezek meglétét, kölcsönhatásának aktuális változatait a munkaképesség minősítése során kell értékelni. A munkába való visszatérés elősegítése – a *komplex rehabilitáció* – az állapotfelmérésre, az egyén személyes körülményeinek, motivációinak, a környezet támogató és gátló tényezőinek ismeretére és befolyásolására épül. E tényezők kapcsolatrendszerének, kölcsönhatásainak megítélésére alkalmasak a funkcionális kapacitás-vizsgálatok. A funkciók értékeinek standardizált foglalkozási követelményekkel való összevetése képes csak valós és hiteles képet adni arról, hogy a betegség, a károsodás milyen következménnyel járt a munkaképesség vonatkozásában.

Az emberi erő kifejtés jellegzetességei függenek az egyén sajátosságaitól, a károsodásoktól, a pszichés attitűdöktől (pl. a fájdalomtól való félelem), ezért a biomechanikai próbák értékelése bonyolult feladat.

Az iparban az első ergonómiai vizsgálatok az ún. *emelési próbák* voltak. Ezen próbák lényege az egyén néhány perces maximális erő kifejtő képességének a meghatározása. A teljesítményt a *csúc-* vagy az *átlagos erő kifejtéssel* lehet jellemezni. Az erő kifejtés lehet statikus (izometrikus), ha mozdulatlan testre hat a kifejtett erő. A mozgó

testre kifejtett erő kifejtést *dinamikus* erő kifejtésnek nevezzük, s ha a test egyenlő sebességgel mozog, az erő kifejtés *izokinetikus*. Ha a test tömege nem változik (állandó, konstans) *izoinerciális* erő kifejtésről beszélünk. A gyakorlatban az emelőképeség megítélésére leggyakrabban a standardizált izoinerciális, izometriás vizsgálatokat alkalmazzák.

Az ergonómia a munkafeladatokat, a mozgást az idő függvényében elemekre – kinyúlás, helyzetteremtés, elérés, megragadás, fogás, elengedés, szemmel tartás, forgatás, mozgatás, a test, a végtagok különböző mozgásai, párhuzamos mozgások stb. – bontja; ezek vizsgálata a munkaanalízis tárgya. A „hagyományos” biomechanikai vizsgálatoknak számos hiányossága van:

- nem mutatják ki a valódi csúcsterhelést,
- nem képesek vizsgálni a különleges testhelyzeteket,
- nem alkalmasak a kombinált mozgások elemzésére.

E hiányosságok kiküszöbölésére alkalmasak a *videofelvételek ergonómiai elemzése*. A videofelvételeken az emelési folyamat olyan elemekre bontható, melyeknél értékelni lehet a test különböző részére ható erő vertikális és horizontális vektorait és a gyorsulással kapcsolatos erő kifejtéseket. A sérülések, az egészségkárosodás kialakulása szempontjából a csúcsterheléseknek, s azok ismétlődésének van alapvető jelentősége – ezek kimutatására nyújtanak lehetőséget a biomechanikai jellegű vizsgálatok videóelemzése.

A vizsgálatok alapértékeit a populációs statisztikai normák, (*standardok*) adják. Az elemzések kimutathatják, hogy a munkafeladat (pl. emelés) során mely testrészekre hatnak a legnagyobb erők, s azt is, hogy az egyén fiziológiai jellegzetességei (férfi, nő) módot adnak-e e feladatok károsodás veszélye nélküli teljesítésére. A vizsgálatok kimutathatják továbbá, hogy az egyén munkakészségeinek mozgáskoordinációjának, beidegződésének sajátosságai (pl. túl szűk vagy túl széles terpesz, a gerinc korlátozott mozgásai, a mozgás összehangolatlansága) milyen sérülésveszélyt jelentenek. A videofelvételek nagy

felbontású, háromdimenziós elemzésekre, a mozgások sebességének, s a nem szabályos (törziós) mozgások elemzésére is módot adnak.

A *biomechanikai jellegű funkcionális vizsgálatok* tehát lehetővé teszik az egyéni képességek és a foglalkozási támasztotta követelmények összevetését, s lehetőséget nyújtanak a biomechanikai természetű kockázati tényezők kimutatására, s az azok kiiktatására vonatkozó tennivalók meghatározására.

A fizikai munkavégző képesség vizsgálatának módszerei

A fizikai munkavégző képesség vizsgálatának módszerei alkalmazhatók a fogyatékoság, a munkaképesség minősítése során a más irányú – az eredeti munkába való visszatérés, foglalkoztatás lehetőségeinek feltárására. A fizikai munkavégző képesség vizsgálata ugyancsak felhasználható a klinikai, az orvosszakértői és a foglalkozás-egészségügyi kivizsgálás adatainak alátámasztására, a minősítés objektivitásának, megbízhatóságának erősítésére, a vizsgált személy együttműködési hajlandóságának megítélésére. A *standardizálás* lehetősége további értéke a vizsgálatoknak. A vizsgálatok nem alkalmasak a „szimulálás”, s bármely más, szubjektív törekvés kiküszöbölésére, ugyanis az ismételt sérüléstől, a fájdalomtól való félelem vagy a depressio jelentősen befolyásolhatják megvalósításukat. Ugyanakkor a vizsgálatok eredményei sosem haladhatják meg az egyén képességeit. Mindezekből következik, hogy a vizsgálatok során a vizsgált személy részéről a lehető legmagasabb szintű együttműködést kell elérni.

A fizikai képességek vizsgálatára számos – harmincnál több – próba áll rendelkezésre, s teljes körű elvégzésük több órát vesz igénybe. Ezért a különböző próbákat célirányosan a károsodott funkciók és a munka követelményeinek figyelembevételével kell végezni.

A fizikai erő kifejtés vizsgálata

A fizikai erő kifejtés képességének vizsgálatai két fő csoportra bonthatóak:

- az *egyszeri, maximális erő kifejtés képességének* vizsgálatai,
- a *folyamatos, tartós, ismétlődő feladatok elvégzéséhez szükséges tevékenység* vizsgálatai.

A két csoportban eltérőek az értékelés szempontjai és módjai.

Az egyszeri, maximális erő kifejtés képességének vizsgálata. Ennek során ellenőrizzük a szív működését (pulzust), s a vizsgált személy közreműködését a maximális erő kifejtést jellemző élettani paraméterek észlelésével követjük. Az értékelés lehetséges kategóriái:

- erő kifejtés gyakorlatilag nincs,
- az erő kifejtés mérsékelt,
- az erő kifejtés maximális.

A vizsgált személy hozzáállását a következőkkel lehet jellemezni:

- *adekvát*: a személy attitűdje (szóbeli jelzései, készsége a vizsgálat folytatására) megfelel a maximális erő kifejtés észlelhető jeleinek,
- *túlméretezett*: a maximális erő kifejtés jelei mellett folytatni akarja a feladatot, és növelni kívánja annak nehézségi fokát,
- *önkorlátozó*: nem vállalja a feladatot, nem hajlandó maximális erő kifejtésre.

A folyamatos, tartós tevékenység vizsgálata. Ennek során az élettani paraméterek (pulzus, légzés) mellett a teljesítmény értékelése a következőképpen történhet:

- *normális teljesítmény* esetén a vizsgált személy zavartalanul, koordinált mozgásokkal végzi el a feladatokat;
- *enyhe teljesítményakadályozottság* esetén kisebb, mozgászavarok észlelhetők, időnként zavar jelentkezik a feladat ellátásában;
- *jelentős teljesítményakadályozottság* esetén a

mozgászavarok jelentősek, a feladatok többségének ellátása gyakran nehézségbe ütközik;

- *súlyos teljesítményakadályozottság* esetén súlyos mozgászavarokat tapasztalunk, s a feladatok megvalósításának teljes képtelenségét észleljük.

A teljesítmény értékelése alapján következtetni lehet a *munkavégző képességre*:

- *normális teljesítmény* esetén a vizsgált személy a munkaidő 67–100%-ban feladatainak megfelelően képes produktív tevékenységre;
- *enyhe teljesítményakadályozottság* esetén a munkaidő 34–66%-ában képes produktív tevékenységre, foglalkoztatása rész munkaidőben, szünetekkel folytatható;
- *jelentős teljesítményakadályozottság* esetén a vizsgált személy a munkaidő kevesebb mint 33%-ában képes produktív teljesítményre; állandó fizikai erőkifejtésre alkalmatlan; foglalkoztatása csak a munkakör megváltoztatásával, a munkafeladatok és -körülmények jelentős módosításával folytatható;
- *súlyos tevékenységakadályozottság* esetén a vizsgált személy fizikai munkavégzésre alkalmatlan.

Az emelőképeség vizsgálata

Az emelés fiziológiai alapját az izom összehúzódása képezi, mely lehet:

- *izometriás*: a terhelésre az izom hossza nem változik;
- *izokinetikus*: terhelésre az izom azonos mértékben megrövidül vagy megnyúlik;
- *izoineriális*: az állandó külső ellenállással szemben az izom különböző mértékben rövidül meg.

Az emelés, az erőkifejtés a fizikai munka legalapvetőbb követelménye, ezért vizsgálata a funkcionális kapacitás-vizsgálatok között a legáltalánosabb.

Egy tárgy felemelésének, elhelyezésének, visszahelyezésének vizsgálata azt elemzi, hogy az

egyén miként képes az utasításoknak megfelelően egy tárgyat (általában egy 12 x 12 x 12 cm-es fadobozt) a padlószintről felemelni, egy állványra helyezni, majd a tárgyat ismételtén megfogni és eredeti helyére visszahelyezni. A feladat háromszor ismétlődő teljesítése során vizsgáljuk:

- a törzs használatát, a hát extendált-flektált helyzetét,
- a lábak használatát, elsősorban a térdízület mozgékonyágát,
- a fogást,
- a támasz jellegét, a lábak „szűk” vagy „széles” állását.

Értékeljük a vizsgált személy saját emelési stílusát és az utasításra módosított emelés jellegét.

A teljes emelőképeség vizsgálata. Általában 2, 5 és 10 kg-os súlyokkal végzik. A vizsgálat során ügyelni kell a biztonságos, egészséget nem károsító emelés megvalósítására. Ügyelni kell a fokozatoságra – az emelési gyakorlatokat a kisebb súlyokkal kell kezdeni. A lehetséges maximális erő kifejtését ellenőrizni szükséges a pulzus mérésével, s az erőkifejtést jelző elváltozások (az arc kipirulása, a légzés szaporodása, a test hajlítása, a nyaki izmok összehúzódása, a talp elemelkedése a támasztófelületről, a kéz fáradásának jelei: egy vagy mindkét könyökízület kiegyenesedése az emelés közben, a vállhajlítás nehezítettsége, a kezek lecsúszása a tárgyról, a comb és egyéb testrészek támaszként való használata, a különböző izmok remegése, bizonytalan állás stb.) figyelemmel kísérésével.

Terhelés ismételt guggolással. Az emelési vizsgálatoknak az a változata, melyek során az emelőgyakorlatok ismételt guggolások révén történnek. Általában 25 ilyen guggoló gyakorlatot végeztetünk a szív működés ellenőrzése mellett.

Az emelőképeség-vizsgálatok során nyújtott teljesítmény értékelését a *folyamatos, tartós tevékenység értékelésének szabályai szerint végezzük.*

Lépcsőn járás. A vizsgált személy 10 lépcsőfokon ötször felmegy és leereszkedik, miközben

mérjük az időt és a pulzust. A vizsgálat közben tájékozódunk a fájdalom esetleges jelentkezéséről és annak lokalizációjáról. A teljesítmény értékelését a *folyamatos, tartós tevékenység értékelésének szabályai* szerint végezzük.

Teherhordás két kézzel. Az egyén felemeli a 2, az 5 vagy a 10 kg-os tárgyat, mellyel megtesz 5 vagy 10 métert, majd visszamegy, és a tárgyat eredeti helyére visszahelyezi. A vizsgálat során ellenőrizzük a pulzust, és értékeljük a maximális erő kifejtést. A teljesítmény értékelését az *egyszeri maximális erő kifejtés értékelésének szabályai* szerint végezzük:

- a maximális erő kifejtés jelei nem észlelhetők,
- az erő kifejtés szubmaximális: az arc kipirul, a légzés szapora, a hát hajlott, a nyakizmok összehúzódtak, egy vagy mindkét könyök kiegyenesedik, a kéz lecsúszik a tárgyról, az izmokban remegés tapasztalható, a légzés szabálytalanul válik a lépések rövidülnek, a járás nehezített stb.;
- a maximális erő kifejtés esetén egyre több jelenik meg a fenti jelek közül, s a sérülés veszélye nélkül a vizsgált személy nem képes ellátni a feladatot, vagy elejti a tárgyat vagy nem képes felemelni a tárgyat.

Teherhordás egy kézzel. A vizsgált személy felemeli az üres vagy a 2, az 5, illetve a 10 kg-os szerszámos ládát, és 5–10 méterre elviszi, visszafordul és a helyére teszi. Az egy kézzel való teherhordás képességének vizsgálata során általában a kétkezes emelés súlyának 50%-át alkalmazzuk. A vizsgálat értékelését az *egyszeri, maximális erő kifejtés értékelésének szabályai* szerint végezzük.

A toloképesség vizsgálata. A vizsgálat 5, 10 kg súlyú szánkó 10, illetve 20 méterre való tolását jelenti a pulzus és a maximális erő kifejtés jeleinek egyidejű észlelésével.

A húzóképeség vizsgálata. A vizsgálat 5, 10 kg súlyú szánkó 10, illetve 20 méterre való húzásával történik a pulzus és a maximális erő kifejtés jeleinek egyidejű észlelésével.

A teheremelési vizsgálatok értékelése

Az emelőképeség alakulása alapján el lehet végezni a vizsgált személyek elsődleges besorolását, melyet követően pontosítani lehet az egyéb funkciókat – hajlás, állás, mászás, guggolás, kézügyesség stb. – és meg lehet állapítani a fogyatékosság fokát, valamint a munkakapacitást, javaslatot lehet tenni a munkavégzés korlátozásaira, mely lehet:

- az igen nagy teher emelésével járó munkatevékenység korlátozása (az emelőképeség 25%-os csökkenése);
- a nagy teher emelésének korlátozása (az emelőképeség 25–50%-os csökkenése);
- a nehéz munka korlátozásának javaslata (50%-nál nagyobb képességcsökkenés);
- ülő munka javasolt.

A testhelyzet megtartásának vizsgálata

A munkához szükséges legfontosabb testhelyzetek elfoglalása és megtartása funkcióinak vizsgálata elsősorban az *ülés* és az *állás* képességének vizsgálatát jelenti. Vannak azonban *speciális* vizsgálatok is, melyek során ezeket a funkciókat más funkciókhoz (pl. a kéz fogóképessége, kézügyesség stb.) kapcsolódva vizsgáljuk. A gyakorlatok időtartama különböző (5, 10, 30 perc).

Kombinált mozgáspróba (üléstolerancia-próba). Összetett vizsgálat, mely meghatározza a 30 perces ülés képességét, miközben vizsgáljuk az egyén finommozgás-, figyelemtartás-képességét, a kézügyességét és a fogás erősségét. A teljesítmény értékelését a *folyamatos, tartós tevékenység értékelésének szabályai* szerint végezzük.

A próba alapján kimutatott *jelentős akadályozottság* esetén kerülni kell a tartós ülő testhelyzetben végzett munkát. *Súlyos tevékenységi akadályozottság* esetén a vizsgált személy ülő testhelyzetben képtelen munkát végezni. A kombinált

vizsgálat egyes elemei önállóan vagy különböző kombinációkban is elvégezhetőek.

Egyszerűsített fogáspróba. A vizsgált személynél 5 perc időtartam alatt ülő helyzetben végezzük a fogóerőpróbát. Értékelése a kombinált próbának megfelelően történik.

Izometriás fogóerőpróba. A vizsgálatot három ülő pozícióban – előrehajló, középülés és hátradőlt helyzetben – hajtjuk végre.

Módosított Pardue–Pegboard-próba. A kézügyesség és a figyelem ülő helyzetben végzett vizsgálatára szolgál.

A felszedő kézügyesség vizsgálata (O'Connor). Kis szerszámok kéz általi használatát vizsgálja. A feladat: tű, gyöngy, érme felvétele csipeszek, fogók segítségével, kis csavarok behajtása csavarhúzóval.

Állástolerancia-próba. A 30 percnél hosszabb állás toleranciáját, illetve a vizsgált személy közben végzett mozgástevékenységet, figyelmi funkcióit és kézügyességét vizsgáljuk.

Feladatok:

- Minesotta-kézügyességpróba,
- Kézszerszámhasználat-próba.

Vizsgálat. Ha a vizsgált személy a két fenti feladatot 30 percnél rövidebb idő alatt végrehajtja, pihen a 30. perc elteltéig. Ha a feladat elvégzéséhez 30 percnél hosszabb időre van szükség, akkor befejezi a vizsgálatot és pihen. Ha a próbákat nem képes állva teljesíteni, akkor ülve végzi el a feladatokat. A feladat ellátása közben a fájdalom lokalizációja és súlyossága monitorozásra kerül.

A teljesítmény értékelése. A teljesítmény értékelése az alábbi értékelési elveknek megfelelően történik:

- *normális teljesítmény* esetén a vizsgált személy a munkanap 67–100%-ában képes álló helyzetben munkát végezni;
- *minimális teljesítményeltérés* esetén a vizsgált

személy a munkanap 34–66%-ában képes álló munkát végezni; a tartós, azonos testhelyzetben végzett álló munka végzésének lehetősége korlátozott;

- *közepes fokú teljesítményeltérés* esetén a vizsgált személy álló munka végzésére csak a munkanap kevesebb mint 33%-ában képes, számára a tartós állással járó foglalkozás nem javasolt;
- *súlyos eltérés* esetén a vizsgált személy álló munkát végezni képtelen.

A vizsgált személy motivációját exponáló „Tudja-e és szeretné-e folytatni a feladatot?” kérdésre adott reakciók háromféle attitűdöt tükrözhetnek: *megfelelő, túlméretezett, illetve önkorlátozó*, melyek értékelése a korábbiakban írtaknak megfelelően történik.

Az állástolerancia-próbát el lehet végezni rövidített formában is (*5 perces állástolerancia-próba*).

A különböző speciális testhelyzetekben végzett munka vizsgálata

A fej fölött végzett munka vizsgálata. *Feladat:* csavar behelyezése a nyílásba és csavaranya behajtása a fej fölött. A teljesítmény értékelése és a munkajavaslat a fej fölött végzett munkákra vonatkozóan a korábbiakban felsorolt vizsgálatokhoz hasonlóan történik.

Az alacsonyan (combmagasságban) végzett munka vizsgálata. A vizsgált személy enyhe csípőflexióban, a combközép magasságában tárgyakat – csavarokat, csavaranyákat, egyéb dolgokat válogat, 5 percen át. A teljesítmény értékelése és a munkajavaslat – az adott pozícióban végzett munka vonatkozásában – a korábbi tesztek értékelési módszereinek megfelelő.

A térdelő testhelyzetben végzett munka vizsgálata. Amennyiben a vizsgált személy valamely térdízületében flexiós korlátozottság van,

és a térdét nem képes 90° -ban behajlítani, a vizsgálat nem végezhető el. A vizsgált személy 5 percen át térdelő helyzetben végzi a feladatot (csavarokat, csavaranyákat stb. válogat szét).

Az ülőhelyzetben, alacsonyan végzett munka vizsgálata. Az 5 percen át tartó, ülő és előre hajló helyzetben való munkavégző-képesség vizsgálata.

A guggoló testhelyzetben végzett munka vizsgálata. A vizsgált személy 5 percen át guggoló helyzetben végzi el a fenti feladatokat.

A nyújtott háton fekvő helyzetben végzett munka vizsgálata. A vizsgált személy 5 percen át nyújtott háton fekvő helyzetben végzi a munkafeladatot.

A mozgásképesség vizsgálata

A fizikai munkavégzés vizsgálatai között fontos csoportot képeznek a különféle mozgások (járás, lépcsőn járás, létrán járás, kúszás) indítása, fenntartása és ismétlése.

A vizsgálatok során a maximális munkavégző képesség megállapításához folyamatosan monitorozni kell a szív működését: a szabály az, hogy a vizsgált egyén maximális pulzuskapacitásának 85–90%-át használja ki. A pulzusmonitorozás arra is alkalmas, hogy kimutassa a feladatellátás sajátosságai és a szív működés összefüggéseit.

A járásképesség vizsgálata. 150–200 méteres távolság megtétele során vizsgáljuk a távolság megtételéhez szükséges időt, a pulzusszám változásait, az esetleg jelentkező fájdalom jellegét és lokalizációját. A teljesítmény értékelése és a következtetések levonása – a járást, gyaloglást igénylő munkavégzés vonatkozásában – az általános szabályok szerint történik.

A kúszás-mászás képességének vizsgálata. A térden és könyökön való kúszás-mászás ké-

pességének vizsgálata 15 méteres távolság megtétele során az időtartam, a pulzusszám és a fájdalom monitorozása útján történik.

A teljesítmény és a munkaképesség értékelése – a kúszást-mászást igénylő munkakörök vonatkozásában – az általános értékelési szabályok szerint történik.

A létrán járás vizsgálata. A vizsgálat során tízszer kell fel- és lemenni négy létrafokon, miközben regisztráljuk az időt, a pulzusszámot és a fájdalom jellegzetességeit. Az értékelést a szokásos módon, a létrahasználatot igénylő munkavégzés vonatkozásában végezzük el.

Az ismételt testforgással járó tevékenység vizsgálata álló helyzetben. A vizsgált személy felveszi a terhet, és 180° -os fordulattal leteszi azt. A teher derékmagasságban helyezkedik el. A tevékenységet 25-ször ismétli meg.

Az ismételt testforgással járó tevékenység vizsgálata ülő helyzetben. Az előbbi feladatsor végrehajtására ülő helyzetben.

Az egyensúlytartás vizsgálata

Gerendán járás – előre. A vizsgált személy háromszor halad végig a gerendán. A teljesítmény akadályozottságát az előrehaladás jelentős lelassulása és a többszöri lelépés jelzi.

Gerendán járás – hátra. A feladatot az előzőhöz hasonlóan kell végrehajtani – hátrafelé haladással.

Egyensúlyozás egy lábon. A vizsgált személy 30 másodpercig egy lábon egyensúlyoz.

A mozgáskoordináció vizsgálata

Az orr megérintése ujjal. A vizsgálatot a domináns kéz mutatóujjával, 25-ször végeztetjük el.

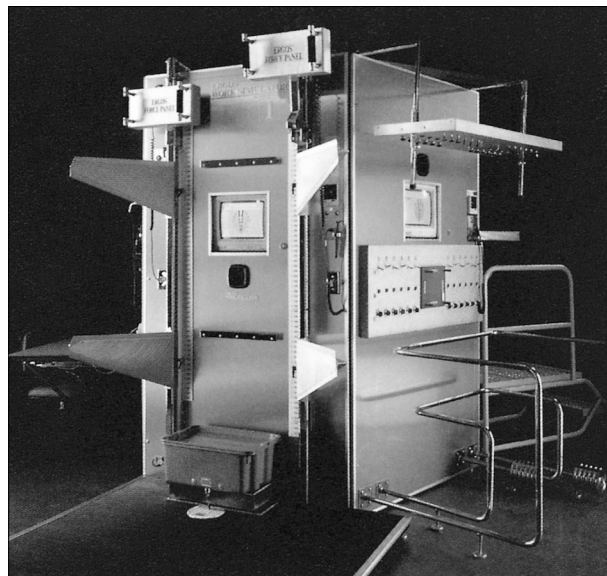
Az alternatív kézmozgások vizsgálata. A vizsgált személy egyik kezének tenyerével, a másik kéz kézháti oldalával váltakozva üti meg combját, 25-ször.

Az ERGOS képességvizsgáló rendszer

A munkavállaló teljesítményének egészségügyi – ergonómiai – szociális megítélése a modern munka világának mennyiségileg és minőségileg jelentős különbségeit mutató követelményei közepette, a lehetséges tevékenységek sokszínűsége miatt nehéz feladat. A szakvélemény következtetései, prognózisai, ajánlásai viszont jelentősen befolyásolhatják a munkavállaló szakmai életét és egzisztenciáját, a biztosítóra pedig jelentős pénzügyi terheket róhatnak. Ezért törekedni kell a szakvélemény objektívítására, megbízhatóságára, reprodukálhatóságára. E törekvés eredményeképpen egyre gyakrabban alkalmaznak a szubjektivitást kiküszöbölő, standard, tudományosan bevizsgált mérési eszközöket és eljárásokat. Ilyen „munkaszimulációs rendszer” az Egyesült Államokban kidolgozott és már Európában is használatos ERGOS rendszer (9.3. ábra).

Az ERGOS a munkafeladatokat és a munkakörülményeket szimuláló rendszer, a munka által támasztott követelményeket és az egyén terhelhetőségét veti egybe. A rendszer öt, egymással összekapcsolt egységből áll.

1. *A statikus és a dinamikus erő kifejtés vizsgálatának egysége*, mely a fenti komponensek összehasonlítható, valódi és reprodukálható vizsgálata-



9.3 ábra. Az ERGOS képességvizsgáló rendszer

tát végzi, ily módon megadva a rehabilitáció eredményének, s a munkába való visszatérés lehetőségeinek értékelését.

2. *A test mozgásterjedelmének vizsgálatát* végzi a következő egység, mely a mozgások biomechanikailag strukturált elemzésével értékeli a munkához szükséges tevékenységek egyén általi megvalósíthatóságát.
3. A harmadik egység az *állóképességet* vizsgálja ismétlődő válogató, emelő, hordozó, járó és kúszó tevékenységek vizsgálata kapcsán. A tevékenységi elemek a különböző munkák objektív követelményeit szimulálják.
4. A negyedik egység az *állómunkatűrő-képességet* vizsgálja. Az állás- és a járástolerancia a munkavégző-képesség csökkenésének és változásának érzékeny mutatója. E képességek átfogó, reprodukálható és validált vizsgálata módot ad a munkaterápia megtervezéséhez, s a munkába való visszatérés lehetőségének mérlegeléséhez.
5. *Az ülő munka végzésének képességét* vizsgálja az ötödik egység, mely több mint 50 tevékenységet reprezentáló vizsgálatával átfogó képet ad a felső végtag működéséről. A vizsgálatnak elsősorban a felsővégtag-sérülést, -károsodást

szenvedett dolgozók munkaképességének értékelésében van jelentősége.

Az ERGOS készülék tehát a személy teljesítő-képességének szimulált munkakörülmények közötti, az EU-irányelveknek megfelelő szabványosított és reprodukálható eredményeit adja. A munka- és foglalkozási alkalmasság vizsgálatának különböző eseteiben használható:

- a megváltozott munkaképességű dolgozó képességeinek felmérése annak tisztázására, hogy változtatás nélkül, vagy csak a munkafeladat adaptálásával képes folytatni eddigi munkáját;
- megadja az új foglalkozás munkakövetelmény-profilját;
- segíti a pályaválasztást, különösen jól használható a kézműves és a műszaki szakmákban való pályaalkalmasság felmérésében (pl. fogyatékos fiatalok esetében);
- objektív adatokat szolgáltat a bíróságok, biztosítótársaságok számára a szakvélemények készítéséhez,

- támpontokat szolgáltat a munkahely ergonomiai átalakításához, a szükséges szakvélemények készítéséhez,
- segítséget ad a rehabilitációs terv kialakításához, a rehabilitáció eredményességének megítéléséhez.

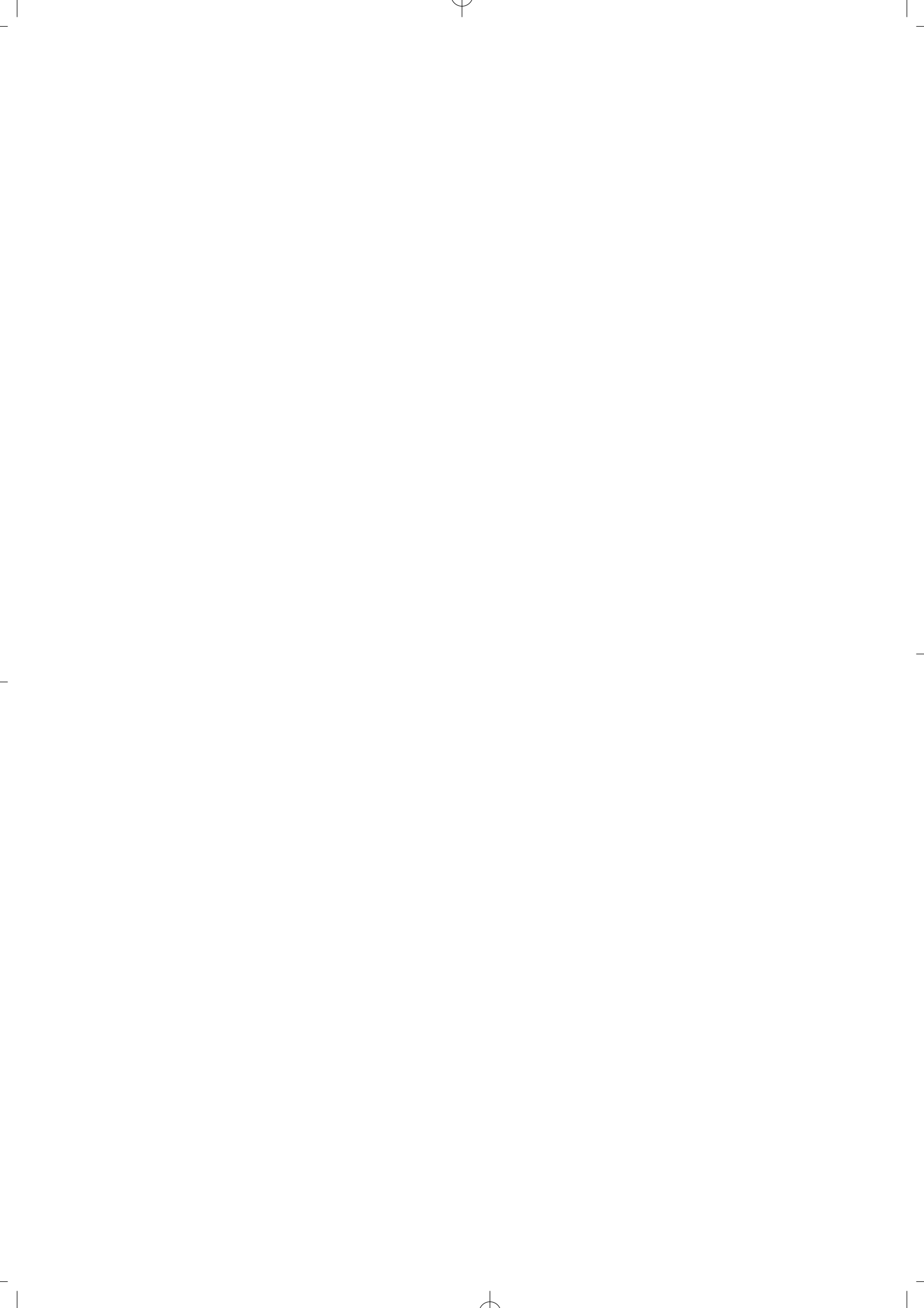
A károsodott munkavállaló képességének és a munkakövetelmények összevetésére a különböző országokban eltérő megoldásokat alkalmaznak. Így pl. Hollandiában egy ún. Funkciós Információs Rendszert (FIS) alakítottak ki, mely nem más, mint egy központi létrehozott, s az illetékesek számára hozzáférhető számítógépes adatbázis, mely naprakészen tartalmazza az egyes foglalkozások, munkakörök követelményeit. Ezeket a követelményeket hasonlítják össze – informatikai eszközökkel – a vizsgált egyén képességeivel, fizikai, pszichés terhelhetőségének adataival. Az adatbázis egyúttal arról is tájékoztat, hogy a megjelölt munkakörben mely munkahelyeken, milyen munkaadónál található betölthető állás.



10. fejezet

Foglalkoztatási rehabilitáció

Juhász Ferenc



A fejlett ipari államokban egyre nagyobb problémát jelent a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának megoldatlansága; a nem dolgozó megváltozott munkaképességűek aránya meghaladja a 70%-ot. Ennek legfőbb oka az, hogy a munkáltatók idegenkednek a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásától. (Egy egyesült királyságbeli felmérés szerint a munkáltatók 80%-a nem alkalmaz, és nem alkalmazott megváltozott munkaképességűeket.)

A megváltozott munkaképességűek alacsony foglalkoztatásának további oka az, hogy a viszonylag magas, garantált kompenzációs ellátások ellenérdekeltséget teremtenek a munkavállalásra, valamint az, hogy nem megfelelő a közlekedési utak és az épületek akadálymentesítése. A megváltozott munkaképességűek nagyobb arányú foglalkoztatásának további akadálya, hogy az orvosok nem képesek megfelelően felmérni a fogyatékosok képességeit, foglalkoztathatóságuk élettani korlátait. Kedvezőtlen tényező a fogyatékos személyeknek a munkavállalók átlagos iskolázottsági szintjétől elmaradó képzettsége, s az, hogy a rehabilitációs foglalkoztatás általában nem biztosít szakmai előrehaladást, kariert.

A megváltozott munkaképességű személy jóval kevesebb elhelyezkedési lehetőséggel bír, mint az egészséges. A társadalom és az állam számos módon változtathat a helyzeten:

- kötelezi a vállalatokat, hogy meghatározott arányban megváltozott munkaképességűeket foglalkoztassanak;
- pénzügyi dotációkat nyújt a munkaadók és a munkavállalók számára;

- a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását elősegítő szervezeteket hoz létre.

A fogyatékosok és a megváltozott munkaképességűek rehabilitációja vonatkozásában az ILO (International Labour Organization) és a WHO ajánlásai jelentenek útmutatót (1955-ös 99. sz. ILO Ajánlás: A rokkantak szakmai rehabilitációja és foglalkoztatása: az 1983-as 159. sz. ILO-egyezmény: WHO-2001. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. A dokumentumok megállapításainak lényege, hogy a foglalkoztatást nem csupán a munkavállaló egészségi állapota határozza meg, hanem abban döntő szerepet játszik a munkaerőpiaci helyzet, a környezet számtalan tényezője, alapvetően a társadalom szemlélete, attitűdje, támogatása.

A megváltozott munkaképességű (fogyatékos) ember társadalmi reintegrációja a rendszeres foglalkoztatásban teljesedik ki. A rehabilitációs támogatásokat tehát ki kell hogy egészítsék a munkahelykeresésre, a munkahely megtartására irányuló szolgáltatások (ún. *munkaügyi szolgáltatások*). A rehabilitációs szolgáltatások alanya a megváltozott munkaképességű egyén, akinek javítani kell funkcionális képességeit, aki számára új szakmai tudást, készségeket kell biztosítani. A foglalkoztatást támogató szolgáltatások területe a munkahely, melyet a megváltozott egyén speciális szükségleteinek megfelelően kell alakítani.

A munkaügyi szolgáltatások jelentőségét nem vitatva azonban le kell szögezni, hogy a fogyatékos személyek integrációjának alapfeltétele az eredményes *rehabilitáció*.

A rehabilitációnak átfogónak kell lennie; nem pusztán a károsodásra kell irányulnia, hanem az egész – társadalmi kapcsolataiban létező – ember számára kell biztosítani a támogatást, annak érdekében, hogy a fogyatékosága társadalmi következményeinek megfelelő új azonosságát megtalálja. A fogyatékos ember rehabilitációja jóval több, mint a fizikai stabilitás biztosítása és új szakmai készségek nyújtása. A sikeres rehabilitáció pszichoszociális stabilitást, új azonosságutdatot és a mindennapi társadalmi viszonylatokba való beilleszkedést eredményez. A korszerű rehabilitáció sokoldalú kooperációt tételez fel a fogyatékos személy és a kérdésben járatos és illetékes orvosi, műszaki, pszichológiai, pedagógiai képzettségű szakemberek között.

Az egyik legfontosabb kérdés a súlyos *rokkantság megelőzése*. Sajnos azonban a rehabilitációs és a munkaügyi szervezetek gyakorlatilag nem foglalkoznak a megváltozott munkaképességű, de még kezelhető, rehabilitálható fogyatékosokkal.

Orvosi rehabilitáció

A rehabilitáció különböző elemeit összehangoltan kell megvalósítani. Az orvosi rehabilitáció a kórházakban és a speciális rehabilitációs intézményekben kezdődik. Az a helyes gyakorlat, ha a foglalkozási rehabilitációs szolgálat már a kórházakban és a speciális rehabilitációs intézményekben végzett *orvosi rehabilitáció fázisában* megteszi az első lépést a fogyatékosággal küzdő személy felé. A foglalkoztatási lehetőségekről való tájékoztatás az ágyban fekvő beteget egyúttal motiválja az orvosi rehabilitáció irányába is. A szenzoros és motoros gyakorlatok, a mozgásterápia, a logopédia felgyorsítják a természetes regeneráció folyamatait, megakadályozzák a kóros állapot fixálódását.

A fogyatékos személyek foglalkoztatási lehetőségeit nem csupán az egészségi szempontok határozzák meg. A foglalkoztatás lehetőségeit nem annyira az elvesztett, mint inkább a megmaradt képességek, készségek alapozzák meg.

Az orvosi rehabilitációs szolgáltatóknak fel kell tárniuk az egyén foglalkozási anamnéziséjét, és *rehabilitációs tervet* kell készíteniük, melynek kialakítása során figyelembe kell venni a fogyatékos személy képességeit, lehetőségeit, érdeklődését, igényeit, s környezetének támogató vagy akadályozó hatásait.

Ebben a fázisban a rehabilitációs szolgáltatás feladata a fogyatékos személyek szükséges technikai segítő eszközökkel (kerekes székkal, művégtaggal) történő ellátása is. A segédeszközök használata ellen a beteg kezdetben olykor tiltakozik. Megfelelő hozzáállással, a segédeszköznek az adott személyhez való adaptálásával ez az ellenállás legyőzhető. A *gyógyászati segédeszköz* kulcsfontosságú szerepet játszhat a foglalkoztatási rehabilitációban is.

Foglalkoztatási rehabilitáció

A foglalkoztatási rehabilitáció célja a biztonságos, megtartható, szakmai előrehaladást biztosító, a személy képességeinek és érdeklődésének megfelelő foglalkoztatás biztosítása, mely elősegíti az egyén társadalmi reintegrációját.

Az elmúlt évtizedekben a *foglalkoztatási rehabilitáció lehetőségei* több vonatkozásban is fejlődtek:

- kialakult az állapotfelmérés módszertana és eszköztára, melyek lehetővé teszik a megváltozott munkaképességű személyek képességeinek felmérését, s a képességeknek megfelelő foglalkozások kiválasztását;
- létrejötték a foglalkoztatási tanácsadás módszerei és szervezetei;
- a munka változásával új foglalkozások, új foglalkoztatási formák (részmunkaidős, otthoni munka stb.) bővítették a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának lehetőségeit;
- képző, átképző intézmények és metodikák alakultak ki;
- létrejötték a munkaügyi és foglalkoztatási szervezetek (hivatalok), melyek a fogyatékosok elhelyezkedését hivatottak elősegíteni.

Megoszlanak a vélemények a tekintetben, hogy az általános szakmai oktatás vagy a speciális rehabilitációs szakmai képzés keretei között célszerű-e a megváltozott munkaképességűek képzésnek, átképzésnek megoldása. Az viszont egyértelmű, hogy a rehabilitációt a nyílt munkaerőpiacon, lehetőleg a korábbi munkahelyen kívánatos megvalósítani. A foglalkoztatási rehabilitációs oktatóközpontok előnye, hogy a foglalkozási rehabilitáció számos elemét (képeségfelmérés, szakmaválasztás, -betanítás) összehangoltan, intézményi keretek között tudják megoldani. Ismertek olyan képző-átképző központok, melyek kórházak, orvosi rehabilitációs intézmények mellett, velük összehangoltan működnek. Különösen nagy a komplex intézmények szerepe a fogyatékosok pozitív pszichés hozzáállásának, motivációjának alakításában.

Munkaerőpiaci szolgáltatások

A sikeres orvosi rehabilitációt és az átképzést követően az igazán nehéz feladatot a *munkahely megtalálása* jelenti.

Számos országban speciális szolgáltatók alakultak e célra. Az általános munkaügyi szervezetek erőfeszítései általában a munkanélküliek elhelyezésére koncentrálnak, s tevékenységükben háttérbe szorul a munkahely biztosítása a megváltozott munkaképességűek számára. A megváltozott munkaképességűek számára történő munkahely-közvetítés speciális képzettséget, szakmai tudást is igényel. A tapasztalat azt mutatja, hogy a sikeres orvosi rehabilitáció és a képzés mellett a tényleges foglalkoztatás megvalósítása a legnehezebb feladatok közé tartozik, s külső, szervezett segítség nélkül általában nem is sikerül.

Az elmondottak a *speciális rehabilitációs munkaerőpiaci szolgáltatások és szolgáltatók* mellett szólnak. Ezek a szervezetek kapcsolatot teremtenek az átképzőközpontok, a védett foglalkoztatók, s a nyílt munkaerőpiaci munkahelyek között.

Ezek a szervezetek nemcsak az elhelyezkedés, hanem a munkahely, munkakör módosításához, a foglalkoztatás megtartásához is segítséget tudnak nyújtani.

A speciális rehabilitációs munkaügyi szervezetek kapcsolatot teremtenek a megváltozott munkaképességű személy, a munkahely, s a leendő munkatársak között. Erősítik a károsodott egyén önbizalmát, felkészítik a munkainterjúra a leendő munkavállalót, segítenek a szükséges dokumentumok előkészítésében. E szolgálatok legfontosabb feladata azonban motiválni a munkáltatót a fogyatékos személy foglalkoztatására. Segítséget nyújtanak a munkahely körülményeinek az értékelésében, s azok átalakításában. Ajánlatot készítenek a munkakövetelmények csökkentésére, a részmunkaidős vagy a rugalmas munkaidőben történő foglalkoztatásra, a munkahelyi kockázatok mérséklésére. Támogatják a munkaadókat a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásával összefüggő különböző dotációk, bértámogatások, a technikai átalakítások kompenzálását biztosító pénzeszközök megszerzésének adminisztratív intézésében – a szó igazi értelmében menedzselik a foglalkoztatást.

A munkaügyi rehabilitációs szolgáltatók tehát

- kapcsolatot tartanak a munkahelyekkel, az átképző-központokkal;
- segítenek a szükséges támogatások megszerzésében;
- nyomon követik, ellenőrzik a foglalkoztatás megvalósulását;
- szükség esetén módosításokat kezdeményeznek.

A foglalkoztatási rehabilitáció menedzselése

A magas kompenzációs kiadások, az egészségügyi ellátás növekvő költségei, az esélyegyenlőség biztosításának erkölcsi kényszere miatt a munkaadók egyre nagyobb társadalmi és törvényi nyomásnak vannak kitéve a megváltozott

munkaképességűek foglalkoztatására. A fogyatékos, a rokkantság kezelése a munkahelyek részéről magába foglalja a munkavédelmet, a korai intervenciót, a fogyatékosok rehabilitációját és a munkahely módosítását, a fogyatékos, a rokkant munkavállaló menedzselését.

A *fogyatékos (rokkantság) menedzselése* olyan aktív tevékenység, mely minimálisra csökkenti a sérülés, betegség következtében kialakult károsodás hatását a munkában való versenyképes részvételre.

A *fogyatékos-menedzsment* a munkáltató által megvalósított átfogó, összehangolt program, az adott munka- és gazdasági-társadalmi környezetben megvalósított, a fogyatékos egyén speciális szükségleteit kielégítő tevékenységek összessége. A gyógyítás, a rehabilitáció gyakran növekvő költségei ellenére ez a tevékenység megtakarítást, hasznot eredményez.

A fogyatékos-menedzsment tulajdonképpen egy interdiszciplináris team, mely működését tekintve a hazai rehabilitációs bizottságoknak felelhetne meg. Részt vesz benne a munkaadó (vagy képviselője), a munkavállalói érdekképviselet, a foglalkozás-egészségügyi orvos, a rehabilitációs és a munkaügyi szakember.

Működésének fő célja a rokkantság megelőzése a megváltozott munkaképességű munkavállalók állapotának folyamatos megfigyelésével (monitoring) és a korai beavatkozással. A beavatkozás irányulhat a munkavállalóra, a munkára és a munkakörnyezetre egyaránt. A korábbi gyakorlattal szemben a fő hangsúlyt a munkakövetelmények megváltoztatására (a munkafolyamat megváltoztatása, ergonómiai korrekciók, segítő eszközök) helyezik. Programokat alakítanak ki a munkába való visszatérésre, ez a munkahelyi károsodások megelőzése mellett az egyik legfontosabb költségkímélő tényező, rugalmas munkaidős, részmunkaidős, könnyített foglalkoztatás formájában.

Fontos a munkavállaló és a munkakövetelmények (-körülmények) közötti összhang biztosítása. A képességek alakulásához igazodó követelmény a pozitív hozzáállást erősíti meg a megváltozott képességű munkavállalóban.

A fogyatékos-menedzselés kulcsfigurája a *munkáltató*. Ő kezdeményezi és valósítja meg a munkavédelmi intézkedéseket, ő dönt a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatásáról, a munkahely adaptálásáról. Ő veti össze az alkalmazás gazdasági hatásait, és ő találja meg a rehabilitáció külső és belső forrásait.

A megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatását sajátos *esetmenedzselés* formájában célszerű megvalósítani, melynek alapvető elemei:

- a megváltozott munkaképességű munkavállaló keresőképzetlenségének megelőzése,
- a megváltozott munkaképességű munkavállaló fokozott védelmének elősegítése,
- a munkavállaló egészségének rendszeres ellenőrzése,
- a munkakövetelmények megfelelőségének felügyelete, a követelmények módosításának kezdeményezése.

A hazai viszonyok között az esetmenedzselésre a legalkalmasabbak, legfelkészültebbek a *foglalkozás-egészségügyi szolgálatok orvosai*.

A rokkantság munkaügyi kezelése a különböző országokban

Korábban a nemzetközi munkaügyi szervezetek a rokkant munkavállalók megfelelő pénzügyi kompenzációját tartották fontosnak. Ma a kompenzációval és a szociális védelemmel szemben munkaerőpiaci politikát helyezik előtérbe, melynek célja az egyenlőség biztosítása a foglalkoztatás és a jövedelemszerzés terén. A rokkantságot a foglalkoztatás terén jelentkező hátránnak értelmezik, melyet politikai eszközökkel, jogszabályokkal, programokkal és szolgáltatásokkal kell ellensúlyozni.

Az ILO 152. sz. konvenciója és 168. sz. ajánlása (1996. március) elismeri a fogyatékos, a rokkant emberek jogát az azonos elbírálásra, a képzésre és a foglalkoztatásra. A korábbi kompenzá-

ciós, passzív ellátások helyett a munkaerőpiacon való aktív részvételt helyezze előtérbe. Eszerint el kell távolítani a fogyatékos, a rokkant ember teljes társadalmi részvételét és integrációját gátló akadályokat, biztosítani kell a károsodást szenvedettek, a fogyatékosok és a rokkantak gazdasági és társadalmi függetlenségét. *A fogyatékos ember számára a munkaerőpiacon, s a munkavégzés terén az egészségesekével azonos lehetőséget és az egészségesekkel azonos bánásmódot kell biztosítani.*

Az azonos lehetőség azt jelenti, hogy a hátrányos helyzetű csoportok számára hozzáférést kell biztosítani az átlagpopuláció rendelkezésére álló jövedelemszerző tevékenységhez. E követelmény megvalósítása az alábbiak által válik lehetőséggé:

- *a fogyatékos egyén felkészítése* arra, hogy megszerezze azokat a képességeket, amelyek lehetővé teszik a foglalkoztatásban érvényesülő hátrányok leküzdését, (technikai segítőeszközök, személyi segítség, s a foglalkoztatási rehabilitáció);
- *a munkahely módosítása* a fogyatékos munkavállaló sajátos képességének, szükségletének megfelelően (munkakörnyezet, munkafeladat, munkaeszközök adaptálása), melyet jogi és egyéb ösztönző eszközökkel szükséges támogatni;
- *a foglalkoztatási lehetőség megtartása*, a fogyatékos munkavállalók számára pozitív jellegű *pénzbeli és egyéb támogatások* (bértámogatás, adókedvezmény stb.) biztosításával;
- *a munkaadók támogatása* a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása érdekében (kvóta, kvótabírságrendszer, dotációk, munkaügyi szolgáltatások).

A megváltozott munkaképességűek munkavállalásával kapcsolatos intézkedések akkor lesznek sikeresek, ha azokba bevonjuk a munkaközvetítő szervezeteket, a gazdasági és tervező szervezeteket, a különféle főhatóságokat. A nemzetközi tapasztalat azt mutatja, hogy a *kényszerítő politika helyett sikeresebb a foglalkoztatást ösztönző politika*; ha a vállalatok adókötelezettségét kedvezően befolyásolja a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása.

A foglalkoztatást elősegítő vállalati politika alapvető követelményei:

- ne legyen diszkriminatív a megváltozott munkaképességűekkel szemben;
- ismerje a fogyatékos egyén képességeit, korlátozottságait,
- törekedjen az ésszerű adaptációra;
- biztosítsa az eltérő munkaidőt, a rugalmas munkarendet;
- szevezze meg az átképzést, a más munkahelyen történő foglalkoztatást;
- biztosítsa a megváltozott munkaképességűek számára a szolgálati előrehaladás lehetőségét;
- a vállalatirányítás szerveiben a megváltozott munkaképességűek képviselője is legyen biztosított.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának modelljei

A foglalkoztatási rehabilitáció és a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása az általános foglalkoztatás keretei között.

A megváltozott munkaképességűekre ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint az egészségesekre. A hangsúly a fogyatékosok belső, az eredeti munkahelyen történő rehabilitációján van. A prevenció és a rehabilitációs tevékenységek a munkahelyen egységet képeznek.

A fogyatékosok számára megfelelő közlekedő utakat, higiéniás feltételeket, technikai felszereléseket biztosítanak a munkahelyen. A megváltozott munkaképességűvé vált dolgozót más munkakörbe helyezik, vagy ha eredeti munkáját szeretné folytatni, módosítják a munkahelyet: megváltoztatják a felszerelést, átalakítják a helyiséget, az épületet (ajtó, küszöbök, rámpák, megvilágítás), megváltoztatják a munkafolyamatokat, képezik, átképezik a fogyatékosná vált személyt.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása az általános munkaerő-politika szerves része. A skandináv államokra jellemző ez a megoldási forma.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának szabályait előíró speciális törvények. Franciaországban, Németországban, Japánban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban a fogyatékosok különböző ellátására bonyolult jogszabályrendszerek vonatkoznak. A foglalkoztatást speciális szolgáltatások segítik elő:

- *képzés, átképzés* speciális képzőközpontokban és a munkahelyeken;
- *speciális juttatások* a munkavállalónak és a munkaadóknak (költségtérítés, átmeneti járadék, dotációk, gyógyászati segédeszköz-támogatás stb. formájában);
- *kvótarendszer*: a munkáltatókat bizonyos számú (általában 4–6%) megváltozott munkaképességű foglalkoztatására kötelezik; ennek elmulasztása esetén bírságot fizet;
- *védelem* a hátrányos helyzet kialakulása ellen;
- *speciális munkahelyek* létrehozása a súlyosan fogyatékosok számára;
- *a munkáltatók támogatása* dotációk, adókedvezmények, egyéb juttatások formájában.

A foglalkoztatási rehabilitációt és a foglalkoztatást szabályozó átfogó törvény. Kínában, Spanyolországban, Izlandon zömmel *az állam feladata* ezek megvalósítása:

- a munkaügyi szervek a foglalkoztatási keretek 5%-át erre a célra tartják fenn;
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók *adókedvezményben* részesülnek;
- *foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokat* működtetnek vidéki területeken;
- a foglalkoztatási tanácsadást és oktatást állami szervezetek végzik;
- a nyílt munkaerőpiacoktól elkülönülő, ún. *védett munkahelyeket* tartanak fenn.

A fogyatékoság, a megváltozott munkaképesség kérdését szabályozó átfogó diszkriminációellenes törvények (Egyesült Államok, Ausztrália). A tömegközlekedés, a kommunikáció, az akadálymentesítés stb. szabályozásán keresztül teremtik meg a foglalkoztatási rehabilitáció alapjait. Az érintett személyek foglalkoztatását külön törvényi előírásokkal szabályozzák.

Az európai államok elsősorban a *kvótarendszert* alkalmazzák. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ez a rendszer lényegesen javítja a foglalkoztatást, hátránya azonban, hogy egyúttal növeli a megváltozott munkaképességűek számát is. A rendszer működtetése pontos fogalmi meghatározásokat, tételes szabályozást igényel.

Az *antidiszkriminációs törvénykezést* a tengerentúli országok alkalmazzák; ezek a fogyatékosok kezelésének általános kereteit teremtik meg. Hátránya, hogy hatása hosszú idő múlva, áttételen keresztül érvényesül.

Nehéz lenne bármely rendszert előnyben részesíteni és követendő irányként kijelölni, mivel

- a kvótarendszer működtetésével tapasztaltot szerzett fejlett európai országok számára az antidiszkriminációs jogi szabályozás hasznos kiegészítés lehet;
- a tengerentúli államokban az általános kvótarendszer bevezetése nehezen lenne megoldható;
- a fejlődő államok számára célszerű lehet a centralizáltabb megoldásokat választani.

Magyarországon a fogyatékosági támogatások és a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának szabályozása elsősorban a fejlett európai országok modelljére épül, számos vonatkozásban érvényesítve a centralizált, állami megoldások elemeit (védett munkahelyek, munkaügyi központok stb.).

A munkahelyek akadálymentesítése és módosítása

Az esélyegyenlőség biztosításának fontos eszköze a *munkahelyek akadálymentesítése*. Ez azonban nem merülhet ki a bejárati rámpa megépítésében. Megfelelő jelzőrendszereket kell kiépíteni az érzékszervi fogyatékosok számára, a mosdóhelyiségeket alkalmassá kell tenni a kerekesszéket használók számára, a padlók borításának lehetővé kell tennie a kerekesszék könnyű moz-

gását. A fentiekre tekintettel az utóbbi időben az „akadálymentesítés” egyre inkább „az egyenlő hozzáférés lehetőségének biztosítása” kifejezésre változik.

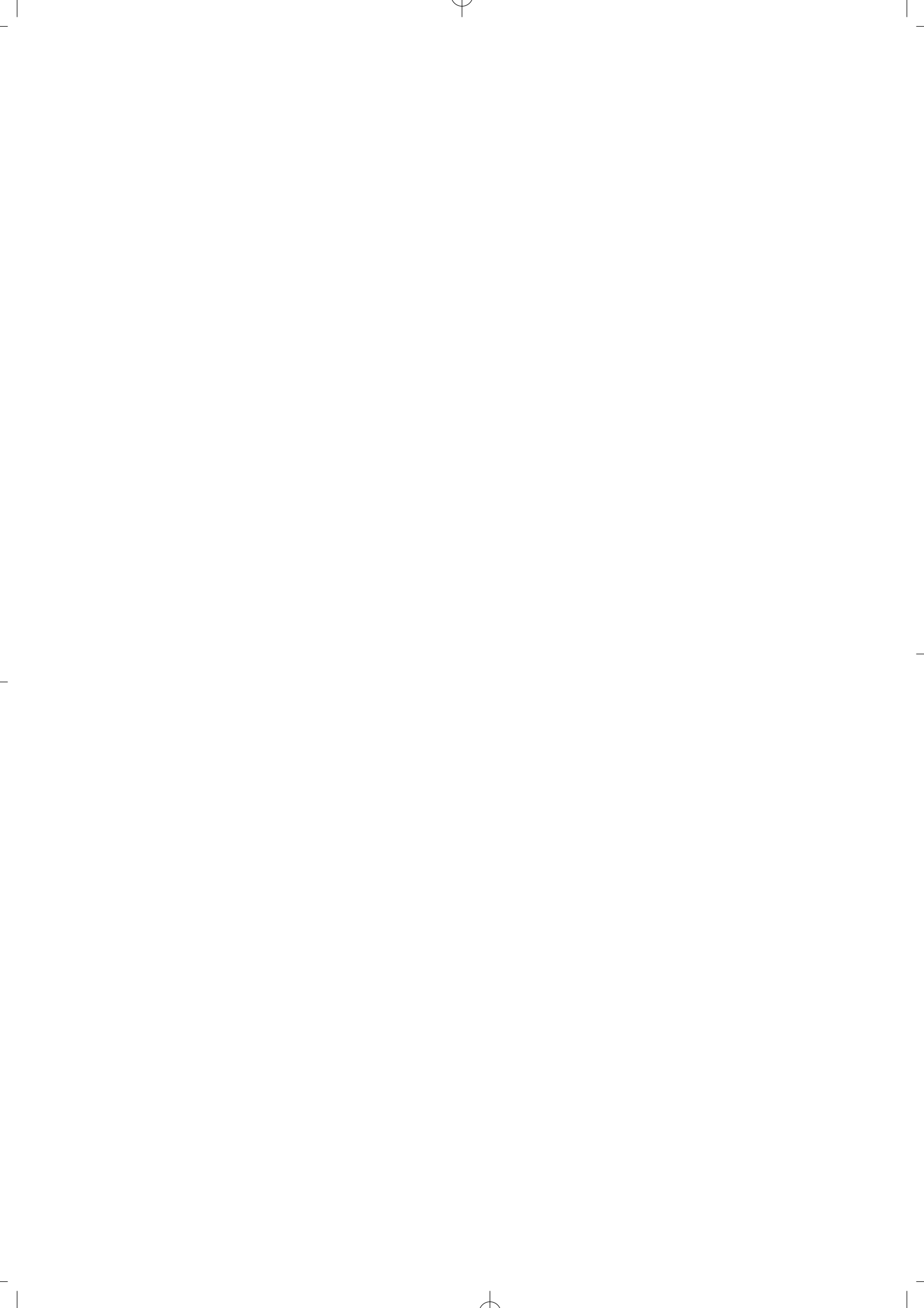
A munkahelyek ésszerű módosítása – a munkaszabályzat, a munkamenet, a munkakörülmények átalakítása – a fogyatékos egyén(ek) sajátos szükségleteinek megfelelően, oly módon, hogy az lehetővé tegye a munkában való teljes értékű részvételt. A módosítás különféle tennivalókat igényel, hisz két, ugyanazzal a fogyatékosággal rendelkező személy is eltérő változtatásokat igényelhet. Az ésszerű módosításra kell helyezni a hangsúlyt; a módosítást értelmetlen elvégezni:

- ha az egyén képtelen kivitelezni a munkatevékenység alapvető elemeit, vagy ha azokat a képzés során sem képes elsajátítani;

- ha a módosítás a fogyatékos munkavállaló vagy más munkavállalók testi épségét, egészségét veszélyezteti.

Fölösleges a módosítás továbbá akkor is, ha a fogyatékos munkavállaló nem képes használni az alapvető munkavédelmi eszközöket. A módosított munkahelyen a károsodott munkavállaló szempontjából is el kell végezni a kockázatbecslést. Törekedni kell azonban a kockázat objektív kritériumainak figyelembevételére.

A módosítás akkor sem ésszerű, ha lényegesen kedvezőtlen irányba befolyásolja a munkaadó pénzügyi helyzetét. Számos dotáció, támogatási forma igyekszik kompenzálni a fogyatékos munkavállalók foglalkoztatásával járó gazdasági teherterületeket; ezek figyelembevételével kell az ésszerű módosításról döntést hozni.



Részletes rész

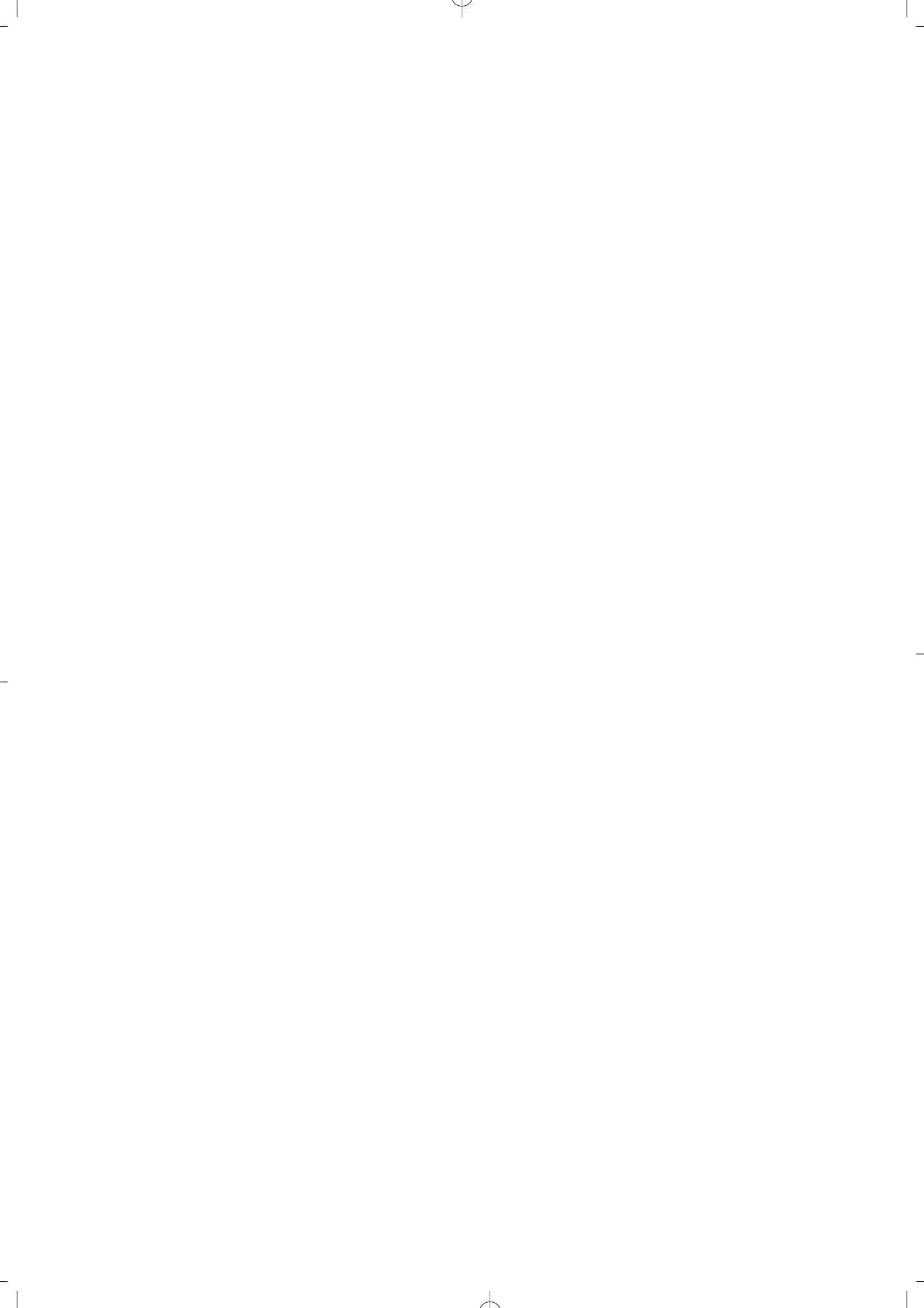


11. fejezet

Pszichiátriai károsodások

Tringer László

*Huszár Ilona
Kuncz Elemér*



Általános rész

A mentális és a viselkedési rendellenességek jelentősége

Tringer László

A mentális zavarok (a tágabb értelemben vett viselkedészavarok) a modern társadalmak gazdaságát, a közösségek, családok életét, az egyének boldogulását igen nagymértékben terhelik. A betegségek okozta gazdasági teher mintegy 10%-át, az egészségügyi költségek 20%-át a mentális betegségek teszik ki.¹ Az e terhet okozó tíz legfontosabb betegség közül öt kifejezetten mentális betegség és további három is kapcsolatban van a lelki egészséggel. Önmagában a depresszió a rokkantságban eltöltött évek összmenyiségének 5%-át teszi ki Európában². Más megközelítésben a mentális betegségek költsége a GDP 3–4%-a. A mentális betegségek nagyban hozzájárulnak a rokkantság, a halálozás statisztikai számaihoz, de jelentős szerepet játszanak a közvetett károk területén is: a csökkent produktívitas, a szegénység, az alacsony életminőség szorosan kapcsolódnak a mentális betegségekhez. Az öngyilkosság következtében körülbelül ugyanannyi ember hal meg, mint közlekedési balesetben. A fiatal generációk körében az öngyilkosság a vezető halálok.

¹ WHO 54th World Health Assembly. Ministerial round tables. Geneva 2001 (Agenda)

² Lavikainen J (et al. eds.) Public Health Approach on Mental Health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, Saarjärvi, 2000

A pszichés betegségek fennállása *kockázatot jelent* más testi betegségek megjelenése szempontjából is: a fertőző betegségek, a kardiovaszkuláris és a légzőszervi megbetegedések gyakrabban fordulnak elő a pszichiátriai betegek populációjában.

A mentális betegségek mindezen túlmenően anyagiakban ki nem fejezhető, mérhetetlen szenvedést okoznak az egyének és a családoknak, sőt a tágabb közösségeknek is. A pszichiátriai betegség még ma is megbélyegzést jelent, sok esetben diszkriminációhoz vezet. A beteg gyakran a társadalom perifériájára szorul. A szülők mentális betegsége veszélyezteti a felnövekvő generációk személyiségének harmonikus fejlődését, szocializációját, s a majdani felnőtt maga is e betegségek fokozott kockázatának van kitéve már gyermekként, de később, felnőtt korában is.

A mentális betegségekkel kapcsolatos orvosi gondolkodásmód az elmúlt évtizedekben bekövetkezett fejlődés következtében teljesen átalakult. Megváltozott az orvosi nevezéktan is. A DSM rendszerének elterjedése következtében, valamint a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának újabb és újabb revíziói során egyre inkább egységes, nemzetközileg is elfogadott klasszifikáció alakult ki.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kezdeményezője és integrálója annak a folyamatnak is, amely a károsodások, fogyatékosságok, valamint a rokkantság kérdéskörének új alapokra helyezését eredményezte. Az International Classification of Functioning, Disability and Health³

³ World Health Organization Geneva, 2001

újabb kiadása kerüli a hagyományos megnevezéseket, amelyek (pl. a „rokkantság”) esetenként megbélyegzőek, kirekesztésre, stigmatizációra alkalmasak.

Mindezek a folyamatok részben az illetékes orvos-egészségügyi szakmákat érintik és részét képezik azok belső fejlődésének, másrészt azonban a nemzetközi szervezetek által tükrözött szemléletváltozást fejezik ki. A változás érinti magát az egészségfogalmat is. A WHO legutóbbi állásfoglalásai (az Ottawai Nyilatkozat és ennek jakartai kiegészítése)⁴ korszerű, pozitív tartalmú, a modern emberképnek jobban megfelelő egészségkonceptió kialakítását teszik lehetővé.

A szakértői tevékenység nem nélkülözheti az e folyamatok eredményeképp létrejövő új ismeretek integrálását. A munkaképesség szakértői elbírálása, a rehabilitáció esélyeinek megítélése során naponta támaszkodunk azokra a fogalmakra, amelyeket a modern pszichiátria használ. Szakértői véleményünket azokra az általános elvekre alapozzuk, amelyeket a nemzetközi szervezetek dolgoznak ki és folyamatosan korszerűsítene. Szükség van ezért a szakértői tevékenység alapjait időszakonként összefoglaló útmutatásra, amely az egy-egy szakterület – jelen esetben a pszichiátria – területén folyó szakértői munkát segíti, megalapozza.*

A mentális károsodások gyakorisága

Kétségtelen, hogy a pszichiátriai megbetegedések száma magas, különösen, ha e betegségek élethosszig tartó előfordulásának (élethosszig-preva-

lencia) valószínűségét vesszük alapul. Egy ilyen megbízható, az Egyesült Államokban végzett nagyszabású vizsgálat – melyet a 18 év feletti lakosságra vonatkoztattak – eredményét mutatja be a 11.1. táblázat (National Institut of Mental Health Epidemiologic Catchment Area, 1980)⁵.

11.1.táblázat. Az élethosszig tartó pszichiátriai betegségek kialakulásának valószínűsége az USA 18 év feletti lakosai körében

Kórképcsoport	Élethosszig-prevalencia
Összes pszichiátriai zavar	32,2%
Alkohol- és drogfüggőség	16,4%
Szkizofrénia	1,3%
Affektív zavarok	8,3%
Szorongásos zavarok	14,6%

Összefoglalóan tehát minden harmadik felnőtt ember számíthat arra, hogy élete folyamán pszichiátriai zavarokkal fog küszködni. Láthatjuk, hogy a személyiségzavarok – amelyek önmagukban is, de még inkább hajlamosító tényezőként ugyancsak okozhatnak pszichiátriai problémákat – nem szerepelnek a táblázatban. A személyiségzavar önmagában ugyanis nem minősül betegségnek, inkább kockázati tényezőnek kell felfognunk.

A magyarországi vizsgálatok hasonlóan magas értékeket szolgáltatnak. A SOTE Pszichiátriai Klinikája által végzett felmérés szerint (Juhász, Huszár, Kopp) Budapest VIII. kerületében a pszichés zavarok gyakorisága 37%. Ezen belül az érzelmi funkciózavarok előfordulása 11,9% a belső Józsefvárosban, 15,5% a külső Józsefvárosban. Egy közel 6000 főre kiterjedő országos felmérés szerint (Kopp, Skrabski, 1987)⁶ a neurózis szempontjából veszélyeztetettek aránya a férfiak körében 14,9, a nők esetében 32%. Juhász Pál ismert

⁴ A WHO Ottawai Nyilatkozatának egészségdefiníciója:

„Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jólét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.”

Forrás: Kricsfalvi Péter: Prevenció és motiváció, MOTESZ Magazin, 98/4. 54-55.

* E fejezetben – a könyv többi fejezetétől eltérően – a tünetek, betegségek, kórképek nevei nem latinok, hanem magyaros ortográfia szerint íródnak

⁵ Az egyes megbetegedések között átfedések lehetségesek

⁶ Kopp M., Skrabski Á.: Magyar lelkiállapot. Végeken, Budapest, 1995

csengersimai kutatásai⁷ megdöntötték azt a közkeletű vélekedést, miszerint a városi életmód mellett gyakrabban fordulnak elő pszichés megbetegedések. E távoli, viszonylag izolált, mintegy 600-as lélekszámú határmenti faluban a városi adatokkal csaknem azonos megbetegedési arányokat mutatott ki. Ez természetesen nem mond ellent annak a ténynek, hogy egyes betegségcsoportok földrajzi megoszlásában különbségek vannak, például a szkizofrénia gyakoribb a nagyvárosok sűrűn lakott negyedeiben. A gazdasági-társadalmi vonatkozásban kedvezőtlenebb helyzetű néprétegek körében ugyancsak gyakoribb a szkizofrénia.

A nemzetközileg egységes és általánosan elfogadott betegségkategóriákon alapuló epidemiológiai vizsgálatok száma ma még viszonylag csekély. Ilyen, hazánkban végzett felmérés (15 családorvosi rendelő 301, 18–60 év közötti betege) alapján tudjuk, hogy a kedélybetegségek és a szorongásos zavarok előfordulása 43%, ebből major depresszió

18%. A hangulatzavarral járó állapotok a betegek 8,3%-ában fordultak elő, a szorongásos zavarok aránya pedig 22% volt (Szádóczy és munkatársai, 1995)⁸. A kevert szorongásos-depressziós állapotok a háziorvosi praxis betegeinek 10%-át teszik ki⁹.

A mentális betegségek társadalombiztosítási jelentősége

A mentális betegségek és a viselkedési zavarok társadalmi szerepe tükröződik a társadalombiztosítás adataiban is. A 11.2. táblázat a keresőképtelenség miatt kiutalt táppénzes napok számát tünteti fel a 2001. év adatai alapján, a főbb BNO-kategóriák szerint. A pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás 2001. évi statisztikai adatait a 11.3. táblázat mutatja be.

A statisztikai adatok nem tükrözik pontosan a

11.2. táblázat. A keresőképtelenség miatt kiutalt táppénzes napok száma Magyarországon 2001-ben

BNO-főcsoportok	Táppénzes napok száma	Kiadás (mFt)
Affektív betegségek	2 148 911	3 223
Szorongásos zavarok	1 601 528	2 401
Szomatoform, disszociatív és pszichoszomatikus zavarok	1 367 151	2 409
Alkohol okozta viselkedési zavarok	185 184	272
Demencia	101 328	151
Személyiségzavarok	92 830	139
Szkizofrénia	79 019	118
Mentális retardáció	13 834	20
Szenvedélyek	8 121	12
Pszichiátriai betegségek összesen	5 966 577	8 949
Összes keresőképtelenség	83 175 061	124 762

⁷ Juhász P.: A neurózis morbiditásának emelkedése egy magyar falu közösségében. In.: Andorka R. Buda B. Cseh-Szombathy L. (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája Gondolat, Budapest, 1974, 504-508.

⁸ Szádóczy E.: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon. Print-Tech. Kiadó, Budapest, 2000

⁹ Az orvosnál jelentkezés betegség tünetekkel önmagában bizonyos selekciót jelent

11.3. táblázat. A pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás statisztikai adatai

Csoport	Eset	Kiadás (e Ft)
Hangulatzavarok, affektív rendellenességek	116 400	5 844 380
Organikus és szimptomás mentális zavarok	95 647	4 000 532
Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (téveszmés) rendellenességek	69 137	3 066 080
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek	51 100	2 287 142
Alkohol okozta mentális és viselkedészavarok	80 346	1 998 963
Viselkedési és emocionális rendellenességek gyermek- vagy serdülőkori kezdettel	9 735	781 821
Mentális retardáció	8 829	404 537
Felnőttkori személyiség- és viselkedési rendellenességek	11 704	384 504
Összesen	442 898	18 767 959

mentális betegségek valódi súlyát. Köztudott ugyanis, hogy a mentális zavarok gyakran testi betegség képében, szomatikus tünetek formájában jelennek meg. Az orvosok gyakran nem ismerik fel vagy félreismerik ezeket a tünetcsoportokat, s a beteg valamilyen szomatikus diagnózist kap, és ennek megfelelő vizsgálatokon és kezeléseken esik át. Különösen gyakori ez a félreismerés és az inadekvát eljárás olyan esetekben, amikor a beteg állapotával kapcsolatban keresőképtelenséget vagy a munkaképesség csökkenését kell elbírálni. A testi betegség képében jelentkező pszichiátriai megbetegedések között különösen a depresszió („larvált” vagy maszkírozott depresszió) és a szomatoform zavarok gyakoriak. Utóbbiak lényegéhez tartozik, hogy testi tünetek formájában jelentkező pszichés zavarokról van szó.

A betegség szerepe, az elsődleges és a másodlagos betegség előny

A betegségek szakértői véleményezése során gyakori probléma a beteg viszonya a betegségéhez. A betegség szerepe magatartási elvárások rendszere,

amelyet a környezet, a „hivatalos” társadalom az adott betegséggel kapcsolatban az érintett személytől elvár. A modern, biztosítással rendelkező államokban a betegről kodifikált magatartásokat (pl. betegállománnyal együtt járó adminisztratív kötelezettségek, az otthon tartózkodás kötelezettsége, felülvizsgálatokon való megjelenés kötelezettsége stb.) várnak el. A beteg magatartása a betegség idején elsősorban a betegség szerepevel kapcsolatos viszonyából vezethető le. Két szélsőséges magatartásformával találkozunk.

A betegség szerepevel való túlzott azonosulás esetén a magatartást teljes egészében a betegmivolt hatja át. A személy felhagy mindennapi tevékenységeivel, szokásaival, még akkor is, ha betegsége ezt önmagában nem indokolná. Megváltoznak emberi kapcsolatai, önmaga kerül a középpontba, mások érdekeit, szempontjait is „beteg” önmagának rendeli alá. A hozzátartozók – türelmüktől függően – gyakran önzésként élik meg a mindent maga alá gyűrő betegség szerepet. Elsősorban idült betegségekre jellemző ez az állapot, hiszen a betegség szerepe sokféle konkrét megnyilvánulásának „elsajátításához” idő kell. Különösen jellemző a betegség szerepe egyes mentális kórképekre, mint például a szomatoform zavarokra („konverziós hisztéria”), a pszichogén fájdalom-

szindrómákra, a hipochondriás állapotokra, valamint egyes krónikus depresszió-formákra.

A másik véglet a *betegszerep elutasítása*. Ez esetben az egyén nem hajlandó tudomásul venni állapotát, nem törődik a betegség tüneteivel, a figyelmeztető jelekkel. Nem tartja be az orvosi tanácsokat, gyógyszerelését elhanyagolja, tovább folytatja esetleges egészségtelen életmódját. Jellemző ez a magatartás a koszorúér-betegek egy csoportjára („A” típusú személyiség) vagy a szenvedélybetegekre. A pszichiátriai betegségek egyes csoportjaira eleve jellemző a betegség tudat teljes hiánya (például a paranoid állapotok, téveszmés zavarok).

A lelki eredetű (akár pszichés, akár szomatikus) megbetegedések esetén gyakran fordul elő, hogy a tüneteket kiváltó konfliktushelyzet a betegség kibontakozása kapcsán automatikusan megoldódik. Például a szexuálisan frigid aszszonynak alhasi panaszai lépnek fel, és a nőgyógyász gyulladást állapít meg. A fájdalmak miatt a szexuális élet természetesen szünetel, vagyis nincs többé kitéve a számára kínos asszonyi „kötelmeknek”.

Freud *elsőleges betegségelőnynek* (primärer Krankheitsgewinn) nevezte ezt a mechanizmust, hiszen a betegségből rövid távon pszichológiai nyereség származik. A betegségekhez, a betegszerephez más „előnyök” is társulnak. A környezet kíméletes a beteggel, kötelezettségei alól mentesíti, fokozott figyelemmel, törődéssel fordul feléje. A társadalom a beteget a munka alóli felmentéssel, táppénzzel, a munkahely esetleg kímélőbb, könnyebb beosztással segíti. Térítésmentesen vagy kedvezményes áron biztosítja számára a gyógykezelést, szanatóriumot, gyógyászati segédeszközöket stb.

Freud *másodlagos betegségelőnynek* (sekundärer Krankheitsgewinn) nevezte ezeket a lelki hatásokat. A másodlagos betegségelőny az idült megbetegedésekben gyakran döntő szerepet játszik. Alapvetően meghatározza a betegség lefolyását, kedvező vagy kedvezőtlen prognózisát. Számos esetben nem magának a betegségnek a törvényszerűségei szabják meg az események menetét, hanem a betegséghez, a betegszerephez kötődő másodlagos pszichogén hatások.

Motivációelemzés a szakértői vélemény kialakításában

Freud klasszikus megnevezéseit ma is használjuk, jóllehet a modern pszichopatológia más, korszerűbb kifejezéseket alkalmaz. Egy adott megbetegedés esetén mind a gyógyuláshoz, mind adott esetben a betegség „megőrzéséhez” számos pszichológiai erő kapcsolódik, amelyeket motivációknak nevezünk. A beteg magatartását végső soron ezen erők dinamikus egyensúlya határozza meg, amelyben a szubjektumnak, a személyiség struktúrájának jelentős szerepe van. A motivációk függenek természetesen a személy értékvilágától, szociális környezetétől, valamint közösségi orientációjának, másokra irányultságának (other centeredness) mértékétől is.

A *motivációelemzést* célszerű a vizsgálat során írásban elvégezni. Szembeállítjuk a gyógyulás irányába ható erőket azokkal, amelyek a betegség „megőrzésének” irányában fejtik ki hatásukat. Amennyiben az erők egyenlege a gyógyulás irányába „billen”, nagyobb esély van arra, hogy a beteg meggyógyul, nem kerül sor elhúzódó betegállományra, a munkaképesség csökkenésének megállapítására. Amennyiben a motivációs egyensúly a betegség megőrzésének irányába mutat, hosszú betegállományokkal, elhúzódó betegséggel, a rokkantság iránti igénnyel kell számolnunk akkor is, ha a betegség „objektív” tünetei ezt nem indokolnák.

A szakértői gyakorlatban az egyik leggyakoribb dilemma éppen ez: az orvosi megítélés szerint a beteg már munkaképes, ő maga azonban ezt nem fogadja el, magát továbbra is kereső- és munkaképtelennek tartja. Nyilvánvaló, hogy a motivációk egyensúlya számára azt jelenti, hogy a betegség megőrzésének tendenciája nagyobb erővel érvényesül.

A gyakorlatban legtöbbször a rokkantjárdékkal együtt járó (igaz, alacsony szintű) szociális biztonság vonzereje áll az egyik oldalon, a munkával elérhető magasabb életszínvonal ereje a másikon. Mai valóságunkban a kettő eredője sajnos, gyakran a betegség megőrzésének irányá-

ba mutat. A járadék és a (különösen a képzetlen) munkával elérhető jövedelem között olyan csekély a rés, hogy az nem elégséges mozgatóerő a gyógyulás irányában.

A legtöbb beteget nem lehet érdekei ellenére meggyógyítani vagy rehabilitálni. Nem helyes, ha ezen érdekek útvesztőjében az orvosszakértő moralizáló álláspontot foglal el. Az érdekek objektív erők, amelyek magatartásunkat jelentős mértékben meghatározzák. Adott esetben a beteg érdekei lehetnek „önzőek”, „közösségtelenesek” stb. Sajnálkozhatunk azon, hogy betegünket kevésbé mozgatják magasabb szintű szociális értékek, és látszólag csak közvetlen önös érdekeire van tekintettel. Tudomásul kell azonban vennünk, hogy a betegek többsége számára ezek az erők nem tudatosulnak. Érdekeit kifejező magatartása nem tudatosan felvett, manipulatív játék. *A betegeknek csak kisebb része az a csoport, akiket tudatos vagy majdnem teljesen tudatos manipuláció, a tünetek túlzott megjelenítése vagy tudatos szimulációja jellemez.*

A mentális állapot felmérésének szempontjai

Tringer László

Általános iránymutatók

Nem betegséget, hanem beteg embert vizsgálunk, azaz egy konkrét személyt, a maga egyéni problémáival együtt. Nem valami elvont diagnosztikai kategóriát keresünk, a „betegséget”, amelyet az egyén mintegy hordoz. *A pszichiátriai betegség az egyén élet-történetébe ágyazódó, azzal elválaszthatatlanul összefonódó esemény.* Éppen ezért – némi túlzással – állíthatjuk, hogy annyiféle pszichés betegség létezik, ahány beteg.

Minél súlyosabb egy pszichiátriai állapot, a tünettán annál inkább elveszíti egyéni sajátosságait. Például a generalizált szorongás tünetei jó-

val több egyéni variációt mutatnak, mint a súlyosabb kényszeres-rögeszmés zavar, amelyben a szorongás már csupán 4-5 témacsoportra vetül (tisztaság, rend, kontroll, agresszió, vallás). Még a legsúlyosabb organikus betegségek (pl. elbutulás) végstádiumában is felcsillan néha-néha a múltba veszett személyiség egy-egy emlékeztető vonása.

A beteget a *biopszichoszociális modell* alapján vizsgáljuk, amely szemléletben a betegségként megjelenő probléma biológiai, lélektani és szociális vetülete egyformán fontos szerepet játszik. A három összetevő (oki tényezők) relatív súlya az egyes problémák esetén eltérő. A domináns öröklésmentet mutató Huntington-chorea vagy az agy keringési zavarára visszavezethető multiinfarktus-dementia esetén a *biológiai tényezők* állnak előtérben. A személyiségzavarok vagy a neurotikus állapotok többségében a *pszichológiai összetevők* játszanak elsődleges szerepet. Az alkalmazkodási zavarok, a krízisállapotok hátterét döntően a *szociális erők* uralják. Az oki tényezők egyikének vagy másikának uralma sohasem kizárólagos. Az örökletesen meghatározott betegségek konkordanciája még egypetűjű ikrek esetében sem 100%-os (például a bipoláris affektív betegségek esetén csupán 67%).

A mentális beteg állapotát a *magatartás, viselkedés részletes elemzése* alapján tudjuk objektíválni. A magatartás lehet külsőleg megfigyelhető tevékenység, ugyanakkor a magatartás fogalmát tágan használjuk, s ide értjük a szubjektumban lezajló mentális folyamatokat (gondolkodás, emóciók, motivációk stb.) is. Ez utóbbi folyamatokat ezért „belső” magatartásnak is nevezük, szemben a „külső”-vel, amelyet a „tevékenység” fogalommal írhatunk le¹⁰. A szakértői megítélés során a *tevékenység elemzése* azért rendkívül fontos, mert a mentális állapot viszonylag objektív értékelését teszi lehetővé. Ezen túlmenően a tevékenység alapján vonhatunk le következtetéseket a személy jövőbeni várható magatartására vonatkozóan is.

¹⁰ Lásd a Magatartás, viselkedés cím alatt is

Az autonómia fogalma

Az egyén mentális állapotának alapvető jellemzője az autonómia, vagyis az a képesség, hogy az adott körülmények között az egyén életvitelét saját maga irányítja, a reá háruló szerepelvárásoknak meg tud felelni, életvitelében nem szorul mások folyamatos gyámolítására, támogatására. Szükség esetén képes döntéseket hozni, s azokért a felelősséget is tudja vállalni. Az autonómia természetesen nem zárja ki a környezettel, a másokkal való kooperatív együttműködés képességét, sőt, feltételezi azt.

Természetesen vannak egyének, akikre az autonómia ideális mértéke nem jellemző, akik személyiségüknél fogva mások fokozott támogatására szorulnak (például a dependens személyiségzavar eseteiben). A szakértői megítélés során elsősorban arra koncentrálnunk, hogy az *autonómia szintje változott-e a mentális betegség következtében*. Tehát a személy autonómiájának korábbi szintjét tekintjük kiindulási alapnak. Gyakran fordul elő például, hogy a poszttraumás mentális zavarokhoz (poszttraumás stressz szindróma) közlekedési fóbiás tünetek társulnak, amely miatt a beteg állandó kíséretre szorul. Ennek szakértői megítélése egészen más akkor, ha kiderül, hogy az adott személy a balesetet megelőzően is fóbiás tünetekkel küszködött.

A személy autonómiája a *korszerű egészségfogalom* szerves része. A WHO Ottawai Nyilatkozata szerint „Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jólét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.”

Az autonómia mértéke a károsodások, a fogyatékoságok és a rokkantság következtében csökken vagy elvész. Egyes pszichiátriai betegségek, személyiségzavarok az autonómia primer hiányával jellemezhetőek, anélkül, hogy a fenti kategóriák bármelyikében komolyabb mérvű zavarral kellene számolnunk. Ilyen eset fordulhat elő példá-

ul dependens személyiségzavar esetén vagy számos neurotikus formakörhöz sorolható állapotban.

Az életminőség

Az életminőség fogalma az utóbbi évtizedekben került előtérbe. Az egyén állapotának objektív értékelése mellett az életminőség fogalma a szubjektív szempontokat is magába foglalja. A mentális zavarok esetén az egészség és az életminőség fogalmainak különválasztása alapvető fontosságú. A betegségek jelentős része (például a depressziók) ugyanis a szubjektív minősítő rendszer zavarával jár együtt. Ilyen esetben az objektív egészségkritériumok viszonylagos érintetlensége mellett is alacsony szintű életminőség vélemezhető.

Az életminőség vizsgálatára számos módszer dolgozott ki, adaptálásuk a WHO-val való együttműködésben folyamatban van (WHO életminőség-kérdőívének rövid, 26 kérdéses változata: WHOQOL-BREF).

Az egészségi állapot megromlásának (károsodás, fogyatékoság, rokkantság) megváltozott értelmezése

A WHO által megfogalmazott „egészség” számtalan betegség, baleset következtében károsodhat. Más esetben az egyén soha el sem éri az „egészség” teljes fokát, valamely fogyatékoság, fejlődési rendellenesség következtében. Az Egészségügyi Világszervezet az egészségi állapotot károsan befolyásoló tényezőket három fő csoportba sorolja.

Károsodás (impairment). Az emberi organizmus anatómiai vagy funkcionális rendellenessége, amely lehet átmeneti vagy tartós. Az emberi létezés biológiai feltételeiről van szó, beleértve az alapvető pszichológiai funkciókat is.

Fogyatékoság (disability). A magasabb rendű, speciálisan humán tevékenységek a károsodások következtében (például a tanulás, a kommunikáció, a külvilággal fenntartott adekvát kapcsolat) részleges vagy teljes korlátozottsága, mely ugyancsak lehet átmeneti vagy tartós.

Rokkantság (handicap). Az egyén társadalmi részvételének (szociális funkcióinak) átmeneti vagy tartós akadályozottságát jelenti, tehát *az ember mint szociális lény* – a hivatásbeli, állapotbeli kötelezettségek ellátása, a sajátos szerepekből adódó szociális elvárásoknak való megfelelés, a munkaképesség, a szabadidő értelmes eltöltésének képessége – *működésének zavarairól* van szó.

A WHO 1980-ban definiálta ezeket a kategóriákat. Az azóta eltelt idő alatt bizonyos szemléleti változás következett be, amelynek keretében a hivatalos szóhasználat kerüli a megbélyegző vagy a stigmatizáció veszélyével járó szakkifejezéseket.

A névváltozás mögött komoly szemléletváltozás rejlik. A „károsodás”, amely elsősorban az emberre mint biológiai organizmusra vonatkozik, nevében nem változott. A fogyatékoság, mint a specifikusan humán működések károsodása, elsősorban az emberi tevékenység részletes elemzése alapján mérhető fel. Például a depressziós beteg hangulatzavara, étvágycsökkenése és egyéb testi panaszai a „károsodás” kategória alá tartoznak. Az a tény viszont, hogy a depressziós nem képes a napi életét tovább vinni (nem tisztálkodik, nem gondoskodik önmagáról, nem vesz részt a család életében stb.), a „tevékenység” körébe tartozik. Végül a depressziós, ha nem tudja ellátni munkáját, abbahagyja tanulmányait, elveszíti baráti, családi, munkatársi kapcsolatait stb., a „részvétel” kategóriájába tartozik.

A WHO fogyatékosággal és rokkantsággal kapcsolatos szemléletváltása az egészség fogalmának átalakulásával szerves egységben zajlott le.¹¹ Mindezek mögött egy korszerűbb emberkép

rejlik. *A személy jogai mellett a személy felelőssége is hangsúlyozottabban vetődik fel.* A felelősség elsősorban az egészség megtartásában, az egészséges életmód követésében érhető tetten. Ugyanakkor hangsúlyozzuk a személy felelősségét a gyógykezelésben, a rehabilitációban is. A személy „részt vesz” az egészsége megőrzéséért és helyreállításáért folytatott szakmai tevékenységben. Nem csupán passzív elszenvedője valamely gyógyító vagy rehabilitációs folyamatnak, hanem aktív részese. Az eredményekért vagy a kudarcokért nem csupán a szakemberek felelősek, hanem maga a személy is.

A mentális funkciók és azok károsodásai

Huszár Ilona

Általános megjegyzések

Az emberi psziché működésének bonyolultsága abban rejlik, hogy egyes részfunkciói ugyan önmagukban is károsodhatnak, de minden esetben kihatnak a pszichés tevékenység egészére, tehát csak ezen belül, ennek összefüggésében vizsgálhatók. A funkciók károsodásai igen különbözőek aszerint, hogy milyen személyiséget érintenek, a vizsgált személy milyen képességekkel rendelkezik, milyen volt az addigi életútja stb. Az egyén, a személyiség azonban a szociális környezetében tevékenykedik, tehát környezete hatásaitól sohasem mentes, és funkcióival, képességeivel, tevékenységével kénytelen is mindenkori környezetéhez alkalmazkodni.

A felsoroltak miatt a társadalombiztosításban használt alapfogalmak: a *funkció* (lehetővé teszi bizonyos feladatok megoldását), a *képesség* (az egyén olyan belső tulajdonságai, struktúrái, funkciói, melyek lehetővé teszik bizonyos feladatok ellátását) és a *tevékenység* (az előbbieket összehangolt működése, mely a belső és a külső követelményeknek megfelelő válaszadást jelenti), csak az

¹¹ World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, 2001

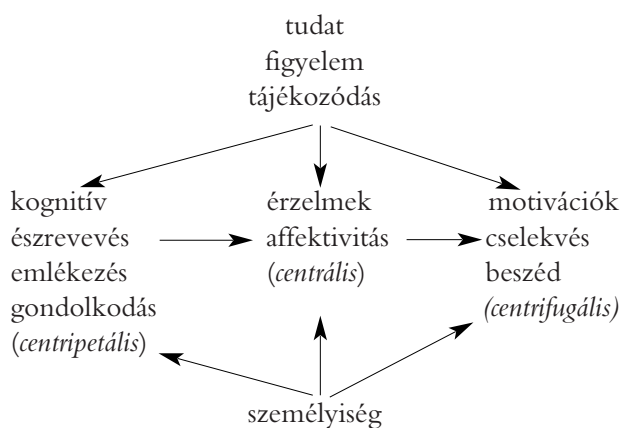
előbbieket kontextusában vizsgálható. Így ha pl. az idegrendszer egyes funkcióit vizsgáljuk, akkor egy-egy működési elemet kiemelünk, megkísérreljük normális működését és zavarait körülhatárolni, de ezt minden esetben más funkciókkal összefüggésben lehet csak értékelni.

Magatartás, viselkedés

A magatartás a szervezet legbonyolultabb alkalmazkodási rendszere. Objektív összetevők határozzák meg, de a szubjektumban is tükröződik (tudatos tevékenység, szubjektív átélés mellett). Formái: a *külsőleg megfigyelhető viselkedés*, a *belső viselkedés* (az ismeretek feldolgozását végző kognitív folyamatok, az ezekhez való viszonyulás, a cselekvést meghatározó késztetések, motívumok stb. előkészítik, irányítják, módosítják a külső viselkedést) és a *kommunikatív viselkedés* (a belső folyamatokat külsővé teheti). A magatartást külső és belső feltételek határozzák meg; a biológiai adottságok, a személyiség, illetve a szocializáció során tanult viselkedés (ezért individuális sajátosságok is megjelennek a viselkedésben). Fontos szerepe van a szituációnak is, amelyben a viselkedés megjelenik.

A magatartás centripetális, centrális és centrifugális funkciókból épül fel, melyek szorosan összefonódnak, szétválasztásuk csak didaktikus vagy kísérleti célból történhet.

A magatartás sematikus felépítése



Tudat és tudatzavarok

A tudat a múltbeli tapasztalataink és a jövőre vonatkozó tevékenységünk aktív felhasználásával integrálja a valóság sajátos tér–idő rendszerben és élményvilágban megjelenített folyamatait. Lehetővé teszi a beáramló ingerek feldolgozását, a külvilág megismerését, értékelését, az erre irányuló visszahatást, illetve az én és a külvilág határozott elkülönítését. A *tudatosság* az egyén állandó és produktív kapcsolatát jelenti a külső és a belső világgal, a folyamatos átélést és értékelést. Az optimális tudati tevékenységhez a tudat ébersége, az „eszmélet” nélkülözhetetlen (diffúz agytörzsi aktiváló rendszer). Az *aktiváció* biztosítja azt a készenléti állapotot, mely az egyént a környezet hatásainak befogadására alkalmassá teszi (széles skálán mozog a mély alvástól az izgatottságig). Az *integráció* a tudattartalmak összerendezettségének előfeltétele; a „belső figyelem” hiányában viszont a pszichés folyamatok logikai rendszere borul fel. A *tudat differenciálódása*, tartalmassá válása a talamokortikális kapcsolatok épségéhez kötött. Az *éntudat* az „én” és a „külvilág” elkülönítésének képessége. A tudat közel valamennyi pszichés jelenség létrejöttének alapfeltétele; öntudatlan állapotban nincsenek élményeink, gondolataink, érzelmeink.

Integrációs tudatzavarok. A szűk tudattól az optimálisan működő tudaton át a dezintegrációig és a „tudatszétesés”-ig terjedhetnek. A *szűk tudat* jelentősen csökkenti a gondolkodást, a mérlegelést, létrejöttékor hiányzik a személyiségre jellemző helyes felismerés. Egészségeseknél előforduló formája a túlkonzentrált figyelem és az elfogultság – kóros formái depresszióknál, téveszméknél, indulatoknál (explozív reakciók, rövidzárlati cselekmények) figyelhetők meg. A *laza tudatállapot* az előbbi ellentéte. Egészségeseknél jellemző megjelenése a szórakozottság, a dekoncentráció. Kóros formái közé tartozik a *kuszaság (konfúzió)*, melynek fennállásakor a beteg a kontaktust elveszi ugyan, de „nincs jelen” az adott szituációban, gondolatai elkalandoznak, bizarrá válhatnak stb. (elsősorban szkizofréniánál

lép fel). Az *amencia* teljes tudatszétesést jelent, a pszichés folyamatok „széthullanak”. Fő tünetei a hiányos tájékozódás, az összefüggéstelenség, a széttöredezett mozgások gátoltsággal vagy agitációval, a szélsőséges affektusok, a nagyfokú tanácstalanság. A szkizoaffektív pszichózisok hiperakut formáinál, organikus idegrendszeri károsodásoknál (infekciók, intoxikációk, agyi vérrellátási zavarok) fordulhat elő.

A tudat világosságának zavarai. Ide tartoznak az éberségi szint változásai, illetve az éberségi szint változásával együtt járó integrációs zavarok. A *tudatvesztés* az éberségi szint, a *vigilitás zavar*, mely különböző intenzitású lehet. A *kábultság* megnehezült és lelassult pszichés folyamatokat, csökkent aktivitást jelent megtartott tájékozódás mellett. Az *aluszékony* (*szomnolencia*) esetén megnehezül a kontaktus, elmosódottá válik a beszéd (az egyén ébreszthető, de magára hagyva elalszik). A *szopor* nagyfokú aluszékonyosság, de erős fájdalomingerekkel az érintett még ébreszthető, valamennyi reflexe kiváltható. A *kóma* eszméletlen állapot, melyben a reakció már a fájdalomingerekre is megszűnik, kóros reflexek jelennek meg, majd areflexia és atonia alakul ki.

Tudatborulások. Az éberségi szint változásával kísért tudatzavarok. Az *oneiroid* (*álomszerű*) állapotban a valóság és a képzelet nehezen különíthető el. A *ködös* vagy *homályállapot* zavartsággal, beszűkült tudattal jár, mely többnyire rendezetlen, ritkán „rendezett”. A *rendezetlen homályállapot*ban az egyénnek a külvilággal való kapcsolata nagymértékben csökken, a tudat az érzelmek, a gondolati tartalmak meghatározott területére szűkül be, a valóságos szituációval összhangban nem álló cselekvések jönnek létre, az érzelmek szélsőségesek, érzékcsalódások is jelentkezhetnek – az átmeneti állapotot az emlékezés kiesése követi. A *rendezett homályállapot*ban a tájékozottság megtartott, az egyén viselkedése nem feltűnő, hosszú cselekvéssor jöhet létre, de a cselekvések a szituációval nincsenek összhangban, és utána emlékezéskiesés alakul ki. A *delirium* a

tudatborulás legmélyebb formája, mely térbeli és időbeli tájékoztatatlansággal, intenzív hallucinációkkal, nagyfokú nyugtalansággal, viharos vegetatív tünetekkel jár együtt.

Éntudat-zavarok. A saját én szubjektív megélésének hiányát jelentik. A *deperszonalizáció* esetén az egyén önazonossága elbizonytalanodik, „másnak” érzi magát, idegenszerűek saját megnyilvánulásai. Az *egoszkizés* esetében elvész az én egysége (több példányban van jelen), az én azonossága (nem az, akinek mondják), folyamatosága (már meghalt, nem létezik). A *transzitivizmus* esetén a beteg egyes testrészeit más személyekre ruházza, másokénak hiszi azokat. A *deperszonalizáció* gyakran társul *derealizációval* (a világ megváltozásának élményével). A felsoroltak elsősorban szkizofréniában fordulnak elő.

A tájékozódás és zavarai

A tájékozódás (*orientáció*) magába foglalja az *elemi* tájékozódást (az önfenntartási ösztön megnyilvánulása, reakció a környezetben bekövetkező változásra), az *autopszichés* tájékozódást (a saját személyéről alkotott ítéletét, így tisztában van nevével, életkorával, nemével, családjával), az *autoszomatikus* tájékozódást (a saját testén való tájékozódást) és az *allopszichés* tájékozódást, mely lehet térbeli (a hely felismerése) és időbeli (év, hónap, nap, időszak), illetve vonatkozhat egy idegen személy felismerésére.

A tájékozódási zavarok leggyakoribb formája a *teljes tájékoztatatlanság* (*dezorientáció*), mely az allo- és autopszichés tájékozódásra egyaránt vonatkozik. Az autopszichés tájékozódás hiányában szenvedők nincsenek tisztában személyi adataikkal. A téves autopszichés tájékozódás téveszme vagy érzékcsalódás következménye is lehet. Ennek egyik sajátos formája a *kettős* (*duplikatív*) *orientáció*, melyben a helyes és a hibás tájékozódás egyazon időben fordul elő. A *térbeli tájékozódás zavarakor* a beteg nem képes a tartózkodási helyének felismerésére. Az *időbeli tájékoztatatlanság* elsősorban az új benyomásokhoz, friss emlékké-

pekhez csatlakozik. A *gnosztikus dezorientáció* parietális és okcipitális góccok esetén (*lelki siketség, lelki vakság*) fordul elő.

A figyelem és zavarai

A figyelem a tudatnak az a legjobb beállítódása, amely mellett az ingerfelvétel optimális. Lehet *passzív* (külső inger által kiváltott) vagy *aktív* (tudattól függő). A *külső* figyelem a külvilág felé fordul (testi funkciók is kísérik), a *belső* figyelem a személyen belül zajló eseményeket követi. A *figyelem koncentrációja* megnöveli a figyelem terjedelmét, és ez minél rövidebb idő alatt teszi lehetővé nagyszámú, egymáshoz tartozó lelki tartalom megjelenését. A *figyelem vigilitása* (*ébersége*) szükséges ahhoz, hogy az ingerek számára az egyén hozzáférhető legyen. A *tenacitás* a figyelem azon tulajdonsága, mely lehetővé teszi, hogy valamely inger vagy pszichés történés az egyént hosszan le tudja kötni. A figyelmet nagymértékben befolyásolja a közérzet és az érzelmi állapot (a kellemeshez kötődünk, a kellemetlentől szabadulni igyekszünk). Az erős ingerek magukra vonják a figyelmet, az állandó, egyhangú ingerek kifárasztanak. Bizonyos idő után mindenkinél csökken a koncentrációképesség mértéke, ami a fáradás jele.

A figyelem gyakori zavara a koncentráció csökkenése (*dekoncentráció*), amely a logikus gondolkodás fellazulását vonja maga után. A *koncentráció fokozódása* hiperténacitással jár együtt (pl. téveszméknél). Az éberség csökkenésekor (*hipovigilitás*) az érdeklődést még az érzelmileg intenzív benyomások sem tudják felkelteni, az éberség fokozódásakor (*hipervigilitás*) még a jelentéktelen ingerek is elvonják a figyelmet, irányja gyorsan változik, „csapong”. A feszültség csökkenése (*hipoténacitás*) esetén az egyén nem tud egy dologgal hosszabb ideig foglalkozni. A feszültség fokozódását (*hiperténacitás*) általában hipovigilitás kíséri. A *hipoproszexia* az éberség és a tenacitás egyidejű csökkenése, a *hiperproszexia* az éberség növekedése a feszültség egyidejű csökkenésével (pl. mániánál).

Az észrevezés és zavarai

Az észrevezés a környezet és a szervezet ingereinek felvétele és feldolgozása. Az ingerlékenység reverzibilis lokális változás a receptorban, míg az érzékelés az ideg impulzusok központi idegrendszerbe jutásának következménye. Az *észrevezés* (*percepció*) az érzékszervek közvetítésével létrejött komplex érzékelés. A *felismerés* (*appercepció*) a külvilág tudomásulvétele, az érzékelt objektumok felismerése, azonosítása. A *közérzet* a belső szervekből érkező ingerek integrációja, mely azonban többnyire nem tudatosul.

Az észrevezés a receptoros folyamatból (az észrevezési mező [nem izolált] érzékelése), a szimbolikus (az észrevezés jelentőségének tudomásulvétele) és az affektív komponensből (minden észrevezést érzelmek is kísérnek) tevődik össze. A személyiség szerepe is jelentős (egészleges és analitikus típus). A felsoroltak az észrevezésben szorosan kapcsolódnak egymáshoz. Az észrevezés alapfeltétele az ép vagy kielégítő érzékszervi működés, az észrevezésre alkalmas tudati szint, a figyelem ébersége és irányultsága. A folyamat szakaszai: a *percepció* (előkészítés és készség valami észrevezésére), az *információfelvétel* (egyezik-e az előző ismeretekkel?) és az *ismeretek feldolgozása* (az érzékszervi benyomások leképeződése). A projekciós struktúrák egymáshoz vagy más aktív struktúrákhoz kapcsolódnak, jelentéssel ruházva fel a folyamatot.

Az észrevezés zavarai. Ezek közé tartozik az *impercepció*, amikor a percepció tárgyának megfelelő észrevezés és/vagy felismerés nem jön létre, és ez nem magyarázható az érzékszervek, a gondolkodás vagy a személyiség zavarával. Az *agnózia* esetén a felismerés hiányzik (a háttérben organikus károsodás áll), az *aszimbólia* az újbóli felismerés hiányát (az észrevezéshez kapcsolódó elvont jelzések és jelentések károsodnak) jelenti. A *pszichoszensoros szintézis zavara* esetén a különböző érzékszervekből kiinduló észrevezések magasabb rendű összeolvasztása hiányzik organikus károsodás, toxikus állapotok, szkizofrénia stb. következtében. A *térszlelés zavara* esetén

makropszia, mikropszia, poliopszia jöhet létre (a beteg a tárgyakat nagyobbaknak, kisebbeknek, megsokszorozódottaknak láthatja, alakjuk is megváltozhat). Az *időélmény-zavarok* esetén az idő felgyorsul, lelassul, elvész stb., és létrejöhet a „*déjà vu*” (az először látott ismerősnek hat) és a „*jamais vu*” (a többször átélt sohasem látottnak tűnik) élménye.

A saját személyiség megélésének zavarát jellemzi, hogy a beteg megkettőzöttnek, megsokszorozottnak érzi magát, saját képét maga mellett érzi stb. A környezet megélésének zavarra olyan élményekben jelenik meg, melyekben a „környezete idegenné válik, megváltozik körülötte”, „minden mozdulatlan lesz vagy minden mozgásba lendül”. A testsémazavarok fennállásakor az egyén testét vagy annak egy részét „másnak érzi”, „egyes testrészei elidegenednek” stb. – társulhat hozzá az autotopagnózia (a saját testen való tájékozódás hiánya), ujjagnózia (az ujjak megnevezésének és felismerésének hiánya), jobb-bal tévesztés és anoszognózia (megbetegedéséről nem vesz tudomást). A *fantomhallucináció* során fájdalom jelentkezik az amputált végtagokban is.

Téves percepció esetén az észlelésben benne van az észlelés tárgya, de jelentése szubjektív forrásból eredően a szokványostól eltérő, részben vagy teljesen idegen. A *kóros jelentőségtulajdonítás* jelentkezésekor a tárgyak szimbolikus jelentést kapnak vagy valamilyen személyes szimbólum alakul ki (magát vagy családtagjait más személyekkel azonosítja, gyakoriak a személyi félreismerések), míg a *kóros vonatkoztatások* esetén a félreismerés az észretevés egy részére vonatkozik, a „célzásoknak” kóros jelentése van (összenéznek, összesúgnak mögötte stb.). Az előbbieknél központi gondolkodással társulnak, és a téveszme létrejöttének alapját képezik (lásd a gondolkodás zavarainál).

A *rendellenes percepció* során megváltozik az észretevés intenzitása, színezete, jellege. Formái a *túlérzékenység* (hiperesztézia) és az *érzékenység csökkenése* (hiperesztézia), illetve az *érzéketlenség* (szélsőséges esetben neurológiai eltérések nélkül a fájdalomérzés teljes hiánya jön létre). A *szin-*

esztézia az érzékelési formák sajátos kapcsolódása. Az *észretevés hasadásakor* az észretevés összetartozó részei szétesnek.

Az *érzéksalódások* külső inger nélkül fellépő észretevések, centrális pszichés funkciók következményei. Az *illúzió* létrejöttékor az egyén bizonyos környezeti ingereket felhasznál, de eltérő észretevésként érzékeli (téves kapcsolat eredménye). Okai lehetnek affektusok (pl. félelem), figyelmetlenség, a tudati szint csökkenése (hipnagóg állapot), térhatás (geometriai illúzió) stb. Az egészségeseknél is előforduló illúziókat az észlelő azonnal tévedésként értékeli és korrigálja. A *kóros illúzió* esetén azonban az egyén nem képes a korrekcióra, ezért észleléseit valószínűként érzékeli és értékeli. A *pareidolia* a figyelem elterelődésekor jöhet létre, és ilyenkor a felhőkben, falmintákban alakokat, állatokat stb. vélünk látni. A *hallucináció* inger nélkül létrejövő kóros észretevés. Lehet valódi hallucináció, mely az észretevés minden tulajdonságával rendelkezik (részletekben gazdag, érzékletes, színes, tér- és időbeli kiterjedése van, a külső, objektív térbe vetül), és az egyén nem képes a korrekciójára. A *pszehallucináció* ezzel szemben kétdimenziós, mozdulatlan, színtelen, részletekben szegény, nem vetül a külső térbe (a képeket „belső szemével” látja, a hangokat a fejében hallja), tőle függetlenül lép fel, korrekciójára ugyancsak nem képes, de néha akaratlagosan is fel tudja e hallucinációkat idézni, és normál észretevéseitől el is tudja különíteni. Az „*als ob*” *jellegű hallucináció* esetén a beteg bizonytalan a hallucinációkban („mintha láttam vagy hallottam volna”). Az extrakampin hallucináció jellegzetessége, hogy az érzékelést az érzékszerv határán kívülre helyezi. A *kóros szervérzések* (*cönesztézia*) bizarrok, téveszmékkel magyarázottak („a hús levált a csontjáról”, „agyát fonalak tartják össze” stb.).

Az érzékelés zavarait az *érzékszervek* alapján is osztályozhatjuk, így azok lehetnek látási (vizuális), hallási (akusztikus), tapintási (haptikus), ízlelési (gusztatorikus), szaglási (olfaktorikus) stb. hallucinációk. Az osztályozás *kiterjedés* alapján az alábbi: *elemi szikra-* vagy *fénylátás* (fotopszia),

zörej (akoazma), paraesztéziák stb. és összetett, pl. jelenetek észlelése (szcenikus), párbeszéd hallása stb. Kivételesen több érzékszerv részéről egyszerre is jelentkezhethet zavar: „érzi a bogarakat a testén és látja is azokat”, „látja, érzi és ízleli a szájából kiszedett fonalakat”.

A gondolkodás és zavarai

A gondolkodás az információfeldolgozás magasabb szintje – a feladatok megoldása a tanulással elsajátított ismeretek segítségével, a képzetek és fogalmak szándékos (aktív) összekapcsolásával, az emlékképek mozgósításával történik, a lehetőségek, összefüggések, következtetések mérlegelésével. Az *asszociáció* a képzetek és fogalmak célszerű összekapcsolása. A *fogalomalkotás* szimbólumok kialakítása, melyek segítségével a különböző gondolkodási folyamatokat végrehajthatjuk. Az *ítéletalkotás* a fogalmak egymáshoz viszonyítása, és új összefüggések megállapítása. A *következtetés* új ítéletek és felismerések kialakítását jelenti, az ítéletek összekapcsolásával. A *célképzet* huzamos ideig, a cél megvalósulásáig állandósul a tudatban, válogat a tartalmak között – egyszerre több célképzet is jelen lehet. A *személyiségközei gondolkodás* anyaga személyes, egyedi. A *személyiségtávoli gondolkodás*kor a képzetek és fogalmak alkalmazása a logikai szabályoknak és a társadalmi szokásoknak felel meg. A kétféle gondolkodástípus egységként jelentkezik, és normális körülmények között egyensúlyban van. *Katatímia* következtében a személyiségközei gondolkodás jut túlsúlyba, és ez affektív torzulást hoz létre – gyermekeknél és regresszióban gyakori, a primitív társadalmakban előtérben áll (mágikus, animisztikus gondolkodás). Az ép gondolkodás összefüggő egész, bármelyik összetevőjének változása megzavarhatja a gondolkodás folyamatát.

A *képzet és a fogalomalkotás hiánya* érzékszervi fogyatékoságnál, gyengeelméjűségnél fordulhat elő. „*Szaloni dió*” esetén az egyén nagyszámú, de nem világos fogalommal rendelkezik. A *neologizma* új, kóros fogalmak alkotása (elsősorban szkizofréniánál) – a *szkizofázia* neologizmákból

felépített, kizárólag a beteg számára érthető beszéd, mely mondattanilag helyes is lehet.

A gondolkodás alaki zavarai

- *Kvantitatív zavarok.* A gondolkodás tempójának változásaival járnak. A gondolkodás felgyorsulása fokozott beszédkésztetéssel (*logorrhoea*) társul, a célképzetek gyorsan változnak, gyakoriak a hangzási asszociációk, a gondolkodás veszít az értékéből, az ítéletalkotás pontatlanná válik. A *gondolatrohanás* az asszociációk igen gyors váltása („a „századikról az ezredikre ugrik”). A *másodlagos összefüggéstelenség* (*szekunder inkoherencia*) a felgyorsulás következtében jön létre, a felületes összefüggések is elvesznek, a beszéd érthetlenné válik. A felgyorsulás gyakran társul kritikátlansággal (előfordulása főként mániás epizódban és drogok hatására következik be). A *gondolkodás meglassúbbodása* tematikai szegénységgel párosul, a célképzetek megtapadnak; a beteg tehetetlenségnek, ürességnek éli meg. *Monoideizmus* esetén a betegség, a tehetetlenség gondolkodóköré kerül előtérbe, ismétlése üresjáratként jelentkezik (elsősorban depresszió, organikus károsodások esetén fordul elő).
- *Kvalitatív zavarok.* Sajátos bizarr asszociációk, melyek elsősorban a szkizofréniára jellemzőek. A *zárlat* a gondolkodás hirtelen elakadása (a beteg a gondolkodás elvonásának, elapadásának éli meg), oldódását követően a gondolkodás a zárlat előtti formájában folytatódik. *Gondolattolongás*kor a gondolkodás megállíthatatlan, öntörvényű (a beteg ugyancsak külső erők hatásaként éli meg). *Inkoherencia* fennállásakor a gondolkodás összefüggéstelenné, értelmetlenné válik, a célképzet hiányzik, heterogén tartalmak kerülnek egy mondatba, de a gondolkodás teljesen szét is eshet. A primer inkoherencia nem vezethető le egyéb pszichés jelenségekből (súlyos formájában tanácstalansággal, szorongással, céltalan viselkedéssel, zavartsággal társul). A kuszaság megjelenésekor véletlenszerű, bizarr asszociációk, csapongó,

szétszórt gondolkodás észlelhető; gyakoriak a sűrítések, bizonyos tartalmak ismétlése (*perszeveráció*), egyes gondolatrészek között hézagképződések alakulhatnak ki, a kusza gondolatoknak néha transzcedentális (tapasztalatoktól független) értelmé sejtethető (lásd a tudatzavaroknál is). A *paralógiás gondolkodás* jellemzője, hogy a fogalmak elmosódottá válnak, a célképzetek mellékes képzetekkel keverednek, ezáltal a gondolkodás „félrecsúszik”. Az *alógiás gondolkodás* fennállásakor a gondolkodás hiányos, lényeges tartalmak esnek ki, helyüket oda nem illő gondolatok foglalják el.

A *pszichés automatizmusok* akarattalosan nem befolyásolhatóak, más pszichés jelenségekben nem érthetjük meg azokat, a személyiség számára idegenek, értelmetlenek. Megjelenési formáik: a *tévelyötlet* (bizarr, megalapozatlan, az egyén számára irreális, ennek ellenére bizonyosságot jelent, kritikai megfontolás nélkül cselekvéshez vezethet vagy téveszmét indíthat el), a *gondolatátvitel* (gondolatát másnak tulajdonítja), és a *gondolatelvonás* (gondolatainak hiányát kívülről idézik elő). Az ún. *személyes evidenciák* átmenetet képeznek a gondolkodás tartalmi zavaraihoz, meghatározzák az egyén viselkedését, bár mellőzik az objektív összefüggéseket – ilyenek a tévelygondolatok, a kóros vonatkoztatás, a kóros jelentőségtulajdonítás (lásd az észrevevési zavaroknál).

A gondolkodás tartalmi zavarai. Állandó jellegű téves tudattartalmak, melyek a magatartás zavaraihoz is vezetnek. A *fóbia* helyhez, tárgyhoz, állathoz stb. kapcsolódó szorongás. A szorongás kízó, ezért az egyén elkerülő magatartást tanúsít (súlyos esetben egész életét a fóbia elkerülésére rendezi be). Fő csoportjai: agorafóbia, szociális fóbiák, specifikus fóbiák. A *kényszer* az akarattól függetlenül fellépő, énidegennek érzett gondolati tartalom vagy cselekvés, mely kízó érzéssel tölti el a beteget, és melynek többnyire nem tud ellenállni. Két csoportja a *kényszercselekvés* (*kompulzió*) és a *rögeszme* (*obszesszió*):

utóbbi alcsoportjai a kényszergondolatok és a kényszerimpulzusok. A kényszercselekvések lehetnek tisztálkodási és ellenőrzési kényszerek; olyan cselekvéssorok, melyek ellen az egyén küzd, mégis végrehajtja azokat. Merev sémák, rituálék alapján, sztereotip formában zajlanak. A *kényszergondolatok* tilalmasnak, ártalmasnak tartott gondolatok, melyek énidegenek, a beteg meg akar tőlük szabadulni, de azok mégis állandóan visszatérnek. A *kényszerimpulzusok* késztetések valamilyen ártalmas cselekvés véghezvitelére, de az egyén sohasem hajtja végre azokat, mégis retteg tőlük és következményeiktől.

A *téveszme* (*doxazma*) kóros forrásból származó túlértékelt ítélet, a bizonyosság erejével hat, a személyiséggel szoros kapcsolatban áll, az énrre vonatkozik, korrigálhatatlan (a tartalom helyesége vagy helytelensége nem mérvadó, az én-re vonatkozás minősége és erőssége a döntő). Elkülönítendő a *túlértékelt eszméktől*, melyek a mindennapi életben is gyakori előítéletek, babonák, prófécia stb. Létrejöttükben jelentős a környezeti behatások, a szuggesztív szerepe. Kórossá akkor válnak, ha irrealitásuk növekszik, korrigálhatóságuk csökken. Az *elsődleges téveszme* a betegség közvetlen következménye, és az én, illetve a külvilág reakciójának, szintézisének zavarából származik: sajátos érzelmi állapot (tévelyhangulat, megváltozottság érzése), az egyén a külvilág történéseit magára vonatkoztatja és ebbe „robban be” a téveszme. A *másodlagos téveszme* körülírt pszichés folyamatokból származik. A *holotím téveszmék* a megváltozott hangulat következményei, pl. nagyzásos (megalomániás) vagy bűnösségi, önvádolásos (mikromániás) téveszmék. A *katatimiás téveszme* igényeket, vágyakat fejez ki. A téveszmék témájuk szerint lehetnek *nagyzásos* (expanzív) téveszmék, mint a származási (genealógiai), a szerelmi (erotomán), a vallási (religiózus), a feltalálási (inventorius) *téveszmék*. *Mikromániás téveszmék* a bűnösségi-önvádolásos, elszegényedési, hipochondriás, nihilisztikus téveszmék. Az *üldöztetési* (perszekutoros) *téveszmék* közé sorolhatók a szenzitív-vonatkoztatásos, a befolyásoltatásos, a féltékenységi, a perlekedési (kverulatoros) téveszmék. A

téveszmék az egész személyiséget a maguk irányába változtatják, ennek ellenére az egyén a környezetébe megfelelően illeszkedhet be, a mindennapokban jól boldogulhat („*kettős könyvitel*”).

Az emlékezés és zavarai

Az emlékezés az élet során véletlenül vagy szándékosan (tanulással) szerzett ismeretek rögzítése, tárolása és felidézése. A rögzítés (megjegyzés, bevésés, engráfia) engramokban történik szándékosan vagy akaratlanul, éber tudatállapotban (bár az alvás alatti behatások és a küszöb alatti ingerek is hagyhatnak nyomot, de felidezésük bizonytalan). A megőrzés (tárolás) függ a megjegyzés minőségétől. A felidezés (az engramok ekforálása) a gondolkodási folyamat része; lehet spontán (*reproduktív emlékezet*) vagy tudatos (*retrospektív emlékezet*). A felidezés nehézségének oka lehet az inger gyengesége, az interferencia jelensége (az egyidejű vagy röviddel az információt követő erősebb inger kioltja az eredetit), az ismétlés hiánya, az elfojtás (az egyén a számára erősen negatív ingereket kiszorítja a tudatából, de azok feszültségforrásként megmaradnak).

A tanulás (szándékos megjegyzés) feltételei: a figyelem megfelelő koncentrációja, a motiváció, az optimális érdeklődés, az érzelmi viszonyulás a megtanulandó anyaghoz, a tanulás típusának (vizuális, auditív stb.) és a biológiai ritmusnak a figyelembe vétele (korán ébredő, este friss típus stb.), az anyag strukturáltsága, megértése, az ismétlések száma. A rövid távú (*recens*) emlékezés az azonnali visszaidézést jelenti, a tartós, hosszú távú (*permanens*) emlékezés esetén a többnyire értelmes és énközel tartalmak az információk ismétlésével vagy társítással kerülnek elraktározásra, általában hosszú időre. A felejtés aktív folyamat, védekezés a túltelítődés ellen (ha túl sok adat zsúfolódik össze, az lassítja a felidézést), illetve megszabadítja az élményeket az erős érzelmi töltéstől – az emlékezés és a felejtés egyenrangúak, egységet alkotnak. A felejtésben szerepet játszik az *előreható gátlás* (a régi ismeret akadályozza az új

ismeret bevésését) és a *visszafelé ható gátlás* (a friss ismeret akadályozza a régi felidését).

Az emlékezés zavarai (amnéziák). Körülhatárolt emlékezetkiesések, melyek meghatározott időre vagy körülhatárolt élménytartalomra vonatkoznak.

- *Organikus eredetű emlékezőzavarok.* Közös jellemzőjük, hogy minél intellektuálisabb az élmény és minél közelebb áll a jelenhez, annál instabilabb (Ribot-törvény). Az *amnézia* kiterjedése szerint lehet teljes (*globális*) vagy részleges (*parciális*). Utóbbi vonatkozhat egyes emlékképek szigetszerű kiesésére (*lakunáris*) vagy egymással összefüggő események, élmények elvesztésére (*szisztematikus*). A kiváltó okhoz viszonyított időbeliség alapján az emlékezés hiánya egybeeshet a tudatvesztés idejével (*kongrád amnézia*), vonatkozhat a megelőző időszakra (*retrográd*) és kiterjedhet az azt követő időszakra (*anterográd*) is.

Dinamikája alapján átmeneti (*tranzitorikus*) az amnézia, ha a tudatzavart követően lép fel (pl. epilepsziás roham, TIA stb.), állandó (*stacioner*) nem progrediáló károsodásnál, előrehaladó (*progresszív*) fokozatosan kibontakozó kórfolyamatoknál (pl. demencia). A *paramnézia* az emlékképek meghamisítása (emlékezési illúzió), az *emlékezési hallucináció* pedig nem létező emlékképek jelentkezése.

- *Pszichogén vagy funkcionális emlékezőzavarok.* A személyes élettörténet, az egyénre jellemző motiváció magyarázza, hogy ki mit tart a maga számára fontosnak (miért jegyez meg bizonyos dolgokat, miért felejt el másokat). *Kvantitatív funkcionális zavarok:* a mindennapi életben gyakori a megfélekedés (*hipomnézia*). A *hipermnézia* az akaratlanul felbukkanó emlékekre vonatkozik. A *disszociatív amnézia* azt jelenti, hogy egyes emlékek mások hatására kiesnek, pl. a kellemes emlékekre jobban emlékezünk, a közömbösökre kevésbé, a megoldatlan feladatokra jobban, mint a megoldottakra, a kellemetleneknél elfojtás (konverzió) jöhet létre.

Kvalitatív funkcionális zavarok (allomnézia): tartalmi változások. A *katatimia* affektív mnesztikus transzformáció. A kognitív mnesztikus transzformáció esetén az egyén új ismeretei átalakítják az emlékeket. A személyiség-specifikus mnesztikus transzformáció élettörténeti adatokból levezethető emlékezzetorzulást jelent.

Az érzelmi élet és zavarai

Érzelem (emóció): az „én” által szubjektívnek érzett viszonyulás egyfelől a külvilág történéseihez, másfelől saját belső történéseihez. Fő jellemzői a *szubjektivitás* és a *bipolaritás*. Az érzelmek lehetnek *érzéketi-szenzoriális érzelmek* (az ösztönös törekvéseket és észrevevéseket kísérik), *intellektuális érzelmek* (képzetekhez, fogalmakhoz társulnak), *aktivitási érzelmek* (a fizikai és pszichés tevékenységet kísérik), *interindividuális és szociális érzelmek* (az emberekhez való viszonyhoz, illetve meghatározott csoportokhoz kötődnek). Az érzelmek minőségüket tekintve lehetnek pozitívak vagy negatívak (kellemes vagy kellemetlenek), céljainkkal összeegyeztethetők vagy nem (kongruensek vagy inkongruensek). Érzelmünk a hangulatunktól, a kiváltó inger minőségétől, erősségétől, tartósságától függenek. Az érzelem erőssége a kiváltó inger függvénye, tartóssága intenzitásában az idő előrehaladtával fokozatosan csökken. Az érzelmeket kifejező mozgások kísérik (mimika stb.)

Az érzelem speciális formái: a *vágy*, mely tartós és irányult érzelem, befolyásolja az akaratlagos törekvéseket, bár korlátozható és egyensúlyban tartható, míg a *szenvédély* esetén uralkodóvá válik a vágy, tárgya az egyén jobb belátása ellenére „kielégítést nyer”. Az *indulat* hirtelen megnövekedett érzelem, mely beszűkíti a tudatot, „kisülésre”, cselekvésre hajt, majd ezt követően meg is szűnik. Élénk mozgások és vegetatív tünetek kísérik. Az *önuralom* az indulatok fékezésének képessége. A *hangulat* egyidejű érzelmek összegződése (kedélyi színezet, kedv vagy kedvetlenség), mely a pszichés történéseket huza-

mosabb ideig kíséri, aláfesti. A *közérzet* a vitális működésekhez társuló érzelem.

Az érzelmek fontos szerephez jutnak a kognitív folyamatokhoz való kapcsolódásuk által; az értékelés következtében az érzések minősége módosulhat. Befolyásolják a figyelmet és az emlékezést, motiválják a tanulást. Szoros a kapcsolatuk a cselekvésekkel (késztetésekkel, motivációval), fontos szerepük van az alkalmazkodásban (adaptációban) is.

Az érzelmek formai zavarai. Gyakori az ingerlékenység (*irritabilitás*), melynek fennállásakor az emocionális válaszkészség az indulati reakciók irányába tolódik. Az *affektus augmentáció* az indulatok szándékos gerjesztése, az *explózió* heves, robbanásszerű izgalom az akaratlagos és a kifejező mozgások viharával. A *kóros indulat* a kiváltó okkal minőségben, intenzitásban vagy időtartamban nem áll összhangban. A *raptus* ritkán fordul elő; félelem és indulat hatására vad támadás jön létre a környezete és saját maga ellen. Az *eufória* a közérzés pozitív irányú fokozódása. A *közöny* az emocionális válaszkészség csökkenése, az *apátia* érzelmi hiány, érzelmi üresség (önmaga felé is), az *anhedónia* az öröm élményszerű megélésének képtelensége, az *elsivárosodás* az érzelmek destrukciójának következménye. *Érzelmi labilitás* esetén túlzott és kiszámíthatatlan érzelmek jelennek meg, melyek ugyanarra a tárgyra vonatkozóan is gyorsan változhatnak.

Az érzelmek tartalmi zavarai. Az *emocionális inkontinencia* esetén ugyanazon témakörben szélsőséges, sokszor egymással ellentétes affektív reakciók jelennek meg, melyeket az egyén nem tud uralni. Az *érzelmi befolyásolhatóság* fennállásakor az egyén aláveti magát az adott helyzetet irányító személy érzelmi beállítottságának. *Érzelmi merevség* (rigiditás) esetén az egyén nem képes érzelmeit a helyzetnek megfelelően módosítani, míg az *érzelmi tapadékonyság* (viszkózitás) jelentése, hogy az egyén nem tud szabadulni aktivált, többnyire negatív érzelmeinek hatásától. Az *ambivalencia* ellentétes érzelmek együttes jelentkezése egyazon kérdésben – normális jelenség, de

szélsőséges formájában kóros: tanácstalansággal, szorongással stb. társul. Az *inadekvát érzelem* nem felel meg a reális helyzetnek, érzelmi disszonancia – a megélt érzelem és nonverbális kifejezése között ellentmondás van (paramímia, parapantomímia). Az *alexitímiás* képtelen saját érzelmeinek felismerésére és kifejezésére. Az *emocionális retardáció* az értelmi fejlődés visszamaradásához társul, az érzelmek éretlenek, infantilisak, nem árnyaltak. Az *érzelmi regresszió* egy korábbi fejlettségi szintnek megfelelő érzelmi reakciók jelentkezése (színlelés, pszeudodemencia, infantilizmus stb.). *Emocionális leépülés* kialakulásakor az érzelmi válaszkészség fennmaradhat, de a reakciók üressé válnak (*mória*, derű, kritikátlanossággal társult jókedv). A *letargia* kimerüléssel közöny, érzelmi kifáradás következménye. A *paratímia* a szituációval ellentétben álló érzelmek megjelenése, a *diszfória* rossz közérzet.

Affektív szindrómák

- *Depresszió (disztímia)*. Nyomott alaphangulat, kísérő tünetei a komplex negatív élménymód (csak a számára kedvezőtlen eseményeket veszi tudomásul), az anhedonia (képtelen az öröm érzésére), az érzelem nélkülség élménye (érzelmek gátoltsága, az érzelmi válaszadásra való képtelenség megélése), a menthetetlenség, reménytelenség érzése, a vitális érzelmek hiánya (súlyosabb depresszióknál). A szorongás csak ritkán hiányzik. A pszichomotoros meglassulás, a tevékenység csökkenése, a depresszióra utaló mimika, tartás, beszéd stb. további tünetek. A vegetatív zavarok, mint az alvászavar, az étvágytalanság, fogyás mindig jelen vannak; a közérzet rossz (diszfória).
- *Mánia (hipertímia, enyhébb esetben hipománia)*. Fő tünetei az emelkedett hangulat, az indokolatlan jókedv, az eufória, az affektivitás fokozódása, a pozitív érzelmek előtérbe kerülése, az ingerlékenység, a távolságtartás hiánya, néha agresszivitás. Jellemző tünetei még: felgyorsult pszichomotorium, fokozott beszédkésztetés, fáradhatatlan aktivitás, változó kezdeményezések, gátlástalanság, kritikát-

lanság, az én túlértékelése. A vegetatív zavarok minimális alvásigényben, fokozott étvágy mellett a testsúly csökkenésében vannak jelen. Az emelkedett alaphangulatot megfelelő mimika, mozdás, tartás, beszéd stb. kíséri.

- *Szorongás (anxietas)*. Tárgyatlan félelem valódi veszély nélkül (a valódi félelemnek jelző funkciója van a veszély elkerülésére). A szorongás izgalmat, aggodalmat jelent, dermedtséget idéz elő vagy menekülésre készítet. Beszűkíti a gondolkodást, sajátos értékeléshez vezethet (rossz sejtelmek, következtetések), nyomott hangulatot hozhat létre, hiperaktivitást is kiválthat (a beteg orvostól orvosig szaladgál, gyógyszereket próbál ki stb.). Regresszív viselkedésmódok jöhetnek létre (infantilis, függő, máskor agresszív, kötekedő). Vegetatív, testi tünetek, mint szívdobogás, szájszárazság, izzadás, a pulzus, a vérnyomás, a bőrellenállás és a légzés változása, pupillatágulat, szorítás a torokban és a mellkasban, gyakori vizelés és székelés, néha sápadtság és az izomtónus növekedése jelzik meglétét. Az *aktuális (normális) szorongás*, ha az adott eseményhez kötött és reális, kifejezetten stimuláló hatású is lehet (növeli a teljesítményt). A *személyiségi szorongás* hajlamot jelent a szorongásra, így az állandó vagy könnyen mobilizálható. A *klinikai vagy kóros szorongás* számos betegség tünete, de gyógyszerek (tiroxin, kortikoszteroidok stb.) is kiválthatják. A testi betegségek fennállásakor *vitális* jellegű lehet a *szorongás* (szívizominfarktus, agyi anoxia stb.). A szorongásos (neurotikus) kórképek a személyiségből, a konfliktusokból erednek (fóbiák, kényszerek, pánikszindróma stb.). A szorongás a pszichózisoknak is gyakori tünete (depresszió, szkizofrénia, organikus kórképek stb.).

A cselekvés és zavarai

A cselekvés a külső és belső hatásokra (késztetések, motiváció) adott válasz, mely a reflexes-ösztönös reakcióktól a szándékos és automatikus

cselekvésekig terjed. Az *akciós tendencia* készítettség arra, hogy cselekvéseket hajtsunk végre, az *ösztönzés (drive)* pedig biológiai hajtóerő elemi szükségletek kielégítésére (tanult formája a *szenvedély*). Az *appetencia* az örömszerzésre irányuló kereső viselkedés. Az *averzió* a kellemetlen érzésekkel összefonódó élmények kerülése. A *motiváció* szervezett, célszerű cselekvésekre készítettség pszichológiai mozgatóerő. Alapvető motívumok az ön- és fajfenntartási, a társas szükségletekre (szexualitás, anyai viselkedés) stb. ösztönző készítetések (az optimális emocionális aktivációs szint, az arousal feltétele a motívumok működésének).

A magasabb szintű motivációk a személyiségfejlődés során alakulnak ki: komplexek, személyhez kötöttek, függetlenek az alapvető készítetésektől (tanult szociális motiváció). Az *indíték (Antrieb)* az a kezdeményezőkétség, mely minden motívum háttérében fellelhető. Az *akarat* valamely cél kitűzése és annak megvalósítását elősegítő, cselekvésre való törekvés.

A *mozgás* helyzetváltoztatásra irányul, de az érzelmi állapot kifejezője is. A *kifejező mozgások* érzelmi állapotok és indulatok kísérői, tanulás eredményeként azonban kontroll alatt tarthatók. A *szándékos cselekvés* külső eseményekből és lelki történésekből származó indítékok következménye. Az *automatikus mozgások* akaratlagos mozgásokból fejlődnek gyakorlás útján.

A mozgások zavarai. Ide tartozik a pszichomotorikus funkció változásaként a *hipermotilitás*, ami alatt a fizikai mozgások mennyiségi növekedését értjük. A *hiperaktivitás* fokozott tevékenységet jelöl, az *izgatottság* pedig a belső feszültség mozgásos megnyilvánulását. Az *agitáció* erős szorongásban jelentkező, célszerűtlen pszichomotoros nyugtalanság. *Impulzivitás* esetén a feszültség indokolatlanul egy célirányos cselekvésben „sül ki”. A *jaktáció* elemi, összefüggéstelen mozgásroham. A pszichomotoros meglassulás (*retardáció*) a pszichés tempó meglassulását, a mozgások mennyiségi csökkenését jelenti. A *stupor* a pszichomotoros gátoltság szélsőséges formája, melyben nemcsak a mozgások szűnnek meg, hanem a

verbális kommunikáció is (*mutizmus*). Az *emocionális stupor* érzelmi hatásokra fellépő mozgás- és/vagy beszédgátlás. A *negativizmus* ellenkezés mind a külső, mind a belső történésekkel, mely lehet *aktív* (ha ellenáll a parancsnak vagy az ellenkezőjét teszi), illetve *passzív* (ha nem teljesíti).

A *katatón mozgászavarok* a pszichomotorium sajátos zavarai, többnyire bizarr, diszharmonikus megnyilvánulások, amelyek elsősorban a szki-zofrénia katatón formájában fordulnak elő. A *sztereotípiák* ismétlődő céltalan mozgások, a *manír* a félszeg, szögletes, torz mozgások elnevezése. *Parancsautomatizmus* esetén a beteg a felszólításokra úgy válaszol, mint egy automata (akár százszor egymás után is). Az *echolalia* a hallott szavak visszhangszerű ismétlése, az *echopraxia* a látott mozgások gépies utánzása. *Harántimpulzus*-ról beszélhetünk, ha egy bizonyos tevékenységgel azonos időben váratlanul egy ellentétes mozgástörekvés lép fel. A *flexibilitas cerea* és a *krisztalizáció* (viaszhajlékonyság és merevség): a passzívan mozgatott végtagok új helyzetüket hosszú ideig megtartják (légpárnatartás stb.). A *katatón mozgásvihar* rendezetlen, néha a környezetet is veszélyeztető hipermotilitás, mely kimerüléshez is vezethet (Stauder-féle halálos katatonía).

A *mimikai mozgások* fokozódása a *hipermimia*, a *hipo-*, illetve *amimia* a mimikai mozgások csökkenése vagy hiánya, *paramimia* esetén a mimika nincsen összhangban a kiváltó érzelmekkel.

A készítetés (iniciativa) és a motiváció zavarai. A célirányos tevékenység csökkenése vagy változása igazolható. *Ambitendencia*: egyidejű ellentétes készítetések megjelenése következményes tanácstalansággal. Az *önfenntartási motiváció* zavarai közé tartozik az *anorexia*, a kóros étvágytalanság, extrém lesóványodás, illetve a kóros étvágy, falás (*polifágia*, *bulímia*). Az öngyilkosság (*szuicídium*) a saját élet ellen irányul, az *önpusztító magatartások* (alkoholizmus, narkománia stb.) az egyén egészségét veszélyeztetik. A *pica* a legkülönbözőbb anyagok „megkívánása”, elsősorban terhes nőknél (néha kréta, mézpor evése is). A *koprofágia* – undorkeltő anyagok evése – elsősorban szellemi hanyatlás esetén for-

dul elő (az önfenntartási ösztön perverziói). A szexuális motiváció megjelenési formái a *hiposzexualitás*, amikor a szexuális szükségletek motívumai kórosan csökkennek (*impotencia*, *frigiditás*), illetve a *hiperszexualitás*, a szexualitás megnövekedése (*nimfománia*, *szatiriazis*). A *parafilák* fogalma a szexuális motívumok torzulásait fogja egybe.

A cselekvés zavarai. *Hipobulia*, *abulia*: az akarási, a spontaneitás csökkenése vagy hiánya, *hiperbulia*: a merev, fokozott akarati tevékenység, elsősorban narcisztikus, antiszociális személyiségeknél. A *kényszercselekvések* tudatosan megtervezett cselekvéssorok (rítusok), melyek az egyén akaratától függetlenül, illetve annak ellenére, kényszerként jelentkeznek. Az *impulzív cselekmény* létrejöttékor a cselekvést elindító affektus pszichés kontrollja hiányzik. Az *agresszív cselekmény* a rombolás szándékát is magába foglaló, másokat (heteroagresszív) vagy önmagát sértő (autoagresszív) viselkedés.

A személyiség

A személyiség globális fogalom, az ember egyedi lelki tulajdonságainak dinamikus összessége. Tartalmazza a lelki működések minden rétegének egyedi vonásait, így a megismerő funkciók, az érzelmi reakciók, a motivációk, a cselekvések egyedi vonásait is magában foglalja. Bizonyos személyiségelméletek (alkattan) a testi felépítés egyedi sajátosságait is bevonják a fogalom körébe. A definícióban szereplő ember szó helyett a „személy” kifejezés is használható. Egyedül az embernek jár ki a „személy” minősítés. Jelentése, hogy az embermivoltot egy megismételhetetlen individuum formájában valósítjuk meg.

A *személyiség* pszichológiai fogalom, a személy egyedi tulajdonságainak összessége. Az általános tulajdonságok az emberi magatartás általánosan érvényes törvényszerűségei, amelyek többé-kevésbé minden egyedre vonatkoznak (pl. a tanulás törvényszerűségei, a kommunikáció stb.). A jellemző egyedi tulajdonságok vizs-

gálata során viszont a személyek közötti különbségek képezik az elemzés tárgyát (differenciálpszichológiai fogalom). Természetes, hogy az ember testi mivoltában és lelki tulajdonságaiban egyaránt vannak egyedi különbségek. A *személyiség fogalma* azonban pszichológiai, azaz a *tág értelemben vett magatartásra vonatkozik* (beleértve ennek a szubjektumban leképeződő vetületét is). A magatartás komplex folyamatában állandó, stabil, a szituációtól viszonylag független sajátosságok különíthetők el, ezek a *személyiségvonások*. A személyiség az életkor, a képzés, az idő, a körülmények, a tapasztalatok függvényében változik. Másrészt viszont a személyiség biztosítja az egyed önazonosságát, stabilitását. Az önazonosság és a változás pólusai közötti dinamikus feszültség a személyiség fogalmának alapvető jellemzője.

Tág értelemben a személyiség fogalmának része az értelmi képesség, az *intellektus* is. Az intellektus is differenciálpszichológiai fogalom, a személyiség teljesítményének mennyiségi értékelése adja. Az *értelem szintjét* becsléssel, méréssel állapítjuk meg. Feladatokat konstruálunk, amelyek az értelem egy-egy részterületére (az ismeretek elsajátításának képessége, a fogalomalkotás szintje, az elvont gondolkodásra való képesség, a logikus gondolkodás, a manipulatív készségek, a vizuális-térbeli tájékozódás stb.) kérdeznek rá. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a személyiség e két aspektusa nem független egymástól.

Az intellektus magas szintje a személyiség egyéb tulajdonságait is jelentősen megerősíti. Minél alacsonyabb az intellektus színvonala, a személyiség egyedi vonásai annál inkább elmosódnak. Fordítva is fennáll a kapcsolat: a személyiség bizonyos tulajdonságai elősegíthetik, vagy ellenkezőleg, gátolhatják az értelmi képességek kibontakozását. Az intelligencia zavarai lehetnek mennyiségiek (mentális retardáció, szellemi hanyatlás) vagy megnyilvánulhatnak az intelligenciastruktúra változásaiban (az egyes részfunkciók közötti arányok meghaladják az átlagos különbségeket – a verbális és a performációs feladatok teljesítménye közötti különbségek).

A személyiség alapvető sajátosságait *genetikai tényezők* befolyásolják. Számos genetikailag meghatározott betegség ismert, melyek a személyiség zavarával járnak együtt. Minden, az idegrendszert érintő megbetegedés, amely a lelki funkciókat is érinti, a személyiségre is kihatással van.

A személyiség döntően a szocializáció során alakul ki. A fejlődő idegrendszert tartósan érő szociális hatások következményeként, tanulás révén formálódik a felnőtt személyiségre jellemző magatartásrendszer. A szocializáció elsődlegesen a családban zajlik. Másodlagos szocializáció jön létre az iskola, majd a munkahely és a tágabb szociális környezet hatására. A szocializáció folyamatában bár mikor felléphetnek olyan károsodások, amelyek a felnőtt személyiség zavarához vezethetnek¹².

A mentális tevékenység és összetevői

Tringer László

A *tevékenység* maga is komplex fogalom. A szakértői elemzés érdekében célszerű, ha részkatégoriákra bontjuk, s az egyes összetevőket külön-külön is vizsgáljuk. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy ezek a kategóriák egymástól élesen el nem választható magatartás-tartományokat jelentenek.

Az ismeretek megszerzése és alkalmazása

A tanulás az idegrendszerrel rendelkező élőlények alapvető sajátossága. Az embernél kiemelt jelentősége van a társadalmi körülményekhez való alkalmazkodásban. A konkrét egyed vizsgálata során tájékozódunk az iskolázottság, a kultúráltság mértékéről.

Az adott személy meglévő ismeretanyagát tekintjük kiindulási alapnak¹³. E vonatkozásban több kérdés vetődik fel.

- Milyen volt és milyen jelenleg *az egyén ismeretanyaga*. Az ismeretanyag ugyanis esetleges szellemi hanyatlásnál vagy más jellegű kiesési tüneteknél jelentősen csökkenhet. Értelmi fogyatékoságnál – annak fokától függően – eleve az ismeretanyag hiányával kell számolnunk.
- *Az ismeretek alkalmazása a gyakorlatban*. Miként kommunikál másokkal, mennyire képes kifejezni önmagát, megértetni gondolatait, elképzeléseit, vágyait. Mennyire képes jelét adni érzelmi állapotainak és szavakba önteni azokat? Miként viszonyul betegségéhez, milyen ismeretei vannak ezzel kapcsolatosan? Miként vélekedik arról az eljárásról, amelynek része a szakértői vizsgálat (kártérítési ügy, munkaképesség elbírálása stb.)?
- *Az ismeretek alkalmazása a hivatás és a munkakör területén*. E vonatkozásban részletesen elemezzük, miként felel meg a beteg a munkahelyi elvárásoknak, ugyancsak összehasonlítva a korábbi (betegség, baleset előtti) teljesítmény színvonalával.
- *Tanulás, új ismeretek elsajátítása, új magatartásmódok kialakítása*. A tanulásra való képesség az ember alapvető ismérve. Mentális betegségek kapcsán ez a képesség már korán károsodik. Enyhe formái szinte észrevétlenek, és csak hosszú távú időintervallum elemzése kapcsán kerülhetnek napvilágra. A vizsgálat során jellemző adat lehet például az, ha a beteg abbahagyja megkezdett tanulmányait vagy elhalványul korábbi, újdonságokra való törekvése. Más esetben az életmód és a magatartás merev egyhangúsága tűnik fel. A beteg válaszadásaiban gyakorivá válik a „nem tudom” kifejezés, ugyanakkor feltűnik, hogy érdeklődése sincs az új ismeretek megszerzése iránt. A beteg természetes, korábban meglévő „kíváncsisága” elvész.

¹² A személyiség zavarait részletesen lásd a „Személyiségzavarok” c. részben

¹³ Lásd a „Személyiség” c. részt és ezen belül az intellektusra vonatkozó megállapításokat

- Az intellektus vizsgálatok a pontosabb állapotfelmérés céljából *klinikai pszichológus* segítségét vehetjük igénybe, aki többnyire a *Wechsler-féle intelligenciatesztet* alkalmazza, amennyiben a beteg életkora és állapota ezt lehetővé teszi. Ha lokális kérgi kiesési tünetek is fennállnak, *neuropszichológiai tesztek* felvétele válhat szükségessé.

Létfenntartási tevékenység

Ebbe a csoportba soroljuk azokat a „rutintevékenységek”-et, amelyek a vizsgált személy mindennapjának velejárói (ilyen például a táplálkozás, a tisztálkodás, a személyi higiéne fenntartásával kapcsolatos műveletek). E tárgykörbe tartoznak a lakásfenntartással kapcsolatos mindennapi feladatok (pl. fűtés, az esedékes köztartozások rendezése stb.). A létfenntartással kapcsolatos tevékenységek közé sorolhatjuk a közlekedéssel, a napi helyváltoztatással összefüggő tennivalókat is.

Interperszonális kapcsolatrendszer

Mentális betegségek esetén az interperszonális kapcsolatok hálója gyakran károsodik. A betegségek többsége e *kapcsolatok elszegényesedésével*, megfogyatkozásával jár együtt. Ritkábban előfordul (például mániás állapotokban), hogy a kapcsolatok hálója kibővül, mennyiségében gazdagodik, ugyanakkor azonban minőségében sekélyesedik. A szkizofrén betegek, egyes neuroziszformákban szenvedők a kapcsolatok elvesztésével jellemezhetőek. Esetenként patológiás kapcsolatok alakulnak ki, mint például egyes szkizofrén betegek szimbiotikus összefonódása valamelyik szülővel (többnyire az anyával). Számos mentális beteg eleve szegényes kapcsolatokkal rendelkezik, még a betegségét megelőző állapotban is (ezt elsősorban szkizofréniáknál észlelhetjük, illetve egyes személyiségzavaroknál). Míg a mániás betegek a könnyű kapcsolatteremtés jellemző (nemegyszer kritikátlan mó-

don), a betegek többségére a nehezített kontaktusfelvétel jellemző.

A vizsgálat során különös gonddal elemezzük a betegség előtti kapcsolatrendszert, összehasonlítva a betegség után bekövetkező változásokkal. E változások nemegyszer a betegség közvetlen következményeként, azzal ok-okozati kapcsolatban vannak. Más esetben a betegnek a betegséggel kapcsolatos helytelen magatartásából következnek (ami többnyire elégtelen orvosi felvilágosításból, elégtelen „betegoktatás”-ból fakad). Az előbbire jellemző lehet a poszttraumás stressz szindróma. Az utóbbi azokra a (pl. szívinfarktuson átesett) betegek vonatkozhat, akik az akut történést követően feladják életüknek azokat a területeit is, melyek feladását a betegség egyáltalán nem indokolja (például fokozott „önkíméletből” nem ápolják baráti kapcsolataikat).

Feladatok végrehajtása, mindennapi helyzetek megoldása

Ide soroljuk azokat a tevékenységeket, amelyek a mindennapi élettel együtt járnak ugyan, de mégsem sorolhatjuk őket a „rutinfeladatok” sorába. Esetenként problémás helyzetekről vagy konfliktusokról van szó (például elromlik a gázkészülék, szerelőt kell keresni, kihívni, meg egyezni vele az árban, szakemberrel tárgyalni stb.) Más esetben konfliktuskezelés válik szükségessé a családban, munkahelyen, utcán, üzletben stb.

A vizsgálat során egyszerű, hétköznapi helyzetekben tanúsított viselkedésekre kérdezzük rá, illetve értékeljük az erre vonatkozó heteroanamnesztikus adatokat is. Mentális betegségek során gyakori, hogy ezen a területen már akkor zavarok mutatkoznak az egyén viselkedésében, amikor a betegség manifeszt tünetei még (vagy már) nem mutatkoznak.

Az ember mint szociális lény. A participáció zavarai

Tringer László

A fogalom értelmezése

A WHO – mint már említettük – a stigmatizáló „rokkantság” (handicap) fogalma helyett a kérdést pozitív oldalról közelíti meg. Egy ember akkor „rokkant”, ha a helyzetének megfelelő, tőle elvárható társadalmi szerepeknek nem tud megfelelni. *A rokkantság tehát a társadalom életében való részvétel (participáció) kisebb-nagyobb hiánya, akadályozottsága.* A „részvétel” éppen ezért mindig csak az adott környezettel való dinamikus egységben vizsgálható. A részvételt akadályozó enyhe mentális zavarok (például ritka rosszullétekkel járó epilepszia, szorongásos zavar stb.) is súlyos rokkantsághoz vezethetnek, ha a környezet támogató-elfogadó együttműködése hiányzik. Tipikus példa a nógrádi bányászok központi utasításra történő leszázalékolása a bányák bezárásának idején vagy a neurotikus zavarok inadekvát egészségügyi ellátása, amelynek végeredménye ugyancsak a rokkanttá nyilvánítás. Más esetben a családi környezet együttműködése elégtelen, s a viszonylag csekély károsodással, a tevékenység kismértékű beszűkülésével járó állapotnak is lehet „rokkantság” a következménye (például az alkoholista férj feleségét leszázalékolják, mivel a család nem képes az alkoholbeteg kezeléshez juttatni).

A részvétel akadályozottsága többet takar, mint a munka- és keresőképesség átmeneti vagy tartós csökkenése. A köznyelv, sőt, a szakmai szóhasználat is többnyire összemosza e két fogalmat, noha az utóbbi csupán része az előbbinek. A részvétel akadályozottsága mellett a keresőképesség megtartott lehet, és a participáció hiánytalan megléte esetén is előfordul, hogy „keresőképtelennek” nyilvánítanak valakit. Az előbbi esetben az egyén nem tud megfelelni bizonyos fontos szerepeinek, ugyanakkor munka- és keresőképessége hiánytalanul fennmarad. Egyes személyiség-

zavarokra, neurotikus állapotokra, sőt szkizofréniákra is jellemző lehet, hogy az egyén képtelen betölteni házastársi, szülői szerepeit, ugyanakkor a munkahelyén kiválóan megfelel. Depressziós betegek még akkor is elláthatják munkakörüket, amikor otthon már semmire nem képesek, sőt, személyes higiéniájukat is elhanyagolják. Mindennek a fordítottja is gyakran megesik.

A *motivációelemzés* fontosságát hangsúlyozva szó esett arról, hogy esetenként az egyén érdekei azt kívánják, hogy munka- és keresőképességüket hivatalosan csökkentenek nyilvánítsák. A munkavégzés követelményeinek nem tudnak eleget tenni – akár azért, mert képességeik, képzettségük nem elégséges, akár azért, mert képtelenek az alkalmazkodásra. Ennek során például szembekerülhetnek a munkahely formai követelményeivel (a munkaidő betartása, a fegyelmi, hierarchikus viszonyok figyelembe vétele stb.), mert érdekeik súlyosan sérülnek a munkahely követelményeinek betartása esetén (a járadék és a kereset különbsége olyan csekély, hogy „nem érdemes” dolgozni). Ugyanakkor e személyek egyéb társadalmi szerepeikben maradék nélkül megfelelhetnek az elvárásoknak.

- A szakértő az utóbbi esetben különösen nehéz helyzetben van, hiszen óhatatlanul erkölcsi kérdésekkel találja szembe magát. Alapállásunk szigorúan szakmai: *pontos diagnosztikai munkára van szükség!* Egyértelműen el kell különítenünk a „szimuláció” (tettetés) – „aggraváció” (eltúlzás) – „konverziós zavar” – „egyéb szomatiform zavarok” kategóriákat egymástól, amelyek egy dimenziót alkotnak. E dimenzióban előrehaladva a tünetek orvosi megalapozottsága fokozódik, a tudatos részvétel viszont fokozatosan csökken. A „konverziós zavar” és az „egyéb szomatiform zavarok” keretébe tartozó állapotok esetén a tüneteket ugyanúgy értékeljük, mint bármely más betegség esetén, még akkor is, ha a pszichopatológiai és motivációs háttér számunkra világos és egyértelmű¹⁴.

¹⁴ Részletesen lásd „A neurotikus állapotok formái” című részben

A társadalmi integrációt biztosító „részvétel” elemzése során számos konkrét magatartás-dimenziót veszünk figyelembe.

Az önfenntartással kapcsolatos szerepek

Bár az önfenntartás a szervezeti funkciók körébe tartozik, itt e tevékenységeket a szociális környezet elvárásainak szempontjából vizsgáljuk. Kétségtelen, hogy a táplálkozás az egyik alapvető biológiai funkció, ugyanakkor rendkívül fontos szociális feladatot is betölt. Egy (például szkizofrén) beteg táplálkozása biológiai szempontból kielégítő lehet, de szociálisan mégis károsodott, ha a korábbiakkal ellentétben nem ül le egy asztalhoz a családjával, csak akkor eszik, ha mások nem látják stb. A (például depressziós) beteg személyi higiéniája még az elfogadható normákon belül lehet akkor is, amikor a család beszámolója szerint a korábbiakhoz képest már nem ad magára, nem használ kozmetikai szereket, nem váltja ruháit stb.

A helyváltoztatás pszichiátriai értelmezése

Ismét nem a helyváltoztatás fizikai vonatkozásairól van szó, hanem a modern társadalomban mindennapos követelményekről: közlekedési eszközök használata, önálló utak megtervezése és kivitelezése, lakásváltoztatás, költözés stb. Ide sorolható a repülés, az önálló gépkocsivezetéssel kapcsolatos magatartásmódok, a közlekedés szabályainak betartása is. Számos mentális zavar a közlekedési képesség beszűkülésével jár. Szélsőséges esetben a közlekedési fóbiák teljes lakáshoz kötöttséget okozhatnak, más esetben a közlekedés csak „biztonsági” kísérő személy jelenlétében kivitelezhető. Az autisztikus, gátolt, stuporos betegek önálló közlekedésre képtelenek lehetnek.

Nyilvánvaló, hogy a közlekedési képesség beszűkülésével vagy teljes hiányával járnak azok

az állapotok, amelyekben hiányzik a közlekedéshez nélkülözhetetlen térbeli és időbeli tájékozódás képessége, vagy a memória azon funkcióiban, amelyek nem nélkülözhetők egy-egy közlekedési feladat megoldása során, nagyfokú zavar áll fenn. Az előbbieken túlmenően számos organikus kórkép okozhat olyan károsodásokat (a közvetlen motoros sérüléseken kívül), amelyek a térbeli és az időbeli orientáció közvetlen zavarával járnak (például parietálislebeny-károsodások – sztereoagnózia).

Kommunikációs készségek, a szociális kapcsolatokban való részvétel

A mentális betegségek következtében a kommunikáció számos zavara alakulhat ki, sőt, a mentális zavarok diagnózisa nagyrészt a kommunikáció elemzése segítségével állítható fel. A normális kommunikáció feltétele a *beszéd*, amely egyben pszichomotoros funkció is, így a pszichomotorium zavarai a beszédet is érintik. A beszéd fejlődése az életkor meghatározott szakaszaihoz kötődik.

A beszédfejlődés zavarai. Megnyilvánulhatnak a beszéd késleltetett kialakulásában, amely mind a megértésre, mind a kifejezőkészségre kiterjedhet (*receptív és expresszív beszédzavar*). Megértési zavar önmagában gyakorlatilag nem fordul elő. A beszéd kialakulása során számos átmeneti vagy tartósabb, esetleg állandósult *hangképzési rendellenesség* léphet fel, amely ritkán neurológiai természetű, máskor mentális retardáció velejárhozza. Az esetek többségében funkcionális hangképzési zavarokról van szó (leggyakoribb a *rotacizmus* [az „r” hibás ejtése] és a *szigmatizmus* [„s” helyett „sz”, „zs” helyett „z”]ejtése).

A *dadogás* a beszéd komplexebb zavara, amely többnyire gyermek-, illetve serdülőkorban kezdődik, addig zavartalan beszédfejlődést követően. Bizonyos mássalhangzókkal (ezek többnyire ún. zárhangok: *p, t, b* stb.) kezdődő

szavak előtt a dadogó beszéde elakad. Feszülten igyekszik, koncentrálni, nem csak a beszédizmok, de gyakran a nyak, a váll izmai is megfeszülnek, míg végül robbanásszerűen kitör a keresett szó. A dadogó lehetőség szerint kerül a nehezebb szavakat. Nem dadogó éneklés vagy versmondás közben. A dadogás lényegében motoros, litterális ataxiának fogható fel. A zavar súlyos esetben az egyén életvitelét is akadályozza. Az írási, olvasási kommunikáció fejlődési zavara (*diszgráfia, diszlexia*) többnyire együtt jár a számolási készség fejlődésének zavarával (*diszkalkulia*).

A már kialakult beszédfunkció zavarai. Létrejöhetnek *organikus* okok következményeként is. A beszéd mint motoros tevékenység ataxiája a *dizartria*. Ez esetben a beszéddel kapcsolatos motoros vagy koordináló apparátus károsodik. A beteg a szavakat oda nem illő hangsúllyal, hibásan, töredékesen ejti ki, egyes szórészeket, szavakat ismételt meg stb.

Dizartria jön létre a beszéddel kapcsolatos mozgató agyidegek károsodása esetén (bulbáris parézis) vagy a centrális neuron kiesése során (pszeudobulbáris parézis). A kisagyi károsodás (többek között sclerosis multiplex következtében) jellegzetes beszédataxiát hoz létre, mintha a beteg szótagolva olvasna (*skandáló beszéd*). A Parkinson-tünetcsoporthoz a lassú, monoton beszéd (*bradylalia*) a jellemző, amely az általános mozgásos megláthatóság része. Dizartriás beszéd alakulhat ki neuroleptikus kezelés mellékhatásaként. A gyógyszerfüggő betegek beszéde elkent, rosszul artikulált. A beszéd ataxiássá válik nagyobb mennyiségű alkohol hatása alatt is.

Az *afáziák* az agykéreg meghatározott területei vagy az ezekkel kapcsolatos pályák károsodása során jönnek létre. (Részletes taglalásuk a neurológia területére tartozik.) Az afázia az agy diffúz organikus bántalmi során is gyakran fordul elő.

- *Motoros afázia* esetén a szavak megformálása nem sikerül, annak ellenére, hogy az elemi hangok képzése nem károsodik. Enyhébb esetben a szavak kiejtése hibás, töredékes.

Ugyanakkor a beszédmegértés vagy a nem verbális csatornákon való kommunikáció hibátlan maradhat. A motoros afázia a domináns félteke alsó frontális tekervényének hátsó részén (Broca-féle mező) elhelyezkedő károsodás következménye.

- *Szenzoros afázia*: a beszédmegértés zavara. A domináns félteke felső temporális girusának hátsó része (Wernicke-mező) károsodik (*Wernicke-féle afázia*). A motoros beszéd-funkció elvileg érintetlen lehet, mivel azonban a beteg saját beszédét sem érti, teljes kommunikációképtelenség jön létre. A „belső beszéd”, tehát a fogalmi gondolkodás is károsodik (a beteg a nyelvi szimbólumok mentális képét sem érti). A valósággal való adekvát kapcsolat megszakad, a beteg zavartan viselkedik, ennek megfelelően állandó gondoskodásra szorul. A szenzoros afáziás beteg beszédkésztetése gyakran fokozott, amely azonban teljesen értelmetlen szóáradat, nem egyszer a szkizofrének szkizofáziájára emlékeztet.
- *Amnesztikus afázia* alakul ki, ha a domináns oldali parietotemporális határterületen jön létre károsodás. A beteg nem tudja felidézni az ismert tárgy nevét, jóllehet akár meg is mutatja, miként kell használni. Ha a szót kiejtik előtte, azonnal ráismer és ki is mondja (majd rövid idő múlva újra képtelen lesz felidézni).

A beszédzavarok az agyi károsodás függvényében többnyire az írásos kommunikáció, az olvasás, valamint a számolási képesség zavarai is együtt járnak (*agráfia, alexia, akalkulia*), egyéb kortikális kiesési tünetek kíséretében.

Funkcionális beszédzavar a pszichiátriai megbetegedések többségében előfordulhat. A mániás betegek szeretnek beszélni (*logofília*). Beszédük felgyorsult, bőbeszédűségük (*logorrhoea*) nem egyszer beszédvágtába megy át. Kritikátlan, esetenként durva, obszcén kifejezések is előfordulnak mondanivalójukban (*koprolalia*), bár ez inkább a szenvedélybetegre jellemző. A depressziósok beszéde lassú, halk, illetve elhaló (a

mondat eleje még hallható, a vége azonban hangtalan szájmozgásba megy át). A beszéd árnyalatainak, egyéni színezetének elvesztése jellemzi a szkizofrén beteget. Beszédük folyama néha megtörik (*logorexis*), máskor a beszéd szakadatlanul áramlik (*glosszolia*). A beszéd az enyhe inkohereciától a teljes szétesésig terjedő összefüggésbeli zavarokat mutathat (*szkizofázia*). A beteg néha új szavakat alkot (*neologizma*), melyeknek értelmét csak ő (legfeljebb orvosa) ismeri. Az epilepsziások beszéde lassú, körülményes, mondataik bonyolultak. A lényeges és lényegtelen elemeket nem tudják elkülöníteni egymástól. Neurotikus állapotokban a beszéd számos finom jellegzetessége tűnik fel. Ezeket túlmenően a szorongás a harmonikus beszéd-funkciót is megzavarhatja. Az így kialakuló diszfunkciókat *Mahl-féle zavarjeleknek*¹⁵ nevezzük. Ezek közé tartozik pl. a szavak helytelen kiejtése, a szabálytalan mondat, a nem megfelelő hangsúly, a nem megfelelő szóhasználat stb. A szorongó, depresszív neurotikusok beszéde többnyire halk, monoton, a hisztériás személyiségűek ellenben színesen, élénk mimikával, gesztusokkal, hangsúlyozással beszélnek. Érzelmi kifejezéseik végtelenek („ez fantasztikus...” „ez rettenetes...”). A gyengeelméjűek beszéde az állapot súlyosságától függően színtelen, fogalmakban és árnyalatokban szegényes. A súlyosan értelmi fogyatékosok nem tanulnak meg beszélni.

Számos pszichiátriai betegségre következtethetünk a *kézírás* alapján. Organikus bántalmak esetén az írás – mint motoros funkció – károsodik. Jellegzetes az időskori vagy a Parkinson-tünetcsoportban észlelhető *apró betűs írás*. A szkizofrének írása bizarr, a sorok, a margók érthetetlen összevisszaságban helyezkednek el. A mániások teleírják a papír margóját is, írásukat kiszínezik, rajzokkal illusztrálják. A paranoid betegek terjengősek, sokat írnak, a lényegesnek tartott részeket aláhúzzák (néha majdnem a teljes szöveget), sok felkiáltójelet használnak. Velük ellentétben a depressziósok nem nagyon írnak, ha

igen, röviden, keveset. Az epilepsziás betegek nemegyszer pedáns módon díszes, művészi formát megformált betűket használnak.

A dialóguskészség (párbeszéd) zavarai

Az ember szociális lény, mentális zavarai elsősorban a szociális viselkedés területén manifesztálódnak. A társas kapcsolatok eszközének, a kommunikációnak jellegzetes zavarait gyakran már a megbetegedés kialakulásának kezdetén észleljük. A másikkal való párbeszéd feltételezi, hogy a felek egymásra figyelnek, a másik megnyilatkozásainak kellő teret szentelnek, reflektálnak a partner által mondottakra, a párbeszéd elemei egybekapcsolódnak. A beszélgetés tehát valami közös alkotás, amely több mint a felek által elmondottak összege: *dialógus* jön létre.

A pszichiátriai betegek dialóguskészsége állapotuk súlyosbodásának mértékében csökken. Az ideális párbeszéd kialakulását már a beteg narcisztikus önközpontúsága, a figyelem kifelé való irányításának (*decentrálás*) nehézsége is gátolhatja. A pszichotikusokra jellemző „protopátiás alakváltás” – amikor az „én” válik a valóság értelmezésének kizárólagos referenciapontjává – a dialógust lehetetlenné teheti. A kommunikáció nagyfokú gátoltsága, pl. mutacizmus, szorongásos gátlás, vagy ellenkezőleg, a felfokozott beszédkészletés egyaránt gátja a dialógus kialakulásának.

Az emberközi kommunikáció a verbális és a nem verbális közlési csatornák harmonikus együttműködését tételezi fel. Pszichiátriai betegeknél gyakoriak az egyes csatornák közötti aránytalanságok. Ezeket nagyon óvatosan kell megítélnünk. Ha például a serdülő nem mer az idősebb, tekintélyes orvos szemébe nézni, az még nem feltétlenül a kóros gátoltság jele. Ha ugyanilyen korú beteg tegezve szólítja meg fiatal orvosát, az sem okvetlenül a kóros kritikátlanság megnyilvánulása.

A beteggel való sikeres kommunikáció további akadályai az orvos képzetlensége vagy al-

¹⁵ Mahl tanulmányozta részletesen

kalmatlansága. A betegekkel való párbeszéd felépítése különleges képzettséget igényel, amely nem szerezhető meg automatikusan az orvosi tanulmányok során, hanem az külön gyakorlást, tudatos „rákészülést” igényel.

A kommunikációra képtelen beteg

A kommunikációra való teljes képtelenség viszonylag ritka, és elsősorban organikus okokra vezethető vissza. A *motoros afáziában* szenvedő beteggel, ha nem is könnyen, de lehet kommunikálni, mivel a beszédmegértés és a nem verbális csatornák épek maradnak. Az ilyen betegnek tehát eldöntendő kérdéseket kell feltennünk, amelyekre ő igen-nem válaszokat adhat. Részleges motoros vagy amnesztikus afáziás beteggel könnyebb a kapcsolattartás. Nem helyes azonban, ha a beteg szótalálási nehézségeit túlzottan próbára tesszük. A *szenzoros afáziás* beteg képtelen a kommunikációra. Tekintettel arra, hogy a valóság szimbolikus dekódolása, megértése is kiesett, az ilyen beteg állandó felügyeletre szorul. A kevert afázia annál súlyosabb, minél több benne a szenzoros összetevő.

Az agy súlyos organikus bántalmi során, különösen előrehaladott állapotokban a beteggel való kapcsolatfelvétel nehéz vagy lehetetlen. Így például a *Korszakov-szindrómában* szenvedő, súlyosan elbutult beteggel való társalgás a biológiai lét elemi mozzanataira korlátozódik. Az érdeemi kommunikáció súlyos mentális retardáció esetén is nehéz vagy lehetetlen.

A kommunikációra való képtelenség nem szervi okai között elsősorban *pszichotikus állapotok* szerepelnek. Depressziók és szkizofréniák súlyos állapotaiban egyaránt teljes közlésképtelenség (mutacizmus, stupor) fordulhat elő. A kommunikációra való teljes képtelenséget azonban csak akkor állapíthatjuk meg, ha minden lehetőséggel megpróbálkoztunk. Nemegyszer rendkívüli türelem és sok idő szükséges a kapcsolat megteremtéséhez. Ilyen esetekben végül kiderülhet, hogy a „beszédképtelen” beteg igenis felfogja és megéri környezetét.

Beszédképtelenség viszonylag ritkán neurotikus állapotokban is létrejöhet (*hisztériás mutacizmus*). Ilyen esetben a beszédfunkció kiesése mellett a nem verbális kommunikáció viszonylag megtartott lehet. Előfordul, hogy az ilyen beteg nem beszél, hanem írásban fejezi ki magát.

A *gyermekkori autizmus* (perverzív fejlődési zavar) a kommunikáció primer zavara. A gyermek beszéde gyakran teljesen érthetetlen, kapcsolatba nem vonható, környezetére nem figyel stb.

A hiányos kommunikáció

Az esetek többségében a *szorongás által előidézett gátlásról* van szó. A gátlás először a metakommunikatív összetevőket érinti: a nem verbális csatornákat, valamint a beszéd stílusát. A gátolt beteg kerüli a tekintetkontaktust, vagy, ha ez mégis létrejön, hirtelen elkapja a tekintetét. Nem mosolyog, vagy csak kényszeredetten. Nem, vagy visszafogottan gesztikulál. Nem ül kényelmes tartásban, hanem mereven tartja magát. Fejét általában lehajtja. Beszéde halk, monoton. Különösen jellegzetes a depressziósok elhaló beszéde¹⁶. Súlyos esetben a beteg a kérdésekre egy-egy szóval válaszol.

Hiányos lehet a kommunikáció a *kórfolyamat természeté* miatt is. A szkizofrének beszédében és mimikájában szokatlan, bizarr, érthetetlen elemek vagy modorosságok (manier) fordulhatnak elő. Az epilepsziás beteg beszédéből – körülményesség miatt – nehéz a lényegyet kihámozni. A paranoid betegek néha merev, hosszan tartó tekintetkontaktust vesznek fel. A partnerben ez kellemetlen, tolakodó, sőt agresszív benyomást kelt.

A túlaradó kommunikáció

A hangulat emelkedésével járó kórképekben a beszédkészletés fokozódik, a közlés nem verbális elemei (hangsúly, mimika, gesztus stb.) élénkülnek. Súlyos esetben nem is lehet kapcsolatot lé-

¹⁶ Lásd előbb, a beszéd zavarainál is

tesíteni a beteggel a létrejövő beszédvágta miatt. A mániások gyakran megszegik a szociális normákat, kritikátlanok. Bizalmaskodnak, illetlen kifejezéseket használnak. Előfordul, hogy a beteg az orvosát személyesen is be akarja vonni a beszélgetésbe: személyére irányuló kérdéseket tesz fel, értékelő kijelentésekre próbálja rávenni („Mi a véleménye arról, doktor úr?”) Elsősorban hipomán és hisztériás nőbetegekre (ritkán férfiakra) jellemző a „csábító magatartás”. A beteg fel kívánja kelteni az orvosnak mint férfinak (mint nőnek) az érdeklődését.

Komplex szociális magatartásformák

Tringer László

A magatartáson belül nehéz egységeket elkülöníteni. A szociálisan determinált cselekvések és magatartások rendkívül összetettek. Magukban foglalják az elemi késztetésekkel és a kommunikációval kapcsolatos zavarokat is. Ugyanakkor nem annyira átfogó zavarokról van szó, hogy a személyiség egésze is bevonódna (utóbbi esetben személyiségi reakciókról beszélünk).

Elméleti megközelítésük és részterületeik

Az itt ismertetendő zavarok a szociális tér bizonyos területeire korlátozódó magatartási sablonok, amelyek az individuális sajátosságoktól bizonyos fokig függetlenek, ezért is általánosíthatjuk őket. Például a „mártírszerep” esetén az egyén – saját kompetenciahatárait vég nélkül kiterjesztve – olyan feladatokat és terheket is magára vállal, amelyek másokra (pl. gyermekeire) tartoznak.

A zavarok e csoportjának leírására számos pszichológiai elmélet terminológiája alkalmas, így például a szociális motívumok Atkinson és McClelland szerinti hármas csoportosítása.

A teljesítménymotiváció egyoldalú uralma esetén az egyén különösen sérülékennyé válik a munkával, a szakmai kudarcokkal, konfliktusokkal szemben. A Friedman és Rosenman által leírt „A” típusú személyiség a szívinfarktus ismert kockázati tényezője. A tipikus „menedzserszemélyiség” állandó aktivitási lázban ég, minden feszültségét munkával vezeti le, versenyszellemű. Újabb vizsgálatok szerint az „A” típus szívinfarktus-kockázata akkor kifejezett, ha a személy egyúttal ellenséges beállítottságú másokkal szemben. A *hostilitásfaktor* a pszichológiai változókon belül a legsúlyosabb kockázati tényezőnek bizonyult.

Az *affiliációs (szeretet-) motívum* egyoldalú dominanciája jellemző azokra a magatartási sablonokra, amelyek az emberközi kapcsolatokban érzelmi nyereség elérését célozzák. E magatartásmódokat részletesen többek között a *tranzakcióelmélet* írja le. Eric Berne, az elmélet megalapozója e sablonokat játszámknak nevezte. Nézetei szerint az emberek közötti kommunikatív aktusok (tranzakciók) során rejtett érzelmi közlések (simogatások) is megvalósulnak. A tranzakciók folyamán az egyén felnőtt, szülő vagy gyermek szerepet vehet föl. Normál körülmények között felnőtt–felnőtt tranzakciókat folytatunk. Ha azonban a partnerek egyike (vagy mindegyike) gyermeki vagy szülői szerepbe megy át, a tranzakciósorozat bizonyos „forgatókönyvek”, *játszmák* szerint bonyolódik. A játszámak egy része szociálisan elfogadható, mások azonban destruktív jellegűek (például az „alkoholista” játszámái).

A *hatalmi motiváció* túlbujánzása esetén a még látszólag semleges megnyilvánulások is a mások feletti kontroll megszerzésére irányulnak. Adler (az individuálszociológia megalapozója, Freud közvetlen munkatársa) központi szerepet tulajdonított a hatalmi elvnek (Machtprinzip) az ember viselkedésének meghatározásában. Véleménye szerint a hatalomra törekvés és a kisebbségi komplexus (Minderwertigkeitskomplex) közötti feszültség képezi minden neurózis alapját. A hatalmi motívum egyoldalúan érvényesül az *autoriter személyiség* magatartásában.

A sablonok szerint szerveződő magatartások leírására a *szerepelmélet* (Parsons) is alkalmas. *Szociális szerepnek* nevezzük a környezet által elvárt magatartások rendszerét (pl. tanár-, szülő-, orvos szerep stb.). A személyiség fejlődése szerepek elsajátításán keresztül valósul meg, felnőttkorban azonban a szerepelírásokhoz való merev ragaszkodás az individuális viselkedés gátjává válhat. Az orvosi gyakorlatban kiemelt jelentősége van a *betegszerepnek* (lásd előbb).

A modern egészségügy útvesztőiben a lelki betegeket többnyire testi betegként vizsgálják és kezelik (mivel a panaszok lelki eredetét nem ismerik fel, vagy nem tulajdonítanak neki je-

lentőséget). E hosszú betegkarrierok során az egyén fokozatosan elsajátítja a betegszerep elemeit, és azonosul azokkal. Elvárja, sőt, nemegyszer követeli magának a betegséghez kötődő szolgáltatásokat (törődés, egészségügyi szolgáltatások, betegállomány, táppénz, kártérítés, rokkantnyugdíj stb.). A betegszerep felvétele a gyógykezelés és a rehabilitáció jelentős akadálya lehet, amennyiben a szerephez kötődő juttatások és előnyök pszichológiai „nyeresége” nagyobb, mint az egészséges állapothoz köthető „nyereség”. (A mai magyar valóságban gyakorta ez a helyzet: pl. a stabil rokkantsági nyugdíjnak jóval nagyobb az értéke, mint a bizonytalan munkanélküli segélynek.)

A *kognitív megközelítés* szerint egyes komplex magatartászavarok háttérében meghatározott *diszfunkcionális sémák* együttese deríthető fel. A sémákat általában hét csoportra oszthatjuk (faktoranalízis segítségével). E kategóriák lényegében *értékpreferenciákat* fejeznek ki, amelyek egyoldalú uralma zavarokat idézhet elő az emberközi kapcsolatokban. Egyúttal olyan pszichológiai sérülékenységről van szó, amely könnyen dekompenzációhoz és betegségek kialakulásához vezet. Az alábbiakban röviden ismertetjük ezeket a preferenciákat, (mindegyiket egy-egy jellemző diszfunkcionális attitűddel illusztrálva).

- *Elismertetési igény.* (Az, hogy mit érek, attól függ, amit gondolnak rólam.) Amennyiben az elismertetési törekvés kifejezett, az egyén mások által túlzottan befolyásolhatóvá, ugyanakkor a kritika iránt rendkívül érzékenyé válik.
- *Szeretet.* (Csak akkor vagyok szeretetreméltó, ha mindenki szeret.) Ilyen és hasonló attitűdök birtokában az egyén törekvéseit elsősorban az vezérli, hogy másoknak kedvében járjon, olyannyira, hogy akár ezzel váltja ki mások nemtetszését. A szeretetkapcsolatok konfliktusai iránt rendkívül érzékeny *Burns* az ilyen személyt a „love-addict” kifejezéssel jellemzi.
- *Teljesítmény.* (Ha a munkámban kudarcot vallok, mint személy is elbuktam.) A teljesítmény megszállottságról már az „A” típusú

személyiség jellemzése során szó esett. Korunk profitorientált szellemisége a teljesítményhez kapcsolt értékeket különösen sokra becsüli. Következésképp a teljesítménnyel kapcsolatos lelki sérülések is gyakoriak.

- *Perfekcionizmus.* (Mindenkinek a maximumot kell nyújtania. Ha nem 100%-os, amit teszek, nem ér semmit.) Ilyen attitűdök birtokában a személy sérülékeny a kudarcokkal szemben, részsikereknek nem tud örülni, többnyire soha nem elégedett.
- *Jogosítványok.* (Ha szívességet teszek, elvárom, hogy viszonzózzák. Ha valaki szívességet tesz nekem, viszonznom kell.) Az ilyen személy számára minden „muszájból” történik. Sérülékeny a dolgok spontán alakulása miatt, mivel nem mindig „jön be”, amit pedig „jogosan” elvár. Sérülékeny az emberi kapcsolatokban is: gesztusai mások felé nem belülről fakadnak, hanem „muszájból” (következésképp a másik nem kér belőle).
- *Omnipotencia.* (A gyermekem rossz tanuló, tehát rossz szülő vagyok.) Extrém esetben az egyén a világ minden baját a maga nyakába veszi, mivel nem tudja megvonni saját kompetenciájának határait.
- *Autonómia.* (Hogy boldogulok-e, attól függ, miként alakulnak a körülményeim.) Az autonómia dimenziójában sérülékeny egyének a külső körülmények függvényének érzik magukat, akiknek sorsa nem önmaguktól függ elsősorban, hanem a körülmények szerencsés alakulásától. Pszichológiailag a külső kontroll–belső kontroll személyiségdimenzióról van szó, vagyis arról, hogy az események alakulását mennyiben tulajdonítjuk saját magunknak, avagy tőlünk független külső erőknél.

A diszfunkcionális attitűdök által meghatározott, a fentiekben jellemzett magatartási diszpozíciók önmagukban nem minősülnek kórosnak, azonban kognitív sérülékenységet jelentenek. Specifikus megterhelő szituációk hatására többnyire neurotikus jellegű dekompenzáció következik

be. Máskor hangulatzavar a következmény, amely súlyosabb depresszió kialakulását is eredményezheti.

Az itt ismertetett magatartási zavarok elsősorban a családi kapcsolatokat érintik, mivel ez a rendszer a legérzékenyebb jelzője a szociális kapcsolatok rendellenességeinek. Súlyosabb esetben a zavarok a munkahelyi, iskolai vagy egyéb társas kapcsolatrendszereket is károsíthatják. Előfordul, hogy a zavarok egy konkrét területre korlátozódnak. A szakértői gyakorlatban mindennapos, hogy a munkahelyi elvárások rendszerének megfelelni nem képes személy a családi és egyéb kapcsolatrendszereiben zavarmentesen funkcionál. Ilyen esetben a munkával kapcsolatos motivációk már ismertetett feszültségeivel kell számolnunk. Konfliktusos családi helyzetben ezzel ellentétben a munkahelyi kapcsolatrendszer zavarmentes lehet, ugyanakkor a családon belül elviselhetetlen háború dúl, és a „kitűnő munkaerő és kiváló kolléga” a családi élethelyzetből fakadó elemi elvárásoknak sem felel meg. Kiemelt szerepe van az intim kapcsolatoknak, mivel ez a terület általában a legsérülékenyebb, és a pszichés zavarok korai fázisaiban is kórjelző értékű.

A vizsgálat során ezért külön-külön, részletesen kell elemeznünk a személy összes kapcsolatrendszerét. Ezek közül kiemeljük az alábbiakat.

A másokról való gondoskodás

A szociális kapcsolatok természetes rendje szerint a legtöbb felnőtt szereppel együtt jár a másokról való gondoskodás kötelezettsége (szülői, háztartási, gondozói szerep, mások „kiszolgálása” a munkahelyen, ügyfelekkel való foglalatosság, az egészségügyi és szociális ellátás területe stb.). Egy-egy mentális zavar kezdetének érzékeny jele lehet az e területen mutatkozó változás (például a család akkor veszi észre, hogy az anya ismét depressziós, ha az iskolából hazajövő gyerekeknek nincs kész az ebédje). Mivel e tevékenységek a „rutin” kötelelességen túlmenően *empátiás, érzelmi odafordulást* is feltételeznek, utóbbiak hiánya a „lélektelen”, „részvétlen” stí-

lusban is megnyilvánulhat, már akkor, amikor a feladat műveleti elemei még megvalósulnak.

A képzési folyamatban való részvétel

A modern társadalmakra jellemző, hogy tagjainak jelentős része valamilyen szervezett képzési folyamatban is részt vesz. A tanulás az ép idegrendszer alapvető sajátossága. A mentális zavarok ezt a képességet korán „kikezdi”. Az elemzés során a tanulmányokban való lemaradás, a tanulmányok szüneteltetése, abbahagyása, gyakori változtatása a leggyakoribb figyelmeztető jel. Értelmiségi pályákon feltétlenül kísérjük figyelemmel a személy *kreativitásának* alakulását. Progrediáló alkoholizmus, neurotikus állapotok, organikus eredetű megbetegedés jele lehet például a korábban mutatott kreativitás elhalványulása.

A munkavégzéssel kapcsolatos szerepek

A szakértői tevékenység során kiemelten fontos terület, melynek elemzése különös gondosságot igényel. A bevezető fejezetben érintettük a munkával kapcsolatos motivációk kérdését, az elődleges és másodlagos betegségelőny fogalmát. A szakértő gyakran kerül morálisan nehéz helyzetbe. Problémát jelenthet a munkával összefüggő motivációk negatív egyenlege esetén – amikor a járadék iránti igény (mint másodlagos betegségelőny) előtérbe kerül –, hogy milyen típusú és súlyosságú tünetek fogadhatók el betegségként. Más oldalról megfogalmazva, milyen mértékig foglaljon el az orvos morális álláspontot, hiszen mindenkitől elvárható, hogy a közönség érdekében tegyen valamit. Nyilvánvaló, hogy ezt az elvárást nem alkalmazhatjuk a mentálisan súlyos állapotban lévő betegekkel szemben. Mit tegyen viszont a szakértő akkor, ami-

kor a másodlagos betegségelőnyök nyilvánvalóan szerepet játszanak a tünetképződésben (sőt, tünetképzésben)?

- Ismételten hangsúlyozzuk, hogy a moralizálás nem a szakértő feladata. Szigorúan szakmai szempontok szerint járunk el, amikor a véleményezés során a vizsgált személy részletes elemzése alapján véleményt formálunk. A tünetek és tünetcsoportok minősítésében a személy tudatos részvételének mértéke döntő jelentőségű. Segítségül szolgál a 11.4. táblázat.

„Gazdálkodás”

A mentális betegségek során a szociális életben való részvétel számos vonatkozásban károsodik. Érzékeny jelzőrendszer az egyén saját (és családja) élete anyagi feltételeinek megteremtése, a rendelkezésre álló erőforrásokkal való gazdálkodás. E képesség hosszú távú tervezést, gondolko-

dást, adott esetben a jelen örömforrásairól való tudatos lemondást jelent valamely jövőbeli cél érdekében. Normál személyeknél is előfordul, hogy anyagi forrásaikat (fizetésüket, járadékukat stb.) azonnal elköltik, és a „hó végén” már elemi szükségletekre sem futja. A mentális betegek jelentős részénél a jövőbeli tervezés képessége csökken, akár teljesen elvész. Súlyos állapotban lévők egyik napról a másikra élnek. Ilyen esetekben válhat szükségessé többek között a cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnok-ság alá helyezés. Enyhébb esetekben a pszichiátriai beteg felelőtlennek, meggondolatlanak tűnhet. Az állapot súlyosságának, a beteg autonómiája mértékének, a participációra való képesség megítélésében tehát a *pénzügyi-anyagi gazdálkodásra való képesség felmérése* alapvető fontosságú.

Részvétel a közösségek életében

Egy „normális” társadalom egészséges tagja legalább 4–5 közösségnek (pszichológiai értelem-

11.4. táblázat. A tudatosság foka egyes mentális kórképekben

A zavar típusa	Motiváció	Tudatosság	BNO-10
Szimuláció (tettetés, malingering)	valamely konkrét cél, előny, bajból való menekülés (pl. büntetés, katonaság)	teljes fokú	Z76.5
Fakticiózus zavar (szándékos betegségprodukción, önmagának kárt okozás)	betegszerepbe kerülés valamely rejtett motivációval	a mechanizmus tudatos, a motiváció kevésbé	F68.1
Aggraváció (funkcionális „szuperpozíció”)	a betegszerep elismertetése (pl. rokkantosság), a betegszerephez való ragaszkodás	részleges, a beteg maga is szenved	F68.0
Konverziós zavar (amnézia, fuga, stupor, mozgászavarok, konvulziók, Ganser-szindróma)	valamely jól meghatározott konfliktushelyzet	nem tudatos, a kiváltó okok és a tünetek közötti okozati viszonyra vezethető vissza	F44
Szomatiform zavarok, hipochondria, fájdalom-szindrómák, pszichoszomatikus kórképek, PTSD	döntően személyiségfüggő zavarok, amelyeknél a konfliktusok, traumák csak precipitáló vagy patoplasztikus szerepet játszanak	nem tudatos, a pszichogén összefüggések feltárása pszichoterápiás feladat	F45

ben vett csoportnak) tagja. Ilyenek például mindenekelőtt a család, a munkahelyi közösség, iskola, baráti társaság, egyesület, vallási közösségek, lakóközösségek, politikai csoportosulások, sportegyesületek stb. A mentális zavarok súlyosbodó fokozatai az e közösségekből való fokozatos kihullással is jellemezhetőek. Nem véletlen, hogy a modern pszichiátriai ellátás és rehabilitáció éppen a közösségekbe való visszavezetést tűzi ki célul (közösségi pszichiátria).

- A beteg szakértői vizsgálata során ezért részletesen *tájékozódunk kell az illető kapcsolatrendszere felől*. Fel kell mérnünk e kapcsolatok intenzitását, érzelmi hőfokát, valamint a kapcsolatok „támasz” értékét. A rehabilitáció kilátásai jelentős mértékben e támogató, szupportív háló meglétének vagy hiányának függvényei.

A mentális megbetegedések sajátosságai

Tringer László

Általános jellemzők

Amikor pszichiátria alatt a magatartás zavarainak tudományát értjük, a magatartás szót tág értelemben használjuk. Nem csupán a külső megfigyelő által is észlelhető és leírható viselkedéseket értjük a „magatartás” kifejezésen, hanem azokat a belső folyamatokat is (gondolkodás, fantázia, érzelem, indíték, beállítódás stb.), amelyek a külső viselkedést mintegy előkészítik, vezérlik, módosítják¹⁷. Ezért is beszélünk „maga-tartás-ról”, kifejezve azt, hogy *a modern pszichiátria emberképéhez az önvezéreltség is hozzátartozik*. Az emberi magatartás tehát olyan rendszer, amely a biológiai és a környezeti determinációktól bizonyos mértékig független, autonóm. Nem csupán passzív résztvevője azon folyamatoknak, ame-

lyek közepette létezik, hanem aktív, kezdeményező, aki saját életét nem csupán megéli, de megalkotja. Az ember–környezet rendszerben az ember alkotó (konstitutív) és meghatározó szerepet játszik. A viselkedés kifejezés ennek megfelelően a magatartás külső aspektusát hangsúlyozza, és részfogalma a magatartásnak (a két magyar szó ilyen megkülönböztetése előnyös lehet a szakmai nyelvhasználatban is).

A magatartás kialakulását, egyéni jellegzeteségeit számtalan tényező befolyásolja.

- *Hosszmetszeti (diakronikus) hatásoknak* nevezzük azokat a szociális erőket, amelyek az egyént megszületése pillanatától érik, s tartósan fennállnak (például a szülő–gyermek viszony jellegzetességei). A személyiség kialakulását döntően meghatározó szociális hatások időbeli összességét *szocializációnak* nevezzük (mivel eredménye a társadalomba beilleszkedni képes egyén).
- *Keresztmetszeti (szinkronikus) hatások* az aktuális környezetnek a magatartásra befolyással bíró erőit jelenítik meg, amelyeket összefoglalóan *életeseményeknek* is nevezzük.

Minél alapvetőbb és általánosabb magatartás-diszpozícióról van szó, annál nagyobb az örökletes tényezők szerepe. Ilyen diszpozíciók például a temperamentum, az érzelmi stabilitás–labilitás dimenzió, a nyitottság–zárkózottság (extroverzió–introverzió), a konfliktushelyzetben mutatott alapvető reakciók. A magatartás sokszínű, egyéni jellegzetességei, a személyiség adottságainak többsége azonban túlnyomóan a szocializáció során alakult.

A felnőtt magatartásrendszerének kialakítása szempontjából nem az élettörténet egyszeri eseményeinek van nagy szerepe (legyenek azok akár súlyosak is), hanem inkább a *tartósan érvényesülő*, nem egyszer észrevétlen *hatásoknak*. Így például a gyermeknek a szülők részéről történő rejtett érzelmi elutasítása (amely akár kényeztetés formájában is kifejeződhet) súlyosabb károkat okoz, mint például az, hogy a gyermeket a tanító egyszer felpofozta.

A szocializáció során formálódnak az ember

¹⁷ Lásd részletesen a „magatartás, viselkedés” címszó alatt

egyéni tulajdonságai és kialakul személyisége¹⁸. Önmaga azonosságára ismer, kialakul műveltsége, értékrendje, kultúrája. Személyiségzavarok esetén a szocializáció folyamata megreked vagy torz irányba fordul (például az antiszociális személyiség nem tanulja meg, hogy mások érdekeit tiszteletben tartsa, a szkizoid személyiség nem leli örömét az érzelmi kapcsolatokban).

A fentiekben kifejtettük, hogy a magatartás *a szociális térben való alkalmazkodást* teszi lehetővé. Ez ugyanolyan dinamikus kapcsolatrendszer egyén és környezete között, mint például az egyén és biológiai környezete közötti viszony. Utóbbi esetben az immunrendszer a kapcsolat szabályozója. Ahogy egy masszív fertőzés betegséget idézhet elő, úgy a szociális térben föllépő feszültségek, megterhelések (szociális stressz) a magatartás zavarait eredményezhetik.

Azokat a szociális történéseket, amelyek (összeadódva) a magatartás dekompenzációjára vezethetnek, életeseményeknek nevezzük (life events). Az életesemény és a bekövetkező reakció tünetei között nincs specifikus kapcsolat. *A tünetek súlyossága a kiváltó események súlyának és a személyiség megoldó (megbirkózási, coping) képességének függvénye.* A tünetekben viszont a személy egyedi sajátosságai, reakciókészsége nyilvánul meg.

Az életesemények hatása összeadódik. A megbetegedés valószínűsége annál nagyobb, minél több és minél súlyosabb esemény éri az egyént egy időben (ez alatt legalább fél éves időtartamot kell értenünk). Az európai kultúrkör országaiban az életeseményeket 50–60 kategóriába rendezhetjük. Nagyobb vizsgálati anyag alapján meghatározhatjuk az így kategorizált események súlyosságát. Hazai vizsgálataink szerint a legsúlyosabb esemény a „gyermek halála”, illetve a „házastárs halála”. Az események főbb csoportjai: veszteségek, konfliktusok, változások, sőt örömteli események is. Előfordul, hogy éppen valamilyen pozitív esemény az az utolsó csepp a pohárban, amely a magatartás dekompenzációját elindítja. Az életesemény-koncepció lehetővé teszi, hogy *egy konkrét beteg szociális háttérében föllelhető*

„stresszorok”-at teszt módszer segítségével minőségi és mennyiségi szempontból is föltérképezzük.

A mentális zavarok vizsgálatának objektivitása

A szakértő a mentális zavarok értékelése során nem támaszkodhat bizonyítatlan elméletekre. A magatartás törvényszerűségei ugyanolyan objektív tények, mint az emberi organizmus egyéb rendszereinek törvényszerűségei. Ugyanakkor a magatartás vizsgálata vagy kísérleti elemzése a jelenségek komplexitása miatt nehéz, módszertanilag bonyolult.

A gyakorlatban a magatartás elemzésére a közvetlen megfigyelés, az önbeszámoló (anamnézis), a hozzátartozók vagy a környezet beszámoló (heteroanamnézis) szolgáltatnak adatokat. Szükség esetén pszichológiai tesztmódszereket, pszichometriai skálákat veszünk igénybe. A *pszichometriai módszerek* (és általában a tesztmódszerek) röviden a következő gondolatmenet segítségével válnak érthetővé.

A magatartás folyamatos áramlásként fogható fel. Kísérleti vizsgálat vagy klinikai elemzés szempontjából ezen áramlásban egységeket kell elkülönítenünk. Az egységek lehetnek elemi mozgások (mint például a faciális tic), de lehetnek összetett cselekvések is (például a szexuális aktivitás). A konkrét cél dönti el, milyen típusú egységeket vonunk be a vizsgálódás körébe. A következő lépésben ezekhez a magatartásegységekhez számokat rendelünk annak érdekében, hogy *kvantitatív összefüggéseket* tárhassunk fel. A természettudományok területén a kutatási adatok többnyire önmagukban is mennyiségek. A magatartás egységei viszont önmagukban még nem adnak számokat. Számok rendelése a lelki jelenségekhez külön tudományterület, a *pszichometria*. Bonyolultabb esetekben klinikai szakpszichológus által végzett tesztekre támaszkodunk.

¹⁸ Lásd részletesen a „személyiség” alfejezetben

A magatartás szubjektív vetülete

A fentiekből következik, hogy magatartásunkat jelentős részben objektív erők határozzák meg. Az ember lelki működésének egyedülálló sajátossága, hogy megnyilvánulásaink a szubjektumban is tükröződnek. Gondolkodunk, érzéseink vannak, cselekszünk, ugyanakkor önmagunkat mint gondolkodó, érző és cselekvő lényt éljük meg. Bár felismerhetjük cselekedeteink mozgatórugóit, önmagunkat szabad döntésekre képes, felelős személyként definiáljuk. Tevékenységünket biológiai, pszichológiai és társadalmi erők determinálják. Ugyanakkor önmagunkat szubjektív világunkban önvezérelt, e külső erőktől független tudó lényként értelmezzük. A döntéseinket meghatározó erők jelentős részét – világnézet, értékek, attitűdök, célok, vágyak stb. – szubjektív jellegűnek éljük meg. Bár ezeket a lélektani adottságokat objektív tények módjára vizsgálhatjuk (pl. tesztmódszerekkel), az egyén szubjektumában szabad, felelős döntéseket hoz, amikor világnézetileg foglal állást, értékek között rangsort állít fel, és ezek megvalósítása érdekében tevékenységét bizonyos céloknak rendeli alá.

A szubjektum kiemelten fontos területe az egyén önmagához való viszonya, más megfogalmazásban önmaga értékelő átélése. Ezt a viszonyt az *önkép* fogalma fejezi ki, amely nem más, mint az önmagunkkal kapcsolatos beállítódások foglalata. A későbbiekben látni fogjuk, hogy a pszichiátriai megbetegedések jelentős részében az önkép zavaraival kell számolnunk. Ez annyit jelent, hogy a személy önmagáról alkotott képe jelentős mértékben eltér a valóságtól. Szakszerűbben megfogalmazva: saját magatartásának percepciója hiányos vagy torzult. Ennek következtében a valósággal való folyamatos ütközésre, konfliktusokra kell számítani. A pszichiátriában a szubjektum jelentőségét csak fokozza, hogy a *klinikai tünetek jelentős része szubjektív élmény*, amelyekről csak a beteg beszámolóiból szerezhetünk tudomást, esetleg közvetett jelekből ismerjük fel a kóros élményeket (pl. az érzékcsalódásokat).

A magatartás zavarai és a norma

Amennyiben a pszichiátriát a magatartászavarok tudományaként definiáljuk, meg kell adnunk azt a viszonyítási alapot is, amelyhez képest a zavar definiálható. A pszichiáter a kóros–nem kóros magatartás megítélésében óhatatlanul viszonyít, s a viszonyítás alapja valamely norma. A norma meghatározása azonban rendkívül nehéz és problematikus, egységes meghatározása nem lehetséges. Többféle megközelítési mód létezik, és a pszichiátriai gyakorlat során többféle normadefiniációt is érvényesítünk.

- *A norma mint társadalmi konvenció.* Minden helyzetre és a benne szereplőkre vonatkozóan létezik egy nehezen definiálható előírásrendszer. Az ezen belüli magatartást „normálisnak”, az előírásrendszert figyelmen kívül hagyó magatartást pedig normaszegőnek, „deviánsnak” tartjuk. Amennyiben valaki rendszeresen átlépi ezeknek az íratlan szabályoknak a határait, a „deviáns” jelzőt magára a személyre vonatkoztatjuk. Az előírások a történelmi kor, a kultúra, a résztvevők neveltetése és iskolázottsága, valamint életkora függvényében rendkívül eltérőek lehetnek.
- *Kulturális norma.* Az előbbivel rokon viszonyítási alap. Bizonyos magatartásmódok egy közösségben teljesen elfogadottak, míg más körülmények között eltérőnek, deviánsnak minősülnek. A különbségek lehetnek nagy kultúrkörök függvényei vagy úgynevezett szubkultúrák normáiból fakadó eltérések. A szubkultúrák saját normarendszert fejlesztenek ki, amelyet a nagyobb társadalom nemegyszer egészében normaszegőnek minősít.
- *Statistikai vagy átlagnorma.* Az átlagosat, a többségi magatartást tekintjük normálisnak, és az ettől való eltérést minősítjük kórosnak. Minél nagyobb az eltérés, annál kórosabbnak minősül az adott megnyilvánulás. Az átlagnorma mindig megjelenik a pszichiátriai diagnosztika hátterében. A személyiségzavarokra gyakran jellemző egocentrikus maga-

tartás megítélésében például valamely elképzelésünknek kell lennie arról, mit minősítünk nem önző, helyesebben „elfogadhatóan önző” magatartásnak. Az átlagnorma képezi a pszichológiai tesztek viszonyításai alapját is. A tesztek standardizálása során egy reprezentatív populáció átlagértékeit, standard eltérését és egyéb statisztikai mérőszámait vesszük alapul. Minél távolabb esik egy mérőszám az átlagtól, annál kórosabbnak minősíthetjük az egyént. Klasszikus példája ennek az intelligencia mutatója, az intelligenciakvóciens (IQ).

Nyilvánvalóak ugyanakkor az átlagnorma mint viszonyítási alap korlátai is. Az emberi történelem számos nagy alakja minősülne kórosnak az átlagnormához való kizárólagos viszonyítás alapján. A pszichiátriában számos olyan megnyilvánulást ismerünk, amely önmagában kóros, amelynek nincs átlagnormája (ilyen például az érzékszálódás, az önpusztító magatartás bármely formája stb).

- *Egyéni norma.* A pszichiátriai vizsgálat során különös hangsúlyt fektetünk az egyén saját, megszokott, átlagos viselkedésmódjához való viszonyításra. Egy, az átlagnorma szempontjából egyáltalán nem kóros megnyilvánulás az egyén saját magatartási rendszerén belül kórosnak minősülhet. Ha például egy közismerten zárkózott egyén hirtelen aktívá, kezdeményezővé, szokatlanul „nyitottá”, társaságkedvelővé válik, az betegség megnyilvánulása lehet (hipomán állapot kialakulására utalhat).
- *Ideálnorma.* A normának valamely ideálshoz való kapcsolása minősítést jelent. Feltételezzük ugyanis, hogy az ideális a „jó”. Különbséget teszünk „jó” és „rossz” között. Számos, a filozófiai etika, sőt, a vallások területére tartozó válasz adható a kérdéssel kapcsolatban. Közösségi és egyéni ideálnorma különíthető el.
 - Az ideál valamely közösségi konvenció eredménye, amely egy konkrét cselekedetre vonatkozóan az adott közösség értékítéleteit is tartalmazza. A *közösségi*

ideálnorma területére tartozik a vallások, a filozófia, a jogrendszer normafelfogása. E felfogások egy része gyorsan változik, szinte divatként bukkan fel és tűnik el. Ilyen ideálnak tekinthető például jelen korunkban a gazdasági, jogi, pénzügyi területen tevékenykedő, jól kereső, nemzetközi kapcsolatokkal rendelkező sikeres üzletember, aki emellett természetesen elegáns, karcsú, sportos megjelenésű.

- *Az egyéni ideálnorma* az önkép része (*én-ideál* vagy ideális én). Az önkép (amilyenek magam átélem) és az énídeál (amilyen szeretnék lenni) egymáshoz való viszonya, a két én-összetevő közti távolság a személy szubjektív közérzete szempontjából rendkívül fontos. Kísérleti vizsgálatok szerint egy közepesnek mondható eltérés (vagyis „nem egészen olyan vagyok, mint szeretném”) optimális a szociális beilleszkedés szempontjából. A két én-mozzanat közti nagyfokú eltérés neurotikus állapotokra, depressziókra jellemző. Az önkép és az énídeál egybeesése paranoid állapotokban, narcisztikus személyiségzavarokban fordul elő leggyakrabban.
- *A szenvedés mint minősítési kritérium.* A pszichiátriában a szubjektumnak kiemelt jelentősége van. Nem ritka, hogy feltűnő viselkedésbeli zavar nélkül is elviselhetetlen szenvedés (például kényszer gondolat vagy kényszerimpulzus) kínozza az egyént. Az ilyen esetek legmeggrázóbb példái az „érthetetlen” öngyilkosságok.

A szenvedés szót ezúttal szűkítő értelemben használjuk. Csak azokat az állapotokat soroljuk ide, amelyekben *a szenvedés forrása maga az egyén*, a szenvedés a diszharmonikus én-struktúrából eredeztethető. A külső traumák, megrázkódtatások, életesemények okozta stressz, a lelki fájdalom nem sorolható e körbe, mivel „objektív” szenvedést jelentenek (analógiával élve: nem a végtag- amputációhoz vezető keringési zavar okoz-

ta fájdalomról, hanem a fantomfájdalomról beszélünk).

A pszichiátriai probléma gyakran akkor kerül az orvos elé, ha a szenvedés egy bizonyos mértéket meghalad. Ezért is fontos ennek a kritériumnak a külön számbavétele. „Szenvedésnyomás” szóval (Leidensdruck) fejezzük ki azt a késztetést, segítség-keresési indítékot, melynek forrása az elviselhetőség küszöbén túli szenvedés. Ez egyben a kezeléssel való együttműködésnek, a kezelésben és a rehabilitációban való kitartásnak is egyik motivációs forrása. Szenvedésnyomás nélkül a betegek és környezetük hihetetlen hosszú ideig képesek eltűrni a tüneteket és azok súlyosbodását.

A pszichiátriai gyakorlatban a norma valamennyi értelmezésének jelentősége van. A kórossá minősítés során először többnyire a konvencionális normát vesszük figyelembe, valamint tekintettel vagyunk a szenvedéskritérium szempontjaira. Előbbi különösen akkor érvényesül, ha a beteg kezelését a környezet vagy a háziorvos kezdeményezi. Utóbbi kritérium a saját indítékú kezelési igény esetén játszik szerepet. Kiegészítő pszichológiai vizsgálatok során a statisztikai vagy átlagnorma áll előtérben.

Egyes speciális zavarok ellentmondásos megítélése

A fenti szempontok érvényesítése különösen nehéz a magatartászavarok egyes típusai esetén. Sem a lakosság, sem a szakmai közvélemény, de még a szakértői megítélés sem egységes azoknak az egészségkárosodásoknak a megítélésében, amelyek az egyén életmódjának, felelőtlen magatartásának, önkárosító viselkedésének következményei. Egyes ilyen állapotokat minden további nélkül elfogad a közvélemény, az egészségügyi rendszer, a biztosító. Például egy felelőtlenül száguldozó, jogosítvány nélküli személy balesetet szenved, s ellátása, illetve rehabi-

litációja hatalmas összegeket emészt fel. Mégsem vonja kétségbe senki, hogy mindez jár az illetőnek, mégpedig a közkölségek terhére. Ugyanakkor a felelőtlenül italozó részeggel megtérítették a kijózanítás költségeit (jóllehet az „intoxicatio” a BNO-ban hivatalosan szereplő kórkép – F10.0).

A pszichiátriai betegvizsgálat

Huszár Ilona

A vizsgálat feltételei

A pszichiátriai szakértői vizsgálat sem nélkülözheti a bizalmat teremtő légkört, mert a vizsgált rejtett panaszai, problémái csak így kerülhetnek felszínre. Fontos a vizsgáló orvos vagy bizottság bemutatkozása, és a beteg megismertetése a vizsgálat céljával. A beteg szorongása csak empátiás hangvétellel és az alárendeltségi viszony oldásával csökkenthető. A vizsgálat hangneme és a megfelelő milió biztosítása mindenfajta orvosi vizsgálatnak alapfeltétele, különösen egy olyan vizsgálat esetén, mely végeredményben az egyén jövőjéről dönt. A vizsgálatához az előzményi adatokat és az egyéb fontos információkat a vizsgált szolgáltatja, de egyes kórképekben (gyengeelméjűség, szellemi hanyatlás, epilepszia stb.) nem nélkülözhetjük a hozzátartozótól származó információkat (heteroanamnézis) sem. A kettő nem szükségszerűen fedi egymást. Mindkettőben nehézséget jelenthet a pszichés tünetek szóbeli megfogalmazása.

A vizsgálat menete

A kontaktus megteremtéséhez még az előzményi adatok rendszerezett felvétele előtt meg kell kérni a beteget arra, hogy megbetegedése legfontosabb tüneteit röviden ismertesse.

A *családi előzményi adatok* kiterjednek a családban előforduló megbetegedésekre, súlyosabb

egészségkárosodásokra és a pszichiátriai problémákra, kórképekre. A *szomatikus előzmény* kérdései a születés körülményeire, a gyermek- és felnőttkor megbetegedéseire, a sebészi beavatkozásokra, koponyasérülésekre vonatkoznak. Nem mellőzhetők nőknél a menstruációra, a terhességre, a szülésre, a változó korra vonatkozó kérdések. A gyógyszer, az alkohol és a drog fogyasztására vonatkozó információk a kóreredet és a komorbiditás szemszögéből jelentősek.

Az *exploráció*, a beteg kikérdezése a megbetegedés panaszainak, tüneteinek részletezésére (keresztmetszeti kép) és kialakulásuk, illetve változásaik folyamatának megismerésére (hosszmetszeti előzmény) irányul. Az egyes részkérdések az egyén panaszainak, problémáinak, tüneteinek megfelelően változnak. Az exploráció során helyes, ha az egyén véleményét is megkérdezzük megbetegedésének egyéni megítéléséről (van-e betegségbelátása).

Az *élettörténet és a pszichoszociális fejlődés* a személyiség alakulásához nyújtanak fontos adatokat. Az erre irányuló kérdések az anya terhességének esetleges szövődményeire, a születés körüli komplikációkra, a gyermekkori fejlődés körülményeire és problémáira, későbbi stresszhelyzetekre, életeseményekre stb. vonatkoznak, különös tekintettel a megbetegedés esetleges kiváltó vagy elősegítő tényezőire. A *pszichoszociális állapot* a családi viszonyok, a munkahelyi körülmények, a napi életritmus, a szabadidős elfoglaltság stb. felmérésével tisztázható. A *pszichiátriai orvosi előzmények* során az alábbiak kerülnek értékelésre: megelőző neurológiai és pszichiátriai vizsgálati leletek, kórházi zárójelentések, egyéb kórházi zárójelentések dokumentációjának pszichiátriai vonatkozású adatai, megelőző gyógykezelések, pszichoterápiák, az alkohol-/drogfüggőség miatti ellátás stb.

A tájékozódó jellegű *fizikális, belgyógyászati és neurológiai vizsgálat* minden szakértői vizsgálat lényeges eleme.

A *beteg magatartásának* elemzése elsősorban a beteg megjelenésére és együttműködési készségére vonatkozik, de regisztrálja mindazokat az átlagostól eltérő viselkedésmódokat is, melyek a vizsgálat során megjelennek. A mozgásszabályo-

zás, a pszichomotorium eltérései is e megfigyeléssel kerülhetnek felszínre. A mimika, a kísérő mozgások, a beszéd segítségével a vizsgált személy érzelmi életére vonatkozóan szerezhetünk információkat. A tudat éberségének megtartottsága természetesen alapfeltétele a vizsgálat elvégzésének.

Az előzményi adatok, a beteg viselkedésének egyes megnyilvánulásai, illetve az exploráció tartalma alapján, ezeket összegezve írhatjuk le a pszichiátriai kórképben megjelenő funkciózavarokat (a pszichopatológiai elváltozásokat). Ezek együttese a *pszichiátriai státus*, mely elemzi az egyes funkciók változásait, illetve a kórlefolyással együtt lehetővé teszi a kórkép diagnózisát és a vizsgált személy aktuális pszichés állapotának meghatározását.

A *tudat ébersége* (tiszta tudatállapot) a tudatzavarok során leírt funkciózavarok hiányát (tudatvesztés, tudatbeszűkülés, tudatborulás) jelenti. Ha a beteg magatartása konvencionális, lehetséges vele az együttműködés, azt a státusban regisztráljuk (ezek hiánya esetén a vizsgálatkor tapasztaltakat fogjuk egybe). Az *orientációra* vonatkozó kérdések a tér, az idő és a saját személyére vonatkozó tájékozódásra irányulnak. Az ezekben talált eltéréseket értékeljük.

A *figyelem* vizsgálata a figyelem éberségére, kitartására, koncentrációjára terjed ki, mely összetevők a beteg explorációja során jól követhetők (esetleg a Bourdon- vagy Piéron-teszt segítségével is vizsgálható, melyekben egyes azonos betűk vagy figurák áthúzásának hibaszámából és idejéből vonhatók le következtetések). Az *észlelés, észrevevés* különböző kóros elváltozásai (az agnóziák, a pszichoszenzoros szintézis zavarai, a téves és rendellenes percepció, az érzékcsalódások) ugyancsak felszínre kerülnek a jól vezetett pszichiátriai vizsgálat során. A *képzet*, a *fogalomalkotás*, a *gondolkodás* kvantitatív és kvalitatív alaki zavaraira, illetve a gondolkodás tartalmi zavaraira, a főbiákra, kényszerekre és téveszmékre ugyancsak az exploráció során kapunk információt. Ezeket az adatokat egészíthetjük ki a gondolkodás néhány elemére mint pl. a fogalomalkotásra, az absztrakcióra (konkretizáció), a lé-

nyegmegragadásra, a kombinatív készségre, a szimbólumok felismerésére irányuló kérdésekkel (ezek részben az intellektuális képességek vizsgálatához is információt jelentenek).

A beteggel való beszélgetés során az *emlékezésről* is összképet nyerünk mind az emlékezés tartalmi elemeire, mind számszerű adataira vonatkozóan. Mindez kiegészíthető ugyan néhány tesztvizsgálattal (mint pl. a Ziehen-teszt vagy a szópárpróba), de ezek nélkül is egyértelmű választ kaphatunk a megjegyző emlékezést, a felidézés zavarait, az emlékezéshiányokat (az amnéziákat) illetően. Az emlékezéskiesések okaira az előzményi (traumák, zavartságok) vagy élettörténeti adatokból kaphatunk információt.

Az *érzelmi élet* zavaraira a beteg viselkedésének (mimika, mozgások, beszéd), különböző reakciómódjainak megfigyeléséből juthatunk olyan jelzésekhez, melyekben az egyénnek az adott kérdéshez történő viszonyulása tükröződik (részletesen lásd az érzelmi élet zavarainál). A beteg panaszai között nagyszámban található olyanok is, melyek az érzelmi életre, de főként a hangulatra vonatkoznak. Az érzelmi élet, ezen belül elsősorban az indulat, a szorongás vegetatív jegyei (kézremegés, izzadás, a pulzusszám növekedése stb.) gyakran jelennek meg és jól regisztrálhatók.

A *cselekvés, a pszichomotorium* zavarai a mozgások különböző jellemzőiből, a feltárt vagy az előzményben szereplő motivációból, a vizsgálat során észlelt viselkedésből kórismézhetők.

A *személyiség* jellemzői az előzményi adatokból – az egyénnek a betegség előtti, alatti és a betegség lezajlását követő, előtérben álló viselkedésmódjaiból, egyes pszichés funkcióinak adottságaiból, terveiből, jövőképéből stb. – körvonalazódnak.

Kiegészítő vizsgálatok

Laboratóriumi vizsgálatok. Az általánosan végzett rutinvizsgálatok közül különös jelentősége van a *vérképnék* és a *máj működését* vizsgáló eljárásoknak, az egyes gyógyszerek esetleges mel-

lékhatásainak időben történő felfedésére. A lítium és egyes antiepileptikumok (karbamazepin, valproat) az affektív kórképek profilaxisaként játszanak szerepet. Főként a lítiumnak keskeny a terápiás sávja, ezért az említett gyógyszerek vérszintjének ellenőrzése rendkívül fontos feladat. Neurolues vagy AIDS gyanúja esetén a VDRL-, illetve a HIV-vizsgálat elkerülhetetlen. A kábítószeres rendszeres fogyasztása vizeletben történő kimutatásukat teheti szükségessé, adott esetben hasonló helyzet állhat elő krónikus alkoholizmus esetén is. Az egyéb laboratóriumi vizsgálatok alkalmazásának különböző kórképek esetén lehet diagnosztikus értéke (lásd ott részletesen).

Képalkotó eljárások. A képalkotó eljárások jelentőségét az adja, hogy az agy belső szerkezete nem invazív eljárásokkal vizsgálható. A strukturális eljárásokkal statikus képet nyerünk, a funkcionális eljárások viszont a vérátáramlásra, a glükózfelhasználásra és a gyógyszerek receptoros kötődésére vonatkozóan szolgáltatnak adatokat. Strukturális eljárás a *komputertomográfia (CT)* és a *mágneses rezonancia vizsgálat (MRI)*. A struktúra CT-vizsgálatának tumorok gyanúja, illetve egyéb tisztázatlan organikus elváltozások esetén van elsősorban létjogosultsága. Hasonló a szerepe az MRI-nek is, de felbontó képessége meghaladja a CT-ét, így kisebb eltérések kimutatására is alkalmas. Az előbb említett funkcionális eljárások a *SPECT (egyfotonos emissziós tomográfia)* és a *PET (pozitronemissziós tomográfia)*.

A felsorolt vizsgálatoknak egyes pszichiátriai kórképek diagnosztikájában fontos szerep jut, de nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a lényeges és régi megfigyelést, hogy a struktúra elváltozásai és a pszichés funkciók károsodásai nem feltétlenül haladnak párhuzamosan (igen súlyos kamratágulatok és atrófiák fordulhatnak elő az átlagosnál magasabb szellemi tevékenység mellett és fordítva).

Elektrofiziológiai eljárások. Az *EEG* jelentősége a képalkotó eljárások fejlődése következtében csökkent, de – különösen az epilepsziában (provokáló eljárásokkal és számítógépes

feldolgozással kiegészítve) – jelenleg is nélkülözhetetlen. A 24 órás telemetriás vizsgálatok az epilepszia és az alvás vizsgálatában jelentősek, de a felsorolt vizsgálatokra is vonatkozik, hogy csak a klinikai képpel összhangban van diagnosztikus értékük.

Pszichodiagnosztikai vizsgálatok. A pszichológiai tesztek egy része a teljesítményt vizsgálja, amikor is az egyén új helyzetben mutatott problémamegoldását értékeli (produktív intelligencia). A legismertebb ilyen teszt az ún. *Wechsler-féle intelligenciateszt*. Az adott népeiségre standardizált vizsgálat az átlagos teljesítményt 90 és 110 közé helyezi (IQ). Jelentős az e teszt egyes altesztjeiben mutatott teljesítmény is. A tíz alteszt verbális és performációs feladatokból áll, melyek struktúrája organikus és funkcionális kórképekben különböző. Egyes kognitív funkciókat vizsgáló egyszerűbb módszerekről már a gondolkodás és emlékezés vizsgálatokor említettünk. A *projektív tesztek* közül a legismertebb a *Rorschach-teszt* és a *TAT (Thematic Apperception Test)*. Ezek jelentőségét az adja meg, hogy a válaszok a személyiség kivetülései, spontán megnyilatkozásai. Fontos szerepük van a diagnosztikában, a személyiség elemzésében és a pszichoterápia tervezésében.

A különböző *önbecslő skáláknak* (pl. Beck-skála) elsősorban szűrővizsgálatok végzésében van jelentősége. A *becslőskálák* másik formája, melyeket a szakorvos vagy szakszemélyzet tölt ki, az egyén aktuális állapotát rögzítik (Hamilton-féle depressziós skála¹⁹, Spielberger-féle szorongásteszt stb.). Olyan becslőskálák is elterjedtek, melyek feladata az egyes tünetek intenzitásának és változásának meghatározása.

¹⁹ Az egyik legismertebb módszer a pszichopatológiában a depresszió súlyosságát mérő Hamilton-féle skála. A depresszió 17, jól definiált tünetét súlyossági foka szerint 1–4 ponttal jellemezzük. A pontok összege a depresszió súlyosságának egy lehetséges mérőszáma. A kezelés folyamán az állapot változását a skála összpontértékének segítségével számszerűen is követhetjük, s valamely gyógyeljárás hatékonyságát összehasonlíthatjuk egy másikéval. A Hamilton-skála magyar változata egyben az első magyar nyelven standardizált pszichometriai becslőskála (Tringer, 1969).

Az orvosszakértői vizsgálat speciális kérdései

Kuncz Elemér

Az össz-szervezeti egészségkárosodás értékelése

A vizsgálat leírt menete szerint az *aktuális állapot*ra az egyes pszichés működések minőségéből és teljesítményéből következtethetünk. Így alakulnak ki azok a tünetegyüttesek, amelyek alkalmasak arra, hogy segítségükkel – a vizsgálatnál észlelt összképbe beleillesztve – az élettörténet egészét értékelhessük. Az élettörténet elemzése során a szülői környezet, a szocializáció esetleges zavarai is felszínre kerülnek. A bekövetkezett *változásokat* kell felderítenünk, visszanyúlva a gyermek- és serdülőkorig, az iskolai eredményekig, figyelemmel az ott tanúsított viselkedésre, a beilleszkedésre, a társakhoz való viszonyulásra. Voltak-e barátai? Magányos volt-e vagy társaságkedvelő, visszahúzó vagy központi alak? Voltak-e „letörései”, voltak-e konfliktusai a családban, az iskolatársakkal, tanárokkal? Hogyan küzdötte le ezeket, esetleg megmerevedett bántódás-sókként éli meg őket még jelenleg is?

Az előbbieket követő kérdések a tanulás befejezése utáni időszakra vonatkoznak, milyen volt a „mindennapi életbe” való átmenet, az álláskeresés, az elhelyezkedés? Megfelelnek-e jelenlegi feladatai és munkahelye képzettségének, szakmájának? Az észlelt pszichés elváltozások milyen mértékben és hogyan befolyásolják feladatainak elvégzésében? Ezek a kérdések a diagnosztikus meghatározásokhoz vezetnek el, amelyeket a BNO-10 kategóriái szerint kell megfogalmazni és osztályozni. Ennek függvényében összesítjük a betegség által előidézett *mentális funkciókárosodásokat*. Utóbbi keretében a betegség okozta szubjektív jóllét, szenvedés, az életminőséget károsan befolyásoló bármely tünet (például az örömképesség elvesztése) értékelésre kerül.

A továbblépéshez elemezni kell a vizsgált *tevékenységi körét*, amelyben fel kell mérnünk a mindennapi *létfenntartási tevékenységet*, az ezzel kapcsolatosan megnyilvánuló érdeklődését, aktivitását és produktivitását. Milyen az előmenetel adott szakmájában? Ugyanaz a tevékenységet folytatta-e élete során egy, esetleg több munkahelyen? Gyakran váltogatta-e a munkahelyeket, és ha igen, milyen okból? Mennyire állhatatos, milyen a kitartása? A munkatársakhoz való viszony minősítése átvezet az egyéb területeken megnyilvánuló *kapcsolatrendszerekhez*: milyen a családban, a lakóközösségében elfoglalt helyzete, beilleszkedése?

A kapcsolati rendszerek ismeretében kell értékelni az egyén *részvételét* a különböző társas folyamatokban. Ennek az egyik legfontosabb része *az egyén önfenntartásra való képessége*; – hogyan tudja ezt teljesíteni? Képes-e másoktól is gondoskodni? Miként áll a *felelősség* kérdésével, mind sajátmagára, mind azokra nézve, akiktől neki kell gondoskodnia (önsorsrontó magatartásformák)? Milyen hobbijai, esetleg szenvedélyei vannak? Milyen irányúak az elkötelezettségei? Adott élethelyzetek megoldásában mennyire rugalmas? Újabb ismeretek elsajátítására, esetleges átképzésére érez-e hajlandóságot, alkalmas-e arra? Képes-e vajon a munka- vagy lakóhelyének megváltoztatására? Meglévő adottságaival és lehetőségeivel hogyan tud gazdálkodni? Van-e érdeklődése szélesebb kitekintésre és munkálkodásra a tágabban értelmezett közösségi életben (civil szervezetekben, karitatív, egyházközségi stb. csoportok munkájában)?

- A vizsgált válaszainak összességéből a diagnózison túl következtethetünk arra az állapotról, amelyet az észlelt megbetegedés összességében okozott, pontosabban a károsodás fokára, illetve a tevékenység korlátozottságára, a részvétel (munkavégzés) akadályozottságára. Egyúttal nyilatkozni tudunk arra nézve is, hogy milyenek a rehabilitáció kilátásai, és ha fennállnak, milyen módon kerülhet sor a kivitelezésére. A károsodás

fokozatait és meghatározásának szempontjait a *11.1. melléklet* mutatja be.

- A kritériumoknak megfelelően mérlegelve a vizsgáltra vonatkozó adattömeget, reális mércével tudjuk meghatározni a tartós, végleges vagy maradandó, illetve rehabilitálható károsodások fokát, megadva ezzel az össz-szerkezetre vonatkozó károsodás százalékos értékét.

A keresőképesség (átmeneti munkaképesség-változás) értékelése

A keresőképesség (átmeneti munkaképesség-változás) megállapítása annak függvénye, hogy aktuális megbetegedésében *az egyén* az észlelhető tünetek mellett *képes-e a foglalkozásával, munkakörével kapcsolatos teendőket teljesíteni*, képes-e megfelelni a követelményeknek? Ha nem, akkor betegállományba (táppénzes állományba) vétele szükséges.

A keresőképesség nem csak a különböző betegségekből, hanem azok különböző fázisaiban is eltérően alakul. A betegség diagnózisa önmagában ritkán jelent egyet a keresőképétlenséggel. Az erre vonatkozó részleteket az egyes kórképeknel ismertetjük. A keresőképesség elbírálásának általános szempontjai az alábbiakban foglalhatók össze.

- A *pszichózisok* akut epizódjaiban a betegek keresőképétlenek. Az epizódmentes időszakokban, illetve a megbetegedések maradványállapotaiban a beteg panaszai, a magatartászavar jellege, súlyossága, az addigi kórlefolyás stb. és a foglalkoztatás követelményei, körülményei alapján bírálható el a keresőképességük. Bizonyos foglalkozási ágakban jogszabály rendelkezik a foglalkoztathatóságról (pl. a gépjárművezetőknel). A pszichotikus betegek rehabilitációjának elősegítésében fontos szerepet tölthet be a rész-munkaidőben történő foglalkoztatásuk, melyre azonban az esetleges kudarc elkerü-

lése miatt célirányosan fel kell őket készíteni.

- A *bipoláris vagy unipoláris depressziós és mániás epizódok* alatt a beteg keresőképtelen, és ugyanez vonatkozik az egyéb eredetű majordepressziós állapotokra is. Epizódmentes időszakokban, esetleges fenntartó gyógyszerelésük ellenére, a betegek akár teljes értékű munkát is végezhetnek; feltéve, ha a szervi megbetegedésekhez csatlakozó depressziókban az alaptergység nem vezet a keresőképesség beszűküléséhez vagy hiányához.
- A keresőképesség elbírálása szempontjából a *demenciák* közül a fiatalabb életkorban fellépőknek van jelentősége. Ha a szellemi hanyatlás gyógykezelhető alaptergységhez csatlakozik, visszafejlődhet, ezért a keresőképesség csak átmeneti. A progresszív kórképek esetén a teljesítmény fokozatos csökkenése következik be, és az egyén munkaképesség-változása tartóssá válik.
- A *szorongásos zavarok* súlyossága rendkívül különböző lehet, az enyhe átmeneti zavaroktól az étellel szinte összeegyeztethetetlen kórképekig (pl. súlyos kényszeres-rögeszmés zavar) terjedhet. A keresőképesség átmeneti csökkenése vagy hiánya enyhébb kórképek esetén is – a kifejezett vegetatív és szomatikus tünetek miatt – gyakran előfordul. A szomatoform zavarok esetén is hasonló a helyzet, de többnyire az előbbi csoportnál gyakrabban és hosszabb időt töltenek betegállományban.
- A *személyiségzavarok* súlyosabb formái esetén könnyen jön létre az állapot dekompenzálódása (paranoid állapotok, depresszió, nagyfokú szorongás stb.), aminek következtében az egyén keresőképessé válhat.
- *Az alkohol és drog okozta akut intoxikációk, valamint a pszichotikus zavarok* többnyire csak a keresőképességet érintik (táppénzes álló-

mányba vételre elsősorban alkoholfogyasztás miatt kerül sor, lényegesen ritkábban drogok

11.5. táblázat. A keresőképesség időtartama mentális megbetegedésekben (ajánlás)

Betegségcsoportok	A keresőképesség időtartama (nap)
Szkizofrénia (F20)	7–70
Paranoid pszichózisok (F22–F24)	
enyhe	0–21
súlyos	21–49
Depresszió (F30–F34)	
enyhe (ambuláns)	0–20
súlyos	42–56
Demencia (F00–F42)	
súlyos	365
Szorongásos zavarok (F40–F42)	
enyhe	–
súlyos	3–28
Szomatoform zavarok (F45)	
enyhe	3–5
súlyos	5–14
Disszociatív zavarok (F44)	
enyhe	3–5
súlyos	5–14
Stresszreakciók (F43)	
enyhe	–
súlyos	14–21
Evészavarok	60–90
Személyiségzavarok (F60)	
dekompenzációjuk	–
	14–21
Alkoholos intoxikáció (F10)	0–2
megvonásos szindróma	7–14
pszichózis	7–21
rehabilitáció	28–36
Drogfüggőség (F11–F19)	
megvonásos szindróma	7–14
rehabilitáció	28–36

fogyasztása miatt). Kialakult függőség mellett is megtartott lehet a keresőképesség, de hosszabb távon a függőség a munkaképesség hanyatlását idézi elő.

- A mentális és pszichés betegek keresőképességének megállapítása összetett feladat. *Kizárólag egyedileg, a panaszok, a tünetek (jellegük, súlyosságuk), a kórlefolyás és a személyiség együttes ismeretében, illetve azokat a beteg munkájának követelményeivel, körülményeivel összevetve lehet helyes döntést hozni.* A keresőképesség időtartamára vonatkozó ajánlásokat mutatja be a 11.5. táblázat. A táblázatban szereplő időtartamoktól a fentiek figyelembevételével, azok ismeretében lényeges eltérések lehetségesek.

A munkaképesség véleményezése

- A munkaképesség véleményezéséhez az össz-szervezeti károsodás mértékét kell megállapítani a tájékozódásul megadott kritériumok alapján (lásd 11.1 melléklet), a megtartott, teljes értékű munkaképességtől a munkaképesség-csökkenés négy fokozatán

át az extrém fokú károsodásig, mely a munkaképesség teljes elvesztését jelenti. A véleményezésnél figyelembe kell venni a napi teendők, a munkatevékenység, a személyes jólét és a szociális részvétel szempontjait.

A fogyatékoság véleményezése

A fogyatékoság fogalmába tartoznak mindazok az állapotok, amelyek bizonyos struktúrák és funkciók károsodásának következményei, és meghatározott képességek elvesztéséhez vagy csökkenéséhez vezetnek. Ennek eredményeként bizonyos tevékenységek korlátozottá vagy lehetetlenné válnak az egyén számára. A fogyatékoságok a mentális teljesítmények közül a tanulás, illetve a megtanultak felidézése és alkalmazása, a létfenntartás, az interperszonális kapcsolattartás és általában a napi feladatok, tevékenységek területén jelenhetnek meg.

- A véleményezés mind a munkaképesség-csökkenés, mind a rehabilitáció szempontjából hasonló elvek szerint történik, mint a munkaképesség esetében (11.2. és 11.3. melléklet).

Részletes rész

Szkizofrénia, szkizotípiá, paranoid kórképek (tévelyállapotok)

Huszár Ilona

A szkizofrénia gyakorisága és társadalombiztosítási jelentősége

Világszerte a lakosság kb. 1%-a betegszik meg szkizofréniaiban, férfiak és nők kb. egyenlő arányban. A megbetegedés időpontja férfiaknál átlagosan a 21., nőknél a 26. életév (többnyire tehát fiatal korban kezdődik). A szkizofrénia tragikusan változtathatja meg az abban megbetegedők, illetve családjuk, környezetük életét. Kórházi kezelések követik egymást, gyakran hosszú évekig folyamatos gyógyszerelésre szorulnak, sokan rokkanttá válnak, elveszítik állásukat, megszakadnak családi és baráti kapcsolataik, gyakori a szociális degradáció. A betegség kezelési költségei jelentősek, a szkizofrén betegek ellátása a leg súlyosabb egészségügyi problémák közé tartozik mindenütt a világon.

A szkizofrénia meghatározása

A szkizofrénia keresztmetszeti képét pszichopatológiailag rendkívül színes és változatos tünetek jellemzik. Gyakoriak a tévelytünetek, a hallucinációk, a formális gondolkodási zavar, az éntudat, az affektusok, a pszichomotorium stb. zava-

rai. Egyértelmű, diagnosztikus értékű testi tünetek viszont nincsenek. A szkizofréniát régebben az ún. endogén pszichózisok közé sorolták, mivel e kórkép létrejöttében fontosak a genetikai tényezők (mint *vulnerabilitás*), de nem játszanak kizárólagos szerepet (ezt ikervizsgálatok, adoptációs kutatások, illetve pszichoszociális vizsgálatok igazolják). Pszichopatológiailag és kórlefo-lyásában egymástól jelentősen eltérő alcsoportokba sorolható kórképek formájában jelenik meg (lásd alább részletesen).

A szkizofrénia osztályozása és diagnózisa

A modern pszichiátria egyik úttörője, *E. Kraepelin* a 19. század második felében írta le a „dementia praecox”-ot. A „dementia” elnevezés a kognitív hanyatlásra, elbutulásra utalt, a „praecox” pedig arra, hogy a hanyatlás korán, még az ifjúkorban bekövetkezik (ma már tudjuk, hogy elsősorban nem kognitív, hanem érzelmi hanyatlás áll az előtérben). *E. Bleuler* a kórlefo-lyás helyett a keresztmetszeti pszichopatológiai képet helyezte előtérbe, mert megfigyelése szerint az ugyanazon tünetekkel jellemzett betegek közül egyesek meggyógyultak vagy jelentősen javultak, míg másoknál a korábban elért személyiségi szint, illetve teljesítmény romlott. *Bleuler* „schizophrenia” elnevezéssel illette ezt a kórképet a görög „hasadás” és „elme” (lélek) szavak összetételével. Véleménye szerint ez egy olyan betegségcsoport, amit az *ambivalencia*, az *asszociációk* és az *affektusok* zavarai, valamint *autizmus* jelle-

mez. A négy tünetcsoportra úgy szoktak utalni, mint a bleuleri „négy a”-ra.

A szkizofrénia tünetcsoportját újabban *pozitív és negatív tünetekkel jellemzett alcsoportokra* osztjuk. Pozitívnak nevezzük azokat a tüneteket, melyek a normális viselkedéshez, gondolkodáshoz képest többletként jelennek meg (érzékcslódások, téveszmék, pszichomotoros zavarok). Negatív-nak azokat tartjuk, melyek korábban jelenlévő viselkedésgyek, tulajdonságok elvesztésével jellemezhetők (elsősorban az érzelmi elszíntelenedés, indítékszegénység, aktivitáscsökkenés tartozik ide). *Crow* hipotézise szerint a pozitív tüneteket a *dopaminrendszer* hiperaktivitása okozza, míg a negatív tünetek hátterében e rendszer aktivitásának csökkenése és sejtpusztulás állhat.

A szkizofrénia jellemző „produktív” tüneteket *K. Schneider* foglalta össze, és diagnosztikus jelentőségük alapján elsőrangú, illetve másodrangú tüneteknek nevezte el őket. Az *elsőrangú* (diagnosztikai szempontból fontos és jellegzetes) *tünetek* közé tartozik a saját gondolatok hangos-sá válása, az olyan hangok hallása, melyek a saját tevékenységre tesznek megjegyzéseket, a testi befolyásoltság élménye, a gondolatelvonás, a gondolatkiterjesztés és a gondolkodás befolyásolásának egyéb élményei, valamint a befolyásoltság élménye az érzelmek, az ösztönök és az akarat területén. A *másodrangú* (diagnosztikai szempontból kevésbé fontos és jellegzetes) *tünetek* közé tartoznak azok a percepció zavarok, melyek nem kerültek felsorolásra az elsőrangú tünetek között (pl. szag- vagy ízlelési hallucinációk), tanácstalanság, hangulati zavarok (emelkedett vagy deprimált hangulat) és egyszerű, nem rendszerezett téveszmék.

A *szkizofrén deficit szindrómát* affektív, kognitív, pszichomotoros, szociális hiánytünetek jellemzik, mint a gondolkodás és a beszéd elszegényedése, érzelmi eltompultság, anhedonia, apátia, az érdeklődés és a kezdeményezés csökkenése, a szociális kapcsolatok beszűkülése, a szexuális érdeklődés hanyatlása, figyelemzavar stb.

A szkizofrénia osztályozása kapcsán vita körül folyik, hogy a keresztmetszeti pszichopatológiai képnek vagy a kórkimenetelnek

van-e nagyobb jelentősége, illetve a pozitív tünetek mellett a negatív tünetek milyen súllyal szerepeljenek a diagnosztikai kritériumok között. A BNO-10 ezeket ötvözi, és a szkizofrénia-akat az F2 kód alatt jeleníti meg, a szkizotipias és tévelyszerű (paranoid) zavarokkal együtt. A szkizofrénia (F20) alcsoportokba sorolása mellett a BNO-10 a kórlefolyást is kódolja. E szerint a szkizofrénia a következő kórlefolyások formájában léphet fel: *folymatos* („processzus”), *epizodikus* („schub”-ok) *fokozódó maradványtünetekkel, epizodikus stabil reziduummal, epizodikusan visszatérő, nem teljes remisszió, teljes remisszió*. Külön kódoljuk, ha a megfigyelési idő rövidebb, mint egy év.

A nagy betegszámra vonatkozó statisztikai felmérések szerint a szkizofrén betegek 20%-a gyógyul, kb. a felénél jelentős javulás következhet be az időszakos visszaesések és esetleges maradványtünetek ellenére, de az esetek kb. 1/3-a jelenleg is kedvezőtlen kórlefolyású. A prognózis szempontjából a premorbid személyiségnek, a kezdeti tüneteknek és a kórlefolyásnak van jelentősége. Ha a megbetegedés előtt a személyiség kiegyensúlyozott volt, a betegség kezdete akut és produktív tünetekkel jellemzett, és a kórlefolyás epizodikus, illetve minél hangsúlyosabb volt a szituatív kiváltók szerepe, annál kedvezőbb a kórkép prognózisa. Nagyon jelentős a korai felismerés és azt követően a gyógykezelés mielőbbi megkezdése. A nem gyógyuló betegek esetében a betegség lefolyása során a negatív tünetek egyre hangsúlyosabbá válnak, a beteg személyiségének károsodása egyre kifejezettebb lesz, folyamatosan izolálódik, szociálisan degradálódik (a felsoroltakat a különböző szocioterápiás módszerekkel és gyógyszereléssel jelentősen csökkenteni lehet).

A szkizofrénia tünetei

A szkizofrénia diagnózisa semmiképpen sem zárólag a tévelytüneteket és az érékcslódásokat jelenti; előfordul, hogy e produktív tünetek a teljes kórlefolyás alatt hiányoznak. A releváns,

de nem specifikus pszichopatológiai tünetekhez, tünetcsoportokhoz az alábbiak tartoznak:

- *Tévelytartalmak.* Többnyire befolyásoltatásos és üldöztetési téveszmék, gyakran hirtelen ötletbetörésként, bizarr, mágikus-misztikus színezettel (idegen erők befolyása érvényesül, gondolatokat ültetnek a fejébe, elvonnak gondolatokat, irányítják a cselekvéseit stb.).
- *Akusztikus hallucinációk.* Általában hangok hallása (pszeudohallucinációk, a gondolatok hangossá válása, visszahallása, extrakampin hallucinációk), kóros, bizarr szervérzések, de ízlelési és szaglási hallucinációk is előfordulnak.
- *Éntudat-zavarok.* Ide tartoznak a külső erők által történő befolyásolás (lásd előbb), továbbá a deperszonalizáció, a derealizáció (megváltozott érzése és az őt körülvevő világ idegenné válása). Gyakori, hogy a beteg egyidejűleg él a valóságban és a tévely világában („kettős könyvvitel”). A teljessé vált autizmus esetén „begubózik”, a külső világ nem létezik a számára.
- *A formális gondolkodás zavarai.* A szkizofrénekre jellemző fontosabb típusai a kuszaság (nehéz és felszínes kontaktusfelvétel), az asszociációk fellazulása (nincsen hosszabb távú célképzete), a heterogén tartalmak egybeolvasztása (kontamináció), a zárlat, a neologizmus megjelenése, a paralógia, a konkretizáció, a szimbólumokban történő gondolkodás.
- *Affektív zavarok.* Az érzelmi rezonancia gyakran hiányzik, jellemzővé válik az érzelmi szegénység, a színtelenség. A hangulat és az érzelmi élet szélsőségessége is feltűnő lehet (gyakran oda nem illő, indokolatlan – paratímia, paramímia). Pszichotikus szintű ambivalencia és nagyfokú szorongás különösen a kezdeti stádiumban fordulhat elő (tévelyállapot). Nagyon lényeges, hogy a negatív tünetek intenzívebbé válása esetén a beteg saját magával szemben is közönyös, ezért nem érdekli további sorsa.
- *Kataton tünetek.* Stupor, katalépszia, parancs-

automatizmus, negativizmus, echolalia, echopraxia, mozgási sztereotípiák stb. fordulnak elő.

- *A szociális viselkedés zavarai.* Az indíték, az érdeklődés, az aktivitás nagyfokú csökkenésében vagy hiányában, főként a reziduális állapotokban lelhető fel. Mindez izolálódást, passzivitást, visszahúzódást eredményez, mely jelentősen beszűkíti az egyén emberközi kapcsolatait, kihat szociális helyzetére. Viselkedése nemegyszer furcsa, bizarr, néha indokolatlannak tűnhet. Ha a negatív tünetek kifejezettek, a beteg mások támogatására szorulhat.

A szkizofrénia alcsoportjai

Paranoid szkizofrénia (F20.0). Az előtérben tévelyélmények és hallucinációk állnak. Üldöztetési, vonatkoztatási, esetleg nagyzásos téveszmék jelentkeznek, gyakran bizarr elemekkel, melyek laza, logikátlan rendszert alkotnak. A betegek többnyire gyanakvóak, egyesek ellenségesek, agresszívok is lehetnek. A megbetegedés kb. a 30–40. életévben kezdődik. A személyiség többnyire jól megtartott; a beteg téveszméi és hallucinációi mellett (ellenére) adekvátnan viselkedik, pl. munkahelyén vagy más fontos élethelyzetben (gyakran figyelhető meg „kettős könyvelés”).

Hebefrénia (F20.1). Fiatalkorban kezdődik, gyakran a pubertás idején. A vezető tünet a súlyos affektív károsodás (az érzelmek felszínessé, tompává válása, szélsőséges indulatok, nagyfokú ambivalencia stb.) és a gondolkodás inkoherenciája (összefüggéstelensége). A viselkedés bizarr, infantilis; a beteg gyakran, indokolatlanul nevetgél, furcsa grimaszokat vág, sztereotip kifejezéseket használ. A hallucinációk és téveszmék nem szerveződnek összefüggő rendszerré. A hebefrénia kórlefolása rendszerint processzus jellegű, és többnyire súlyos hanyatláshoz vezet.

Kataton szkizofrénia (F20.2). A pszichomotorium tünetei állnak előtérben, melyek a stupor

és az extrém fokú pszichomotoros nyugtalanság között ingadozhatnak. Stuporban a betegek nem kommunikálnak, nem esznek, nem isznak. A pszichomotoros nyugtalanság időszakában kárt tehetnek önmagukban vagy másban. A legkülönbözőbb katatón tünetek jelenhetnek meg (lásd előbb részletesen). A mimika merev, gyakoriak a sztereotip tartások és mozgások. Prognóza inkább kedvező, de fiatalkori kezdet esetén a kórlefordulás processzus jellegű lehet. Periodikus katatóniánál a pszichomotoros nyugtalanság és stupor váltakozva jelenik meg, az egyes periódusok közötti teljes remisszióval.

„Nem differenciált” szkizofrénia (F20.3).

Azok a betegek tartoznak ebbe a csoportba, akiknek egyértelműen vannak szkizofrén tünetek, de a fent felsorolt három alcsoport egyikébe sem sorolhatók be.

Szkizofrénia utáni depresszió (F20.4). A szkizofrénia lefordulása során 30–60%-ban fordul elő hangulati nyomottság, rendszerint a heveny tünetek lezajlása után („posztpszichotikus depresszió”). A kórisméhez a depresszió igazolásán kívül a szkizofrén előzmény feltárása is hozzátartozik.

Reziduális szkizofrénia (F20.5). Az anamnézisben szkizofrénia szerepel, de a vizsgálatkor nincsenek típusos pozitív tünetek, csak negatív tünetek észlelhetők, és személyiségkárosodás állapítható meg.

Egyszerű szkizofrénia (F20.6). Hiányoznak a produktív tünetek, ezért szinte észrevétlenül alakul ki. A vitalitás, a dinamika egyre inkább beszűkül, a beteg fokozatosan autisztikussá válik.

Szkizoaffektív pszichózis (F25). A szkizofréniaíktól minden klasszifikációs rendszerben elkülönítetten szereplő kategória. Szkizofrén és affektív (mániás vagy depressziós) tünetek együttes előfordulása jellemzi. A lefordulás az affektív betegségek jellegzetességeit mutatja: hevenyen kezdődik, gyakran bipoláris (az egyik fázist vagy

„schub”-ot mániás, a másikat depressziós tünetek jellemzik). A kimenetel többnyire kedvező: a betegek tünetmentesen vagy minimális maradványtünetekkel (szubjektív panaszokkal) gyógyulhatnak.

Differenciáldiagnózis

A szkizofrénia keresztmetszeti diagnózisa csak az *organikus okok* (pl. trauma, tumor, gyógyszer vagy illegális droghasználat következményei) *kizárása* után állítható fel.

A szkizofrénia gyógykezelése

A szkizofrénia gyógykezelésében komplex bio-, pszicho- és szocioterápiát kell alkalmazni, a betegség különböző fázisában más-más hangsúllyal.

Az *antipszichotikumok* igazoltan hatékonyak a szkizofrénia tüneti kezelésében, illetve a relapsusok megelőzésében. Az utóbbi években forgalomba került ún. atípusos antipszichotikumok lényegesen kevesebb mellékhatással rendelkeznek, és legalább olyan hatékonyak, mint a típusos, hagyományos szerek. Bár a pozitív tünetek többnyire jól reagálnak a hagyományos antipszichotikumokra is (ami dopaminantagonizmust jelent), a negatív tüneteket nem, vagy csak kis mértékben befolyásolják (mellékhatásaik nehezítik a rehabilitációt). Az atípusos szerek a pozitív tünetekre gyakorolt jó hatásuk mellett a negatív tünetekre is hatásosak.

Súlyos katatón stupor vagy katatón izgalmi állapot esetén az *altatásban és relaxációban végzett elektrokonvulzív kezelés (ECT)* mérlegelendő.

A szkizoaffektív betegek kezelésében *profilaktikus célból* helyet kapott a *lítium* és egyes *antiepileptikumok* (karbamazepin, valproinsav-származékok) alkalmazása is. A szkizofrénia és szkizoaffektív pszichózisok során fellépő depressziós szindrómákat antidepresszívumokkal helyes kezelni.

A szkizofrénia pszichoterápiájában a *kognitív és viselkedésterápiás*, valamint a *családterápiás mód-*

szerek bizonyultak hatékonynak. A viselkedésterápiákkal a szkizofrén betegek szociális készségeinek és kompetenciájának javításában érhető el eredmény. Családterápia azoknál a betegeknél indikálható, akikkel szemben a család érzelmileg túlságosan is érintett, gyakran túl kritikus, és ezt a beteg irányába kifejezésre is juttatja. A családterápia célja olyan viselkedés és kommunikáció kialakítása a családban, ami a magas „expressed emotion”-szintet (a kifejezésre juttatott érzelmek mennyisége) csökkenti. Igen sikeres módszer az ún. *pszichoeducáció*, melynek során a beteg – és ha lehet családtagjai is – korszerű ismereteket kap a betegségről és a kezelési lehetőségekről. A pszichoterápia bármelyik formája antipszichotikus gyógyszeres kezeléssel együtt folyik, mely nélkülözhetetlen a relapszusok megelőzése szempontjából.

A szkizofrénia kezelésében, elsősorban a maradványállapotaiban rendkívül jelentős szerepe van a különböző *szocioterápiáknak*, melyek elősegítik a beteg tevékenységét és visszaadják elvesztett készségeit, előkészítik a társadalomba való visszahelyezését, hivatásbeli elhelyezését, szabad idejének megszervezését.

A szkizofrénia rehabilitációja

A szkizofrénia kórlefolyása rendkívül különböző lehet (lásd fent részletesen), de tényleges kimenetelét a különböző terápiaformák adott beteghez mért következetes és tervszerű aránya nagymértékben befolyásolja. Ezért rehabilitációjukat már a kórházi kezelés alatt, az akut periódusban meg kell kezdeni. A szkizofrénia gyógykezelése és rehabilitációja napjainkban – ellentétben a múlttal – döntően a kórházon kívül (extramurálishan) történik. Ez már önmagában is a beteg autizmusának elmélyülése, izolálódása ellen hat, de ezt a tendenciát a rehabilitáció különböző eszközeivel is támogatni kell.

Még jó prognózisú kórképek esetén is fennáll a visszaesés veszélye, a produktív tünetek ismételt megjelenése, ezért még ez a betegcsoport is folyamatos gondozást és hosszan tartó gyógy-

kezelést igényel. A megbetegedés relapszusát, az újabb és újabb epizódok megjelenését, a negatív tünetek elmélyülését, az izolálódást stb. vannak hivatva megakadályozni a pszichiátriai gondozók, a rehabilitáció különböző intézményei (nappali kórház, védett munkahely, védett szállás, klubok, önszolgáltató csoportok stb.) és a *közöségi pszichiátria* módszereinek mindinkább szélesedő alkalmazása. Ez utóbbi célja, hogy a beteg folyamatos gyógykezelése, társadalmi beilleszkedése eredeti környezetében valósuljon meg, a közvetlen és a tágabb környezet erőforrásainak bevonásával. A beteg tünetei mellett szociális helyzetét is figyelembe véve, a kezeléséhez igénybe kell venni a szociális ellátó rendszerek lehetőségeit is. Sikeres alkalmazásának alappillére a beteggel való szoros együttműködés kialakítása és a kapcsolat tartós fenntartása. Ideális esetben a beteg ellátását a betegség különböző fázisaiban ugyanaz a személy („case manager”) koordinálja.

A szkizofrénia orvosszakértői megítélése

A szkizofrénia szakértői megítélése – a fentiekből következően – mindig egyedi elbírálást igényel. Egyes esetekben, a kedvező kórlefolyás következtében az egyén, hosszabb-rövidebb betegállományai ellenére, eredeti vagy esetleg könnyített munkakörülmények között munkaképes marad, és rokkantsági állományba helyezése a „súlyos diagnózis” ellenére szükségtelen (adott esetben a zajlások gyakorisága képezheti okát a rokkantság kinyilvánításának). A rehabilitációs erőfeszítések ellenére azonban igen gyakran, néha már a megbetegedés korai időszakában elkerülhetetlenné válik a betegek rokkantsági állományba helyezése a személyiségben történő destrukció (mélyreható változások az érzelmi-indulati élet, az akarati és kognitív funkciók területén), a negatív tünetek (indítékszegénység, érzelmi elszíntelenedés, érdeklődéshiány, dekoncentráció stb.) elhatalmasodása következtében. Ilyen esetekben is meg kell adni azonban

annak a lehetőségét, hogy a részmunkaidőben történő foglalkoztatásra lehetőség nyíljon. Számolni lehet ugyanis azzal, hogy a személyiségben bekövetkezett negatív irányú változások, illetve maradványtünetek (még fennálló produktív tünetek) ellenére a beteg az úgynevezett „szociális remisszió” állapotába kerülhet, és bizonyos korlátozott feladatokat – megfelelő feltételek mellett – el tud látni.

A szkizofrének viselkedése szakértői vizsgálatuk, illetve felülvizsgálatuk alkalmával más betegek hasonló helyzetben tanúsított beállítódásától eltérő lehet. E „buktatókra” feltétlenül oda kell figyelni! A szkizofrén betegnél hiányozhat a betegségbelátás, túlbecsülheti saját képességeit és lehetőségeit, vagy – ami ugyancsak gyakori – érdektelen lehet jövő sorsa iránt. A felsoroltak fennállásakor előfordulhat, hogy a beteg maga nem is igényli rokkantállományba helyezését, vagy ha meg is jelenik a vizsgálaton, egészségesnek és munkaképesnek mondja magát, a vizsgálatot feleslegesnek véli. Más esetekben viszont tudomásul kell venni azt, hogy a személyiség destrukciója ellenére megélt szubjektív munkaképtelenség nem a munka „hátrítása”, hanem az érdeklődés hiánya, az inaktivitás megélése.

A szkizofrének állapotának felméréséhez azt is tudni kell, hogy a betegek állapota gyakran valamely alacsonyabb szinten stabilizálódik, kórházi kezelésre nem szorulnak, bár állapotuk nem teszi lehetővé még részleges rehabilitációjukat sem. Ezért a felülvizsgálatkor nem lehet mérce az, hogy az utóbbi években volt-e kórházi gyógykezelésen vagy sem, illetve az állapot stagnálását csak kórházi zárójelentés birtokában fogadják el (a beteg állapotát folyamatában a pszichiátriai gondozó regisztrálja, a beteget a mindennapi tevékenységéből kiragadni pedig nemcsak költséges, de a visszaesés veszélyét is magában rejti). A szkizofrén beteg sajátossága az is, hogy kellő együttműködés kialakításakor a rehabilitáció során ugyan eredményesen vonható be valamely tevékenységbe, de „rehabilitációs elvárás” – mint társadalombiztosítási követelményt – nem lehet velük szemben megfogalmazni. Az

ilyen módon kikényszerített munka nem vezet eredményhez, sőt állapotrosszabbodást, esetleg súlyosabb, kórházi kezelést is igénylő visszaesést válthat ki. A munkába történő részleges visszahelyezés esetén azzal is számolni kell, hogy a beteg alkalmazásának nehézségei (alacsonyabb munkakörben történő foglalkoztatása vagy elhelyezkedésének kudarcai) csökkenthetik önbizalmát, a feleslegesség érzését kelthetik benne, tehát bármilyen változtatásra, a körülményeinek gondos figyelembevételével, „fel kell készíteni” (ennek során nem hanyagolható el saját elképzelése sem).

- A szkizofrének szakértői megítélése tehát csak az anamnézis és heteroanamnézis, a megelőző orvosi leletek, a hosszmetzeti kép változásai, a kórlefolyás, a beteg személyisége és szociális háttérének együttes értékelése alapján történhet, a speciális tényezők figyelembevételével.

Szkizotípiás zavar (F21)

Olyan személyiségzavar, melyet különnek mondható viselkedés, megjelenés, az érzelmi élet és a szociális kontaktus zavara jellemez. Érzelmi hidegek, nehezen megközelíthető, szociális kapcsolatai hiányosak, hajlamos a visszahúzódásra. Szívesen van egyedül, igazi emberi kapcsolatokba nehéz belevinni. Gyakran foglalkozik elvont, misztikus dolgokkal. Ítéletei globálisak, megfélebbezhetetlenek. Külső szemlélő számára szkizofrének tűnhet anélkül, hogy szkizofrén tünetek bármikor jelentkeztek volna.

Az ilyen személyiségek gyakrabban lelhetőek fel manifeszt szkizofrének hozzátartozói között. Az is kétségtelen, hogy a felsorolt személyiségjegyek mellett a szkizofrénia kialakulásának lehetősége is megnövekszik. A felsoroltak indokolták a szkizotípiás zavar besorolását a szkizofrén spektrumba annak ellenére, hogy személyiségzavar.

Paranoid kórképek

A fogalom meghatározása

Paranoid pszichózisok néven foglalhatók össze azok az elsősorban pszichogén indíttatású kórformák, melyek előtérben átmeneti vagy maradandó téveszmék állnak. Fontos ismervük, hogy létrejöttükben a lelki behatásoknak döntő szerepe van, ezért *pszichogén vagy reaktív pszichózisoknak* is nevezhetők. Ennek ellenére a komplex patogén szituáció (akut vagy idült pszichés traumák összessége) csak meghatározott endogén és szomatikus feltételek esetén válik a pszichotikus állapot előidézőjévé (rejtett feltételek). A hajlamosítottság a személyiségstruktúrán keresztül segíti az élményreakció kialakulását. A pszichogén indíttatású kórképek létrejöttének feltétele az akcentuált személyiség (hipoparanooid vagy szenzitív személyiség) és a sajátos szituáció.

A paranoid kórképek megjelenési formái

A paranoid kórképek értelmezésekor magyarázatra szorul a *paranoiditás* fogalma. A paranoiditás ugyanis általános emberi reakcióforma. Ha valakiben vélt vagy valódi okkal az egzisztenciális fenyegetettség érzése lép fel, a környezetét gyanakvóan, bizalmatlanul figyeli, ébersége is fokozódik. Bizonyos korszakok, élethelyzetek rendkívüli módon kedveznek a gyanakvásnak, és paranoid reakciókészség alakulhat ki olyan egyéneknél is, akiktől e reakciómód távol áll. A paranoiditás diagnózisa vagy a paranoiditás kórosként történő értékelése csak akkor helytálló, ha a veszély érzése irreális, kóros forrásból vagy valódi tények túlértékeléséből, illetve helytelen értékeléséből származik.

A paranoiditás mint előtérben álló személyiségjegy a paranoid személyiségzavarban szenvedők sajátja. A paranoid személyiségek gondolkodása öncélú, énközpontú, és ennek következtében a jelenségek gyakran elvesztik valódi tartalmukat – jelentéktelen események jelentőssé

válnak, meghatározhatják az egyén viselkedését, környezetéhez való viszonyulását, cselekedeteit. E viselkedés nem pszichózis, de a paranoid személyiségjegyek hajlamosítottságot jelentenek a paranoid pszichózisok kialakulásához.

A paranoid kórképeknél a kóros jelenségek tiszta, világos tudatállapotban, bonyolult személyiség-szituáció kölcsönhatásban alakulnak ki. A tévelyszerű élmények a személyes élettörténetből – törekvésekből, vágyakból – jól megérthetőek. A túlértékelés hibás alapról indul, de logikusan épül tovább, és tévesmerendszerré formálódik. A kórképek egy csoportjánál – főként egyes akut formáknál – a tematika háttérben áll és a tüneti képet önmagában a paranoiditás uralja. Az akutan vagy szubakutan kialakuló paranoid kórképek többnyire visszafejlődnek, létrejöttükben a pszichés tényezők és a szituációból adódó összetevők szerepe kiemelkedő. A lapangva kialakuló, krónikus kórképek esetén a személyiség szerepe a meghatározó.

Paranoid reakciók (F23). Többnyire olyan helyzetekben keletkeznek, melyek az egyén számára nem kellően áttekinthetőek. Egyes esetekben például hiányos lehet az információk felvétele, és ez vezet a helytelen értékelésekhez (idegen nyelvű környezetben, halláskárosodottaknál stb.). Vonnatkoztatásokra hajlamos egyéneknél túlfeszített belső konfliktus is létrehozhatja.

A paranoid reakciók közvetlen kiváltója általában valamilyen traumatizáló élmény (pl. sértés, megaláztatás, megszegyenítés stb.). Előtérben a paranoiditás tünetei állnak, melyeket gyakran kísér heves szorongás. A beteget a gyanakvó riadtság teszi feltűnővé. Ennek oka, hogy nem képes lezárt értékelésekre. A paranoid tartalmakat gyakran támasztják alá tévely-észrevezések, hallucinációk, melyek végül is helytelen és téves értékeléseket eredményeznek, hibás cselekvésekhez vezetnek. A tudat minden esetben tiszta, a reakció a személyiség nivójának felel meg. A kulcsélmények általában olyan megterhelések, melyek az egyén különleges érzékenységet érintik és akutan, ritkábban szubakutan eredményezik a fenti reakció kibomlását. A kiváltó tényezők rendeződésé-

vel a paranoid kórkép többnyire visszafejlődik, és csak ritkán válik krónikussá.

A paranoid reakciók sajátos formája a *fogságpszichózis*. Többnyire hosszabb elzárásra ítéltknél jön létre. Gyakran akutan robban ki, máskor hosszabb, krónikus lefolyást mutat. A téveszmékben az egyén vágyai fejeződnek ki: a megkegyelmezést, a büntetés felfüggesztését élik meg patológiás tartalmaikban.

Paranoia (paranoid személyiségfejlődések)

(F22). A paranoid kórképek krónikusan az ún. „kulcssituáció” során alakulnak ki. Ebben a folyamatban az egyént foglalkoztató „komplexusok” állandóan visszatérnek, meghatározzák az életformát is, az észrebevést katatimiásan befolyásolják. A komplexusok miatt az egyén állandó harcban áll a külvilággal, de saját magával is. Nagyfokú projekciós készsége lehetővé teszi, hogy a komplexusokat a környezetére vetítse (az érzelmek, az ezekhez kapcsolódó tartalmak a külvilág tulajdonságainak tűnnek), de ennek következtében még inkább szembekerül a környezetével. Ezen a talajon egy jelentéktelen élmény is „kulcsélmény”-ként hathat, és a már manifeszt (tehát nemcsak lappangó) pszichózis elindítójává válhat (az érlelődés minden olyan esetben is megtalálható, amikor a pszichózis látszólag akut). A személyiség reakciótípusának megfelelően konfliktushelyzetben szténikus, aszténiás, expanzív, szenzitív, autisztikus személyiségfejlődés indulhat meg.

Az érzelmek hatására minden esemény polarizálódik, a téveszmék az egyén–környezet kölcsönhatásban bővülnek, részleteződnek, megerősítést kapnak (az újra és újra bekövetkező elutasítások a téves értékelést megerősítik és továbbfejlesztik – más esetben viszont környezetük a téves elképzeléseket azáltal erősíti meg, hogy azokat elfogadja és támogatja).

A *tévely tartalma* a paranoiás kórkép megnevezésére is szolgál. Ezt és a személyiségstruktúrát is figyelembe véve különíthetők el az alábbi csoportok:

- expanzív-paranoid kórképek,
- szenzitív-paranoid kórképek.

A *nagyzásos (megalomániás, expanzív) tébolyok* a személyiség egyetlen szektorára korlátozódnak, a téveszme egyetlen témakörre vonatkozik. Különböző formái ismertek.

- *Erotómánia (szerelmi téboly)*. A betegnek intuitív meggyőződése, hogy egy neves személyhez fűződő kapcsolata van kibontakozóban. Hamis biztatások, félreértelmezések, illúziók támogatják ezt az elképzelést. A másodlagosan kialakuló téveszmék a szerelmi történések szokásos élményanyagának felelnek meg. Előbb reménykedés, boldogságérzés kíséri elképzeléseit, majd a viszonzás késedelme miatt a bosszankodás, végül a neheztelés, gyűlölködés, gyakran agresszív indulatkitörések kerülnek előtérbe.
- *Vallási (religiózus) téboly*. A téveszmék tárgyát valamely új tan hirdetése képezi, és az egész tematikát metafizikai gondolatok szövik át.
- *Származási (genealógiai) téboly*. Fennállásakor az egyén előkelő család sarjának hiszi magát, és adott körülmények között úgy is viselkedik.
- *Feltalálási (inventorius) paranoia*. A nagyzásos és üldöztetési tartalmak gyakran keverednek. Az egyén túlbecsüli találmánya értékét, nagy horderejűnek tartja azt, mely egy egész tudományág reformját vonhatja maga után.
- *Üldöztetési (perszekutoros) tébolyok*. Egyes formái ugyancsak a társadalmi értékek szférájában bontakoznak ki. Az üldöztetés hátterét gyakran nagyzásos téveszmék képezik, de gyakoribb, hogy szenzitív fejlődés következményei (lásd alább).

A *szenzitív-paranoid tébolyok* általában az előzőkhöz hasonlóan körülírt, de egyesek közülük gyakrabban dekompenzálódnak és ebben az esetben orvosi kezelésük válhat szükségessé.

- *Perlekedési téboly (paranoia querulatorica)*. Fennállásakor az egyénnek meggyőződése, hogy folyamatosan rosszindulatú jogsérelmek érik. A kórfolyamat valódi vagy valódinak vélt jogsérelemmel kezdődik, majd éveken keresztül harcol „igazáért”, mindenkit vádol, nem fogadja el az ítéleteket, bead-

ványok sokaságával ostromolja a hatóságokat. Néha nevetésesen kis horderejű ügy a folyamat elindítója.

- *Féltékenységi paranoia.* A partnerek kapcsolata egy képzelt harmadik személy belépésével háromszög alakul. Előtérben kóros jelentőségtulajdonítások állnak: minden apró jelet bizonyítékként kezel saját értékelésében, ezeket gyűjti, rendszerezi és téveszmékké alakítja. Kóros motívumok és észlelések feldolgozása jellemzi a kórképet, melyek akkor is megbetegedést jeleznek, ha az ok valódi és a házastárs valóban hűtlen.
- *Szenzitív vonatkoztatási téboly.* Szenzitív-paranoid személyiségfejlődés. Ennek során a beteg saját hibáit erősen eltúlozza, sérelmeket hangoztat, melyeket kudarcra ítélnék érzett tervekkel ütköztet. A kóros tartalmak vonatkoztatások formájában lépnek fel: állítása szerint a külvilág a vele szembeni rosszsallását célzásokkal, megjegyzésekkel, célirányos viselkedésmódokkal („róla beszélnek”, „rajta szórakoznak” stb.) juttatja kifejezésre. A külvilág jelzései „sebezhető pontja” ellen irányulnak, mely valódi vagy vélt testi abnormitás, morális defektus stb. A kulcsélmény többnyire lelkiismereti konfliktus, egy megalázó esemény, illetve valamely etikai-morális vétség, mely azonban csak az ő értékrendjében minősül annak. A kórlefordulás során a vonatkoztatások egyre szélesebb körre terjednek ki, és a kórkép szkizofréniába torkollhat.
- *Perszekutoros paranoia.* Előterében üldöztetéses, mérgeztetéses, megfigyeltetéses stb. téveszmék állnak, melyek ugyancsak logikusak, rendszerezettek, a reális világhoz kapcsolódnak. A téveszmék bővülését a külvilág történéseinek, környezetük reagálásának szenzitív feldolgozása és értékelése segíti.
- *Indukált paranoid pszichózis.* A paranoid kórképek sajátos formája, melyben a súlyosan paranoid egyén környezetében élő családtagok elfogadják és átveszik a beteg téveszméit. A környezet megbetegedett tagjai hangosan ismétlik a téveszméket, teljesen magu-

kéva teszik azokat, sőt saját élményeikkel tovább is fejleszthetik. A különválasztás többnyire az indukált egyén pszichózisának megszűnését eredményezi.

A paranoid kórképek gyógykezelése és szakértői megítélése

- A paranoid reakciók akut pszichózisként általában rövid időn belül kórházi gyógykezelésre kerülnek, mely elsősorban antipszichotikumok adásából áll. A gyógykezelésre többnyire jól reagálnak, és többségükben maradványtünetek nélkül gyógyulnak. Krónikussá válásuk ritka; így rokkantsági állományba helyezésük csak ezekben az esetekben, a krónikus állapot fennmaradásakor kerülhet szóba.

A paranoid személyiségfejlődések lappangva, hosszú évek alatt alakulnak ki, és krónikus kórképként fenn is maradnak. A személyiség ugyan a téveszmék irányába változik, de a viselkedés általában nem feltűnő, a gondolkodás összefüggő, logikus. A betegek téveszméiket nem tartják kórosnak, ezáltal orvosi kezelést nem igényelnek a maguk számára. Gyógykezelésükre többségükben nem is kerül sor, illetőleg csak akkor, ha egyébként kiegyensúlyozottnak tűnő viselkedésük dekompenzálódik (ebben az esetben is nehézséget jelenthet kórházi beutalásuk, mert a sürgős beutalást indokoltá tevő „súlyosan veszélyeztető állapot” nem áll fenn, betegségbelátásuk hiánya miatt pedig ebben az esetben sem fogadják el gyógykezelésük szükségességét).

Ha ez a dekompenzált állapot krónikussá válik, hosszantartó gyógykezelésekre sem reagál, kerül szóba rokkantsági állományba helyezésük. Ezekben az esetekben elbírálásuk a szkizofréniáknál leírtakkal megegyező.

Affektív kórképek

Kuncz Elemér

Az affektív kórképek gyakorisága

Az érzelmi-indulati és a hangulati élet zavarainak gyakorisága jelentős mértékben függ a társadalmi megítéléstől. Az utóbbi évtizedekben világszerte jelentősen előtérbe kerültek a hangulati nyomottsággal jellemzett kórképek, és mint „depresszív állapotok” népbetegségi szintet értek el. Nagy, elsősorban háziorvosi praxisokban végzett hazai és külföldi statisztikai felmérések azt mutatták, hogy az ún. major depressziók, illetve az egyéb depressziók akár 15–25%-ban is jelentkezhetnek az egyén életében legalább egy alkalommal. A bipoláris forma (régii nevén psychosis maniacodepressiva) sokkal ritkább, élethossz-prevalenciája 1% körüli.

Az affektív kórképek klasszifikációja

A betegségcsoportot kedélybetegségeknek is szokták nevezni, jellemző rájuk az érzelmi-hangulati élet elsődleges megváltozása. A pozitív irányú változás, a hangulati emelkedettség, vagyis a *mánia*, *hipománia* (F30) leggyakrabban az ún. *bipoláris formákban* (F31), a depresszív fázissal váltakozva jelenik meg. A bipoláris formák enyhe változatait *ciklotímiának* nevezzük (F34.0).

Sokkal gyakoribb a negatív irányú változás, a *depresszió* (F32, F33), mely megjelenhet a bipoláris forma egyik fázisaként vagy monopolárisan. Ezenkívül azonban organikus agyi bántalmakat (epilepsziát, keringési károsodásokat, traumák okozta bántalmakat stb.) is kísérhet hangulati nyomottság, és gyakran jelentkezhet elhúzódozó monofázisos formában az involúció korában. A súlyos (major) depressziók két alakban fordulhatnak elő, pszichotikus tünetek nélkül vagy

pszichotikus tünetekkel. Ez utóbbiban sajátos érzécsalódások, pl. az önvádakat tartalmazó szidalmak, mint hanghallások vagy kellemetlen szaghallucinációk fordulhatnak elő, valamint az érzelmi-hangulati fekvés által motivált (holotim) bűnösségi, nihilisztikus, tönkremenéses vagy hipochondriás téveszmék jelentkeznek. Összefoglalóan a felsoroltakat a *mélységük, illetve tüneteik alapján major depresszióknak, illetve major affektív betegségeknek* nevezzük.

A depresszió azonban másodlagosan is felléphet, pszichés feltételezettséggel („pszichogén”, „neurotikus”, „kimerüléssel”, „reaktív” depressziók). Ezek kialakulása és mértéke függ a beteg személyiségtől, a kiváltó stressz mértékétől és tartamától. A jelenlegi klasszifikációs rendszerben tartós hangulatzavarként *disztímia* F34.1 kóddal szerepel, de a definíció nem tükrözi eléggé e kórforma pszichogén és főként reaktív, átmeneti jellegét, inkább depresszív személyiségzavarnak felel meg. Emiatt a „pszichogén” „reaktív” depressziók sokkal inkább az F32, F33 azon alcsoportjai alá sorolhatók, melyek a megjelenés ismétlődését, enyhe, nem pszichotikus szintű kórlefolását tekintik a besorolás alapjának: ha egy alkalommal fordul elő ilyen depresszió a „depresszív epizód”, ha több ízben, az „ismétlődő depresszió” kódja alá tartozhat).

Az affektív kórképek formái

Bipoláris típusú kórképek (F31). Váltakozva jelenik meg a mániára, illetve a depresszióra jellemző tünetegyüttes.

A *mánia* (F30) jellegzetes tünetei a vitális felhangoltság, az általános felgyorsulás (ez a mozgásokra, a gondolkodásra, a beszédre egyaránt vonatkozik), kritikátlansággal, az én túlértékelésével, nagyzásos ötletekkel, szexuális kilengésekkel. Gyakori tünet a feszültség és az ingerlékenység is, melyek a környezet számára rendkívül zavaróak lehetnek, és konfliktusokhoz is vezethetnek. Ugyanakkor a mániás beteg általában rendkívül jól érzi magát, és ezért nem is tartja magát betegnek. A testi, vegetatív tünetek közül a leg-

feltűnőbb az alvásigény csökkenése, mely fokozott aktivitással jár együtt az éjszakai órákban is. Egyébként szimpatikus túlsúly észlelhető, „csillogó szemekkel”, gyakran tachycardiával és vérnyomás-emelkedéssel. Többnyire farkasétvágyuk van, de testsúlyuk inkább csökken, mert mint minden mást, az étkezést is abbahagyják és „másba kezdenek”.

A *depresszió* (F32) ennek ellentettje: mélyülő lehangoltság, általános lelassultság, az expresszivitásban nagyfokú gátoltság, aggodalmaskodás, szorongás, önkicsinyítéses és bűnösségi gondolatok, tönkremenéses tépelődések, inszufficiencia-érzés és a depresszió mélységétől függően öngyilkosságra való hajlam, öngyilkossági gondolatok, kísérletek. Nincs semmi, ami örömet okozhatna, panasz lehet, hogy az „érzelmeik hiányoznak”. A szomatikus–vegetatív tünetek között a depresszióban is vezető helyen áll az alvászavar, melyet igen kínzóznak él meg a beteg; megnehezült elalvás, gyakran megszakított és felszínes alvás, korai ébredés. A betegek a koruknál idősebbnek látszanak, turgoruk csökken, testileg leromlanak, étvágytalanok, jelentős testsúlycsökkenés következhet be. Szájszárazság, szív-, gyomor- és bélbántalmak, emésztési zavarok gyakran képezik panaszukat, általános rossz közérzettel kísérve. Szemben a mániások fokozott szexuális készlettelésével, náluk a szexuális aktivitás csökkenése vagy kialvása következik be.

Az unipoláris típus. BNO: Depressziós epizód (F32). Az egyén életében csak depressziós fázisok fordulnak elő (unipoláris mánia gyakorlatilag nem fordul elő: az így diagnosztizált esetekben a depresszió szubklinikus lefolyású, vagyis igazában bipoláris kórképről van szó.) A betegség súlyossága a fázisok mélységétől, intenzitásától és gyakoriságától (mekkora a két fázis közötti remisszió időtartama) függ.

A depressziót a különféle testi panaszok gyakran elfedik, ezáltal a depresszió diagnosztizálatlan marad (a beteget ezért a háziórvosa vagy valamely szakrendelő eredménytelenül kezeli). A néhány évtizede *larvált (álcázott) depresszió*ként leírt megbetegedés homlokterében tehát nem a

pszichés jelenségek állnak, hanem szomatikus tünetek (fejfájások, gerincfájdalmak, szívűjji nyomás, szívdobogás, ritmuszavarok, mellkasi szorítás, légszomj, székrekedés–hasmenés, étvágytalanóság, teltségérzés, különféle nőgyógyászati panaszok stb.). Célzott kérdésekkel azonban, ha nem is könnyen, de fény derülhet a hátterben megbúvó depresszióra. Ennek a diagnosztikus lépésnek a megtétele igen lényeges, mert a belgyógyászati megbetegedések képében jelentkező depressziók az antidepresszív kezelésekre többnyire jól reagálnak.

A *szervi betegséghez társuló, illetve pszichoreaktív depressziók* tüneti képe a depressziók általános jegyeit mutatja, a jelenségek súlyosságát azonban viszonyítani kell egyfelől a szervi betegséghez, másfelől a kiváltó tényező jelentőségéhez és/vagy időtartamához, mértékéhez. A kórkép megítélésében rendkívül fontos a beteg korábbi személyiségének ismerete.

A nem endogén depressziók etiológiájában szerepet kaphatnak *életkori sajátosságok*. Közöttük találhatjuk a *generációs időszakban* jelentkezőket, mint a terhesség vége felé fellépő lehangolódásokat, a szülést követő érzelmi kiürülést vagy depressziót szorongással, kényszergondolatokkal. A *klimax utáni involúcióban* súlyos, általában elhúzódó, gyakran öngyilkossági veszélyt jelentő depresszió alakulhat ki („involúciós melankólia”). Az *időskorban* a hangulati nyomottságot az öregkor egyes jellegzetes megnyilvánulásai egészíthetik ki, pl. „elbutulás”, ami a depresszió elmúltával jelentősen javulhat (pszeudodemencia).

Az *agy szervi károsodása*, különösen a frontális lebeny sérülései, daganatai gátolt-depresszív állapotokkal járhatnak együtt. Számos elhúzódó *testi betegséget* is hosszantartó depresszív állapotok kísérhetnek (pl. anyagcserezavarok, keringési megbetegedések, a gyomor-bél rendszer kórképei stb.).

Egy-egy depressziós epizód felléphet a produktív tünetekkel járó *szkizofrénias folyamat* során is, nem ritkán az öngyilkossági veszélyével²⁰.

²⁰ Lásd a szkizofrénia tárgyaló részt is

A negatív tüneteket mutató és reziduális állapotok is gyakran járnak együtt gátolt-depressziós tünetegyüttessel. A neuroleptikus gyógykezelés során is kialakulhat hangulati nyomottság.

Tartós hangulat- (affektív) zavar (F34). Folyamatos, általában több évig tartó, többnyire fluktuáló nyomottság és/vagy emelkedettség anélkül, hogy az egyes epizódok intenzitása elérné a depresszióként vagy hipomániaként diagnosztizálható állapotokét. Ezek közé tartozik a *ciklotímia* (F34.0), az állandóan labilis hangulat (az egyes epizódok között azonban középfekvésű és stabil hangulat is előfordul). Az epizódok a külső körülményektől, életeseményektől függetlenül jelentkeznek, csak hosszabb megfigyelés alapján lehet diagnosztizálni, mert az állapot többnyire nem annyira súlyos, hogy orvoshoz forduljanak. A *disztímia* (F34.1) krónikusan nyomott hangulat, de ez sem éri el a depressziók kritériumait. Az ilyen egyének általában fáradtak, kedvetlenek, rossz a közérzetük, semmiben nem találják örömeiket, panaszkodóak, de a mindennapi teendőiket ellátják. Gyakorlatilag ide tartoznak mindazok az állapotok, amelyeket korábban elhúzódó neurotikus depresszió, szorongásos depresszív neurózis, depresszív személyiségzavar kórismék alatt tartottunk nyilván.

A hangulat további zavarai közé tartoznak azok a *depresszív állapotok*, elhúzódó reakciók, ahol a panaszok az általános egészségi állapot közvetlen élettani következményei. Ezek természetesen másodlagosak, más mentális zavarral nem magyarázhatóak, a pszichés tünetek visszahatnak az általános állapotra, tovább rontva a tevékenységet, a szociális beilleszkedést. Nyűgös, irritábilis állapot előfordulhat, de a maniform tünetek rendkívül ritkák. A *pszichoaktív szerek okozta hangulatzavar* a szer hatását (mérgezés) vagy megvonását követően egy hónapon belül alakulhat ki (lásd a szenvedélybetegségek fejezetben).

A rehabilitáció lehetőségei

- Az affektív kórképek rehabilitációja minden esetben megkísérelendő. Ezekben a kórképekben a mentális teljesítmény nem csökken – a depressziósok ún. pszeudodemenciája átmeneti –, ezért számítani lehet arra, hogy megfelelő kezelés mellett tartósan, eredeti munkakörükben lesznek foglalkoztathatók. A rehabilitációnak csak hosszabb távú pszichoterápiás kezeléssel egybekötve van esélye. Különösen jók a kilátások, ha a családi háttér megfelelő és a munkahelyi környezet is toleráns. Az ismételten jelentkező epizódok (fázisok) erősen próbára tehetik a „kedvező körülményeket” is, de a jelentkezésüknek időben történő felismerése, a gyógyszerelés korai megkezdése, átmeneti betegállomány beiktatása révén ezek a „buktatók” áthidalhatóak (rendkívül fontos, hogy a beteg és a hozzátartozója is jól ismerje a fenti állapotok korai tüneteit). Intézeti rehabilitációs lehetőségeket akkor kell keresni, ha a beteg egyedül él vagy a környezete intoleráns.

Az affektív állapotok szakértői véleményezése

Az affektív kórképek véleményezésekor célszerűbb a szindromatológiai leírás helyett az *etiológiai csoportok szerinti értékelést* alkalmazni. Azok a kórképek, amelyek uni- vagy bipoláris formában ismétlődnek (a régebbi elnevezés szerinti endogén kórképek), gyakorlatilag belső meghatározottságúak, lényegében a külső körülményektől függetlenül zajlanak. Súlyosságukat a fázisok milyensége, illetve a betegség általános, az életkor előrehaladtával enyhülő vagy rosszabbodó tendenciája szabja meg. Mind az organikus megalapozottságú depressziók, mind a pszichoreaktív lehangoltságok kialakulásában és fennmaradásában meghatározóak a külső körülmények: a testi betegségek, a pszichés stressz, az életmód, az

életkor nem elhanyagolható tényezők. Ugyanakkor a személyiség szerepe is jelentős; ennek talaján fejlődnek ki az említett kórformák, és a személyiség struktúrája további alakulásukra is kihatással van.

Mind a mániás, mind a depresszív fázisokban súlyos zavarok jelentkeznek a különböző tevékenységekben. A mániások felszínes asszociációi, könnyedsége, gyors és nem tartós kapcsolatteremtése, ami szexuális kritikátlanságokhoz is vezethet, társulva a költekezéssel, a napi munka elhanyagolásával a létfenntartást veszélyeztethetik (kivételes, hogy a fázis kezdetén, átmenetileg, a mániások konstruktívak és produktívak is lehetnek, sikeres vállalkozásokba foghatnak). A depresszív fázisban viszont a tevékenységek teljes köre beszűkül, nemcsak improduktívává válhat a beteg a spontaneitás csökkenése miatt, hanem gyakorlatilag az önellátása is a minimumra csökkenhet súlyos gátoltság miatt. A kapcsolattartás is beszűkül vagy megszűnik, bármely tevékenység megkezdésének elhatározásáig sem jut el.

- A leírt jelenségek a munkaképesség hiányát jelentik, az elhúzódó fázisok vagy a remisszió nélküli átváltások azonban elérhetik, illetve meghaladhatják a rokkanttá válás mértékét. Az *unipoláris depressziók* enyhe vagy közepes mértékű fázisai általában nem okozzák a tevékenységi körök olymértékű beszűkülését, hogy az átmeneti keresőképzetlenséggel és megfelelő kezeléssel ne lenne helyreállítható. Problémát inkább csak akkor jelentenek, ha az ismétlődő (rekurrens) fázisok jelentkezése gyakoribbá válik, a fázisok időtartama elhúzódik, és a tünetek között pszichotikus tartalmak is megjelennek. Ez azt is jelenti, hogy az értékelés szempontjából a súlyosabb depresszív fázisnak megfelelő állapotot tarjuk szem előtt. Ennek tünetei azonosak a bipoláris típusnál leírtakkal (lásd előbb). A *bipoláris kórképek* esetén a depressziós állapot súlyossága mellett a mániás epizódokat is komolyan kell mérlegelni. Sok esetben – betegség tudat híján – a

mániás a kezelést elutasítja, s közben kritikátlan kapcsolatokat köt, anyagilag megfontolatlan lépéseket tesz, családját romlásba sodorhatja.

- A *szervi betegségekhez csatlakozó depressziók* az alapbetegség tüneteivel keveredve észlelhetők, mintegy azzal kölcsönhatásban. Rokkantságot megalapozó fogyatékoságot csak a két betegség együttes értékelésével lehet megállapítani. A posztinfekciós állapotokhoz csatlakozó, az endokrin, toxikus stb. betegségeknel fellépő tüneti depressziók többnyire csak átmeneti állapotok, és a háttérbetegség javulásával, egyensúlyban tartásával enyhülnek vagy megszűnnek.
- Több problémát és alaposabb megfontolást igényelnek a *pszichoreaktív módon kialakuló, többnyire elhúzódó depressziók*. Ezek fellépése megérthető, „beleérezhető”, de méreteiben (időtartam, súlyosság) többnyire nem áll arányban a kiváltó stresszel vagy megterheléssel. Megítélése sok szubjektív elemet tartalmaz, mégis feltűnő, hogy sok esetben a célszerű támogatást nyújtó környezetben a megfelelő gyógykezeléssel, a súlyos reakció is következmények nélkül „lecseng”. Más esetekben viszont elhúzódó formában fennmarad a depresszió, hosszantartó gyógyszeres kezeléssel és pszichoterápiával is alig javítható. A kórkép elhúzódásához sok esetben az inadekvát orvosi hozzáállás és gyógykezelés is hozzájárul. Ezekben a formákban a beteg személyiségében található meg azok a vonások, amelyek elősegítik az ilyen reakciók fennmaradását, a pszichés tünetek szomatizációját. Az elhúzódó depresszív reakció háttérében gyakran felfedezhetjük a betegség elismertetéséért folytatott „küzdelmet” a magasabb rokkantsági fok, a jobb anyagi kompenzáció elérése érdekében. Ez a magatartásmód általában nem tudatos, a beteg valóban szenved. Erre utal az a tény is, hogy a háttérben rejlő törekvés megvalósulása esetén sem válik tünetmentessé, életvi-

tele továbbra is a krónikus affektív zavarra jellemző²¹.

Organikus mentális zavarok

Huszár Ilona

Az organikus kórképek meghatározása és gyakorisága

Az organikus pszichoszindróma (organikus mentális zavarok) súlyos általános testi megbetegedések vagy organikus agyi elváltozások által létrehozott pszichopatológiai tünetegyüttes. Nem specifikus, a legkülönbözőbb etiológiai tényezők eredményezhetik. Csatlakozhat akut fertőző megbetegedésekhez, intoxikációkhoz, keringési zavarokhoz, akut anyagcserezavarokhoz (uraemia, diabetes mellitus, májkárosodás stb.), de létrehozhatja koponya-, agysérülés, daganat, epilepszia, lehet endokrinológiai kórképek velejárája, koponya-, illetve agysérülések és lezajlott gyulladások maradványtünete, valamint kialakulhat ismeretlen ok következtében is (egyres demenciák). A kórisme ezért mindig kétlépcsős: a szindromatológiai diagnózis (organikus eredetű kórkép) után keresni kell az észlelt szindróma kórokat.

Az organikus kórképek megjelenhetnek akut vagy krónikus formában. Kórlefolyásukat tekintve lehetnek progresszívek, regresszívek vagy stagnáló, illetve reziduális állapotúak. A pszichoszindrómák tünettana önmagában viszonylag jól körülhatárolható, melyben főként a kóroként szereplő folyamat kiterjedése és elhelyezkedése játszik szerepet. Ennek ellenére a kórlefolyás különbözősége a pszichoszindróma tüneti megjelenését olyannyira befolyásolja, hogy az akután fellépő pszichoszindrómák a krónikus folyamatoktól gyökeresen különböznek. Előfordulási gyakoriságuk etiológiájuk sokszínűsége miatt

százalékosan még megközelíthetőleg sem adható meg. Azoknak a kórképeknek a sokfélesége és gyakorisága azonban, melyekhez pszichózis vagy pszichoszindróma csatlakozhat, arra utal, hogy rendkívül gyakori kórképről van szó. Felismerésének jelentőségét az adja, hogy jelenléte az alap-megbetegedés súlyosságának egyik mutatója.

Az organikus pszichoszindróma következetes használatát kezdettől fogva zavarta az a tény, hogy a demenciákat és az oligofréniákat, bármely nyelvterületen, minden tankönyv külön fejezetben tárgyalta és „leválasztotta” az organikus pszichoszindrómákról, holott mindkettő pontosan megfelel e diagnózis követelményeinek. További nehézséget és talán zavart is keltetett az „enkefalopátia” fogalmának kiterjedt használata, mely eredetileg valamely születéshez kapcsolódó agykárosodás utáni állapotot jelölt. Jelenleg azonban bizonyos kórfolyamatok diagnózisában általánosan használt elnevezés, mely azt jelzi, hogy az adott kórfolyamathoz agyi károsodás is társult (pl. encephalopathia vascularis, diabetica, hepatica, posttraumatica, saturnina stb.).

Az organikus kórképek klasszifikációja

A modern klasszifikációs rendszerek, köztük a BNO, nem alkalmazza az általánosan ismert „organikus pszichoszindróma” elnevezést, hanem helyette az *organikus mentális zavarok* kifejezést használja az alábbi kódokkal:

- F00–F03-ig: a demencia különböző formái,
- F04: organikus amnesztikus szindróma, melyet nem alkohol vagy más pszichoaktív szer okozott (előbbieket a „pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos zavarok” címszó alatt szerepelnek),
- F05: delírium, melyet nem alkohol vagy más pszichoaktív szer okozott,
- F06: egyéb mentális zavar, melyet agyi károsodás és diszfunkció vagy testi megbetegedés

²¹ Lásd részletesen a „Neurotikus magatartászavarok” című fejezetben

okozott (hallucinózis, katatonia, paranoid szkizofréniászerű zavar, hangulatzavarok, szorongásos zavar, disszociatív zavar, emocionális labilitás [aszténia], enyhe kognitív zavar),

- F07: *a központi idegrendszer működészavara, károsodása, betegsége által okozott személyiség- és viselkedészavarok* (organikus személyiség-zavar és egyéb).

Akut organikus pszichózisok (pszichoszindrómák)

Súlyos általános testi megbetegedések (fertőző betegségek, intoxikált állapotok, urémia, anyagcsere-betegségek, koponya- és agysérülések stb.) kísérő tünete, mely *akutan fellépő, gyakran fluktuáló, többnyire reverzibilis pszichotikus működészavar*. Súlyossága függ a kiváltó külső (vagy belső) ártalom intenzitásától és a szervezet ellenálló képességétől. Az *obligát tünetek* a károsító behatással szoros idő- és intenzitásbeli összefüggésben állnak. A mindig jelenlévő tudatzavar lehet tudatborulás (delírium vagy ködös állapot), tudatszétesés (amencia), de előfordulhatnak az éberségi szint zavarának különböző fokozatai is (kábultság, aluszékonyság, szopor, kóma).²²

Az akut organikus kórképek *fakultatív tünetei* a kiváltó külső vagy belső ártalommal nincsenek olyan szoros kapcsolatban, mint a fentebb részletezett tudatzavarok – létrejöttükben általános és/vagy speciális adottságok is szerepet játszanak. Fakultatív tünet lehet a hipertímia (az emelkedett alaphangulat) vagy a depresszió, gyakori a szomatofórm (neurotikus) tünetek átmeneti jelentkezése, de paranoid, katatón reakciók, átmeneti hallucinózis és amnesztikus szindróma is előfordulhat.

- Az akut organikus kórképek mindig intézeti felvételt tesznek szükségessé, és gyakran

életveszélyes állapotot jelentenek. Kórházi körülmények között is jelentkezhetnek. Gyakoriak belgyógyászati osztályokon keringési és anyagcserezavarok szövődményeként, traumatológiai osztályon (ún. elvonásos delírium), de anesztéziában részesülő betegeknél is felléphet (hipoxia következményeként). Gyerekeknél nem ritka az ún. lázas delírium kialakulása. Idős betegeknél a kiszáradás vezethet delírium fellépéséhez.

Az akut organikus pszichózisok (pszichoszindrómák) többnyire reverzibilisek, de ritkán maradványtünetként amnesztikus szindróma vagy szellemi leépülés alakulhat ki. A prognózist – értelemszerűen – nagymértékben befolyásolja az alapbetegség, melynek tüneteként jelentkezett. A munkaképesség tartós csökkenését, esetleg a rokkantsági állapotba helyezés szükségességét minden esetben az alapbetegség határozza meg. Kivételt csak az jelent, ha esetleg maradványtüneteket hagynak maguk után, mert e tünetek, súlyosságuknak megfelelően, hozzáadódnak az alapbetegség által okozott károsodásokhoz.

A BNO és egyéb klasszifikációs rendszerek az organikus kórképeknél a kórkép tünettanából indulnak ki; ilyen módon az előbbiekből részletezett etiológiai tényezők nem fő diagnózisként szerepelnek. Az akut organikus kórképek a delírium (F05), az organikus hallucinózis (F06), az amnesztikus szindróma (akut, átmeneti formája, F04), az organikus katatón zavar (F06), az organikus paranoid szkizofreniform zavar (F06), illetve az organikus affektív zavarok (F06) kódjai alatt regisztrálhatók (részletesen lásd előbb).

Krónikus organikus kórképek

Az újabb klasszifikációs rendszerek a krónikus kórképek felosztásában előtérbe helyezték a demenciát mint szindrómát. Az etiológiai tényezőket is figyelembe véve *primer és szekunder demenciákat* különböztettek meg.

Az előzőkben részletezett klasszifikációs felosztásból az is kiderülhetett, hogy az organikus

²² Lásd részletesen a „Tudat és tudatzavarok” fejezetben

kórképek közé sorolhatók olyan tünetcsoportok, magatartászavarok is, melyek organikus eredetűek, de az előtérben *nem kognitív zavarok* állnak (ez úgy is kifejezhető, hogy nincsen olyan pszichiátriai megbetegedés, melyet ne idézhetne elő testi betegség). Ezek között megjelenhetnek *pszichotikus* (lásd előbb) és *neurotikus* kórformák egyaránt. Ez utóbbiak megjelenési formái az organikus szorongásos (F06) és az organikus disszociatív zavar (F06), az aszténia (emocionális labilitás F06) – klinikai megjelenésük lényegében nem különbözik azokétól, melyek alapját nem organikus, szomatikus megbetegedés képezi. Prognózisuk az egyéb organikus megalapozottságú pszichés zavarokhoz hasonlóan ugyancsak az alapbetegségnek függvénye. Az amnesztikus szindróma (F04), bár az akut kórformához is csatlakozhat, gyakrabban jelentkezik krónikus formában.

A pszichiátria jelenleg is széles körben alkalmazza a krónikus organikus pszichoszindróma elnevezést, melynek két formáját különítették el: a *diffúz organikus pszichoszindrómát* és a *lokális organikus pszichoszindrómát*. A diffúz forma és a demenciák között rendkívül nehéz volt meghúzni a határvonalat, és a megkülönböztetés inkább a szerint történt, hogy kezdődő vagy enyhe fokú teljesítménycsökkenések esetében kevésbé szívesen alkalmaztuk a demencia kórismét (egyértelmű minőségi különbség a két kórisme között nem volt megfogalmazható csak annyiban, hogy a diffúz organikus pszichoszindrómáknál inkább az affektivitás zavarai, mint a hanyatlás állt az előtérben). Abban az esetben, ha az idegrendszer károsodása nem kiterjedt, hanem csak egy területre lokalizált, jól körülhatárolható szindrómák jöhetnek létre. E kórképek az ún. lokális organikus pszichoszindrómák. Tünetei a károsodás helyének és a károsodást létrehozó folyamatnak a függvényei, legismertebb formái az alábbiak:

- *Frontális (felső frontális) lokális organikus pszichoszindróma*. Indítékszegénység, a spontaneitás és produktivitás hiánya, érdektelenség, közömbösség jellemzi. A produktív gondolkodás, az ítélőkészség beszűkülése

következtében jelenik meg az ötletszegénység, a színtelenség, a tevékenység célirányos tervezésének hiánya. Önállóan, fokozottan befolyásolható személyiségek.

- *Frontális (frontobazális) organikus pszichoszindróma*. Súlyos személyiségváltozással jár, melynek fő jellemzője az amorális-antiszociális magatartásformák kialakulása. A viselkedést állhatatlanság, gátlástalanság, kritikátlanosság jellemzi. Nem ritka az eufóriás hangulat. Felismerését nehezíti, hogy nem alakul ki teljesítményhanyatlás vagy leépülés, nincs meglassulás, a beteg reakciókészsége jó. Kórisme felállítása csak a premorbid személyiség és életvezetés ismeretében lehetséges.
- *Temporális (temporobazális) organikus pszichoszindróma*. Fő tünetei az ingerlékenység, túlérzékenység, indulatosság, hangulati és érzelmi labilitás, máskor érzelmi hidegség, sok esetben énközpontúság és bizalmatlanság. Következményei a szociális alkalmazkodás zavarai, de kveruláns, paranoid, antiszociális magatartásmódok is előfordulhatnak. Az intellektus leépülése, de még a beszűkülése is hiányozhat, ahogy a pszichomotoros meglassulás is. A változások előtérben tehát az affektivitás zavarai állnak, melyek összességükben személyiségzavarra emlékeztetnek. Így a kórfolyamat csak a megelőző személyiség és életvezetés ismeretében kórismézhető.

A felsorolt pszichoszindrómák döntően személyiségváltozásként jelennek meg, az esetleges teljesítményhanyatlás háttérben áll, kivételt a frontális pszichoszindróma képez, ahol a kognitív funkciók (pl. az előrelátás, tervezés stb.) jelentősen csökkenhetnek. A lokális organikus pszichoszindrómákat neurológiai tünetek egészíthetik ki, ezek a kórképek a neurológiában *lebenyszindrómáknak* kórismézhetők.

Amnesztikus szindróma (F04)

Vezető tüneteit a megjegyző emlékezés zavara, a tér- és időbeli tájékozódás hiánya, a gyakori konfabuláció képezi, mellyel a beteg a hiányos emlékezés miatt kialakult ismerethiányát tölti ki (háttérben a corpora mamillaria, a fornix, a hippokampális régiók kétoldali károsodása áll).

Demenciák (F00–F03)

A demencia meghatározása és gyakorisága

A demencia a meglévő pszichés készségek elvesztése különböző organikus agyi folyamatok következtében (szemben az oligofréniával, melynél a szellemi készségek valamely organikus károsodás következtében hiányosan alakultak). Adott keresztmetszeti képben a demencia és az oligofrénia szintje azonos lehet: az előzményi adatok különbözősége mellett (iskolai végzettség, foglalkozás stb.) megtartott viselkedési formák, a még fennmaradt fogalmak differenciáltsága, a beszédkészesség utalhatnak a leépült egyénnek a megbetegedését megelőző magasabb szellemi szintjére.

A demencia mindig viszonylagos; az adott szintet a korábbi szellemi szinttel kell összevetni (egy magas intellektusú egyén bizonyos fokig leépült teljesítménye azonos lehet egy átlagember szellemi szintjével). A demencia elsősorban intellektuális hanyatlás, de az egész személyiség károsodik, ennek következtében valamennyi pszichés funkcióban kisebb-nagyobb deficit jön létre. A demencia obligát tünettana az *agyai teljesítménycsökkenés tengelytünetéből* (két összetevője az intelligencia és az emlékezésvizavar), illetve *járulékos funkcióváltozásokból* tevődik össze, mely az indíték csökkenésében, jellegzetes affektuszavarokban, személyiségváltozásban jelentkezik.

A demencia gyakorisága az iparilag fejlett országokban növekedőben van, mely elsősorban az átlagéletkor emelkedésével áll kapcsolatban. Bár a demencia bármely életkorban létrejöhet,

elsősorban a 65 év feletti lakosságban gyakori (világszerte kb. 10%-ra tehető). A kockázat az életkorral növekedik (65 éves korban kb. a lakosság 5%-a szenved e kórképben, mely szám minden öt évvel nagyjából megkétszereződik).

A demencia fő tünetei

A különböző funkciók sérülésének foka a demenciák egyes formáiban különböző lehet, de közös vonásuk, hogy az egyén a demencia kezdeti szakaszában sem képes az új és szokatlan feladatok megoldására, ugyanakkor begyakorolt élethelyzetekben még hosszú ideig jó teljesítményt nyújthat.

A demencia tünetei sokrétűek:

Kognitív zavarok

- Hanyatlás az intellektuális készségekben. A gondolkodás már a demencia korai szakaszában veszít originalitásából, az érdeklődés beszűkül, csökken az absztrakciós készség, a szimbólumok felismerése (konkretizáció) hiányos.
- Csökken az egyén kritikai készsége, a gondolkodásban az affektív tényezők válnak dominánssá. A gondolkodás fontos összetevői (a lényegmegragadás, a kombinatív, analízáló és szintetizáló készség, az ok-okozati viszony felismerésének készsége) hanyatlanak, súlyos formákban teljességgel hiányoznak.
- Elvész a megelőző ismeretanyag (legkésőbb a foglalkozással kapcsolatos jól begyakorolt ismeretanyag). Végállapotban a legegyszerűbb ismeretek is hiányozhatnak.
- Súlyosan károsodnak az emlékezési funkciók. Egyes formáknál hosszú ideig ezek a tünetek állnak az előtérben (amnesztikus demencia). Az emlékezés nehézségei kezdetben elsősorban az új ismeretekre vonatkoznak, később a régi emlékek is fokozatosan elvesznek.
- Nem túlságosan előrehaladott leépüléseknél is kifejezett lehet a tájékozódás zavara, főként az időképzetekkel való kombináció

és a viszonyítás hiányzik. Súlyos hanyatlás esetén az egyén saját személyével kapcsolatos ismeretei is jelentősen beszűkülnek.

Affektív zavarok

- Hiányossá válik az affektív alkalmazkodás, gyakori a kifejezett érzelmi inkontinencia, az indulati reakciók. Előrehaladott esetekben az érzelmek elsekélyesednek, közöny alakul ki. Nem ritka az eufória, a tartalmatlan és indokolatlan jó hangulat, közérzet.
- A szociális érzelmek hanyatlása miatt az önzés, az egoisztikus törekvések kerülnek előtérbe.

Viselkedészavarok

- Kritikátlan cselekmények (ostobaságok, aszociális-antiszociális viselkedésmódok) jelentkeznek, melyek nem következnek az egyén megelőző életformájából.
- Az ösztönéletben elféktelenedés következhet be (polifágia, mohó falás, szexuális gátlástalanság, elsősorban exhibicionizmus és pedofília).
- Egyes formáknál az aktivitás csökkenése, az indíték hiánya a vezető tünet (abuliás demencia). Az akarati tevékenység értékbeli hanyatlása fokozott befolyásolhatósághoz vezethet.
- A szellemi hanyatlás következménye, hogy az egyén a korábbi, esetleg kvalifikált munkáját nem tudja elvégezni, a mindennapi élet feladatait nem tudja megoldani.
- Kezdetben kellemetlenül éli meg szellemi tevékenységének csökkenését, elsősorban az emlékezési funkciók nehézségeit, később előbbieik előrehaladása ellenére derűs, mivel betegségbelátása hiányzik, saját helyzetének értékelésére képtelen.

A demenciaszindróma diagnózisa

Kórismézéséhez az alábbiak szükségesek:

- A saját maga által és a hozzátartozók által szolgáltatott, objektív adatokra támaszkodó

kórelőzmény, melyet mindig ki kell egészíteni az életútelemezéssel és a megelőző személyiségre vonatkozó ismeretekkel (csak ez adhat lehetőséget a viselkedésben és a személyiségben elinduló, majd előrehaladó változások feltárására).

- A pszichopatológiai elváltozások elemzése, követése. A kórisme egyik legfontosabb mozzanatát képezi, mert ezeken a változásokon keresztül rögzíthető elsősorban a teljesítmény változása, ezáltal a kórfolyamat előrehaladása, súlyossági foka.²³
- A neurológiai és a belgyógyászati elváltozások diagnózisa, illetőleg kiterjedt laboratóriumi vizsgálatok. Ezek teszik lehetővé a számos és megfelelő gyógykezeléssel reverzibilissé tehető hanyatlások pontos kórisméjét (lásd alább).
- A képalkotó eljárások – koponya-rtg, CT, MRI, SPECT – szükség szerinti, az elváltozásoktól függő alkalmazása fontos eleme a specifikus kórismének. E vizsgálatokkal kapcsolatban azonban tudnunk kell, hogy a strukturális eltérések és a hanyatlás nem mindig haladnak párhuzamosan, ugyanakkor a kórismén kívül fontos szerepük van az egyes progresszív kórformák differenciálásában.
- Az EEG-nek, melyben diffúz vagy körülírt meglassulások, konvulzív jegyek stb. jelenhetnek meg, illetve a likvorvizsgálatnak is szerepe lehet az egyes demenciaformák elkülönítésében.
- A pszichológiai vizsgálatok közül a teljesítménytesztek (Wechsler-, Raven-, Benton-tesztek) a kórkép organikus eredetét és a hanyatlást igazolhatják, a személyiségtesztek (elsősorban a Rorschach-teszt) a bekövetkezett személyiségváltozást, az indítékzavarokat és a hanyatlást jelzik. Összességében tehát a kórfolyamat diagnózisát és a hanyatlás mértékét segítenek meghatározni. A vizsgálatok eredményét mindig a kórlefolyással és

²³ Emiatt foglalkoztunk a többi fejezethez képest részletesebben e kórforma pszichopatológiai összetevőivel

a pszichopatológiai elváltozásokkal együtt kell értékelni. A demencia súlyossága és progressziója jól követhető az ún. Minimal Mental State (MMS) kérdőív segítségével.

Demenciához és egyéb pszichopatológiai elváltozásokhoz vezető agyi folyamatok

A demencia szakértői megítélésében nem a demencia megjelenési formája, hanem egyéb szempontok érvényesülnek, ezért csak néhány gyakori demenciaforma rövid ismertetésére térünk ki, és néhány gyakran előforduló megbetegedés pszichopatológiai tüneteinek felsorolására szorítkozunk.

Alzheimer-demencia (F00). Szenilis demencia (gyakran alkalmazott elnevezése az Alzheimer típusú demencia, DAT), háttérben progresszív agyi atrófia áll, mely gyakran a 70. életév után kezdődik. Az átlagéletkor növekedésével a megbetegedések száma is emelkedik, így pl. az USA-ban már súlyos egészségügyi és szociális problémává nőtte ki magát. A kórlefolyás többnyire lassú, 7–10 éves időtartamú. A pszichés funkciók előbb csak meglátszanak, majd fokozatosan leépülnek. Többnyire igen kifejezett a megjegyző emlékezés zavara, folyamatos a szociális dezintegráció. Járulékos tünetei a téveszmék, hallucinációk, de zavartsági állapotok is előfordulnak. A kórlefolyás jól követhető az MMS-sel, melynek kiinduló pontszáma 30, és évente kb. 2–3 ponttal csökken. A fiatalabb életkorban, az 50. életév körül kezdődő formában kifejezettek lehetnek a kérgi tünetek (gnóziás zavarok, afázia, apraxia stb.) és a kórlefolyás az időskorban jelentkezőnél lényegesen gyorsabb (régében az ún. preszenilis demenciák közé sorolták).

Vaszkuláris eredetű demenciák (F01) (multiinfarktus-demencia, MID). Az érbetegség első tünetei gyakran az agy keringési zavarainak következménye, míg máskor általános érrendszeri tünetek állnak az előtérben. A pszichés elválto-

zások és az intellektuális kiesések intenzitása egyenetlen, a kiesések szigetszerűek, a személyiség magva relatíve sokáig megtartott maradhat. A kórlefolyás fluktuáló. Gyakoriak a neurológiai góctünetek is. Főként a megbetegedés kezdetén szubjektív panaszokkal fordulnak orvoshoz, és a depresszív állapotok sem ritkák. Jól ismert a primer degeneratív forma is, melynél a globális demencia képe folyamatosan bontakozik ki.

Pick-atrófia (F02.0). Ugyancsak a preszeniumban fellépő, körülírt kéregsorvadás a frontális és/vagy a temporális lebenyben. Folyamatos személyiségzsétesés és elbutulás jellemzi. Néha extrapiramidális tünetek is előfordulnak. Kérdéses a kórkép örökletes volta és specifikitása. Néhány év alatt halálhoz vezet.

Creutzfeldt–Jakob-betegség (F02.1). Szintén progresszív demencia. A viselkedés és az emlékezés zavarai állnak az előtérben, de igen gyakoriak a mioklonusok, később pedig nyelészavarok is társulnak a nagyfokú hanyatláshoz. Kórlefolyása gyors, kb. 6–18 hónap alatt vezet halálhoz. Kórokozója azonos a szarvasmarhákön észlelt „kergetmarhakór”-t is előidéző prionnal (fehérjeszerű anyag), mely az agyállomány szivacsos elfajulását eredményezi.

Az epilepszia pszichopatológiai tünetei. Oka az epilepsziát létrehozó agykárosodás, az ismétlődő rohamok során kialakuló másodlagos károsodások (limbikus károsodás, anyagcsere-zavarok), az epilepsziás személyiségzavar (főként temporális gócnál a következő tünetekkel: emocionális labilitás, indulatosság, tapadékonyság, körülményes gondolkodás, túlzott pedantéria, gyakori paranoiditás, emlékezetzavarok), a szellemi hanyatlás. *Megjelenési formái:* pszichotikus tünetek, melyek a rohamok során vagy azok környékén jelennek meg (epilepsziás rohamok után fellépő homályállapot), pszichotikus epizódok (szkizofréniához hasonló tünetegyüttes, pszichotikus szintet elérő depressziók), antiepilepsziás kezelés pszichotrop hatása (tanulási zavarok, érzelmi rezonancia hiánya), a másodla-

gos, belső és külső tényezők hatására létrejövő reaktív tünetegyüttesek. Az epilepsziásoknál a neurózis 3–4-szer, az öngyilkosság 4–5-ször gyakoribb az átlagnál.

Agyi vérkeringési zavarok pszichés szövődményei. Az *anoxia* következtében kialakuló tünetegyüttesek delírium, enyhe kognitív zavar, organikus amnesztikus szindróma, organikus hallucinózis, szorongásos zavarok formájában jelentkezhetnek. A *stroke* utáni depresszió az esetek 20–50%-ában lép fel, és a *stroke*-kal való időbeli összefüggés alapján lehet organikus (korai jelentkezés) vagy reaktív (későbbi időpontban jelentkező). Az organikus katatonia stupor vagy nyugtalanság formájában léphet fel, az organikus szkiziform-paranoid reakciók autoimmun betegségekhez kapcsolódó keringészavaroknál, az organikus személyiség- és viselkedészavarok frontális és temporális lebenykárosodásoknál jelentkezhetnek. A demencia akut kezdetű is lehet kétoldali vagy többszöri infarktusok létrejöttékor, de lényegesen gyakoribb a folyamatosan kialakuló multiinfarktus-demencia, illetve az elsősorban a kis erek elváltozásához társuló lakunáris forma (lásd előbb).

A demenciákhoz vezető agyi folyamatok szakértői megítélése

Számos klasszifikáció ismert, ezek alapját a kórlefolyás, a neuropatológiai, illetve pszichopatológiai elváltozások képezik. Az újabb klasszifikációk arra a demencia-meghatározásra támaszkodnak, mely a demencia reverzibilitásának lehetőségét is elfogadja. Az előzőkben említett primer és szekunder demencia elnevezés abból indul ki, hogy a szellemi hanyatlás előzmények nélkül, progresszív kórlefolyást mutatva jelentkezik, vagy valamely más megbetegedéshez csatlakozik-e.

A *primer demenciákhoz* sorolják a degeneratív és a vaszkuláris kórképeket, valamint a kettő együttes előfordulását (amely az esetek több mint 50%-a). Progresszív folyamatok, bár a kór-

lefolyás ütemében és folyamatosságában jelentős különbségek adódhatnak. A *szekunder* (másodlagos) *demenciák* az alábbi kórképekhez csatlakozhatnak: szív- és keringési zavarok, hormonális-endokrin kórképek, gyulladásos megbetegedések, fertőzések (pl. AIDS), intoxikációk, anyagcserezavarok, agydaganatok, koponya- és agykárosodások utáni állapot, vitaminhiányok stb. Az elkülönítés azért is lényeges, mert – amint az a felsorolásból kitünhetett – a másodlagos demenciák között több olyan megbetegedés szerepel, melynél a gyógykezelés időben történő megkezdése esetén a kórfolyamat visszafordíthatóvá válik. Egyes felosztások ezért három csoportot különböztetnek meg: demenciaszindróma ismeretlen alapbetegség következtében, demenciaszindróma ismert, de nem gyógykezelhető alapbetegségek következtében, demenciaszindróma ismert és gyógykezelhető alapbetegségeknel.

➤ A demenciák prognózisa és rehabilitálhatósága az előbbiekből következik. Ha a demencia valamely gyógykezelhető megbetegedéshez csatlakozik, a demencia tünettana is visszafejlődhet, és a teljesítmény csökkenése megáll, esetleg javulás is bekövetkezhet. Az esetleges rokkantsági állományba helyezés szükségessége az alapbetegség függvénye. A progresszív demenciák szakértői megítélésében a demencia ténye és súlyossága a mérvadó, nem pedig a formája (a demencia jelenlegi gyógyszerei általában a demencia kezdeti tüneteit befolyásolják, illetve tartós és kúraszerű alkalmazásuk a progresszió késleltetését eredményezhetik).

A fiatalabb életkorban fellépő demenciák előrehaladása esetén a teljesítmény folyamatos csökkenésével, majd annak elvesztésével kell számolnunk. Ugyanez várható a 60–65 életév után kezdődő progresszív demenciáknál is, de e változások már a nyugdíjas korhatárt követő időre tevődnek, így a közvetlen szakértői kérdésfeltevés rájuk ritkán vonatkozik (a demencia előrehaladásával azon kívül, hogy teljesítményük csökken, illetve alkalmatlanná válnak az önálló élet-

vezetésre, gyakran saját magukat sem képesek ellátni, ezért tartós ápolásuk a család súlyos problémájává válhat).

Neurotikus magatartászavarok

Tringer László

Társadalombiztosítási jelentőségük

A gyűjtőfogalomként használt „neurotikus” jelző számos pszichiátriai kategóriát takar. Emellett a szomatikus betegségben szenvedők jelentős részénél is találunk „neurotikus” tüneteket, amelyek az alapbetegséget jelentősen módosíthatják. A szakértői elemzés során sokszor szinte lehetetlen pontosan meghatározni a kórkép egyes összetevőinek arányát. Különösen az idült szervi megbetegedések lefolyásában, rehabilitációjában játszanak jelentős szerepet a beteg „neurotikus” tünetei.

Különös jelentősége van a neurotikus magatartászavarok esetén a kórtörténetet meghatározó motivációk rendszerének. A megbetegedés többnyire az élettörténet egészébe ágyazódik, annak szerves része. A ma használatos diagnosztikai rendszerek elsősorban a keresztmetszeti állapotot rögzítik, kevésbé veszik figyelembe a beteg élettörténetét, egyéni törekvéseit, motivációit. A szakértői vizsgálat során azonban nem tekinthetünk el a betegség történetének hosszmet-szeti elemzésétől sem. Ugyanaz a diagnózis, ugyanolyan súlyos tüneti kép az egyik esetben jelentéktelen egészségkárosodással, funkciócsökkenéssel jár, a szociális részvétel alig változik, más esetben viszont szinte a teljes rokkantságot elérő állapotokkal találkozunk. A különbségeket a beteg életvezetésének elemzéséből érthetjük meg. A neurotikus állapotokban esetenként különös élességgel vetődnek föl a beteg rejtett motivációi, érdekei, szándékai. A szakértő nem ritkán kerül szembe morális jellegű kérdésekkel.

➤ A szakértői megítélés maximális objektivitásra törekszik. Az objektív tények közé soroljuk a beteg szubjektív viszonyulásait is. Nem helyes, ha a szakértő valamely doktriner, moralizáló elvárásrendszert próbál érvényesíteni. Ugyanakkor vizsgálni kell a beteg tudatosságának szintjét olyan módon, ahogy ezt a 11.3. táblázatban feltüntettük. A szakértő mindezen ismeretek fényében és a tények objektív mérlegelése alapján alkothat véleményt és vállalhatja föl azt a konfliktust, amely az állapotnak az esetleges eltérő megítéléséből, a beteg, a környezete és a szakértő véleménykülönbségéből fakad. Lehetőség szerint arra kell törekednünk, hogy álláspontunkat az érintett is elfogadja, megértse. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy erre nincs mindig lehetőség. Célszerű, ha a szakértői vélemény tartalmazza az egyetértés hiányát, utal arra, hogy a szakértői véleményt a beteg elfogadja-e vagy sem.

A neurózisokról általában

A „neurózis” kifejezést ma már csak gyűjtőfogalomként használjuk. A szakértői tevékenység során az e csoportba tartozó állapotok okozzák a legtöbb nehézséget. A panaszok és tünetek jelentős része ugyanis szubjektív jellegű. Az objektiválható tünetek megítélése is nehéz, mivel számos esetben csak a beteg szubjektumán átszűrve juthatunk adatokhoz. Ugyanakkor a kérdés – az esetek nagy száma miatt – rendkívüli jelentőségű.

Az orvostudomány 20. századi fejlődése során a neurózis kategóriája mindinkább maradványfogalommá vált.

A neurózis

- *nem az idegrendszer szervi elváltozására vezethető vissza,*
- *egyéb szervi eltérésről sem beszélhetünk,*
- *nem elmebetegség.*

A negatív kritériumok alapján történő diagnosztizálás az orvosi gyakorlatba is átment. Rengeteg felesleges (és költséges) vizsgálat történik annak

érdekében, hogy a neurózisok esetén feltételezett szervi kórfolyamatokat kizárják. A neurotikus állapotoknak a pontos diagnosztikai besorolástól függetlenül is vannak olyan *általános ismérvei*, amelyeket a szakértőnek figyelembe kell vennie:

- A neurózis mindenekelőtt szenvedés – változó intenzitással és változó „lókusz”-szal (azaz hol inkább az érintett, hol inkább az környezete szenved).
- A neurózis az örömképesség elvesztése, boldogtalanság.
- A neurózis gyakran betegségként vagy más énidegen állapotként jelenik meg (lásd például a kényszerbetegséget), a valósággal való kontaktus megtartottsága mellett.
- A neurotikus állapot olyan sajátos személyiségszerkezet talaján bontakozik ki, melynek kialakulásában genetikai tényezők és az egyéni szocializáció egyaránt szerepet játszik. Ezt az állapotot újabban kognitív vulnerabilitásnak is nevezik.
- Ezen állapotokat sajátos információfeldolgozási stílus jellemzi, amelynek egyik feltűnő megnyilvánulása a negatív információk iránti preferencia.
- A neurózisok kialakulásában szerepet játszó külső tényezők, a beteg vagy a környezete által megjelölt „konfliktusok” a neurózisnak nem annyira okai, mint inkább következményei.
- A neurózis többnyire progrediáló jellegű zavar, amely a környezettel való patológiás egyensúlyi állapotba torkollik. Amennyiben betegség képét ölti, úgy a személy további sorsát az egészségügyben befutott „karrierje” is jelentősen befolyásolja.

Minden esetben gondos mérlegelést igényel a kórállapotot meghatározó tényezők relatív súlya, a „külső” és „belső” tényezők arányának meghatározása. A beteg (és környezete) ugyanis saját elképzelést dolgoz ki betegségének eredetére vonatkozóan. Nagyon gyakori, hogy externalizáló megoldásokat vesz igénybe, azaz személyiségéből fakadó problémáit kivetíti, és a környe-

zetre hárítja a „felelősséget”. A betegek (és környezetük) gyakran esnek a „post hoc ergo propter hoc” gondolkodási hibába is, azaz időben egymás után következő eseményeket ok-okozati kapcsolatba hoznak. Gyakran látjuk, hogy az orvos is átveszi a beteg hipotéziseit, és hiteles terapeuta vagy szakértő helyett akarva-akaratlan a beteg ügyvédjévé válik.

A pszichoreaktív állapotok esetén a környezeti hatások játszanak lényeges szerepet. A neurotikus állapotok többségének kialakulásában viszont az idegrendszer biológiai adottságai, alkati sajátosságok, a személyiség egyéni reakciókészsége meghatározó szerepet játszik. Természetes, hogy a szociális tér hatásaival mindig számolnunk kell, ezek azonban sok esetben inkább feltételek, mint okok (*conditio sine qua non*). Nem ritka, hogy a neurózis kialakulásában semmiféle „kiváltó ok” nem deríthető fel, mint például egyes krónikus lefolyású kényszerneurózisok esetén. A szociális tapasztalatoknak elsősorban a fejlődő idegrendszer alakításában van szerepe. Ez lényegében tanulási folyamat (szocializáció), amelynek eredményeképpen a felnőtt, a társadalomba beilleszkedni képes személyiség kialakul. A szocializációs folyamat zavarai neurózist, illetve neurózisra való hajlamot alakíthatnak ki. Az oki tényezőket tehát elsősorban az egyén múltjában kell keresnünk, nem pedig az aktuális szociális térben.

A neurózisok definíciója

A neurózisok a magatartás, az élménymód és a vegetatív idegrendszer átmeneti vagy tartós zavarával járó állapotok, amelyek kedvezőtlen genetikai és szocializációs hatások, valamint aktuális életesemények talaján bontakoznak ki, és a környezettel patológiás egyensúlyt kialakítva gyakran idült állapotba torkollanak.

A magatartás zavarai

A magatartás zavarai az „ideges ember” mindenki által ismert viselkedésmódjától a legsúlyosabb, szinte életképtelenséget jelentő kényszeres tünetekig terjedhetnek. Jellemző a neurotikus egyénre a szociális kapcsolatok sokféle zavara. Gyakran visszahúzódik (introverzió), szociális kapcsolataiban a félelem vezérli. A teljesítményhelyzetek ugyancsak félelmet váltanak ki. Az ilyen helyzetek kerülése is hozzájárul a neurotikus teljesítményszintjének csökkenéséhez.

A neurotikus egyén feszültséget kelt környezetében. Érzékeny, sértődékeny, ugyanakkor szociális percepciója fejletlenebb, nem veszi észre, mikor bánt meg másokat. Csoportszituációban gyakran a szociometriai háló perifériájára sodródik, ennek azonban többnyire nincs tudatában.

Az élménymód zavarai

A neurotikus állapot szubjektív súlyossága, vagyis az, hogy az egyén mennyire szenved, elsősorban az élménymód zavarának függvénye. A neurotikus állapotra a *negatív élménymód* jellemző. A külvilági ingerek, események, személyek negatív értékelést nyernek. Ugyancsak negatív szűrőn megy át minden, az énnel kapcsolatos visszajelzés vagy belső ön-élmény is. Utóbbit a *negatív önkép* fogalma fejezi ki. A negatív önkép a szenvedés legfőbb forrása.

Mivel az új események valószínűsége negatív, az egyén érthetően ódzkodik az újszerű dolgoktól. A jövőben várható események vészjóslóak. A neurotikus egyén általában pesszimista, örülni nem képes, az örömteli eseményeket észre sem veszi vagy gyanakodva fogadja.

A vegetatív idegrendszer zavarai

A vegetatív zavarok gyakran képezik a neurózisok vezető tüneteit. A vegetatív tünetek mögött a központi idegrendszer szabályozási zavarát is-

merhetjük fel. A központi aktiváció a belső homeosztázis lényeges eleme, amelynek egyensúlyáról számos mechanizmus gondoskodik. Úgy tűnik, neurózisok esetén ezek a mechanizmusok elégtelenül működnek, s a neurotikusok jelentős csoportjai a hétköznapi helyzetekben is *túlaktívált állapotba* kerülnek. Az aktivációnövekedés szorongást, súlyos esetben akár pánikrohamot is eredményezhet.

Szorongás esetén változásokat észlelünk minden szervrendszer működésében. Megváltozik a szív működés, a keringés, a légzés ritmusa, a gyomor-bél rendszer működése. Gyakoriak a szexuális élet funkciózavarai is.

A neurotikus zavarok kórlefolyása

Az életeseményekkel szoros kapcsolatban lévő pszichoreaktív állapotok a kiváltó események megszűnése után többnyire maguk is megoldódnak. Beavatkozás nélkül a neurózisok többsége ezzel szemben krónikus, fluktuáló, többnyire progrediáló lefolyást mutat. A folyamat nem egyszer évek alatt bontakozik ki, és kóros irányú személyiségfejlődést eredményez. A folyamat elindításában vagy felgyorsításában, a visszaesések provokálásában a kedvezőtlen életesemények jelentős szerepet játszhatnak.

A neurózis kedvezőtlen alakulásához nagyon gyakran az orvosi tevékenység is hozzájárul. A pszichológiai folyamatok fel nem ismerése azzal jár, hogy a beteget szomatikus irányban vizsgálják és kezelik. Testi betegség-tudatát ezáltal elmélyítik. Nagyon gyakori, hogy mire a sok negatív lelet után valaki kimondja a neurotikus jellegű zavar diagnózisát, már késő. A beteg olyan mértékig „sajátította el” a betegszerepet, hogy pszichés és szociális értelemben is rokkanttá válik.

A neurózis és a személyiség

A neurotikus hajlam *nagyrészt a gyermekkori fejlődés során alakul ki*, tartósan kedvezőtlen szo-

ciális erőterben (kóros szocializáció). A neurózisa hajlamosító gyermekkori szocializációs hatások közül bizonyítottan szerepe van az alábbiaknak:

- nyílt vagy rejtett érzelmi elutasítás a szülők részéről,
- a családban uralkodó kedvezőtlen érzelmi légkör,
- durva, brutális nevelés,
- csonka vagy széthullott család,
- a szülők súlyosan patológiás személyisége,
- bármilyen eredetű ártalom, amely a gyermek biztonságát súlyosan és tartósan veszélyezteti,
- nevelési hibák, pl. a túlzott teljesítményelvárás, a kizárólag büntető szankciókkal történő nevelés stb.,
- általában nagymértékű szerepelvárás (a szülő „ideális” gyermekképe teljesíthetetlen).

A fenti szocializációs ártalmak az egyént sebezhetővé teszik, s a megterhelő életesemények hatására akár heveny pszichogén reakciók, akár súlyosabb neurotikus fejlődés is kialakulhat.

- A neurotikus magatartás a környezet visszontreakcióit váltja ki. E reakciók módosíthatják a neurotikus magatartást, gátolhatják, vagy ellenkezőleg, erősíthetik. Nem egyszer a környezet akadályozza a neurotikus problémák kezelését, akár jó szándékból is (pl. a tériszonyban szenvedőt még akkor is kísérgetik, amikor már nem lenne rá szükség). A neurotikus zavarok diagnosztikájában ezért a környezet magatartásának elemzése nélkülözhetetlen.

A neurotikus állapotok formái

A neurózisok hagyományos kategóriája a ma hivatalos BNO-10 rendszerben számos alkategóriára bontott. Ezért a neurózis kifejezést általános megjelölésként használjuk, olyan módon, ahogy a BNO-10 az F40–F48 alá sorolt kategóriákat összefoglalja („Neurotikus, stresszhez társuló és

somatoform rendellenességek”). Lényegében ide tartozik a „Viselkedészavar-syndromák fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezővel társulva” megjelölésű csoport is (F50–F59). A neurotikus megjelölés ezen túlmenően alkalmazható a gyermekpszichiátriai kórképek jelentős részére is.

Tágabb értelemben ide tartoznak a döntően pszichoszociális eredetű pszichoreaktív kórképek is, szemben azokkal a neurotikus állapotokkal, amelyek meghatározásában elsősorban személyiségi tényezők játszanak szerepet (pl. szorongásos és somatoform zavarok). A pszichoreaktív állapotok a BNO-10-ben nagyrészt az F43 fejezetben, a „Súlyos stressz által kiváltott reakció és alkalmazkodási rendellenességek” alatt jelennek meg.

A szorongásos zavarok általános jellemzői és alcsoportjai

A szorongás „természetrájához” tartozik, hogy tárgyat keres magának. A diffúz, „generalizált” szorongás inkább a neurotikus állapotok kezdetén jellemző. Az állandósult szorongás egyre inkább strukturálódik, valamely „tárgyhoz” kötődik, és speciális formában (pánik, fóbia, kényszer) jelenik meg. Pánik esetén az idő a struktúraképző elem: rohamok és rohammentes időszakok váltakoznak. Fóbiák esetén a tér vagy a tér valamely eleme (tárgy, állat, emberek stb.) képez struktúráját. Kényszerszorongás esetén szimbolikus térrel van dolgunk, a szemantikus tér egyes elemei szorongást váltanak ki, „kognitív fóbia” módján. A szorongásos kórképekben tehát egy sort állíthatunk fel a tárgyatlan szorongástól a kényszerselekvésig, a struktúraképződés előrehaladó fokozatai szerint.

A szorongásos zavarok *rendkívül gyakoriak*. A különböző felmérések szerint a lakosság körében 10–15%-os élethossz-prevalenciával számolhatunk. Egy sokat idézett amerikai felmérés szerint a szorongásos zavarok 14,6%-ban fordulnak elő. Az alapellátásban megforduló betegek mintegy fele pszichés természetű zavarokban szenved. Ezek jelentős részét a szorongásos zavarok teszik ki.

Generalizált szorongásos zavar (F41.1). Az idült, fluktuáló lefolyást mutató állapotban a szorongás minden megnyilvánulása előfordulhat. A betegek emellett koncentrációzavarokról, fáradékonyságról, feledékenységről, teljesítménycsökkenésről, alvászavarról panaszkodnak. Gyakran ingerlékenyek, állandó feszültségben élnek.

Rövid ideig tartó átmeneti állapotokat nem sorolunk ide. A tüneteknek a BNO szerint több hónapon keresztül jelen kell lenniük a diagnózis felállításához. Lényeges kritériuma a betegségnek, hogy egyértelműen, tartósan szenvedést és életvitelbeli nehézségeket okoz.

Pánikszindróma (F41.0). Rohamokban jelentkező szorongásról van szó. Pánik esetén a szorongás viszonylag gyorsan eléri a maximális intenzitást, majd lassan oldódik. A pánikroham rosszullet formáját is öltheti, amikor is sürgős orvosi beavatkozásra van szükség. Mivel a szorongás szívtáji szorító érzéssel is jár, nem mindig könnyű elkülöníteni az anginás rohamtól és az infarktustól, ez nemegyszer csak kórházi osztályon lehetséges. A rosszullet alatt a leggyakoribb tünetek: légszomj, szapora szívverés, mellkasi fájdalom vagy szorítás, fulladásérzés, szédülés, bizonytalanság, végtagzsibbadás, hő- vagy hideghullám, reszketés. Szubjektíve a megőrüléstől vagy a teljes önkontrollvesztéstől való félelem is jellemzi. A roham legalább 10 percig, de fél-egy óráig is eltarthat.

A pánikrosszulletek nagyon sok pszichiátriai állapotban megjelenhetnek. Pánikrohamok gyakran társulnak affektív betegséghez is – előfordul, hogy egy későbbi tipikus affektív betegséget pánikrohamok vezetnek be. Pánikbetegségről akkor beszélünk, ha a rohamok ismétlődnek, és a betegnek súlyos gondot, életvitelében zavarokat okoznak. A pánikbetegség leggyakrabban agorafóbiával szövődik, olyannyira, hogy sokan a kettőt nem is tartják külön kategóriának.

Az utóbbi évtizedekben a pánikbetegség rohamos „elszaporodásával” találkozunk. A diagnózis népszerűvé vált, az orvosok szívesen adják, a betegek „szívesen” fogadják, mivel a szónak

nincs megbélyegző, stigmatizáló jellege. A pánikbetegek számának „növekedésében” a tömegtájékoztató is szerepet játszik.

Kevert szorongásos és depressziós zavar (F41.2). A szorongás krónikus formái gyakran hangulati zavarokkal társulnak, amikor is a depressziós és szorongásos állapotra jellemző tünetek együttesen fordulnak elő. Önmagában sem a hangulatzavar, sem a szorongásos állapot nem éri el azt a mértéket, hogy egyik vagy másik diagnózist fel lehetne állítani.

Fóbiás tünetcsoportok (F40). A fóbia irracionális félelmet jelent valamely tárgytól, állattól, helytől, személytől. A félelem irracionálisával a beteg maga is tisztában van. A legtöbb embernél előfordul, hogy indokolatlanul fél vagy irtózik bizonyos tárgyaktól, állatoktól (pl. majdnem mindenki irtózik a béka vagy más kétlábúak, a hullók érintésétől), esetleg helyektől. Ezek a félelmek azonban az életet jelentősen nem befolyásolják. Több mint hatvanféle fóbiát írtak le. A fóbiákat három fő osztályba sorolhatjuk:

- térrel kapcsolatos fóbiák (tériszony, magassági fóbia, közlekedési fóbia stb.); ezeket ma összefoglalóan *agorafóbiáknak* nevezzük.
- A „szociális tér”-rel kapcsolatos fóbiák; ide tartoznak a nyilvános szerepléstől, a kontaktusoktól való félelem, gyermekeknél az iskolafóbia, illetve a serdülőknél gyakori elpirulástól való félelem (eritrofóbia). Összefoglalóan *szociális fóbiákról* beszélünk.
- Izolált félelmek esetén egyes állatok vagy tárgyak képezik a kóros félelem tárgyát. (BNO-10: meghatározott, *körülírt fóbia* vagy *phobia simplex* F40.2).

Az agorafóbiák elsősorban felnőttekre jellemzőek, a szociális fóbiák gyakrabban fordulnak elő serdülő- és adolescens korban, míg az izolált fóbiák elsősorban a gyermekkor zavarai.

Ha a beteget a fóbiás helyzetnek, tárgynak stb. tesszük ki, szorongás lép fel, amely esetenként pánikjellegűt ölthet. A pánikszindróma és az agorafóbia gyakran fordul elő együtt. Tipikus

esetben a fóbia bizonyos helyzetben jelentkező pánikrohammal indul. A beteg ezt követően elkerüli az adott helyzetet. A BNO-10 pánikzavar nélküli és pánikzavarral járó agorafóbiát különít el (F40.00 és F40.01).

A fóbiás szorongás jelentősen enyhül, ha a beteg nincs egyedül. Egyes betegek csak mások kíséretében képesek közlekedni, életvitelükhöz állandóan mások segítségére szorulnak.

Obszesszív-kompulzív zavarok (kényszerneurózisok) (F42). A neurotikus állapotok egyik legsúlyosabb formáját az éber tudatállapot mellett megjelenő, az egyén akarata ellenére érvényesülő, kínzó tartalmak jellemzik. E tartalmak gyakran szorongással járnak együtt, s az egyén megpróbál védekezni ellenük. A kényszerek énidegenek, az egyén számára irracionálisak. Két fő megjelenési formát különítünk el:

- *Rögeszme (obszesszió).* Valamely irracionális, nemegyszer az egyén erkölceivel, személyiségével össze nem egyeztethető gondolat, kép, asszociáció, vagy késztetés jelenik meg. Vallásos egyénnél „bűnös” gondolatok tolnak felszínre. *Kényszerimpulzus vagy -késztetés* esetén a beteg indítékot érez arra, hogy önmagának vagy másnak valamit ártson (sértés, megölés stb.). A kényszerimpulzus nagyobb szenvedést okoz, mint a kényszer-gondolat, a beteg hamarabb keres segítséget. A kényszer-gondolatok és -impulzusok többnyire szinte elviselhetetlen szorongással járnak együtt.
- *Kényszer-cselekvés (kompulzió).* Ebben az esetben a beteg valamely, rendszerint irracionális vagy mennyiségében ésszerűtlen cselekvést kénytelen végrehajtani. Ha megakadályozzuk cselekedetei végrehajtásában, szorongás fellépésével kell számolnunk, amely nem egyszer agresszivitásig fokozódik.

A kényszerek nagy része *tematikailag* három nagy csoport valamelyikébe sorolható:

- Erkölcsileg, a konvenciókat illetően tilalmas, bűnös dolgok. Ezek többnyire gondolatok vagy impulzusok, melyek között ki-

emelt jelentősége van a vallásos tartalmú kényszereknek. Ide tartoznak a horrorisztikus jellegű kényszeres fantáziaképek is.

- A dolgok elrendezésével kapcsolatos kényszerek részben gondolatok, részben cselekvések. Gyakori az ellenőrzési, számolási kényszer.
- A tisztasággal, a beszennyeződéstől való félelemmel kapcsolatos, döntően cselekvési kényszerek. Legismertebb formája a mosakodási kényszer.

A kényszeres tünetcsoportok többnyire idült, fluktuáló lefolyásúak. Mintegy 30%-ban affektív betegség talaján bontakoznak ki, ilyenkor az alapbetegség dinamikájának megfelelő lefolyást mutatnak. Kényszeres tünetcsoport egyébként más pszichiátriai állapotokban is előfordul, organikus eredetű zavarokban, szkizofréniákban is.

A kényszeres tünetcsoport gyakran együtt jár tic-vel és Gilles de la Tourette-szindrómával. Rossz a betegség prognóza, ha a tünetek már gyermekkorban elkezdődnek, ha személyiség-zavar is fennáll, vagy ha az egyén feladja a betegség elleni küzdelmet.

A szorongásos zavarok prognóza

E kórképek prognóza nagy általánosságban jónak mondható, amennyiben a mai ismereteinknek megfelelően korszerű szomatikus és pszichoterápiás, esetleg rehabilitációs kezelést alkalmaznak. A gyakorlatban azonban ez az optimális helyzet ritkán valósul meg. Az egészségügyi ellátás túlzottan szomatikus beállítottsága mellett e betegeket hosszantartó kivizsgálásoknak és gyógyszeres kezeléseknél vetik alá. A folyamat kapcsán az állapot krónikussá válik. Gyakran szövődmények (pl. gyógyszerfüggőség) alakulnak ki. A szakértő nemritkán évtizedes betegségkarrierrel találkozhat; a beteg beszűkült, rögzült életformával, krónikus szenvedéssel és alacsony szintű életminőséggel jellemezhető. Ilyen esetekben sokszor már nincs reális remény az állapot lényeges javulására.

A szorongásos zavarok társadalombiztosítási jelentősége

E zavarok rendkívül gyakoriak, s a szakértőnek is mindennapos feladatot jelentenek. Tünetileg és diagnosztikai besorolás szerint ezek az állapotok az enyhe, átmeneti zavaroktól a legsúlyosabb, az étellel szinte összeegyeztethetetlen kórképekig terjedő súlyossági skálán bárhol elhelyezkedhetnek.

- Sem a tünettan, sem a pontos BNO-diagnózis nem alkalmas arra, hogy önmagában eligazítsa a szakértőt akkor, amikor munkaképességről, keresőképességről, rokkantságról, kártérítési igény jogosságáról stb. kell nyilatkoznia. Legfeljebb annyit állapíthatunk meg, hogy a generalizált szorongás általában enyhébb kórkép, mint a kényszeres-rögeszmés zavar (kényszerneurózis). Ismételten hangsúlyozzuk tehát, hogy a szorongásos zavarok szakértői megítélésében is az egyedi eset alapos, a biológiai, pszichológiai és szociális vonatkozásokat egyaránt figyelembe vevő elemzés a szakmailag korrekt vélemény alapja.

A szomatiform kórképek általános jellemzői és alcsoportjai

A klasszikus pszichopatológia az e csoportba tartozó állapotokat a hisztéria, hisztériás neurózis címszó alatt foglalta össze. A szomatiform kórképek bizonyos fokig elkülönülnek a neurózisok többi formájától azáltal, hogy mások a személyiség fiziológiai és pszichológiai adottságai.

A hisztériás tünetekre jellemző, hogy:

- teátrálisak, dramatikusak, megjelenítenek valamit;
- közlésértékük van, a környezetnek szólnak;
- a konverzió mechanizmusa szerepet játszik;
- testi betegségeket utánoznak;
- hosszú betegségkarrierék és a környezet számára súlyos terhet jelentő kóros „egyensúlyok” alakulhatnak ki.

A hisztériás tünetek *hagyományos csoportosításban* lehetnek:

- kiesési tünetek (bénulások, mozgáskorlátozottság, érzékszervi kiesések stb.);
- motoros tünetek (remegés, görcsök stb.);
- szubjektív tünetek (fájdalom, zsibbadás, görcs stb.);
- rohamok (ájulás, rosszulletek, pánikszerű állapotok).

A hisztériás tünetek *kórlefolásukban* lehetnek:

- állandó jellegűek,
- hullámzóak,
- rohamszerűek.

Jellemző, hogy a beteg a viszonylag súlyos tüneteket is bizonyos érzelmi közönnyel viseli (*belle indifférence*).

A *hisztéria* elnevezést ma legfeljebb gyűjtőfogalomként használjuk, többek között azért, mert a megjelölésnek pejoratív jellege van. A hisztériás tünetek, bármennyire nyilvánvalóak legyenek is a lélektani összefüggések, nem tettetés vagy szimulálás következtében jönnek létre. A tüneteket kiváltó erők nem tudatosulnak.

A „szomatiform zavar” kifejezés ugyancsak gyűjtőfogalom (F45). Olyan állapotokat sorolunk ide, amelyekre a testi tünetek és panaszok megléte jellemző. A tünetek háttérben organikus eltérést nem tudunk kimutatni. E kórállapotok során a szorongásos reakció testi dimenziója van előtérben. A betegek gyakran semmiféle szorongást nem élnek át, csupán testi tüneteikről panaszkodnak. Leegyszerűsítve tehát emocionális zavarok testi megnyilvánulásairól van szó.

A betegek számos kivizsgáláson esnek át. A tünetek organikus eredetének kizárása többnyire nem nyugtatja meg őket, újabb vizsgálatokat követelnek. Általában nem fogadják el a betegségük lelki eredetére vonatkozó orvosi magyarázatokat.

Szomatizációs zavar (F45.0). Idült lefolyású betegség, nemegyszer élethosszig tart. A testi tünetek rendkívül szerteágazóak lehetnek, és komoly differenciáldiagnosztikai problémát okozhatnak. A tünetek gyakoribbak a nem domináns

félteke által beidegzett testfelen. A betegség többnyire a 30. életév előtt kezdődik. A pontos diagnózishoz a jellegzetes, sok kivizsgálást és kezelést „megért” tüneteken kívül teljesülnie kell az alábbi kritériumoknak:

- legalább két éves anamnézis;
- az orvosi kezelések és betegségmagyarázatok elutasítása;
- a szociális funkciók hanyatlása, jellegzetes betegviselkedés kialakulása.

Gyakori az öngyilkosságra való utalás, nem egyszer a kísérlet is. Általánosságban jellemző a sok tünet-kevés szenvedés ellentmondása. Sajátos a betegek magatartása. Általában extrovertáltak, teátrálisak, a nők öltözködésükkel is igyekeznek feltűnést kelteni. Némegyszer csábítóan, kihívóan viselkednek. Betegségüket gyakran a környezetük feletti befolyás megszerzésére és megtartására használják fel. A szomatizációs zavar a nők körében gyakoribb. Többnyire patológias személyiségstruktúrával szövődik, leginkább hisztrionikus személyiségzavarral jár együtt.

Hipochondriázis (F45.2). Az elnevezés a „hypochondrium” szóból ered, mivel a fájdalmat a régiók gyakran a bordaív alá lokalizálták. A tünetek ugyanolyan változatosak, mint a szomatizációs zavar esetén. A hisztériást tüneteivel kapcsolatosan inkább az érzelmi közöny jellemzi, a hipochondriás viszont extrém módon aggódik betegsége miatt. A legkisebb tünetnek is nagy jelentőséget tulajdonít („képzelt beteg”). Mondhatjuk, hogy saját testére vetített szorongásról van szó. A betegek általában bizalmatlanok, nem hisznek az orvosnak, az egyik orvost a másikkal ellenőrzik, orvostól orvosig járnak. Ismereteiket állandóan bővítik, némegyszer próbára teszik az orvos türelmét. Saját betegségeikre vonatkozóan néha több ismerettel rendelkeznek, mint maga az orvos. A tünetek és panaszok interpretációjában néha paranoid színezet mutatkozik. Előfordul, hogy a hipochondriás neurozisz évtizedes fennállás után fokozatosan paranoid fejlődésbe megy át.

Diagnosztikailag két fő kritérium megléte szükséges:

- a beteg szilárdan meg van győződve arról, hogy valamely súlyos testi betegsége van, annak ellenére, hogy a sorozatos kivizsgálások ezt nem igazolták;
- az orvosi magyarázatok és a megnyugtató elutasítása.

Az állapot gyakran hangulatzavarral szövődik, a betegek ingerlékenyek, mogorvák, szociális kapcsolataik megromlanak, mivel érdeklődésüket kizárólag betegségük köti le. Esetenként hosszabb tünetmentes időszakok is előfordulhatnak. Gyakoribb a magasabb társadalmi rétegek körében, a két nemnél egyforma arányban fordul elő.

Szomatiform vegetatív diszfunkció (F45.3).

A beteg tüneteinek valamely olyan működési zavarból állnak, amely a vegetatív idegrendszer ellenőrzése alatt áll. Ugyanakkor szervi eltérés nem mutatható ki az adott szervrendszerben. Az objektíve is meglévő diszfunkció mellett a betegnek számos szubjektív panasz van, amelyeket többnyire valamely szervére vetít ki. Esetenként a tünetek kialakulása valamely élethelyzeti nehézséggel hozható összefüggésbe. Az egy vagy több konkrét szervvel kapcsolatos panaszok mellett a diagnosztikai kritériumokhoz tartozik a vegetatív izgalom általános tüneteinek (palpitáció, izzadás, tremor stb.) megléte. A beteg állandóan a panaszaival és tüneteivel foglalkozik, ezek miatt aggódik, az orvosi megnyugtatót figyelmen kívül hagyja.

Gyakoribb tünetcsoportok:

- *Kardiovaszkuláris tünetcsoport.* A „szívneurozisz” (Da Costa-szindróma), neurocirkulációs aszténia stb. megjelöléssel jellemzett állapotokban a betegnek állandó szívpanaszai, ájulásérzése, szívdobogós rohamai vannak. Esetenként átmenetileg szisztolés vérnyomás emelkedés is észlelhető.
- *Felső emésztőrendszeri tünetcsoport.* Csuklás, a pylorus spazmusa, hányás, levegőnyelés (aerophagia) a gyakoribb tünetek.

- *Alsó emésztőcsatornai tünetcsoport.* Irritabilis colon szindróma, flatuláció, hasmenés, székrekedés.
- *Légzőrendszeri tünetcsoport.* Pszichogén köhögés, légszomj („asthma nervosum”).
- *Az urogenitális rendszert érintő tünetcsoport.* Dysuria, gyakori vizeletürítés.

Valójában ide sorolhatjuk a pszichogén eredetű szexuális funkciózavarokat (erekciós zavarok, lubrikációs zavarok, ejaculatio praecox) is, amelyeket azonban a modern osztályozási rendszerek külön fejezetben tárgyalnak, az egyéb szexuális magatartászavarokkal együtt.

Szomatiform fájdalomzavar (pszichogén fájdalomszindróma) (F45.4). A betegséget valamely testrésze lokalizált fájdalom és az ehhez társuló fájdalomviselkedés alkotja. A kettőt csak együttesen szabad elemezni. Egyes esetekben maga a fájdalomviselkedés játszik fontosabb szerepet, amelynek a környezet felé gyakran „üzenetértéke” van. Nemegyszer nehéz elkülöníteni a „funkcionális szuperpozíció”, az aggrváció jelenségétől. A tünetek a betegnek szenvedést, jelentős funkciócsökkenést, életvitelében akadályokat jelentenek. Nagy terhet ró a betegség a környezetre is. Gyakran valamely meglévő testi betegséghez (pl. ischias-szindróma) társul, a fennálló organikus eltérés azonban nem elégséges ok a fájdalom magyarázatára. Ilyenkor különösen nehéz a pontos diagnózis. A fájdalom eloszlása, jellege általában nem felel meg a megszokott neurológiai szindrómáknak.

A szomatiform zavarok prognózisa

E kórképek prognózisa kedvezőtlen. Még optimális kezelési feltételek (hosszú távú, következetes pszichoterápia) mellett is gyakori a kudarc. A betegek nem tartanak ki egy terapeuta mellett, a kezelések bármely formájával szemben elutasítók. Gyakori, hogy a sok kivizsgálás és kezelési próbálkozás valamely szövődménye komplikálja a képet. Egyre több kártérítési per származik ab-

ból, hogy az egészségügy nem tud ellenállni a többnyire a szomatizációs csoportba tartozó betegek manipulatív törekvéseinek. Vizsgálatok, kezelések, műtétek végeláthatatlan sorozata következhet, amelyek kapcsán előbb-utóbb fellép valamilyen komplikáció.

A szomatiform zavarok társadalombiztosítási jelentősége

Az e csoportba tartozó kórképek nagyon gyakoriak, az egészségügy számára rendkívüli anyagi és szellemi megterhelést jelentenek. A sokszor a beteg által kikövetelt, ismételt vizsgálatok költsége szinte felbecsülhetetlen. Ugyancsak súlyos az a közvetett kár, amelyet a beteg megváltozott magatartása okoz önmagának és környezetének, beleértve a munkahelyeket is. A szomatiform zavarban szenvedők gyakran és hosszasan vannak betegállományban. Gyakran igénylik a rokkant-tá nyilvánítást, amelyet a bizottságok első fokon többnyire elutasítanak. A betegséget elismertetni kívánó, pereskedő személyek jelentős része e csoportból kerül ki.

- A szakértői véleményezés során a komplex elemzés nélkülözhetetlen, mivel a leletek és a közvetlen vizsgálat többnyire nem ad kellő támpontot a szakértőnek feltett kérdések megválaszolásához. Az életvitel részletes elemzése – esetenként pszichológiai vizsgálatokkal kiegészítve – adhat kellő rálátást a vélemény elkészítéséhez.

A disszociatív zavarok jellemzői és alcsoportjai

A klasszikus „hysteria” magatartási tünetekben megnyilvánuló formáit külön csoportba foglaljuk. Általában a tudat, az énidentitás, a magatartás, a testmozgások kontrolljának egészes vagy részleges zavaráról van szó; vagyis *megbomlik az én egysége*. Az állapot általában hirtelen kezdődik és viszonylag rövid ideig tart. A pszi-

chogén eredet minden esetben megállapítható, ugyanakkor a zavar súlyossága esetenként a pszichózisokra emlékeztet. Ebben az értelemben beszélhetünk „pszichogén pszichózisok”-ról.

A pszichogén mechanizmus kifejezésen két mozzanatot kell értenünk: egyrészt a disszociatív zavarok esetén mindig megállapítható a személyiség önszabályozásának gyengesége. Különböző elnevezésekkel illetjük ezt az állapotot, mint például „hisztériás karakter”, impulzuskontroll gyengeség, az énidentitás kialakulásának zavara stb. Másrészt viszont a szociális környezetben kereshetjük a zavar kialakulásának okait. A disszociatív zavarok előzményei között az életeseemények súlyos, kedvezőtlen alakulásával kell számolnunk. *A disszociatív zavarok általános jellemzői:*

- többnyire hirtelen kezdet;
- bizonyos összefüggő mentális és magatartási folyamatok (mozgások, tevékenységek, érzékelés, emlékek, cselekedetek, események) kiesése, amelyek később visszatérhetnek vagy felidézhetőek (pl. hipnózisban);
- ok-okozati kapcsolat valamely stresszeseménnyel (a beteg esetleg nem látja be);
- szervi megbetegedés vagy egyéb pszichiátriai kórkép kizárható.

Konverziós zavar. A megjelölést akkor alkalmazzuk, amikor egyértelmű a kapcsolat a tünetek és valamely életesemény között. A beteg számára elviselhetetlen élethelyzet okozta feszültséget testi tünetté „alakítja át”. E mechanizmus, legyen mégoly nyilvánvaló is az orvos számára, a betegben nem tudatos. A tünet segítségével a beteg valamely számára kedvezőtlen élethelyzetből kimenekülhet. Ugyanakkor a tünetek alkalmasak arra is, hogy a környezet fokozott odafigyelését, törődését váltsák ki. Mindezek ellenére itt sem „akaratlagos” folyamatról van szó: a beteg érzelmi hatások által determinált állapotban van, amelyek alól legjobb szándéka ellenére sem vonhatja ki magát.

A konverziós zavar viszonylag hirtelen kezdődik, az esetek többségében egy hónapnál rövidebb ideig tart. Gyakran bénulások, érzék-

szervi kiesések, rohamok uralják a képet. Újabb konfliktusok a tünetek kiújulását vagy súlyosbodását eredményezik. Leggyakrabban fiatal felnőtt korban jelentkezik, nőknél 2–5-ször gyakoribb.

Disszociatív amnézia (F44.0). Fő tünete a már tárolt, elsősorban személyes jellegű emlékek kiesése, ugyanakkor egyébirányú memóriazavar nincs. Az amnézia valamely traumatikus eseményhez kötődik, az amnézia terjedelme az újabb és újabb exploráció során változó. Előfordul, hogy az amnézia elkóborlással társul. Elsősorban fiatal férfiak megbetegedése. A vizsgálatok során organikus eltérést nem találunk. Ugyancsak kizárható a kábítószer hatása is. Előfordul, hogy tudatos szimulálásról van szó, amikor is a motivációk feltárása, az „amnézia” tendenciózus jellege igazít útba.

Pszichogén elkóborlás (fuga) (F44.1).

Ugyancsak amnéziával járó állapot, amikor a beteg elmegy, elutazik otthonról, új identitást vesz fel. Ebben a periódusban a normál életével minden emlékezeti kapcsolata megszakad (nem tudja, hogy valami kiesett). Ugyanakkor (szemben a pszichogén amnéziával) rendezetten, többé-kevésbé adekvát módon viselkedik. A fugaperiódus elmúltával a történetekre amnéziás, nem tudja, hogy került oda, ahol éppen van. Az állapot gyakran idült alkoholizmussal szövődik, s a beteg ilyenkor folyamatosan iszik, kocsmáról kocsmára jár (dipszománia). Egy-egy periódus napokig is eltarthat, gyakorisága is változó (havonta-évente egy-egy periódus).

Disszociatív stupor (F44.2). A stupor klinikai tünetei emocionális hatásra alakulnak ki. A stupor lényege, hogy a beteg nem, vagy alig reagál a környezeti ingerekre. Mozdulatlan vagy alig mozog, nem kommunikál, célirányos mozgásokat nem végez. Természetesen ki kell zárni valamely organikus kórkép vagy egyéb pszichiátriai megbetegedés (pl. katatón stupor) fennállását.

Disszociatív mozgás- és érzészavarok (F44.4). Valamely korábban meglévő mozgás-

funkció kiesik vagy valamilyen zavaró szubjektív érzés keletkezik. Az elemzés során organikus eltérést nem találunk, ugyanakkor a tünetek valamely élethelyzettel kapcsolatba hozhatóak. A tünetek gyakran alkalmasak arra, hogy a beteget valamilyen nehéz élethelyzetből kimenekítsék.

Gyakoribb tünetcsoportok:

- pszichogén mutacizmus,
- pszichogén afónia, diszfónia,
- pszichogén vakság,
- pszichogén süketség,
- Ganser-tünetcsoport.

Az utóbbi tünetcsoportban (F44.8) a beteg „elbutult” egyén képét mutatja. A hozzá intézett kérdésekre csak körülbelüli válaszokat ad, megnyilvánulásából azonban kiderül, hogy a helyes válasszal is tisztában van. Az állapothoz más disszociatív tünet (pl. amnézia) is társulhat. A tüneteket kiváltó élethelyzet többnyire fogság, le tartóztatás, vagy ennek fenyegető veszélye. A tünetcsoporthoz aggraviációs és szimulációs tendenciák társulhatnak, esetenként a tudatos és a nem tudatos tünetképzés elválasztása rendkívül nehéz.

Deperszonalizációs zavar (F48.1). Visszatérő jellegű, megváltozott saját- és külvilágélmény szorongással, életviteli akadályoztatással. Ezeket az állapotokat korábban gyakran a szkizofréniák közé sorolták. Néha az idegenszerű érzés csak valamely testrészre vonatkozik. Máskor a beteg a világot is furcsának, idegenszerűnek éli meg (derealizáció).

Deperszonalizációs zavar diagnózisa csak akkor állítható fel, ha a tünetek önállóan fordulnak elő és a betegnek szenvedést okoznak, normális életvitelében akadályozzák. A betegnek gyakran olyan élménye is van, hogy cselekedeteit nem képes uralma alatt tartani. A kóros élményekhez rossz testi közérzet, szorongás társulhat. Az időélmény megváltozik (gyorsul vagy lassul). A külvilág tárgyait a beteg néha nagyobbak, vagy ellenkezőleg, kisebbnek érzékeli (mikropszia, makropszia). Sajátos, ritka élmény, amikor a beteg saját énjét testén kívülinek éli meg.

Diszmorfiás testsémazavar. Újabban olyan állapotokat különítenek el ezen a néven, amelyekre a saját test torz voltának élménye jellemző. A beteg leggyakrabban az arcát érzi eltorzultnak. Magatartását ez a tény alapvetően befolyásolja, életviteli nehézséget és szorongást okoz.

A disszociatív zavarok szakértői megítélése

- E heterogén kórállapotokra a személy egyes mentális funkcióinak, a magatartását szabályozó mechanizmusoknak laza integrációja jellemző. Egyes esetekben a pszichózisok szintjét elérő dezintegráció következik be. Más esetben – érzelmi hatásokra – egyes funkciók szinte „leválnak” a lelki élet egészéről. A szakértői vizsgálat során alapvető fontosságú a kiváltó pszichogén mechanizmusok feltárása. Egyértelmű pszichogén háttér nélkül a diagnózis csak óvatosan és fenntartásokkal állítható fel. Perdöntő a szakértő szempontjából, hogy a tünetcsoport egyedi, egyszeri eseményként jelenik meg az addig „eseménytelen” élettörténetben, vagy pedig rendszeresen visszatérő reakciómódról van szó, amely a betegnek mintegy kézenfekvő megoldási módja valamely kedvezőtlen életesemény bekövetkeztékor. Utóbbi esetben a prognózis meglehetősen kedvezőtlen, és csak személyiségfejlesztő jellegű pszichoterápiáktól várható eredmény.

Pszichogén reakciók (alkalmazkodási zavarok, stresszreakciók) (F43)

Általánosságban jellemző ezekre az állapotokra, hogy a tüneteket kiváltó környezeti események súlyosak. Többnyire azonnal felismerjük, mi vezetett a tünetek kialakulásához, mert a háttér-

tényezők ritkán maradnak rejtve. Nemegyszer katasztrófákról, máskor az egyén életét alapjaiban megrázkódtató eseményről (veszteségről stb.) van szó. A „valódi” neurózisokkal szemben elkülönítő kritériumok az alábbiak:

- a kiváltó események az egyén környezetéből fakadnak;
- a tünetek megjelenése és a kiváltó események időben összefüggnek;
- az életesemények súlyossága és a tünetek intenzitása között nagyjában megfelelés mutatkozik;
- a külső kiváltó tényezők megszűntével a tünetek is enyhülnek vagy megszűnnek;
- a premorbid személyiségben a neurotikus jegyek hiányozhatnak (de nem feltétlenül).

A pszichogén reakciók tünetei nem specifikusak, osztályozásuk a tünetek alapján alig lehetséges. Ezért inkább maguk a kiváltó okok képezik az osztályozás elsődleges alapját. A BNO-10 a szerint különíti el az egyes tünetcsoportokat, hogy a magatartás dezorganizálódása milyen vezető tünettől jellemezhető (hangulatzavarral, szorongással, magatartászavarral vagy ezek ötvöződésével járó állapotok). A pszichogén reakciók tüneteit a vegetatívum, a magatartás és a szubjektum hármában írhatjuk le.

A *vegetatívum* részéről a szorongás különféle megnyilvánulásait látjuk. Alvás- és étvágyzavar többnyire fellép, a beteg nemegyszer napokig nem alszik és nem táplálkozik. Rövid idő alatt jelentős súlyvesztés következhet be.

A megszokott *magatartás* dezorganizálódik. A betegek egy része inkább nyugtalan, motorosan izgatott, fel-alá járkál, kezét tördeli. Súlyos esetben rohamszerű mozgásviharok lépnek fel. Más esetben éppen ellenkezőleg, a beteg apátiássá válik, magába roskad, külső indítékra van szüksége ahhoz, hogy bármit is tegyen. A beszéd a teljes mutacizmustól a beszédvágtaig terjedő skálán változhat. A betegek gyakran elhanyagolják küllemüket, zilált benyomást keltenek. Agresszív megnyilvánulások, indulatkitörések is előfordulhatnak. Mivel józanul mérlegelni gyakran nem képes, indulat vezérelte cselekményeket hajthat

vége, amelyeknek esetenként igazságügyi következményei is lehetnek (indulati, esetleg „rövidzárlati” cselekmény). A beteg nem egyszer alkoholizálásba menekül vagy öngyilkosságot kísérel meg.

A *gondolkodás* többnyire a traumatikus élmény köré koncentrálódik, nem képes attól elszakadni. A beteg nem tud figyelni másokra, legfeljebb mozaikszerűen. A gondolkodás nem ritkán olyan mértékben beszűkül, hogy nem képes józanul mérlegelni, meggondolatlan, súlyos következményekkel járó cselekményeket hajthat végre. Enyhébb esetben a beteg szorongásról, feszültségről, belső nyugtalanságról számol be. Máskor a szorongás súlyosabb, akár pánikjellegzet is ölthet. Düh, harag, gyűlölet, kétségbeesés, öngyilkossági készletés és kísérlet kísérheti a tüneteket.

Akut stresszreakció (F43.0)

Az akut reakció többnyire súlyos élethelyzet, katasztrófa stb. hatására jelenik meg, krízisállapotokról is beszélhetünk. A kiváltó események és a tünetek közötti időbeli egybeesés mindig kimutatható. A tünetek többnyire azonnal megjelennek, és legfeljebb néhány napig tartanak. Átmenetileg deperszonalizációs és derealizációs élmények jelenhetnek meg. Előfordul az eseményekkel kapcsolatos disszociatív amnézia is.

Intenzitásában a legkülönfélébb lehet, többnyire azonban nem éri el a legsúlyosabb (pszichotikus) állapotok szintjét. A kiváltó tényezők között gyakran súlyos döntési helyzetek szerepelnek, amikor bárhogyan dönt is az egyén, súlyos veszteséggel kell szembenéznie (pl. szerelmét hagyja el vagy családját, hazáját vagy szerelmét).

Poszttraumás stressz-zavar (F43.1)

Elhúzódó és késői reakció valamely súlyos, veszélyeztető helyzetre vagy katasztrófára. Férfiak esetében a leggyakoribb kiváltó okok: háborús megrázkódtatások, fogság, koncentrációs tá-

borok, balesetek, természeti katasztrófák. Nőknél részben az előbbieket, de gyakrabban nemi erőszak vagy egyéb támadás szerepel az előzmények között. A tünetek alakításában az eseményekkel kapcsolatos biztosítási vagy kártérítési ügyek, perek is szerepet játszanak.

Az állapot tünetei között szerteágazó „neurotikus” panaszok jelenhetnek meg. Speciálisan erre a tünetcsoportra jellemző a traumával kapcsolatos élmények feldolgozatlansága. Gyakori, hogy az egyén újra és újra átéli a traumát gondolatban, fantáziában vagy álmokban. A beteg retteg a trauma megismétlődésétől, elkerülő magatartást tanúsít (pl. nem ül volán mögé). Az eredeti traumára emlékeztető ingerek, események riadalmat, félelmi, nemegyszer pánikállapotot váltanak ki. Állandó feszültség, szorongás, a váratlan ingerekre fokozott riadalom jellemzi.

A baleset gyökeresen megváltoztatja a beteg életvitelét. A szociális kapcsolatoktól visszahúzódik, a korábbi tevékenységekben mutatott aktivitása csökken, nem képes örülni (anhedonia). A tünetek a traumát követően lassan, nemegyszer csak hetek vagy hónapok múlva (ritkán 6 hónapnál később) jelennek meg.

A poszttraumás stressz-zavar szakértői megítélése különösen gyakran okoz gondot. A feladatot nehezíti, hogy a diagnosztikai kritériumok egy része szubjektív jellegű (álmok, félelmek, hangulati állapotok stb.). A szakértői megítélésben ezért különös jelentősége van az életvitel elemzésének. A poszttraumás stressz-zavar esetén az élettér beszűkül, az érdeklődés megfigyeltet, a beteg érzelmileg elszíntelenedik, magatartása élesen elüt a trauma előtti személyiségétől. Mindezeket az adatokat heteroanamnesztikus forrásokból deríthetjük fel.

Alkalmazkodási zavarok (F43.2)

Valamely nehéz életeseeményhez, élethelyzeti változáshoz, gyászeseeményhez stb. társuló reakciókról van szó. Ilyen helyzetek gyakran társulnak az egészségi állapottal kapcsolatos életmódváltozáshoz (súlyos, krónikus testi betegség, a

betegség elfogadtatásával kapcsolatos konfliktusok, a járadék megítélésével kapcsolatos nézetkülönbségek a beteg és az illetékes bizottságok között stb.).

A tünetek közül leggyakoribb a szorongás, aggodalom, depresszió, az aktivitás beszűkülése, akár a hétköznapi rutintevékenységek elhagyása is. A beteg személyiségétől függően a tünetekhez agresszivitás, kverulátoros magatartás társulhat. A tünetek a súlyos életeseemény(eke)t követően általában egy hónapon belül jelentkeznek, és kedvező esetben nem tartanak tovább fél évnél. Néha azonban a tünetek elhúzódnak és idültté válnak. Az alkalmazkodási zavarokat a szerint csoportosíthatjuk, hogy mely tünetek vannak előtérben.

- rövid depressziós reakció (egy hónapnál rövidebb ideig tart);
- elhúzódó depressziós reakció (nem haladja meg a két évet);
- kevert szorongásos-depressziós reakció;
- egyéb kifejezett emocionális zavarral jellemzett reakció;
- a magatartás feltűnő zavarával járó reakció;
- a magatartás és az emóciók zavarával járó reakciók;
- gyászreakciók (az alkalmazkodási zavarok között külön említjük meg).

Kóros gyászreakció

A szeretett hozzátartozó elvesztése az egyik leg-súlyosabb lelki megterhelés minden ember számára, különösen, ha az váratlanul következik be. Kórosnak akkor tartjuk a következményes gyászállapotot, ha túlzottan elnyúlik (6 hónapon túl), valamint ha intenzitásában nem arányos a veszteséggel. A beteg többnyire lehangolt, küllemében is gyászt tükröz. Kóros gyászreakció valószínű, ha a beteg gondolatban nem képes elszakadni az elvesztett személytől. Nemegyszer úgy viselkedik, mintha a halál meg sem történt volna (a halott holmijához nem nyúl, megteríti neki stb.). Máskor büntudatot érez a szeretett személy halála miatt, felelősnek érzi magát halá-

láért („mi lett volna, ha nem ehhez az orvoshoz viszem” stb.). Nem ritkán halálvágy foglalkoztatja: „jobb lett volna, ha én is vele megyek...”

A stresszreakciók diagnózisa, szakértői megítélése

- A stresszreakciók és az alkalmazkodási zavarok diagnózisa a háttértényezők alapos feltárásán múlik. A tüneti kép és a kiváltó tényezők között többnyire nincs közvetlen kapcsolat. A tünettán inkább az adott személyiségstruktúra függvénye. Többnyire heteroanamnesztikus adatokra is szükségünk van. A tünetcsoportok háttérében gyakran kártérítési, járadékigények húzódnak meg. A szakértői elemzés során ezeket az ügyeket ugyanolyan objektivitással kezeljük, mint a tüneteket kiváltó, fenntartó vagy súlyosbító egyéb tényezőket. Gondosan elemeznünk kell a tünetek mögött megbúvó esetleges manipulatív tendenciákat. Ugyanakkor a tudatosság mértéke (lásd bevezető fejezet, 11.3. táblázat) mindig az adott személyiség szintjén mérlegelendő. Lehetséges, hogy a szakértő számára nyilvánvaló okozati kapcsolat a kiváltó tényezők (pszichotrauma, vélt sérelem, járadék stb.) és a tünetek között egyáltalán nem tudatosul a beteg számára.

Egyéb viselkedészavarok

Aggraváció (F68.0)

Aggraváció esetén valamely meglévő testi betegségre utaló tünet jelenik meg sokkal kifejezettebb formában, mint ahogy azt a tényleges testi elváltozás indokolná. A klinikai képhez rendszerint egyéb, többnyire lelki tünetek is társulnak. A beteg maga is szenved tünete miatt, aggódik betegsége jövőjét illetően. Többnyire elégedetlen a vizsgálatok alaposságával, a kezelés minősé-

gével. Az állapot súlyosabb megjelenítésének háttérében a fokozott gondoskodás iránti igény, kártérítési igény, a rokkantság elismertetésének motivációja áll. Ugyanakkor e törekvések megvalósulása a tüneteket nem feltétlenül szünteti meg.

Fakticiózus zavar (F68.1)

Szándékos betegségprodukció, melynek során a beteg tudatosan idéz elő tüneteket annak érdekében, hogy betegnek ismerjék el. Kivizsgálásoknak veti alá magát, önsértést hajt végre (pl. falcolás), megégeti magát stb. A többnyire személyiségzavarral jellemezhető egyén motivációi önmaga előtt is homályosak, s gyakran az orvos előtt is rejtve maradnak.

Szimulálás (Z76.5)

Egyértelmű külső okok hatására testi vagy lelki tünetek előidézése annak érdekében, hogy az egyén elkerüljön valamely büntetést, felmentsék a katonaság alól, vagy elérjen valamely egyéb, szándékos célt (pl. drog megszerzése, tolvajlás kórházban stb.).

Személyiségzavarok

Huszár Ilona

A személyiségzavar meghatározása

A személyiségzavar gyűjtőfogalom, mely a „normálistól”, az „átlagtól” jelentősen eltérő személyiségeket foglalja egybe. Diagnosztikai kritériumai a BNO-10 szerint az alábbiakban foglalhatók össze: kiegyensúlyozatlanság a viselkedésben, az észlelésben, a gondolkodásban, az affektivitásban, az impulzus kontrolljában, a másokkal való kapcsolattartásban. Tartós zavar (állapot), mely nem határolódik el epizódokra. A kóros

viselkedésmintáknak mély gyökerei vannak, melyek számos személyes és szociális helyzethez nem illenek. Gyermek- vagy fiatalkorban kezdődnek, és fennmaradnak a felnőttkorban is. A foglalkozásbeli és szociális teljesítőképesség az előzőek miatt beszűkül. A stabil viselkedésminták, a különböző élethelyzetekben fellépő merev reakciók, a zavarok elsősorban a szociális funkciókban jelentkeznek, az emberközi kapcsolatok és a kommunikációt érintik. Jelentős szubjektív panaszok is társulhatnak hozzájuk.

A fogalom elődei a pszichopátia és szociopátia elnevezések. A *pszichopátia* kifejezést (K. Schneider), mely az átlagtól különböző módon eltérő személyiségeket jelöl, „maguk is szenvednek és a társadalom is szenved tőlük” (pejoratív jellege miatt) nem használjuk. A *szociopátia* (Cleckley) elnevezés szerint az ilyen egyének egocentrikusak, nincs bűntudatuk, nem tudnak szeretni, hiányzik belőlük a lelkiismeret-furdalás és a szégyen, nincs belátásuk, nem tanulnak a múltból (csak a disszociális – antiszociális – csoportra vonatkozik).

A személyiségzavarok okai és gyakorisága

A személyiségzavarok okai multifaktoriálisak: a biológiai (genetikai, neurokémiai, okok, minimális agyi károsodások) tényezők érvényesülését a pszichológiai és szociológiai tényezők segítik. Kockázati tényezők az intézeti nevelés, az elszakadási élmények, a családi agresszivitás, a bántalmazás, a szülők pszichiátriai megbetegedése stb. Védő tényezők lehetnek a pozitív szülői attitűd, a gondoskodás, megbízhatóság a nevelésben stb. Gyakorisága az átlagpopulációban 10% (amerikai és német vizsgálatok), válogatás nélküli pszichiátriai betegeknél 39,5% (WHO-vizsgálat).

A személyiségzavarok klasszifikációja

A BNO-10-ben az előtérben álló magatartásminták alapján három csoportot különítünk el: a *különc, excentrikus* (paranoid, szkizoid), a *dramatikus, emocionális* (disszociális-antiszociális, emocionális-instabil [impulzív, borderline alcsoportokkal] hisztrionikus) és a *szorongó* csoport (anankasztikus-kényszeres, önbizonytalan-szorongó, függő-dependens). Nem sorolták a személyiségzavarok közé a ciklotímiát (a depresszív, hipertim, cikloid személyiségeket), hanem e fogalmat az affektív kórképekhez csatolták, míg a narcisztikus személyiségzavart a paranoid csoportba olvasztották. Az egyéb okok (organikus károsodás, lezajlott pszichózis stb.) miatti személyiségváltozások sem sorolhatók e címszó alá.

A személyiségzavarok diagnózisa

A vizsgálat a szokványos pszichiátriai és pszichológiai vizsgálatokból, az életvezetés elemzéséből (emberközi kapcsolatok, reakciómódok, az egyén életének fordulópontjai, élet- és munkakörülmények stb.), a személyiségre vonatkozó kérdésekből (személyiség típus) tevődik össze. A klinikai pszichológusi vizsgálat kiegészítheti a személyiség elemzését; megerősítheti a feltételezett személyiségzavar diagnózisát, illetve adatokat szolgáltathat annak súlyosságához. A kiegészítő kérdések az egyén érettségére, szociális funkcióira, nívójára, szociokulturális háttérre vonatkozhatnak, illetve az esetleges komorbiditásra (az alkohol-, drog- és túlzott gyógyszerfogyasztásra).

A személyiségzavarok típusai

Paranoid személyiségzavar (F60.0). Jellemzője, hogy a betegek környezetük történéseit eltorzítják (mások viselkedése „szándékosan”

ellenük irányul, fenyegetik őket stb.). Rendkívül érzékenyek az elutasításokkal, kudarcokkal szemben. Makacsul ragaszkodnak meggyőződésükhöz, jogaikhoz, tartósan bántalmazottnak érzik magukat, gyanakvóak, bizalmatlanok, elutasítják a szorosabb, intimebb kapcsolatokat. Reakciójuk gyakran agresszív, perlekedő.

Szkizoid személyiségzavar (F60.1). Előtérben az emocionális hidegség, az emberközi kapcsolatokban a távolságtartás áll. Képtelenek az öröm megélésére (anhedonia), de a kritikára, dicsőretre is szegényes a reakciójuk. Szexuális érdeklődésük, függetlenül az életkortól, beszűkül, hiányoznak a szoros és bizalomteli kapcsolatok. Nem fordítanak gondot a társadalmi normákra, viselkedésük excentrikus, különc, befelé forduló.

Disszociális (antiszociális) személyiségzavar (F60.2). Az egyén a szociális normákhoz, szabályokhoz nem alkalmazkodik, felelőtlen; ezért gyakori közöttük a bűnöző. Az empátia hiánya következtében közömbösek a mások érzéseivel szemben. Ingerlékenyek, indulatosak, alacsony a frusztrációs toleranciájuk, gyakoriak náluk az erőszakos, agresszív viselkedésmódok. Hiányzik a büntudatuk, kudarcaikból nem tanulnak, mindenért másokat hibáztatnak. A hosszú távú tervezésre és annak következetes megvalósítására képtelenek. A felsoroltak következménye, hogy nem vállalnak rendszeres munkát, pénzügyi kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, családjukkal sem képesek melegebb kapcsolatokra, gyakran agresszívak a családon belül is. Nem ritka az alkohol- és drogfogyasztás. E személyiségzavar első jegyei gyakran már a 15. életév előtt is fellelhetők (hazudozás, lopás, iskolakerülés, állatok kínozása stb.). Életformájukat önként vállalják, megváltoztatásának szükségességét szóban esetleg elismerik, de ennek érdekében nem tesznek semmit.

Emocionális instabil személyiségzavar (F60.30). A személy ingerlékeny, nem tudja az impulzusait, az affektusait kontrollálni. Az ilyen egyének nem törődnek a következményekkel, hajlamo-

sak váratlan cselekményekre, nem ritkák náluk az erőszakos és fenyegető viselkedésformák. Nem képesek előre tervezni, s olyan cselekmények folyamatos végzésére sem képesek, melyeknek nincs közvetlen eredményük. Hangulatuk instabil, másokkal való kapcsolataikban kiszámíthatatlanok.

Borderline típusú személyiségzavar (F60.31). Az előbb felsoroltakhoz identitászavar társul, mely a beteg önképe, céljai és „belső preferenciái” zavarait és bizonytalanságait tükrözi. Gyakoriak náluk az olyan intenzív és instabil kapcsolatok, melyek emocionális krízisekhez vezethetnek, illetve az öngyilkossági fenyegetések és kísérletek, a depresszív lehangoltságok, a potenciálisan önvészélyes viselkedésmódok (pl. költekezés, pszichoaktív szerek használata, veszélyes autóvezetés, evési zavarok, önsértések stb.). Előtérben áll az egyedüllét és az üresség érzése („félelem az egyedülléttől”). Stresszhelyzetben paranoid gondolatok, pszichotikus dekompenzáció is felléphet.

Hisztrionikus személyiségzavar (F60.4). Jellemzője a túlméretezett érzelmnyilvánítás. Az ilyen személyiségjegyekkel rendelkezők mindig a figyelem központjában igyekeznek lenni, viselkedésük teátrális, érzelmeiket extrém módon fejezik ki, érzelmi életük ugyanakkor felszínes, labilis. Általában egocentrikusak (nincsenek tekintettel másokra), könnyen befolyásolhatóak, interperszonális kapcsolataikban túlságosan aktívak. Nehezen viselik a frusztrációt; érzékenyek, sérülékenyek. Igényeik kielégítésére gyakran tanúsítanak manipulatív viselkedést.

Anankasztikus (kényszeres, obszesszív-kompulzív) személyiségzavar (F60.5). Az egyén fontos vonása, hogy folyamatosan a tökéletességre törekszik (konfliktus jön létre perfekcionizmusuk és a realitás között). Tevékenységüket állandóan kontrollálják, a munkát és a produktivitást emberi kapcsolataik elé helyezik. Rendkívül határozatlanok, döntéseiket állandóan elhalasztják, folyamatosan félnek attól, hogy hibát követnek el, pedánsak, konvencionálisak,

lelkiismeretesek, aggályoskodók. Nem képesek mélyebb érzelmeik kinyilvánítására. Gyakoriak a nem kívánt gondolatok és impulzusok (ezek képezik a kényszerek alapját). Hangulatuk gyakran depresszív.

Szorongó személyiségzavar (F60.6). Jellemzője, hogy szenvedő alanyai többnyire ún. elkerülő viselkedést tanúsítanak. Mások kritikájával szemben rendkívül sérülékenyek, ezért kerülni igyekeznek az interperszonális kapcsolatokat. A veszélyeket, a potenciális problémákat túlértékelik, az előrelépést félelemből visszautasítják. Társaságban visszahúzódnak, félnek, hogy valami oda nem illőt tesznek (pl. elpirulnak, sírva fakadnak, zavarukat mások is észreveszik stb.). Általában feszültek, bizonytalanságukat és kisebbrendűségüket folyamatosan érzékelik. Igényük van kapcsolatok létesítésére, ugyanakkor személyes kapcsolataik rendkívül behatároltak.

Függő (dependens) személyiségzavar (F60.7). Az ebben szenvedők képtelenek az önálló döntésre, döntéseiket igyekeznek másoknak átengedni. A kitüntetett személyekkel szimbiotikus kapcsolatra törekszenek, alárendelik magukat nekik. Az egyedülletben igen kellemetlenül érzik magukat, állandóan félnek attól, hogy magukra maradnak, ezért is alárendelik magukat másoknak. A kritikával és elutasítással szemben rendkívül érzékenyek. Igényeiket – még ha jogosak is – nem tudatják másokkal. Tehetetlennek, gyengének érzik magukat, a felelősséget gyakran másra hárítják. A nagyfokú függőséghez félelem és depresszió társul.

Narcisztikus személyiségzavar (F60.8). Legfőbb jellemzője, hogy a betegek fokozott önértékelésük miatt saját magukat nagyra tartják, tevékenységük jelentőségét túlhangsúlyozzák, ugyanakkor mások értékelésével szemben túlérzékenyek. Önértékelésük gyakran instabil, könnyen átcsapathat az értéktelenség érzésébe. Interperszonális kapcsolataikban, a felsoroltak miatt, gyakran súlyos problémáik adódnak.

Hipertímiás és depresszív személyiségzavar. A *hipertímek* alaphangulata derűs, temperamentumosak, állandóan tevékenyek, gyakran nincsenek tekintettel másokra, beleérző képességük csökkenhet, míg a *depresszívek* állandóan lehangoltak, aktivitásuk hiányzik, spontaneitásuk szegényes. *Ciklotímia* (F34.0) fennállásakor a hangulat tartósan instabil, az enyhe depressziók és az enyhén emelkedett hangulat periodikusan változik.

A személyiségzavarok gyógykezelése.

A rehabilitáció lehetőségei

A személyiségzavar többnyire nem igényel gyógykezelést. Ha az egyén dekompenzálódik, és mégis szükségessé válna, nem könnyű a megfelelő együttműködés (compliance) kiépítése. A *farmakoterápia* csak átmeneti lehet a függőség veszélye miatt (esetleges dekompenzáció esetén a feszültség csökkentésére szolgál). A *pszichoterápia* időigényes, személyiségcentrikus, és hosszú távú, következetes vezetést igényel. A különféle módszerek alkalmazása elsősorban a zavar típusa szerint változik; eredményes csak akkor lehet, ha az egyén hajlandó az időigényes terápiában aktívan részt venni.

A személyiségzavarok szakértői megítélése

- A személyiségzavarban szenvedők az átlagtól jelentősen eltérő személyiségek, akik nagyobb része azonban – személyiségének egyenetlensége, diszharmóniája ellenére – többé-kevésbé beilleszkedik a társadalomba, és munkaképességük, ha esetleg beszűkülten is, de megtartott. A személyiségzavar nem betegség, de mindenképpen olyan kockázati tényező, melynek talaján – a könnyű dekompenzálódás miatt – nem ritkán valamely

neurotikus, sőt néha pszichotikus reakció jön létre. A személyiségzavarok esetén akár a náluk gyakran fennálló szubjektív panaszok, illetve az előbb jelzett reakciók következtében átmeneti betegállományok (munkaképesség-csökkenések) gyakorta előfordulhatnak.

A személyiségzavar azonban önmagában még az előbbi dekompenzációk esetén sem vezet tartós, tehát az egyén rokkant-nyugalományba helyezésének indokát képező állapothoz. Ha a személyiségzavarok közül egyes tünetek felerősödnek, például a paranoidok érzékenysége, torz látásmódja téveszmévé fejlődik, vagy a szorongó, illetve kényszeres egyénnél olyan szorongás vagy olyan kényszerek fejlődnek ki, mely életvitelüket lehetetlenné teszi, már a paranoid pszichózis vagy a fóbiás, illetve a kényszerneurózis kórisméjét kell felállítanunk. A szakértői megítélés tehát már ennek a megváltozott kórismének megfelelően történik.

Mentális retardáció

Kuncz Elemér

A mentális retardáció gyakorisága

A mentális teljesítményben visszamaradottak száma a társadalomban viszonylagos, ennek meghatározása a különböző szempontok szerint is változhat. Ha folyamatában nézzük, úgy a (népesség 1%-át érintő) súlyosabb mentális retardáció már az óvodáskorban felismerhető, az ennél enyhébb fokozatok (5% fölötti érintettség) az iskolában fedezhetők fel, végül a mentális retardáció határterületén található átmeneti zóna a felnőtt korú lakosság körében (10% fölötti érintettség) mutatkozik meg. Az utóbbi kategóriába sorolható egyének, bár nem tekinthetők debiliseknek, de komoly tanulási nehézségekkel küszködnek. A foglalkoztatásba, a munkába való bekapcsolódás, az önálló életvitellel és a társadalmi

életben való részvétellel kapcsolatos kérdések főleg ez utóbbiakra és a mentálisan enyhe fokban retardáltakra vonatkoznak.

A mentális retardáció meghatározása és okai

A gyengeelméjűséget, a szellemi teljesítőképességben mutatkozó visszamaradottságot általában a fogyatékoságok közé sorolják. Az elváltozások a súlyosságuktól függően már csecsemő-, illetve kisgyermekkorban is felismerhetőek, pontos értékelésük csak később, gyermek- és serdülőkorban történhet meg. Meghatározó tünet a szellemi teljesítménynek az azonos életkorúak átlagos szellemi teljesítményéhez viszonyított elmaradása. Rendszerint azonban nem csak az intellektuális teljesítmény hiányos, hanem az élmények feldolgozása, az emlékezés és a viszonyulás is lassult, pontatlan, helytelen.

Az állapot alapja a *központi idegrendszer szervi károsodása*, amely sokféle lehet: genetikailag meghatározott betegségek, fejlődési rendellenességek, anyagcserezavarok, intrauterin vagy perinatális károsodások, a későbbi gyermekkorban elszenvedett agyhártya-, illetve agyvelőgyulladások, sérülések következménye. Az értelmi fogyatékoság okai klinikailag az egyes esetekben nehezen felderíthetők. Jelentős szerepük lehet egyes érzékszervi fogyatékoságoknak is, amelyek a tanulás megnehezítésével teremtik meg a retardáció lehetőségét, főleg, ha az oktatás sem szakszerű. Ritkább a rendkívül ingerszegény és primitív környezetben felnövő egyének ún. szituatív mentális retardáltsága. (Az iskolázatlanság vagy analfabetizmus önmagában nem jelent mentális retardációt.)

A mentális retardáció fokozatai

Enyhe mentális retardáció (F70)

Az ezen a szinten álló személyek képesek megtanulni önmaguk ellátását, bár lassabban és később jutnak el erre a fokra. Ugyanez vonatkozik beszédképességükre is. Az általános iskolai oktatásban való részvételük gyakran ütközik nehézségekbe. Gyógypedagógiai foglalkoztatásuk előnyösebb, az itt elért eredményeikről, viselkedésükről általában jó leíró értékeléseket is kapnak, amelyek a későbbi véleményezésnél felhasználhatók. Többnyire segéd- vagy betanított munkásként foglalkoztathatók, több-kevesebb irányítással. Alacsonyabb szociális környezetben a beilleszkedésük jó (olykor fel sem tűnik fogyatékoságuk). A MAWI szerint az IQ-teszten 50–69 pont között teljesítő személyek tartoznak ide.

- Ha az iskolai oktatás (a 8 gyógypedagógiai osztály megfelel 6 általános iskolai osztálynak) – akár részbeni – elvégzése után az egyén munkába állítható lett, akkor munkaképesség-csökkenés nem állapítható meg. A foglalkoztatás kifejezetten előnyös, elősegítheti további szocializálódásukat, és fenntarthatja beilleszkedésüket. (Nem a munkaképesség értékelésébe tartozó hátrányos tulajdonságuk a befolyásolhatóság, amellyel mások visszaélhetnek, és kihasználhatják őket.)

Közepes mentális retardáció (F71)

Felfogásuk lassú, megnehezült, így a beszéd is később alakul ki náluk, önellátásra kevésbé képesek, irányításra, felügyeletre szorulnak. Az írást, olvasást, számolást csak alacsony szinten képesek elsajátítani, további fejlődésük erősen korlátozott. Csak a gyakorlat szintjén képesek bizonyos műveleteket megtanulni, a mozgásbeli készségek is csökkentek lehetnek. Egyszerű munkákra esetleg betaníthatók, de itt is folyama-

tos ellenőrzésre, biztatásra szorulnak. Önálló életvezetésre gyakorlatilag képtelenek. Absztrakciós készségük jelentéktelen, csak a konkrétumok területén alakítható ki velük a kapcsolat. Sajátosságaiuk korán feltűnnek, korlátozottságukat részben maguk is ismerik. A MAWI szerint IQ-értékük 35–49 közötti. Mind az enyhe, mind a közepes retardációnál feltűnhet, hogy a MAWI értéke alacsonyabb, mint azt az általános vizsgálat alapján várnánk. Ezért nem a számszerűség a döntő, hanem ez csak része a többszemponútú, az egész életvezetést, a környezetet és a körülményeket, a szociális beilleszkedést is figyelembe vevő értékelésnek.

Az e csoportba tartozó retardáltak – kevés kivételtől eltekintve – nem képesek rendszeres munkavégzésre. Fogyatékoságuk miatt érdemben nem rehabilitálhatók, így ismételt felülvizsgálatuk szükségtelen. Ha valamilyen alacsonyabb szintű munkát (megfelelő közösségben, rehabilitációs jelleggel) képesek is végezni, tartós munkába állításukra kevésbé lehet számítani.

Súlyos és igen súlyos mentális retardáció (F72 és F73)

Ezeket az állapotokat együtt tárgyaljuk, mert fennállásuk esetén a munkaképesség szóba sem jöhet. Alig, vagy nem képezhető személyekről van szó, akik állandó és teljes felügyeletre, illetve ellátásra szorulnak. Környezetükkel különböző fokú, inkább emocionális, mint verbális kapcsolat alakulhat csak ki, szocializáltságuk minimális vagy nincs. Gyakorlatilag képezhetetlenek. A MAWI IQ-érték 20–34 között, illetve 20 alatt van, ha mérhető egyáltalán. Fogyatékoságuk miatt munkaképességük nincs, állapotuk végleges.

A mentális retardáció szakértői megítélése

➤ Munkaképesség szempontjából a *gyengeelméjűség foka* a teljesítmény alapján határozható, illetve becsülhető meg. Ebből a szempontból jelentősége lehet annak, hogy egyes anyagcserezavarok kezelése eredményt hozhat a szellemi fejlődésben, máskor (epilepsziával társult esetekben, hidrokefaluszban) gyógyszeres és műtéti eljárások javíthatnak az állapoton. A munkaképességről azonban a felnőttkor idején szükséges véleményt alkotni, addigra pedig általában kialakult a véglegesnek tekinthető állapot. Pontos meghatározására kell törekednünk, de ez nem mindig lehetséges. Javíthatja az állapotot a jó környezetű, harmonikus családi légkör, a velük való szakszerű foglalkozás. Ugyanakkor a hátrányos szociális környezet a meglévő mentális teljesítményt tovább károsíthatja. Ugyanilyen eredményre vezetnek a társuló pszichopatológiai tünetek (paranoid, hebooid vonások, viselkedésbeli furcsaságok) is.

A szellemi teljesítményt hazánkban (más, elsősorban a gyermekkorban használatos teszteken kívül) a *MAWI-teszttel* (a Wechsler-féle intelligenciateszt magyar változata) vizsgáljuk. Bár nem a számszerűség a döntő, a diagnosztikus különbségek a gyengeelméjűségek fokozatai között bizonyos értékhatárokhoz kötődnek.

➤ A fogyatékoság megítélését a *11.2. melléklet* és a *11.6. táblázat* mutatja be.

Autizmus (F84.0 –1)

Az autistákat az értelmi fogyatékosok között tartják nyilván, mivel a tapasztalatok szerint kétharmaduknál 50 pont alatt van az IQ-érték. Így az IQ-értéktől függetlenül azt kell autistának tekinteni, aki a fejlődés átható (pervazív) zavarában szenved, és az autonómiatesztek alapján állapota súlyos vagy középsúlyos.

11.6. táblázat. Az értelmi fogyatékoság osztályozása az IQ-érték szerint

WHO-osztályozás	Hagyományos beosztás	IQ-érték
Enyhe értelmi fogyatékoság	Debilitás	60–70
Középsúlyos értelmi fogyatékoság	Imbecillitás	35–50
Súlyos értelmi fogyatékoság	Súlyos imbecillitás	20–35
Nagyon súlyos értelmi fogyatékoság	Idiócia	0–20

A diagnózis felállításához a tünetek három csoportját kell értékelni:

- a társas reakciók (a kortárskapcsolatok kialakításának sikertelensége, az érzelmi közöség, a kölcsönösség hiánya) gyenge szervezetsége;
- a kommunikáció zavara, a beszéd késői kialakulása vagy hiánya anélkül, hogy más kifejezési módokkal igyekeznének pótolni, a beszédben is sztereotípiás ismétlések, sebesség- és ritmusváltozások, rossz modulációk;
- az érdeklődés és a tevékenység beszűkülése, ragaszkodás a megszokotthoz, a rutinhoz, kötődés szokatlan tárgyakhoz és a környezet nem funkcionális részleteihez, melyek megváltoztatása zaklatottá teheti.

➤ A munkaképességet két oldalról kell értékelni:

- a megnyilvánuló, illetve a feltárható intelligencia foka,
- a kapcsolatteremtés lehetősége.

Bármelyik lehet olyan fokú, amely akár a rokantságot is megalapozhatja. A fejlődés során tisztázódhatnak olyan tulajdonságok, amelyek figyelembe véve az esetleges iskolai végzettség speciális jellegét és mértékét, lehetővé teszik bizonyos képességek realizálását, és ily módon nem feltétlenül kell a munkaképesség-csökkenés súlyosabb fokát megállapítani (*11.3. melléklet*).

Szenvedélybetegségek

Kuncz Elemér

Pszichoaktív szerek

A pszichoaktív szerek sorába beletartoznak az élevezeti cikkek, mint a kávé, a dohány és a különféle szeszes italok; számos gyógyszerként használt anyag, pl. a nyugtatók, a szorongásoldók; valamint a pszichotrop és kábítószer, melyekre külön jogszabályokban megfogalmazott rendelési módok, illetve tiltások vonatkoznak. Utóbbiak közül egyeseket (pl. morfin, metadon) gyógyszerként használunk, mások használatát, gyártását, kereskedelmét stb. szankciók terhe mellett tiltják. Egyes ipari anyagok (ragasztók, szerves oldószerek) szabad forgalomban vannak. Alapvetően a személyiség szerepe a meghatározó abban, hogy egyéb körülmények közrejátszása esetén, bármelyik tartósan szedett anyaggal kapcsolatban függőség alakuljon ki, ami azután változatos testi és lelki betegségeket, illetve személyiségtorzulást, agyi károsodást, elbutulást okozhat.

Fogalmi meghatározások

Akut intoxikáció. Pszichoaktív szer adását követő átmeneti zavar (érinti a tudatot, a kognitív, affektív és viselkedésszerű, valamint más pszichofiziológiai funkciókat), amely többnyire szerspecifikus, de ez utóbbi nem szükségszerű.

Abúzus. Visszatérő, többszöri és/vagy túlzott mértékű használat – gyógyszer esetében orvosi javaslat nélküli túlzott mértékű fogyasztás –, mely egészségkárosodást okoz, munkahelyi hiányzásokhoz, csökkent teljesítményhez, a tevékenységek elhanyagolásához vezet.

Addikció (kémiai). Drogok keresésének és fogyasztásának kényszeres viselkedésmintája, amelyet a droghatáshoz kapcsolódó leküzdhetetlen

vágy (sóvárgás, craving) jellemez, továbbá az esetleges elvonás utáni visszaesés lehetősége. Ennek motivációja a hiányzó kielégülés, amelynek elérésére a szer fogyasztója kockázattal járó cselekvésekbe hajszolja magát.

Tolerancia. Valamely szer tartós használatánál a szervezetnek a drog hatásával szembeni megváltozott reakciója, funkcionális maladaptáció, amelynek következtében a kielégítő hatás eléréséhez a szer egyre nagyobb adagjai szükségesek. A *kereszttolerancia* a hasonló hatásmechanizmusú szerek között alakulhat ki, az egyik szer iránt kifejlesztett tolerancia a másik droggal szemben is megmutatkozik.

Megvonási tünetek. A szerek tartós és jelentős mértékű szedésének megszakadásakor vagy redukálásakor jelentkező, változatos, általában szerspecifikus szindróma, ellenregulációs jellegű tünetekkel. Jelentkezése időben és intenzitásában a szer típusától és az elhagyáskor használt dózis nagyságától függ, időtartama behatárolt. Az absztinenciális tünetek megjelenése a fennálló függőség legfontosabb jelzője.

Dependencia (függőség). Valamely szer vagy szerek olyan tartós használata, mikor a szerek fogyasztása fontosabb, értékesebb a használója számára, mint az elfogadott, magasabb értéket képviselő viselkedésmódok. Jellemző rá a már említett tolerancia, a szerek iránti ellenállhatatlan vágy (sóvárgás, craving), a fokozódó, kényszerítő jellegű aktivitás a drogok megszerzésére az eufória elérése, illetve a diszfória elkerülése érdekében, továbbá elvonási tünetek jelentkezése a használt szer(ek) hiányában. A *pszichés függőség* maga a sóvárgás – ez abban a leküzdhetetlen ösztönzésben nyilvánul meg, mely a szer megszerzésére irányul, mivel a folyamatos szedést képtelen abbahagyni. A *testi (fizikai) függőség* nem általános jellemző, legjelentősebb az ópium- és a barbiturátszármazékok esetében. A szerek kihagyásakor az *elvonási tünetek* formájában jelentkeznek.

Az egyes pszichoaktív szerek által kiváltott kórformák és következményeik

Alkohol okozta mentális és viselkedészavarok (F10)

A rendszeres (szokás-) ivók és a szenvedélyes ivók (iszákosok) esetében lehet azokkal a hatásokkal számolni, amelyek a hosszan tartó és rendszeres alkoholfogyasztás következtében alakulnak ki. Az italozó személyek magatartásának megváltozása miatt családi kapcsolatukból, szociális környezetükből kirekesztődnek („alkoholos karakteropátia”).

- Az általános elhanyagoltsággal együtt járó testi betegségek és az átmeneti kényszerű absztinenciák miatti ismétlődő *delirium tremens* mint heveny alkoholos pszichózis önmagában nem jelenti a munkaképesség tartós csökkenését. Ez csak akkor következik be, ha több más testi betegség egyidejű fennállásakor a delírium mint az *össz-szervezeti krízis jelzője* jelenik meg, és így, azokkal együtt értékelve vezet a szervezet és ezáltal a munkaképesség jelentős károsodásához.

Az *alkoholos hallucinózis* bármikor felléphet az alkoholfüggőség talaján – általában bántó, kellemetlen hanghallások, melyek többnyire párbeszédek, és a beteget „szidják”. Ezért a hallucinációkat szorongás kíséri, következtükben magyarázó téveszmék fejlődhetnek ki. Gyógykezelés hatására – ha az absztinencia is sikeres – a kórformát megszűnése vagy legalábbis jelentős javulás érhető el.

Sajátos pszichotikus forma az *alkoholos paranooid pszichózis*, amely többnyire férfiaknál jön létre. Fokozódó intenzitású féltékenységi téveszmék jellemzik, melyeket az alkohol miatt csökkenő potencia, illetve a feleség elutasítása (az alkoholos magatartás-változás miatt) együttesen motivál, jelentős érzelmi töltésű túlértékelések-

kel, vonatkoztatásokkal. Megfelelő pszichiátriai gyógykezelés és teljes absztinencia esetén gyógyulhat.

Az éveken át fennálló, rendszeres és nagy mennyiségű alkohol fogyasztása vezethet el az *alkoholos demenciáig*. A pszichés képben az elbuktulás ismert tüneteinek kívül a személyiségtorzulás jellemzői is megjelennek, valamint többnyire fellelhetők a különböző testi tünetek is. Teljes absztinencia és a táplálkozásbeli hiányosságok pótlása esetén javulás várható, illetve az állapot stagnálása érhető el. Ha az előbbiek sikertelenek, úgy nemcsak teljes munkaképtelenség, rokkantság lesz a következmény, hanem gyakran önmarcangó ellátására is képtelenné válik az illető.

Idegrendszeri tünetekkel is jelentkező organikus pszichés zavar az *amnesztikus (Korszakov-) szindróma*, amelyre elsősorban az időbeli tájékozatlanság, a rövid távú memória hiánya és konfabulációk jellemzőek. Ez az állapot is évtizedes alkoholizálás után lép fel, többnyire irreverzibilis. A *Wernicke-féle enkefalopátia* tekintésbénulással, ataxiával, tudatzavarral és gyakran amnesztikus szindrómával jár együtt. Javulás teljes absztinenciával és a vitaminok pótlásával esetleg elérhető.

- A két utóbbi megbetegedésnél a beteg teljes értékű beilleszkedése a családi és a munkahelyi környezetébe alig várható, munkavégző képessége elvész.

Dohányzás okozta mentális és viselkedészavarok (F17)

A dohányzással kapcsolatban a függőség, illetve az elvonás tünetei (diszfória, álmatlanság, ingerlékenység, feszültség, szorongás, csökkent koncentráció, fokozott étvágy, következményes súlygyarapodás) észlelhetők mint pszichés zavarok, ezek azonban a környezeti kapcsolatokat, a napi tevékenységet, a munkaképességet lényegileg nem érintik.

Nyugtatók, altatók és szorongásoldók szerek használata által okozott mentális és viselkedészavarok (gyógyszerfüggőség) (F13)

E szerek elterjedtsége világszerte nő, szedésük divattá vált, a problémák megoldása helyett könnyebb ezeket felírni (számos ilyen szert recept nélkül is be lehet szerezni, pl. a kombinált fájdalomcsillapítókat). Ha egy ideig indokolt volt is a szedésük, a későbbiekben észrevétlenül kialakul a megszokás, és az elhagyási kísérletnél már a megvonási tünetek jelentik a korábbinál súlyosabb feszültségeket, problémákat, szorongást. Függőség gyakorlatilag bármelyik szerrel kapcsolatosan kialakulhat, a megvonási tünetek általános jellegű vegetatív zavarok – alvászavar, agitáltság, szorongás –, illetve hirtelen elhagyásuk esetén epilepsziás rohamok. Ez utóbbiak különösen a barbiturátszármazékok elhagyásakor jelentkezhetnek, de a barbiturátok használatának csökkenésével az ilyen rohamok is ritkábban fordulnak elő. Gyakori, hogy a szereket változtatva szedik, vagy egyidejűleg többfélét is, sokszor a hatás fokozása érdekében alkohollal vagy más kábítószerrel együtt (*politoxikománia*).

Mínt hogy a függőség ebben az esetben is a labilis, diszharmonikus személyiség talaján lép fel, gyakran fordul elő, hogy valamely szer(ek) elvonása esetén a beteg más, újabb gyógyszerre, drogra, alkoholra fog áttérni. Különösképpen fennáll ennek veszélye akkor, ha a szer fogyasztója nem részesül az elvonással egyidejűleg személyiségstabilizáló pszichoterápiás kezelésben és a szociális miliőben sem történik változás.

- A megvonás melletti kezelés ezért hosszadalmas, ennek ellenére keresőképtelenséget csak ritkán, legfeljebb rövidebb időtartamokra lehet megállapítani, és az e szerekkel kapcsolatban fennálló függőség csak extrém esetekben vezet tartós munkaképtelenséghez, rokkantsághoz.

Kábítószeres használata okozta mentális és viselkedészavarok

A pszichoaktív szerek további csoportjai a kábítószeresek közé tartoznak. Közülük egyesek orvosi alkalmazása törvényileg szabályozott, egyébként használatuk az egészségügyi célokon kívül tiltott, hasonlóan a többi, a kábítószeres listáján szereplő anyaghoz.

Opioidok használata okozta mentális és viselkedészavarok (F11). A mák alkaloidái közül olyanok tartoznak ebbe a csoportba, amelyeknek bódító, fájdalomcsillapító hatása évezredek óta ismert, ezenkívül altatószerként és rekreációs szerekként (morfin, diacetil-morfin, kodein) is régóta használtak. Ide tartoznak azonban azok a szintetikus szerek (metadon, petidin) is, amelyeket elsősorban fájdalomcsillapítás céljára fejlesztettek ki.

Az *opiát* típusú szerek bármelyikénél kialakulhat függőség, viszonylag gyorsan, néha az első adag után. A törvényileg szabályozott orvosi ellátáson kívüli használatuk minden formája tiltott. Bódító élvezeti szerként sokféle formában alkalmazzák, máktea-főzetként, tablettában, szippantható porként, pipában, injekcióban. Az eufóriában kellemes elernyedés, színes hallucinációk, álmodozás jelentkezik, fokozatos elbágyadással, esetleg alvással. Szomatikusan a paraszimpatikotónia tüneteivel jár. A tolerancia gyorsan fejlődik ki, így a függők egyre növekvő adagokat fogyasztanak, nem ritkán a (hozzá nem szokott személyre megadott) halálos adag többszörösét adják be maguknak. A kialakult súlyos függőség miatt a személyiség torzulása és szociális hanyatlás következik be. A leggyakrabban használt szer a *heroin* és a *morfin*, míg a *metadon* a tartósabb, de enyhébb euforizáló hatása miatt az opiátfüggők terápiájában kapott szerepet, átalakítva a függőséget egy kevésbé veszélyes és orvosi ellenőrizhető formára.

Az elvonási tünetek 24 órán belül jelentkezhetnek, intenzitásuk a használt dózis nagyságától függ. Miután az opiátoknál pszichés és fizikai függőség egyaránt kialakul, jellegzetes panaszok

és diagnosztikus értékű tünetek lépnek fel. Az első jelek az ásítózás, könnyezés, orrfolyás és izadás. A kialakuló szimpatikus túlsúly következtében tág pupilla, libabőrözés, reszketés, étvágytalanság, feszült ingerlékenység, súlyos alvászavar, majd izomgörcsök, csontfájdalmak, hasi görcsök, hányinger, hányás, vérnyomás-emelkedés, hangulati labilitás, diszfória, depresszió alakul ki. Az elvonási tünetek mintegy két hétig is eltarthatnak, később inkább (a pszichés függőségnek megfelelően) a személyiség labilitása, a sóvárgás, az alvászavar és az ingerlékeny diszfóriás állapot marad fenn. Mindezek akkor is problémát jelentenek, ha a beteg szeretne leszokni, és kéri az elvonást a lehetséges eljárások valamilyen formájában. A visszaesés lehetősége ebben az esetben is nagy, de ha a beteg nem kívánja az elvonást, és együttműködésre nem hajlandó, a visszaesés bizonyosra vehető.

- A kezelés (detoxikáció) kezdetén a beteg keresőképtelen, későbbi ambuláns kezelése során a munkába állítást labilitása gátolhatja, de a későbbiekben is csak az extrém súlyos esetekben válik tartósan munkaképtelenné. A különböző közösségi kezelési formákban a napi munkavégzés hozzátartozik a személyiség rehabilitációjához.

Cannabis (hasis, marihuana) és származéakai által okozott mentális és viselkedészavarok (F12). Az indiai kender fő alkaloidja a tetra-hidrokannabinol (THC), ősi ázsiai eredetű rekreációs szer. Élvezete a megszáritott és megvágott növény vagy a belőle kivont gyanta füstjének beszívásával történik. A növény különböző részei (friss hajtások, levelek, szár) csökkenő koncentrációban tartalmazzák a hatóanyagot, de a növény nemesítésével az eredeti koncentráció a többszörösére volt növelhető, így a mai cigaretták sokkal jelentősebb bódulatot okozhatnak. A *cannabis* élvezete többnyire társaságban történik, különösen a fiatalság körében nagyon elterjedt szer, nagyon sokan első szerként ezzel próbálkoznak. A cigaretta elszívása után hamarosan jelentkezik az eufória, ez né-

hány órán keresztül tart. Ez idő alatt színes, élményekben gazdag fantáziaképek, a tér- és időélmény megváltozása, esetleg deperszonalizációs vagy mindenhatósági érzések jelentkeznek. A kognitív, percepciós és motoros képességek romlása jelentős, különös tekintettel a gépkocsivezetésre. A pszichés függőség kialakulása gyakori, használójuk sokszor ezen az úton lép tovább más kábítószeres fogyasztásának irányába. A testi függőség lehetőségét sokáig nem ismerték el, de újabban, különösen a nagyobb koncentrációjú cigaretták rendszeres, napi használatánál tudatzavarral járó, toxikus jellegű pszichózisokat is észleltek, illetve a tartós fogyasztás során torpid, apatikus, érdeklődés és ambíció nélküli állapot, az ún. *amotivációs szindróma* alakulhat ki. Ez utóbbi állapot az életvezetésben, a napi teendők ellátásában, a környezettel való kapcsolattartásban és a munkatevékenység terén okozhat súlyos zavarokat, mely adott esetben a rokkantságba helyezéshez nyújthat mérlegelési lehetőséget.

Kokain használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F14). A Dél-Amerikában honos kokacserje alkaloidja, az őslakosság mindennapi életben használatos stimuláló szere. A kívánt hatást a levelek rágásával érik el. A tisztított szert helyi érzéstelenítésre használták, de eufóriát okozó, élénkítő, hangulatjavító hatása miatt hamarosan társasági drog lett. A kábulat céljára felszippantható porként használják, de injekcióban vagy cigarettában is fogyasztható. Hatása gyorsan kialakul, de mivel az eufória rövid ideig tart, igen nagy a készlet arra, hogy újabb adagokkal megismételjék a kábulatot. Néhány alkalom után kialakul a tolerancia, egyre erősödik a pszichés függőség, s az ezzel együtt járó sóvárgás. Valódi testi függőség nem alakul ki. Az elvonást tartós depresszív, kedvtelen állapot követi.

Különösen gyors az addikció a szabad bázisú kokainnal (crack) szemben. A rendszeres használat potenciazavarokat okoz. Krónikus használatnál pszichotikus állapotok léphetnek fel hallucinációkkal, paranoiditással. A személyiség hanyatlása fokozódó jellegű; rendszeres, hosszan

tartó használat mellett mindig bekövetkezik. A kokainista minden más tevékenységét elhanyagolja, csak a drog beszerzése érdekli. A port az orrukon át felszívó kokainistáknál az ornyálkahártya duzzanata, majd sorvadása, esetleg az orrsövény átfűrődése következhet be. Testi szövdményként kardiális és agyi érrendszeri zavarok, epilepszia észlelhetők. Halálesetek is előfordulnak. A kezelésnél alapvető a megfelelő családi, közösségi segítséggel történő életmód-változtatás. A rehabilitáció csak komplex pszichoszociális folyamat keretében lehetséges; legfőbb visszaesési tényező az emlékek által kiváltott sóvárgás.

Egyéb stimulánsok használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F15). Ebbe a csoportba tartozik a *koffein* is, melynek azonban szakértői jelentősége nincs. Az *amfetaminok* a központi idegrendszeri izgatószerkezetek legjelentősebb képviselői, melyeket korábban élnékítő- és fogyasztószerként használtak, újabban azonban tiltott szerek. Számos vegyület ismert, amelyeket különböző formában, többnyire keverten, változatos felhasználási módokra gyártva (por, tableta, injekció) használnak fel – ezek az ún. diszkódrogok, mint pl. az *exstasy*, a *speed*. Pontos összetételük bizonytalan, az egyes vegyületek mennyisége és a keverési arányuk változó, ezért nem számítható ki a hatásuk sem. Főleg a fiatalság körében rendkívül elterjedtek, mint a hétfégi szórakozások élnékítő szereit.

Bevételük után gyorsan kialakul az eufória, aktivitásnövekedés, felgyorsulás jön létre, megszűnnek a gátlások, a fáradtság- és a veszélyérzet. Adott esetben a kellemes hatás fenntartása érdekében újabb adagot vesznek be, ami a teljes kimerüléshez vezethet. Ekkor gyakori a depresszió, a kiszáradás, hipertermia is előfordulhat. Magasabb adagoknál szorongás, nyugtalanság, agresszív magatartás léphet fel. Tartós szedés esetén heveny deliráns vagy szkizofrénias epizódok, tartósabb paranoid pszichózisok alakulhatnak ki (antipszichotikus kezelésre többnyire jól reagálnak). A tolerancia kialakulása e szereknél lassúbb, de pszichés függőség kialakulhat, az is-

métlődő kimerültség miatt pedig testi leromláshoz és a szociális helyzet hanyatlásához vezethetnek.

Hallucinogének használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F16). Több molekulatípus tartozik e csoportba, közös sajátosságuk a perceptív élmények megváltoztatása, gazdag, színes hallucinációkat, illúziókat, metamorfoptikus élmények sokaságát idézve elő. Ezek azonban nem ritkán félelmeket, szorongást kelthetnek a várt „gyönyörűségek” helyett. Régóta ismertek különböző gombafajok hatóanyagai, a *meszkalin* és a *pszilocibin*. Nálunk hozzáférhetők, de nem terjedtek el.

Az anyarozs alkaloidja, az *LSD* viszont eléggé közismert, népszerűségét a rendkívül csekély mennyiségben való alkalmazásának, könnyű szállíthatóságának (apró bélyegek) köszönheti. Viszonylag gyorsan kialakuló hatása több órán át fennmarad, az érzécsaladásokon kívül még deperszonalizációs jelenségek, idő- és térélményzavarok is jelentkezhetnek átmeneti (toxikus) pszichotikus epizódokként. Ezek az élmények néhány percre a droghatás elmúltával, napokkal, hetekkel később spontán is jelentkezhetnek (flashback). A drog kiürülését követően szorongás, nyomott hangulat jöhet létre, ritkábban tartósabb pszichotikus állapot következik be. A tolerancia gyorsan kialakul, a pszichés függőség azonban nem gyakori és nem nagyfokú. Tartós használatánál pszichés és szociális degradáció következhet be.

Újabban kezd elterjedni a korábban altathoz használt szer, a *PCP (fenciklidin)*, „angyalpor” néven. Hatása az *LSD*-éhez hasonló, de gyengébb; ennek bevételekor is tér- és időélményzavarok, metamorfesztéziák és egyéb perceptív zavarok, illetve deperszonalizációs élmények lépnek fel, gyakran kellemetlen színezettel.

Ifjúsági csoportok néhány évtizede az antiko-linerg hatású *parkinsonizmus elleni szereket* használták tudatmódosító közösségi élvezeti anyagként, melyek hatására többnyire látási hallucinációk, deliráns jellegű élmények keletkeztek.

Illékony oldószerek által okozott mentális és viselkedészavarok (F18). Az iparban, a háztartásokban használt különböző fajtájú illékony folyadékokat (benzin, benzol, toluol, xilol), festékhígítókat, ragasztóanyagokat is gyakorta alkalmazzák kábítószerként. Használatuk belélegzés útján történik („szípuzás”). Többnyire műanyag zacskóba helyezik az illó anyagot, ami belélegezve a gyorsan beálló részegséghez hasonló állapotot hoz létre, eufóriával, minden probléma „eltávolításával”, jelentéktelenné tételével. Érzékcsalódások, esetleg deliráns zavartságok is elfordulhatnak. Rendszeres használatnál enkefalopátia, személyiségtorzulás, esetleg demencia alakulhat ki. Ifjúsági csoportokban voltak elsősorban használatosak, de viszonylagos olcsóságuk miatt, főleg deklasszálódottaknál, megmaradtak narkotikumként. Részben túladagolás, részben fulladás miatt több haláleset is előfordult. A tartós használat súlyosan veszélyezteti a közösségbe való beilleszkedést, a kapcsolatok fenntartását. Amennyiben sikerül szocioterápiás eljárásokkal elvonni az egyént a szer használatától, akkor a rehabilitáció sikeres lehet.

Több pszichoaktív szer együttes használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F19)

Nagyon sok fogyasztóra jellemző, hogy nem csak kipróbálja a különböző drogokat, hanem váltogatja is azokat, akár alkalmi használó, akár függő. Utóbbi esetben az is előfordul, hogy vagy anyagi okokból vált át másik (olcsóbb) szerre, vagy nem jut hozzá a kedvelt szerhez, viszont valamilyen kábulatra szüksége van, s azt veszi, amihez hozzájut, ami a labilis személyiség aktuális támaszaként szóba jöhet. A „listás” kábítószereken kívül a nyugtatók, szorongásoldók, altatók, alkohol egyidejűleg is használatosak. A váltások, pl. erősebb szerről gyengébbekre, az elvonókúrák során is előfordulhatnak, ha nem sikerül egyetlen csapásra elhagyni a függőséget okozó szert. A különböző szerek váltogatásának

egyik oka az is, hogy a felhasználó „az alkalomnak megfelelő” drogot alkalmazhassa (pl. hét közben marihuanát vagy kevés opiátot, a hétvégeken pedig amfetaminokat vagy kokaint). A lényeg a valamilyen eredetű és a helyzetnek megfelelő euforizáló, kábulatot okozó szer szervezetbe juttatása, a szerhiány okozta kellemetlenség, a depresszió elkerülése.

A tartósan, rendszeresen különféle szereket fogyasztó jövőjét eleve meghatározza a személyisége (szüksége van a kábulatra, majd a függőség „tovább rontja a személyiséget”). Ebből az ördögi körből csak többoldalú (megfelelő szakmai kezelés, családi támogatás, a negatív környezeti hatások megváltoztatása, szociális segítség stb.) ragadhatja ki a beteget, akinek jó szándékára és egyéni hozzájárulására szintén szükség van.

A munkavégző-képesség változásai pszichoaktív szerek használata esetén

Az akut intoxikációk – adott esetben ismétlődő abúzusok formájában – valamint az átmeneti pszichotikus zavarok többnyire csak a keresőképességet érintik, mivel reverzibilisek. Összességében a részarányuk viszonylag kicsi a mentális betegségeken belül: a 2001. év első 10 hónapjában összesen 2184 esetben fordult elő, ami a mentális betegségek miatti táppénzbe vétel szempontjából 4,8%-os részesedést jelent. Közülük alkoholfogyasztás miatt 2083-an kerültek táppénzes állományba, míg az összes többi anyag (kábítószerek, nyugtatók, nikotin) miatt csak 101 esetben. Ez utóbbi csoportból 18 kórisméje dependencia-szindróma volt.

- *A kialakult függőség mellett is megtartott lehet a munkavégző képesség mindaddig, míg a szükséges drogok beszerzéséhez az anyagi eszközök rendelkezésre állnak, és a beszerzés, illetve a fogyasztás nem a munkaidő rovására történik.*

- Hosszabb távon azonban a függőség a munkaképesség hanyatlását idézi elő. A rokkantság megállapítása akkor jöhet szóba, ha az alábbi feltételek *együttesen* állnak fenn:
- A függőség olyan fokot ér el, hogy az addiktív személy elhanyagolja mindennapi tevékenységét, amely a kereső foglalkozását, családi, környezeti kapcsolatait egyaránt érintheti.
 - Ezen az állapotán a megkísérelt „elvonó” kezelés (a járóbeteg-ellátás keretén belül, kórházban vagy más szakintézetben) gyakran ismételtlen is eredménytelen, valamint a rehabilitációs kísérletek is csődöt mondtak.
 - Jelentős vagy extrém fokú károsodások alakultak ki.

Az addikciók következtében különféle *pszichés szindrómák* jöhetnek létre, a használt szer vagy szerek fajtájától, minőségétől, az adagolás módjától és időtartamától, valamint a droghasználó személyiségétől függően. A pszichoaktív szerek következményeként kialakuló pszichés szindró-

mák formáit, azoknak a pszichés funkciókat tartósan károsító, a tevékenységet, a szociális kapcsolatokat, a mindennapi feladatokat, a munkavégzést befolyásoló hatását az egyes szerek csoportjai szerint ismertettük.

A különböző szerek tartós használata előbb vagy utóbb változatos *testi betegségekhez is vezethet*. Alkohol esetében például akár a májcirrózis, akár a polineuritisz progressziója lehet olyan fokú, hogy önmagában is – de többnyire más betegségekkel együtt – megalapozza a valamilyen fokú rokkantsági állapotba helyezést. A testi szövődményeket (pl. a dohányzók krónikus bronchitiszét stb.) nem e fejezet feladata véleményezni.

A szenvedélykeltő szerek rendszeres használata során bármely testi vagy lelki megbetegedés súlyosabb megítélés alá esik. Mindazok a funkciók, amelyek az adott betegség következtében károsodnak, szenvedélyek fennállása esetén súlyosabb következményekkel járnak. A rehabilitáció kilátásai is kedvezőtlenebbek. Nemegyszer a szenvedély fennállása teszi lehetetlenné az egyébként sikerrel kecsegtető rehabilitáció megvalósítását.

11.1. melléklet

A károsodás kritériumainak fokozatbeosztása

Az össz-szervezeti egészségkárosodás kritériuma	0. fokozat	I. fokozat	II. fokozat	III. fokozat	IV. fokozat
	nincs károsodás	enyhe károsodás	mérsékelt károsodás	jelentős károsodás	extrém károsodás
napi tevékenység	minden egyes fokozat értelmezésére különböző variációk				
munkatevékenység					
személyes jólét					
szociális részvétel					
ÖEK %	0–4	5–24	25–49	50–79	80 fölött

Napi tevékenység

0. A mindennapi élet összes, általában szükséges tennivalóit elvégzi.
- I. Az előbbiektől egyet vagy többet komolyabb fizikai erőfeszítést igénylő tennivalókban segítségre szorul.
- II. Általában képes lehet a mindennapi otthoni tennivalók ellátására, de a házon kívüli feladatok megoldásában segítségre szorul.
- III. Otthonában bizonyos tevékenységeket ellát, de csak segítséggel. Takarít, főz, saját magát részben ellátja (pl. személyi higiénéjéről gondoskodik, de az ételmezésében segítségre szorul).
- IV. Teljes ellátásra szorul, még személyes dolgaiban is.

Munkatevékenység

0. Teljes értékű munkavégzés, eredeti képzettségének megfelelően.
- I. Közel teljes értékű munkavégzés, eredeti szakmájában vagy könnyebb munkakörben.
- II. Eredeti munkakörében csak erejének megfeszítésével képes dolgozni, könnyebb, testi-szellemi megerőltetést nem kívánó munkát végez.
- III. Könnyebb fizikai munkát végez, részmunkaidőben dolgozik, kiegészítő, alkalmi, bedolgozó jellegű munkát tud végezni.
- IV. Teljes munkaképtelenség, „rokkant” állapot.

Személyes jólét, funkcionális károsodások

0. Rehabilitációra szüksége nincs, megszokott szórakozások, kitöltött szabadidő-teszttevékenység.
- I. Rehabilitációra nincs szüksége, vagy egy kiesett képességét átképzés pótolhatja. Akadálytalan szabadidő-teszttevékenység, szórakozás.
- II. Rehabilitációra van szüksége a teljes értékű munkaképessége visszaállítása érdekében, más munkakörre való átképzéssel. A szabadidő felhasználása beszűkül.
- III. Rehabilitáció megkísérlése szükséges: cél az eredeti munkaképesség visszaállítása, eredeti vagy azzal egyenértékű foglalkoztatással. Jelentősen korlátozott szórakozási lehetőségek, a szabadidő nagy részét leköti a háztartási, mindennapi tevékenység.
- IV. Rehabilitáció megkísérlhető, de akarata ellenére nem erőltethető vagy nem rehabilitálható. Passzív, befogadó jellegű szórakozási lehetőségek.

Szociális részvétel

0. Korábbi szociális participáció, a képzettségétől és társadalmi helyzetétől átlagosan elvárható mértékben.
- I. Minimális beszűkülés, visszahúzódás, de ennek jellege és mértéke nem jelent „kórosságot”.
- II. A betegség következtében a szociális részvétel közepes fokban beszűkül. Egyes területek érintetlenek maradhatnak, más területeken teljes a visszahúzódás.

- III. A szociális kapcsolatrendszer nagymértékben beszűkül, pl. csupán a családtagokra korlátozódik. Társaktól, barátoktól elszakad.
- IV. Teljesen beszűkült, a közvetlen környezetre korlátozódik vagy nincs.

11.2. melléklet

Az értelmi fogyatékoság súlyossági fokozatai*

Az értelmi fogyatékoságnak sokféle értelmezése lehetséges:

- tágabb értelemben a mentális tevékenységek bármely életkorban, bármely ok miatt kialakult korlátozottsága;
- szűkebb értelemben örökletes vagy a fejlődés folyamán az iskoláskor végig jelentkezett idegrendszeri elváltozás;
- még szűkebb értelemben a magzati élet folyamán, születéskor vagy a legkorábbi gyermekkorban kialakult mentális korlátozottság.

A kimutatáshoz az ún. *intelligenciatesztek*et alkalmazzuk. Az intelligencia a környezethez való alkalmazkodáshoz szükséges megismerő tevékenység funkciója. Az intelligencia szintje az ún. *intelligenciakvócienssel* (IQ) jellemezhető, mely megmutatja, hogy a vizsgált személy mentális képességei mennyire térnek el az azonos életkorú, azonos kultúrkörhöz tartozó, nagyszámú egyénre jellemző átlagos képességektől. Az átlagos egyén intelligenciakvóciense: 100.

Az értelmi fogyatékoság és a normalitás határát 70–75 IQ körül jelölik meg. Az értelmi fogyatékosok WHO szerinti osztályozását a 11.6. táblázat mutatja be.

Az *enyhe értelmi fogyatékosokra* jellemzőek a beszédfejlődési zavarok, a szűk szókinccs, csökkent az ismeretek megszerzésére irányuló igény. Térbeli és időbeli tájékozottságuk alacsony szintű. Magatartásuk kiegyensúlyozott, harmonikus, kapcsolataik azonban beszűkültek. Gyakran infantilisek. Távlati célokra általában nem törekednek. Önállóságuk csökkent, kisebbségi érzéssel küszködnek.

Egyszerű munkafeladatok megoldására, önálló életvitelre képesek. A munkahelyen és a személyes életben támogatásra szorulnak.

A *középsúlyos értelmi fogyatékosoknál* a gondolkodás, a magatartás rendellenességei nyilvánvalóak. A fejlődés zavara az egyén minden tevékenységében megnyilvánul:

- a mozgászavarok összerendezetlenség, görcsösség vagy petyhüdség formájában jelentkezhetnek, jellemzőek az inadekvát sztereotip mozgások;
- a szenzomotoros funkciózavar miatt károsodik az önkiszolgálás képessége, a grafomotoros teljesítmény korlátozott;
- a beszéd kialakulása elhúzódik, a szókinccs szegényes, alkalmazása hibás;
- a szociális alkalmazkodás képessége csökkent, indokolatlan indulatkitörések, agresszivitás vagy apátia jellemzi;
- a tudatos cselekvést csak a személyes, primer szükségletek motiválják.

A középsúlyos értelmi fogyatékosoknál tehát valamennyi pszichés funkció károsodik, és a mentális tevékenységek korlátozottak. Önálló életvezetésre képtelenek. Önkiszolgálásra csak az elemi szükségletek kielégítése terén képesek. Egyszerű munkák végzésére alkalmasak lehetnek.

A *súlyos* és a *nagyon súlyos értelmi fogyatékosok* mentális tevékenysége jelentősen korlátozott. Szocializációra, önálló életvitelre alkalmatlanok.

* Az OOSZI 4/2003. sz. Főigazgatói utasítása.

11.3. melléklet

Autonómiaeszközök az autizmus megítélésére*

1. Minőségi sérülés a kölcsönös társas interakciók terén (legalább 3 szempont egyidejű fennállása kell a pozitív elbíráláshoz):
 - A szemkontaktus, a testtartás, az arc kifejezés és a gesztusok helyénvaló alkalmazásának sikertelensége az interakciók szabályozásában.
 - A kölcsönösen osztott érdeklődést, tevékenységet és érzelmeket magában foglaló kortárskapcsolatok kialakításának sikertelensége (a mentális korhoz viszonyítva és a bőséges lehetőségek ellenére).
 - Elesetség vagy baj esetén ritkán fordul más személyhez vigasztért vagy érzelmi támogatásért és/vagy ritkán kínál vigaszt vagy érzelmi támogatást másoknak, amikor azok elesetséget vagy boldogtalanságot mutatnak.
 - A másokkal közös öröm hiánya, azaz annak hiánya, hogy a személy átélje mások boldog állapotát és/vagy arra törekedjen, hogy saját örömét másokkal megossza.
 - A spontán társas-érzelmi kölcsönösség hiánya, amely más személyek érzelmeire adott elégtelen vagy rendellenes válaszban és/vagy a viselkedésének a társas kontextusához való igazításának hiányában és/vagy a társas-értelmi, illetve kommunikatív viselkedések gyenge szervezetségében nyilvánul meg.
2. Minőségi sérülés a kommunikáció területén (legalább 2 szempont egyidejű fennállása meg kell legyen a pozitív elbíráláshoz):
 - A beszélt nyelv elsajátításának késése vagy teljes hiánya anélkül, hogy a személy igyekezne azt gesztusokkal vagy mimikával mint alternatív kommunikációs módokkal kompenzálni.
 - A nyelvi képességek tényleges szintjéhez viszonyított sikertelenség olyan társalgás kezdeményezésére vagy fenntartására, amelyet a másik személy megnyilatkozásai iránti kölcsönös, oda-vissza működő érzékenység és az ezzel összefüggő szerepcsere jellemez.
 - Sztereotip és repetitív nyelvhasználat és/vagy szavak és szókapcsolatok idioszinkretikus (oda nem illő) használata.
 - Rendellenességek a beszéd hangmagasságában, a hangsúlyozásban, a beszédsebességben, a ritmusban és a hanglejtésben.
 - A spontán mintha-játék hiánya, vagy korábbi életkorban a társas utánpótláson alapuló játék hiánya.
3. A viselkedésmintázatok, érdeklődési területek és tevékenységek beszűkült, repetitív és sztereotip jellege (legalább 2 szempont egyidejű fennállása kell a pozitív elbíráláshoz):
 - A személyt teljesen magával ragadó foglalatzkodás sztereotip és beszűkült érdeklődési területekkel.
 - Sajátos kötődés szokatlan tárgyakhoz.
 - Feltűnően kényszeres ragaszkodás meghatározott rutinokhoz és rituálékhoz, amelyek nem rendelkeznek funkcióval.
 - Sztereotip és repetitív mozgásos manírok, köztük a kézzel és/vagy az ujjakkal való legyezés, csapkodás, azok csavargatása, vagy az egész testre kiterjedő mozgások.
 - Tárgyak részeivel vagy eszközök nem funkcionális elemeivel (mint a szaguk, felszínük tapintása, az általuk keltett zaj/rezgés) való foglalatzkodás.
 - A környezet apró, nem funkcionális részleteinek megváltoztatására mutatott zaklatottság.

A fenti teszt alapján minimálisan 7 pont elérése szükséges az autizmus kórisme felállításához.

Az autizmusban szenvedők kétharmadának az IQ-értéke 50 alatt van. Ezzel nincs ellentétben, hogy szigetszerűen bizonyos képességek megmaradnak, sőt az átlagot magasan meghaladják.

* Az OOSZI 4/2003. sz. Főigazgatói utasítása.

