

# Pszichiátriai beteg – a legkiszolgáltatottabb utazó

Felkai Péter dr.<sup>1</sup> ■ Kurimay Tamás dr.<sup>2</sup> ■ Fülöp Emőke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SOS Hungary Orvosi Szolgálat, Budapest

<sup>2</sup>Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Intézményei, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

A gazdasági válság, a nemzetközi terrorizmus és a turistákat fenyegető természeti katasztrófák ellenére a nemzetközi utazások száma egyre emelkedik. Ezzel összefüggően emelkedik az utazás alatti, az utazással összefüggő megbetegedések száma is. A megbetegedések között a mentális zavarok és a pszichiátriai problémák nagy számban vannak jelen. Az utazás maga is stressztényező az utazó számára, és az utazással összefüggő pszichiátriai zavarok és pszichózisok etiológiája sokszor visszavezethető az utazás stresszogen hatására. A mentális tüneteknek azonban csak kisebb része a valódi pszichózis, legtöbbjük organikus eredetű vagy az alkohol-drog hatás provokálta mentális alteráció. Ezen megbetegedések elkülönítése a külföldön tartózkodó utazónál nehéz, és sok alkalommal a beteget a kórházi kezelés helyett a rendőrségi vagy biztonsági erők veszik őrizetbe. A beteget kettős stigmatizáció övezi: egyrészt mint külföldi turista magára van hagyva az idegen környezetben, másrészt a laikusok számára mint „elmebeteg” van elkönyvelve. Az erőszakos intézkedések (például a repülőtéri biztonsági ellenőrzés, a rendőri őrizet) még súlyosbítják a beteg állapotát. Ráadásul a legtöbb utazási biztosítás kizárja a pszichiátriai jeleket adó betegségeket. A kizárások pontatlanul, zavarosan és szakszerűtlenül vannak megfogalmazva, így nemcsak a pszichiátriai betegek, hanem az organikus elváltozásokkal együttjáró (például diabeteses rosszullét, napszúrás, kiszáradás stb.) mentális alterációban szenvedő beteg kezelése, hazaszállítása is fedezetlenül marad: ennek árát legtöbbször a családnak kell megfizetni. A szerzők ismertetik az utazással összefüggő pszichiátriai megbetegedések etiológiáját, az ajánlott megelőzést és kezelési módokat, amelyek ismerete megelőzheti a pszichiátriai betegek kiszolgáltatottságát külföldön. Orv. Hetil., 2011, 152, 131–138.

**Kulcsszavak:** pszichiátriai beteg, hazaszállítás, utazásorvostan, utazási stressz, mentális zavarok, repülőtéri biztonság, utasbiztosítás

## Psychotic patient: the most helpless traveller

Authors analyse questions of medical evacuation of the psychotic patient from abroad to homeland. This task can be considered the most difficult problem for the attending physician and the escorting medical team as well. The main challenge is to recognise the psychotic patient in a foreign country with a different health-care system and to overcome the language barrier and the different cultural background. The second issue is to prepare the patients – who are usually in a poor condition – for the medical evacuation by commercial aircraft. Another important issue is to take the patient through the strict security control. All of these (partially unsolved) problems make the mentally ill patient defenceless. Although the repatriation of a mentally ill patient is vital and urgent, travel insurance policy mostly excludes to cover the cost of treatment and repatriation. The high cost of treatment and repatriation of the patient should be paid by the patient or the family, who are often in the position of insolvency. In this paper authors present the history of a patient and give a brief review on travel-related mental disorders, the epidemiology of mental alterations during travel as well as the problems of appropriate evacuation. Authors conclude that there is a need for a better approach of the airport authorities and insurance decision makers to the mentally ill patient travelling abroad. Orv. Hetil., 2011, 152, 131–138.

**Keywords:** airport security, psychotic patient, aeromedical evacuation, repatriation

(Beérkezett: 2010. november 7., elfogadva: 2010. december 10.)

A hidegháború befejeztével az utazás, mint a szabadidő eltöltésének legkedveltebb módja, a fejlett országokban soha nem látott méreteket öltött. Az utazás módjainak felgyorsulása, a különböző utaztatási technikák kitermeltek a tömegturizmust, amely a szerényebb jövedelemmel rendelkező embereknek (fiatalok, nyugdíjasok) is lehetővé tette a távoli tájak felkeresését. Az „utazási ipari forradalom” felszínre hozott azonban olyan megbetegedéseket is, amelyek az utazással, mint noxiával vannak összefüggésben, így az utazási hasmenés, az időzóna (jet-lag) betegség, az utazási trombózis és az utazás indukálta pszichózis – hogy csak néhányat említsünk az utazás provokálta betegségek közül. Ezen betegségek megelőzésének, az utazók felkészítésének szükségessége hívta létre az egyik legfiatalabb orvosi diszciplínát, az utazásorvostant. Az új diszciplína érdeklődése már korán az utazás alatti mentális zavarok és megbetegedések felé fordult [1]. Az utazás közbeni pszichiátriai eltéréseket a szakirodalom sokszor „utazási pszichózis” néven foglalja össze, ez az elnevezés azonban félrevezető, mivel az esetek többségében nem pszichózissról van szó, hanem inkább pszichés zavarokról.

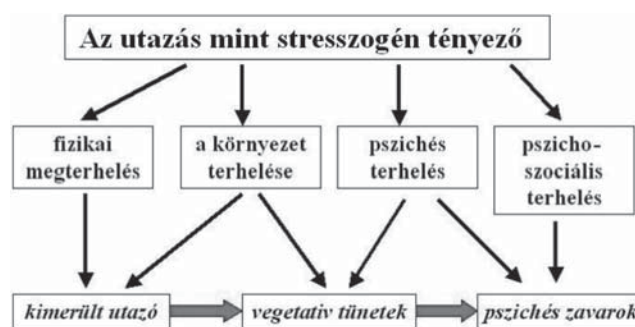
## Az utazás alatt jelentkező mentális történések

Az utazás maga is stresszogen tényező az utazó számára. A szokatlan fizikai megterhelés (gyaloglás, csomagok cipelése, egyes szabadidősportok nem megszokott mozgásmintája stb.), a környezeti hatások (a célhely eltérő hőmérsékleti és magassági viszonyai, szennyezettebb környezet stb.), a pszichés terhelés (így az idegen környezet és az ahhoz való állandó alkalmazkodás, ideértve a tájékozódás, a nyelvi korlátok és az idegen kultúra szokatlan elvárásait), valamint a pszichoszociális stressz (az utazó csoportok humán relációi, a tartósan külföldön dolgozók elszigeteltsége stb.) mind messzeemenően próbára teszik az utazó mentális és fizikális túróképességét. Mindezen hatások eredményezik a „kimerült utazó szindrómát” [2], amely legrosszabb esetben pszichés alterációk kialakulásához vezet (1. ábra).

Az utazással összefüggő pszichiátriai zavarok és pszichózisok etiológiája sokszor visszavezethető az utazás stresszogen hatására [3], bár a mentális zavarok kialakulásának fő tényezője az alkohol- és drog fogyasztás.

Az utazással összefüggő pszichés zavarok megjelenési formái az anxiastól, a főbiák, a hirtelen előtörő pánikreakciók, kényszerszindrómák, hangulatzavarok, valamint a meglevő pszichiátriai betegségek exacerbációján keresztül a „de novo” pszichózisig (valójában ez az „igazi” utazási pszichózis), a pszichostimuláns szerek okozta, valamint a különböző organikus problémák pszichés alterációt okozó megjelenési formáig terjednek [4].

Az anxieta incidenciája az utasok között körülbelül 60% [5]. Az anxieta (amely az idegen környezetben természetes is lehet) elkülönítése a félelemtől nem minden esetben lehetséges. Utazás alkalmával a már meg-



1. ábra | Az utazás stresszogen hatásai

levő szorongásos betegség aktiválódhat, illetve súlyosbodhat. Traumatikus élmény (repülő-, hegymászó-, bűvárszerencsétlenségek) akut stresszreakció kialakulásához vezethet vagy későbbi poszttraumás stressz zavar elindítója lehet. Az anxieta okai között az összes esetek negyedrésszében a repüléstől való félelem (fóbia) szerepelt [5]. Az eltérő kulturális és higiéniai viszonyok miatti jogos aggodalom sokszor nehezen különíthető el a fertőzéstől, az ételektől, víztől való kényszeres szorongástól: a megelőző és elhárító rituálék (kézmosás, ismételt ellenőrzések) ártalmatlan jelenségként is előfordulhatnak. A légi düh – az angol „air-rage” szakkifejezést fordítjuk így – egyik kiváltó oka az alkohol- és a dohányabúzus (illetve ezen szerek hosszan tartó megvonása) [6], de labilis mentális állapot, illetve induló pszichózis is okozhat agított állapotot vagy erőszakos cselekedeteket a repülőgépen [7]. A nagyobb stressztűrésre szocializált felnőttek is feszültek, agresszívek lehetnek és „elveszthetik a fejüket” a tömeg, a zsúfoltság, a tolongás, a biztonsági ellenőrzéskor néha tapasztalt megalázó procedúrák, a személyzetnek való kiszolgáltatottságérzés miatt, valamint ehhez olyan fiziológiai állapotok is hozzájárulhatnak, mint a kiszáradás, a vércukorszint csökkenése stb.

## A fennálló és a „de novo” mentális kóros állapotok az utazóknál

Nyilvánvaló, hogy az utazás mint pszichés megterhelés dekompenzálhatja vagy triggerelheti a meglevő vagy lappangó mentális kóros állapotot is. Sokszor – hasonlóan a hangulatzavarhoz – az induló pszichózis is motíválhatja a beteget az utazásra. Természetes, hogy a bipoláris hangulatzavar anamnézisű betegeknél az idegen környezet a betegség akut dekompenzációját válthatja ki. Szkizofréniával, szkizotípiás spektrumba tartozó betegséggel élő utasoknál vagy paranoid feldolgozásmódra hajlamos betegeknél a nyelvi gátakból, az eltérő kultúrából adódó félreértések azonnal kiválthatják például az üldöztetési doxasmákat, és ez még fokozódhat a vámvizsgálat vagy a biztonsági ellenőrzések alatt! Az ideges, agresszív, feszült utazó eleve gyanús, jobban figyelmeztet rá, és így olyan circulus vitiosus alakul ki,

amelynek fatális kimenetele is lehet a betegre nézve: terroristának nézik és lelövik [8]. Az affektív spektrum beteginél az időzónák gyors változása nagy valószínűséggel triggerelheti a tünetek exacerbációját [9, 10], de a jet-lag tünet a „de novo” pszichiátriai megbetegedések-nél is szerepet játszhat [11].

Az akár a pszichózis szintjét is elérő, főleg fiatal felnőtteknél észlelhető, nem ritka akut utazási mentális zavar esetén sem a familiáris, sem az autoanamnézisben általában nem találunk pszichiátriai előzményt, és túlnyomó többségüknek előzőleg semmiféle hasonló jellegű megbetegedése nem volt [12]. Az utazók korösszetételének változásával azonban az időskorú populációban is fennáll az utazás indukálta akut pszichiátriai megbetegedések lehetősége [13], főleg a memória- és gondolkodászavarokban szenvedő, altatót használó vagy az exicált utazók között [14]. Az utazási mentális zavar vezető szimptomája a szorongásérzés depresszióval vagy a nélkül, illetve depressziós tünetek egymagukban.

Az ilyen utazók hajlamosak a klausztrofóbiára, általában tartanak a repülőttől és a nagy tömegtől. A megnövekedett szenzitivitás, amelynek például a repülőút alatt jelentkező hypoxia, exicatio is oka lehet, nemcsak mentális, hanem fizikális tüneteket okozhat: hyperventilációt, gastrointestinalis tüneteket (amelyet az antikolinerg gyógyszerelés még fokozhat), és azon gyógyszerek, amelyeket a kezelés során addig nem alkalmaztak, váratlan mellékhatásokat válthatnak ki. A legtöbb esetben pánikreakció és az azt követő depresszió, illetve drogfogasztást követő depresszió volt észlelhető.

### Az utazás alatti mentális történések etiológiája

Külföldi utazás alkalmával az utazónak megszűnik a megszokott vonatkoztatási rendszere. Ez önmagában is nagyfokú bizonytalanságot, szorongást eredményez. Az a tény, hogy a megszokott vonatkoztatási keretekre nem támaszkodhat, az utazónál mobilizálhat különböző pszichiátriai problémákat. A mentális betegségek legtöbbszörének egyik vezető tünete a beszűkült tudatállapot. Kiszolgáltatott, szokatlan helyzetekben, fokozott érzelmi és/vagy testi igénybevétel esetén az utazó szintén sajátosan beszűkült tudatállapotba kerül, amely megváltozott információfeldolgozási módot eredményez [15]. A repüléssel összefüggő szorongás hátterében az úgynevezett anxietasérzékenység és az ezzel járó kognitív feldolgozási mód közötti különbség is állhat. A magas anxietasérzékenységű csoportban a repülés alatt jelentkező fiziológiás-teszt szénzációk gyakrabban fordultak elő, és ebben a csoportban szignifikánsan több szorongás és pánikroham jelentkezett [16]. Az anxietasérzékenység terápiával befolyásolható, például a repülés szimulációjával – ilyen felkészítő tanfolyamokat a nagyobb légitársaságok indítani szoktak – csökkenthető. Lehetőség van úgynevezett virtuális valóság (azaz egy

számítógép generálta mesterséges környezet) pszichoterápiás alkalmazására is [17].

Az utazás során szedett gyógyszerek, például a mefloquin fokozza az utazás közbeni mentális zavarok előfordulását, elsősorban a depressziót, főleg a pszichiátriai anamnézisű betegeknél [18, 19, 20]. Az újabb nemzetközi kutatások azonban ezt a megállapítást kétségbe vonják vagy legalábbis csekélyebb mértékűnek értékelik [21].

Külön csoportot alkotnak a kulturális különbözőségek vagy egyes búcsújáróhelyek kiváltotta viselkedési anomáliák (az úgynevezett Jeruzsálem-szindróma [22, 23, 24], a Stendhal-szindróma [25], a Párizs-szindróma [26], a kultúrsokk [27], illetve a „fordított kultúrsokk”). Még számtalan tényező szerepet játszhat a mentális zavarok utazás közbeni manifestációjában: így a kimerülés [28], a hőháztartás zavarai és az azt követő kiszáradás, a különböző anyagcserezavarok, agyi történések, fertőzések [29], sőt a B<sub>12</sub>-vitamin-hiány is [30] (amely gyakori a krónikus alkoholistáknál, az időseknél és a parazitaferőzés okozta malabsorpciónál).

### Az utazással összefüggő pszichiátriai történések epidemiológiája

Az utazással összefüggő pszichiátriai történések leginkább az utazás elején és vége felé fordulnak elő, időben egy U alakú görbét írnak le [31]. Az utazás során fellépő pszichés történések normális–patológias határa sokszor elmosott. Ennek megfelelően a számba vett történések kevert módon is megjelennek, bonyolulttá téve ezzel egyrészt a kategorizálást, másrészt a differenciáldiagnosztikát. Az utazás alatti pszichés zavarok felismerése, mivel külföldön tartózkodó utazónál lép fel, viseli ennek minden hátrányát: a beteg idegen, számára ismeretlen közegbe kerül, számára ismeretlen egészségügyi ellátó struktúrába, ráadásul nyelvi és kulturális korlátokkal, amely szinte lehetetlenné teszi a kommunikációt az orvos és beteg között. Nincs meg az a környezet, amely felfigyel az utazó megváltozott viselkedésére, bizarrériájára, gondolkodási anomáliáira. Súlyosbíthatja a helyzetet egy kettős stigmatizáció is: a mentális betegséggel és az „idegennel” szemben jelentkező megbélyegzés [32]. Autoanamnézis alig vehető fel, heteroanamnézis nem áll rendelkezésre, a nyelvi gátakból adódóan már csak a legdurvább viselkedésbeli anomáliák megjelenésekor figyel fel a környezet a betegre. Így nem meglepő, hogy a beteggel először a rendőrség vagy a biztonsági szervek találkoznak, és ez a találkozás – eo ipso – csak súlyosbítja a beteg állapotát. A pszichotikus beteg viszonylag későn kerül szakorvosi ellátásra, és a késlekedés tovább rontja a mentális és (ha a tüneteket organikus betegség váltotta ki) a fizikális státust. Így a hátrányos körülmények miatt a diagnózisalkotás és a megfelelő terápia alkalmazása nehézségekbe ütközik.

A szakirodalmi adatok szerint a pszichiátriai problémák az utazók 11,3%-át érintik, ezek közül 2,5% volt súlyos pszichózis, és 1,2%-uk két hónapnál hosszabb idejű gyógykezelésre szorult [33]. Utazási orvostani adatok szerint akut pszichotikus epizódok az utazással összefüggő pszichiátriai történések egyötödében fordultak elő [34], azonban a légi közlekedés forgalmának növekedésével az arány változott. A sürgős beavatkozást, hospitalizációt igénylő mentális megbetegedések között elsősorban a szkizofrénia és a szkizofrénia formakörbe tartozó betegségek, illetve a pszichotikus mánia állapotok fordulnak elő leggyakrabban a repülőgépes utazások alatt [35]. A kalandtúrák, expedíciók során előforduló pszichoorganikus megbetegedések – nyilván az extrém körülmények provokáló hatására – magas, 5%-os incidenciát mutat [36]. Összehasonlításként a húgyúti betegségek 3,5%-kal, a szexuálisan terjedő fertőzések 3,4%-kal szerepelnek az utazási betegségek között [37].

## A beteg ellátása és hazaszállítása

Az utazási orvostanban a beteg hazatérését, annak szervezését repatriációnak nevezzük. Maga a hazaszállítás csak egy része az egész repatriációs folyamatnak, ezért nem használjuk erre a komplex folyamatra (magyarosan) a hazaszállítás fogalmát. A repatriáció ugyanis nemcsak a beteg hazaszállításából áll, hanem egyrészt gondoskodni kell a beteg szállításra megfelelő állapotba hozásáról, másrészt meg kell szervezni a hozzátartozók visszatérését (akik a beteg nélkül nem akarják útjukat folytatni), harmadrészt gondoskodni kell a beteg otthoni kórházi elhelyezéséről [38].

Francia assistance társaságok adatai szerint a hazaszállítások oka körülbelül 15–20%-ban pszichiátriai jellegű megbetegedés volt [39]. Patel vizsgálata a brit diplomaták egészségügyi okból való visszatéréséről azt mutatta, hogy a repatriáció a nem organikus eredetű betegségek 41%-ánál depresszió miatt vált indokolttá [40]. Az út közbeni pszichiátriai történések miatti hazaszállítások az 1. táblázatban felsoroltak szerint oszlanak meg, bár a minta nem reprezentatív [41].

Az utazás során jelentkező súlyos mentális zavar, pszichózis legmegfelelőbb ellátása a beteg ismerős kör-

nyezetbe való visszatérésének lehetővé tétele – magyarul a beteget minél előbb haza kell szállítani. Gyakran szükséges a maximális dózisú pszichofarmakonokat alkalmazni, hogy a beteg minél előbb egyensúlyi állapotba kerüljön, hiszen csak így lehet – főleg nagy távolságból – hazaszállítani őt.

A pszichiátriai betegek külföldön történő ellátásának és hazajuttatásának szakirodalmi kevés. Irodalmi adatok szerint a pszichiátriai betegek mindegyikének meg kellett szakítani az útját és hazatérnie [42]. A beteg legtöbbször egyedül indul haza, sokszor a családtagjai vagy útítársai kísérik, az esetek egyötödében szakkísérettel (orvos vagy szakápoló). A repülőtéri biztonsági intézkedések szigorodásával azonban szerencsés, ha az ilyen betegeket minden esetben szakkísérettel szállítják haza.

A pszichiátriai ok miatt történő repatriációk azonban különböznek a többi betegség miatti hazaszállítástól: nemzetközileg elfogadott általános szakmai szabály, hogy pszichiátriai betegek közforgalmú járműveken való szállítása kerülendő, és azok a pszichiátriai betegek, akik viselkedése az út során kiszámíthatatlan, agresszív, szétszórt, botrányt okozó, nem biztonságos, így tilos menetrendszerűen közlekedő utasszállító repülőgépeken (járatgépeken) szállítani [43]. A járatgépen való szállítás mérlegelhető, ha a beteget gyógyszeresen stabil állapotba hozták, és szakember kíséri.

## Esetismertetés

Egy 42 éves férfi társasutazásra indult Thaiföldre. Az utazási iroda automatikusan megkötötte az utasbiztosítást a vele kapcsolatban álló utazási biztosítóval. Kinn tartózkodásának 4. napján nyugtalan lett, környezetét ellenségesnek érezte, dühöngeni kezdett, megtámadta a szálloda vendégeit és a berendezésben is komoly kárt tett. A kihívott rendőrök őrizetbe vették, majd egy nap múlva szabadon bocsátották, miután rendezte az okozott kárt. A csoport kísérlője javasolta, hogy előbb utazzon haza, amibe az utas bele is egyezett. A repülőgép este indult vissza, ezért kora este az utast mikrobusszal és 5 fős kísérettel a repülőtérről szállították, azonban út közben nyugtalan, agresszív lett, a mikrobust megromgálta, és amikor meg akarták fékezni, a busz vezetőjét és a kísérőket bántalmazta, majd a lassító buszból kiugorva az autópályán eltűnt. A helyi hatóságok a keresést a sötétség miatt abbahagyták. Másnap reggel – a még mindig az autópályán bolyongó – beteget egy gépkocsi elütötte, könnyebben megsérült, a rendőröknek ellenszolgált és öngyilkosságot kísérelt meg. A közeli kórházba szállították, ahonnan azonban tovább kellett szállítani a regionális kórházba, mert helyben a szükséges vizsgálatokat és szakorvosi ellátást biztosítani nem tudták.

A fogadó kórházban az elvégzett vizsgálatok kábítósszerhasználatát nem mutattak ki, laboratóriumi eredményei és belgyógyászati vizsgálata negatívnak bizonyultak. Képzelt eljárással az orrcsont enyhén diszlokált törését, valamint a bal patella darabos, nem diszlokált

1. táblázat | A hazaszállított betegek diagnosztikus kategória szerinti megoszlása

Diagnosztikus kategória	A hazaszállítások százaléka
Droghasználat miatti pszichiátriai történések	28%
Affektív kórképek	22,3%
Alkalmazkodási zavarok az idegen környezethez	19,4%
Személyiségzavarok	10,3%
Szomatiform kórképek	4,0%
Paranoid kórképek	3,4%



2. táblázat | Az esetünkben bemutatott beteg út közbeni gyógyszerelése

Időpont	Gyógyszer	Mennyiség	Beadási forma	Megjegyzés
17.00	Olanzapin	10 mg	Per os	A check-in procedura előtt
	Clonazepam	0,5 mg	Per os	
23.00	Olanzapin	10 mg	Per os	Repülőgépen, étkezés után
	Clonazepam	0,5 mg	Per os	
05.00	Olanzapin	10 mg	Per os	Leszállás után a reptéri transzfernél
	Clonazepam	0,5 mg	Per os	
06.00	Haloperidol	5 mg	Intramuscularisan	Reptéri transzfer alatt
	Clonazepam	1 mg	Intramuscularisan	
11.00	Olanzapin	10 mg	Per os	Felszállás előtt a transzferállomáson
	Clonazepam	0,5 mg	Per os	
14.00	Clonazepam	1 mg	Intramuscularisan	Mentőgépkocsiban, a kórházba szállítás alatt

törését mutatták. Utóbbi miatt tetanuszprevenciót alkalmaztak, a törött csontok rögzítését nem találták szükségesnek. Diagnózisként akut pszichózist véleményeztek. Egyhetes kezelés után [antipszichotikum: (olanzapin) 20 mg/nap; szedatívum: (lorazepam) 2 mg/nap; antibiotikum: (tetracyclin) 300 mg/nap] a kezelőorvos szakápolói felügyelet mellett szállítható állapotúnak minősítette, mivel a beteg állapotát javulónak tartotta, kooperabilisnak, euthymiásnak és nem agresszív viselkedésűnek minősítette, nem talált suicid kísérletre utaló tüneteket. A hazaszállítás idejére a következő terápiát ajánlották: diazepam 4×10 mg iv.; haloperidol 4×10 mg iv.; lorazepam 2×5 mg per os; olanzapin 2×10 mg per os; cefditoren 3×500 mg per os. Agitáció esetén haloperidol 10 mg iv. és diazepam 20 mg iv. adását javasolták.

A 95 kilós, 190 cm magas beteget az orvosi team (orvos+ápoló) eredetileg a kórházban kellett volna, hogy átvegye, de ezt a Thaiföldön zajló tünetek megakadályozták, ezért a beteget mentőautóval hozták a nemzetközi repülőtérre. Út közben ismét agresszívvá vált, a mentő személyzetét bántalmazta, úgyhogy csak rendőri segédlettel lehetett megfékezni. A mentőautó orvosától ezért további 1 mg clonazepamot kapott intramuscularisan. A beteg átvételekor térben-időben orientált, szorong, bizalmatlan, támadásra kész. A magyar orvosi teammel való találkozás után lassan kooperabilissá válik, a gyógyszert elfogadja és a kéréseknek(!) eleget tesz. A magyar külképviselet segítségével a szokásos beszállási rendet (és sorban állást) megkerülve, külön biztonsági ellenőrzés után szálltunk fel a fedélzetre. Út közbeni gyógyszerelését a 2. táblázat tartalmazza (a magyar helyi idő szerint).

A beteg története a repatriáció után: felvételi státusából kiemelendő a meglassult gondolkodás, amelyben tartalmilag paranoid élmények kerülnek felszínre. Elhárítómechanizmusai között a regresszió paranoid formája a legjelentősebb. A diagnózis akut paranoid pszichózis volt, amelyre olanzapin-, clonazepam- és cionazepammedikációt kapott. A beteg 25 napi kezelés után ment először hétvégi eltávozásra, majd a visszatér-

rés kori jó állapot láttán rehabilitációra otthonába bocsátották.

### Klinikai pszichológiai aspektusok a fenti beteg ellátása kapcsán

Minden olyan esetben, amikor az átmenetileg kompenzálnak tűnő beteget szállították, megváltozott a helyzete, ismét dekompenzálódott, pszichotikus tüneteket produkált. Ezekben a situációkban a félelem, a szorongás, a bizonytalanság ismét felerősödött (az előzőleg kialakult gyenge alapokon álló vonatkoztatási rendszer ismét felborult), ami kiszolgáltatottságérzést eredményezett, ami ismét felerősítette a paranoid állapotot, illetve agresszív viselkedést, pszichotikus tüneteket eredményezve.

Az olyan állapotot, amikor a személy valamely intenzív stressz hatására sajátosan beszűkült tudatállapotba kerül, negatív transzsnak nevezi a szakirodalom. Ezekben az állapotokban az információk kognitív feldolgozása megváltozik, a beteg fokozottan érzékenyebbé válik a szuggesztív hatásokra is. Ilyenkor a gondolkodásban bekövetkező legfontosabb változások: a szó szerinti értelmezés, gyermeki gondolkodás, paranoid (mindent magára vonatkozó attitűd), mindig a legkedvezőtlenebb kimenet elképzelése, továbbá az érzelmek kifejezésének módosulása, önkontroll csökkenése [15]. A transz-állapot lehetőséget teremt arra, hogy a kommunikáció tudatos átgondolásával, pozitív szuggesztiókat alkalmazva a beteg szorongásait csökkentsük, kooperativitását növeljük, ezzel a beteg sürgősségi ellátását pszichológiai módszerrel is hatékonyan és idővesztés nélkül segítsük. Az ellátás során kerülnünk az elbizonytalanító szóhasználatot (tulajdonképpen, talán, feltételes módú szóhasználat stb.), a túl sok szakkifejezést, az érintés bizonytalanságát, és megértő, de határozott fellépéssel a beteg figyelmét irányítva biztos vonatkoztatási pontokat nyújtva lépünk fel. A beteg hazaszállítása a legtöbb esetben hosszabb időt vesz igénybe, ilyenkor a kísérő orvos mindenképpen szoros kapcsolatba kerül a beteggel. A kapcsolat minőségét, ezáltal a beteg együttmű-

ködési hajlandóságát, végül is a repatriáció sikerét nagymértékben meghatározza az is, hogy a kapcsolat során a kísérő személy figyelembe veszi-e a fentiekben részletezett módosult tudatállapotot, illetve az ehhez illeszkedő kommunikációs stílust.

## A legkiszolgáltatottabb utazó

A külföldi kórházi kezelés költségvonzata mellett a hazaszállítás a második legnagyobb költség a betegellátás során. Logikus, hogy az átlag utazó ezeket a költségeket csak a megfelelő utazási biztosítás megkötésével tudja kikerülni. De vajon fedezetet nyújt-e az utazási biztosítás a betegnek?

Ha szemügyre vesszük a magyarországi utazási biztosításokat, meglepődve tapasztalhatjuk, hogy az utazási biztosítást kínáló biztosítótársaságoknak csak a negyede vállalja a pszichiátriai eredetű kórképekből adódó ellátás költségeit, a túlnyomó többség kizárja azt a kockázatviselési káresemények közül. Ez a kizáró tényező gyakran a többoldalú általános szerződési feltételek sorai között lapul meg, és ezt feltehetően nem olvassa el a biztosított, főleg nem az utazási irodák által mellékesen megemlített „biztosítása van” kijelentés után. Sokszor az utaztató sincs tisztában ezzel a kizárással.

Jelenleg (2010) Magyarországon 11 utazási biztosító kizáró eseménynek tekinti a pszichiátriai történéseket, és csak 6 vállalja fel annak kockázatát. A kizáró tényező leírása szakszerűtlen, olyan tágas, hogy arra gyakorlatilag minden betegség, amely pszichés alternációt válthat ki, ráhúzható, így a mentális zavarokon túl az organikus betegségek adta tünetek is. A leírásban a következő meghatározások szerepelnek: „kóros elmeállapot”; „depresszió, szorongás, mentális stressz, pszichotikus állapot, a biztosított bármilyen fajta depressziós elmebaja”; „bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség kezelése a rendellenesség elnevezésétől vagy osztályozásától függetlenül, pszichiátriai és pszichotikus állapotok, bármilyen fajta depresszió, illetve elmebaj”, sőt: „a biztosított bármely elmebeli rendellenessége”. *(A biztosítók neve és az általános szerződési feltételekben általuk adott meghatározás az első szerzőnél megtekinthető.)* Nem vonatkozik tehát a biztosítás a „pszichiátriai és pszichés megbetegedések kezelésére”, sem a „pszichiátriai kezelés, pszichiátriai megbetegedésből adódó kezelés költségé”-re sem. Mint a morbiditási adatokból, valamint az utazás alatti pszichiátriai jellegű panaszok okainak feltárásából látható, ezen pszichés zavarok nagy része egyrészt nem pszichózis, másrészt pedig nagy részük egyéb kóros állapot eredményezte mentális zavar. Tehát ezen betegek túlnyomó többsége éppen úgy utazás által provokált betegség áldozata, mint a légi betegségben szenvedő vagy éppenséggel a külföldön balesetet szenvedett utazó. Ha ugyanaz a kiváltó ok (az utazás), akkor az elbánásmódnak is azonosnak kell lennie: magyarul, a mentális problémákkal küszködő betegek kizárása a biztosításból sem nem etikus, sem nem

felel meg az alkotmányos jogoknak. Különösen a szakszerűtlenül megfogalmazott kizárási okok vezethetnek a pszichés alterációban szenvedő betegek magára hagyásához, mert a külföldön rekedt beteget csak a hozzátartozó vagy a magyar állam költségére lehet hazaszállítani.

## Megbeszélés

Az ismertetett beteg sorsa jól példázza azt, hogy a külföldön megbetegedett pszichiátriai betegek megítélése és repatriációja bonyolult feladat, minden esetben szakorvosi konzultációt, erőteljes gyógyszeres kezelést és hazai kórházi elhelyezést igényel. Olyan esetben, amikor csak járatgépen való hazaszállítás jön szóba, a beteg pszichés előkészítése és út közbeni megfelelő gyógyszerelése még fontosabbá válik. Várható, hogy az ilyen esetek száma a jövőben növekedni fog, ezért tehát érdemes feltárni – szakirodalmi útmutatások híján – a jelen problémáit.

Először említanénk azt az ellentmondást, hogy noha a betegek hazakísérése – főleg hosszú távon – pszichiáter szakember jelenlétét igényelné, a feladatot mégis az utazásorvostan assistance területén jártas orvos végzi. Ennek oka az, hogy maga az orvosi ténykedés mellett számtalan olyan szervezési, betegszállítási, sürgősségi orvosi és jogi ismeretre van szükség, amellyel a pszichiáter szakorvos nem rendelkezik. A szakmailag korrekt ellátás a repatriáció során ezért a pszichiáter szakorvos és a betegkísérő orvos folyamatos konzultációjával biztosítható. Optimális esetben ez a párbeszéd a magyarországi fogadó intézmény szakorvosa és a kísérő orvos között kellene, hogy megtörténjen. A helyzet javításához jelenleg két úton érhetünk el: Egyrészt az utazásorvostani képzés során a pszichiátriai betegségek felismerése és kezelése, a beszűkült tudatállapotú beteggel való hatékony kommunikáció nagyobb hangsúlyt kell hogy kapjon. Különösen igaz ez az utazási tanácsadó orvosokra, akiknek feladata (lenne) a pszichiátriai anamnézist betegek felkészítése az utazásra, a megfelelő szakember (pszichiáter, pszichológus) bevonásával. Másrészt a pszichiáter szakorvosnak és klinikai szakpszichológusnak is rendelkezni kell alapvető utazás-orvostani ismeretekkel, ami képessé teszi arra, hogy a külföldön megbetegedettek pszichopatológiai történéseinek etiológiáját felderítse és megfelelően értékelje, az utazó betegének megfelelő tanácsokat adjon – vagy éppen lebeszélje őt az utazásról. Mindkét cél eléréséhez az út a posztgraduális képzés kibővítésén keresztül vezet.

A másik ismerős probléma az, hogy a különböző eredetű mentális zavarokat a társadalom (beleértve a szakmát felületesen ismerő orvosokat is) „elmebeteg” vagy „pszichózis” címkével látja el, és ennek sajnálatos következményeivel a pszichiáter szakorvosoknak kell(ene) megbirkózniuk. Mindenekelőtt a repülőterek személyzetének pszichológiai és alapvető mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretekkel kellene rendelkeznie, valamint néhány alapvető stratégiával ezen mentális állapotok

megfelelő utaskísérői, biztonsági szolgálati bánásmódjára. A repülőtereken a betegek tartózkodásának, ápolásának személyi-tárgyi feltételeit is szükséges megteremteni. Az Aerospace Medical Association fent említett merev szabályán felül ugyanis nincs érdemleges útmutató, amely figyelembe veszi egyrészt a beteg érdekeit, másrészt a biztonsági szempontokat, beleértve a pszichofarmakonok szállítását és felhasználását [44].

A másik lényeges kérdés az utazási biztosítás termékkel jelentkező, azt terjesztő társaságok szemléletmódjának megváltoztatása. Nem elfogadható ugyanis az a kirekesztő megkülönböztetés, amely azokat a betegeket sújtja, akiknél *út közben* mentális problémák lépnek fel. Sürgősen szükség volna az utazási biztosítások diszkriminatív kizárásainak, azok indoklásának revíziójára – szakemberek segítségével. Evvel párhuzamosan meg kellene ismertetni a biztosítási szakemberekkel az utazás közben jelentkező lélektani és gyakran csak átmeneti mentális zavarral járó történeteket, és célszerű lenne standardokat kidolgozni a súlyos mentális zavarban szenvedő utazó ellátására és repatriációjára is.

Ezen helyzet megváltoztatását csakis a neves szakemberekből álló szakmai testület érheti el, ezért ennek a témakörnek a felkarolása a szakma egyik aktuális feladata lehetne.

Az utazási orvosi tanácsadók számára pedig fontos tanulság az, hogy a fent említett biztosítási kontraszelekció miatt az utazóknál különös gondossággal kutassák az esetleges pszichiátriai anamnézis meglétét, és ilyen esetekben feltétlenül konzultáljanak klinikai pszichológussal vagy pszichiáter szakorvossal a megfelelő megelőzés és helyes terápia beállításának érdekében.

## Köszönetnyilvánítás

A szerző ezúton is köszönetét szeretné kifejezni azoknak, akik az esztelmertetésben szereplő beteg hazaszállításában segítségére voltak: *dr. Lengyel Balázs* főosztályvezető úrnak (OEP Nemzetközi Kapcsolatok Főosztálya), *Debrezsi János* konzul úrnak (Magyar Köztársaság Nagykövetsége, Bangkok) és *dr. Kecskés Gábor* orvosigazgatónak (Zala Megyei Kórház).

## Irodalom

- [1] Flynn, D. E., Gaarder, K. R., Smith, D. C.: Acute psychotic reactions occurring during travel. *US Armed Forces Med. J.*, 1959, 10, 524–531.
- [2] Reilly, T., Waterhouse, J., Edwards, B.: A review on some of the problems associated with long-distance journeys. *Clin. Ter.*, 2008, 159, 117–127.
- [3] Barnes, F. F.: Travel and fatigue as causes of partial dissociative reactions. *Compr. Psychiatry*, 1980, 21, 55–61.
- [4] Felkai P., Prezenszky Zs.: Az utazási orvostan, mint a pszichiátria új kihívása. *Családorvosi Fórum*, 2007, 1, 39–43.
- [5] McIntosh, I. B., Power, K. G., Reed, J. M.: Prevalence, intensity and sex differences in travel related stressors. *J. Travel. Med.*, 1996, 3, 96–102.
- [6] Smart, R. G., Mann, R. E.: Causes and consequences of air rage in Canada: cases in newspapers. *Can. J. Public Health*, 2003, 94, 245–246.
- [7] Müller, J. L., Hermann, H. L., Cording, C. és mtsai: Psychisch auffällige Flugpassagiere – Widerstand gegen die Anweisungen des Flugpersonals. *Psychiat. Prax.*, 2001, 28, 292–294.
- [8] Associated Press: Air Marshals in spotlight. 2005. 12. 05. <http://www.foxnews.com/story/0,2933,178039,00.html>. Retrieved 2010-07-30
- [9] Oyewumi, L. K.: Jet lag and relapse of schizoaffective psychosis despite maintenance clozapine treatment. *Brit. J. Psychiatry*, 1998, 173, 268a.
- [10] Katz, G., Durst, R., Zislin Y. és mtsai: Psychiatric aspects of jet lag: review and hypothesis. *Med. Hypotheses*, 2001, 56, 20–23.
- [11] Katz, G., Durst R., Barel, Y. C. és mtsai: De novo jet lag psychosis. *Brit. J. Psychiat.*, 1999, 174, 558–559.
- [12] Beny, A., Paz, A., Potasman, I.: Psychiatric problems in returning travelers: features and associations. *J. Travel Med.*, 2001, 8, 243–246.
- [13] Linton, C., Warner, N. J.: Travel induced psychosis in the elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2000, 15, 1070–1072.
- [14] Reed, C. M.: Travel recommendations for older adults. *Clin. Geriatr. Med.*, 2007, 23, 687–713.
- [15] Varga K., Diószeghy Cs.: Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban. *Pólya Kiadó, Budapest*, 2001.
- [16] Bogaerde, A. V., De Raedt, R.: Cognitive vulnerability in fear of flying: the role of anxiety sensitivity. *Depress. Anxiety*, 2008, 25, 768–773.
- [17] Simon L.: Virtuális valóság alkalmazása a pszichoterápiában. *Irodalmi áttekintés. Orvostovábbképző Szemle*, 2005. augusztus (különszám), 1–7.
- [18] Barrett, P. J., Emmings, P. D., Clarke, P. D. és mtsai: Comparison of adverse events associated with use of mefloquine and combination of chloroquine and proguanil as antimalarial prophylaxis: postal and telephone survey of travellers. *Br. Med. J.*, 1996, 313, 525–528.
- [19] Van Riemsdijk, M. M., Sturkenboom, M. C., Peppinkhuizen, L. és mtsai: Mefloquine increases the risk of serious psychiatric events during travel abroad: a nationwide case-control study in the Netherlands. *J. Clin. Psychiatry*, 2005, 66, 199–204.
- [20] Murai Z., Baran B., Tolna J. és mtsai: Mefloquine okozta neuropsychiátriai szimptomák. *Orv. Hetil.*, 2005, 146, 133–136.
- [21] Chen, L. H., Wilson, M. E., Schlagenhauf, P.: Controversies and misconceptions in malaria chemoprophylaxis for travelers. *JAMA*, 2007, 297, 2251–2263.
- [22] Witzum, E., Kallian, M.: The „Jerusalem syndrome” – fantasy and reality a survey of accounts from the 19th century to the end of the second millennium. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 1999, 36, 260–271.
- [23] Bar-El, Y., Durst, R., Katz, G. és mtsai: Jerusalem syndrome. *Brit. J. Psych.*, 2000, 176, 86–90.
- [24] Masood, K., Gazzaz, Z. J., Ismail, K. és mtsai: Pattern of psychiatry morbidity during Hajj period at Al-Noor Specialist Hospital. *Int. J. Psychiatry Med.* 2007, 37, 163–172.
- [25] Guerrero, A. L., Barceló Rosselló, A., Ezpeleta, D.: Stendhal syndrome: origin, characteristics and presentation in a group of neurologists. *Neurologia*, 2010, 25, 349–356.
- [26] Viala, A., Ota, H., Vacheron, M. N. és mtsai: Les Japonais en voyage pathologique à Paris: un modèle original de prise en charge transculturelle. *Nervure de journal Psychiatrie*, 2004, 17, 31–34.
- [27] Oberg, K.: Culture shock: adjustment to a new cultural environments. *Practical Anthropology*, 1960, 7, 177–182.
- [28] Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S. és mtsai: Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 1050–1059.
- [29] Habib, A. G., Tambyah, P. A.: Confusion in travellers. *Travel Med. Infect. Dis.*, 2004, 2, 23–25.

- [30] *Durand, C., Mary, S., Brazo, P. és mtsai*: Manifestations psychiatriques de la maladie de Biermer: à propos d'un cas. *L'Encéphale*, 2003, 29, 560–565.
- [31] *Eytan, A., Loutan, L.*: Voyages et problèmes psychiatriques. *Rev. Med. Suisse*, 2006, 2, 1251–1255.
- [32] *Sartorius, N., Schulze H.*: Reducing the stigma of mental illness: A report of global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press, 2005, p. 31.
- [33] *Potashman I., Beny, A., Seligmann, H.*: Neuropsychiatric problems in 2,500 long-term young travelers to the tropics. *J. Travel Med.*, 2000, 7, 5–9.
- [34] *Heltberg, J., Steffen, R.*: Psychiatric and psychological problems in travellers. First Scandinavian Symposium on Travel Medicine, Uppsala, Sweden, 1992.
- [35] *Wiesmann, U. C., Anjoleb, M., Lucas, B. B.*: Severe mental illness and airports – the scope of the problem. *Psychiatric Bulletin*, 2001, 25, 261–264.
- [36] *Palinkas, L. A., Suedfeld, P.*: Psychological effects of polar expeditions. *Lancet*, 2008, 371, 153–163.
- [37] *Ansart, S., Perez, L., Vergely, O. és mtsai*: Illnesses in travelers returning from the tropics: a prospective study of 622 patients. *J. Travel Med.*, 2005, 12, 312–318.
- [38] *Felkai P., Gorove L.*: A külföldön megbetegedettek hazaszállítása. *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 1669–1676.
- [39] *Sauteraud, A., Hajjar, M.*: Psychotic disorders. Higher incidence during travels in Asia. *Presse Med.*, 1992, 21, 805–810.
- [40] *Patel, D., Easmon, C., Dow, C. és mtsai*: Medical repatriation of British diplomats resident overseas. *J. Travel Med.*, 2000, 7, 64–69.
- [41] *Valk, T. H.*: Psychiatric medical evacuations within the Foreign Service. *Foreign Service Med. Bull.*, 1987, 268, 9–11.
- [42] *Beny, A., Paz, A., Potashman, I.*: Psychiatric problems in returning travelers: features and associations. *J. Travel Med.*, 2001, 8, 243–246.
- [43] *Aerospace Medical Association*: Medical Guidelines for airline Travel, 2<sup>nd</sup> edition. *Aviat. Space Environ. Med.*, 2003, 74, Sect. II. Suppl.
- [44] *Felkai P.*: Repülőtéri biztonság kontra betegbiztonság? A „sickness” problémája. *Orv. Hetil.*, 2010, 151, 1700–1705.

(Felkai Péter dr.,  
Budapest, Szentendrei út 301., 1039  
e-mail: peter.felkai@soshungary.hu)

## Tisztelt Olvasónk!

### Újítsa meg előfizetését változatlan áron 2011-re is!

Köszönjük, hogy figyelemmel kíséri az **Orvosi Hetilap**ban megjelenő közleményeket. Reméljük, hogy továbbra is olvasóink, előfizetőink táborában tudhatjuk.

<b>A 2011. évi előfizetési díj egy évre:</b>	22 900 Ft,
fél évre:	14 520 Ft,
negyed évre:	9 160 Ft.
<b>Nyugdíjas és ifjúsági (35 év alatti) kedvezmények:</b>	
<b>A 2011. évi előfizetési díj egy évre:</b>	16 030 Ft,
fél évre:	10 140 Ft,
negyed évre:	6 395 Ft.
Egyes lapszámok ára: 760 Ft	

Az egyes lapszámok megvásárolhatók a **Mediprint Orvosi Könyvesboltban**.  
1053 Budapest, Múzeum krt. 17. • Telefon: 317-4948

Az Orvosi Hetilap az alábbi elérhetőségeken rendelhető meg:  
**Akadémiai Kiadó Zrt.** 1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19/d, Telefon: (06-1) 464-8240, kapcsolattartó: Gulyás Andrea,  
E-mail: journals@akkrt.hu