

# A józsefvárosi „TÁMASZ” Addiktológiai Gondozóban kezelt és 2001–2018-ban elhunyt betegek halálteki adatainak vizsgálata

Kalapos Miklós Péter dr.

Elméleti Biológiai Kutatócsoport, Budapest és Józsefvárosi „Szent Kozma” Egészségügyi Központ,  
VIII. kerületi TÁMASZ Addiktológiai Gondozó, Budapest

*Bevezetés:* A betegek halálteki adatainak feldolgozása az ellátás szempontjából fontos.

*Célkitűzés:* A józsefvárosi Addiktológiai Gondozóban kezelt és 2001 és 2018 között elhunyt betegek adatainak vizsgálata.

*Módszer:* A betegadatok a gondozó nyilvántartásából, az országos, illetve a budapesti adatok a Központi Statisztikai Hivatal hivatalos kiadványaiból származnak.

*Eredmények:* Az elhunyt betegek életkora nők esetében  $52,85 \pm 11,81$  év, míg férfiak esetében  $51,99 \pm 12,47$  év. Kétharmaduk, nemtől függetlenül, alkoholfüggő volt. Különösen sok erőszakos haláleset történt. Új jelenség a droghoz „kapcsolt” halálesetek és a gyilkosság áldozatává váltak magas száma. Az előbbiben férfi-, az utóbbiban női túlsúly volt. Az öngyilkosság miatt elhunytak aránya 14,6%. Öngyilkossági kísérlet a betegek 22,4%-ánál fordult elő. Az elhunyt betegek többsége szakmunkás volt.

*Következtetések:* Az adatok alátámasztják azt az ismert tényt, hogy az addiktológiai betegek korábban meghalnak. A korábbi vizsgálatokkal ellentétben vezető halálok az erőszakos halál. Az öngyilkosságot elkövetők aránya meghaladja az országos öngyilkossági arányt, ám a korábban közölt arányszámokkal megegyezik, ami ezen populáció magas veszélyeztetettségére utal. Az erőszakos halál vonatkozásában további vizsgálatokat igénylő nemi eltérések észlelhetők.

Orv Hetil. 2019, 160(47): 1864–1871.

**Kulcsszavak:** alkoholfüggőség, kémiaiszter-függőség, öngyilkosság, nemi különbség

## Examination of the mortality data of patients, treated by the “TÁMASZ” Addictological Out-patient Clinic in Józsefváros (in Budapest, Hungary), who deceased in 2001–2018

*Introduction:* The analysis of the mortality data of patients is important.

*Aim:* Examination of data from patients treated in the Addictological Out-patient Clinic in Józsefváros and deceased between 2001 and 2018.

*Method:* Patients’ data originated from medical records. The national and Budapest data were from the publications of the Hungarian Central Statistical Office.

*Results:* The age of patients was  $52.85 \pm 11.81$  years for women and  $51.99 \pm 12.47$  years for men. Two-thirds, regardless of gender, were alcoholic. There were many violent deaths. A new phenomenon was the high number of drug- and murder-associated deaths. The former group was dominated by men. The latter group showed female dominance. The completed suicide rate was 14.6%. Suicide attempts occurred in 22.4% of patients. The majority of patients were skilled workers.

*Conclusion:* Data support the view that addict patients die earlier. Leading deaths, unlike previous investigations, were violent deaths. The rate of suicide was higher than the national rate, but it was the same as previously reported, indicating a high risk of this population. Gender differences were observed with regard to violent death, requiring further elucidation.

**Keywords:** alcohol addiction, substance addiction, suicide, gender difference

Kalapos MP. [Examination of the mortality data of patients, treated by the “TÁMASZ” Addictological Out-patient Clinic in Józsefváros (in Budapest, Hungary), who deceased in 2001–2018]. *Orv Hetil.* 2019; 160(47): 1864–1871.

(Beérkezett: 2019. június 18.; elfogadva: 2019. július 10.)

### Rövidítések

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; DSM = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve; GDP = (gross domestic product) bruttó hazai termék; GNP = (gross national product) bruttó nemzeti össztermék; DALY = (disability adjusted life years) egészségkárosodással korrigált életevek; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; SD = standard deviáció

Az addiktológiai betegségben szenvedők száma világszerte, ezen belül Magyarországon is, jelentős [1]. Miközben ez a betegpopuláció mind anyagi, mind pszichoszociális értelemben egyre nagyobb terhet ró a társadalomra, a jelenség maga egyszeres és, gyakran ideológiailag túlfűtött vitákat is provokál.

Az anyagi terhek arányait szemléltetendő néhány adat. A millenniumot követő években az ausztrál költségvetés a GDP 2%-át költötte ilyen természetű betegségek gyógyítására, míg a fejlődő országok a GNP 3–4%-át fordították lakosaik pszichiátriai és addiktológiai problémáinak kezelésére [2, 3]. Világviszonylatban a DALY 13%-át a neuropszichiátriai betegségek teszik ki, amelyekben belül meghatározó súllyal esnek latba az addikciós betegségek (alkohol, kábítószer, dohányzás), és az említett három szenvedélybetegséggel összefüggő halálzási arány 12,4% [1, 3, 4]. Becslések szerint az e szenvedélyekhez kapcsolódó életvesztés világviszonylatban 8,9% [1, 3]. A közép-európai régióban a teljes betegségteher 19,9–31,6%-át teszik ki a neuropszichiátriai megbetegedések, ezen belül is kiemelten az addikciós betegségek [5]. Magyarországon a mentálhigiénés problémák közgazdasági terheinek kétharmada a nagy szenvedélybetegségek – alkohol- és drogfogyasztás, valamint dohányzás – kiváltotta neuropszichiátriai zavarok költségeiből adódik [1].

Emellett, vagy talán éppen emiatt, az ezen körbe tartozó betegek társadalmi elutasitottsága jelentős, még szakmai körökben is [6–9]. Mindezek különösen igazak a már megbetegedett szerhasználók, az addiktológiai betegek, elsősorban az alkohol- és drogbetegek esetében.

Az addiktív szerhasználat a társadalmi költségek mellett jelentős anyagi terhet ró a szerhasználóra is. Ám ugyanakkor társadalmi szinten a kémia-szer-használók kezelése költséghatékony [10, 11]. A kezelési formák egyike az addiktológiai gondozás, amely csak akkor lehet hatékony, ha térben és időben könnyen elérhető, és a kezelés maga szakszerű [12].

Az egészségügyi ellátók körében általánosan elfogadott, hogy a kórbontani vizsgálat egyfajta visszajelzés a

klinikus részére, és ezáltal egyszeres és, gyakran ideológiailag túlfűtött vitákat is provokál. Klinikus részére, és ezáltal egyszeres és, gyakran ideológiailag túlfűtött vitákat is provokál. Klinikus részére, és ezáltal egyszeres és, gyakran ideológiailag túlfűtött vitákat is provokál.

Józsefvárosban az elmúlt negyven évben több felmérés készült az addiktológiai betegségek gyakorisága, azok lefolyása, a betegek pszichoszociális körülményei tekintetében és halálzási adatai vonatkozásában [9, 13–17]. Egy vizsgálat kivételével azonban mindegyik kutatás az alkoholproblémás betegekre koncentrált.

A jelen dolgozatban a Budapest VIII. kerületi „TÁMASZ” Addiktológiai Gondozóban kezelt és 2001 és 2018 közötti időszakban elhunyt betegek halálzási és demográfiai adatainak összehasonlító vizsgálatát tűztük ki célul.

### Betegek és módszer

A dolgozatban közölt ábrák és táblázatok a 2001. január 1. és 2018. december 31. között elhunyt, a gondozóban kezelt betegek adatait foglalják össze. A gondozóban nem addiktológiai problémával kezelt, de a jelzett időszakban elhunyt betegeket ( $n = 8$ ) ebben a vizsgálatban nem vettük figyelembe. A betegadatok a gondozó nyilvántartásából származnak. Az adatgyűjtés által felölelt periódus alatt a gondozóban 5 orvos dolgozott, és két gondozóvezető főorvos váltotta egymást (2001–2008, illetve 2008–2019; az utóbbi főorvos 2002-től már a gondozóban dolgozott).

A BNO-10 szerinti diagnózisokat a kezelőorvosok adták. Érdemes megjegyezni, hogy a jelentős szerhasználati átfedések miatt, mivel e szerek jól tudják helyettesíteni egymást [18], gyakori az alkoholproblémás, különösen az F10.20 diagnózisú betegek esetében a nyugtató szedése és az attól való függés, illetve a többi szer használata mellett a nyugtatók szedése, esetenként abuzálása. Így az F13.20 diagnózist csak azok a betegek kapták, akiknél más függőség nem fordult elő (1. táblázat). Minden más esetben, a fent leírtak észben tartása mellett, a kezelőorvosok által adott kezelési fődiagnózisok (3-as csoport a kódoláskor) szolgáltak az adatfeldolgozás alapjául.

A dolgozatban közölt országos, illetve budapesti adatok a Központi Statisztikai Hivatal hivatalos kiadványaiából – STADAT 1.1. és 6.1.7. – származnak.

Az eredmények, ahol ez helyénvaló, átlag  $\pm$  SD értéként kerülnek bemutatásra. Tekintettel a csoportonkénti száznál alacsonyabb betegszámra, a dolgozatban a betegek vonatkozásában %-os adatközlésre csak ott kerül sor,

1. táblázat | Az elhunyt betegek által elsődlegesen használt abuzív szerek mintázata

A fődiagnózis alapjául szolgáló abúzus	Férfi	Nő
Alkohol	63	25
abúzus F10.10	3	2
függőség F10.20	60	23
Opiátok	3	2
függőség F11.20		
Cannabis és származékai	2	0
függőség F12.20		
Nyugtatók és altatók	2	3
függőség F13.20		
Egyéb stimulánsok <sup>a</sup>	2	0
abúzus F15.10	1	0
függőség F15.20	1	0
Illékony oldószer (spray/szipózás)	2	0
függőség F18.20		
Többféle drog	9	3
függőség F19.20		
Összes elhunyt beteg	83	33

<sup>a</sup>Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ, designer drogok) besorolása ide történt.

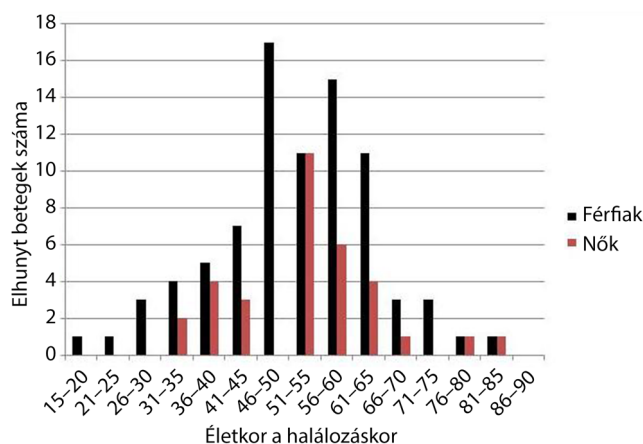
ahol az összes beteg körén belüli alcsoportok nagyságát adjuk meg. A szignifikanciaszámítás során a Student-féle t-próbát (kétmintás) alkalmaztuk, az elvárt szignifikanciaszint  $p < 0,05$  volt. (A próba alkalmazhatóságának eldöntésére az F-próba került alkalmazásra.)

## Eredmények

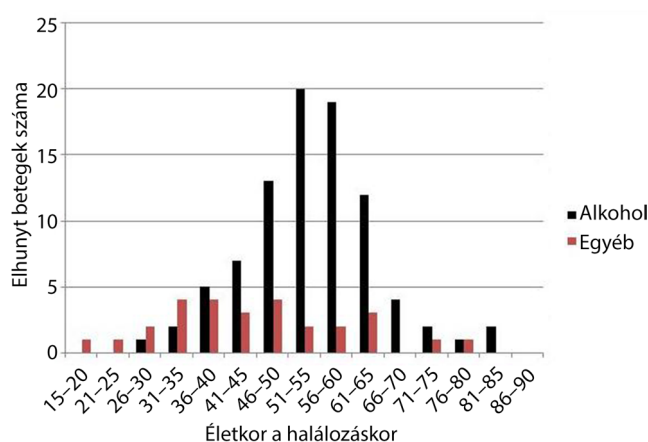
Korábban a gondozóban kezelt, elhunyt addiktológiai betegek átlagos életkora a halál bekövetkeztekor nők esetében  $52,85 \pm 11,81$  év ( $n = 33$ , terjedelem 31–84 év, medián érték 53 év), férfiak esetében  $51,99 \pm 12,47$  év ( $n = 83$ , terjedelem 19–84 év, medián érték 51 év) volt. A betegcsoport korosztály szerinti megoszlását nem szerinti bontásban az 1. ábra mutatja be.

A BNO-10 szerinti, a DSM-IV diagnosztikai kritériumain alapuló besorolás szerint az elhunyt betegek több mint kétharmada, nemtől függetlenül, alkoholfüggő volt (1. táblázat). Felmerült a kérdés, hogy a halálozáskori életkor tekintetében az alkoholfüggők eltérnek-e a többi szerfüggőtől (2. ábra). Nők esetében az alkoholfüggők, illetve az egyéb kémia szer-függőségekben szenvedők életkora a halál idején  $54,64 \pm 9,83$  év ( $n = 25$ ), illetve  $47,5 \pm 16,40$  év ( $n = 8$ ) volt. A hasonló adatok férfiak esetében  $54,51 \pm 10,60$  év ( $n = 63$ ), illetve  $44,30 \pm 14,33$  év ( $n = 20$ ) voltak. Bár az egyéb kémia szer-függőségben szenvedő elhunytak életkora 7–10 évvel alacsonyabb volt, mint az alkoholfüggőké, szignifikáns eltérés a két csoport között egyik nem esetében sem volt kimutatható.

A kémiai anyagok abuzív használata és a mentális zavarok gyakran együtt fordulnak elő [19].



1. ábra | Az elhunyt betegek életkor szerinti hisztogramja nemek szerinti bontásban



2. ábra | Az elhunyt betegek életkor szerinti hisztogramja a használt abúzus szerinti bontásban

A halálakor 65 éves, szakmunkás végzettségű beteget a gondozóban 13 éve ugyanaz az orvos kezelte. A gondozói kezelést megelőzően több alkalommal kezelték kórházi osztályon. Kírasi diagnózisai: szki-zoaffektív betegség, alkoholdependencia. Utóbb leszálalékolták, már leszálalékoltan került a gondozóba, miután a kórház, amely korábban járó betegként is kezelte, kezelését nem vállalta tovább. Anamnézisében két alkalommal megkísérelt suicidium szerepelt. Pater etilizált, egyebekben a családi anamnézis negatív. Nejevel élt eleinte együtt, majd külön költözött. Egy fiúgyermekük volt.

Kezelése során riszperidon  $3 \times 1$  mg és klonazepam  $3 \times 1$  mg alkotta a báziskezelést, ami esetenként antidepresszáns (tianeptin) egészült ki. Rendszeresen járt a gondozóba, évekig havonta, majd az utolsó négy évben kéthavonta. Olykor-olykor sörözött, de lerészegedés nem volt. Gyanakvása mindvégig megmaradt, de a kezelőorvossal kooperált. Az alacsonyabb fekvésű hangulat és kóros jelentőség tulajdonítás, enyhe grimaszolás mindvégig jelen voltak.

**2. táblázat** | A halálozás oka a VIII. kerületi gondozóban kezelt betegek esetén

A halál oka	Férfi	Nő
Erőszakos cselekmény	11	9
öngyilkosság	6	5
drogtúladagolás <sup>a</sup>	5	1
gyilkosság	0	3
Daganatos megbetegedés	5	3
tüdő	2	1
prosztata	1	0
nőgyógyászati	0	1
szájüregi	1	0
gyomor	1	0
nem specifikált	0	1
Cirrhosis <sup>b</sup>	4	1
májelégtelenség	2	1
nyelőcsővérzés	2	0
Egyéb tápcsatorna-betegség	5	0
gyomorvérzés	1	0
pancreatitis	4	0
Cardiovascularis	5	6
stroke	1	0
szívhalál <sup>c</sup>	4	6
Egyéb	2	1
pneumonia	0	1
tüdőembólia	1	0
szepszis	1	0
Nincs adat	51	13
Összes elhunyt beteg <sup>d</sup>	83	33

<sup>a</sup>Véletlen szertúladagolás (ismeretlen szer és/vagy ismeretlen helyen), illetve szándékolt (úgynevezett aranylövés).

<sup>b</sup>E helyen csak akkor szerepel a cirrhosis, ha a beteg halálában közvetlenül szerepet játszó szövödményről volt szó. Az elhunytak döntő részének volt májbetegsége.

<sup>c</sup>Myocardialis infarctus és cardialis elégtelenség.

<sup>d</sup>A férfi betegek közül 21, a nőbetegek közül 3 volt hajléktalan.

Diagnózisai: F2590/1 Nem meghatározott szkizoaffektív zavar, F1020/3 Alkohol okozta dependencia (szindróma), F4110/4 Generalizált szorongás, G2560/4 Gyógyszer indukálta és egyéb szervi eredetű ticek, K7090/4 Alkoholos májbetegség, k.m.n., E1490/4 Cukorbetegség k.m.n., N4000/5 Prostatatátültetés.

Az exitust megelőzően 8 nappal járt a gondozóban, panasa nem volt. A kezelőorvossal beszélt, receptet kapott, és két hónapra visszarendelték kontrollra.

Az exitusról. Otthonában találták fel (a feleség telefonált a gondozóba). Az idegenkezűséget kizárták. Sectio (a dokumentációt a családtag bemutatta) a halál okaként szívégtelenséget állapított meg, emellett általános érlemzesedést írt le. A toxikológiai vizsgálat eredményei: véralkohol 0,228 (g/l) %, 810,9 mg/ml koffein, 58,6 mg/ml 7-aminoklonazepam, 23 mg/ml riszperidon.

Az esetleírásból látható, hogy az úgynevezett kettős diagnózis – pszichiátriai betegség diagnózisa az addiktológiai diagnózis mellett – betegeink körében is előfordult.

**3. táblázat** | Az öngyilkosság súlya az összes haláleseten belül a teljes populáció, illetve a vizsgált betegkör esetén

Vizsgált időszak	A periódusra számított országos, átlagos évi öngyilkossági arány (%)	A vizsgált időszakban öngyilkosság miatt elhunyt gondozott addiktológiai betegek dolgozóiban közölt aránya (%)
1961–1970 <sup>a</sup>	2,81 ± 0,21% <sup>b</sup>	23,9%
1971–1975 <sup>c</sup>	3,17 ± 0,14% <sup>d</sup>	8,1%
1976–1980 <sup>e</sup>	3,32 ± 0,09% <sup>d</sup>	9,24%
2001–2018	1,81 ± 0,28% <sup>f</sup>	9,48% (drogosok nélkül) 14,6% (drogosokkal) <sup>g</sup>

<sup>a</sup>[13] alapján

<sup>b</sup>Enyhe emelkedés az adott periódusban.

<sup>c</sup>[14] alapján

<sup>d</sup>Jelentősebb emelkedés az adott periódusban.

<sup>e</sup>[15] alapján

<sup>f</sup>Markáns csökkenés az adott periódusban.

<sup>g</sup>Aranylövés, túladagolás is itt szerepel.

**4. táblázat** | Az elhunyt betegek iskolai végzettség szerinti megoszlása

Iskolai végzettség	Férfi	Nő
<8 általános iskola	2	1 <sup>a</sup>
8 általános iskola	10	8
Szaktanácsképző	30	7
Érettségi/technikum	15	5
Főiskola	4	2
Egyetem	8	3
Nincs adat	14	7
Összesen	83	33

<sup>a</sup>Ez az idősebb beteg írástudatlan volt.

Az elhalálozások okát illetően meglehetősen hiányosak az adatok, mert az ok az esetek jelentős részében nem volt felderíthető (2. táblázat). A táblázatban bemutatott adatokból is kiviláglik azonban az erőszakos halálesetek különösen magas aránya. A 2001–2018-as időszakban öngyilkosság miatt elhunyt, gondozott addiktológiai betegek aránya a teljes mintát tekintve 14,6%, míg csak az alkoholfüggő betegekre szorítkozva ez az érték 9,48% (3. táblázat). E tekintetben érdemes kiemelni, hogy az anamnesztikus adatok szerint öngyilkossági kísérlet 17 férfi beteg, illetve 9 nőbeteg esetében fordult elő, ami a teljes mintára vetítve a betegek 22,4%-át jelenti.

Az iskolai végzettség tekintetében az elhunyt betegek többsége maximum szaktanácsképzéssel rendelkezett (4. táblázat).

## Megbeszélés

Budapest VIII. kerülete, Józsefváros, lakosságának addiktológiai – döntően alkoholfogyasztási – szempontból történő vizsgálata mintegy ötvenéves múltat tekint vissza. A betegséggyakoriság és -lefolys, a betegek psi-

choszociális körülményei és halálozási adatai álltak a vizsgálatok középpontjában [12–17]. Bár a kerület lakosságának összetétele nem reprezentálja a budapesti lakosság összetételét, és Józsefvárost a közbeszédben, valamint a szakmai diskurzusokban is az addiktológiai szempontból fertőzöttebb kerületek közé sorolják, ez az egyetlen budapesti kerület, ahol a területi addiktológiai ellátók működéséről több évtizedre visszatekintően tudományosan dokumentált adatok állnak rendelkezésre. A közlemények e sora alkalmat nyújt összehasonlító vizsgálatokra is. A jelen dolgozatban a szerző a kerületi addiktológiai gondozóban kezelt és 2001–2018-as időszakban elhunyt betegek halálozási és demográfiai adatainak összehasonlító vizsgálatát tűzte ki célul.

Az elhunyt, korábban a gondozóban kezelt addiktológiai betegek átlagos életkora a halál bekövetkeztékor nők esetében  $52,85 \pm 11,81$  év, míg férfiak esetében  $51,99 \pm 12,47$  év volt. A jelzett időszakban Budapesten a várható élettartam nők esetében 76,52 évről 80,06 évre, míg férfiak esetében 69,28 évről 74,27 évre nőtt. (Az országos adatok 76,46-ról 78,99 évre, illetve 68,15-ről 72,40 évre történő növekedést mutatnak.) A hetvenéves kort mindösszesen hét beteg (6,03%) élte meg (1. ábra). A teljes népességre vonatkozó KSH-adatok szerint 2018-ban a magyar lakosság 12,78%-a volt hetvenéves vagy annál idősebb. Mindezen adatok együttesen alátámasztják azt a szakirodalomból is ismert tény, hogy az addiktológiai betegek korábban meghalnak, mint nem addiktológiai kortársaik [20, 21].

Bár a dolgozatban közölt adatok egybeesnek *Kollerits és mtsa* korábbi eredményeivel, mindazonáltal az lényegi eltérést jelent a korábbi közlésektől, hogy a jelen dolgozatban drog- és gyógyszerfüggő betegek adatai is szerepelnek (1. táblázat), míg a korábbi munkák csupán alkoholproblémás betegek adatait tartalmazták [13–15]. Az egyes addiktológiai kórképek – drog- és alkoholfüggés, dohányzás – gyakran társulnak egymással, és ehhez gyakorta társul a nyugtatófüggőség is. Ennek egyik oka, hogy e szerek jól tudják egymást helyettesíteni [18].

Az alkoholfüggőkre vonatkozó adatok mind a nők, mind a férfiak esetében magasabb halálozási életkort mutattak, szemben a nem alkohol-, hanem más kémiai szerfüggők (döntően kábítószerfüggők) hasonló adataival. Jóllehet az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak, feltehető, hogy ezen utóbbi csoport körében a halál fiatalabb életkorban következik be, mint az alkoholfüggő betegek esetében (2. ábra). Erre utalnak a nemzetközi vizsgálatok eredményei is [22].

Korábbi adatok szerint a józsefvárosi alkoholgondozóban kezelt betegek halálozásáért közel egyharmad arányban a cardiovascularis betegségek, közel ötödük hatodik esetében a májcirrhosis, illetve hatodiknál a daganatos betegségek voltak felelősek [13–15]. Ugyanakkor közel tizedük halála öngyilkosság miatt következett be [13–15].

A jelen dolgozat adatai a fentiek csupán részben erősítik meg. Jóllehet mind a cardiovascularis betegségek,

mind pedig a májcirrhosis, illetve a daganatos betegségek szerepelnek halálókként, a vezető halálok mégis az erőszakos okból bekövetkezett halál (2. táblázat). A vizsgálatokban észlelt adatok közötti különbségek okai az alábbiakban foglalhatók össze.

Korábban, miként munkáinkban a szerzők is utaltak rá [13–15], létezett a kötelező kezelés intézménye. Ez alapvetően az 1978. évi IV. törvény 76. §-án alapult, amelyet a hozzá kapcsolódó rendeletekkel együtt az 1990. évi XIV. törvény „Az alkoholista bíróság által elrendelt intézeti gyógykezelésének megszüntetéséről” 4. § (2) bekezdése hatályon kívül helyezte. Sőt a gondozó maga a Patológiai Osztállyal rendelkező Fővárosi Ballassa Kórház járóbeteg-ellátó intézménye volt, és e két tényező egyrészt magasabb betegszámot (így magasabb volt az elhunytak száma is), másrészt egyfajta szorosabb kontrollt és egyszersmind információáramlást is jelentett. E kapcsolat hiánya visszatükröződhet abban is, hogy a 2001–2018-as időszakban elhunyt betegek esetében – különösen a férfiak csoportjában – a halál oka tekintetében az esetek jelentős hányadában nem állt rendelkezésre információ (2. táblázat). Ha a kérdést tovább szálazzuk, akkor figyelembe kell venni, hogy a hajléktalanok száma a férfi és a nőbetegek között jelentősen eltért, ami a visszajelzések tekintetében mindenképp meghatározó, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a visszajelzések döntő hányada a családtól és nem hivatalos csatornákon érkezett (2. táblázat, esetleírás).

A halálesetek között az öngyilkosságot elkövetők aránya közel 10%, ami jóval meghaladja a periódusra számított évi átlagos, országos öngyilkossági arányt, és arányában megegyezik a korábbi dolgozatokban közölt arányszámokkal, illetve ami, tekintettel a nem ismert halálok magas számára, bizonyosan a valós szám alulbecslése (2. és 3. táblázat). Mindezek a számok különösen annak fényében tragikusak, hogy mindeközben a befejezett öngyilkosságok száma Magyarországon a hatékony terápiának köszönhetően csökkent [23].

Újdonságot jelent a droghoz „kapcsolt” halálesetek és a gyilkosság áldozatává váltak magas száma (2. táblázat). Ám míg az előbbiben férfitúlsúly észlelhető, a gyilkosságok áldozatai mind nők (2. táblázat). Mindezek a nemi eltérésekre hívják fel a figyelmet, és további vizsgálatokat igényelnek.

Az öngyilkossági esetek magas száma mellett jelentős volt az öngyilkosságot megkísérlők száma is, a teljes minta esetében 22,4%. Az öngyilkosság (kísérlet, befejezett) és a kémiai szer-használat, -függőség kapcsolata szoros; italozás a családban vagy a beteg anamnézisében rizikófaktor [24]. Epidemiológiai vizsgálatok szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők – az elkövetés módjától függően – 10–60%-a alkoholfüggő vagy abuzőr, továbbá az ilyen egyének nem elhanyagolható hányada, hozzávetőleg 40%-a, alkoholfogyasztást követően vagy alkoholosan intoxikált állapotban követte el tettét [1, 25]. Emellett úgy tűnik, hogy a suicidiumot elkövetők 40–70%-ánál pozitív a toxikológiai vizsgálat eredménye; a legjelentő-

sebb az alkohol, de más abuzív szerek (cannabis, benzodiazepin, opiátok, amfetamin) szerepe sem elhanyagolható [26]. Ha azonban csak a szertüladagolás miatt meghaltak adatait vesszük tekintetbe, akkor a vezető szerek az opiátok és a benzodiazepinek [26]. Másik oldalról, a jelen dolgozathoz jobban illeszkedő módon megközelítve a kérdést, élete során az alkoholfüggők negyede-fele kísérel meg öngyilkosságot, és 2–7%-a emitt exital [27]. A józsefvárosi adatok némileg magasabb rátát mutatnak a befejezett öngyilkosság vonatkozásában, mint a nemzetközi adatok. Ez a különbség adódhat a kisebb betegszámból, illetve abból, hogy magyar betegekről van szó, és minden csökkenés dacára, a suicidiumráta Magyarországon sajnos még mindig magas.

Az esetleírás megerősíti ugyan azt a szakirodalomból jól ismert jelenséget, hogy a kémiai anyagok abuzív használata és a pszichiátriai betegségek gyakran együtt fordulnak elő, a dolgozatban azonban pszichiátriai diagnózis szerinti alcsoportképzés nem történt. Bár összesen 116 beteg adatait dolgoztuk fel, ami elvileg egy ilyen alcsoport szerinti beosztást lehetővé tehetett volna, a 88 alkoholproblémás beteg mellett a kisebbik csoportba – F11.20–F19.20 (1. táblázat) – csupán 28 beteg került volna, ami csoportként néhány beteget jelentett volna. Továbbá a betegek jelentős hányadánál a gondozóba kerülés előtti időszakról nem állt rendelkezésre, illetve nem volt megszerezhető megbízható dokumentáció. Így a jelentős tünettani átfedés – például vonatkoztatás mind pszichiátriai betegség, mind kémiai szer-használat miatt kialakult állapot esetén előfordulhat – az anamnesztikus adatok bizonytalansága miatt a korrekt alcsoportokba sorolás gátját képezte.

Az alkohol- és drogfüggő betegek többségének komorbid testi és/vagy pszichiátriai betegsége is van, amelyre egyrészt csak kis részük kap adekvát kezelést – különösen, ha hajléktalan a beteg; ennek rendszerszintű és egyéni okai egyaránt vannak –, másrészt a komorbid állapotok kórjósolata rosszabb, kezelésük nehezebb [1]. Ez részben magyarázata lehet az addikt betegek körében észlelt magas öngyilkossági (kísérlet, befejezett) rátának (3. táblázat).

Iskolai végzettség tekintetében a korábbi közlemények adatai és a 4. táblázat adatai jó egyezést mutatnak [13–15]. Bár a skála az alig iskolázottságtól (beleértve az írástudatlanságot is) az egyetemi végzettségig terjed, a legnagyobb csoportot a szakmunkás végzettségűek csoportja adja (4. táblázat). Ebben az elmúlt évtizedekben nem történt változás, aminek okai nem kellően feltártak.

Nemzetközi vizsgálatok szerint az orvosok nehezen állítják fel az alkohol-drog betegség diagnózisát, és esetenként különböző fedődiagnózisokat adnak, nem is ritkán a család vagy a beteg nyomására, ugyanakkor hajlamosabbak szerfüggőséget diagnosztizálni, ha a beteg alacsonyabb társadalmi rétegbe tartozik [1, 28–30]. A gyógyszerfüggőség kialakulásában pedig jelentős a iatrogenia [1].

Bár a tekintetben vita van, hogy a társadalmi státusz milyen mértékben határozza meg a diagnózist, addiktológiai/pszichiátriai betegségek esetében az előítéletre épülő stigmatizáció mindenképp torzító tényezőként hathat [31–33]. A súlyos mentális egészségi problémák és a gyakran kórházi ápolásra szoruló betegségek prevalenciája magasabb a szegények és a hajléktalanok körében [34–37]. A hajléktalanok gyakrabban szenvednek krónikus pszichiátriai zavaroktól és/vagy kémiai szerfüggőségtől, mint a normálnépesség tagjai, ami felveti a tyúk-tojás dilemmát [34, 38]. Mintánkban is jelentős a hajléktalanok reprezentációja, különösen a férfiak esetében. Korábbi tanulmányok hajléktalanságról még nem tettek említést [13–15]. Összességében joggal feltételezhetjük, hogy a társadalmi tőke befolyással bír a mentálisan betegek, így az addiktológiai betegek sorsára is.

Tengerentúli vizsgálatok szerint a házi orvosok legtöbbször a rutinvizsgálatok során betegek alkohol- vagy drogfüggőségére rá sem kérdez, mert elvesztegetett időnek tartja azt az időt, amit a kémiai szer-fogyasztás feldeírására szánna [28, 29]. Egy korábbi, Józsefvárosban praktizáló házi orvosok és szakorvosok körében végzett, addiktológiai beteget ellátó attitűdjüket és tudásukat is vizsgáló önbevallásos kérdőív adatgyűjtés eredményeiből kiderült, hogy az orvosok túlnyomó többsége, ha felmerül, nem csupán rákérdez betegek kémiai szer-fogyasztására (a házi orvosok mindegyikére, míg a szakorvosok többségére igaz volt ez a megállapítás), hanem szakorvoshoz is irányítja a beteget [9]. Ezt a válaszok alapján kirajzolódó, az egyesült államokbeli helyzettől pozitív irányban eltérő viselkedést a mindennapi addiktológiai gyakorlat nem igazolja vissza [9]. A diszkrépancia a válaszok és a gyakorlat között több kérdést is felvet, az affektív/kognitív torzítástól az egyes orvosi szakágak művelői közötti kommunikáció zavaráig.

## Korlátok, következtetések és javaslat a jövőbeli irányokra

Egy betegség/káros szokás népesség körében való elterjedtségének ismerete nélkül nem lehetséges megfelelő programokat kidolgozni a betegség/káros szokás egészségügyi hatásainak kivédésére, illetve a már kialakult károsodás kezelésére. Hasonlóan fontos egy adott beavatkozás eredményének/eredménytelenségének visszajelzése. Az elhunyt betegek halálói adatainak elemzése a minta szintjén nyújtana lehetőséget a helyi szintű ellátás korrekciójára. Ami a korlátja, az egyben az erőssége is a tanulmánynak, egy adott kerületre vonatkozó adatokat mutat be. Ám így lehetőség nyílik több mint fél évszázad tendenciáinak áttekintésére. A dolgozatban bemutatott, a korábbiakkal összehasonlítva lötyögősebben működik a rendszer, ami a megalapozott következtetések levonásának egyik korlátja. Pedig a mortalitási adatgyűjtés a gondozási munka minőségének javítása tekintetében is fontos lenne! Ezért célszerű lenne a hazai lehetőségek mérlegelésével egy addiktológiai morbiditási adatgyűjt-

tési programot megvalósítani és egy addiktológiai beteg-regisztert létrehozni.

A fent leírtak dacára megerősítést nyert, hogy a kémiai-szer-függő betegek várható élettartama lényegesen alacsonyabb mind az országos, mind a budapesti átlagnál, és az elhunyt addiktológiai betegek többsége 30–70 éves kora között halt meg. Bár iskolai végzettség tekintetében a skála az alig iskolázottságtól az egyetemi végzettségig terjed, többségben a szakmunkás végzettségűek csoportja van. Vagyis, legalábbis a Józsefvárosban, az elmúlt 30–40 évben a halálozási mutatók javítása tekintetében előremozdulás nem történt. Ennek oka számos lehet, ám ha a szikár statisztikai adatokat nézzük, akkor azokból kiviláglik, hogy egyrészt az addikciós problémáktól szenvedők száma Magyarországon több százszázalékos populációt jelent, másrészt az is látható, hogy a gondozókban nyilvántartott alkoholproblémás betegek száma az elmúlt másfél évtizedben jelentősen csökkent, és e csökkenés különösen markáns a férfiak esetében [1, 12]. Emellett az egy naptári évben regisztrált drogproblémások 40–50%-a eltűnik a rendszerből [12].

De ha a gondozást igénylő addiktológiai betegek eltűnnek az addiktológiai ellátórendszerből, akkor felmerül a kérdés: végül is hol, ha egyáltalán (!), kerülnek be az egészségügyi ellátórendszerbe, és milyen eséllyel gyógyulnak?

Az addiktológiai betegek sikeres kezelése és ellátása multidiszciplináris gyógyító stáb együttműködését, a területi ellátók és alacsonyküszöbű szolgáltatók kooperációját igényelné! Jelenleg a rendszer a fragmentált ellátás irányába mozog, a betegutak esetlegessé váltak, ami nem csupán a betegbiztonságot és a hozzáférést veszélyezteti, de rontja az adherenciát is. Így egy *circulus vitiosus* alakul ki, ami vagy az addiktológiai betegek ellátatlanságához, vagy magasabb szintű egységek túlterheléséhez vezet. Ezért elkerülhetetlen a kerületi ellátók összevonása, ami a humán erőforrás egyfajta centralizációjával a betegbiztonságot is növeli.

*Anyagi támogatás:* A szerző anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

## Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetet mond *Mazurné Borbély Margit* és *Nemes Anna* adminisztrátoroknak az adatgyűjtésben nyújtott segítségükért.

## Irodalom

- [1] Kalapos MP. Introduction to addictology. [Bevezetés az addiktológiába.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2016. [Hungarian]
- [2] Shanahan M, Havard A, Teesson M, et al. Patterns and costs of treatment for heroin dependence over 12 months: findings from

the Australian Treatment Outcome Study. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 305–311.

- [3] WHO. Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva, 2003. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42823> [accessed: October 10, 2019].
- [4] GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 987–1012. Correction: *Lancet Psychiatry* 2019; 6(1): e2.
- [5] WHO. Mental Health Atlas – 2011, country profiles. World Health Organization, Geneva, 2011. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlasprofile](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasprofile) [accessed: October 10, 2019].
- [6] Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, et al. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med.* 2001; 76: 410–418.
- [7] Barth Á, Demetrovics Zs, Bodnár G. Knowledge of and attitudes toward drug addicts and their treatment among psychiatrists. [Drogfüggő betegek kezelésével kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata pszichiáter szakorvosok körében.] *Mentálhig Pszichoszomat.* 2007; 8: 179–192. [Hungarian]
- [8] Elekes Zs, Paksy B. Alcohol and other drug use among adults aged 18–54. [A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztása.] Kézirat, 2003. (Hivatkozás a Jelentés a magyarországi droghelyzetről című, 2004-es kiadványban) [Hungarian]
- [9] Kalapos MP. Investigation of the frequency of alcohol related problems in Józsefváros, Budapest. Data and conclusions of three surveys undertaken among doctors and out-patients. [Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban. Betegek és orvosok körében végzett felmérések eredményei.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 1263–1280. [Hungarian]
- [10] Cartwright WS. Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature. *J Ment Health Policy Econ.* 2000; 3: 11–26.
- [11] Popova S, Mohapatra S, Patra J, et al. A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8: 3351–3364.
- [12] Kalapos MP. To tend or not to tend? Why tending of addict clients is avoided whereas the social benefit of tending is higher than the cost of treatment? [Gondozni vagy nem gondozni? Ha a gondozás társadalmi haszna nagyobb, mint költsége, akkor miért nem valósul meg?] *IME* 2018; 17(2): 36–44. [Hungarian]
- [13] Kollerits I, Bálint I. Examination of death data of alcoholic patients. [Alkoholista betegek halálai adatainak vizsgálata.] *Alkoholológia* 1971; 2: 143–147. [Hungarian]
- [14] Kollerits I. Comparative study of mortality data of alcoholic patients. [Alkoholista betegek halálai adatainak összehasonlító vizsgálata.] *Alkoholológia* 1977; 8: 82–86. [Hungarian]
- [15] Kollerits I. A 20-year comparative study of mortality data of alcoholics treated in the out-patient clinic of the district of VIII. [A VIII. kerületi alkoholgondozóban kezelt betegek halálai adatainak 20 éves összehasonlító vizsgálata.] *Fővárosi Balassa Kórház Orvosi Közleményei* 1986; 20: 143–146. [Hungarian]
- [16] Kopp M, Ratkóczi É. Comparative psychiatric epidemiological study of two medical districts of Budapest, Józsefváros. [Budapest Józsefváros két orvosi körzetének összehasonlító pszichiátriai epidemiológiai vizsgálata.] *Társadalmi beilleszkedési zavarok bulletin.* 14. szám. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Budapest, 1989. [Hungarian]
- [17] Kalapos MP. 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) epidemic? [3,4-metilén-dioxi-pirovaleron (MDPV) epidémia?] *Orv Hetil.* 2011; 152: 2010–2019. [Hungarian]
- [18] Gerevich J. Aspects of out-patient treatment of drug users. In: Németh A, Gerevich J. (eds.) *Addictions.* [A drogfogyasztók

- ambuláns kezelésének szempontjai. In: Németh A, Gerevich J. (szerk.) Addikciók. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2000; pp. 52–72. [Hungarian]
- [19] McGovern MP, Lambert-Harris C, Gotham HJ, et al. Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: an assessment of programs across multiple state systems. *Adm Policy Ment Health* 2014; 41: 205–214.
- [20] Peterson B, Kristenson H, Sternby NH, et al. Alcohol consumption and premature death in middle-age men. *Br Med J*. 1980; 280: 1403–1406.
- [21] Just JM, Bleckwenn M, Schnakenberg R, et al. Drug-related celebrity deaths: a cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016; 11: 20.
- [22] Hjemstaeter AJ, Bramness JG, Drake R, et al. Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 101.
- [23] Rihmer Z, Gonda X, Kapitány B, et al. Suicide in Hungary—epidemiological and clinical perspectives. *Ann Gen Psychiatry* 2013; 12: 21.
- [24] Rihmer, Z. Suicide. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (eds.) Hungarian handbook of psychiatry. 3rd edition. [Öngyilkosság. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve. 3. kiadás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003; pp. 721–728. [Hungarian]
- [25] Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcow HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28(5 Suppl): 18S–28S.
- [26] Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC 3rd, et al. Toxicologic findings in suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky medical examiner cases. *Am J Forensic Med Pathol*. 2006; 27: 106–112.
- [27] Pirkola SP, Suominen K, Isometsä ET. Suicide in alcohol-dependent individuals. *Epidemiology and management*. *CNS Drugs* 2004; 18: 423–436.
- [28] Moore RD, Bone LR, Geller G, et al. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989; 261: 403–407.
- [29] McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et al. Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689–1695.
- [30] Kalapos MP. Introduction to alcoholology. [Bevezetés az alkoholológiába.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [31] Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 16–20.
- [32] Thornicroft G, Rose D, Kassam A, et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007; 190: 192–193.
- [33] Kalapos MP. Penrose's law: methodological challenges and call for data. *Int J Law Psychiatry* 2016; 49: 1–9.
- [34] Molnár G. The homeless health care services, with special respect to their psychological state. In: Glatz F. (ed.) Living situation, quality of life, dead-ends and ways out. [A hajléktalanok egészségügyi ellátása, különös tekintettel pszichés állapotukra. In: Glatz F. (szerk.) Élethelyzet-életminőség, zsákutcák és kiutak.] Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2002; pp. 137–161. [Hungarian]
- [35] Murali V, Oyeboode F. Poverty, social inequality and mental health. *Adv Psychiatr Treat*. 2004; 10: 216–224.
- [36] Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population based study in Sweden. *BMC Public Health* 2009; 9: 302.
- [37] Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, et al. Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS ONE* 2010; 5: e13214.
- [38] Fazal S, Khosla V, Doll H, et al. The prevalence of mental disorders among homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008; 5: e225.

(Kalapos Miklós Péter dr.,  
Budapest, Dámvad u. 18., 1029  
e-mail: mpkalapos@freemail.hu)

## MEGHÍVÓ

**A Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Tudományos Bizottsága**  
tisztelttel meghívja az érdeklődőket a következő tudományos ülésére, amelyet  
**az I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály és a Magyar Gasztroenterológiai Társaság** rendez.

Időpont: **2019. december 5. (csütörtök) 15 óra**

Helyszín: **Szent János Kórház Auditórium – 1125 Budapest, Diós árok 1–3.**

Téma: **„A Helicobacter pylori: aktualitások, érdekességek”**

Üléselnök: **Dr. Székely György és dr. Katona Márta**

### Program:

<i>Dr. Pogány Péter:</i> Helicobacter pylori asszociált gastritisek a patológus szemszögéből	15 perc
<i>Dr. Tóth Gábor Tamás:</i> Furcsa összefüggések: A Helicobacter pylori fertőzés és a gyulladásos bélbetegségek	10 perc
<i>Dr. Sike Róbert:</i> A Helicobacter pylori carcinogénitásának aktuális kérdései	10 perc
<i>Dr. Katona Márta:</i> A Helicobacter pylori eradikáció új szemlélete	10 perc
<i>Dr. Székely György:</i> A Helicobacter pylori, a mikrobiom és dysbiosis – tények és feltételezések	10 perc

### VITA – BÜFÉ

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.