

## A Magyar Pszichiátriai Társaság XXI. Vándorgyűlésének margójára

**Konferenciájára készül a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT): a szakma legjelentősebb tudományos seregszemléjére 2017. január 26-28. között Siófokon kerül sor. Arról, hogy milyen tervekkel, elképzelésekkel készülnek idei vándorgyűlésekre a pszichiáterek, Dr. Sós Évát, az MPT főtítkárárt, az MPT XXI. Vándorgyűlése Szervező Bizottságának tagját kérdeztük.**

### KIHÍVÁSOK ELŐTT A PSZICHIÁTRIA

**– Manapság sokat hallani egyes szomatikus betegségek népegészségügyi jelentőségéről, ám mintha kevesebb szó esne arról, hogy milyen társadalmi terheket generálnak a pszichiátriai megbetegedések. Hogyan látja a szakma ezt a kérdést?**

Napjainkban a pszichiátriai zavarok gyakorisága soha nem látott módon emelkedik. A WHO adatai alapján 2013-ban a tartós munkaképesség-csökkenés 21,2 százalékát világszerte a mentális zavarok okozzák. A depresszió gyakorisága 1990-2013 között 53,4 százalékkal nőtt, és ezzel az egyik vezető népegészségügyi problémává vált. Magyarországon ma ez a tartós munkaképesség csökkenés harmadik leggyakoribb oka. A mentális zavarok időzített gazdasági bombát is jelentenek: a depresszió önmagában az európai GDP egy százalékát emészt fel. A költségek 88 százalékát a mentális zavar miatti termelékenység-csökkenésből adódó gazdasági veszteség okozza, és csak a fennmaradó 12 százalék a közvetlen egészségügyi ellátásból fakadó kiadás. A mentális zavarok jelentősen növelik a szomatikus társbetegségek költségeit, ugyanakkor rontják ezek gyógyulási esélyeit is. A pszichiátriai megbetegedések tehát óriási egészségügyi terhet jelentenek, amely nemcsak a pszichiáterek vállát nyomja. A nagyszámú mentális zavarral küzdő beteg az egészségügy szinte minden színterén megfordul. Az ellátási kapacitás növelése mellett nagyon fontos volna a megelőzés, a preventív mentálhigiéné megerősítése. Hozzáteszem, érdemes volna megvizsgálni azt is, hogy milyen társadalmi folyamatok vezettek a pszichiátriai zavarok meredek emelkedéséhez.

**– Az ellátás iránti igény növekedésével párhuzamosan nyilván emelkedik az egészségügyi személyzet leterheltsége is. Hogyan éli meg ezt a pszichiátriai szakma?**

Egy nagy amerikai felmérésből kiderült, hogy az Egyesült Államokban dolgozó orvosok 54 százaléka kiegészítő szindrómával küzd. Egy másik, 47 országra kiterjedő, 170 ezer orvostanhallató véleményét összegző tanulmány szerint az orvosi pálya a depresszió független erős rizikófaktora. A mentálhigiénés prevenció tehát kiemelten fontos az egészségügyi

személyzet és ezen belül a pszichiáterek szempontjából is. A pszichiátria iránt megnövekedett igények több szakembert tesznek szükségessé. Nemcsak pszichiáterek hiányoznak az ellátórendszerből, hanem megfelelően képzett klinikai pszichológusok, szakápolók és szociális munkások is. Az ismert gyakori problémák – az egészségügyi bérezés, a munkakörülmények, a magyar szakemberek külföldre történő „elszívása” – mellett az ellátás jogi környezete is rendezésre szorul hazánkban. Az intézeti kötelező gyógykezelés szakmai tartalmának szabályozása teljesen hiányzik. A jogszabályok csak a korlátozó intézkedésekkel foglalkoznak, de arról egy szó sincs, hogy mit lehet tenni, ha már nem kell korlátozni a beteget, de a kezelése még indokolt lenne. Hiányzik az ambuláns kötelező gyógykezelés jogintézménye, emiatt minden szereplő – a beutaló és az osztályra felvevő orvos, az igazságügyi szakértő és a bíróság is – azonnali, kategorikus döntésre kényszerül. Aktív cselekvésre lenne szükség a biztonságosabb, jobban szabályozott jogi környezet megteremtése érdekében, ahol a beteg, a hozzátartozó és az ellátó is sokkal magasabb szinten tudna együttműködni.

**– Létezik tudományos fejlődés, ha a pszichiátriának az imént felsorolt ellátási problémákkal kell nap, mint nap szembenéznie?**

Talán részben a kihívások miatt is, a pszichiátria robbanásszerűen fejlődik. A modern orvosi képző eljárások és az emberi gondolkodás törvényszerűségeit vizsgáló pszichológiai módszerek fejlődésének eredményeként, a nem túl távoli jövőben, sok tekintetben olyan egzakt diagnosztikus eszközökkel rendelkezünk majd, mint a társ-orvostudományok. Mindeközben egyre fontosabbá válik a pszichiátriai zavarok közösségi megközelítése, amely a beteget minél inkább saját környezetében igyekszik kezelni, és az orvosi kezeléssel egyenrangú figyelmet szentel a betegek pszichológiai támogatására és készségfejlesztésére, illetve a betegek esélyegyenlőségére. A közösségi pszichiátriában számos szakember működik együtt: pszichiáter, klinikai pszichológus, gyógytornász, gyógytornász, szociális munkás, szakápoló, dietetikus és így tovább.

**– A közösségi ellátás megvalósulására láttunk már példát a cukorbetegség gondozásában. Miért lehet hatékony ez a megközelítés a pszichiátriai betegek ellátásában?**

Azért szorgalmazzuk a közösségi pszichiátria megerősítését, mert a team tagjai közösen többet tudnak tenni annak érdekében, hogy a beteg csak addig kapja a kezeléseket intézményesített keretek között, amíg az egészségi állapota azt szükségesé teszi. Hiszen a cél az, hogy a megszokott életét élhesse, a saját otthoni körülményei között tevékenykedhessen, és megkapja mindazt az orvosi, szociális és

egyéb támogatást, amelynek révén visszailleszkedhet a megszokott életébe, a közösségbe. Vagyis az akut szakaszon túljutva egy egész team segítse őt abban, hogy minél gyorsabban rehabilitálódjon. Ez különösen igaz a szkizofréniára, amely a vándorgyűlésünk egyik központi témája lesz. Mivel a szkizofrénia nem egységes körkép, különböző lehet a lefolyása és a perspektívája is. Mi mindegyik esetben azt tartjuk szem előtt, hogy megfelelő gyógyszeres kezelés és közösségi ellátás mellett a lehető legjobb életvitelt tudjuk biztosítani a betegek számára.

#### **– Milyen egyéb fő témákra fókuszál az idei konferencia?**

A XXI. Vándorgyűlés mottója: „A pszichózisok változó arca”. Erre a vezérfonalra fűztük fel mind a plenáris, mind a szekciós programját. A pszichózisok eredete sokféle lehet, így a diagnózis és a betegség szerinti hovatartozása nagyon különböző. A legközismertebb körkép a szkizofrénia, bár inkább hitek és tévhitek élnek a laikusok fejében a betegségről, mint helytálló információk. Ennél is gyakoribb mentális zavar a bipoláris hangulati zavar, amelyet a szélsőséges hangulati ingadozás jellemez. A harmadik fő csoportot a napjainkban egyre gyakoribbá váló, drog indukálta pszichózisok képezik, és tárgyalni fogjuk a főként időskorban jelentkező, demencia tünetegyüttesel gyakran szövődő neuropszichiátriai tüneteket, így a pszichotikus tüneteket is.

### **A SOKARCÚ SZKIZOFRÉNIA**

#### **– Megnevezheti a diagnózis felállítását a szkizofrénia sokféle megjelenési formája?**

A szkizofrénia körismézése nem jelent különösebb problémát, mivel egy nemzetközi szakértőkből álló grémium által kidolgozott kritériumrendszer segíti a diagnózis felállítását. A sokarcúság inkább arra vonatkozik, hogy a tünetek összetétele és a betegség lefolyása is eltérhet. Az esetek körülbelül 15-20 százalékában mindössze egy alkalommal következik be szub, és azt követően nem jelentkezik több akut szakasz. Olyan körlefolást is ismerünk, ahol ugyan többször jelentkezik akut szakasz, de a köztes időszakokban a beteg a korábbi, normális életvitelt tudja folytatni, és nincs semmilyen maradványtünete. Vannak olyan esetek is, amelyek maradványtünetekkel, az úgynevezett negatív és a kognitív tünetek fokozatos romlásával, esetenként affektív tünetekkel járnak.

#### **– Hányféle tünetcsoport különböztethető meg a szkizofréniában?**

Jellemzően négyféle tünetcsoportról beszélünk. Az ún. pozitív tünetek valamiféle többletet jelentenek a beteg betegség előtti, egészséges állapotához képest, például nyugtalanság, téveszme, hallucináció jelentkezhet. Ezzel szemben a negatív, vagy mínusz tünetcsoport azt jelenti, hogy valami hiányzik a betegség előtti, korábbi állapotból. Hiányozhat például a késztetés, hogy a beteg elvégezze a munkáját, megfelelő kapcsolatot teremtsen az emberekkel. A negatív tünetek túlsúlya esetén a beteg érzelmileg kiüresedhet, elfogy belőle a motiváció. A beteg környezete általában riasztóbb-

nak tartja a pozitív tüneteket, hiszen azt érzékeli, hogy a hozzátartozója megváltozott, mintha más világban élne, különös dolgokat mond, olykor indulatos, akár félni is kell tőle. Kétségtelenül vannak olyan állapotok, amelyekben a beteg ön- és közveszélyes lehet, de a statisztikák szerint a pszichotikusok nem követnek el több kriminális esetet, mint az egészségesek. A családtagokat tehát inkább a pozitív tünetek riasztják, ugyanakkor a vizsgálatok azt mutatják, hogy hosszú távon a betegek sokkal inkább a mínusz tünetektől szenvednek. Ezek azok a tünetek, amelyek hosszútávon a leg súlyosabban gátolják a beteget abban, hogy elvégezze a munkáját, párkapcsolatot létesítsen, normál családi életet éljen, és végigfussa azt az életpályát, amelyet esetleg megálmodott magának. Mindehhez hiányzik belőle a hajtóerő. A közösségi élethez szükséges készségek és késztetések megfogycsökkenésével a beteg fokozatosan elmagányosodik, izolálódik, és egyre inkább a saját belső világában él. A harmadik a kognitív tünetcsoport, amely a gondolkodási, értelmi funkciók, magasabban szervezett idegműködés károsodott voltára utal. Csökkenhet a memória, a reakcióidő és a koncentrációképesség, sérülhet a problémamegoldó képesség. A negyedik az affektív tünetcsoport, ami legtöbbször depressziós hangulatzavar, illetve szorongás. Ha ez a tünetcsoport domborodik ki, megnő az öngyilkossági veszélyeztetettség. Krízist idézhet elő az is, amikor a beteg felépül az akut szubból és tájékozódik, utánanézi a betegségének, és szembesül azzal, hogy komoly betegsége van, amely egész életére kihatással lehet. Ezért az affektív tünetekkel szövődött állapot fokozott kihívást jelent a beteg és a kezelőorvos számára.

#### **– Az elmondottak alapján jól érzékelhető, hogy a szkizofrénia sokarcúságát a tünetcsoportok egyenként változó kombinációja jellemzi. Képes követni a gyógyszeres kezelés ezt a sokszínűséget?**

A szkizofrénia kezelése igen érdekes történeti ívet mutat. A középkorban a társadalom félreértette, az egyház üldözte és boszorkányként megégette a szkizofréniás betegeket. A későbbi századokban is kirekesztették, a városon kívül helyezték el, bezárták és leláncolták ezeket a betegeket. Az 1800-as évek elején Philippe Pinel francia pszichiáter felszabadította béklyójukból a pszichotikus betegeket, és újfajta megközelítést, kezelési módokat alkalmazott. Munkássága a szkizofrénia korszerű kezelésének korszakát nyitotta meg, ám az igazi áttörést a pszichofarmakonok későbbi kifejlesztése hozta meg. Az első neuroleptikum 1952-ben jelent meg, majd az első generációs antipszichotikumokkal bővült a terápiás paletta. Ma már a második és harmadik generációs, atípusos antipszichotikumok korszakát éljük. A legújabb készítmények nagy előnye, hogy mind a négy tüneti csoportban hatékonyak lehetnek. Nem csak a pozitív tünetek ellen hatásosak, hanem a kognitív károsodás ellen is jobban védik a beteget. A kedvezőbb mellékhatás-profil és az, hogy ma már egy, illetve háromhavonta egyszer beadandó injekciós készítmény is elérhető, nagymértékben hozzájárul a compliance javulásához. A szakma számára a legnagyobb kihívást a negatív és kognitív tünetek, illetve a maradványtünetek kezelése jelenti. Szerencsére már léteznek olyan gyógyszere-

rek, amelyek ezen a területen is eredményesebben alkalmazhatók.

**– Milyen a betegek gyógyszerhasználattal kapcsolatos attitűdje?**

A gyógykezeléssel való együttműködés, az adherencia kérdése szintén nagy kihívás elé állítja a szakmát. A felmérések azt mutatják, hogy a krónikus betegségben szenvedőknek – akiknek élethosszig kellene szedniük a gyógyszerüket – egy év távlatában csak a fele van terápian. Ez tapasztalható a szomatikus betegségeknel – például a hipertóniában és a zsíryanycsere-zavarokban – is, ám a szkizofrénia esetében még ennél is rosszabb a helyzet. Amikor ugyanis elindul a betegség, a betegek nincsenek tudatában a betegségüknek, így érthető módon elutasítják a kezelést. Ha pedig – jobb esetben – elfogadják a kezelést, gyakran kell mellékhatásokkal megküzdeniük. Mindennek következtében a szkizofrénias betegeknek az átlagosnál is rosszabb a gyógyszeres kezeléssel való együttműködési hajlandósága. A kezelőszemélyzet – a szakorvos, a szaknővér, a szociális munkás – feladata, hogy elmagyarázza a betegnek, miért fontos szednie a gyógyszert, és hogyan kell kezelni az esetleges mellékhatásokat. A betegnek meg kell értenie, hogy akkor tudja biztosítani magának hosszú távon a legjobb életminőséget és perspektívát, ha együttműködik a gyógykezeléssel.

**– Milyen következményekkel járhat a gyógyszer elhagyása?**

Elsősorban a pszichés állapot romlását, a tünetek visszatérését okozza az önkényesen abbahagyott gyógyszeres terápia. Irodalmi adatok szerint a nem megfelelő gyógyszereszedés rontja a betegség prognózisát, azaz nagyobb arányban fordulhatnak elő negatív tünetek, maradványtünetek a kórlefordulás során. Ennek következtében a terápiát negáló beteg fokozatosan elszigetelődik, és nehezebben látja el a munkáját, mivel károsodnak a végrehajtó funkciók és a kellő motiváció is hiányozni fog. A terápiahűsre, a jó együttműködésre szerencsére számos jó példa is van. Ilyen példa egy informatikus fiatalember esete, aki vándorgyűlésünk sajtótájékoztatóján tapasztalati szakértőként közreműködve elmondta, hogyan éli meg évek óta tartó betegségét. Mint arról beszámolt, nem mindig szedte rendszeresen a gyógyszereit, aminek következtében többször tapasztalt visszaesést. Ráébredt, hogy csak folyamatos együttműködéssel és gyógyszereszedéssel tarthatja egyensúlyban az állapotát, így megtarthatta munkáját és folytathatta korábbi, megszokott életvitelét. Ezzel a betegséggel jelenleg is a képzettségének megfelelő munkakörben dolgozik és külföldi kiküldetése, munkavégzése során is helytállt. Kiemelendő pozitív példa, hogy ebben külföldi székhelyű munkáltatója is támogatta.

**– Mindehhez nyilván szükséges a társadalom pozitív, támogató hozzáállása is...**

Így van. A családtól kezdve a munkahelyen át, a beteg környezetében mindenkinek empatikus, támogató magatartást kell tanúsítania. Ha a beteg ezt megkapja, nagyobb eséllyel küzd meg a betegségével, és személyes vágyait, terveit is megvalósíthatja. Szép és tanulságos élettörténet John Nash matematikus professzor esete, aki paranoid szkizofré-

niában szenvedett, történetét az „Egy csodálatos elme” című Oscar-díjas film örökítette meg. A professzor számára nagy kihívást jelentett a betegsége, sokat szenvedett az első generációs gyógyszerek mellékhatásaitól, mindemellett egész életében dolgozott, munkásságáért közgazdasági Nobel-díjban részesítették. Díszvendégként jelent meg az Amerikai Pszichiátriai Társaság 2004-ben tartott kongresszusán, 86 évesen hunyt el autóbaleset következtében 2015-ben.

## EGYÉB PSZICHÓZISOK

**– Mi áll a szkizofrénia kialakulásának hátterében?**

A szkizofrénia kialakulása nem vezethető vissza egyetlen okra. A genetikai hajlamtól a személyiségen át a kora gyermekkori negatív hatásokig többféle tényező együttállása idézi elő a betegséget. A genetikai sérülékenység, a kimutatható családi halmozódás, a veleszületetten introvertált személyiség és a gyermekkori negatív hatások – a szeretetlen, rideg családi légkör vagy éppen a szülők túlbiztosító nevelési módszere – mind-mind közrejátszhat a betegség kifejlődésében. Manapság erősen színezi a képet a droghasználat. A klinikai gyakorlatban egyre gyakrabban találkozunk drogindukált pszichózissal, ezért a vándorgyűlésünkön kiemelten foglalkozunk ezzel a kérdéssel. Miről is van szó? A pubertáskorban és a 20-as évevekben induló kórformáknál előfordulhat, hogy az a fiatalember, akinél még nem diagnosztizálták a szkizofrénia, de valamilyen sérülés, vagy eltérés már jelen van, megérzi, hogy valami nincs rendben vele, és a droghoz nyúl. A droghasználat viszont provokálhatja, berobbanthatja a betegséget. Meglevő sérülékenység, biológiai predispozíció esetén a betegség a droghasználat miatt manifesztálódhat. E hajlam nélkül valószínűleg nem alakul át a droghasználat indukálta pszichózis szkizofréniaivá, különben – logikus módon – a napjainkban széleskörűvé váló droghasználat folytán a szkizofrénia előfordulása növekedő tendenciát mutatna. Ezzel szemben azt látjuk, hogy a szkizofrénia prevalenciája – amely gazdasági viszonyoktól, társadalmi berendezkedéstől és országhatároktól függetlenül a világon mindenhol körülbelül egy százalék – nem emelkedik. A drogindukálta pszichózisok a szkizofrénia pozitív tüneteire emlékeztető téveszmékkel, hallucinációval, nyugtalansággal, agresszivitással járhatnak, ám a lezajlást követően nem fejlődik ki szkizofrénia. A drogindukálta pszichózis tehát nem egyenlő a szkizofréniaival.

**– Milyen egyéb mentális zavarok okozhatnak pszichózist?**

A szkizofrénianál is gyakoribb mentális probléma a szélsőséges hangulati ingadozással jellemezhető bipoláris hangulati zavar, amelynek előfordulása a lakosság 2-4 százalékában figyelhető meg. A normál fekvésű hangulatot kóros kilengések szakíthatják meg: hol lefelé, a depressziós hangulat, hol felfelé, az úgynevezett hipománia vagy mánia irányába. Régebben a bipoláris (hangulati, vagy affektív) zavart mániás depresszióknak nevezték, jelezvén a hangulati eltérés lehetséges két végletét. A betegség kezdeti szakaszában általában a depressziós tünetek dominálnak, és sok esetben

a hangulati emelkedettség kevésbé látványos és nyilvánvaló. Ezért gyakran félrediagnosztizálják, inkább depresszió gyanánt kezelik a betegséget. Ha a két pólus kifejezett, a hangulati emelkedettség, a mániás fázis szakaszában a betegek megdöntetlen döntéseket hozhatnak, amelyek következményei súlyos hatással lehetnek a későbbi életükre. A bipoláris hangulatzavar adekvát kezelése az aktuális hangulati eltéréshez illeszkedő gyógyszer, az antidepresszívum, vagy antipszichotikum és emellett kötelező eleme a fázisprofilaktikus gyógyszerek alkalmazása, amely a normál hangulati állapotban is alkalmazandó. A kezeletlenül maradt esetek súlyos következményekkel járnak. Magas a válások aránya, a beteg elveszíti (elveszítheti) a munkáját, gyakori lehet a munkahelyváltás. A beteg előbb-utóbb csak a végzettségénél alacsonyabb készségeket igénylő munkát kap, gyakori az egzisztenciális romlás. Komoly függőségek – alkoholizmus, dohányzás, droghasználat – és testi betegségek alakulhatnak ki. A betegség jellegéből eredően, a tünetek hatása alatt, valamint a társas kapcsolatok elvesztése és az egzisztenciális romlás miatt a kezeletlen, vagy elégtelenül kezelt bipoláris zavar súlyos öngyilkossági kockázattal jár.

Gyakran kísérik neuropszichiátriai tünetek a demenciákat is. Ilyen tünet lehet például a hiperaktivitás (nyugalanság, ingerlékenység, agresszivitás, a gátlások hiánya, rendellenes motoros tünetek), az affektív zavarok (depresszió, szorongás), pszichotikus tünetek (téveszmék, hallucinációk) vagy delírium. A demencia egy tünetegyüttes, amelyet szerzett kognitív deficit, viselkedési és érzelmi zavarok jellemeznek. A gondolkodási-értelmi funkciók progresszív leépülése jelentősen korlátozza a beteget mindennapi tevékenységében, családi szerepeiben és más társas funkcióiban. A globális kognitív károsodás egyebek között a memóriát, a tájékozódás és koncentráció képességét, a nyelvhasználatot, a közreműködéshez szükséges készségeket és a végrehajtó funkciókat érinti. Többféle, különböző etiológiájú demenciával járó kórkép ismert – ilyen például az Alzheimer-kór, a vaszkuláris

demenciák, vagy a Parkinson-kór előrehaladott fázisához gyakran társuló kognitív deficit. Vannak egyéb ritkább kórképek, amelyek neuropatológiai háttere, kórlefordása és a tünetek megjelenése eltérő. Maga a kórélettani folyamat, az agyi degeneratív elváltozás, illetve a beteg környezetével, ellátatlanságával, ki nem elégített alapszükségleteivel kapcsolatos körülmények is közrejátszhatnak a neuropszichiátriai tünetek kialakulásában. A Biológiai Pszichiátriai Társaságok Világszövetségének (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP) irányelvei három célkitűzést nevesítenek, amely közül legalább egy valamennyi demencia esetre alkalmazható. A veszélyeztetett személyeknél, vagy az enyhe kognitív zavarban szenvedőknél az állapotromlás, a betegség kifejlődésének a megakadályozása a cél. A demencia szindróma tüneti kezelése arra irányul, hogy javuljon, vagy stabilizálódjon a még meglévő kognitív státusz és a beteg gondozója el tudja látni a rá háruló feladatokat. Súlyosabb esetekben a tünetek progressziójának késleltetése és a hanyatlás minimalizálása a feladatunk.

**– Az elmondottakból kitűnik, hogy a pszichózással járó kórképek ellátása komoly kihívás elé állítja a pszichiátriát. Az MPT vándorgyűlése jó alkalmat teremt az ezzel kapcsolatos tapasztalatok kicserélésére, az ismeretek bővítésére, egyben a kollegiális kapcsolatok ápolására is. Hagyományosan ez a rendezvény szolgál színterül a kiemelkedő teljesítményt nyújtó kollégák díjazására is. Idén kik részesülnek elismerésben?**

A Díjbizottság idén Túry Ferenc professzort és Dr. Boncz Istvánt jelölte az Oláh Gusztáv életmű díjra. Nyíró Gyula díjban részesül Dr. Németh Attila a „Művészek és pszichopatológia” című könyvéért, valamint Kuritárné Szabó Ildikó az „Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna – A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia” című könyvéért. Társaságunk Vikár György díjban részesíti Felházi Anettet a Pszichoterápia folyóiratban közölt „Hitelesség a terápiás kapcsolatban” című publikációjáért.

*Boromisza Piroska*

## NÉVJEGY



**Dr. Sós Éva** 1982-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudomány Karán. A végzést követően az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben kezdett dolgozni. 1989 és 1992 között a Jahn Ferenc Kórház II. Pszichiátriai osztályán dolgozott, amely krízis, neurózis és addiktológia profillal működött. 1986-ban pszi-

chiátria, 1994-ben addiktológia szakvizsgát tett. 1992-től 2011-ig a gyógyszeriparban dolgozott, közép, majd felsővezetőként, leghosszabb ideig marketing területen. 2004-ben MBA szakos menedzser diplomát szerzett a Budapesti Corvinus Egyetemen, 2011-ben politikai kommunikációs elemző képzettséget szerzett. 2013-tól saját cégében dolgozik, ahol elsősorban terápiátámogató adherencia programok kidolgozását és megvalósítását végzik. 2014 júniusától a Magyar Pszichiátriai Társasága főtájkára.