

Prof. dr. Bitter István

## A pszichiátria elmúlt 20 évének főbb eseményei és eredményei: 1993–2013

Az elmúlt 20 évben jelentősen nőttek a mentális betegségek okozta terhek és felgyorsult a klinikai idegtudományok integrációja. Amikor az 1990-es években megjelentek az első közlemények arról, hogy 2020-ra az iszkémiás szívbetegség után világszerte a depresszió, pontosabban az unipoláris major depresszió lesz a második legnagyobb társadalmi teher – direkt és indirekt költségeket okozó betegség –, sokan kételkedtek és kevesen vették komolyan.

**Kulcsszavak:** PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁS, PSZICHOFARMAKOLÓGIA, GYÓGYSZERKUTATÁS, DEPRESSZIÓ, ÖNGYILKOSSÁG, HUMAN GENOME PROJECT



**A** 2020-ra jóslott változások azonban sokkal hamarabb bekövetkeztek. Az Európai Unió 2010-es adatai szerint az agyi – mentális és neurológiai – rendellenességek azévi összes költsége 514 milliárd lakosra (EU-tagországok, Izland, Norvégia és Svájc) becslések szerint 798 milliárd euróra volt tehető, ami meghaladta a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a reumatoid artritisz és a krónikus obstruktív tüdőbetegség által együttesen okozott költségeket! A European Heart Network a szív-ér rendszeri betegségek költségeit

192 milliárd euróra (<http://www.ehnheart.org>), a daganatos betegségek költségeit 150 és 250 milliárd euró közötti összegre (<http://www.comparatorreports.se>), a cukorbetegség közvetlen ellátási költségeit pedig 20 és 83 milliárd euró közé teszi. A reumatoid artritisz évi költsége 25 milliárd euró (<http://www.comparatorreports.se>), míg a krónikus obstruktív tüdőbetegségé 39 milliárd.

Az agyi betegségek terheinek közös megjelenítése csak egyik jele a klinikai idegtudományok integrálását célzó folyamatnak, melynek keretében a neurológia, a pszichiátria és több más szakma, pl. gyermek- és ifjúságpszichiátria,

idegsebészet, klinikai pszichológia, neuroradiológia, klinikai elektrofiziológia oktatását és művelését számos egyetem klinikai idegtudományi intézetébe vonták össze. Ez az integráció a klinikai kutatások, az idegtudományi alap kutatás és további területek – pl. pszichológiai kutatások vagy gyógyszerkutatás – hatékonyabb együttműködését tette lehetővé, magasabb szintű oktatást és korszerűbb betegellátást eredményezett, mint amelyet a hagyományos egy-egy diszciplínára fókuszáló különálló tanszerek valósíthattak meg. A klinikai idegtudományi intézetek kialakítására hazánkban is megérttek a feltételek.

## A pszichiátriai ellátás átalakulása az elmúlt 20 évben

Az elmúlt 20 évben felgyorsultak azok a folyamatok, melyeket a „deinstitutionalisation” (lényegében a nagy pszichiátriai intézetek bezárása) folytatása, egyes országokban befejezése és a közösségi pszichiátria (lakossághoz közeli komplex, integrált pszichiátriai és szociális ellátások) előretörése jeleznek.

A nagy intézetek bezárása évtizedek óta folyik világszerte. Számos, a szakirodalomban is jól dokumentált tapasztalat gyűlt össze arról, hogy ez a sokak által kívánt és/vagy követelt pozitív folyamat milyen nehézségeket okozhat, ha nem jól tervezetten, a betegek érdekeit figyelmen kívül hagyva zajlik, mint ahogy ez pl. Magyarországon történt az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI; a „Lipót”) bezárásakor. A betegek érdekei közé tartozik olyan elemi feltételek biztosítása is, mint pl. az, hogy minden beteg feje felett legyen fedél akkor is, ha a krónikus osztályokat bezárják.

A pszichiátriai ellátás egyre jobban integrálódik az általános orvosi ellátásba: a pszichiátriai osztályok „általános”, több betegségre szakosodott kórházakban vannak, s ugyanez vonatkozik a szakrendelésekre is. A családorvosok képzése és részvétele a pszichiátriai betegségek ellátásában összességében nem felel meg a pszichiátriai betegségek családorvosi gyakorlatban való előfordulási gyakoriságának, hisz az ilyen problémákkal küszködő betegek a családorvosi praxisokhoz fordulók közel felét teszik ki. Különösen gyakori a családorvosi rendeléseken a krónikus szomatikus betegségekkel együtt előforduló depresszió és az idős betegek demenciája.

A közösségi pszichiátria igazoltan hatékony ellátási forma, a krónikus és súlyos pszichiátriai betegségek esetében pedig jelenleg a leghatékonyabb járóbeteg-ellátási formának tekinthető. Alapgondolata: hogy a beteget a lakóhelyükhöz közel lássuk el, szükség esetén az otthonukban keressük fel őket. A közösségi pszichiátriai ellátó teamekben egészségügyi és szociális szakemberek együtt vesznek részt – ez jobban megfelel a krónikus pszichiátriai betegségben szenvedők igényeinek, mint a hagyományos, egymással alig kommunikáló egészségügyi és szociális rendszerek útvesztői. Az Európai Unió a mentális egészséggel és betegséggel kapcsolatos egészségügyi ellátással foglalkozó dokumentumaiban kiemeli a közösségi pszichiátriai ellátás fontosságát. Magyarországon elkezdődött a pszichiátriai betegek közösségi szociális ellátásának kiépítése, azonban ennek a rendszernek – ritka kivételektől eltekintve – hiányoznak vagy gyengék a kapcsolatai az egészségügyi ellátórendszerrel. E cikk írásakor már eldőlt, hogy a Norvég Alap támogatást ad annak a projektnek, amelynek célja a hazai egészségügyi és szociális ellátások koordinálása a pszichiátriai betegek jobb gondozása érdekében. A projekt keretében olyan koordinátorokat képeznek, akik segíteni tudnak a kórházi kezelésben részesülő pszichiátriai betegeknek abban, hogy a távozásuk után a szükségleteiknek megfelelő egészségügyi és szociális ellátásokban részesülhessenek. Ez a projekt azon kívül, hogy konkrétan segíti elsősorban a kórházi kezeléseket után a pszichiátriai betegek jobb ellátását és rehabilitációját, felgyorsíthatja a hazai közösségi pszichiátriai ellátás fejlesztését, fejlődését is.

E közleménynek nem lehet feladata a hazai pszichiátriai ellátás helyzetének elemzése, az érdeklődőknek az irodalomjegyzékben szereplő Állami Számvevőszék jelentést és az *International Review of Psychiatry* idézett közleményét ajánlom. Két dolgot azonban az elmúlt 20 év pszichiátria történetével foglalkozó hazai közleményben ki kell emelnem. Az egyik az OPNI bezárása, a másik az öngyilkossági halálozás csökkenése.

2007-ben az OPNI-t szakmai és társadalmi tiltakozás ellenére megszüntette a Kormány. A fekvőbeteg-ellátás jelentős részét (a fent leírt deinstitutionalizáció és a közösségi alapú ellátások fejlesztésével ellentétesen) a már meglévő, amúgy is nagy kapacitású kórházakba helyezték át. Ezek közül az egyik a Merényi Gusztáv Kórház volt, amelyről az OPNI-ban – annak bezárása előtt – tartott kihelyezett országgyűlési bizottsági ülésen az akkor ellenzéki szakpolitikus, Mikola István elmondta: ő azt a kórházat megtekintette és emberi tartózkodásra alkalmatlannak találta. Az OPNI szervesen fejlődött a 19. századi alapítása óta, bezárásakor számos területen (a teljesség igénye nélkül: pl. bipoláris zavarok, epilepszia, stroke, képalakító eljárások, klinikai pszichológia, neuropatológia, gyógyszerek plazmaszint-meghatározása terén) az ország vezető vagy kiemelkedő intézménye volt, több egyetemi tanszéknek/tanszéki csoportnak adott otthont. Az OPNI épületei felújításra szorultak, működése korszerűsítésre: mindkettőre az OPNI munkatársai több tervet is készítettek, amelyek érdemi tárgyalására nem került sor.

A másik fontos dolog az elmúlt 20 évből a hazai öngyilkossági halálozás csökkenése. Magyarországon a 80-as évek közepétől kezdődően né-

hány kiemelkedő hazai kutató munkásságának köszönhetően lehetővé vált az affektív betegségek és az öngyilkossági kockázat jobb oktatása, felismerése/diagnosztikája és kezelése. Név szerint meg kell említeni itt Rihmer Zoltánt, a néhai Arató Mihályt és Kopp Máriát. A nehéz helyzetben levő hazai pszichiátria joggal lehet büszke arra, hogy jelentős szerepe volt és van abban, hogy a 46/100 000 öngyilkossági rátát (amellyel Magyarország sajnos vezető helyet foglalt el az 1980-as években az öngyilkosság miatti halálozások szomorú listáján) napjainkra kb. 20/100 000-re sikerült csökkenteni. A 20/100 000 azonban még mindig a második legmagasabb öngyilkossági ráta az Európai Unióban (összehasonlításként: 11–13/100 000 Csehországban és Romániában).

### **A gyógyszeres kezelések főbb jellemzői és a pszichofarmakológia helyzetének változása az elmúlt 20 évben**

Az elmúlt 20 évben a pszichofarmakológia eszköztára jelentősen bővült, pl. a korábbi triciklusos gyógyszereknél biztonságosabb antidepresszív szerek jelentek meg a gyakorlatban, így a szelektív szerotonin-visszavétel gátló szerek (SSRI), egy szelektív MAO-A-gátló szer, kettős hatású szerek (noradrenalin- és szerotoninvisszavétel-gátlók, pl. venlafaxin, duloxetin) és az agomelatin (egy új hatásmechanizmussal rendelkező gyógyszer), valamint jelentősen bővült az atípusos neuroleptikumok csoportja. Sajnos az elmúlt 20 év második felében már sokkal kevesebb új pszichofarmakon jelent meg az azt megelőző 10 évhez képest. Ez a trend ma is folytatódik, a pszichiátriai gyógyszerek kutatása mára jelentősen csökkent.

Az SSRI-k, a bevezetett szelektív MAO-A-bénítók, az új kettős hatású antidepresszív szerek és az agomelatin a korábban alkalmazott triciklikus antidepresszív szerekénél és a nem szelektív MAO-bénítóknál lényegesen jobban tolerálható és biztonságosabb gyógyszerek. Az új szerek jobb tolerálhatósága és biztonságossága hozzájárult ahhoz, hogy az antidepresszív gyógyszeres kezelések a betegek és az orvosok számára sokkal elfogadhatóbbá váltak, ami azt is eredményezte, hogy jelentősen nőtt az antidepresszív szerekkel ambulánsan (azaz nem kórházban) kezelt betegek száma. A depresszió gyakoribb diagnosztizálása és kezelése hozzájárult az öngyilkossági kísérletek és a halálozás csökkenéséhez is. A depresszió kezelését azonban számos jelenség nehezíti: a klinikai vizsgálatokban az elmúlt 20 évben folyamatosan nő(t) a placeboválasz (response rate) gyakorisága, melynek számos összetevője lehet, azonban a jelenség egyértelmű magyarázata még várat magára. Az antidepresszív szerek hatékonysága enyhe depresszióban bizonytalan. Az antidepresszív szerek széles körű alkalmazása enyhe depresszió kezelésére jelentős szakmai és laikus kritikát váltott ki és néha a „gyereket a fürdővízzel” típusú konklúzióhoz vezetett: megkérdőjelezte az antidepresszív szerek alkalmazását még súlyos depresszióban is.

A clozapin után az 1990-es évek elejétől folyamatosan jelennek meg olyan antipszichotikumok (pl. risperidon, olanzapin, quetiapin), melyek a korábban alkalmazott neuroleptikumokhoz képest kevesebb extrapiramidális mellékhatással rendelkeztek. Az extrapiramidális mellékhatások miatt „neuroleptikumok”-nak nevezett csoporton belül az új szerek az „atípu-

os neuroleptikum” nevet kapták, melyet felváltott az „első generációs antipszichotikum” és a „második generációs antipszichotikum” terminológia. A terminológia részint azt tükrözi, hogy a második generációs szereknek is lehetnek extrapiramidális mellékhatásai, részint mutatja azt a törekvést is, hogy egy gyógyszer-csoportot inkább a főhatásáról és ne a mellékhatásairól nevezzünk el. A második generációs antipszichotikumokat nagy várakozás övezte, az a remény, hogy a szkizofrénia pozitív tüneteinek (pl. hallucinációk, téveszmék) túl a negatív (pl. érzelmi elszárvárosodás, indíték-szegénység) és a kognitív tüneteket is javítják. A biztonságosságot illetően is komplexebb a kép: több szer hiperprolaktinémiát, extrapiramidális és/vagy metabolikus tüneteket (inzulinrezisztencia, hízás stb.) okoz. A most már igen jelentős tapasztalat alapján kimondható, hogy a második generációs szerek előrelépést jelentenek az első generációs szerekhez képest, azonban az is világossá vált, hogy a szkizofrénia kezelésében további komoly kutatásra van szükség.

A pszichofarmakológiai kutatások azonban lelassultak. Igen kevés olyan felfedezés született, melynek alapján egy-egy betegségre új gyógyszert lehetne fejleszteni. Nehezítik a gyógyszerkutatást a jelenleg használt pszichiátriai diagnosztikai rendszerek is (lásd következő alfejezetet). Egy új gyógyszer hatásági engedélyezése valamilyen, a diagnosztikai rendszerekben leírt kórképre történik, azonban az agy működésének zavarai és a gyógyszerek hatásai csak gyengén korrelálnak a létező diagnosztikai kategóriákkal.

A növekvő hatásági követelmények, a növekvő költségek és a csökkenő számú központi idegrendszeri

felfedezés hatására az utóbbi években több nagy gyógyszeripari cég felszámolta központi idegrendszeri kutatását.

## A pszichiátriai diagnosztika és kutatás viszonya

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980-ban jelentette meg a *Diagnostic and Statistic Manual* harmadik kiadását, a DSM-III-at, amelyet az irodalomban többen forradalminak neveznek. A DSM-III igyekezett szakítani a mentális betegségek minden „ideológiai” és „elméleti” (pl. pszichoanalitikus vagy behaviorista) etiológiai magyarázatával, a tünetekre, a lefolyásra (időkritérium és funkciók károsodása) és a diagnózist kizáró kritériumokra koncentrált. A DSM-III növelte a pszichiátriai betegségek diagnosztikájának reliabilitását, azonban kételyek fogalmazódtak meg a diagnózisok megbízhatóságát illetően. Problémát okozott az is, hogy ugyan logikus egy betegség meghatározásánál a különböző funkciók károsodását felmérni, azonban a kóros tünetek jelenléte egyes pszichiátriai betegségek enyhe formájában a funkciók károsodása nélkül is előfordulhat és ez a DSM-III szerint a diagnózis felállítását és a betegség kezelését is lehetetlenné teszi. A funkciók károsodása mint diagnosztikai kritérium tehát azt a nemkívánatos helyzetet teremtette, hogy meg kell várunk, amíg a funkciók károsodnak, és csak utána kezelhetünk egy beteget. A DSM-III nem (vagy csak kivételes esetekben) tudott biológiai markereket rendelni az egyes diagnózisokhoz. Az 1994-ben megjelent DSM-IV és a 2013-ban megjelent DSM-5 is alapjában véve a DSM-III hagyományaira épült. Az elmúlt 20 év

kutatási eredményeit a DSM-5-be sem sikerült integrálni. A pszichiátriai kórképek túlnyomó többségének diagnosztikája ma sem épül genetikai, neuropszichológiai vagy képalkotó eljárások leleteire. A DSM-5 ugyan azokat a jelenlegi, konszenzuson alapuló standardokat képviseli, ahogyan a pszichiátriai betegségeket ma diagnosztizáljuk és kezeljük, azonban nem tükrözi e betegségek további sikeres kutatásához és végső fokon jobb kezeléséhez szükséges kutatási eredményeket és igényeket. Az amerikai National Institute of Mental Health (NIMH) igazgatója, Thomas R. Insel bocsátotta útjára a kutatók számára eredményesebbnek ígért Research Domain Criteria (RDoC)-t. Ezek a kutatási kritériumok a mentális betegségek olyan új taxonómiáját igyekeznek kialakítani, amelyek a mentális betegségek problémáinak megoldásához felhasználják a genetikát, az idegtudományok és a viselkedéstudományok modern kutatási módszereinek erejét is. A DSM-5 és az RDoC inkább egymást kiegészítő, mint egymással versengő rendszerek (NIMH, 2013). Az NIMH igazgatója és az Amerikai Pszichiátriai Társaság megválasztott elnöke, Jeffrey A. Lieberman közös sajtóközleményükben használt hasonlattal: „a daganatokat korábban aszerint osztályozták, hogy hol helyezkednek el az emberi testben – ma a tumorok besorolása genetikai és molekuláris etiológia alapján történik” – amint ezt Tímár professzor és munkatársai az *Orvostovábbképző Szemlének* ebben az ünnepi számában más szakmák képviselői számára is összefoglaltak. Insel és Lieberman sajtóközleménye szerint ami „ma reálisan lehetséges a gyakorló (orvosok) számára, az többé nem elegendő a kutatóknak”.

## Új agykutatási és pszichiátriai programok

A központi idegrendszeri kutatásokból a gyógyszeripar milliárdos nagyságrendű összegeket vont ki. A kialakult helyzet kritikussá vált, a pszichofarmakológia kríziséről írt a *Nature* c. lap, és David Nutt (Imperial College London, UK) és Guy Goodwin (Oxford University, UK), a European College of Neuropsychopharmacology vezető tisztségviselői is az agy tudományának sötét napjairól nyilatkoztak a sajtónak.

A politikusok előtt is világhossá vált, hogy az agy betegségeinek növekvő incidenciája és prevalenciája, az e betegségek által okozott társadalmi és gazdasági terhek növekedése kutatási és egészségügyi intézkedéseket igényel, amelyek el is kezdődtek. Az Európai Unió 2013-ban kiemelt („Flagship”) projektként elindította a Human Brain Projektet. Obama elnök 2013 februárjában tartott éves beszámoló beszédében (State of the Union Address) bejelentette, hogy az Amerikai Egyesült Államok a Human Genome Project-hez hasonló agykutatási programot indít. Nem hagyott kétséget afelől, hogy erre a programra az óriási gazdasági nyomás miatt is szükség van, és összevetésül elmondta: az USA a Human Genome Projectre 3,8 milliárd dollárt költött – ez a befektetés az USA-nak 2010-re 800 milliárd dollár nyereséget termelt. Magyarországon szerencsés helyzetben vagyunk; az EU soros elnöksége alatt (2011) az idegtudományok kiemelt téma volt, majd 2013-ban a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség átfogó Nemzeti Agykutatási Programot indított Freund Tamás akadémikus vezetésével, melyben a klinikai kutatók is részt vesznek.



Az Európai Bizottság, az Egészségügyi Világszervezet és számos nemzetközi és nemzeti szakmai szervezet a lelki egészséggel kapcsolatos programokat hirdetett meg. A hazai helyzet ezen a területen kevésbé biztató: a pszichiátriai betegségek megelőzésére, korszerű ellátására kidolgozott program elfogadása és megvalósítása évek óta húzódik.

Levelezési cím: bitter.istvan@med.semmelweis-univ.hu

**Javasolt irodalom:**

- 1.** Állami Számvevőszék. Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről. 2012 június. <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf>
- 2.** Bitter I, Kurimay T. State of psychiatry in Hungary. *International Review of Psychiatry* 2012;24(4):307–313
- 3.** Gustavsson A, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011;21,718–779
- 4.** Insel T, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748–751
- 5.** Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause

1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349 (9064):1498–1504

**6.** Moller HJ, et al. Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression. *European Psychiatry* 2012;27(2):114–128

**7.** NIMH. DSM-5 and RDoC: Shared Interests. Press release, May 13, 2013 Thomas R. Insel, M.D., Director, NIMH, Jeffrey A. Lieberman, M.D., President-elect, APA. <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>

**8.** Wittchen HU, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011;21:655–679

**AJÁNDÉKOZZON ÜZLET&PSZICHOLÓGIA ELŐFIZETÉST!**



Segítünk, hogy értékesebbé tehesse a Karácsonyt!  
[www.upszi.hu](http://www.upszi.hu)