Pszichiátria
Bevezető előadás 2009/2010

Bitter István

2009. szeptember 7.

Szükség van-e pszichiátriára?

Assessment and Treatment of Depression Following Myocardial Infarction

THOMAS P. GUCK, PH.D., MICHAEL G. KAVAN, PH.D., GARY N. ELSASSER, PHARM.D., and EUGENE J. BARONE, M.D.
Creighton University School of Medicine, Omaha, Nebraska

Approximately 65 percent of patients with acute myocardial infarction report experiencing symptoms of depression. Major depression is present in 15 to 22 percent of these patients. Depression is an independent risk factor in the development of and mortality associated with cardiovascular disease in otherwise healthy persons. Persons who are depressed and who have pre-existing cardiovascular disease have a 3.5 times greater risk of death than patients who are not depressed and have cardiovascular disease. Physicians can assess patients for depression by using one of several easily administered and scored self-report inventories, including the SIG E CAPS + mood mnemonic. Cognitive-behavior therapy is the preferred psychologic treatment. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants are the recommended pharmacologic treatment because of the relative absence of effects on the cardiovascular system. The combination of a selective serotonin reuptake inhibitor with cognitive-behavior therapy is often the most effective treatment for depression in patients with cardiovascular disease. (Am Fam Physician 2001;64:641-8,651-2.)

Szomatikus és pszichiátriai betegségek együttes előfordulása (komorbiditása)

- **Családorvosi praxisok**: betegek 50-60%
- **Belgyógyászat**: 40-60%

- **Szkizofrénia**: kb. 22-26 évvel rövidebb a várható élettartam a szomatikus betegségek (kardiovaszkuláris, diabetes mellitus) és az öngyilkosság miatt (kb. 10%).

Hasznos információk

- Tanulmányi felelős: **dr. Simon Viktória**
  simonviktoria@psych.sote.hu

- Oktatás szervező: **Székely Ilona**
  email: ilona_szekely@psych.sote.hu
  telefon: Bármelyik egyetemi szám (pl. 210 0330) 51322-es mellék
  irodája: alagsorban

- Tudományos diákkör és tanulmányi verseny (!)
  dr. Hidasi Zoltán: hidasi@psych.sote.hu

- Oktatási igazgató helyettes: **dr. Réthelyi János**
  email: rethelyi@psych.sote.hu

Hasznos információk II.

- NEPTUN
- HONLAPON: http://www.sote.hu/intezetek
- Oktatási tájékoztató
- Regisztrációs lap: szindrómák/betegségek listája; 2 „központi” gyakorlat:
- Kórrajzminta

TANULMÁNYI VERSENY

TDK/szakdolgozat

- **Szkizofrénia**: genetikai és neuropszichológiai vizsgálatok (Utrechti egyetemmel)

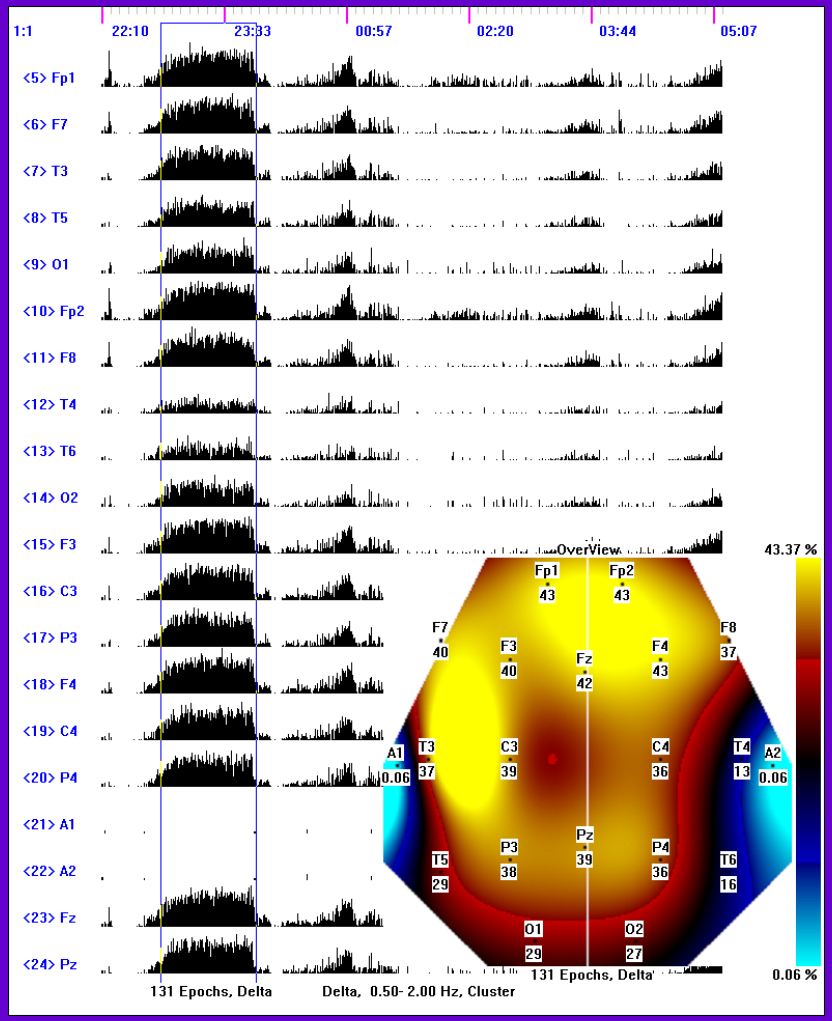
Információ: dr. Réthelyi János rethelyi@psych.sote.hu

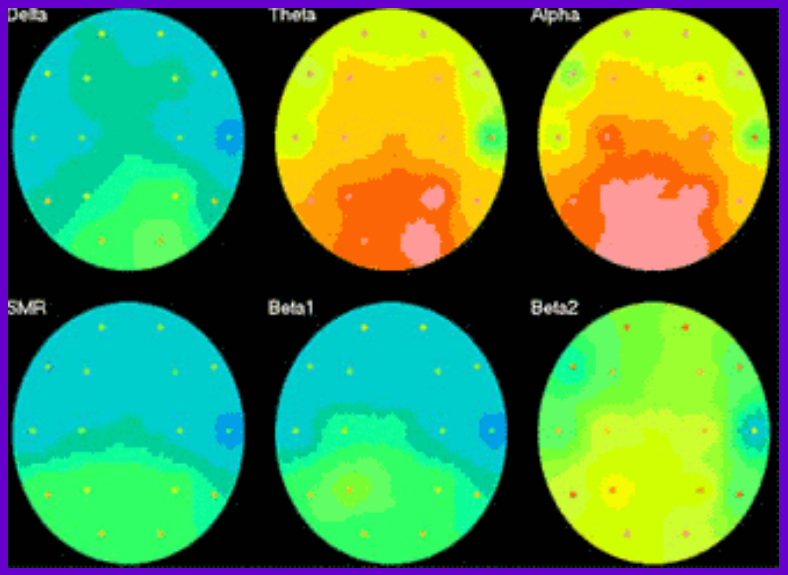
- **Felnőttkori figyelemhiányos - hiperaktivitás zavar** (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) klinikai, elektrofiziológiai, genetikai és neuropszichológiai és genetikai vizsgálata

Információ: dr. Bitter István bitter@psych.sote.hu

TANULMÁNYI VERSENY

128 csatornás EEG (dr. Czobor Pál)





Néhány friss közlemény

doi:10.1038/nature08186 nature

LETTERS

Common variants conferring risk of schizophrenia

PSYCHOLOGICAL SCIENCE

Research Report

Genes for Psychosis and Creativity

A Promoter Polymorphism of the *Neuregulin 1* Gene Is Related to Creativity in People With High Intellectual Achievement

Szabolcs Kéri

Semmelweis University

Gén-környezet interakció

- Ikerkutatások
  - Vizsgálatok adoptált gyerekekkel
  - Stressz hatása ikerpárokban (egészséges – depressziós az ikerpár)
- Stressz – szorongás –ismételt stressz – depresszió
- Szkizofrénia dopamin elmélete: hypofunkció – stresszre túlzott reakció

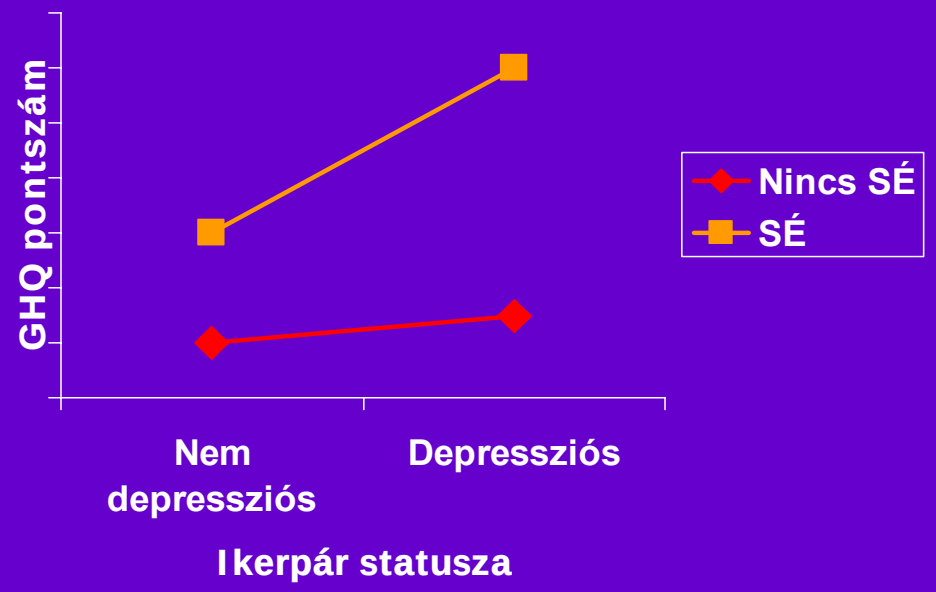
Stressz, depresszió és genetika

Kendler:

- Életesemények (stressz) hiányában a genetikai rizikó „nem számít”.
- Súlyos életesemények még az alacsony genetikai rizikóval rendelkezők között is növelik a depresszió valószínűségét.
- A stressz hatása sokkal kifejezettebb a genetikai rizikóval rendelkezők között.

Stressz, depresszió és genetika 2

- A stressz hatása nagyobb azoknál akiknek az ikertestvére depressziós
- „Stressz-teli” pénzügyi életesemény (SÉ) hatása:



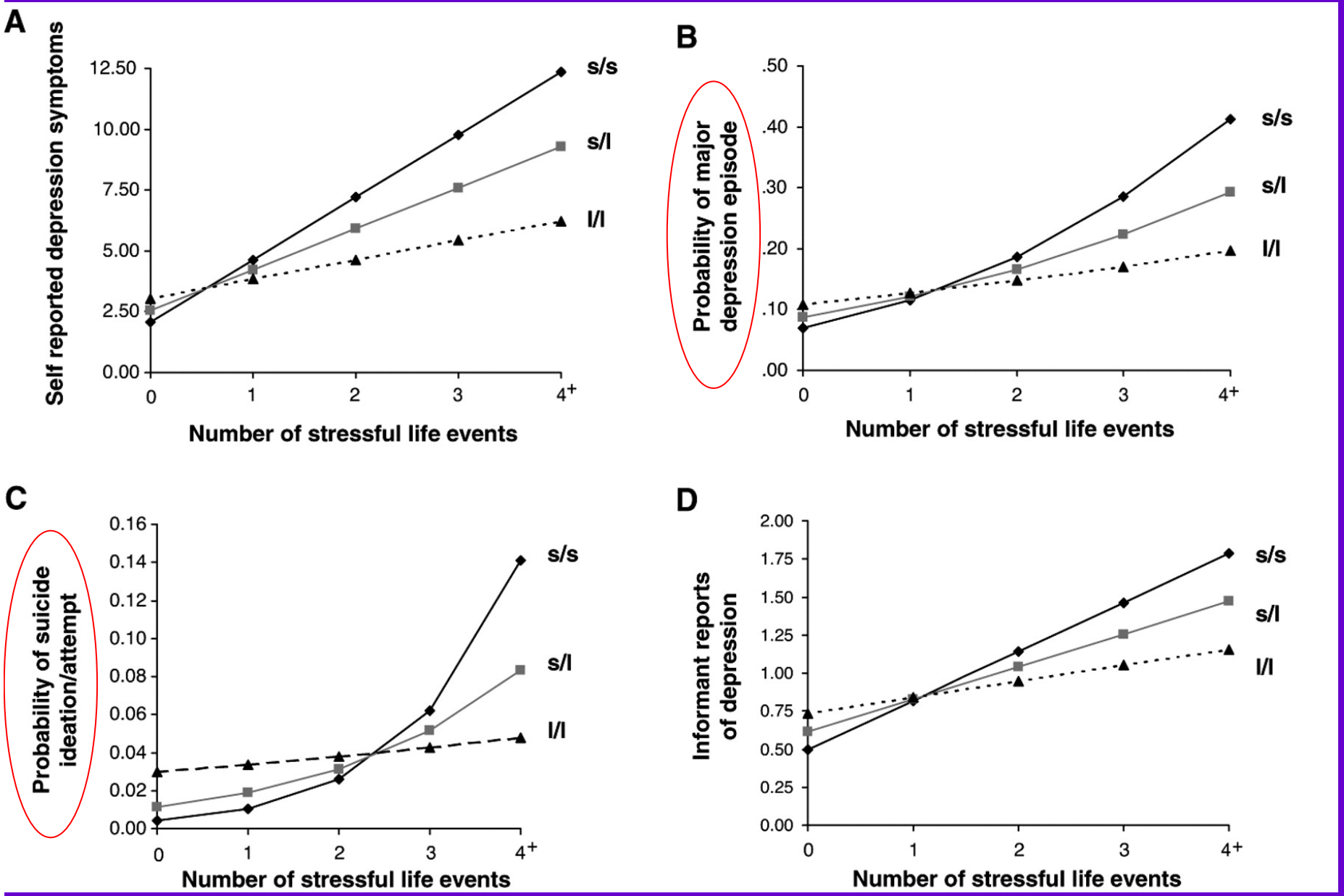
Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene

Avshalom Caspi,[1,2] Karen Sugden,[1] Terrie E. Moffitt,[1,2*]
Alan Taylor,[1] Ian W. Craig,[1] HonaLee Harrington,[2]
Joseph McClay,[1] Jonathan Mill,[1] Judy Martin,[3]
Antony Braithwaite,[4] Richie Poulton[3]

5-HTT=5-hydroxy- tryptamine) =szerotonin

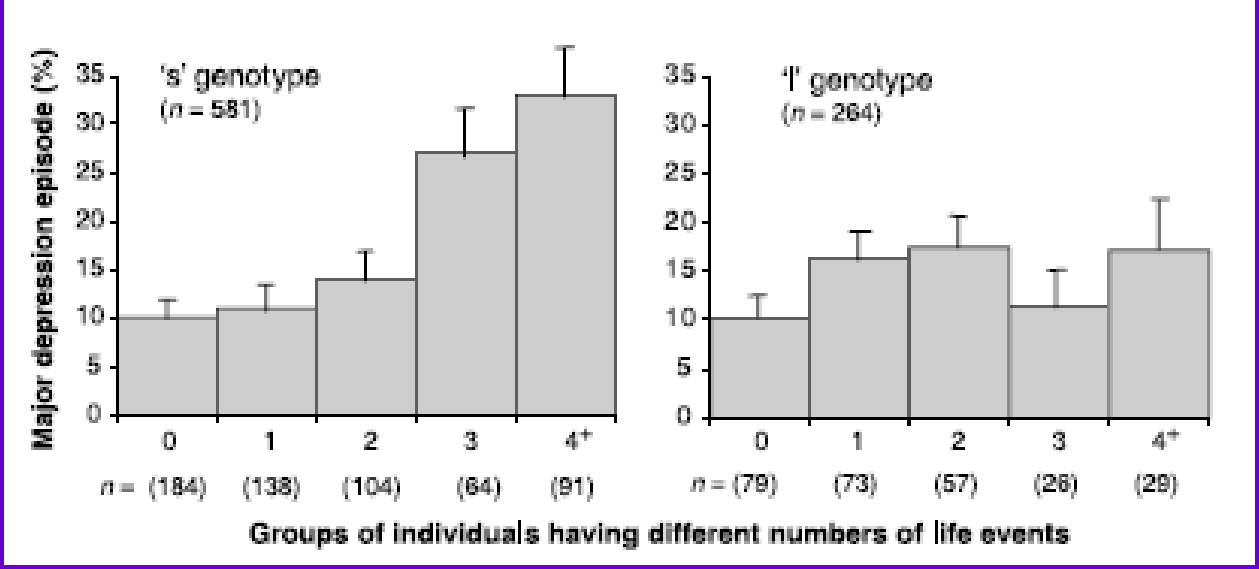
Caspi et al, Science 2003

A trauma („life events”) hatása 21 and 26 éves kor között



Caspi et al, Science 2003

A trauma („life events”) hatása 21 and 26 éves kor között



Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by a Functional Polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction

Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt, Mary Cannon, Joseph McClay, Robin Murray, HonaLee Harrington, Alan Taylor, Louise Arseneault, Ben Williams, Antony Braithwaite, Richie Poulton, and Ian W. Craig

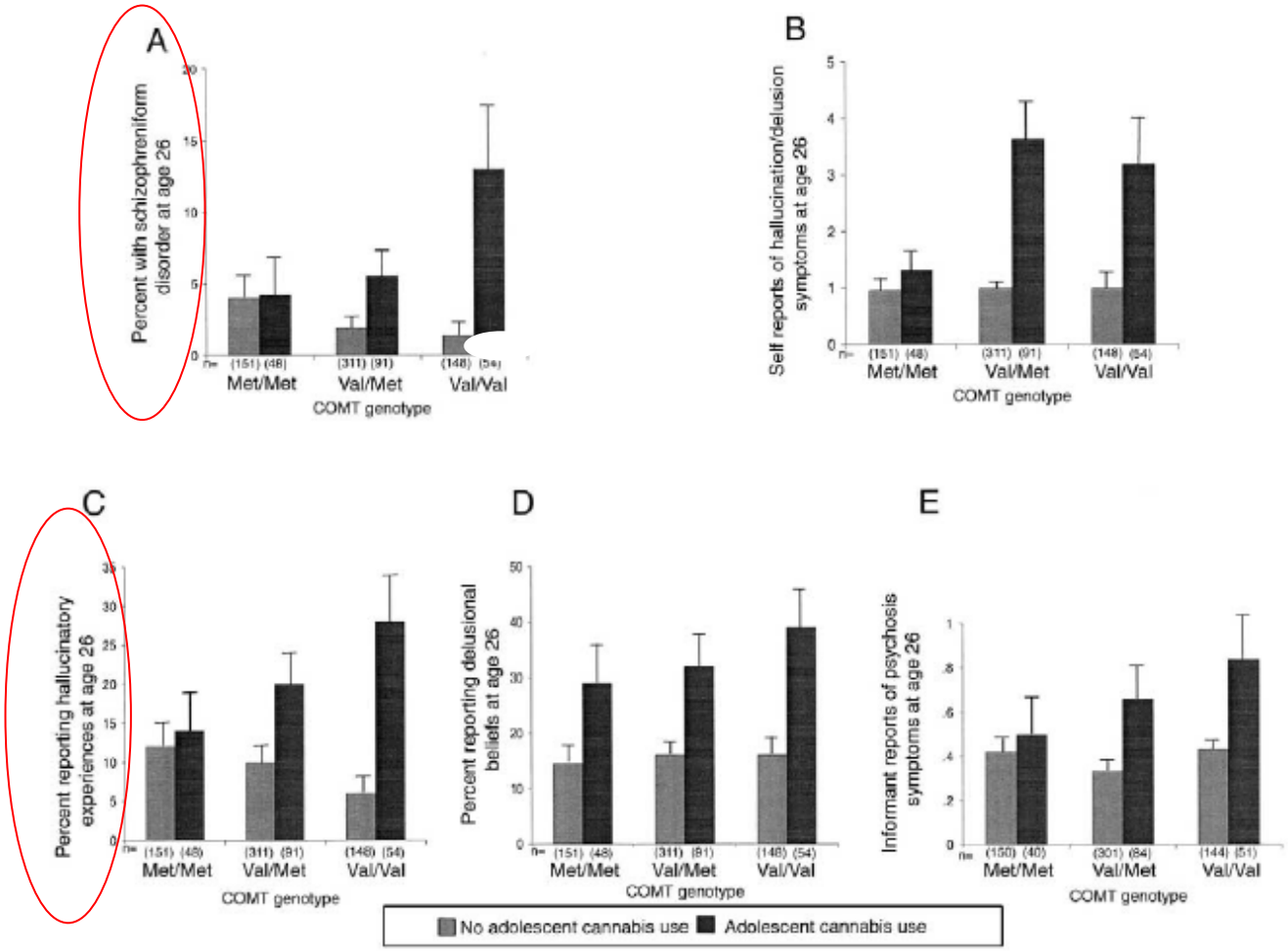
BIOL PSYCHIATRY 2005;57:1117–1127

- A catechol-O-methyltransferase (COMT) gén befolyásolja a serdülökori cannabis fogyasztás hatását a felnőttkori pszichózis kialakulására.

- A COMT valine158 allel hordozók cannabis használatára nagyobb valószínűséggel hallucináltak és jelentkezett náluk szkizofréniform zavar(szkizofrénia)

- A cannabis fogyasztásnak nem volt ilyen adverz hatása azoknál, akik két methionin alléllal rendelkeztek.

Figure 1. The influence of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis is moderated by variations in the COMT gene. **(A)** The percentage of individuals meeting diagnostic criteria for schizophreniform disorder at age 26. **(B)** Means (and standard errors) on age-26 self-reports of symptoms of psychosis (hallucinations and delusions). **(C)** The percentage of individuals reporting at least one hallucination experience at age 26. **(D)** The percentage of individuals reporting at least one delusional belief at age 26. **(E)** Means (and standard errors) on age-26 informant reports of symptoms of psychosis.



Szorongó és depressziós betegek önképe és kognitív tünetei

„A legjobb, ha nem zavarok másokat.”

„Mindig erősnek és kompetensnek kell mutatkoznom.”

„Ismeretlen helyzetben jobb félni és csöndben maradni.”

„Ha megbukom a vizsgán, nem tudok a barátaim és a családom szeme elé kerülni.”

„Mi lesz, ha nem sikerül…?”

„Ha elfelejtek valamit, az a leépülés jele.”

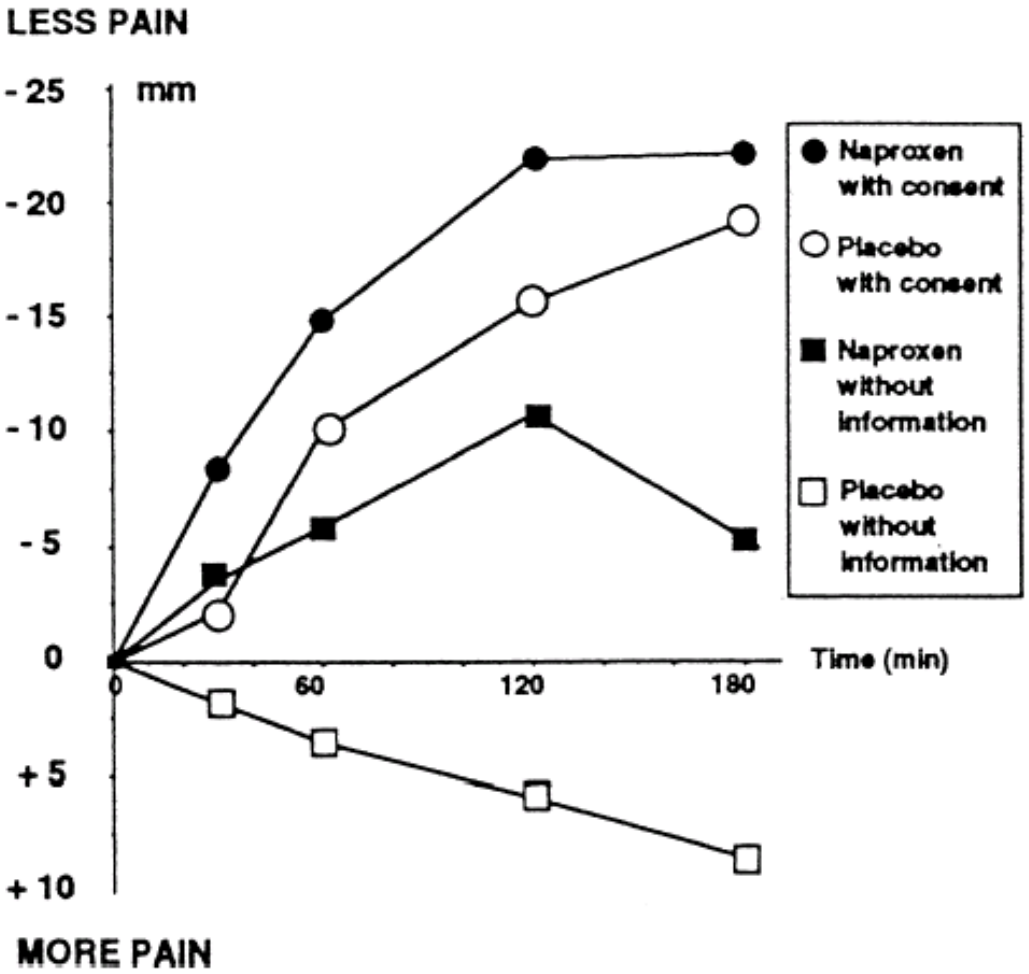
„Nem tudom, hogy mit mondjak.”

Kórlefolyás- Placebo válasz

- Placebo válasz
  - pl. depresszió akut fázisában 30-50%
  - jóval alacsonyabb a hosszabb távú kezelésekkor
- Spontán remisszió

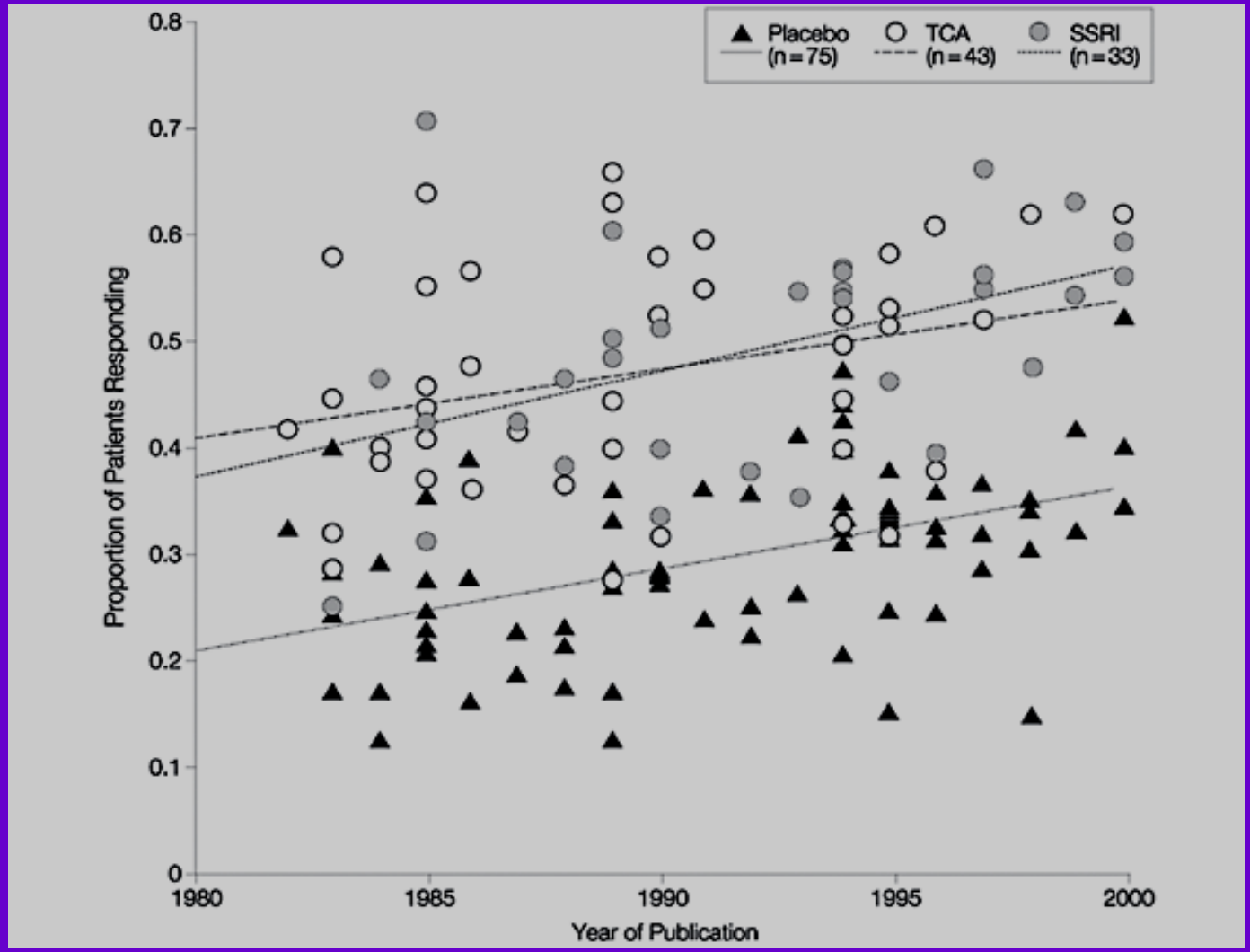
A beteg felvilágosításának hatása az analgetikus aktivitásra

Clinical Trails and Meta-Analysis, 1994; 29; 41-47



Placebo válasz depresszió kezelési vizsgálatokban

(*JAMA.* 2002;287:1840-1847)



Proportion of Patients Assigned to Placebo, Tricyclic Antidepressants (TCAs), and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) Who Showed a 50% or Greater Improvement in Hamilton Rating Scale For Depression Score by Year of Publication

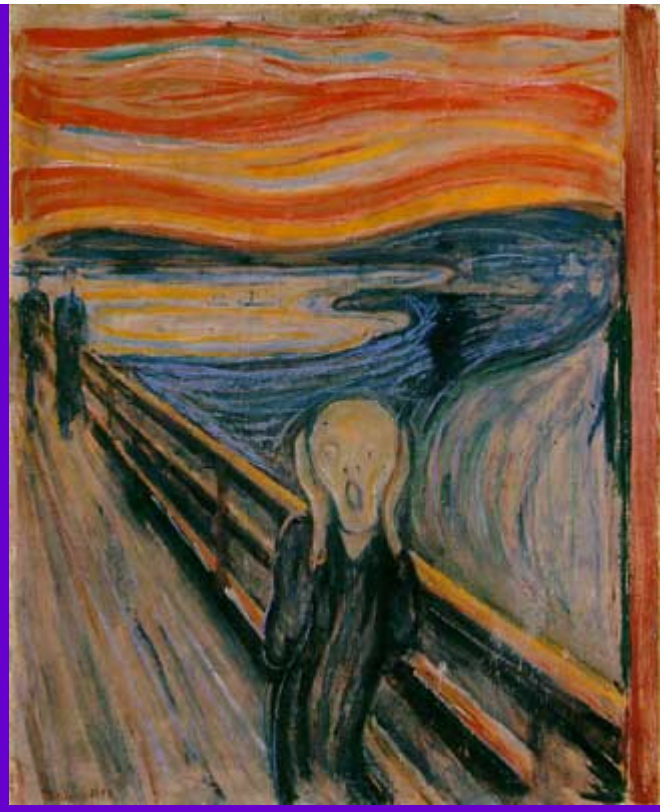
Pszichiátriai betegségek: néhány epidemiológiai adat

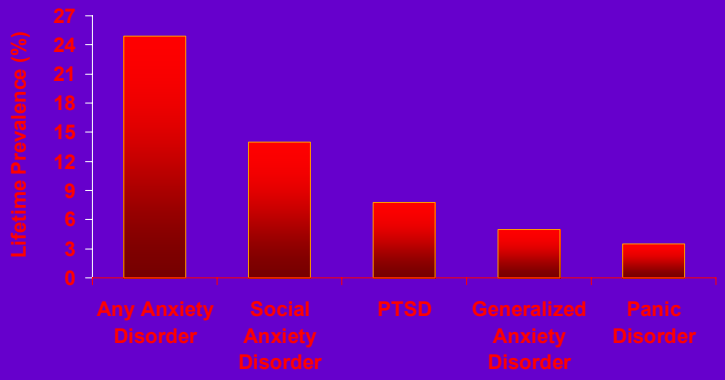
- Alkohol: pont prevalencia: 8-10%!
- Depresszió: 1 éves prevalencia kb. 7% (élettartam prevalencia kb. 15%)
- Bipoláris betegség: élettartam prevalencia kb. 3-5%
- Szkizofrénia: pont prevalencia: 0,8%, élettartam prevalencia kb. 1%

Ismétlés: A belgyógyászati és a családorvosi gyakorlat betegeinek több, mint a fele szenved Valamilyen pszichiátriai betegségben!

Szorongásos betegségek

- Magas incidencia és prevalencia
- Szövődmények:
  - ☞ ***alkoholizmus,***
  - ☞ ***depresszió,***
  - ☞ ***öngyilkosság***
- Táppénz, rokkantság gyakori

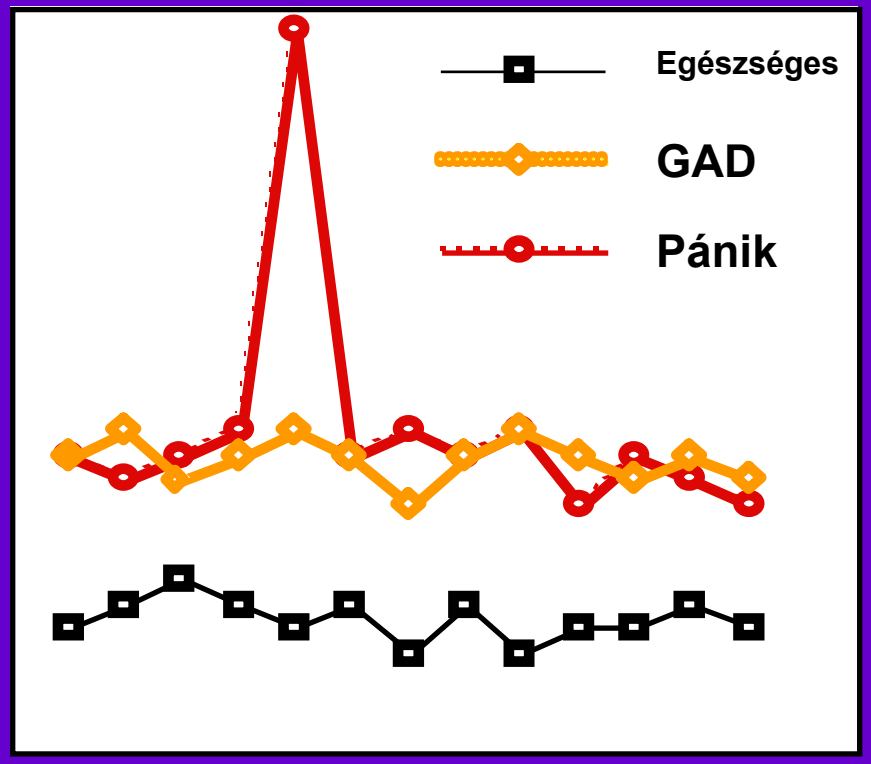




A szorongásos betegségek lefolyása

- **Fluctuáló, gyakran krónikus és progresszív kórképek (Kényszer: Lesz ez még így se – Jack Nicholson)**

Szorongás szintje



idő

Alkalmazkodási zavar

- Mindennapi élet stressz helyzetei (pl. vizsga, orvosi vizsgálat, beavatkozás, családi konfliktus)
- Tünetek a stresszel szoros összefüggést mutatnak
- Tünetek: szorongás, hangulatzavar, rossz közérzet, alvászavar

Posttraumás stressz zavar (PTSD)

- Szokatlanul, életet veszélyeztető súlyos stressz (pl. túszejtés, harci események, megerőszakolás, baleset) után

Beslam, 2004

?


FIRE

PTSD - London, 2005

PTSD – Közel-Kelet, 2006

HAIFA

BEIRUT

PTSD - 2006 augusztus 20, Budapest

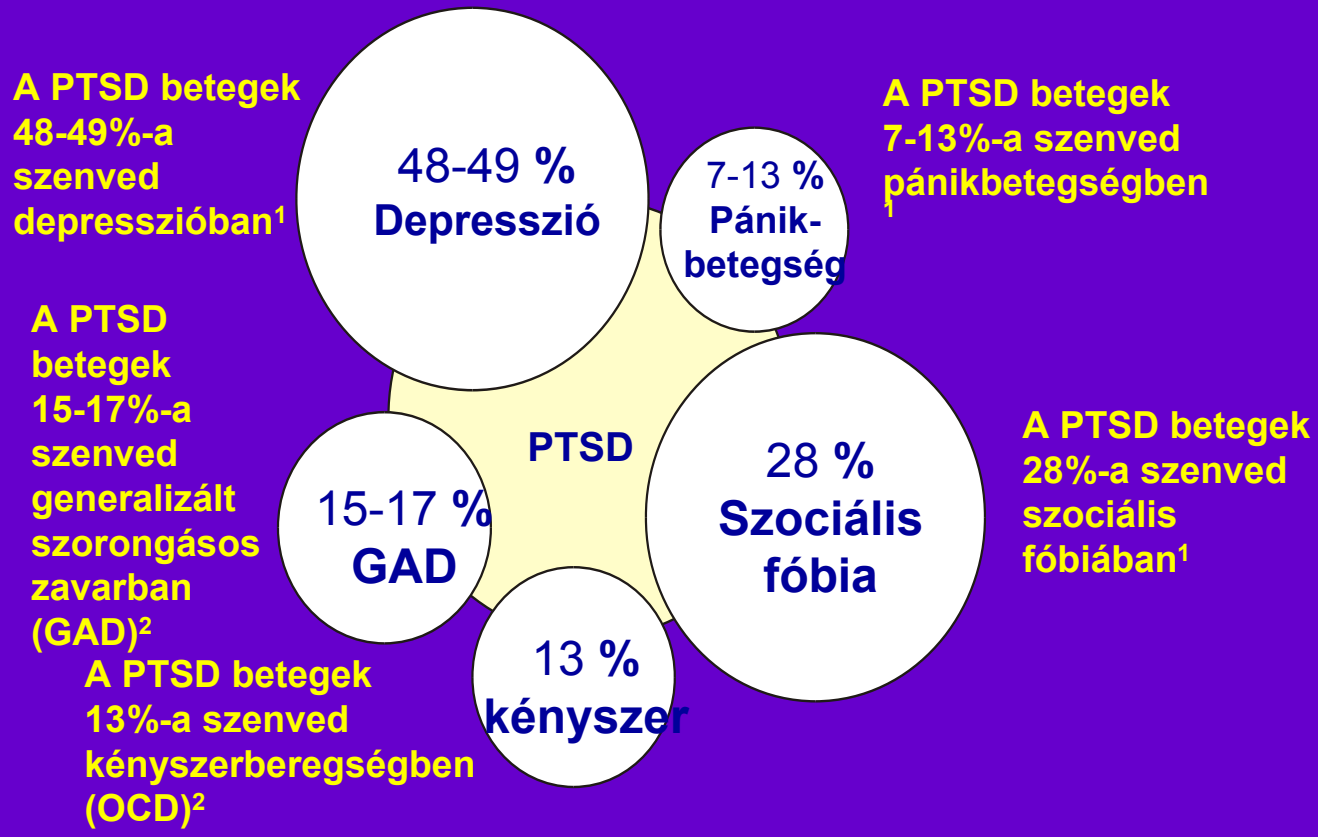
Erdőtüzek, Görögország 2007 augusztus 28

Gustav és Hanna hurrikánok, 2008

Posttraumás stressz zavar (PTSD)

- A tünetek:
  - Intrusive visszaemlékezés; ijesztő álmok; az esemény visszatérésének élménye („**flash back**”)
  - Intenzív fiziológiai stressz: **„hiperarousal”**
  - **Elkerülő viselkedés**
- Magas komorbiditás
- Fokozott öngyilkossági veszély
- Nő: ffi arány 2:1

Poszttraumás stressz szindróma (PTSD) - **komorbiditás** depresszióval és más szorongásos kórképekkel[1,2]



A PTSD betegek 48-49%-a szenved depresszióban[1]

A PTSD betegek 7-13%-a szenved pánikbetegségben[1]

A PTSD betegek 15-17%-a szenved generalizált szorongásos zavarban (GAD)[2]

A PTSD betegek 28%-a szenved szociális fóbiában[1]

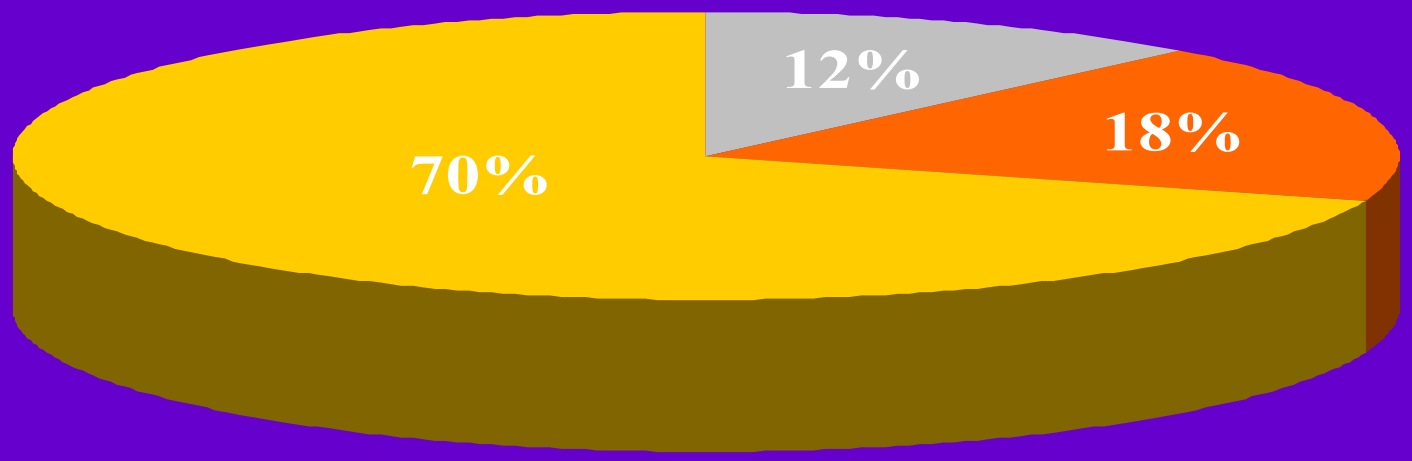
A PTSD betegek 13%-a szenved kényszerberegségben (OCD)[2]

Irodalom: 1. Kessler RC *et al.* Arch Gen Psychiatry 1995; **52**:1048-1060
2. McFarlane AC. Papay P. J Nerv Ment Dis 1992; **180**:498-504

Komorbiditás: Victoria Burden of Disease Study

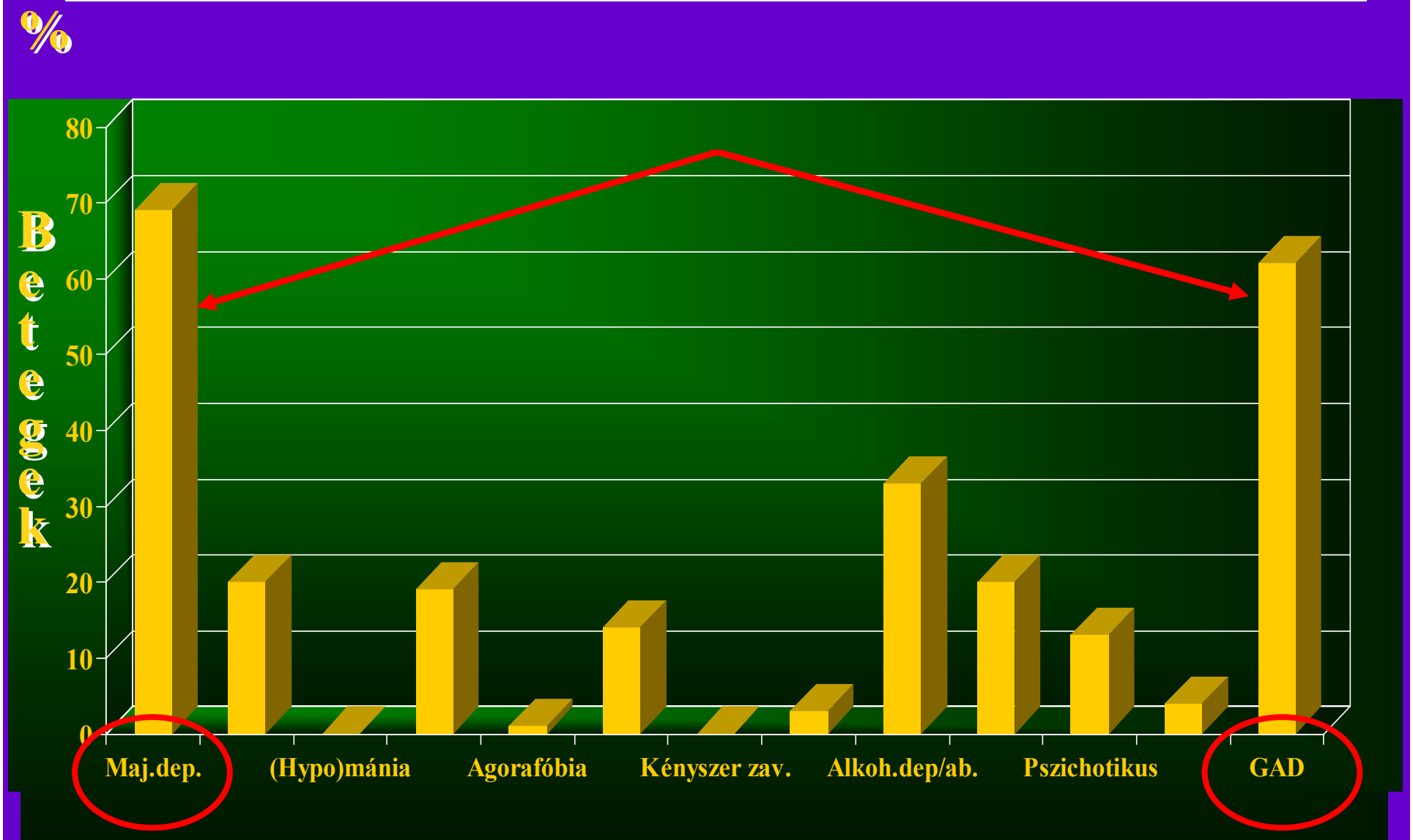
Diagnózis	1 diagnózis	komorbiditás
pánik	42%	58%
agorafóbia	26%	74%
szociális fóbia	51%	49%
generalizált szorongás	39%	61%
kényszer	30%	70%
post-traumás stressz zavar	37%	63%
major depresszió	37%	63%
disztimia	16%	84%
alkohol függőség	50%	50%

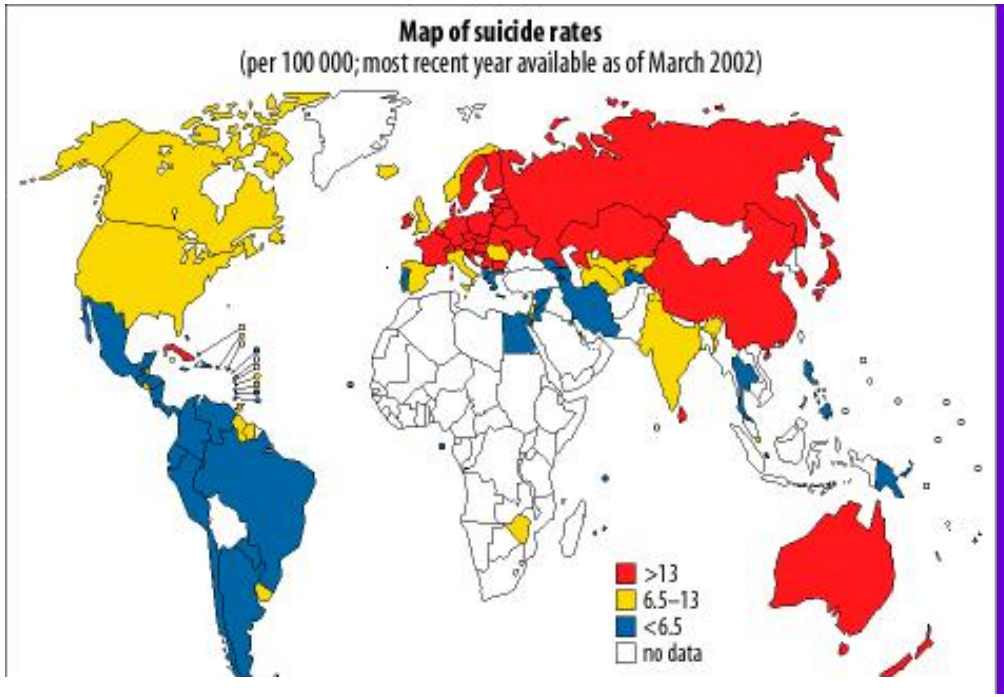
Szuicid kísérlet: komorbiditás

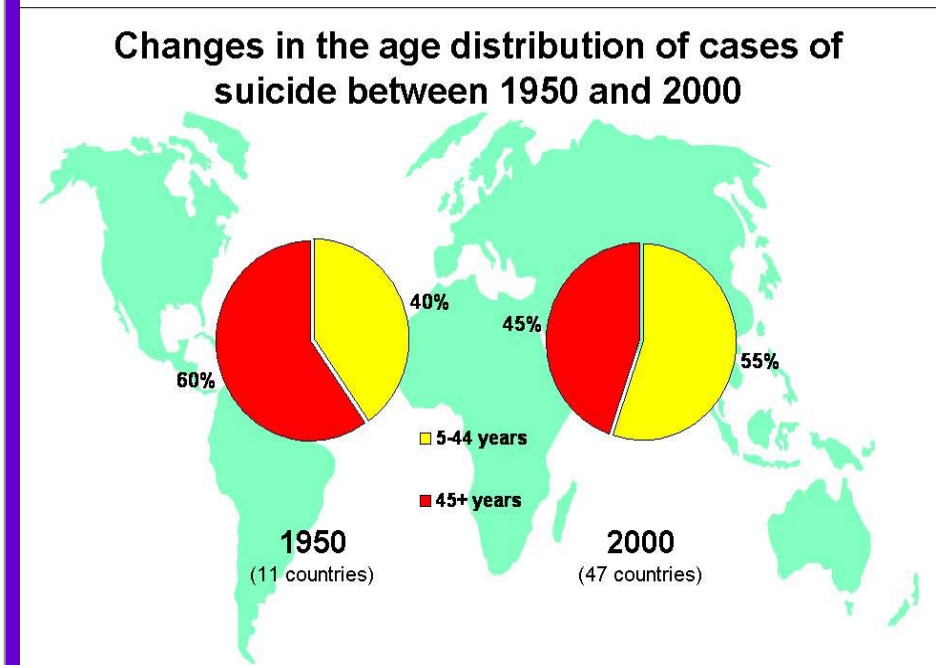


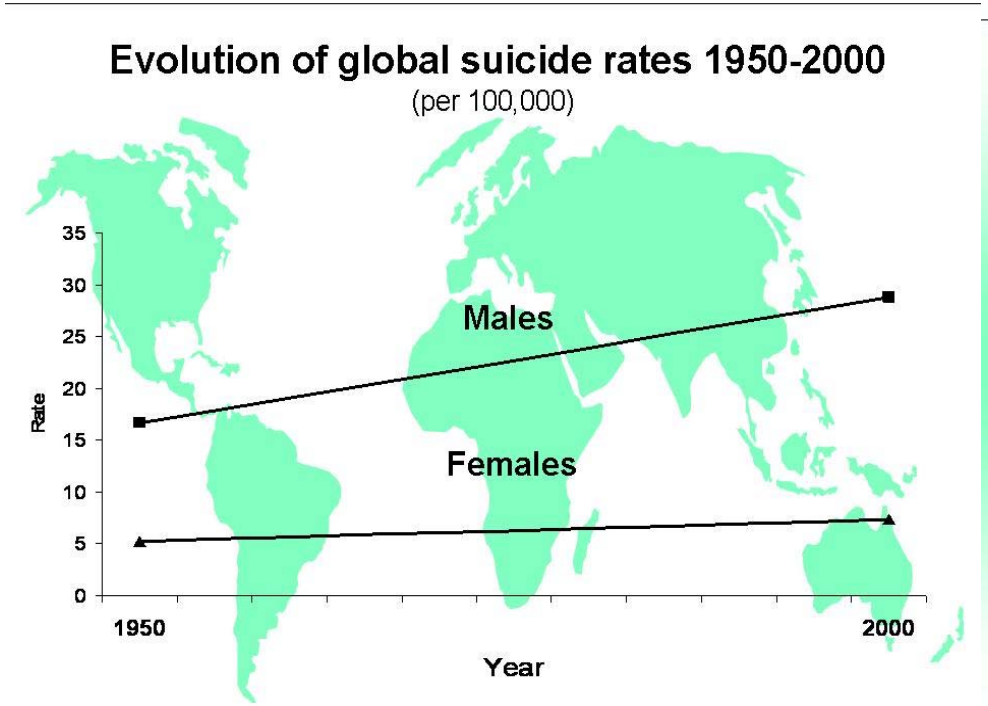
- 0 JELENLEGI PSZICHIÁTRIAI ZAVAR
- EGY JELENLEGI PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG
- KETTŐ VAGY TÖBB JELENLEGI PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG

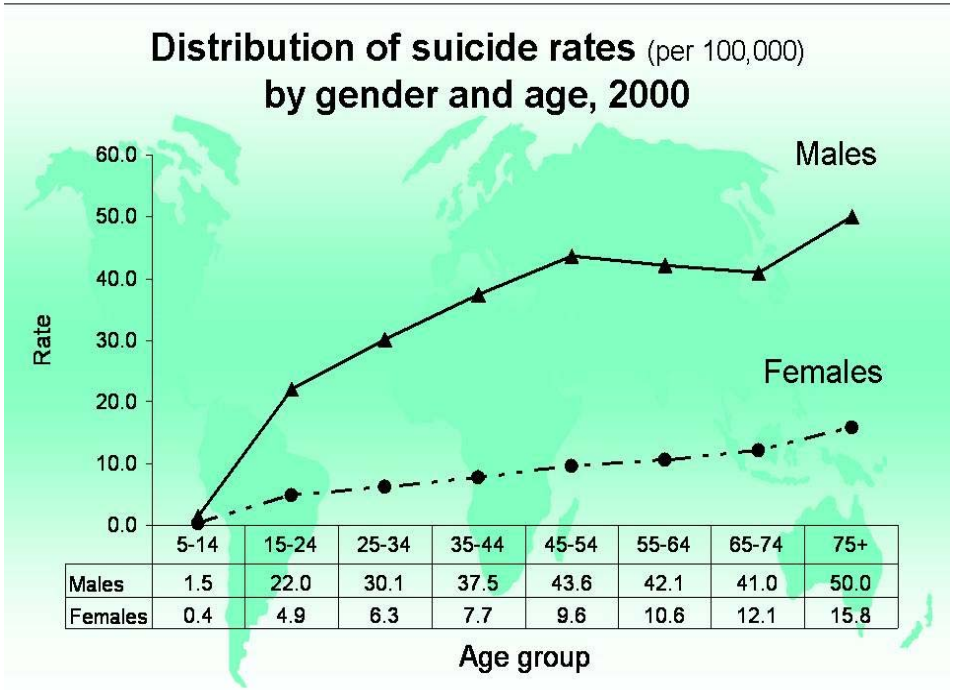
Szuicid kísérlet: jelenlegi zavarok











	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Males	1.5	22.0	30.1	37.5	43.6	42.1	41.0	50.0
Females	0.4	4.9	6.3	7.7	9.6	10.6	12.1	15.8

World Health Organization, 2002

Öngyilkosság prevenciója

Oktatás és farmakoterápia

ORIGINAL ARTICLE

A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate

Katalin Szanto, MD; Sandor Kalmar, MD; Herbert Hendin, MD; Zoltan Rihmer, MD, PhD, DSc; J. John Mann, MD

Context: Suicide is a major cause of mortality worldwide. Rates vary widely within and between countries. A suicide prevention program has never been tested in a region with a very high suicide rate in comparison with control regions without such intervention over the same period.

Objective: To determine the effectiveness of a depression-management educational program for general practitioners (GPs) on the suicide rate in a region with a high suicide rate in Hungary.

Design: Effects were compared with a control region, the larger surrounding county, and Hungary.

Setting: Southwest Hungary. gary.

ght GPs servicing 73 000 inhabitants participated in the educational program.

Intervention: A 5-year depression-management educational program for GPs and their nurses was implemented together with establishment of a Depression Treatment Clinic and psychiatrist telephone consultation service in the intervention region.

Main Outcome Measures: The primary study outcome measure was annual suicide rate. The secondary outcome measure was antidepressant prescription use.

Results: The annual suicide rate in the intervention region decreased from the 5-year preintervention average of 59.7 in 100 000 to 49.9 in 100 000. The decrease was comparable with the control region but greater than both the county and Hungary ($P < .001$ and $P < .001$, respectively). In rural areas, the female suicide rate in the intervention region decreased by 34% and increased by 90% in the control region ($P < .07$). The increase in antidepressant treatment was greater in the intervention region compared with the control region, the county, and Hungary and in women compared with men ($P < .002$).

Conclusions: A GP-based intervention produced a greater decline in suicide rates compared with the surrounding county and national rates. Increases in patients with depression treated and of dosing were modest and may require additional measures such as depression-care managers. The importance of alcoholism in local suicides was unanticipated and not addressed. Optimal suicide prevention plans must consider major local risk factors.

Arch Gen Psychiatry. 2007;64(8):914-920

A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate (Southwest Hungary) *Katalin Szanto et al*

Objective: To determine the effectiveness of a depression- management educational program for general practitioners (GPs) on the suicide rate in a region with a high suicide rate in Hungary.

Participants: Twenty-eight GPs servicing 73 000 inhabitants.

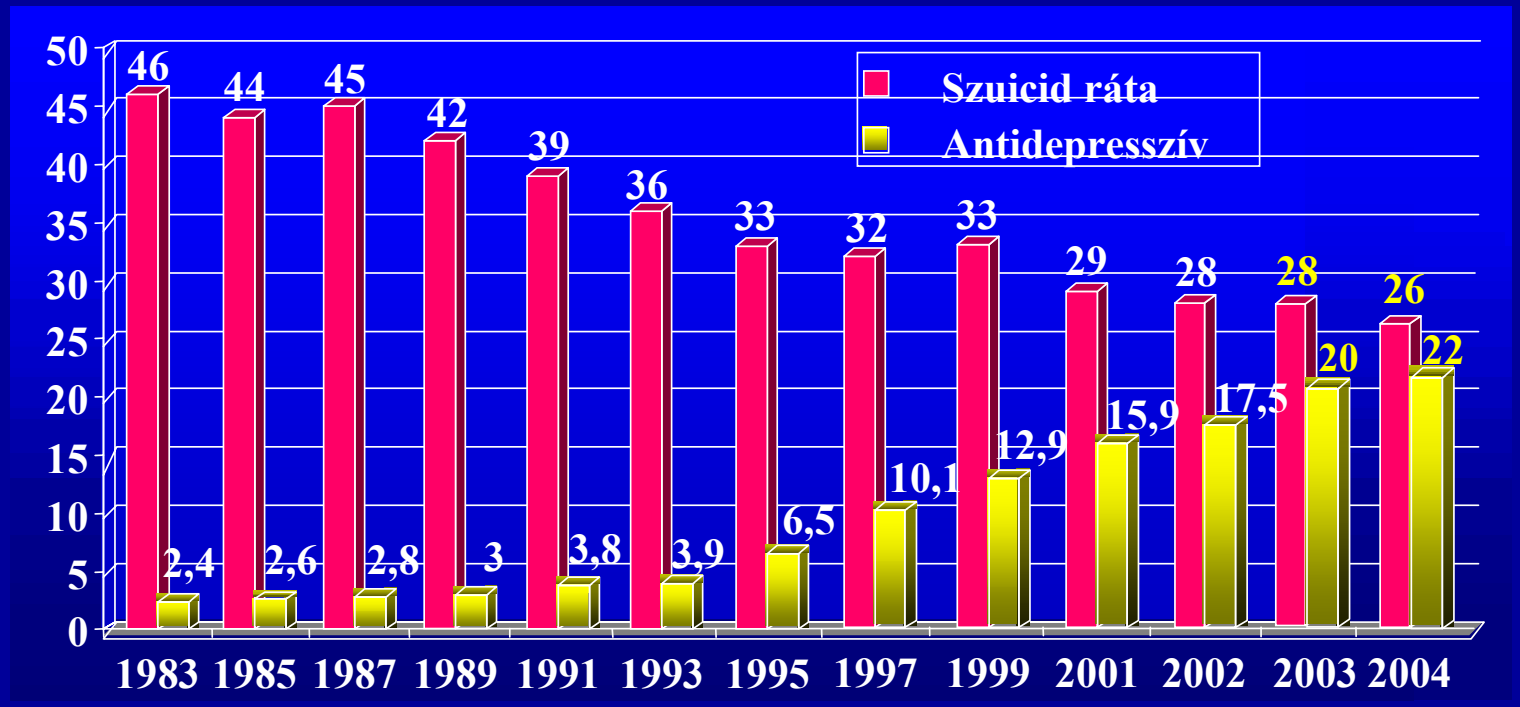
Intervention: A 5-year depression-management educational program for GPs and their nurses+establishment of a Depression Treatment Clinic +and psychiatrist telephone consultation service.

The primary study outcome measure was annual suicide rate.

Results: The annual suicide rate in the intervention region decreased from the 5-year preintervention average of 59.7 in 100 000 to 49.9 in 100 000. In rural areas, the female suicide rate in the intervention region decreased by 34% and increased by 90% in the control region (*P*.07).

Conclusions:A GP-based intervention produced a greater decline in suicide rates compared with the surrounding county and national rates. The importance of alcoholism in local suicides was unanticipated and not addressed. *Arch Gen Psychiatry. 2007;64(8):914-920*

Szuicid ráta és az antidepreszív szerek rendelése Magyarországon (1983-2004)



Rihmer, W J Biol Psych 2004; 5: 55-56.

Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents

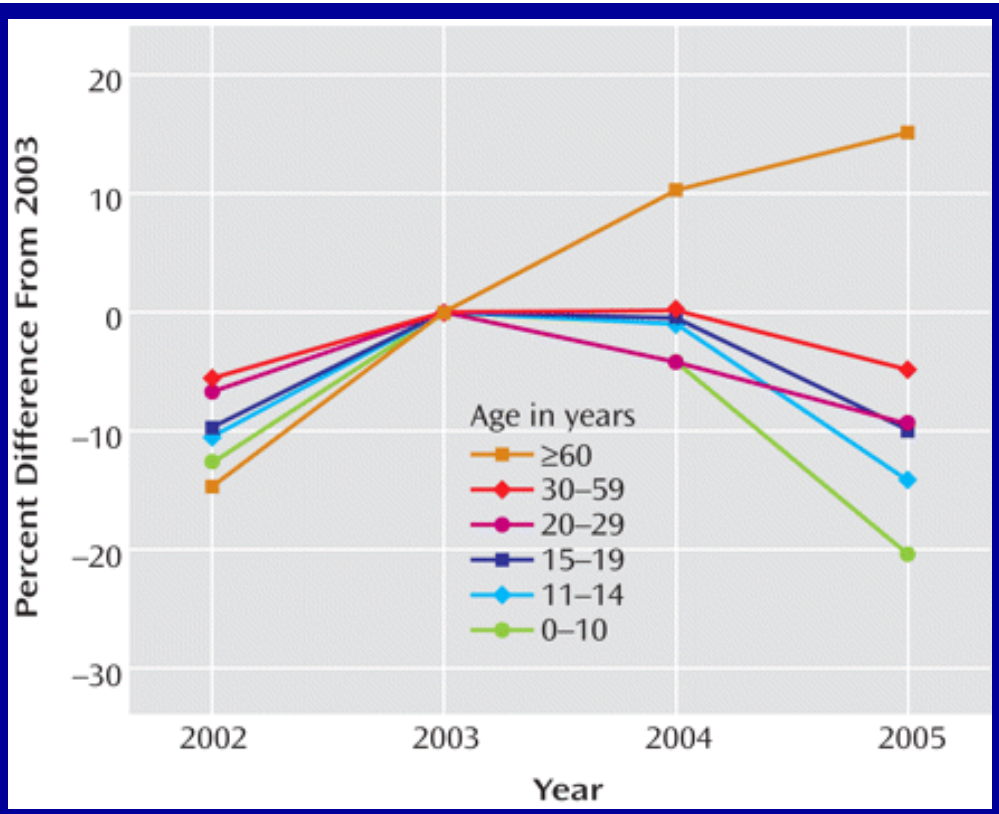
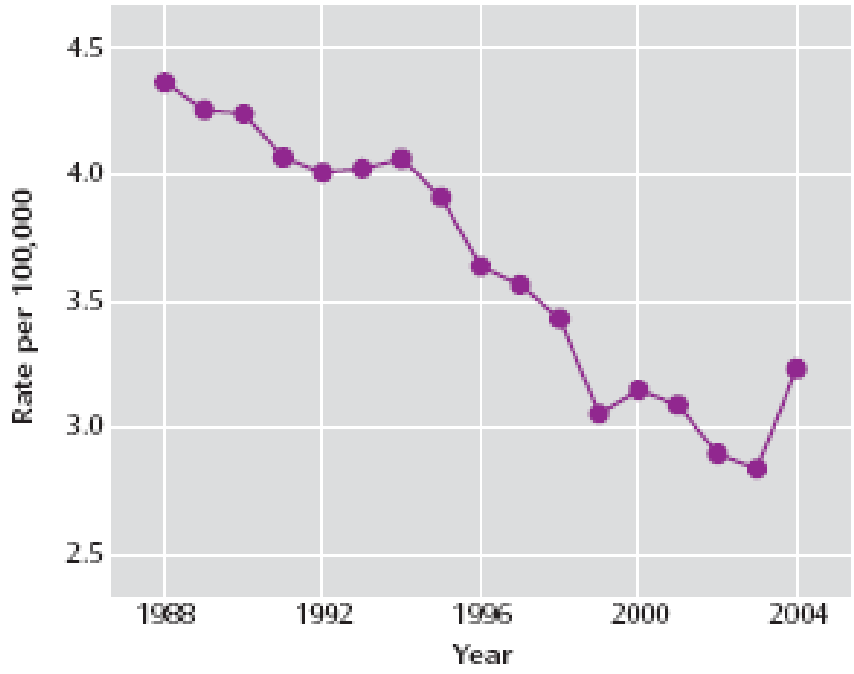


Figure 1. SSRI Prescription Rates in the United States, 2002–2005, Stratified by Age Group and Expressed as a Percentage of the 2003 Rate

(Am J Psychiatry 2007; 164:1356–1363)

Az antidepresszív kezelés csökkenése
Növekvő öngyilkossági ráta

FIGURE 2. Suicide Rate in Children and Adolescents (Ages 5–19 Years) in the United States, 1988–2004



As noted earlier, CDC data on suicide rates for 2005 will not be available until December 2007. In children and adolescents (ages 5 to 19 years), 1,737 suicides were recorded in 2003 in a population of 61,447,723 (2.83/100,000) and 1,985 suicides were recorded in 2004 in a population of 61,469,792 (3.23/100,000); this represents a 14% increase in the suicide rate from 2003 to 2004 ($p<0.0001$). As shown

Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents

2,83/100000 → 3,23/100000

(Am J Psychiatry 2007; 164:1356–1363)

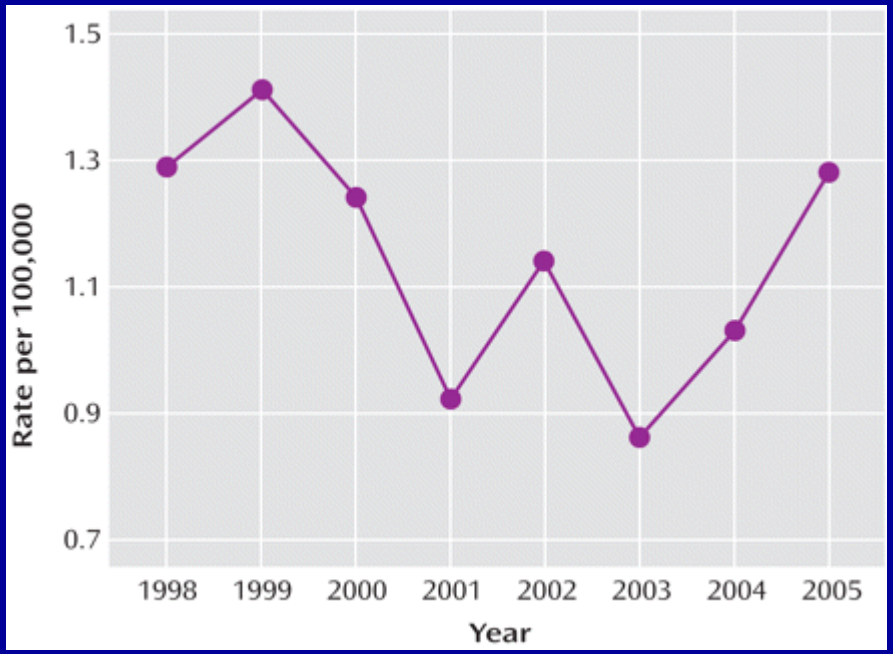
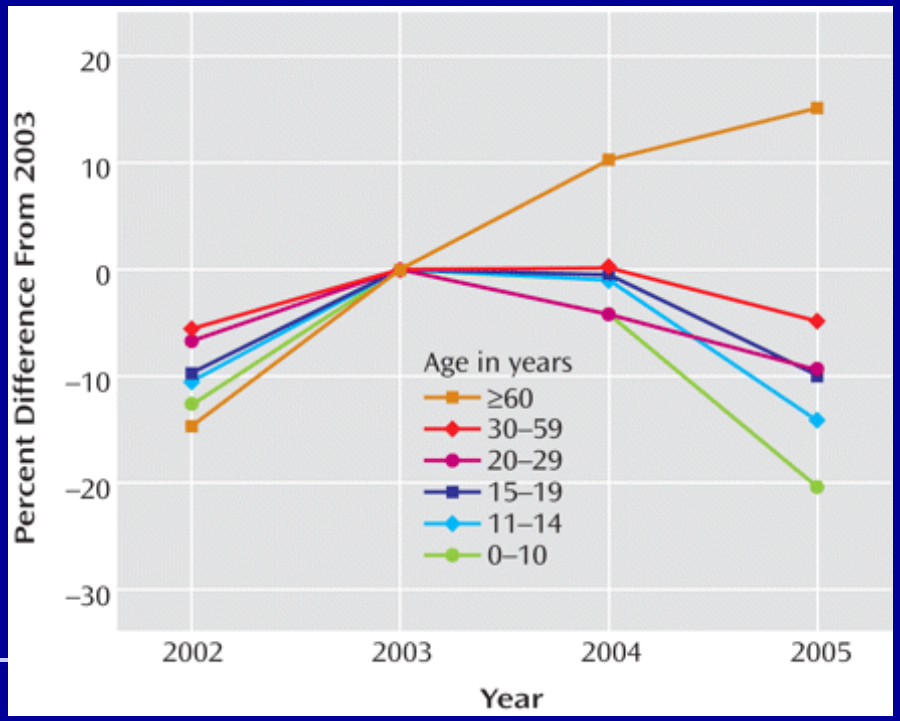


Figure 5. Suicide Rate in Children and Adolescents (Up to Age 19) in the Netherlands, 1998–2005

Az antidepresszív kezelés növekedése: csökkenő öngyilkossági ráta



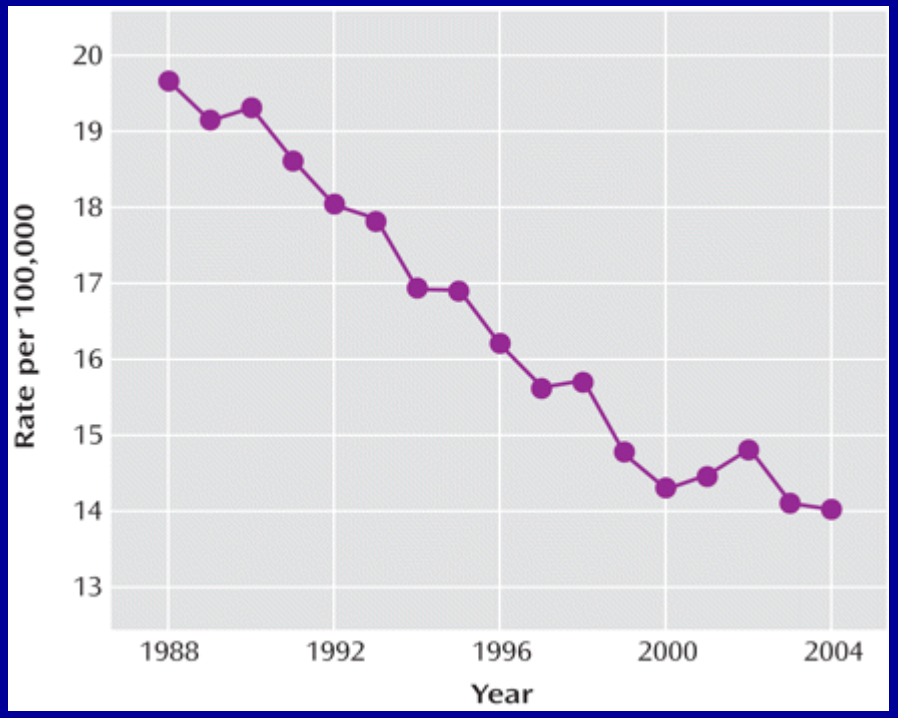


Figure 3. Suicide Rate in Older Adults (Age 60 Years and Over) in the United States, 1988–2004

(Am J Psychiatry 2007; 164:1356–1363)

Nonresponse to Treatment for Depression Following Myocardial Infarction: Association With Subsequent Cardiac Events

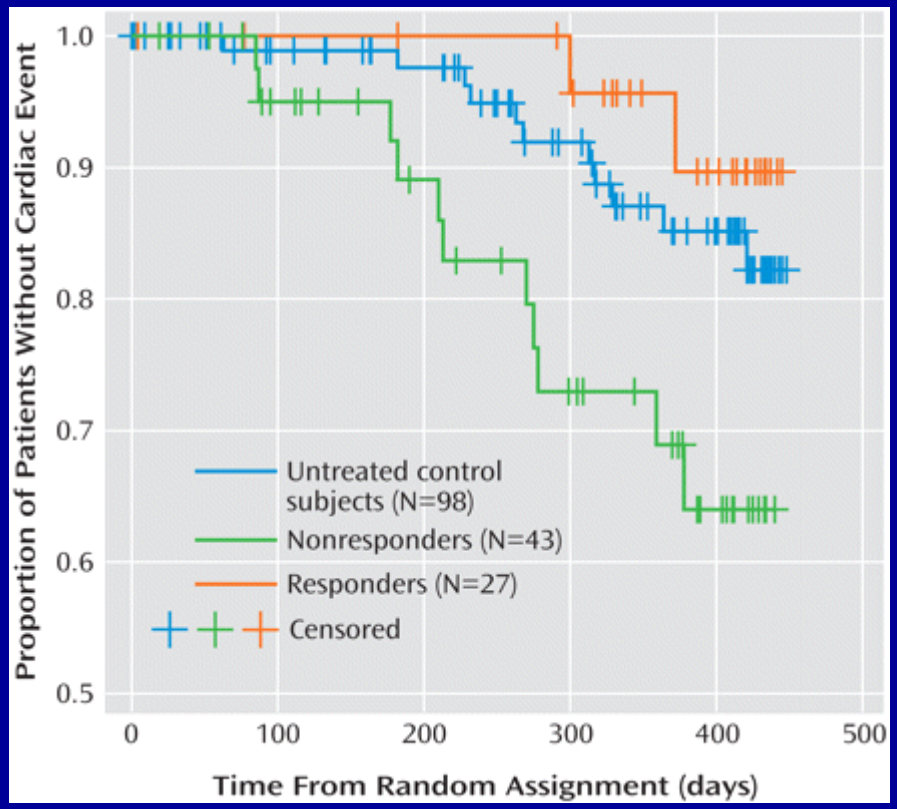


Figure 2. Event-Free Survival for Responders, Nonresponders, and Untreated Control Subjects (Events After 24 Weeks Post-Random Assignment)

Am J Psychiatry 164:1371-1378, September 2007

Alkohol-egység:

- 1 pohár bor/sör
- 1 pohár whisky
- 1 kispohár sherry

- **Tolerálható dózis**:
- 14 egység/ hét **NŐK**
- 21 egység/hét **FÉRFIAK**

Alkohol okozta betegségek

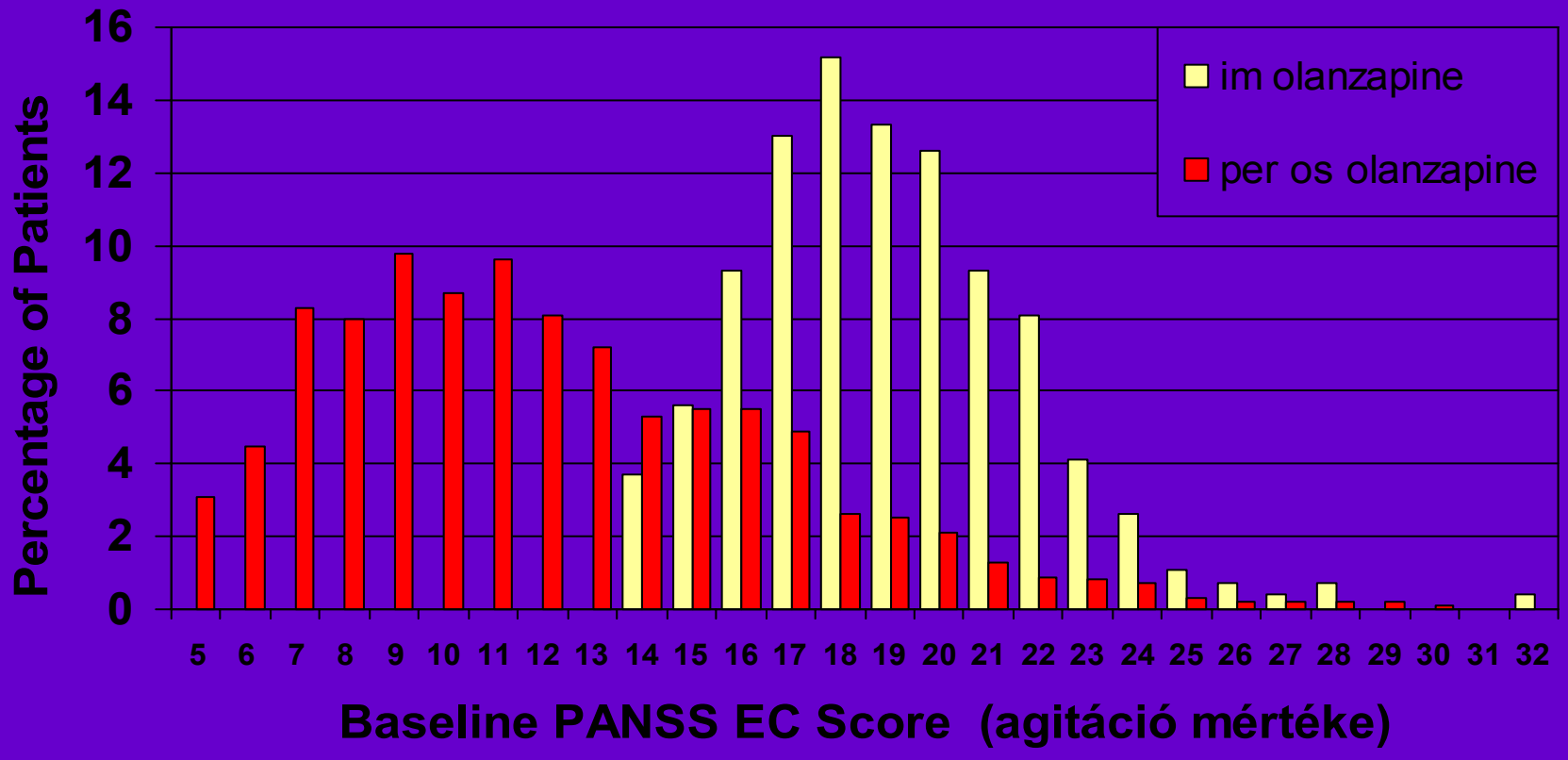
- Máj
- Hasnyálmirigy
- Szív
- Agy
- stb

Alkohol okozta 3.

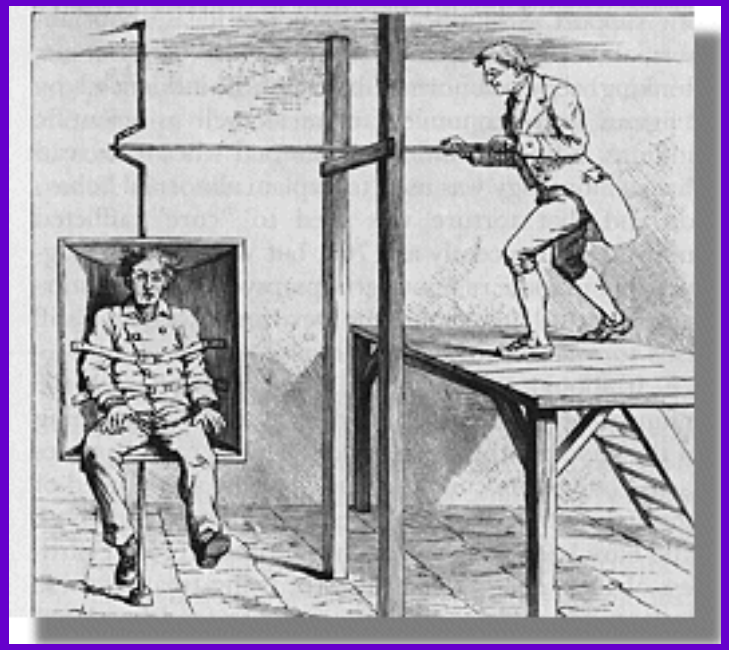
AGY….

- **Memória zavarok**
- **Delírium és „predelirium”**
- **Korsakoff-Wernicke sy, tünetek**:
  - retrograd amnesia
  - confabulatio
  - desorientatio
  - perifériás idegek károsodása

Amit az egyetemen tanítunk, az is csak valószínűségekről szól…
Bizonyítékokon alapuló orvostudomány: példa a korlátokra



Williambsburg, Public Hospital (1773-1885) (Virginia,USA): Nyugtalan betegek kezelése

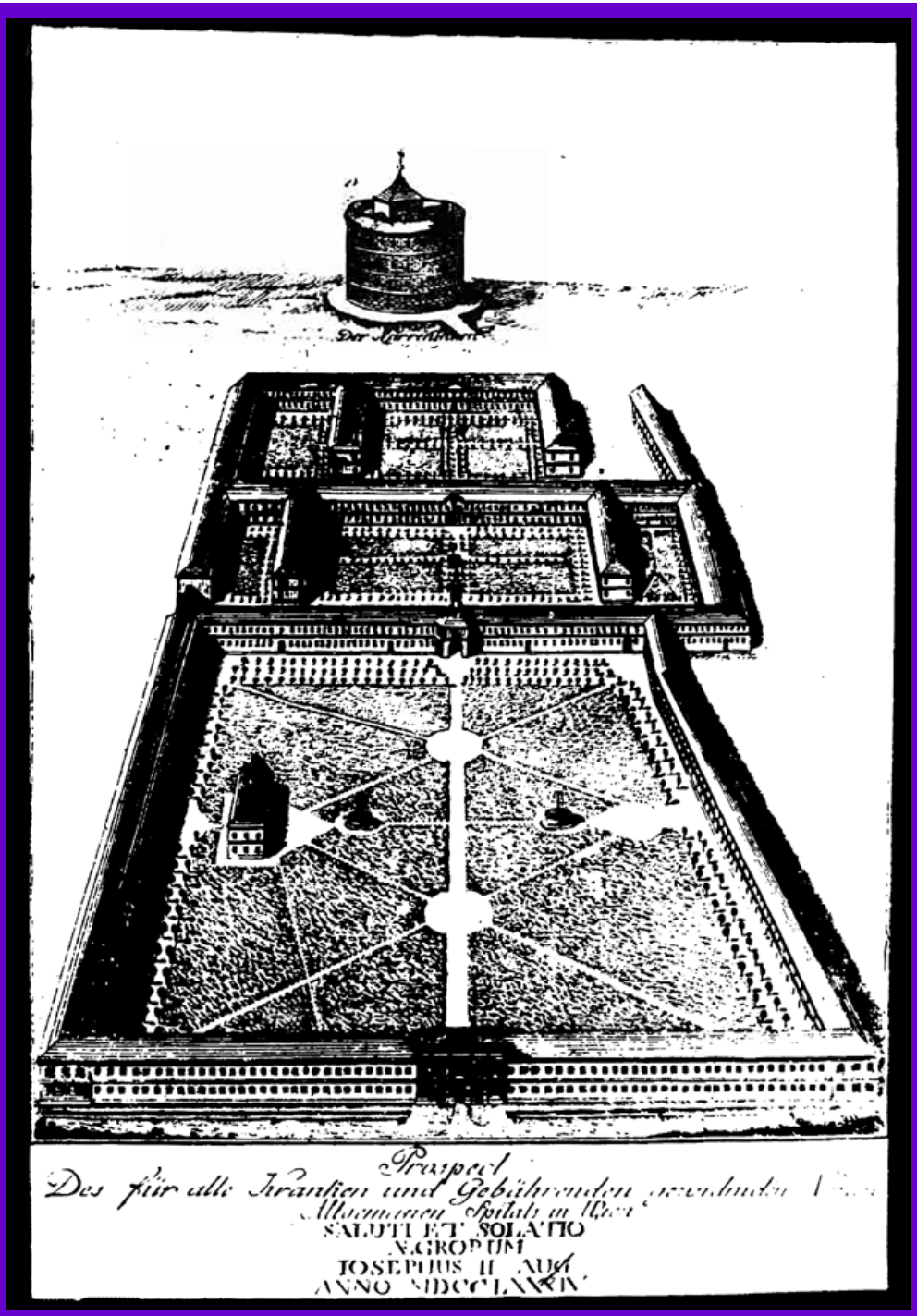


Bécs : Narrenturm

Above: The "Narrenturm" viewed from the East, located between the General Hospital and the military hospital. The military hospital was part of the Joseph's Academy of Medicine and Surgery, which was founded by Emperor Joseph II in 1785. Engraving by Joseph Schaffer (1787).

Below left: The floor plan shows the arrangement of the cells (A), the corridor facing the courtyard and the ward in which the attendants slept.

Below right: Partial view of the circular corridor with the cell doors.


Prospect
Des für alle Krankhen und Gebührenden gewendeten
Allgemeinen Spitals in Wien
SALUTI ET SOLATIO
AGROTUM
IOSEPHUS II AUG
ANNO MDCCLXXXIV

Pszichiátriai beteg Banglades-ben (XXI. szd)

Náci programok

- Sterilizálás
- Mentálisan retardált gyermekek meggyilkolása
- Pszichiátriai betegek meggyilkolása

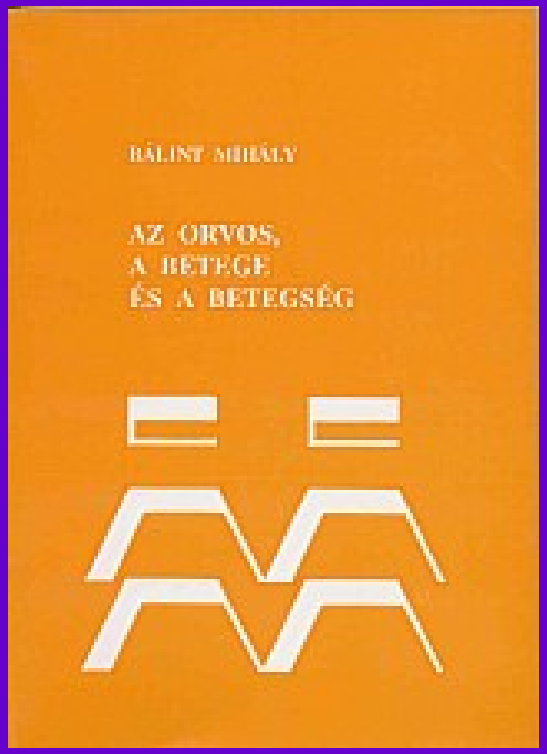
Shorter: Pszichiátria történet

- Ferenczy Sándor: Freud munkatársa, a „Budapesti iskola” alapító tagja, rövid ideig egyetemi tanár

- Meduna László: Schaffer Károly tanársegédje, a sokk terápia felfedezője.
  - 1934. január 23: első kámfor im. kezelés Lipótmezőn.
    - Beteg néhány kezelés után beszélni kezdett. Állapota annyit javult, hogy 4 évi lipótmezei tartózkodás után elbocsátják. Rövid idő után önként kéri azonban visszavételét...

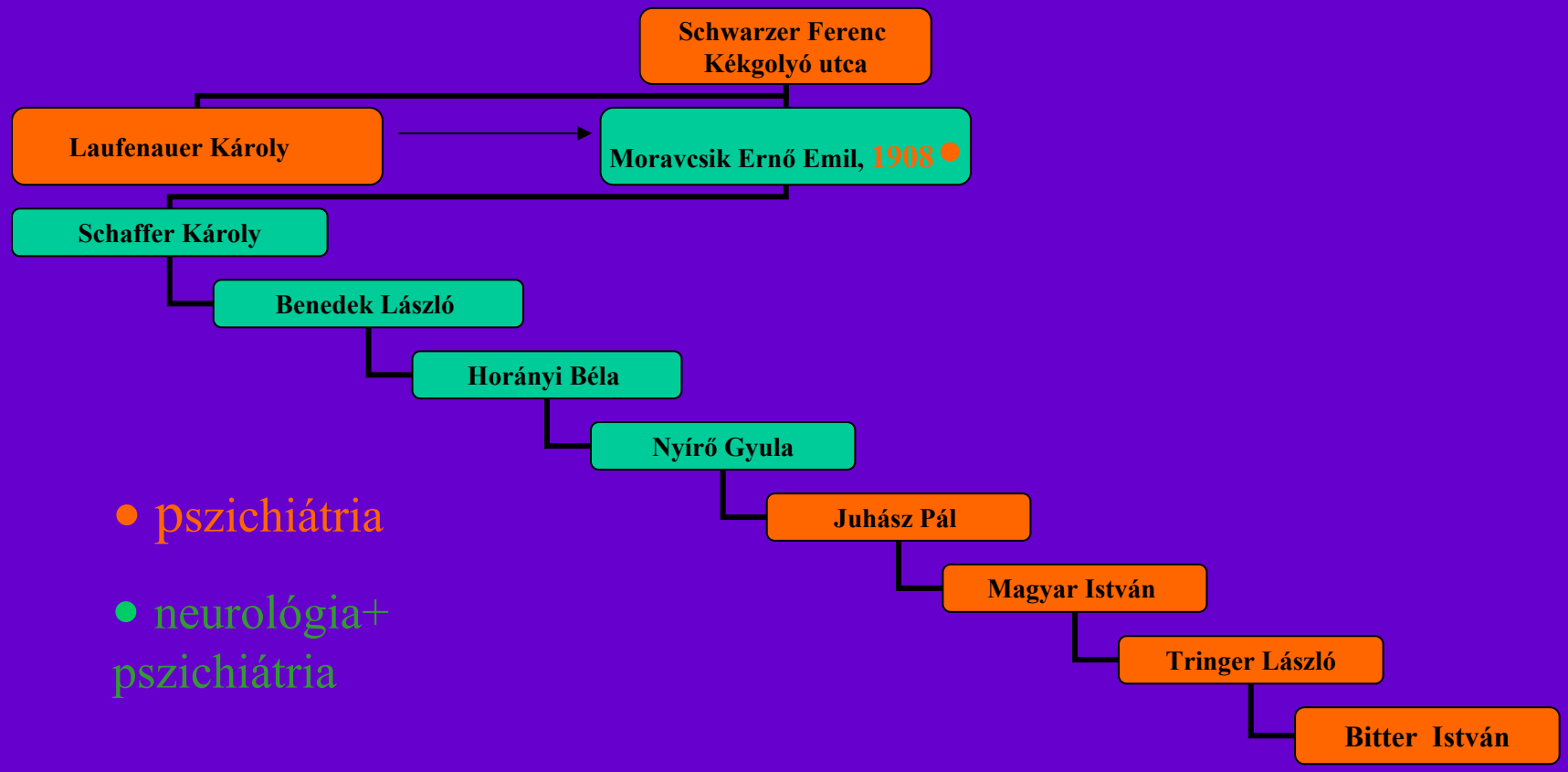
Meduna and the origins of convulsive therapy.
Fink M.
Am J Psychiatry. 1984,
Sep;141(9):1034-41.

Bálint Mihály

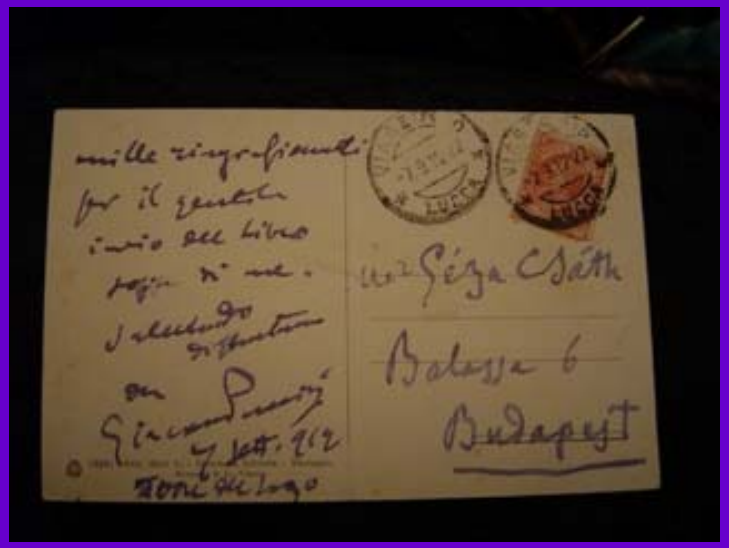


Bálint csoportok

Balassa utcai Pszichiátriai Klinika: 1908



- pszichiátria
- neurológia+ pszichiátria



Feladó:
Puccini

- Építészmérnök? Mit akar az itt?

Janó szippantott egyet a pipából.

- Építeni fognak.

- Itt?

- Igen. Hétfőn gyünnek munkások, felássák grundot... csinálnak pince... fundamentum...

- Mi?! - kiáltott Boka. - Ide házat építenek?

- Házat - mondta egykedvűen a tót -, nagy, háromemeletes házat... akié a grund, az csináltatja házat.

És bement a kunyhóba.

Bokával fordult egyet a világ. Most már előtörtek a szeméből a könnyek. Sietett, aztán rohanvást futott a kapu felé. Menekült innen, erről a hűtlen darab földről, amelyet ők annyi szenvedéssel, annyi hősiességgel védtek meg, s amely most hűtlenül elhagyja őket, hogy egy nagy bérkaszárnyát vegyen a hátára örök időkre.