

A GÖRCSCKEZELÉS SZÜLETÉSE

BARAN BRIGITTA¹, BITTER ISTVÁN¹, UNGVÁRI S. GÁBOR², GAZDAG GÁBOR³

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²Chinese University of Hong Kong, Shatin Hospital, Hong Kong, China

³Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Kórháza, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők az első görcskezelés alkalmazásának 75. évfordulója alkalmából összefoglalják az első kezelések történetét. Röviden ismertetik a módszer elméletének kidolgozásához vezető kórszövettani és klinikai megfigyeléseket, majd beszámolnak az első betegek – eredeti dokumentációjuk alapján rekonstruált – kezelésének történetéről. Részletesebben kitérnek a kezelések indikációjára és eredményességére. Végül szélesebb kontextusba helyezve értékeli a görcskezelés és Meduna László szerepét a pszichiátria, azon belül is a biológiai pszichiátria fejlődésében.

KULCSSZAVAK: görcskezelés, Meduna László, indikáció, hatékonyság, pszichiátriatörténet

THE BIRTH OF THE CONVULSIVE TREATMENT

The history of the first convulsive treatment is summarized here in commemoration of its 75th anniversary. The neuropathological and clinical findings underlying the theoretical basis of the method are reviewed, together with the case histories of the first batch of patients who underwent convulsive therapy. The early indications and effectiveness of convulsive therapy are also discussed. Finally, in a broader context, the role of convulsive treatment in the development of modern biological psychiatry and Laszlo Meduna's contribution to this development are touched upon.

KEYWORDS: convulsive treatment, László Meduna, indication, effectiveness, history of psychiatry

Bevezetés

A biológiai pszichiátria egyik legrégebb óta alkalmazott kezelési módszerét, a görcskezelést, 75 éve, 1934. január 2-án alkalmazta egy magyar pszichiáter – Meduna László – először. A kerek évforduló alkalmat ad a visszatekintésre, a módszer kidolgozásának felelevenítésére, valamint a biológiai pszichiátriában betöltött szerepének újraértékelésére.

A módszer kidolgozásának előzményei

Meduna László a múlt század harmincas éveinek elején a Magyar Királyi Pázmány Péter Tudományegyetem, Schaffer Károly professzor által vezetett Elme- és Idegkórtani Klinikáján az epilepszia kórszövettanával foglalkozott. Munkája során epilepsziás betegek agyából sebészek által kimetszett góccokat vizsgálva azt tapasztalta, hogy az elpusztult idegsejtek helyét gliasejtek töltötték ki. Alig egy évvel később, 1933-ban, klinikai munkatársa, Horányi (Hechst) Béla, aki a szkizofrénia kórszövettanával foglalkozott, az előbbivel éppen ellentétes agypatológiai folyamatot írt le: a szki-

zofrén betegek agyában csökken a gliasejtek száma (Hechst 1933).

A fenti kórszövettani észlelések mellett klinikai megfigyelések is a szkizofrénia és az epilepszia egymással ellentétes viselkedésére utaltak: Nyíró és Jablonszky 1929-ben közölt vizsgálatukban az átlagpopulációnál lényegesen alacsonyabb arányúnak találták az epilepsziások között a szkizofrénia előfordulását (Nyíró és Jablonszky 1929). Meduna figyelmét felkeltette Müller 1930-ban publikált két katatón szkizofrén betegének esete is, akiknél alkalmi epilepsziás rohamot követően a szkizofrénia tünetei remisszióba kerültek (Müller 1930). Nagy beteganyagon végzett vizsgálatában, 1931-ben, Glaus 6000 szkizofrén beteg között mindössze 8 olyat talált, akinek egyidejűleg epilepsziája is volt (Glaus 1931). 1932-ben Steiner és Strausz 6000 szkizofrén beteg áttanulmányozását követően egyenesen arra a következtetésre jutott, hogy szkizofrénia fennállása esetén az epilepsziás roham jelentkezése olyan ritkaság, hogy ilyen esetben jogosan kell kételkedni a diagnózis helyességében (Steiner és Strausz 1932). Mindezen kórszövettani és klinikai megfigyelések alapján Meduna számára kétségtelenné vált, hogy a szki-

zofrénia és az epilepszia között – a szifilisz és a malária közöttihez hasonló – antagonizmus áll fent. Ebből arra a következtetésre jutott, hogy „ha schizofreniás betegeknél epilepsziás rohamokat tudok létrehozni, ezek... a szervezet kémiai és humorális folyamatait olyan irányban fogják megváltoztatni... hogy a betegség visszafejlődésének élettani lehetőségét teremttem meg.” (Meduna 1985)

A megfigyelés klinikai hasznosításáig már csak egy lépés volt hátra: megfelelő módszert kellett találni az epilepsziás roham mesterséges úton történő kiváltásához. Meduna a kémiai úton történő görcskeltést választotta. Előbb kizárta a gerincvelőre ható, tetániás rohamokat okozó szereket, majd azokat, amelyeknél túl közel volt egymáshoz a görcskeltő és a letális dózis, végül azokat is, amelyek idegrendszeri érbántalmat okoztak. Így jutott el a kámforhoz. Első lépésben tengerimalacokon vizsgálta a kámfor görcskeltő dózisainak hatását. Megállapította, hogy az, az állatok agyi ereiben semmiféle kórszövetetani elváltozást nem okoz és az emberi epilepsziával azonos rohamokat idéz elő (Meduna 1934). Miután kellően biztonságosnak találta a szert, minden készen állt az első, betegeken végzett terápiás kísérletek megkezdéséhez.

Az első görcskezeltetések története

Medunának a szkizofrénia kezelésére vonatkozó elmélete szöges ellentétben állt a Schaffer iskola szemléletével – amely szerint a szkizofrénia egy heredodegeneratív és ilyen formában gyógyíthatatlan betegség. Emiatt fokozatosan megromlott a viszonya professzorával és végül 1933-ban távozni kényszerült a Klinikáról (Meduna 1985). A betegeken végzett első terápiás kísérleteit 1934. január elején már a Budapest-lipótmezei Magyar Királyi Állami Elme- és Ideggyógyintézetben kezdte meg. Meduna önéletrajzában színes leírás olvasható az első beteg, L. Zoltán görcskezeltetéséről (Meduna 1985). A kezelés hatékonyságát előbb egy kisebb, 26 fős (Meduna 1935), majd egy nagyobb, 110 betegből álló mintán vizsgálta (Meduna 1937). Fél évesnél rövidebb betegségtartam esetén 90%-os javulási arányról számolt be. A korabeli utánvizsgálatok azonban a kezelés eredményességét ennél alacsonyabbnak találták (Angyal és Gyárfás 1937). A görcskezelt betegek eredeti dokumentációjának retrospektív elemzéséről a közelmúltban megjelent publikációk (Gazdag és mtsai 2008, Baran és mtsai 2008)

több kérdésben pontosították az első görcskezeltetésekkel kapcsolatos eddigi ismereteinket.

Az első 11 beteg

A fellelt eredeti kórrajzokban a görcskezeltetésre utaló legkorábbi bejegyzés 1934. január 2-áról származik. Meduna 1937-ben publikált monográfiájában ugyancsak ez a dátum szerepel 2 beteg kórtörténetének rövid leírásában (Meduna 1937). A kórrajzok alapján január 2-án egyszerre összesen 6 beteg görcskezeltetése indult el (Gazdag és mtsai 2008). Közülük ötnak a diagnózisa szkizofrénia, egynek oligofrénia volt. A kezelések a lipótmezei Intézet VIII-as osztályán, a kora reggeli órákban, 2-3 naponta folytak. A dekurusok a betegek egységes obszervációs szempontok szerinti intenzív megfigyeléséről tanúskodnak. A szkizofrén betegek 2 g, míg az oligofrén beteg 4 g kámfort kapott első alkalommal. Görcsroham egyetlen betegnél sem alakult ki. Másnap egy további szkizofrén beteg került bevonásra. Meduna ezen a napon megduplázta az előző napon alkalmazott dózist. Az oligofrén beteg 8 g kámfort kapott, ami után rövid időn belül 2 generalizált görcsroham zajlott le. A szkizofrén betegek 4 g kámfort kaptak, közülük egynél alakult ki görcsroham. Az oligofrén beteg kezelése, a második injekció után befejeződött. Mindezek arra utalnak, hogy Meduna szisztematikusan titrálta a kezeléshez szükséges kámfor dózist az első két nap kezelése során (Gazdag és mtsai 2008). A következő 20 napban – a nemzetközi szakirodalomban első görcskezelt betegként ismertté vált L. Zoltán kezelésének megkezdéséig – 2 további beteg görcskezeltetése kezdődött el. Egy betegnek pedig L. Zoltánnal egyidőben, január 23-án adta Meduna az első kámfor injekciót. A kórrajzok tanúsága szerint tehát legalább 9 olyan beteg volt, akinek L. Zoltánénál előbb, egy pedig, akinek L. Zoltánéval egy időben kezdődött a görcskezeltetés (Gazdag és mtsai 2008).

A görcskezeltetések indikációja

A görcskezeltetésre került betegek kiválasztásának szempontjai az eredeti dokumentációkból nem tisztázhatók, egyik dokumentációban sincs erre vonatkozó feljegyzés. F. Nándor és D. József kivételével a kezelésre került összes beteg szkizofréniaiban szenvedett. Kettőjük diagnózisa oligofrénia volt, amihez F. Nándor esetében nyugtalan-ság, D. József esetében pedig gátoltság társult. F. Nándor kezelését a második injekció után Meduna

valamilyen okból befejezte, de ez az ok sem került a kórrajzban dokumentálásra. D. József eredeti – szkizofrénia – diagnózisa pedig feltételezhetően éppen a görcskezelés sikertelensége után kerül módosításra oligofrénia. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy az első 11 kezelt beteg közül 9-nél volt megfigyelhető táplálkozási negativizmus, 6 beteg mesterséges táplálásra szorult a kezelést megelőzően. Feltételezhető, hogy a kezelés indikálásának egyik szempontja ez, az önálló táplálkozásra való képtelenség lehetett (Gazdag és mtsai 2008). A betegek többségénél (11-ből 8-nál) a tünetek 2 évnél régebben jelentkeztek, így a krónikus betegek csoportjába voltak sorolhatók. Ez is szerepet játszhatott a kiválasztásukban (Gazdag és mtsai 2008).

A görcskeltések eredményessége és a kezelések hatékonysága/biztonságossága

A kámfor nagyon megbízhatatlan görcskeltő szernek bizonyult és nagyon hosszú látenciával rendelkezett. Kiszámíthatatlan volt, hogy kinél, mekkora kámfor dózis provokál görcsrohamot, és hogy az a roham az injekció intramuszkuláris beadását követően mennyi idő múlva következik be. Az első 11 beteg közül csak 3-nál jelentkezett egyértelmű javulás a kezelés hatására, közülük egynél 13 kámfor injekció összesen 1 görcsrohamot eredményezett, a másodíknál 23 ülésből 5 alkalommal alakult ki görcsroham, a harmadik betegnél, L Zoltánnál, 9 injekció 7 görcsrohamot váltott ki (Gazdag és mtsai 2008). A javult betegek közül kettő – 3 illetve 8 hónappal a kezelés után - elbocsátható volt, visszatértek eredeti foglalkozásukhoz. Ennek a két betegnek 2 évnél rövidebb kórtörténete volt. A harmadik beteg (L Zoltán) volt az egyetlen krónikus eset a javult betegek között. Az ő görcskezelése három-négy éve fennálló – negativizmussal, befolyásolhatatlan téveszmékkel és akusztikus hallucinációkkal jellemezhető – súlyos kataton stupor állapotában indult. Az első görcskezelés-sorozatban L. Zoltán kilenc alkalommal kapott kámfor injekciót. Ezt néhány hónapos szünet követte, melynek első két hónapjában tüneti remisszió mutatkozott, valóban aktív volt, foglalkoztatható lett, de azután ismét visszaesett, magatehetetlenné vált. 1934. júliusától újabb 10 ülésben részesült – akkor kardiazol indukálta - görcskezelésben, melynek során hat alkalommal sikerült görcsrohamot kiváltani. Ezt a kezeléssorozatot újabb négy hónapos szünet követte. A stuporos állapot és a táplálkozási negativizmus megszűntén

kívül pszichés statusában más tartós javulás nem mutatkozott. 1935-ben további 10 kámfor injekciót kapott, mely részleges remissziót eredményezett. Ezután újabb 6 alkalomból álló görcskezelés (kardiazollal) következett, melyet követően tulajdonképpen haláláig, 1945 januárjáig, nem vált tünetmentessé.

Az első 11 beteg közül két esetben alakult ki a kezeléssel kapcsolatos szövődmény. A 178 beadott kámfor injekciót követően egy esetben alakult ki gluteális tályog és a 28 provokált roham kapcsán egy felszínes hámsérülés következett be. Ezek alapján a görcskezelés már a kezdetektől fogva biztonságosnak mondható módszer volt.

Megbeszélés

Végigolvasva az eddigieket több kérdés is felmerülhet az olvasóban.

1) Vajon hogyan juthatott el Meduna a görcskezelés alap gondolatának megfogalmazásáig? Ön-életrajzában (Meduna 1985) erről azt írja, hogy az epilepsziás betegek agyának szövettani tanulmányozása során észlelt glia-szorulat alapján merült fel benne először az antagonizmus lehetősége (a Schaffer klinikán párhuzamosan folyó szkizofrénia kutatásokból feltehetően tudomása lehetett a szkizofrén betegeknek talált glia-deficitről). Ugyanakkor már az első közlései után egyik kollégája, Havas Gyula, megvádolta (Havas 1938) azzal, hogy a görcskezelés nem a saját ötlete, hanem csak az irodalomban szereplő korábbi leírások reprodukálása. Ennek alátámasztására közleményében részletesen ismertette egy 1798-ban megjelent német nyelvű könyvben a téboly kezelésére ajánlott gyógymódokat. Ezek egyike a kámfor alkalmazása volt, akár olyan nagy adagokban is, amelyek öntudatlanságot és görcsös rohamokat idéznek elő (Weickardt 1798). Noha azt a feltételezést, hogy Meduna olvasott a terápiás céllal alkalmazott görcskeltésről, biztosan kizárni nem lehet, egyetlen forrás sem erősíti meg azt. Másfelől, még ha az ötlet egy korábbi leírásból származott is, és az epilepszia/szkizofrénia antagonizmusára vonatkozó elmélete nem is állta ki az idő próbáját, ezek sem kisebbítik Meduna érdemét a szkizofrénia első hatékony kezelési módszerének tudományos megalapozásában, eredményes klinikai alkalmazásában, majd széleskörű elterjesztésében.

2) Miért L. Zoltán esetét említhette Meduna az első kezelt betegként? Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy ön-életrajza írásakor (Meduna 1985) – 1954-ben, több mint 20 évvel az első

görcskezéletek végzését követően – cserbenhagyta a memóriája. A történet rekonstruálásakor az eredeti dokumentumokra nem tudott támaszkodni, mivel ekkor már 15 éve az USA-ban élt. 1939-ben a náciizmus fokozódó fenyegetése, valamint a hazai szakmai elismerés elmaradása miatt külföldi útja során úgy döntött, hogy nem tér vissza Magyarországra (Meduna 1985). Ugyanakkor kétségtelen, hogy L. Zoltán volt az elsőként látványos javulást mutató beteg. Ő volt az, aki február 10-én – az ötödik injekció és 5 epilepsziás roham után – 4 évig tartó stuport követően felkelt az ágyából, felöltözött és érdeklődő kérdéseket tett fel a személyzetnek. A következő betegnél február 14-én, a 14. kámfor injekciót követően jelentkeztek először a javulás jelei. Tehát ha kronológiailag nem is L. Zoltán volt az a beteg, aki az első kámfor injekciót kapta, a kezelésre mutatott javulás tekintetében mégis ő tekinthető az első betegnek.

3) Mi az oka annak, hogy a görcskezéletek később nem mutatkoztak olyan hatékonynak, mint ahogyan arról Meduna az első közleményeiben (Meduna 1935, 1937) beszámolt? A feltalált eredeti kórrajzok és a megjelent közleményekben szereplő leírások összehasonlítása alapján megállapítható, hogy Meduna a közleményeiből egyes eseteket kihagyott. Az első 11 beteg közül például 4 nem szerepel Meduna 1935-ben megjelent, a kezelésről szóló első beszámolójában (Meduna 1935). Kihagyta F. Nándort, aki idiotizmus diagnózissal két ízben kapott kámfor injekciót. Egy másik betegnél gluteális tályog kialakulása miatt fejeződött be a 18. injekciót követően a kezelés. A harmadik beteget az első két injekciót követően édesanyja „tértivevény” ellenében hazavitte, a negyedik betegnél pedig a kezelés során elszenvedett jelentéktelen sérülés lehetett a kezelés befejezésének az oka. Az előbbi négy eset egyikében sem jelentkezett a betegek állapotában érdemi változás, azaz rontották volna a közölt javulási arányt. Egy további ok lehet, hogy Meduna nem határozta meg pontosan a remisszió fogalmát. Közleményeiben a kezelés eredményességének értékelésére csak két kategóriát alkalmazott: a remisszióba került és a remissziót el nem ért kategóriát. Mivel elképzelése szerint módszere a szki-

zofrénia gyógyulását eredményezte, ezért az átmeneti tüneti javulást mutató betegeket is feltehetően a remisszióba került csoportba sorolta és ez is hozzájárulhatott az általa talált magasabb javulási arányokhoz.

4) Mi az, ami miatt a Meduna által felfedezett görcskezéletek mégis korszakalkotónak, a biológiai pszichiátria alapjait megteremtő lépésnek tekinthető? Meduna László legnagyobb érdeme az volt, hogy új terápiás módszere megrendítette a szki-zofrénia – heredodegeneráció elméletén alapuló – gyógyíthatatlanságába vetett korábbi meggyőződést. Ezzel utat nyitott a további biológiai kutatások előtt a pszichiátria területén is. Módszere továbbfejlesztett változatának, az elektromos áram útján történő görcskeltésnek (ECT) pedig, bár kissé módosult indikációval, de máig helye van a pszichiátriai kezelésmódok arzenáljában. A pszichiátria területén végbement szemléletváltás következtében Meduna jelentős mértékben hozzájárult a pszichiátriai kezelésekre további fejlődéséhez is. Így napjainkban a szkizofrén betegek többségének a sorsa már a társadalom dolgozó tagjaként, családjá körében töltött értékes életről, és nem a nagy tébolydákban való tengődésről szól.

Végül talán érdemes egy pillanatra eljátszani azzal a gondolattal, hogy mi történt volna, ha Meduna László 75 évvel később születik és nem 1934-ben, hanem napjainkban akarta volna a görcskezéletek módszerét betegeken kipróbálni. Biztos, hogy korunk etikai normáit figyelembe véve egyetlen etikai bizottság sem adott volna neki erre engedélyt. A görcskezéletek soha nem kerültek volna be a pszichiátria terápiás eszköztárába. A betegeknél továbbra is „joguk” lett volna éveket stuporos állapotban tölteni mesterséges táplálásra szorulva. A szakmai fórumokon pedig nem a nagy tébolydák bezárásáról (Gazdag és mtsai 2007), hanem újabb nagy tébolydák megnyitásának szükségességéről kellene beszélnünk.

Levelező szerző:

Dr. Gazdag Gábor

*Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Kórház
I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs O.*

1204 Budapest, Köves u. 1.

Tel/fax: 2896200/1435

E-mail: gazdag@lamb.hu

IRODALOM

Angyal L, Gyárfás K: A serdüléssel elmezavar cardiazol-görcs kezelése. Orvosi Hetilap 1937. 81. évf. 4. szám 79-82.

Baran B, Bitter I, Ungvári GS, Nagy Z, Gazdag G: The beginnings of modern psychiatric treatment in Europe: lessons from an early account of convulsive therapy. European Archives of Psychiatry and Clinical

Neuroscience 2008;258:434-40. Epub DOI 10.1007/s00406-008-0816-9

Gazdag G, Baran B, Kárpáti M, Nagy Z: The history of Lipótmező, the site of

- the first convulsive therapy. J ECT 2007;23:221-3.
- Gazdag G, Bitter I, Ungvari GS, Baran B, Fink M: László Meduna's pilot studies with camphor inductions of seizures: the first 11 patients J ECT (közlésre elfogadva 2008)
- Glaus A: Über kombinationen von Schizophrenie und Epilepsie. Z Ges Neurol Psychiatr 1931;135:450-500.
- Havas Gy: Az elmebetegségek és gyógykezelésük a XVIII. században. (A görcskeltéssel gyógyítás kezdete)
- Budapesti Orvosi Újság 1938; 24: 556-9.
- Hechst B: A schizophrenia kórszövet-tana. Orvosképzés 1933;23:802-811.
- Meduna L: Autobiography. Convulsive Ther 1985;1:43-57, 121-138
- Meduna L: Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie 1937. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle
- Meduna L: Über experimentelle Campherepilepsie. Arch Psychiatr 1934; 102:333-9.
- Meduna L: Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie. Z gesamte Neurol Psychiatr 1935;152:234-62.
- Müller G: Anfälle bei schizophrenen Erkrankungen. Allgemeine Z Psychiatr 1930;93:235-240.
- Nyíró Gy, Jablonszky A: Néhány adat az epilepszia prognosishoz, különös tekintettel a constitutióra. Orv Hetil 1929;28:679-81.
- Steiner G, Strausz A: Die körperlichen Erscheinungen. Handbuch der Geisteskrankheiten 1932;9:264-292.
- Weickardt MA: Medicinisches-Praktisches Handbuch. Bécs, 1798.

KONGRESSZUSI NAPTÁR

2009.

- jan. 28–31. MPT XV. Vándorgyűlése, Debrecen
Érdeklődni lehet: www.congressline.hu
- jún. 28–júl. 2. 9. Biológiai Pszichiátriai Világkongresszus, Párizs, Franciaország
Érdeklődni lehet: global.headquarters@wfsbp.org
- október 1–3. XII. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszus, Tihany
Érdeklődni lehet: www.mppt.hu
- szept. 12–16. 22. ECNP Kongresszus, Amszterdam, Hollandia
Érdeklődni lehet: www.ecnp.nl

2010

- június 6–10. XV. CINP Kongresszus, Hongkong
Érdeklődni lehet: www.cinp2010.com
-