

Pszichiátriai kórképek komorbiditása és az alkalmazott terápia jellegzetességei hospitalizált betegek körében

MÓRA BALÁZS¹ ÉS PÉTER LÁSZLÓ¹

¹ MH EK Honvédkórház, Pszichiátriai osztály, Budapest

Retrospektív felmérésünkben 100, osztályunkra egymást követően felvételre került beteget vizsgáltunk előre meghatározott szempontok alapján, melyhez a MedWorkS rendszer adatbázisát használtuk. Korábról ismert, hogy a pszichiátriai betegségek komorbiditása igen magas, melyet vizsgálati eredményeink is alátámasztottak. A pszichiátriai társbetegségek közül a demencia (20%), az alkoholdependencia (14%) és az unipoláris depresszió (8%) emelkedett ki. A demencia a vezető diagnózisokat is figyelembe véve a vizsgált betegek csaknem felénél megjelent (48%). Igen jelentősnek találtuk a szomatikus komorbid állapotok arányát is (73%), melyek közül leggyakrabban kardiovaszkuláris (55%) és endokrinológiai (30%) kórképek fordultak elő, emellett azonban gyakoriak voltak még a neurológiai (17%), illetve a gasztroenterológiai (16%) betegségek is. A pszichiátriai és szomatikus kórképek kivizsgálásának részeként leggyakrabban röntgen (28%), ultrahang (28%), CT (24%) és EEG (24%) vizsgálatok történtek. Eredményeink a korábbi vizsgálatokkal összhangban megerősítették a szomatikus társbetegségek egyre nagyobb térnyerését a pszichiátriai osztályon hospitalizált betegek körében. Emiatt az életminőség javítása, továbbá a mortalitás csökkentése céljából a gyakorlatban is célszerű nagyobb hangsúlyt fektetni a komorbid kórképek teljesebb kivizsgálására és megfelelő kezelésére.

(Neuropsychopharmacol Hung 2016; 18(3): 129–136)

Kulcsszavak: komorbiditás, hospitalizált, pszichiátriai, szomatikus, terápia, diagnosztikus vizsgálatok

A komorbiditás mint fogalom bevezetése több mint 40 évre nyúlik vissza, megalkotása A.R. Feinstein nevéhez fűződik. Az eredeti definíció szerint komorbiditás alatt adott páciens esetében az elsőként megjelent, vagyis az index betegség mellett manifesztálódó további betegség(ek) egyidejű fennállását értjük (Harold et al., 2004). A jelenség létrejöttének számos mechanizmusa lehet: véletlen egybeesés, két különböző kórkép egymást részben vagy teljesen átfedő rizikófaktorainak együttes fennállása, ok-okozati összefüggés, emellett előfordulhat, hogy a komorbid állapot egy adott betegség eltérő kifejeződéseként jön létre (Costello et al., 1993). Különböző betegségek rizikófaktorai lehetnek egymással összefüggőek (például a dohányzás és az alkoholfogyasztás), így téve valószínűbbé a kórképek együttes megjelenését, illetve előfordulhat az is, hogy a rizikófaktorok egymástól függetlenek ugyan, de bármelyik képes előidézni a másik rizikófaktorral kapcsolt betegséget (Valderas et al., 2009). A komorbiditás etiológiájával kapcsos-

latos dominanciaelmélet hipotézise szerint számos egyéntől függő és független, egymással interakcióban álló tényező együttes jelenléte mellett kiemelhető egy, a komorbiditás kialakulásában döntő szerepet játszó domináns folyamat, melynek meghatározása akár hatékonyabb terápiák beállítását is elősegíthetné (Kovács, 2014).

A különböző pszichiátriai kórképek együttes előfordulása igen gyakori. Egy korábban elvégzett felmérés alapján a DSM kritériumok szerint depresszióval diagnosztizáltak csupán 26%-ának esetében nem találtak semmilyen komorbid pszichiátriai megbetegedést (Maj, 2005). A pszichiátriai betegségek magas komorbiditását részben diagnosztikai és klasszifikációs sajátosságok is magyarázhatják. Egyes vélemények szerint a különböző pszichiátriai megbetegedések párhuzamos megjelenése esetén az is felmerül, hogy a látszólag különböző diagnózisok mögött valójában egyféle kórkép eltérő megjelenési formái állnak (Maj, 2005).

Jól ismert egyes szomatikus és pszichiátriai betegségek szoros kapcsolata, gyakori együttes előfordulása, melyek a tapasztalatok alapján kölcsönösen rontják egymás lefolyását. Depresszióval diagnosztizáltak körében például magasabb a metabolikus szindróma, illetve az ezzel szorosan összefüggő diabétesz és kardiovaszkuláris megbetegedések prevalenciája, de számos más példa mellett megemlíthető a szkizofrénia és a koronária megbetegedés gyakori társulása is (James et al., 2008). Nem ritka, hogy valamilyen komorbid szomatikus állapot esetén a kezelés során a hangsúly a pszichiátriai elváltozásra helyeződik, és elmarad a szomatikus kórkép adekvát terápiájának beállítása. Szkizofréniaival diagnosztizáltak körében például a nem kezelt metabolikus megbetegedések különösen nagy arányát találták, a betegek 30,2%-ánál kezeletlen diabétesz, 60,4%-ánál pedig kezeletlen hipertónia igazolódott (Nasrallah et al., 2006). Az elégtelen terápia mellett a gyakorlatban rendszeresen tapasztalt jelenség a pszichiátriai betegek szomatikus társbetegségeinek aluldiagnosztizáltsága is.

Komorbid állapotokkal tehát igen gyakran találkozunk a klinikumban, korai felismerésük kiemelt jelentőségű, hiszen gyógyításuk szorosabb utánkövetést, komplexebb terápiát és egyben szemléletmódot is igényel, melyek hiányában a kórlefordulás jóval kedvezőtlenebb kimenetelére kell számítanunk. Björkenstam és munkatársai által végzett felmérés következtetései alapján a pszichiátriai betegek korai halálozásában fontos tényezőként szerepelhet, hogy az ilyen páciensek a komorbid szomatikus betegségeket illetően feltételezhetően alacsonyabb színvonalú egészségügyi ellátásban részesülnek. A tanulmány egyúttal kihangsúlyozza a kezelőszemélyzet felkészültségének szerepét is a pszichiátriai megbetegedésben szenvedők mortalitásának csökkentésében (Björkenstam et al., 2012).

MÓDSZER, CÉLKITŰZÉSEK

A felmérés célja 100, osztályunkra 2015-ben egymást követően, sürgősséggel vagy tervezetten felvételre került beteg adatainak meghatározott szempontok alapján történő kiértékelése volt. A retrospektív vizsgálat elkészítésekor a célkitűzések között szerepelt a pszichiátriai és szomatikus komorbid állapotok, az elvégzett diagnosztikus vizsgálatok, továbbá az alkalmazott terápia sajátosságainak elemzése. Az adatgyűjtéshez a MedWorkS rendszer adatbázisát használtuk. A jelenlegi hazai pszichiátriai fekvőbeteg ellátás alulfinanszírozottsága jól ismert, sokszor a bekerülés közvetlen okát jelentő pszichiátriai zavar(ok) adekvát

kezelése is deficites. Vizsgálatunkkal szeretnénk volna rávilágítani arra a tényre is, hogy a hospitalizált betegek komplex kivizsgálására és az egyre gyakrabban és hangsúlyosabban megjelenő komorbid szomatikus kórképek ellátására az érvényes finanszírozási rendszer a gyakorlatban nem biztosít elegendő keretet.

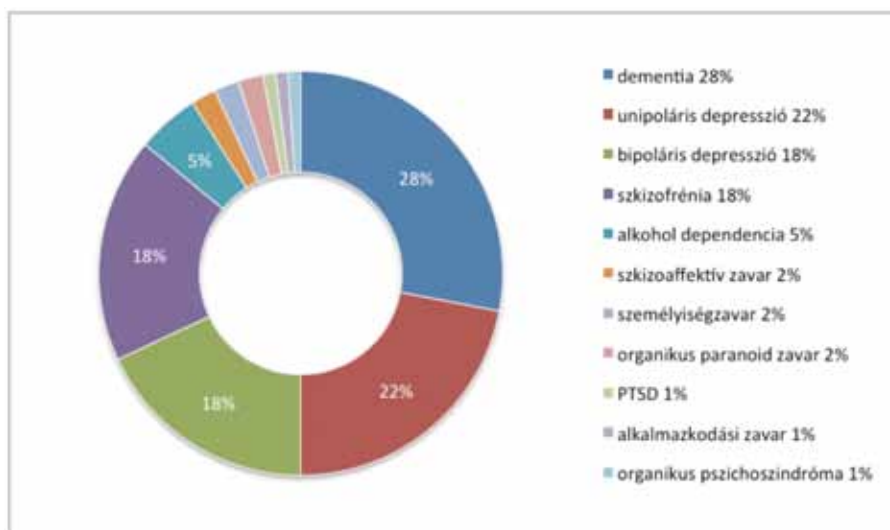
EREDMÉNYEK

A beválasztott 100 főből 55 volt a női és 45 a férfi betegek száma. Átlagéletkoruk 58,7 év (medián: 60 év), a legfiatalabb személy 18, a legidősebb 89 éves volt. A sürgősséggel bekerültek aránya 28% volt, míg a vizsgált betegek 72%-a tervezetten került felvételre. A leggyakoribb vezető pszichiátriai diagnózisok között a demencia (28 fő), unipoláris depresszió (22 fő), bipoláris affektív zavar (18 fő) és szkizofrénia (18 fő) szerepeltek. Emellett alacsonyabb számban előfordult még fő diagnózisként az alkohol dependencia (5 fő), szkizoaffektív zavar (2 fő), személyiségzavar (2 fő), organikus paranoid zavar (2 fő), organikus pszichoszindróma (1 fő), alkalmazkodási zavar (1 fő) és PTSD (1 fő) (1. ábra).

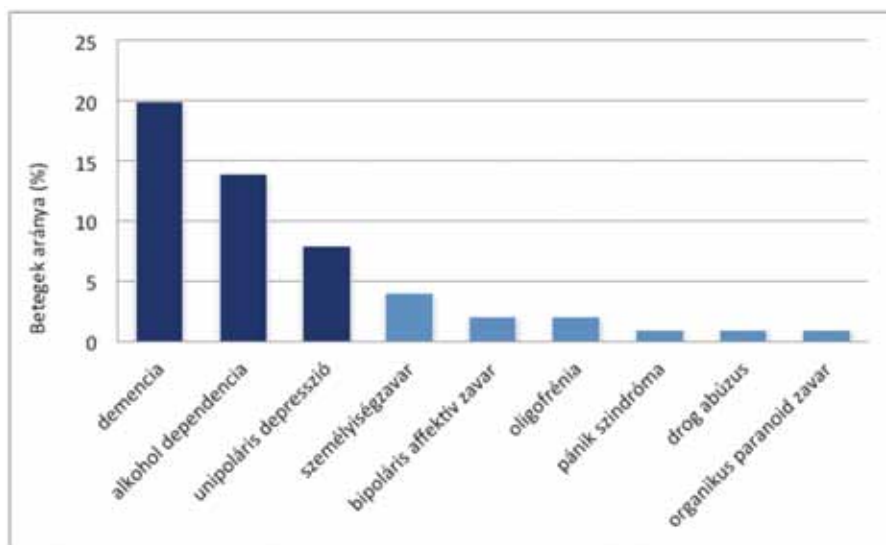
A vezető diagnózis mellett a betegek felénél (50 fő) találtunk valamilyen komorbid pszichiátriai betegséget. Ezek közül leggyakoribb a demencia (20 fő) volt, emellett jelentősebb számban az alkohol dependencia (14 fő) és az unipoláris depresszió (8 fő) fordult elő (2. ábra).

Az osztályos kezelés során leggyakrabban alkalmazott pszichotrop gyógyszerek az anxiolitikumok voltak, melyek használata 80 beteg esetében vált szükségessé. 72 beteg kapott hipnotikumot, 68 betegnél alkalmaztunk antipszichotikumot, többségben valamelyik atípusos szert, 26 esetben azonban típusos antipszichotikum is a terápia részeként szerepelt. Utóbbi gyógyszercsoport általában atípusos antipszichotikummal kombinációban került alkalmazásra (21 fő), monoterápiában mindössze 5 beteg kapott típusos szert. A betegek pontosan fele részeseült parenterális agyi anyagcsere-re ható kezelésben, 46 beteg kapott antidepresszívumot, 21 beteg hangulatstabilizátort, 11 beteg pedig antideliráns terápiát (3. ábra). Az esetek túlnyomó többségében egy vagy két féle pszichotrop szer egyidejű alkalmazása nem bizonyult elegendőnek, ezért a legtöbben 3 vagy 4 féle pszichiátriai szert kaptak, 10 beteg 5 félet, 1 beteg esetében azonban ennél is több, 7 féle pszichotrop szerre volt szükség a kielégítő állapot eléréséhez (típusos és atípusos antipszichotikum, anxiolitikum, hipnotikum, antidepresszívum, hangulatstabilizáló, agyi anyagcsere-javító).

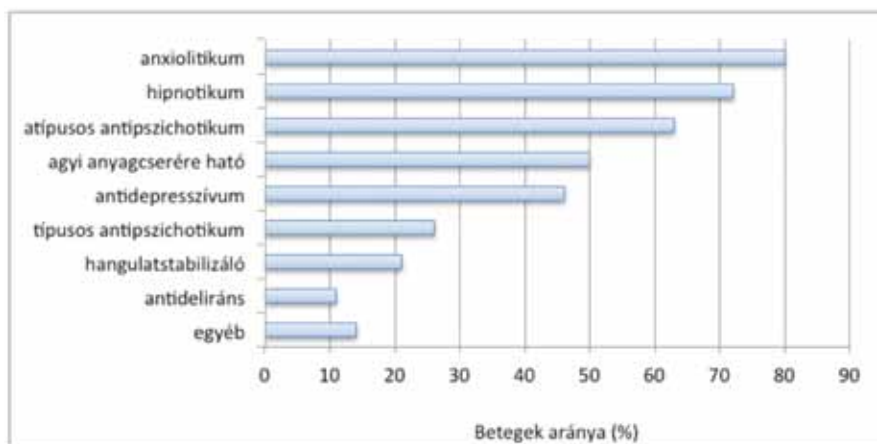
1. ábra Vezető diagnózisok



2. ábra Komorbid pszichiátriai betegségek



3. ábra Alkalmazott pszichiátriai szerek aránya



A pszichiátriai diagnózisok mellett a vizsgálatba bevont betegek körében igen gyakran bizonyult a különböző komorbid szomatikus állapotok előfordulása is, 73%-uk szenvedett legalább egy, korábban vagy osztályunkon diagnosztizált szomatikus betegségben. A legtöbb beteg esetében egy vagy két ilyen kórképet találtunk, 7 beteg esetében azonban 5 vagy annál több szomatikus betegség fordult elő (4. ábra).

A leggyakoribbak a különböző kardiovaszkuláris diagnózisok voltak, melyek a betegek több mint felénél, 55 esetben fordultak elő. Gyakoriak voltak még az endokrinológiai (30 eset), neurológiai (17 eset), illetve gasztroenterológiai kórképek (16 eset) is. A szomatikus társbetegségek kiemelkedő arányával összhangban a betegek kezelése során a pszichotrop szerek mellett hangsúlyos szerep jutott a szomatikus terápiának is. A komorbid szomatikus kórképek kezelése során legtöbbször, 63 beteg esetében kardiovaszkuláris szereket alkalmaztunk, de számos esetben került sor gasztroenterológiai (36 eset), endokrinológiai (22 eset) és neurológiai (10 eset) gyógyszerek használatára is (5-6. ábra).

A betegek kivizsgálása során a pszichiátriai állapot, illetve annak etiológiájának tisztázása mellett sok esetben komoly hangsúlyt fektettünk a szomatikus betegségek diagnosztizálására is. Ennek érdekében a rutin vizsgálatok mellett többek között helyet kaptak a korszerű képalkotó, neurológiai és speciális labor vizsgálatok is. A vizsgálatban részt vevő betegek körében leggyakrabban, 28-28 esetben röntgen és ultrahang vizsgálat történt. 24-24 beteg esetében kértünk CT és EEG vizsgálatokat, 6 beteg esetében szakpszichológiai véleményezést, 4 esetben speciális labort, 2 esetben pedig MRI vizsgálatot (7. ábra). Utóbbi alacsony számának okaként elsősorban a korlátozott személyi és technikai feltételek tehető felelőssé, de előjegyzésünket követően a későbbiekben több MR vizsgálat is elvégzésre került.

A pontos diagnózis és a megfelelő terápia beállításának céljából 38 beteg esetében szakorvosi konzíliumra is sor került. Legtöbbször, 10 beteg esetében belgyógyász segítségére volt szükség, de diabetológust (8 eset), szemészt és neurológust (7-7 eset), illetve kardiológust, reumatológust és baleseti sebészt (6-6-6 eset) is több alkalommal vontunk be a kezelésbe a sikeres gyógyítás érdekében (8. ábra).

MEGBESZÉLÉS

Jelen közleményt egy hasonló szempontok alapján, intézetünkben 2005-ben készült vizsgálat (Péter és Kovács, 2006) folytatásának szántuk. Megírása kettős

célt szolgált: az aktuális állapotok bemutatásán túl egy összehasonlító vizsgálat segítségével szeretnénk volna betekintést nyerni az elmúlt évtizedben bekövetkezett változásokba is, melyek összefoglalása egy közeljövőben megjelenő másik tanulmány témája lesz.

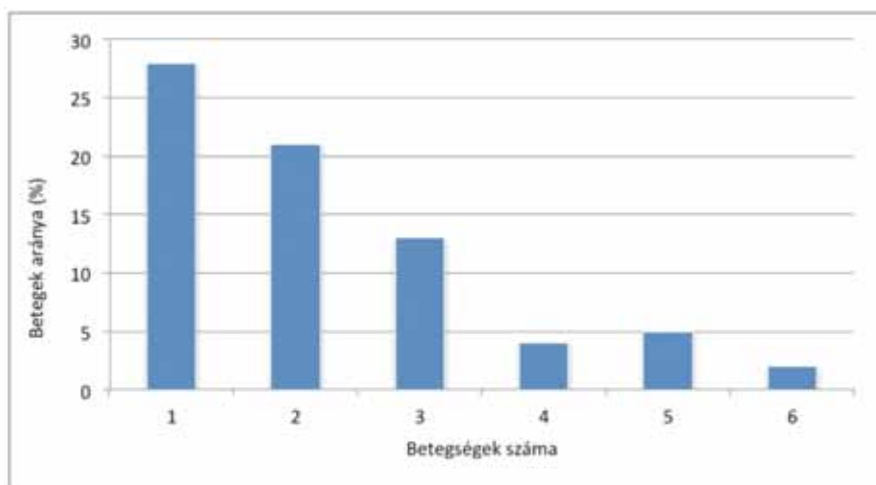
A vizsgálatban szereplő betegek több mint kétharmadának vezető diagnózisa valamilyen hangulatzavar vagy demencia volt. A társbetegségek közül a demencia, alkohol dependencia és az unipoláris depresszió emelkedett ki. A demencia összességében tehát vezető vagy komorbid diagnózis formájában a vizsgálatba bevont betegek csaknem felénél megjelent. Ez az eredmény a demográfiai trendek alapján egyáltalán nem meglepő, és alátámasztja a gerontopszichiátria közeljövőben várható egyre nagyobb arányban történő megjelenését az akut pszichiátriai osztályok profiljaiban is.

A polipragmázia csökkentésére irányuló törekvések ellenére gyakran egyszerre több pszichotrop szer együttes adása is szükségessé vált. Az alkalmazott gyógyszercsoportok közül figyelemre méltó az anxiolitikumok és a hipnotikumok magas aránya, melynek oka összetett. Egyrészt betegeink jelentős hányada már a kórházi bekerülést megelőzően alkalmazott valamilyen alapellátó által felírt benzodiazepin származékot, másrészt anxiolitikum gyakran csak szükség esetén, átmeneti jelleggel került beállításra a betegek osztályos kezelése során. Bár az atípusos antipszichotikumok alkalmazására jóval gyakrabban került sor, a betegek nem elhanyagolható aránya kapott típusos szert (leggyakrabban haloperidolt) is kezelése során, melyek használata meghatározott esetekben, főként az akut ellátásban továbbra is indokolt. A demencia miatt hospitalizált betegek magas számával összhangban meglehetősen nagy volt az agyi anyagcserére ható infúziós terápiában részesülők aránya is, betegeink fele kapott ilyen kezelést.

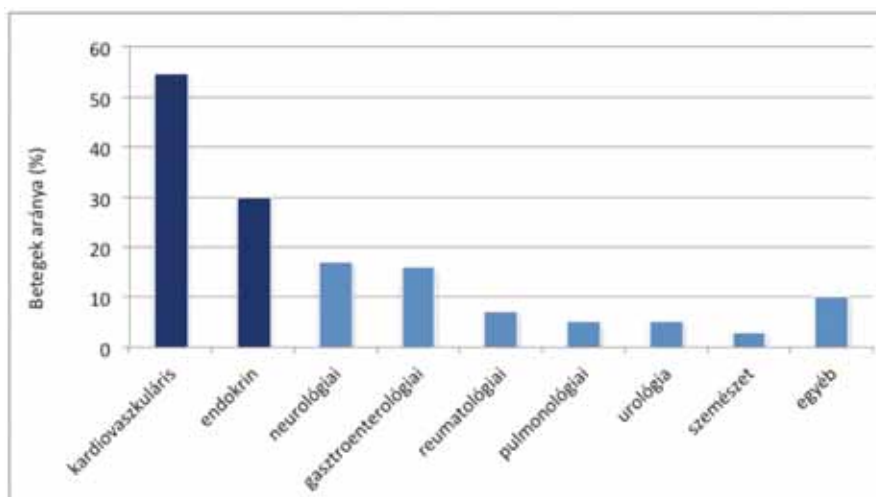
A komorbid szomatikus betegségek közül kimagasló a kardiológiai és endokrin kórképek aránya, melyek gyakorisága az átlagos populációhoz viszonyítva is kiemelkedő. Ez az eredmény egybevág azokkal a korábbi epidemiológiai és klinikai vizsgálatokkal, melyek a kardiovaszkuláris és endokrin megbetegedések magasabb arányát találták pszichiátriai betegek körében (James et al., 2008; Halaris, 2009; Huang et al., 2009).

Az elhízás, a dohányzás, a testmozgás hiánya és az ezekkel szorosan összefüggő metabolikus szindróma önmagukban is fontos rizikófaktorai a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek és fokozottan jellemzőek a pszichiátriai betegekre. Ehhez hozzájárulhatnak még az egyes pszichiátriai szerek anyagcserére kifejtett nem

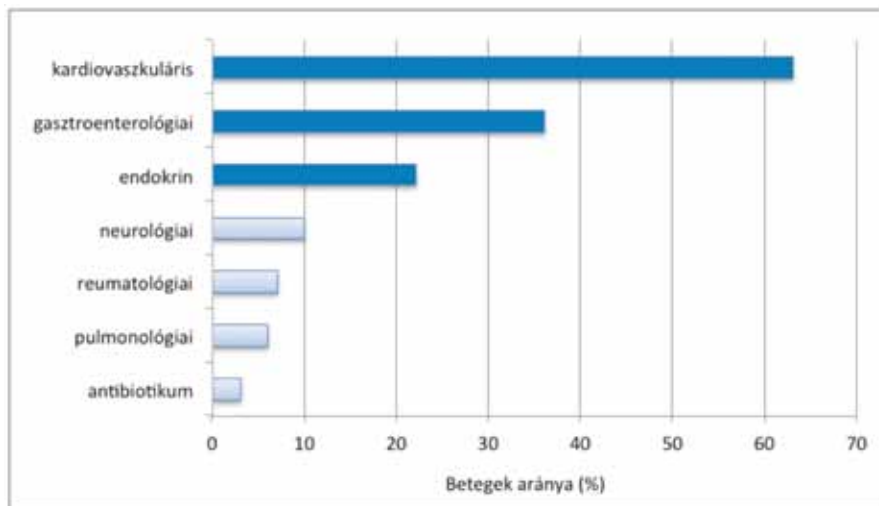
4. ábra Komorbid szomatikus betegségek száma betegenként



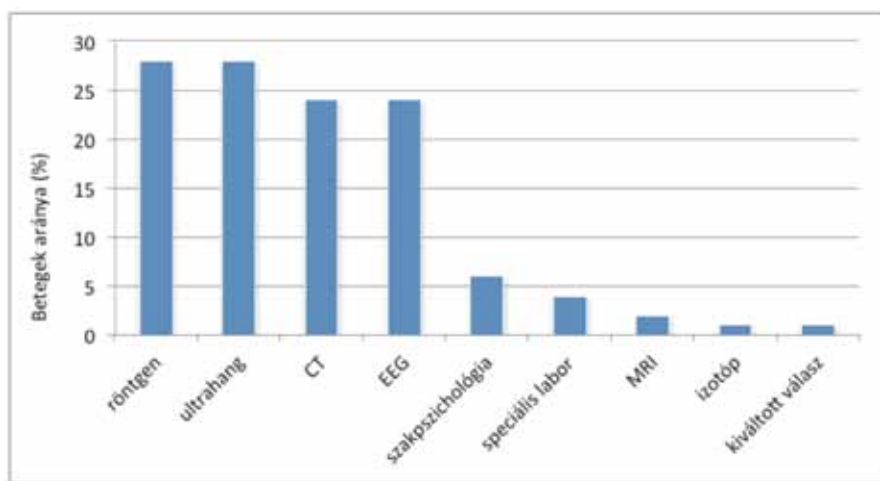
5. ábra Komorbid szomatikus betegségek



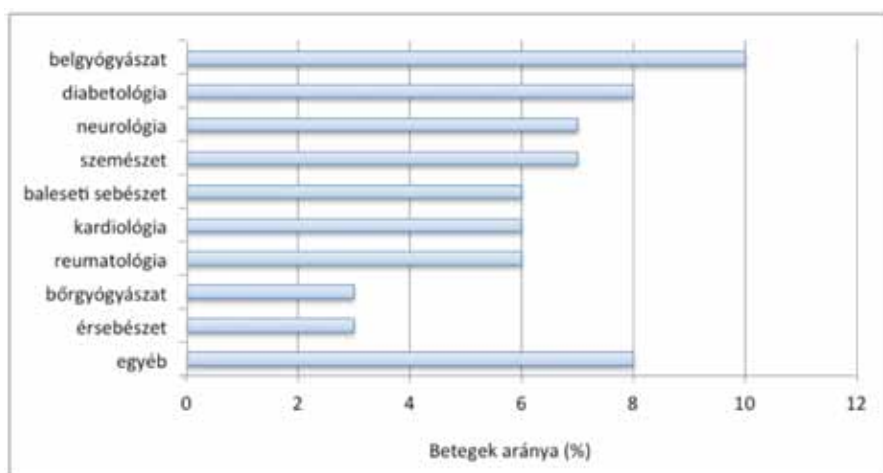
6. ábra Alkalmazott szomatikus szerek



7. ábra Diagnosztikus vizsgálatok



8. ábra Konzíliumok aránya



kívánt hatásai is. A depresszió azonban önmagában is a kardiovaszkuláris kórképek komoly rizikófaktorának tekinthető, a betegeknél észlelt endotél-diszfunkciónak és fokozott trombocitaaggregációnak köszönhetően. Több korábbi tanulmány is alátámasztotta, hogy az érett endotél-sejtje differenciálódni képes endotélprogenitor-sejtek száma szoros összefüggésben áll a kardiovaszkuláris rizikóval. Alacsonyabb szám hajlamosító, míg magasabb szám protektív tényező a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel szemben. Major depresszióban szenvedő betegek vérmin-táiban az endotélprogenitor-sejtek szignifikánsan alacsonyabb száma igazolódott (Péter et al., 2008).

Magyarországon becslések szerint a demencia pontprevalenciája megközelítőleg 1,5% és 3% közé tehető. A vaszkuláris demencia előfordulása hazánk-

ban a többi országhoz viszonyítva kiemelkedően magas, mely jellemzően együtt jár számos komorbid kardiovaszkuláris kórkép megjelenésével is (Takács et al., 2015). Vaszkuláris demenciában szenvedők körében gyakoribbnak találták többek között az ateroszklerózis, a szívelégtelenség és a pitvarfibrilláció előfordulását is (Habeych és Castilla-Puentes, 2015). Mindez összhangban áll a vizsgálatunkban szereplő betegek esetében észlelt magas kardiovaszkuláris komorbiditással, melyet részben a demens betegek kiugró aránya magyaráz.

A vizsgálatba bevont betegek körében a kardiovaszkuláris kórképek után második leggyakrabban endokrinológiai komorbid megbetegedések fordultak elő, ezek közül is kiemelkedett a diabétesz és a különböző pajzsmirigy problémák. Korábról ismert, hogy

a depresszió gyakorisága diabétesssel diagnosztizált betegek körében megközelítőleg kétszerese az átlagpopulációénak, prospektív vizsgálatok alapján azonban, amíg a depresszió növeli a 2-es típusú diabétesz kialakulásának valószínűségét, addig fordítva ez nem igaz (Brown et al., 2006; Garcia 1974). Epidemiológiai vizsgálatok számos közös vonást igazoltak a diabétesz és az Alzheimer-kór patomechanizmusát illetően, újabb tanulmányok az inzulinrezisztencia jelenségét mindkét kórkép kialakulásában meghatározó tényezőként említik (Halmos et Suba, 2016). A pajzsmirigy megbetegedések és a depresszió közötti lehetséges összefüggéseket már az 1960-as években leírták, melyek a későbbi vizsgálatok által megerősítésre kerültek. Szoros kapcsolatot találtak a nem kezelt hipotireózis, a depresszió és a szorongásos kórképek, valamint a hipertireózis és a depresszió között (Ittermann et al., 2015), emellett a szubklinikai hipotireózzal diagnosztizáltak körében is gyakoribbnak mérték a depresszív tünetek előfordulását (Demartini et al., 2010). Számos tanulmány tárgyalja a bipoláris affektív zavar és a pajzsmirigyhormonok szintjét is befolyásoló hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely diszfunkciója közötti összefüggéseket is (Chakrabarti, 2011; Bauer et al., 2008).

A vizsgálatban résztvevő hospitalizált betegek körében a szomatikus társbetegségek arányát összességében tehát igen jelentősnek találtuk, nem kizárt azonban, hogy az alkalmazott adatbázis a betegek szomatikus anamnézisére vonatkozó esetleges hiányosságai miatt ez az arány a valóságban az általunk mértéknél is nagyobb.

Kórházunkban számos III. progresszivitási szintű osztály mellett a régió legnagyobb Sürgősségi Betegellátó Centruma is működik, így ideálisnak mondhatóak a feltételek a minden igényt kielégítő diagnosztikus vizsgálatok és szakorvosi konzíliumok lebonyolításához is. Ezek a pszichiátriai és a komorbid szomatikus kórképek alapos kivizsgálásán és azok kórereditének tisztázásán túl az optimális terápia beállításában is segítséget jelentenek. Tapasztalataink alapján a pszichiátriai alapbetegség mellett a mindennapi gyakorlatban egyre többször kerülnek előtérbe a krónikus vagy éppen újonnan, a hospitalizáció során felfedezett legkülönfélébb szomatikus kórképek, melyek diagnosztizálása és adekvát kezelése elengedhetetlen a mortalitás csökkentése és az eredményes gyógyítás érdekében. Ez a tendencia a társszakmák bevonása mellett a pszichiátertől is megkívánja a komplex szemléletmódot, és a hagyományos orvosszerepben való helytállást egyaránt.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Péter László
E-mail: lacipe73@gmail.com

IRODALOM

1. Bauer M., Goetz T., Glenn T., Whybrow P.C. (2008). The thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders. *J Neuroendocrinol.* 20(10):1101-14.
2. Björkenstam, E., Ljung, R., Burström, B. et al. (2012). Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients – a nationwide register-based study in Sweden, *BMJ Open* 2012; 2.
3. Brown L.C., Majumdar S.R., Newman S.C., Johnson J.A. (2006). Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 175: 42-6.
4. Costello C.G., Klein D.N., Riso L.P. (1993). Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity. *Basic issues in psychopathology.* New York: Guilford; 1993. pp. 19–66.
5. Chakrabarti, S. (2011). Thyroid Functions and Bipolar Affective Disorder. *J Thyroid Res.* 2011; 2011: 306367.
6. Demartini B., Masu A., Scarone S., Pontiroli A.E., Gambini O. (2010). Prevalence of depression in patients affected by subclinical hypothyroidism. *Panminerva Medica* 52(4):277-282.
7. Garcia M.J., McNamara P.M., Gordon T., Kannel W.B. (1974). Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. Sixteen year follow-up study. *Diabetes.* 23:105-111.
8. Habeych M.E., Castilla-Puentes R. (2015). Comorbid Medical Conditions in Vascular Dementia: A Matched Case-Control Study. *J Nerv Ment Dis.* 203(8):604-8.
9. Halaris A. (2009). Comorbidity between depression and cardiovascular disease. *Int Angiol.* 28(2):92-9.
10. Halmos T., Suba I. (2016). Alzheimer-kór és diabétesz mellitusz – a közös patomechanizmus. *Neuropsychopharmacol Hung* 2016; 18(1): 005–019.
11. Harold Alan Pincus, James D. Tew Jr, Michael B. First. (2004). Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry.* 3(1): 18–23.
12. Huang KL, Su TP, Chen TJ, Chou YH, Bai YM. (2009). Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: a population based 4-year study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 63(3):401-9.
13. Ittermann, T., Völzke, H., Baumeister, S.E., Appel, K., Grabe, H.J. (2015). Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* Volume 50, Issue 9, pp 1417-1425.
14. James A. Dunbar, Prasuna Reddy, Nathalie Davis-Lameloise, Benjamin Philpot, Tiina Laatikainen, Annamari Kilkinen, Stephen J. Bunker, James D. Best, Erkki Vartiainen, Sing Kai Lo, Edward D. Janus. (2008). Depression: An Important Comorbidity With Metabolic Syndrome in a General Population. *Diabetes Care* 31(12): 2368-2373.
15. Kovács G. (2014). Komorbiditás – a psziché és a szóma összefüggései... *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2014, XVI/4; 169-179.
16. Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry* Feb 2005, 186 (3) 182-184.
17. Nasrallah, H.A., Meyer, J., Goff, D.C. (2006). Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia Research,* 86: 15-22.
18. Péter L., Döme P., Rihmer Z., Kovács G., Faludi G. (2008). Kardiovaszkuláris betegségek és depresszió: az epidemio-

- lógiai és a lehetséges etiológiai összefüggések áttekintése. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2008, X/2; 73-82.
19. Peter, L., Kovacs, G. (2006). Comorbidity and co-medication in a psychiatry ward. *Int J Neuropsychopharmacology* 7: S213-S213.
 20. Takács R., Ungvári G.S., Gazdag G. (2015). Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2015 Sep;17(3):141-5.
 21. Valderas, J.M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Family Medicine* 4:357-363.

Comorbidity of psychiatric disorders and the characteristics of the therapy of the hospitalized patients

The aim of our retrospective study was to evaluate the diagnostic and therapeutic characteristics of 100 patients who were admitted in our psychiatric department from an index date. Previous investigation showed high prevalence of comorbidity in patients with psychiatric disorders. The most common psychiatric comorbidities included dementia (20%), alcohol dependence (14%) and unipolar depression (8%). The presence of somatic diseases was also high (73%), including cardiovascular (55%), endocrine (30%), neurological (17%), and gastroenterological (16 %) comorbid disorders. The most frequent diagnostic and/or differential diagnostic procedures performed were: x-ray (28%), ultrasound (28%), CT-scan (24%), EEG (24 %). Our results: 1. in accordance with previous studies we also found a high number of somatic comorbid conditions among the patients hospitalised in the psychiatric ward 2. it is very important to recognize and treat the somatic conditions of patients hospitalized in psychiatric departments. The complex diagnostic procedures and the introduction of adequate therapies may help to reduce mortality and improve quality of life of the patients.

Keywords: comorbidity, hospitalized, psychiatric, somatic, therapy, diagnostic procedures