

Szakmai tartalom Dr. Baran Brigitta főorvos asszony doktori téziseiben

Radnóti László
l.radnoti@gmail.com

Cím: Adatok a szkizofrénia terápiájához: a görcskezelés története

Alcím: Meduna László korszakalkotó felfedezésének ellentmondásai és hatása az elmegyógyászati szemlélet fejlődésére

Doktori iskola: Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Bitter István egyetemi tanár, az MTA doktora

Hivatalos bírálók: Dr. Huszár Ilona nyugd. egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa, Dr. Schultheisz Emil professzor emeritus

A védés időpontja: 2009-VI-02 11:00

Terjedelem: 88 oldal

Üres oldal: 4 oldal (47-50)

Címlap és tartalomjegyzék: 3 oldal

Irodalomjegyzék: 10 oldal

Köszönetnyilvánítás: 2 oldal

Nettó terjedelem: 69 oldal

oldaltípus: 32 x 90 karakter

Bevezetés: 32 oldal

Egy esettanulmány: 11 oldal (függelékbe való)

Érdemi rész: 26 oldal, amiből 6 oldal háttéranyag: 3 táblázat az egyes betegek kórelőzményéről, kezeléséről és azt követő kórlefolyásáról

Baran Brigitta minden bizonnyal nagy munkát végzett, de a munkája érdemi eredménye 20 oldal, ami szokatlanul szerény terjedelemben mondható.

A 20 oldal tartalma lényegében egy olyan cikknek felel meg, amit Meduna László a szakma akkori normái szerint megírhatott volna a görcsterápia eredményességéről 11 beteg kezelésében, de lustaságból, vagy korát meghaladó szakmai igényességétől motiválva nem tette. Statisztika szempontból értékelhetetlen a dolgozat. Ezt kiváló orvosok statisztikus munkatársaként magabiztosan állíthatom. Ha tényleg mai szemmel nézte volna Baran Brigitta Meduna eredményeit, akkor rájött volna, hogy össze kellene hasonlítani valamilyen kontrollcsoporttal az eredményeket. Például egy olyan kontroll csoporttal, melynek tagjai a korabeli pszichiátriai gyakorlat szempontjából konvencionálisnak nevezhető sokkterápiában részesültek. Szembesülve a kontrollcsoport megválasztásának problematikus voltával el is vethette volna a kutatás ötletét, inkább készített volna egy másodelemzést egy modern vizsgálat adataiból. Persze ha valaki tudománytörténész akar lenni, a vizsgált korszak adataival kell boldogulnia. De Baran Brigitta tényleg tudománytörténész akart lenni? Vagy csak ürügy a tudománytörténeti kutatás arra, hogy elkerülje a modern kutatómódszertan ismeretéről való számadást. Mi az fenét tanult Baran Brigitta a Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolán? Művében semmit se látok, ami meghaladná egy TDK dolgozat vagy egy szakdolgozat kereteit. Annak ellenére, hogy kiváló professzorokkal is együttműködött kutatásai során, az eredmény nem üti meg a PhD. mértékét.

A dolgozat következtetései

1. „Az 1930-as években az agykutatás nemzetközi élvonalában számon tartott Schaffer-iskola inspiráló tudományos-szemléleti háttere és Meduna kivételes kutatói személyisége (kreatív kutatói fantáziája a gyakorlati megvalósításhoz kellő bátorsággal és nagyvonalúsággal ötvözve) együttesen vezethettek a maga korában tudományosan megalapozottnak tekinthető kámforos görcskezelés felfedezéséhez.”

Ez tudománytörténeti következtetés. Helytálló lehet, de nem ártana alaposabban tisztázni, hogy mi értendő felfedezés alatt. Kámforos kezelést – mint a bevezetésből megtudhatjuk – már 100 évvel korábban is alkalmazták. Azonban az naiv kísérletezés lehetett, s száz évre feledésbe merült. Indokolt tehát Medunát tekinteni felfedezőnek, aki a kezelést valóban újra felfedezte, s ha teljesen világosan nem is látta a hatásmechanizmusát, mégis motiválni tudta a kezelés alkalmazását glia kutatásai eredménye alapján. Ez a gondolat sor kiolvasható a dolgozatból. Ezt nem kritikaként, csak az 1. következtetéshez fűzött megjegyzésként említem.

2. „Az első kámforos görcskezések gyakorlata: Meduna a kezeléseket előre megtervezett „protokoll” (meghatározott gyakoriság, időpont, obszervációs kritériumok, kitérített dózis stb.) szerint végezte. Az első napon 6 (az első hónapban összesen 11) beteg kezelését kezdte meg. Tehát nem egy véletlenszerűen, szerencsésen kiválasztott, látványos javulást mutató betegnek köszönhető módszerének sikerre vitele. (Történeti távlatból eltörpül annak a jelentősége, hogy melyik is volt az első beteg. Meduna 20 évvel a kezeléseket követően, nem lévén az eredeti dokumentumok birtokában minden bizonnyal a leglátványosabb esetre emlékezett vissza és maga sem tulajdonított neki túlzott jelentőséget.) Az eredeti

dokumentumok tanúsága szerint Meduna elkötelezettje volt módszerének. Az első 11 betegnél mutatózó alacsony hatékonysági ráta ellenére töretlen hittel folytatta a kezeléseket és számolt be végül 110 beteg kezeléséről.”

Most már sejtjük, miért nem elemezte a 11 esetet Meduna. Ő 110 beteg kezeléséről számolt be. 11 beteg valóban több, mint 1. De ezt is kissé árnyaltabban lehet értékelni, mint Baran Brigitta. Az egyetlen betegnél elért eredménnyel szóló beszámoló nyilván már Meduna idejében is érdektelen közleménynek számított volna. Az első 11 betegnél tapasztalt hatékonyság mellett némi szerencse is kellett volna ahhoz, avagy néhány próbálkozás, hogy meglegyen az egy szál eredményes eset. De ez fel se merült, hiszen Meduna az első hónapban megkezdte a 11 beteg kezelését. A 110 beteg adataival mi a helyzet? Legalább azt elemezte volna a főorvos asszony. Érdekes kérdés lehetne, hogy miért nőtt később jelentősen a kezelés hatékonysága, de sajnos azt nyilván a véletlen is magyarázhatja, hogy az első 11 esetben 5-6 helyett csak három remisszió volt. Pedig nem kizárt, hogy időközben fejlődött a terápia, vagy rájöhetett Meduna, hogy bizonyos típusú esetekben nem hatásos a kezelés, s olyanokat már később nyilván nem kézelt ilyen módon. Ha a kiválasztás változása dokumentált, akkor az figyelembe vehető az elemzésnél. Persze egy egységesen megtervezett vizsgálatban jobb nem változtatni a kiválasztási szempontot és a terápiát. De ha jól sejtem nem feltétlen előre megtervezett vizsgálatról van szó, hanem görcsterápiával kezelt betegeknek összességéről számolt be, s egy orvos nem feltétlen vet alá minden egyéb szempontot a statisztikai elemzés szempontjainak.

3. „Az első görcskezésekből levont, máig érvényes megállapításai: A görcskezelés stuporban és katatoniában, valamint rövid kórtörténet esetén a leghatékonyabb. Összefüggés mutatható ki a görcskészség és a javulási esély között. Vagyis a javulás nem a görcskeltő szer hatásából, hanem a görcsrohamok lezajlásából adódik. A körlefoyások retrospektív hosszmetzeti elemzése alapján elhamarkodott optimizmussal ítélte meg ugyan az első görcskezések hatékonyságát, azonban abban az időben egyetlen más módszer sem kínálta a súlyos szkizofrén betegek akárcsak hónapokra történő tünetmentesítésének lehetőségét. A hatás, ahol jelentkezett, ott valóban drámai volt, de csak tüneti és átmeneti. Ennek értelmezését éppen szövettanilag is megalapozott munkahipotézise (az epilepszia és a szkizofrénia mint egymás antagonista betegségei) akadályozhatta. Az indikáció tekintetében azt ugyan nem ismerte fel, hogy a kezelés inkább tüneti jellegű, vagyis nem annyira az alapbetegségtől, hanem a felszínen észlelhető konkrét, esetleg veszélyeztető tünetegyüttestől függ a hatékonyság. Megtalálta azonban az első számú javallatot: a stuport. A stupor szempontjából pedig a katatonia az egyik legmagasabb kockázatú betegség. Az ECT-t ma is a különféle etiológiájú kataton és stuporos állapotok egyik leghatékonyabb kezelési módjának tartjuk.”

11 beteg kezeléséből nem lehet PhD.-t érő tudományos igényű következtetéseket levonni. Statisztikai szempontból azért megvizsgálható már néhány eset is, hogy kecsegtet-e eredménnyel a vizsgált terápia vagy változtatni kell rajta vagy el lehet felejteni. Ha így vizsgálta Meduna a 11 esetet, akkor az helyes következtetés volt, hogy a viszonylag alacsony hatékonyság ellenére érdemes továbbra is foglalkozni a kámforos görcskezésekkel. De a három remissziós eset semmiféle további következtetést nem alapoz meg. Ha valóban az első 11 beteg kezeléséből származó 3 remissziós eset alapján vonta le ezeket a következtetéseket, az statisztikai szempontból több mint bátor, de ezek annyira plauzibilis állítások, hogy empirikus vizsgálat nélkül is megkockáztathatóak. Természetes várakozás, hogy egy hatékony terápiának pont a legmarkánsabb tünetek vonatkozásában lesz a legfeltűnőbb a hatása. A lázas betegségeknek is – bár a lázcsillapítás önmagában csak tüneti kezelés – a láz csillapodása nyilvánvaló jele a gyógyulásnak, ceteris paribus. Az általános jelenség, hogy a folyamatokban vannak kritikus pontok, amin túl nem téríthetőek vissza eredeti állapotukba. Ezért a hosszú kórtörténet a szkizofrénia kezelésében se kecsegtet semmi jóval. A görcsrohamokon keresztül jelentkező gyógyító hatásra vonatkozó állítás pontatlan. Azt akarja mondani, hogy a gyógyító hatás nem a görcskeltő szer görcskeltéshez képesti mellékhatása, hanem a görcsök által érvényesül. Ezt az is alátámasztja, hogy az ECT-vel keltett görcs hasonlóan gyógyító hatású, mint a kámforral keltett. Mégis van itt egy izgató kérdés. Mi történik a glia sejtekkel a görcs hatására? A következő mondatok arra utalnak, hogy azok állapotában aligha állhat be radikális tartós javulás, Schaffer Károly némi elégtellessel olvasná, hogy a görcsterápia is inkább csak tüneti kezelés.

4. „Biztonságosság szempontjából (a szövödmények csekély száma alapján) a kámfor indukálta görcskezelés megállta volna ugyan helyét kora biológiai kezelési repertoárjában, hiszen az akkor használatos biológiai kezelésmódok gyenge hatékonyságuk mellett éppen súlyos szövödményeik miatt merültek hamar feledésbe: Klaesi „Dauerschlaf” kezelése a gyakori pneumoniás szövödmény, Sakel inzulin kóma kezelése pedig a visszatérő hypoglikémiás állapot jelentette életveszély miatt. A kámforos görcsindukciót azonban maga Meduna vetette el alig fél év elmúltával, és váltotta fel a sokkal megbízhatóbb cardiazollal. Majd 1938-ban Cerletti és Bini kidolgozta az elektromos árammal történő görcskeltés módszerét, mely mind megbízhatóság, mind biztonságosság szempontjából felülmúlta a Meduna kémiai módszereit.”

Ezek a nyilván ellenőrzött tények tovább árnyalják Meduna felfedezésének értékelését. Tehát egy olyan 100 éve elfeledett kezelés újra felfedezője volt, amelyet utóbb előnyösebb terápia váltott fel. Azonban kora szintjének megfelelő tudományos megalapozottsággal mégis előre vitte a tudományt, hiszen ő újította meg a kámforos görcsterápiát 100 év után, s a ma is használt ECT sokterápia a görcsterápiák további fejleménye.

5. „Meduna felfedezésének legnagyobb jelentősége azonban nem is maga az új kezelés eljárás volt, hanem annak hatása a szkizofrénia orvosi szemléletére, illetve a pszichiátriai kórképek biológiai megközelítésére. Módszerét ugyan hamar

túllépte a szakma, de csak részleteiben. Hiszen a görcskezelésnek (ECT) ma is helye van, mégpedig részben az általa leírt indikációban, a pszichiátria terápiás eszköztárában. Ennél sokkal nagyobb jelentőséggel bír azonban a szakmára gyakorolt hatása (melyet külföldön fel- és elismernek), hogy megszületett általa a biológiai pszichiátria és forradalmi változás következett be az úgynevezett endogén pszichózisok megközelítésében.”

Ezek olyan tudománytörténeti tények, melyekhez nincs mit hozzátennem azon kívül, hogy ismételten hangsúlyozom az ECT jelenleg is vitatott státuszát, amit Baran Brigitta is említ dolgozatában. Az Meduna vitathatatlan érdeme, hogy véget vetett a terápiás nihilizmusnak.

Meggyőződésem, hogy plágiumról nincs szó. Ez Baran Brigitta saját kutatása. Meglehet, sok munka van benne. A feladat mégis el lett bliccelve, mert nem látok a dolgozatban semmit sem a Doktori Iskolán tanultak alkalmazásából. Se statisztikai módszereket, se pszichiátriai szakmai ismereteket. A Meduna utáni pszichiátriáról itt nagyon kevés szó esik, pedig azért az a tudomány nagyobb része. Egyetlen mentsége, hogy egy jelentős magyar tudós emlékét ápolja, de azt se méltón. Megjegyzendő, a Meduna által vetett magból sarjadt ECT, azaz elektrokonvulzív terápia megítélése sem egyértelmű.

Azt, hogy mennyire kilátástalan a 11 kezelt betegnél elért 3 remisszió statisztikai elemzése lemérhető azon, hogy bár 5%-os szignifikancia szinten elvethető, hogy a hatékonyság 7,5%-nál kisebb, nem vethető el, hogy 10%-nál kisebb. Így azt állíthatjuk megalapozottan, hogy a terápia nem bizonyult teljesen reménytelennek, érdemes volt tovább próbálkozni vele. Meduna így is tett. Végül 110 beteg görcskezeléséről számolt be. A 110 eset statisztikai elemzése már érdekes lehetett volna.

Akkor lehetne esetleg értékelhető teljesítmény egy 11 beteg kezeléséről szóló beszámoló, ha valami értékelhető szakmai újdonság lenne mögötte. Ám akkor is statisztikai szempontból nagyon gyenge lábakon áll az ilyesmi. De itt szó sincs szakmai újdonságról, csak régiségről. A disszertáció pszichiátria-történeti témájú. Felmerül a kérdés, hogy miért. Minden Doktori Iskola programon szigorúan kell venni, hogy a disszertációt a program tudományterületéhez tartozó témából kell írni. Tudománytörténeti témát tudománytörténész választhat, illetve ha nem tudománytörténeti program keretében választ a hallgató tudománytörténeti témát, az nem mentesíti az újdonságot tartalmazó szakmai eredmény felmutatása alól a program témájában. De Baran Brigitta semmiféle pszichiátriai, neurológiai újdonságot nem mutat fel, csak régiséget, azt is alacsony színvonalon és csekély terjedelemben. Bár ebből ennyi is több a kellenél.