

Depresszió a szomatikus medicinában

A konzultációs-kapcsolati pszichiátria szükségessége

Vincze Gábor, Túry Ferenc, Murányi István, Kovács József

DEPRESSION IN SOMATIC ILLNESSES
– THE NEED FOR CONSULTATION-LIAISON
PSYCHIATRY

CÉLKITŰZÉS – A hangulatzavarok gyakoriságuk miatt népegészségügyi problémát jelentenek. Sokszor komorbiditásként találkozunk velük, szomatikus betegségek mellett is kialakulnak. A hazai irodalomban kevés felmérés található e témakörben. Vizsgálatunkban a depresszió előfordulását vettük számba hazai általános kórházak különböző osztályain.

MÓDSZER – Kilenc hazai kórház különböző szomatikus osztályain kezelt, 2423 beteg kérdőív vizsgálatával mértük fel a depresszió gyakoriságát és az antidepresszívumok használatát. A depresszió mérésére a Beck-féle depresszió-kérdőívet alkalmaztuk.

EREDMÉNYEK – A teljes mintában a depresszió átlagpontszáma 12,9 volt. A pontszám a betegek 46,4%-ánál a patológiás tartományba esett. A legnagyobb számban a reumatológiai, a neurológiai és a rehabilitációs osztályokon fekvő betegek körében állapítottunk meg depressziót. Igen alacsony volt az antidepresszívumok használatának aránya a depresszióra jellemző pontszámot elért betegek között (az egyes osztályokon 0–11,9%).

KÖVETKEZTETÉS – A hangulatzavarok szűrése és kezelése a szomatikus betegségben szenvedők körében is fontos. Ez a konzultációs-kapcsolati pszichiátria gyakorlati fontosságára hívja fel a figyelmet.

**depresszió, komorbiditás,
általános kórházi osztályok,
konzultációs-kapcsolati pszichiátria**

INTRODUCTION – Affective disorders are widely prevalent causing a common health problem. They appear frequently as comorbid disorders in connection with somatic illnesses. In the Hungarian literature there are very little data available related to his topic. In this study the prevalence of depression was analyzed in different departments of general hospitals.

PATIENTS AND METHODS – A questionnaire screening was performed in nine Hungarian hospitals among 2423 patients treated in general medical departments. The prevalence of depression and the use of antidepressants was measured. The Beck Depression Inventory was applied for the detection of depression.

RESULTS – In the studied sample the mean score of depression was 12.9 on the Beck Depression Inventory. 46.4% of the patients reached a pathological score. The most prevalent depression was screened in the rheumatological, neurological and rehabilitation departments. The use of antidepressants was very low among the depressed patients (0-11.9%).

CONCLUSION – Based on the data of the study it seems that screening and treatment of depression in general medical departments is of great importance, which stresses the practical significance of the consultation-liaison psychiatry.

**depression, comorbidity,
general medical departments,
consultation-liaison psychiatry**

dr. Vincze Gábor: Pándy Kálmán Megyei Kórház, Pszichiátriai Osztály/Pándy Kálmán County Hospital, Department of Psychiatry; Gyula

dr. Kovács József: Pándy Kálmán Megyei Kórház/Pándy Kálmán County Hospital; Gyula

dr. Túry Ferenc (levelező szerző/correspondent): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Department of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: tury@axelero.hu

Murányi István: Debreceni Egyetem, Szociológiai Tanszék/Debrecen University, Department of Sociology; Debrecen

Érkezett: 2004. szeptember 3. Elfogadva: 2004. szeptember 29.

A dolgozat elkészítését a Moravcsik Alapítvány támogatta.

A depresszió mind gyakoriságánál fogva, mind az életminőséget károsító hatása miatt hazánkban is népegészségügyi problémát jelent. Kezelésében a „jéghegy” jelensége általános tapasztalat: sok beteg nem kerül orvoshoz, szakellátásra még kevésbé. A családorvosok a depressziós betegek 60-80%-ánál nem ismerik fel a hangulatzavart (1). A depresszió gyakran társul egyéb pszichiátriai zavarokhoz és szomatikus betegségekhez is. A szomatikus betegek körében előforduló depressziót sokan vizsgálták.

Bartkó és Linka (2) a depresszió és a derékfájás társulásának irodalmi összefoglalóját közölték. Ugyanez a munkacsoport idős belgyógyászati fekvő betegeken mérte fel a demencia és a depresszió előfordulását (3). A Hamilton-depresszióskálát alkalmazva a teljes betegpopuláció 46%-ának enyhe, 27%-ának pedig súlyos depressziós tünetei voltak. *Kellermann* és munkatársai (4) megállapították, hogy stroke-ot szenvedett egyéneken a betegséget követő évben mintegy 25-30% a depresszió gyakorisága. *Gábor* (5) a belgyógyászati gyakorlatban előforduló depresszió irodalmát tekintette át. *Vecsey* és munkatársai (6) a szívtranszplantáltak pszichiátriai problémáit foglalták össze. *Muszbek* (7) a daganatos betegségekben előforduló depresszió és szorongás fontosságát emeli ki. *Rihmer* (8) a depressziók larvált megjelenési formáit elemzi, utalva a szomatikus tünetek és a depresszió szoros összefüggésére.

Szádóczky és munkatársai (9, 10) a családorvosi gyakorlatban mérték fel a kedélybetegségeket és a szorongásos zavarokat a Diagnostic Interview Schedule segítségével. Első vizsgálatukban 301 fős, 18–60 év közötti betegcsoportban a DSM-III-R alapján a betegek 43%-ának volt kedélybetegsége vagy szorongásos zavara, a major depresszió élettartam-prevalenciáját 18%-nak találták. E zavarok pontprevalenciája 15% volt. Lényeges, hogy a betegek 60%-a nem számolt be orvosának a pszichés zavaráról: eszerint a rejtettség fontos tényező. Ugyanez a munkacsoport közel kétezres mintában a szorongás és a hangulatzavarok együttes prevalenciáját az élettartamra nézve 25,6%-nak, az utóbbi egy évre pedig 16,8%-nak találta. Szintén e szerzők a Beck-kérdőívre vonatkozó fontos hazai vizsgálatot közölték (11).

Németh és munkatársai (12) a pánikbetegség és a depressziós tünetek gyakoriságát mérték fel a háziorvosi gyakorlatban, 60 évnél fiatalabb betegeken, a Juhász-neurózisskála és a Beck-depressziókérdőív használatával. Enyhe depressziós tüneteket találtak a vizsgált betegcsoport 14%-ában, közepeset 7,7%-ában, súlyosat pedig 13,7%-ában. Hasonló felmérést végzett *Fejéregyházi* (13) is: az általános orvosi praxisban a betegek 50%-ának vannak kóros mértékű szorongásos tünetei.

A nemzetközi irodalomban több fontos vizsgálatot találunk. Korábban *Barrett* és munkatársai (14) jól megtervezett kétlépcsős kutatást végeztek az elsődleges ellátásban. Egy belgyógyászati betegpopulációból több mint 1000 beteget szűrtek ki, és a magas pontszámot

kapott betegeket közvetlen pszichiátriai interjú alapján értékelték. A pszichiátriai zavarok gyakoriságát 26,5%-nak találták, és ezek többségét a depresszív és a szorongásos zavarok adták.

Silverstone (15) 313, testi betegség miatt kórházba került beteget vizsgált a DSM-IV kritériumai szerint. A pszichiátriai betegségek gyakoriságát hét nappal a kórházba kerülés után összehasonlította a kórházba kerülés előtti állapottal. A betegek 27%-ánál lehetett pszichiátriai eltérést megállapítani: alkalmazkodási zavar (14%), szorongás (6%), alkoholfüggőség (5%) és súlyos depresszió (5%) fordult elő.

Sok testi betegség felléptét követően általános a depresszió megjelenése. A másodlagos depresszióknak jól megkülönböztethető klinikai jellemzői vannak. *Winokur* (16) összefoglalta a testi betegségek mellett jelentkező, másodlagos depresszió és az elsődleges – testi betegség nélkül fellépő – major depresszió közötti különbségeket. A másodlagos depresszió legvalószínűbben csak későbbi életkorban alakul ki. Kevésbé valószínű, hogy a családban előforduló alkoholizmussal vagy depresszióval társulna, és az is kevésbé valószínű, hogy öngyilkossággal végződjön. A szomatikus betegeknél előforduló depresszió valószínűleg megelőzhető kognitív-viselkedési beavatkozások alkalmazásával (17).

Több epidemiológiai vizsgálatot végeztek depresszióra vonatkozóan a speciális testi betegségekben szenvedő betegeknél. Habár az ilyen kutatások metodológiája gyakran eltérő, az eredmények arra utalnak, hogy a depresszió sok betegség esetén általánosan előfordul. Szívkoszorúér-betegségben szenvedőkön a súlyos depresszió mértékét 16–19%-osnak becsülték (18, 19). A depresszió mértéke szívizominfarktus esetén magasabbnak tűnik. Rákos betegeknél a becsült érték 25–38% közötti (20, 21). A másodlagos depresszió legmagasabb becsült értéke (40–55%) neurológiai betegeknél fordult elő, például Parkinson-kórban (22), epilepsziában (23). Igen gyakran találtak a depressziót Cushing-szindrómában szenvedő betegek között (76%); e betegek depressziója, úgy tűnik, idősebb korban, nőknél és magasabb kortizolszintek mellett fordul elő (24).

Katon és *Schulberg* (25) az elsődleges ellátásban végzett depressziókutatást. A súlyos depresszió mértékét az elsődleges ellátásban, ambuláns betegek között 5–10% közöttinek becsülték. A kórházban kezelt szomatikus betegek esetében az érték még magasabb, 10–14% közötti. A szerzők arról számoltak be, hogy az elsődleges ellátásbeli betegek 2–3-szor annyi depresszív tünetet mutatnak, de ezek nem merítik ki a súlyos depresszív zavar kritériumait. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a súlyos depresszió és a depressziós tünetek gyakoriak az elsődleges ellátásban.

A testi betegségek az időskorúaknál a leggyakoribbak, és jelentősek a testi és pszichiátriai társbetegségek is. Az idős betegek között többféle pszichiátriai zavar gyakori, közöttük a hangulatzavarok (elsősorban depresszió), a szorongási zavarok, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a droghasználat és a szomatiform zava-

Sok testi betegség felléptét követően általános a depresszió megjelenése.

rok. A geriátriai betegek depresszív tünetei hozzájárulnak az egészségi állapot alacsonyabb önértékeléséhez és a kórházban töltött napok számának növekedéséhez (26). Azt állapították meg, hogy az 50 évnél idősebb betegeknél a testi betegség volt a motiváló tényezője az öngyilkosságok 50%-ának, míg a 70 évnél idősebbeknél az öngyilkosságok 70%-ának (27). Az orvosoknak ki kell terjeszteniük a szűrési és a becslési módszereiket a különféle anyagoktól való függőségre, a szorongásos zavarokra, a szomatiform zavarokra és az észlelési képesség zavaraira az idős korú, testileg beteg populációkban.

A pszichiátriai zavarok epidemiológiájának ismerete a szomatikus betegeknél sok fontos közegészségügyi problémában nyújt útmutatást. E nélkül nem lehet megválaszolni olyan alapvető kérdéseket, mint például hogy milyen pszichiátriai betegségek érintik leginkább a testileg beteg populációkat, vagy hogyan előzhető meg a pszichiátriai betegség párhuzamos kialakulása a szomatikus betegség mellett. Különös fontosságú a kérdés a konzultációs-kapcsolati pszichiátria szempontjából is: miért volna rá szükség az általános kórházakban (28). A következőkben ismertetett vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestünk választ, hogy hazai körülmények között milyen gyakran fordul elő a depresszió kórházi betegek között. A kérdés megválaszolása a konzultációs-kapcsolati pszichiátria szempontjából is fontos tájékozódást biztosít.

Betegek és módszerek

A fontosabb pszichiátriai tünetek és egyes pszichológiai háttértényezők gyakoriságát mértük fel általános kórházi osztályok betegei között. Törekedtünk a kutatás reprezentativitásának biztosítására, ezért konzekutívan felvett betegek körében végeztük a felmérést. Lényeges volt az adatok megbízhatóságának fokozására a betegcsoport nagy elemszáma, ezért multicentrikus vizsgálatot terveztünk, nagy hazai kórházak bevonásával. A felmérés célja az ilyen jellegű hazai morbiditási alapadatok nyerése mellett annak feltérképezése, hogy az egyes kórházi osztályokon milyen szükség lehet a konzultációs-kapcsolati pszichiátria szolgáltatásaira. A felmérés adatai közül a jelen dolgozat a depresszióval kapcsolatos eredményeket mutatja be.

A kérdőíves szűrővizsgálatot nagy hazai kórházak bevonásával végeztük. Összesen kilenc kórház beteget kerültek a vizsgálati populációba (1. táblázat). A felmérésre 2003 április–június között került sor. Az egyes kórházakban egy hónapos időszakot vettünk figyelembe. Az ennek során felvett, együttműködésre képes betegek kérdőívet kaptak, amelyet az osztály főnövére gyűjtött össze. A vizsgálati minta nemi és osztályonkénti megoszlását a 2. táblázat tartalmazza.

A kitöltés elmaradásának, a válaszhíjának az okai megegyeztek a hasonló felmérésekben tapasztalt tényezővel (29): korai elbocsátás a kérdőív megkapása előtt, halál, súlyos testi állapot, amely megakadályozta a kérdőív kitöltését, visszautasítás és egyéb okok.

1. TÁBLÁZAT

A vizsgálati populációk kórházak szerint

	Kiosztott kérdőívek	Kitöltött kérdőívek	Válaszarány
Békéscsaba	420	258	61,4%
Budapest	100	20	20,0%
Győr	200	56	28,0%
Gyula	1170	582	49,7%
Kakasszék	100	69	69,0%
Kaposvár	500	115	23,0%
Kecskemét	1865	1169	62,6%
Miskolc	200	88	44,0%
Zalaegerszeg	100	66	66,0%
Összesen	4655	2423	52,0%

2. TÁBLÁZAT

A vizsgálati minta megoszlása a kórházi osztályok típusa és a nemek alapján

Kórházi osztály	Nem	Betegszám
Belgyógyászat	férfi	305
	nő	418
Szülészet-nőgyógyászat	férfi	0
	nő	196
Sebészet	férfi	114
	nő	202
Rehabilitáció	férfi	19
	nő	54
Fül-orr-gégészlet	férfi	45
	nő	89
Szemészet	férfi	64
	nő	106
Urológia	férfi	71
	nő	30
Neurológia	férfi	6
	nő	38
Reumatológia	férfi	32
	nő	94
Traumatológia	férfi	132
	nő	80
Ortopédia	férfi	67
	nő	86
Pulmonológia	férfi	31
	nő	35
Egyéb	férfi	39
	nő	70
Összesen	férfi	925
	nő	1498
Összes beteg		2423

A felhasznált, 110 tételes kérdőív az általános, demográfiai adatok mellett a depresszió, a szorongás, az alkoholfüggőség értékelését fedte. A Beck-depresszió-

kérdőívet (BDI) alkalmaztuk a depresszió mértékének megítélésére (30). A kérdőív eredeti, 21 tételű változatát használtuk, a tételek a depressziós tünetek különböző (emocionális, kognitív, motivációs, szomatikus) területeit érintik. A tesztnek rövidített változata is van (31). Az egyes tételekre adott négy válasz 0–3 pontot ér. A depresszió súlyosságának mértékét az összpontszámok összege adja meg: 0–9 pont esetén nincs depresszió, 10–18 pont enyhe, 19–25 közepesen súlyos, 25 feletti pont súlyos depressziót jelez.

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS statisztikai programcsomag segítségével történt. Ebben a vizsgálatban az országos összesített adatokat használtuk, a regionális (kórházi) különbségeket nem értékeltük. Bár a vizsgált mintában az egyes kórházi osztályok elemszámai között nagy különbségek vannak, a varianciaanalízis F próbája a csoportokra vonatkozó varianciát hasonlítja össze, a hipotézisvizsgálat érvényessége független a csoportok elemszámától.

A következő hipotézisek jelentették a végzett vizsgálat vezérfonalát:

1. Az általános kórházi osztályok betegei között jelentős mértékű a depresszió előfordulása.

2. Az egyes osztályok típusa lényeges változó lehet, amennyiben a krónikus betegeket ellátó osztályokon várhatóan nagyobb a depresszió mértéke, mint az akut osztályokon.

3. A depressziós állapotok kezelése várhatóan elégtelen az egyes kórházi osztályokon.

A vizsgálat etikai engedélyének száma: 04-06-2003, Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottság, Miskolc.

Eredmények

A betegek életkorának átlaga az egyes vizsgálati centrumokban 43,32–58,43 év között volt. A nemek közötti különbség a következő volt a BDI-ben: a férfiak pontátlaga 11,9, a nőké 13,5 pont. A különbség szignifikáns (ANOVA: $F=14,044$; $df=1$; $p<0,001$).

A BDI átlagpontszámait osztályok szerint a 3. táblázatban olvashatók. A teljes minta átlaga csaknem 13 pont. Az adatok szerint a legmagasabb átlagpontszámok a következő osztályokon regisztrálhatók: reumatológia, neurológia, rehabilitáció, egyéb [ebben az alacsony elemszámú almintákat (osztályokat) foglaltuk össze, általában onkológiai osztályokat tartalmazó csoport]. Némileg alacsonyabbak a pontszámok a pulmonológiai és belgyógyászati osztályokon. Látható, hogy a krónikus betegeket kezelő osztályok vezetnek a depresszió mértékében. A lista második felében található a műtétes szakterületek: sebészet, szemészet, fül-orr-gégészeti, ortopédia, majd a sort a szülészeti és traumatológiai osztályok zárják. Meglepő az urológiai osztályok utolsó helye, átlagpontszámuk a normális tartományban van.

A 4. táblázat a depressziós tünetek súlyossági megoszlását mutatja a teljes vizsgálati mintában. A BDI alapján a normális tartományba sorolható a betegek

3. TÁBLÁZAT

A Beck-kérdőív átlagpontszámait osztályok szerint

Osztályok	A Beck-kérdőív átlagpontszámai
Reumatológia	19,7
Neurológia	18,8
Rehabilitáció	16,6
Egyéb	15,2
Pulmonológia	14,6
Belgyógyászat	14,0
Sebészet	12,7
Szemészet	12,3
Fül-orr-gégészeti	11,5
Ortopédia	11,1
Szülészeti-nőgyógyászat	10,7
Traumatológia	9,9
Urológia	4,3
Teljes minta	12,9

ANOVA: $F=16,636$; $df=12$; $p<0,001$

4. TÁBLÁZAT

A depressziós tünetek súlyossági megoszlása a teljes vizsgálati mintában a Beck-depressziókérdőív szerint (n és %)

0–9 pont	nincs depresszió	1297	53,5%
10–18 pont	enyhe depresszió	693	28,6%
19–25 pont	közepesen súlyos depresszió	253	10,4%
>25 pont	súlyos depresszió	180	7,4%
Összesen		2423	100,0%

53,5%-a, enyhe depresszióval írható le a betegek 28,6%-a, míg 10,4% közepesen súlyos, 7,4% pedig súlyos depresszióval jellemezhető.

Az 5. táblázatban a BDI-ben patológiás tartományba kerülők arányát, valamint az antidepresszívumok szedésének arányát tüntettük fel. Eredményeink értékelésénél figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy a betegek önbeszámoló kérdőívet töltötték ki, így az egyes gyógyszerfelvételek pontos besorolása nehézségeket is okozhatott számukra. Mindemellett határozott különbség mutatkozik az egyes osztályok között: a neurológiai osztályokon a BDI alapján normális tartományba kerülők között a betegek 28,5%-a kap antidepresszívumot; ebben szerepet játszhat az is, hogy több neurológiai kórképben javallt antidepresszívum adása manifeszt depresszió nélkül, továbbá az is, hogy ezen az osztályon várható el leginkább az antidepresszívumok alkalmazásának ismerete a pszichiátriai osztályokon kívül. Szerepük van a hazai erős hagyományoknak is: a neuropszichiátria egysége je-

gyében folyt a két szakma párhuzamos fejlődése évtizedeken át.

A táblázat adatait vizsgálva ugyanakkor igen meglepő, hogy a depresszió-kérdőív alapján kóros tartományban lévő betegek között milyen kevesen kapnak antidepresszívumot. A rehabilitációs osztályokon a betegek 11,9%-a részesül antidepresszív farmakoterápiában, majd az urológiai, neurológiai és reumatológiai osztályok következnek 7–11% körüli eredményekkel. A többi osztályon az 5%-ot is alig érik el az adatok. Meglepő az urológiai osztályok adata az előzőekben leírt osztályos átlagpontoszám tükrében. Fontos azonban, hogy az alacsony elemszám miatt a százalékos adatok érvényessége meglehetősen korlátozott, némely osztályok esetén inkább tájékoztató jellegű.

Megbeszélés

Túl azon a közhelyszerű megállapításon, hogy a különböző betegségekben szenvedők eleve „depressziósak”, szomorúak, nyilvánvaló, hogy vannak különbségek az egyes betegségtípusok között. Így a különböző betegségeket kezelő osztályok betegei között is várhatunk eltéréseket. Más a hangulatot befolyásoló terhe egy balesetnek, és egészen más egy krónikus betegség pszichés következménye. Igen lényeges tehát megbízható adatok gyűjtése arra vonatkozóan, hogy milyen is a tényleges depresszióarány a testi betegségeket ellátó általános kórházi osztályok között.

Fontosnak kell tartanunk azt is, hogy vajon felismerik-e a hangulat zavarait az általános kórházi osztályokon, ahol nyilvánvalóan kisebb a pszichiátriai zavarok iránti érdeklődés. Ennek egyfajta mutatója lehet az, hogy milyen mértékben alkalmaznak adekvát antidepresszív terápiát indokolt esetben, igazolt depresszióban. Annak ellenére, hogy nem minden depressziót kell gyógyszeresen kezelni, elfogadhatjuk a gyógyszeres kezelés bevezetését a depresszió felismerésének jó mutatójaként, különösen olyan egészségügyi szociáliság mellett, amely a gyógyszeres terápiát magasra értékeli a nehezebben megfogható, bizonytalanabbnak ítélt és nehezebben elérhető pszichoterápiával szemben.

Vizsgálatunk e szellemben keresett választ a hazai kórházi ellátás egyes pszichiátriai vonatkozásainak kérdéseire. Hasonló vizsgálatról nem találtunk irodalmi előzményt Kelet-Közép-Európában; a végzett felmérés feltehetően az első ilyen jellegű kutatás a poszt-szociális országokban. Ennek kultúrközi jelentősége is lehet az egészségügyi kultúra összefüggésében.

Adataink közül kiemelést érdemel, hogy a krónikus betegeket ápoló osztályokon jelentősen nagyobb a depresszió terhe, mint az akut (műtétes) osztályokon. Ez a betegség hosszmetsetéből nyilvánvalóan is tűnik. Az egyes osztályokon általában nagy a depresszió aránya; ennyiben az első két hipotézisünk igazolódott. Nem várt határozottsággal és elgondolkodtató módon igazolódott a harmadik hipotézisünk is: a depresszió felismerése és kezelése az egyes osztályo-

5. TÁBLÁZAT

A Beck-depressziókérdőív szerint a patológiás ponttartományba esők száma, valamint az antidepresszívumot szedők száma és a kettő aránya

	BDI 0–9 pont Antidepresszánst kap n (%)	BDI >9 pont Antidepresszánst kap n (%)
Belgyógyászat	345 2 (0,5)	378 12 (3,1)
Szülészet-nőgyógyászat	121 1 (0,8)	75 3 (4,0)
Sebészet	172 1 (0,5)	144 8 (5,5)
Rehabilitáció	31 1 (3,2)	42 5 (11,9)
Fül-orr-gége	79 1 (1,2)	55 2 (3,6)
Szemészet	96 2 (2,0)	74 1 (1,3)
Urológia	84 1 (1,1)	17 2 (11,7)
Neurológia	7 2 (28,5)	37 3 (8,1)
Reumatológia	48 3 (6,2)	78 6 (7,6)
Traumatólógia	146 3 (2,0)	66 3 (4,5)
Ortopédia	98 0 (0,0)	55 2 (3,6)
Pulmonológia	27 0 (0,0)	39 0 (0,0)
Egyéb	43 3 (6,9)	66 3 (4,5)

BDI: Beck-depressziókérdőív

kon igen alacsony arányú. Ez azt jelenti, hogy a súlyos depressziós állapotokban sem kerül sor adekvát antidepresszív farmakoterápiára. Ez az adat arra utal, hogy a depresszió – és talán mondhatjuk: a pszichiátriai zavarok általában – kevés figyelmet kapnak az általános orvoslás kultúrájában. Ha a depresszió közhelyszerű megállapítása megtörténik is, a gyógyszerek alkalmazásában ennek kevésbé látjuk gyakorlati következményét.

A szomatikus betegeknél megjelenő pszichiátriai betegség értékelését tekintve kiemelik, hogy az súlyosabb lehet, mint a véletlenszerűen jelentkező pszichiátriai betegség. A kapcsolódó betegség súlyossági foka *Yates* (28) szerint a két betegségtípus közötti többféle kapcsolati modellel magyarázható. Az egyik modell szerint a testi betegségek többféle pszichiátriai zavar megjelenésével járhatnak együtt, beleértve a kedélyállapot romlását, a szorongás fokozódását, a pszichotikus, a kognitív, az alvási és a szexuális zavarokat (példa a stroke utáni depresszió). Egy másik modell, amely a társuló betegség növekvő kockázatának mértékét magyarázza, a pszichiátriai betegségeket mint bizonyos testi betegségek kockázatát növelő tényezőket jelöli meg (példa erre a májcirrhosishoz vezető alkoholfüggőség). A testi betegségek kezelése is jelentős pszichiátriai zavarokat eredményezhet. Példa lehet erre a mechanizmusra a delírium kialakulása geriátriai betegeknél, akik szedálás céljából antikolinerg kezelést kapnak. A társuló betegség egy másik mechanizmu-

A pszichiátriai zavarok általában kevés figyelmet kapnak az általános orvoslás kultúrájában.

sa a pszichiátriai betegségek kezeléséhez kapcsolódó testi betegségek kifejlődése: jó példa erre a mechanizmusra a szkizofrénia hosszan tartó antipszichotikus kezeléséhez társuló tardív dyskinesia. Még egy mechanizmus, amely magyarázhatja a testi és pszichiátriai betegségek társulásának növekvő kockázatát: a pszichiátriai betegségek és egyes viselkedésformák vagy szokások között olyan kapcsolat alakulhat ki, amely növeli a testi betegség kockázatát. Az egyik ilyen viselkedési probléma, amely pszichiátriai zavarok esetén fokozódik, a dohányzás és a nikotinfüggőség.

A pszichiátriai betegség tehát gyakrabban jelenik meg a testileg beteg személyeknél, mint a testileg egészségeseknél. A testi és pszichiátriai betegségben szenvedő betegek klinikai populációinak kutatása gyakoribb, mint az általános populációkutatások. Ennek ellenére a klinikai populációk kutatása különböző torzulásokat mutathat. Ha például a pszichiátriai társbetegség fokozza az orvosi kezelés szükségességének valószínűségét, a klinikai populáció kutatásai túlértékelik a komorbiditás mértékét (28).

A testi és pszichiátriai betegek kutatásai alátámasztják a pszichiátriai társbetegségek gyakoribb voltának koncepcióját több testi betegségnél. A vizsgálatok sze-

rint a legnagyobb mértékben azok a krónikus és munkaképtelenséget okozó testi zavarok növelik a pszichiátriai komorbiditást, amelyek jelentős fájdalommal is járnak. Így például hat hónapos időtartamú krónikus fájdalom esetén a depresszió és a szorongás mértéke négyszeresére növekszik (32). A krónikus napi fejfájásban szenvedő betegeknek a pszichiátriai zavarok megközelítik a 90%-ot (33).

Mindezek komoly feladatokat jelentenek a konzultációs-kapcsolati pszichiátria gyakorlati alkalmazását tekintve. Ki kell építeni a pszichiátriai zavarok felismerését és kezelését jobban segítő, konzultatív rendszert, célszerű fokozni a már alapvetőnek számító pszichiátriai ismeretek terjesztését a társosztályokon is (28, 34, 35). Legalább a krónikus osztályokon lényeges volna a pszichés zavarokkal bántó pszichológusok alkalmazása és a rendszeres pszichiátriai konzultációk gyakorlatának megszervezése. A pszichiátriai betegségek gyakorisága a testi betegséggel kezelték között aláhúzza a kutatások folytatásának jelentőségét a komorbiditás mechanizmusainak megértéséhez. Emellett egyszersmind jelzi azoknak a kutatásoknak a fontosságát is, amelyek a különböző testi betegségekben szenvedők pszichiátriai betegségeinek kezelésére irányulnak. E kutatások jelentős közegészségügyi célokat szolgálnak, hozzájárulnak a morbiditás és a mortalitás csökkenéséhez, és megoldási stratégiákat nyújthatnak a társuló betegségek megelőzéséhez.

A legnagyobb mértékben azok a testi zavarok növelik a pszichiátriai komorbiditást, amelyek jelentős fájdalommal is járnak.

IRODALOM

- Katon W, Gonzales J. Primary care and treatment of depression: a response to the NIMH "White Papers". *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:194-6.
- Bartók Gy, Linka E. Depresszió és krónikus derékfájás. *Psychiatria Hungarica* 1997;12:27-33.
- Linka E, Bartók Gy, Agárdi T, Kemény K. Demencia és depresszió időskorú belgyógyászati fekvő betegeknél. *Psychiatria Hungarica* 1999;14:39-45.
- Kellermann M, Gesztelyi R, Kovács A, Bereczki D. Post-stroke depresszió – irodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica* 2001;16:412-22.
- Gábor SP. Depresszió a belgyógyászati gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1994;9:15-21.
- Vecsey T, Harmati L, Kelemen A, Szabó Z, Szegedi M, Rihmer Z. A szívtranszplantáció pszichiátriai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica* 1993;8:293-300.
- Muszbec K. Depresszió előfordulása és jellegzetességei a daganas betegségekben. *Psychiatria Hungarica* 1994;9:49-54.
- Rihmer Z. A depressziók larvált megjelenési formái. *Psychiatria Hungarica* 1994;9:37-48.
- Szádóczy E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs. Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1996;11:495-503.
- Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J. Szorongás- és hangulat-zavarok a háziorvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 2001;16:609-20.
- Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 2001;16:384-402.
- Németh A, Krecz É, Papp Zs. A pánikbetegség gyakorisága és öngyilkossági kockázata a háziorvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1997;12:595-602.
- Fejéregyházi I. Szorongó és pánikbetegek kezelése, gondozása az általános orvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1995;10:609-22.
- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, et al. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-1106.
- Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:43-51.
- Winokur G. The concept of a secondary depression and its relationship to comorbidity. *Psychiatr Clin North Am* 1990;123:567-83.
- Cuijpers, P. Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. *Psychol Rep* 1998;82:735-8.
- Steeds RP, Bickerton D, Smith MJ, Muthusamy R. Assessment of depression following acute myocardial infarction using the Beck depression inventory. *Heart* 2004;90:217-8.
- Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:627-36.
- Kathol RG, Mulgi A, Williams J, et al. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990;147:1021-4.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:57-71.
- Leentjens AF. Depression in Parkinson disease: conceptual issues and clinical challenges. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004;17:120-6.
- Cramer JA, Blum D, Fanning K. The impact of comorbid de-

- pression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5:337-42.
24. Sonino N, Fava GA, Raffi AR, et al. Clinical correlates of depression in Cushing's disease. *Psychopathology* 1998;31:302-6.
 25. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
 26. Mulsant BH, Ganguli M, Seaberg MC. The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:954-8.
 27. Hendin H. Suicide, assisted suicide, and medical illness. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl2):46-50.
 28. Yates WR. Epidemiology of psychiatric disorders in medically ill patients. In: Wise MG, Rundell JR (editors): Textbook of consultation-liaison psychiatry. Psychiatry in the medically ill. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.; 2002. p. 237-56.
 29. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999;29:823-32.
 30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
 31. Kopp M, Skrabski A, Czako L. Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken* 1990;1-2:4-24.
 32. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in primary care. *JAMA* 1998;280:147-51.
 33. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, et al. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998;18(suppl 21): 45-9.
 34. Tringer L. A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó; 1999.
 35. Vincze G, Túry F. A konzultációs-kapcsolati (liaison) pszichiátria aktualitása – újabb irodalmi adatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2001;3(3-4):5-8.



MEGALAKULT AZ ESZME EGYESÜLET A STROKE MEGELŐZÉSÉÉRT

A stroke Európában a harmadik vezető halálok a szívbetegségek és a rák után.

A betegség megelőzésére, a stroke okozta társadalmi terhek csökkentésére az Európai Parlamentben 2004 októberében – 20 tagország, köztük Magyarország részvételével – megalakították a SAFE (Stroke Alliance for Europe) elnevezésű szervezetet.

Magyarországon évente összesen 40 ezer új, agyi érkatasztrófa (stroke) következik be, az előfordulási arány magasabb, az érintettek átlagéletkora pedig 5–10 évvel alacsonyabb, mint a fejlett nyugat-európai országokban! A jelentős összeget felemésztő akut ellátás és az élethosszig tartó kezelés, ápolás hatalmas terhet ró mind a családokra, mind az egészségügyi hálózatra.

2004. december 15-én a SAFE hazai sajtótájékoztató napján megszületett a magyarországi tagszervezet: az Egyesület a Stroke Megelőzéséért – ESzME.

A civil társadalmi szervezet célja:

- *A lakosság számára:* Felvilágosítás, életmód-változtatás, az egészség védelme.
- *A háziorvosok számára:* Az adekvát, korszerű módszerek megismertetése a stroke megelőzésében és ezen belül a kiemelten fontos rizikófaktor, a magas vérnyomás kezelésében. Ennek érdekében felvilágosító programok, társadalmi akciók szervezése, tudományos felmérések támogatása.
- *A kormányzat irányában:* Lobbi a stroke hatékony megelőzéséért, az ezt szolgáló diagnosztikus és terápiás gyakorlat támogatásáért.

Információ: Dr. Haraszi Anna. Telefon: (30) 535-8708.